

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Effektivität eines patientenzentrierten
Stationssettings für
Demenzpatienten mit internistischen
Erkrankungen
- eine empirische Verlaufsstudie

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Ammer, Nicola
aus Herne
2004

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft
 2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. H. Pavenstädt
- Tag der mündlichen Prüfung: 10. Mai 2004
- .

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft -
Referent: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. H. Pavenstädt

Zusammenfassung

Effektivität eines patientenzentrierten Stationssettings für Demenzpatienten
mit internistischen Erkrankungen - eine empirische Verlaufsstudie
Name der Doktorandin: Ammer, Nicola
Tag der mündlichen Prüfung: 10. Mai 2004

Anhand der empirischen Daten eines von mir im Jahre 1997 ärztlich betreuten Patienten-Klientels einer geriatrischen Krankenstation mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt wird im Rahmen der hier vorgelegten Dissertation diskutiert, welche Bedeutung einem patientenzentrierten, an die besonderen Verhältnisse dementer Patienten ausgerichteten Stations-Setting in der internistischen Diagnostik und Therapie zukommt. Nur die patientenorientierte Kooperation zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie kann eine optimale Betreuung internistisch erkrankter Dementer bewirken. Neben Grundlagen der Epidemiologie, Phänomenologie und Ätiologie der Demenz und somatischer Begleiterkrankungen werden die Entstehung und das Konzept der *Station Franziskus* im Geriatrie-Zentrum Haus Berge, Elisabeth Krankenhaus Essen, präsentiert. Der Darlegung der Methodik folgt das Outcome der Verlaufsbeobachtung mit Prüfung der Hypothese H1: unter paralleler Therapie von Demenz und internistischer Begleiterkrankung kommt es zu einer signifikanten Verbesserung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Eine statisch signifikante Besserung in den ADL konnte für 100 % der Patienten nachgewiesen werden, eine klinische Relevanz dieser Beobachtung zeigte sich unter Festlegung eines Responderkriteriums bei 76.3 % der Betroffenen. Der Schweregrad der Demenz (gemäß GDS) zeigte bei 64 % der Patienten eine Verbesserung unterschiedlicher Ausprägung. Ein generelles Risikoprofil für eine bestimmte Demenzform oder einen dementiellen Schweregrad in Abhängigkeit von einer weiteren somatischen Erkrankung konnte aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	i
Abkürzungen	v
Abbildungsverzeichnis	vii
Danksagungen/Widmungen	ix
1 Einleitung: die Sonderstellung somatisch erkrankter Dementer	2
1.1 Bevölkerungsentwicklung am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland	2
1.2 Epidemiologie der Demenz	5
1.3 Epidemiologie somatischer Erkrankung im Alter	6
1.4 Epidemiologie von dementiellen und somatischen Erkrankungen des multimorbiden Patienten	8
2 Demenz und Multimorbidität – eine differentialdiagnostische Herausforderung	9
2.1 Demenz – ein historischer Abriss (Vergleich Vergangenheit - Gegenwart)	9
2.2 Demenz als Symptom unterschiedlicher Erkrankungen	11
2.2.1 Phänomenologie der Demenz	12
2.2.2 Ätiologie der Demenz	19
2.2.3 Stadieneinteilung der Demenz vom Alzheimer Typ	22
2.2.4 Problematik der Diagnose einer Demenz	24
2.2.5 Gemeinsame therapeutische Konzepte bei dementiellen Erkrankungen unterschiedlicher Ätiologie	28
2.2.6 Therapeutische Konzepte nichtkognitiver Begleitsymptomatik	32
2.2.7 Therapie internistischer Erkrankungen	37
2.3 Diagnostik somatischer Erkrankungen bei Demenz-Patienten	38
2.3.1 Internistische Diagnostik auf Station Franziskus	40
3 Das stationäre Setting	43
3.1 <i>Station Franziskus</i> – vom Konzept zur praktischen Umsetzung	43
3.1.1 Anforderungen an ein patientenorientiertes Setting	44
3.1.2 Umsetzung der besonderen Anforderungen an das Stations-Setting	45
3.2 Besondere Anforderungen an die Angehörigen-Betreuung	50
3.2.1 Grundzüge der Milieuthherapie	52
4 Material und Methode der empirischen Verlaufsstudie	54

4.1	Deskription der erfassten Rohdaten	54
4.2	Erfassung der ADL	55
4.3	Erfassung der somatischen Begleiterkrankungen	57
4.4	Erfassung der Demenz	58
5	Fragestellung und Hypothese	59
5.1	Das untersuchte Sample	59
5.1.1	Sekundärsymptomatik	63
5.2	Vergleich der ADL bei Aufnahme und bei Entlassung	64
5.2.1	Urinkontinenz	68
5.2.2	Stuhlkontinenz	69
5.2.3	Selbstständigkeit in der Körperhygiene	70
5.2.4	Selbstständiges Ankleiden	72
5.2.5	Selbstständiges Benutzen der Toilette	73
5.2.6	Örtliche Orientierungsfähigkeit	75
5.2.7	Mobilität	77
5.2.8	Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme	78
5.2.9	Tag-Nacht-Rhythmus	81
5.2.10	Kommunikation mit Mitbewohnern	82
5.2.11	Kommunikation mit dem Pflegepersonal	83
5.3	Vergleich des GDS-Stadiums bei Aufnahme und bei Entlassung	85
5.4	Somatische Diagnosen	87
5.4.1	Häufigkeitsverteilung somatischer Diagnosen gemäß ICD-10	87
5.4.2	Demenz in Beziehung zu der Anzahl der somatischen Diagnosen	91
5.4.3	Demenz in Beziehung zu der Art der somatischen Diagnose	92
5.5	Veränderungen der sozialen Situation	93
6	Zusammenfassung der Ergebnisse	97
6.1	Möglicher Zusammenhang zwischen ADL-Änderung und somatischer Diagnose	101
6.1.1	Urinkontinenz	102
6.1.2	Stuhlkontinenz	102
6.1.3	Selbstständigkeit bei der Körperhygiene	103
6.1.4	Selbstständiges Ankleiden	103

6.1.5	Mobilität	103
6.1.6	Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme	104
6.1.7	Tag-Nacht-Rhythmus	105
6.1.8	Kommunikation mit Mitbewohnern und Pflegepersonal	105
7	Gewinner und Verlierer – wer am meisten von einem solchen Setting profitiert	107
7.2	Benefit eines solchen Settings für die Angehörigen von dementen Patienten	108
	Literaturverzeichnis	109
	Anhang	115
	Anhang 1: Fragen des MMSE	116
	Anhang 2: die zwei Seiten des ADL-Erfassungsbogens	117
	Anhang 3: Curriculum vitae	119

Abkürzungen

ACHE	Acetylcholinesterase
ADAS	Alzheimer's Disease Assessment Scale
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ADL	Activities of daily living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
CCT	Cranio-Computertomographie
CJD	Creutzfeld-Jakob Disease
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DAT	Demenz vom Alzheimer Typ
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 th edn
DVT	Demenz vom vaskulären Typ
EEG	Elektroenzephalogramm
EKE	Elisabeth-Krankenhaus Essen
EKG	Elektrokardiogramm
GDS	Global Deterioration Scale
HbA1c	Hämoglobin A1c
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision
KHK	koronare Herzkrankheit
MID	Multiinfarkt-Demenz
MMSE	Mini-Mental-Status Examination
MRT	Magnetresonanztomographie
MWT-B	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest
NINCDS	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke
-ADRDA	- Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
-AIREN	Association Internationale de la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences
ROT	Realitätsorientierungstherapie
SAE	subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie

SIDAM	Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologie
SHT	Schädelhirntrauma
SKT	Syndrom-Kurztest
T3	Trijodthyronin
T4	Tetraiodthyronin
TSH	Thyreoidea stimulierendes Hormon
VD	vaskuläre Demenz

Abbildungsverzeichnis

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Abb. 1.1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland	4
Abb. 1.2: Prävalenz der Demenz in Abhängigkeit vom Alter	5
Abb. 1.3: Altersabhängige Zunahme der Organdiagnosen	7
Abb. 1.4: Häufigkeiten ausgewählter medizinischer Diagnosen bei alten Menschen	8
Abb. 2.1: Therapeutische Optionen bei mittelschwer bis schwer Demenzkranken	30
Abb. 5.1: Demenz-Verteilung auf Station Franziskus im Jahr 1997	63
Abb. 5.2: exemplarisches ADL-Flächendiagramm eines Patienten von <i>Station Franziskus</i> von 1997	68
Abb. 5.3: Urinkontinenz bei Aufnahme und Entlassung	70
Abb. 5.4: Varianz der Urinkontinenz	71
Abb. 5.5: Stuhlkontinenz bei Aufnahme und bei Entlassung	71
Abb. 5.6: Varianz der Stuhlkontinenz	72
Abb. 5.7: Selbstständigkeit bei der Körperhygiene (Waschen)	73
Abb. 5.8: Varianz der Körperhygiene	74
Abb. 5.9: selbstständiges Ankleiden bei Aufnahme und Entlassung	74
Abb. 5.10: Varianz selbstständiges Ankleiden	75
Abb. 5.11: Selbstständige WC-Nutzung	76
Abb. 5.12: Varianz der Selbstständigkeit bei der WC-Nutzung	77
Abb. 5.13: Örtliche Orientierungsfähigkeit bei Aufnahme und bei Entlassung	78
Abb. 5.14: Varianz der örtlichen Orientierungsfähigkeit	78
Abb. 5.15: Mobilität auf Stationsebene	79
Abb. 5.16: Varianz der Mobilität	80
Abb. 5.17: selbstständiges Essen	80
Abb. 5.18: Varianz selbstständiges Essen	81
Abb. 5.19: Selbstständiges Trinken	82
Abb. 5.20: Varianz Trinken	82
Abb. 5.21: Tag-Nacht-Rhythmus bei Aufnahme und bei Entlassung	83
Abb. 5.22: Varianz Tag-Nacht-Rhythmus	84

Abb. 5.23: Kommunikation mit den Mitbewohnern	84
Abb. 5.24: Varianz Kommunikation mit Mitbewohnern	85
Abb. 5.25: Kommunikation mit dem Pflegepersonal	86
Abb.5.26: Varianz Kommunikation mit dem Pflegepersonal	86
Abb. 5.27: GDS-Stadium bei Aufnahme und bei Entlassung	87
Abb. 5.28: Anzahl somatischer Diagnosen	89

Danksagungen/Widmungen

Die Autorin möchte sich an dieser Stelle bei Herrn Prof. Dr. med. Heuft bedanken, der als Doktorvater viel Nachsicht und Verständnis bewies. Hervorheben möchte ich insbesondere das Engagement meines damaligen Chefarztes Herrn Prof. Dr. med. Nehen, Geriatrie-Zentrum Haus Berge, ohne dessen Hilfe diese Arbeit niemals entstanden wäre. Ferner möchte ich mich bedanken für aufmunternde und anspornende Worte durch Arbeitskolleginnen und –kollegen innerhalb des Geriatrie-Zentrums Haus Berge sowie des IFE Institut für Forschung und Entwicklung an der Universität Witten-Herdecke GmbH.

Innerhalb des Geriatrie-Zentrum Haus Berge fand ich besondere Unterstützung durch Herrn Dr. med. Jörg Honneth sowie Herrn Dr. med. Johannes Haseke. Auch möchte ich meinen Dank aussprechen gegenüber dem Team der Memory Clinic Essen: Frau Bärbel Groth, Herrn Dr. Hartmut Fahnenstich sowie Herrn Karsten Brandenburg für ihre Unterstützung und die Bereitstellung mannigfacher Literatur. Für mathematische Beratung gilt mein Dank Herrn Oskar Krüger sowie Herrn Frank Grieger und ihren Familien.

1 Einleitung: die Sonderstellung somatisch erkrankter Dementer

Mit dieser Dissertation soll ein Beitrag geleistet werden zu der notwendigen Zusammenarbeit von Innerer Medizin und Psychiatrie, von Geriatrie und Gerontopsychiatrie bei älteren Patienten.

Station Franziskus ist eine internistische Station mit Modellcharakter innerhalb des Geriatrie-Zentrums Haus Berge, Elisabeth Krankenhaus Essen. Auf dieser Station werden demente Patienten behandelt, die einer internistisch-somatischen Diagnostik und Therapie bedürfen. Betrachtet man rein gerontopsychiatrisch orientierte Einrichtungen, so besteht die Gefahr, dass aufgrund eines mangelnden Verständnisses ihrer Symptomatik internistische Erkrankungen übersehen und zu spät therapiert werden, was jedoch die Demenz verschlimmern kann. Auf rein internistisch ausgerichteten Stationen besteht wiederum die Gefahr, dass die dementielle Begleiterkrankung zu wenig Beachtung findet oder deren Symptomatik sogar als Störfaktor empfunden werden kann. Der Demente nimmt als Patient eine Sonderstellung ein, weil er aufgrund verminderter Gedächtnisleistungen morgens schon die nächtliche Angina pectoris vergessen hat, er bei Aphasie Symptome nicht mehr leicht verständlich zu beschreiben vermag. Auch ist bei reduziertem bis aufgehobenem Kurzzeitgedächtnis kaum eine gute Compliance des Patienten zu erwarten.

1.1 Bevölkerungsentwicklung am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland

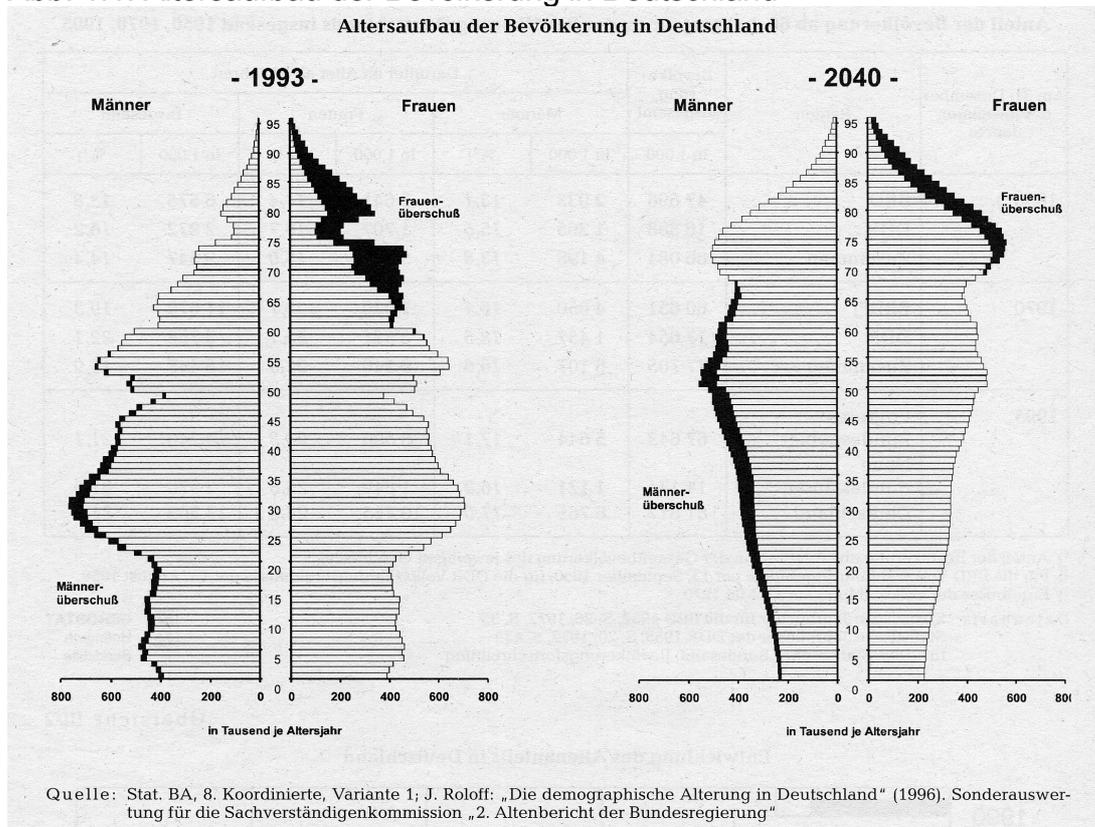
Wie in der Publikation „Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation“ [13] des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (2001) aufgeführt, kommt es durch einen Anstieg der Lebenserwartung sowie Zunahme der alten und hochalten Menschen zu einem kompletten Umbau der Alterspyramide. Im Dezember 1998 lebten in der Bundesrepublik Deutschland ca. 82 Mio. Menschen, davon 51 % Frauen (42 Mio.) sowie 49 % Männer (40 Mio.). 56 % der Bevölkerung befanden sich zu diesem Zeitpunkt im erwerbsfähigen Alter, also zwischen dem 20. und dem 60. Lebensjahr, das entspricht 46,1 Mio. Menschen. 60 Jahre und älter waren damals 22 % der Bevölkerung (18,4 Mio.).

Im Jahr 1900 waren bei einer Gesamtbevölkerung von 56,4 Mio. Menschen rund 44 % jünger als 20 Jahre. 48 % waren der erwerbsfähigen Bevölkerung zuzuschreiben, nur 8 % waren 60 Jahre und älter. Hatte ein um das Jahr 1900 geborenes Mädchen seinerzeit eine voraussichtliche Lebenserwartung von gut 48 Jahren, so errechnet sich für ein heute geborenes Kind eine rund 30 Jahre höhere Lebenserwartung. Bereits 1989 hatte sich die durchschnittliche Lebenserwartung im Vergleich zum Jahr 1970 um ca. 7 Jahre erhöht. Hygienische und medizinische Fortschritte haben einen drastischen Rückgang von Säuglings- und Kindersterblichkeit bewirkt und damit zu der Zunahme der Lebenserwartung in der Bevölkerung des 20. Jahrhunderts beigetragen.

Eine heute 60jährige Frau kann im Durchschnitt damit rechnen, noch weitere 23 Jahre zu leben; für einen 60jährigen Mann beträgt die weitere durchschnittliche Lebenserwartung 19 Jahre. Insbesondere die Anzahl der Hochbetagten wird in Zukunft erheblich zunehmen. Machten um 1900 erst rund 0,5 % der Bevölkerung den Anteil der Menschen ab 80 Jahren aus, so ist diese Zahl gegenwärtig auf 4 % gestiegen, bis 2050 ist ein Anstieg auf etwa 12 % zu erwarten.

Selbst bei Unterstellung eines jährlichen Zuwanderungsüberschusses von 100.000 oder 200.000 Personen zeigen vom Statistischen Bundesamt [13] im Rahmen der neuen koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung belegte Modelle, dass die Bevölkerung in Deutschland bis 2050 auf rund 65 bis 70 Millionen abnehmen wird (Abb. 1.1). Dabei wird sich der Anteil der jüngeren Menschen unter 20 Jahren weiter verringern (von rund 21 % auf 16 %), der Anteil der 60jährigen und älteren Menschen wird sich spürbar erhöhen (von rund 22 % auf 37 %).

Abb. 1.1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland



Auch der Anteil der Menschen im mittleren, berufsfähigen Lebensabschnitt wird zurückgehen. Werden diese vorausgerechneten Zahlen Realität, so wird im Jahre 2050 bei einer nahezu identischen Bevölkerungszahl der Altersaufbau umgekehrt sein, es wird mehr als doppelt so viele ältere wie jüngere Menschen geben!

Diese Zahlen veranschaulichen eine zunehmende Problematik: immer mehr hochbetagten, pflegebedürftigen Menschen stehen immer weniger junge, potentiell pflegende Menschen gegenüber. Die Anzahl an einer Demenz Erkrankten wird entsprechend der Entwicklung der Alterspyramide zunehmen, ebenso die Anzahl multimorbider Patienten.

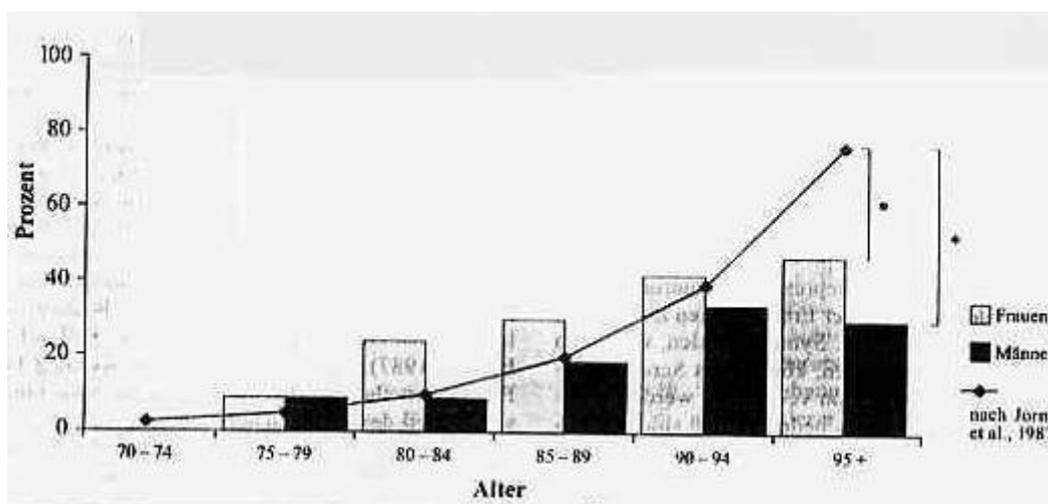
Besondere Herausforderungen stellen sich hier an das Gesundheitssystem, immer mehr tritt die Frage in den Vordergrund: wie können Demente und Multimorbide adäquat versorgt werden? Auch die Möglichkeiten und Grenzen der

Finanzierbarkeit werfen zunehmend Probleme auf, die in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert werden.

1.2 Epidemiologie der Demenz

Mit steigender Lebenserwartung steigt auch das Risiko, an einer Demenz zu erkranken [66]. Die Prävalenzrate der senilen Demenz (Abb. 1.2) wird auf 5 % bei den über 65jährigen und auf 20 % bei den über achtzig Jährigen geschätzt. Die Inzidenzrate liegt im Mittel über 1 %, zeigt aber mit zunehmendem Alter eine exponentielle Zunahme [44]. Interessanterweise ist die Prävalenz der Demenz ab dem neunzigsten Lebensjahr rückläufig. [41].

Abb. 1.2: Prävalenz der Demenz in Abhängigkeit vom Alter. Aus: Die Berliner Altersstudie (1996)



Betrachtet man die Entwicklung der Bevölkerungspyramide, wird deutlich, wie stetig die Inzidenz der Diagnose Demenz ansteigen wird. Proportional dazu wächst die an Gesellschaft gestellte Herausforderung einer adäquaten Versorgung dieser Patienten.

Die in der Literatur aufgeführten epidemiologischen Daten sind regional unterschiedlich und differieren zwischen 41 % bis 71 % für die Alzheimer-Demenz gemäß klinischer Studien in Europa und in den USA. Der zweite große Teil der Demenzerkrankungen fällt mit 23 % – 39 % der vaskulären Demenz zu, eine Mischform wird in 6 % – 35 % angenommen [49]. Ca. 10 % der Betroffenen

haben eine Demenz auf dem Boden einer behandelbaren Ursache entwickelt, bei adäquater Diagnostik und Therapie kann sich diese Form der Demenz als reversibel darstellen. Nur einen kleinen Anteil nehmen Demenz-Formen wie der Morbus Pick ein, ferner die diffuse Lewy-Körper-Demenz, Multisystematrophien, etwas häufiger beobachtet die Demenz bei Morbus Parkinson. Die zum Teil sehr unterschiedlichen Prozentangaben sind u.a. durch Selektionsartefakte erklärbar. Stammen statistische Angaben zum großen Teil aus psychiatrischen Kliniken, so werden doch insbesondere vaskulär Demente aufgrund bestehender (insbesonderer vaskulärer) Multimorbidität in Abteilungen für Kardiologie, Angiologie, Gefäßchirurgie und auch Innerer Medizin behandelt. Kommt hier der Diagnose einer Demenz eher weniger Bedeutung zu, wird diese somit nicht zwingend statistisch erfasst. Ähnliches kann für den multimorbiden Alzheimer-Patienten gelten, der primär aufgrund einer anderen somatischen Diagnose in einer speziellen Fachabteilung behandelt wird, in der die dementielle Erkrankung möglicherweise weniger Berücksichtigung findet.

Auch in dem von uns ausgewerteten Krankenhaus-Klientel zeigt sich eine numerische Dominanz der Demenz vom Alzheimer-Typ mit 60 %, gefolgt von der Demenz vom vaskulären Typ mit 20 %, der vermuteten Mischtyp-Demenz kommt ein Anteil von 10 % zu (siehe Abschnitt 5.1).

1.3 Epidemiologie somatischer Erkrankung im Alter

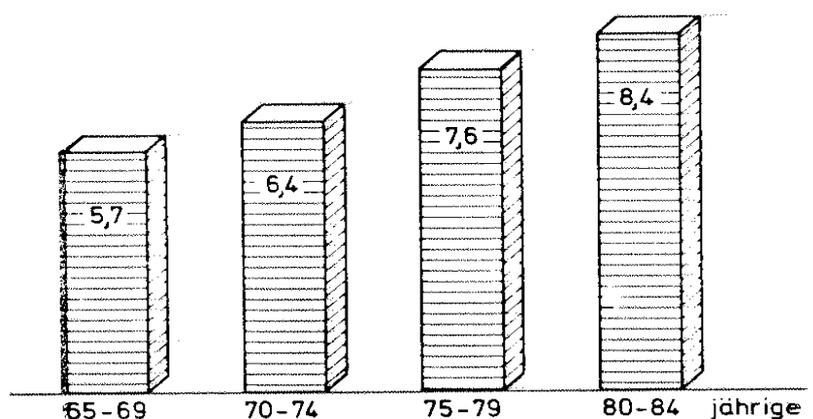
Nimmt der Anteil der alten und hochaltrigen Menschen in der deutschen Bevölkerung stetig zu, so wird zwangsläufig der Anteil multimorbider Patienten in Praxen und Krankenhäusern einen immer größeren Anteil des zu betreuenden Klientels darstellen. Mit zunehmendem Alter steigt naturgemäß das Morbiditätsrisiko [9]. Zwar besitzt die bei alten Menschen zu beobachtende Polypathie auf dem Boden physiologischer biomorphotischer Prozesse nicht zwangsläufig Krankheitswert [25, 31], jedoch führen die Multimorbidität und Chronizität der in Addition auftretender Erkrankungen zu gehäuften Krankenhausaufenthalten mit zunehmender Aufenthaltsdauer [67].

Eindrucksvoll fasst Franke 1984 die Forschungsergebnisse vom Howell zusammen (Abb. 1.3), der 1963 durch Sektion von jeweils 100 Patienten

verschiedener Altersgruppen aufzeigen konnte, dass fast proportional zum Altern eines Menschen in Dezennien die bei ihm festzustellenden Erkrankungen (Morbus) oder Gebrechen (Pathos) linear in ihrer Summe zunehmen. Im Gegensatz dazu zeigt die Inzidenz der Demenz bei zunehmendem Lebensalter einen exponentiellen Verlauf (siehe dazu auch 1.2).

Sind bei einem 65 – 69jährigen fast 6 Organdiagnosen zu erwarten, so steigt diese Zahl bei den über 70jährigen auf 7, bei den über 80jährigen auf 8, und zeigt „bei rüstigen Hundertjährigen einen noch mit der Lebensfähigkeit zu vereinbarenden Höchststand“. Bestätigung fanden die von Howell aufgestellten Zahlen 30 Jahre später durch die Auswertung von 1181 Obduktionsprotokollen am pathologischen bakteriologischen Institut der Baumgartner Höhe in Wien [12].

Abb. 1.3: Altersabhängige Zunahme der somatischen Diagnosen nach Howell (1968). Aus: Franke, 1984 [24]

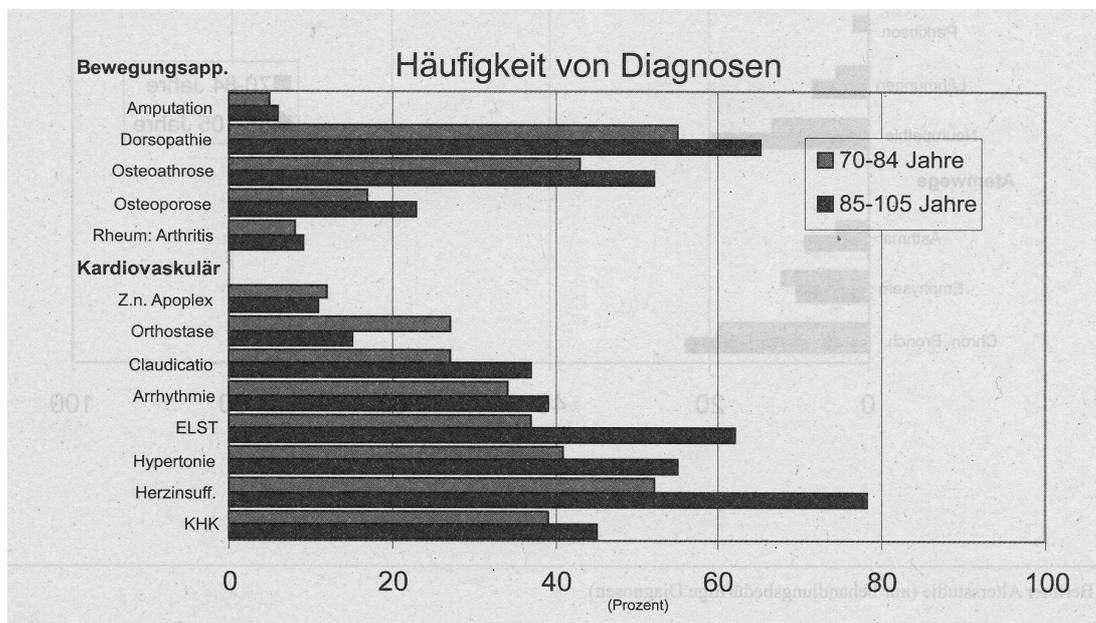


Die Berliner Altersstudie lässt in dem von ihr untersuchten repräsentativen Klientel erkennen, dass 80 % im Alter von 70 bis 104 Jahren zu einem weitestgehend selbständigen Leben in der Lage waren, und nur 8 % stellten sich gemäß der Richtlinien der Pflegeversicherung als pflegebedürftig dar. Jedoch dürfen diese Zahlen nicht die Situation der älteren und alten Menschen vergessen lassen, die intensiver Hilfe bedürfen.

An erster Stelle der oftmals chronischen und sich gegenseitig beeinflussenden Erkrankungen stehen solche des kardio- und zerebrovaskulären Systems, gefolgt von denen des Bewegungsapparates. Laut Berliner Altersstudie konnten bei 96 % der 70jährigen und älteren Menschen mindestens eine internistische,

neurologisch oder orthopädisch behandlungsbedürftige Erkrankung gesehen werden, bei 30 % sogar 5 Erkrankungen oder mehr (Abb. 1.4). Hierbei wurde eine Stichprobe von 516 älteren Menschen im Alter von 70 bis über 100 Jahren in West-Berlin in Rahmen einer Querschnittsstudie untersucht, wobei die Erstuntersuchung im Mai 1990 stattfand und die Studie im Juni 1993 endete.

Abb. 1.4: Häufigkeiten ausgewählter medizinischer Diagnosen bei alten Menschen. Aus: Die Berliner Altersstudie, 1996 [41]



1.4 Epidemiologie dementieller Erkrankungen im Zusammenhang mit anderen somatischen Erkrankungen des multimorbiden Patienten

Eine Subpopulation unter den dementen Patienten bildet jene Gruppe, die von einer Multimorbidität mit unterschiedlichsten somatischen Erkrankungen betroffen ist. Diesem Sachverhalt wird oft wenig Beachtung geschenkt. Die im Rahmen dieser Dissertation recherchierte Literatur und die in ihr präsentierten Studienergebnisse befassten sich mit Multimorbidität oder Demenz ohne Berücksichtigung der oftmals bestehenden Comorbidität von dementieller und anderen somatischen Erkrankungen. Daher können hier keine aussagekräftigen epidemiologischen Zahlen aus der Literatur zitiert werden.

2 Demenz und Multimorbidität – eine differentialdiagnostische Herausforderung

Derzeit leiden in Deutschland ca. 800.000 der 12 Mio. Menschen über 60 Jahre an einer Demenz [8]. Somit zeigt sich diese Erkrankung als häufiges Krankheitsbild. Dies gilt für alle Länder mit hoher Lebenserwartung. Auch die große „soziopolitische wie volkswirtschaftliche Bedeutung“ [54] dieser schwerwiegenden und mit oftmals erheblichen pflegerischen Problemen einhergehende Gesundheitsstörung nimmt einen immer größeren Stellenwert ein. Geht man von 80.000 jährlichen Neuerkrankungen nur für den Bereich der alten Bundesländer aus sowie einem Anstieg dieser Zahlen bis zum Jahr 2030 um weitere 50 Prozent, ist der Abbau eines weit verbreiteten diagnostischen und therapeutischen Nihilismus dringend zu fordern [13]. Das Festhalten an dem Defizit-Modell des Alterns [39] ist nicht mehr medizinischem Standard entsprechend.

2.1 Demenz – ein historischer Abriss (Vergleich Vergangenheit – Gegenwart)

Erscheint heutzutage die Diagnose „Alzheimer“ eher als Schreckgespenst für medizinische Laien in der Boulevardpresse, so ist dies bezeichnend für das noch herrschende Informationsdefizit eines Großteiles der Bevölkerung. Es lässt auch erkennen, dass es sich bei dem Begriff „Demenz“ um eine noch junge Bezeichnung für ein Krankheitsbild handelt.

Zwar ist die Zunahme von Vergesslichkeit mit Zunahme des Lebensalters ein seit Jahrtausenden von Philosophen, Schriftstellern und Ärzten thematisiertes Phänomen, doch schien dies über einen langen Zeitraum primär Ausnahmecharakter zu besitzen. Diese Tatsache wird jedoch verständlich unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten: so betrug die Lebenserwartung in den westlichen Ländern im Jahre 1850 durchschnittlich 40 Jahre und stieg um 1950 auf 70 Jahre an mit steigender Tendenz [2].

Eine zeitliche Determinierung maximal erreichbarer Lebensspanne scheint erstmalig in der Literatur in der Bibel zu erfolgen: „Da sprach der Herr: Mein Geist soll nicht immerdar im Menschen walten,...120 Jahre.“ (AT, 1. Moses 6, 3). Die Problematik der Altersverwirrtheit wird in der Heptomadenlehre des klassischen Griechenlandes thematisiert, wobei die 9. von 10 Lebensphasen das Absinken von Weisheit und Wort vor Ereilung des Todes beschreibt. Später schreibt Horaz Männern im hohen Lebensalter Querulantentum, Energieverlust, Preisung guter alter Tage und Verdammung der Jungen zu [14], was auch heute durchaus noch als Diskussionsthema Ausdruck findet.

Altersbeschwerden wurden im 2. Jahrhundert nach Christus von Juvenal als ein von den Göttern verhängtes Schicksal gesehen [52]. Er prägte auch den Ausspruch: „Orandum est ut sit mens sana in corpore sano“. Der Mensch trotz seinem unausweichlichen Schicksal, indem er sich einen gesunden Geist in einem gesunden Körper wünscht.

Auch der englische Dichter William Shakespeare setzte sich mit Alter und Vergesslichkeit auseinander. Im 16. Jahrhundert beschrieb er in seinem Werk „As you like it“ Alter als den letzten Lebensakt [59]. In diese 7. Lebensphase projiziert er kindliches Verhalten. Ähnliche Vergleiche werden heute gezogen mit der Situation von Demenzpatienten: „Wenn die Eltern Kinder werden und doch Eltern bleiben“. So lautet der Titel eines Buches aus dem Jahr 1990 [36].

Jedoch erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts findet das Phänomen der Demenz eine Definition, die sich der modernen annähert. Als Persönlichkeiten dieser Epoche zu benennen sind der französische Psychiater Philipp Pinel, der die Demenz als Abschaffung des Denkens definiert neben den drei anderen Grundformen Manie, Melancholie und Idiotie. Ihm folgt 1845 Esquirol, der dem vorgerückten Lebensalter die Melancholie zuschreibt, dem höheren Lebensalter die Verwirrtheit. Bereits er erkennt die Problematik, die sich in unserer Zeit in der Therapie der Demenz stellt, dass die Verwirrtheit der Greise niemals heile [1].

S. Wilks ist es, der 1864 die Vorreiterfunktion für die geriatrische Medizin moderner Zeiten übernimmt und die Hirnatrophie als Erscheinungsbild im höheren Lebensalter beschreibt, bei starker Ausprägung sogar als anatomisches Korrelat der chronischen Verwirrtheit benennt [68].

Anfang des 20. Jahrhunderts stellt E. Kraepelin ein präseniles Irresein einem senilen gegenüber, wobei er hier arteriosklerotisches Irresein von Altersblödsinn unterscheidet. Unter Mitarbeit von A. Alzheimer beschreibt er Hirnatrophie, verbindet Veränderungen, Fibrin- und Plaquesbildungen als pathologisches Korrelat. Der 1864 in Franken geborene Kraepelin-Mitarbeiter Alzheimer, der mit diesem in München zusammenarbeitete, wurde zum Namensgeber einer Demenz-Form durch deren Erstbeschreibung. Er untersuchte und verglich deutliche Auffälligkeiten an der obduzierten Hirnrinde einer 51jährigen Patienten mit deren vorbeschriebenen Störungen von Auffassungs- und Merkfähigkeit, Sprach- und Orientierungsstörungen sowie paranoiden Denkinhalten. Die erbrachten Befunde präsentierte er 1906 auf der 37sten Tagung der südwestdeutschen Irrenärzte in Tübingen unter dem Titel: „Über einen eigenartigen, schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde“. Die Publikation erfolgte in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 1907 [3].

Ebenfalls zu Beginn des 20sten Jahrhunderts wurde der Begriff Demenz durch den Psychiater E. Bleuler definiert als „rein praktischer Begriff“. Die Diagnose „Demenz“ sei wissenschaftlich niemals genügend, sondern nur die Rückführung des klinischen Erscheinungsbildes auf eine Verursachung. Bereits er betonte die Notwendigkeit einer adäquaten Differentialdiagnostik bei dementiellen Erkrankungen [11].

2.2 Demenz als Symptom unterschiedlicher Erkrankungen

Der Begriff der Demenz umschreibt zuallererst einen Symptomenkomplex, dessen Ursache es differentialdiagnostisch abzuklären gilt, und für den ohne weitere Präzisierung keine spezifische Ursache oder Prognose benannt werden

kann. Durch die diagnostischen Kriterien des DSM-IV wird eine Demenz im Rahmen einer syndromatischen Operationalisierung [60] definiert, wobei hier ebenfalls Kriterien zur Schweregradeinschätzung an die Hand gegeben werden. Vergleichbare Kriterien zur Demenz-Diagnostik finden sich in der ICD-10, in der Literatur ebenfalls häufig zitiert werden die Kriterien nach NINCDS-ADRDA für die DAT-Diagnostik (siehe hierzu auch Abschnitt 2.2.1, Punkt c).

Bei den dementiellen Erkrankungen kann differenziert werden zwischen primären und sekundären Formen, wobei die primären Demenzen am häufigsten angetroffen werden. Die Demenz als somatische Erkrankung des Gehirns betrifft in Form der Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) die meisten dementiell Erkrankten [66]. Die Einteilung der Alzheimer Demenz nach klinischen Charakteristika wurde von Reisberg entwickelt. Diese „Global Deterioration Scale“ (GDS) stellt eine international anerkannte Zuordnung klinischer Charakteristika zu einem klinischen Schweregrad dar (siehe Abschnitt 2.2.3).

Die zweite Hauptform der Demenz stellt die vaskuläre (VD, DVT) bzw. Multiinfarktdemenz (MID) dar, wobei diese Gruppe sehr heterogen ist und gemäß der Klassifikation der ICD-10 die MID als Unterform der VD verstanden wird, genau so wie die Demenz nach Schlaganfall, nach Hypoperfusion, nach hämorrhagischen zerebralen Insulten, oder auch die kortikale oder subkortikale Demenz bei Erkrankung der kleinen Gefäße (M. Binswanger, Amyloidangiopathie, lakunäre Infarkte usw.). In Analogie zu den diagnostischen Kriterien der NINCDS-ADRDA bei der DAT wurden international einheitliche Kriterien für die VD entworfen und zusammengefasst in der NINDS-AIREN [55].

2.2.1 Phänomenologie der Demenz

Die genaue Kenntnis der Phänomenologie der Demenz ist unabdingbarer Bestandteil einer validen Diagnostik. Die Algorithmen der „International Classification of Diseases“ (ICD) und die Definitionen des DSM („Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen“) in der jeweils aktuellsten Version stellen hierbei international anerkannte Standards dar. Neben den

Kriterien der NINCDS-ADRDA sei abschließend auf die mögliche differentialdiagnostische Bedeutung dementieller Sekundärsymptome hingewiesen.

a) ICD-10

Rief im August 1900 die französische Regierung die „1. Internationale Konferenz für die Revision der Bertillonschen oder Internationalen Todesursachenklassifikation“ in Paris ein, an der Delegierte aus 26 Ländern teilnahmen, so stellt die ICD-10 in der heutigen Zeit ein international anerkanntes Verschlüsselungssystem der „Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ dar [18].

Gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in ihrer 10. Revision (ICD-10) von 1999 wird die Demenz als ein „Syndrom“ eingestuft, das „als Folge einer meist chronischen Krankheit des Gehirns mit Störungen höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“ beschrieben wird (s. a. Tab. 2.1) Eine Trübung des Bewusstseins liegt nicht vor. Neben kognitiven Störungen kommt es zu „Veränderung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation“. Dieses Syndrom tritt auf bei der Alzheimer Krankheit, die den größten Anteil der Demenz-Erkrankungen darstellt.

Die zweite große Gruppe der Demenz-Erkrankungen umfasst die unterschiedlichen Formen der vaskulären Demenz auf dem Boden multipler Infarzierungen des Gehirns, mögliche Folgeerscheinung z. B. einer arteriellen Hypertonie. In dieser Gruppe werden die vaskuläre Demenz mit akutem Beginn nach einem oder mehreren Schlaganfällen von der Multiinfarkt-Demenz mit allmählichem Beginn. Die subkortikale vaskuläre Demenz erinnert in ihrem klinischen Bild an die Alzheimer Krankheit, doch ist bei dieser vaskulären Demenzform die Hirnrinde gewöhnlich intakt. Einer statistisch geringeren Bedeutung kommen Demenzen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F02.-) zu, wie z. B. der Demenz bei Pick-Krankheit, CJD, Chorea

Huntington, primärem Parkinson-Syndrom oder bei AIDS. Unter F02.8 werden Demenzen bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern wie z. B. Epilepsie, Morbus Wilson, Intoxikationen, auch Schädel-Hirn-Traumata oder Vitamin-B12-Mangel erfasst. Nicht näher bezeichnete Demenzen werden unter dem Punkt F03 aufgeführt.

Diente die Internationale Klassifikation von Krankheiten in ihren Anfängen noch primär der Auflistung von Todesursachen, so hat sich aus ihr ein internationales Verschlüsselungssystem für Diagnosen entwickelt, das „für sämtliche allgemeine epidemiologische Anwendungszwecke und viele Managementaufgaben im Gesundheitssystem eingesetzt wird“, und das kontinentübergreifend die Erfassung und den Vergleich von Mortalitäts- und Morbiditätsdaten ermöglichen soll.

Tab. 2.1: Definition der Demenz nach ICD-10, 1999 [18]

Symptome	Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen einschließlich: - Gedächtnis - Rechnen - Denken - Lernfähigkeit - Orientierung - Sprache und Urteilsvermögen - Auffassung
Ausprägungsgrad	Beeinträchtigung in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens
Dauer der Symptomatik	Mindestens 6 Monate
Ausschlusskriterien	Bewusstseinsstörungen
Verlauf	Chronisch, fortschreitend

b) DSM-IV („Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen“)

Tab. 2.2: DSM-IV (1994): Diagnostische Kriterien einer Demenz vom Alzheimer

Typ [5, 57]

- A. Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sich zeigen in:
- (1) einer Gedächtnisbeeinträchtigung (beeinträchtigte Fähigkeit, neue Information zu erlernen oder früher Gelerntes abzurufen) und in
 - (2) mindestens einer der folgenden kognitiven Störungen:
 - (a) Aphasie (Störung der Sprache)
 - (b) Apraxie (beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen, trotz intakter Motorik),
 - (c) Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen oder zu identifizieren, trotz intakter sensorischer Funktionen),
 - (d) Störung der Exekutivfunktionen (d.h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge, Abstrahieren)
- B. Jedes der kognitiven Defizite aus den Kriterien A1 und A2 verursacht in bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen und stellt eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.
- C. Der Verlauf ist durch einen schleichenden Beginn und fortgesetzten kognitiven Abbau charakterisiert.
- D. Die kognitiven Einbußen in Kriterium A1 und A2 sind nicht zurückzuführen auf:
- (1) Andere Erkrankungen des Zentralnervensystems, die fortschreitende Defizite in Gedächtnis und Kognition verursachen (z. B. zerebrovaskuläre Erkrankung, Parkinsonsche Erkrankung, Huntingtonsche Erkrankung, subdurale Hämatoome, Normaldruckhydrocephalus, Hirntumor
 - (2) Systemische Erkrankungen, die bekanntlich eine Demenz verursachen können (z. B. Hypothyreose, Vitamin-B12-Mangel oder Folsäuremangel, Niacin-Mangel, Hyperkalzämie, Neuroleues, HIV-Infektion),
 - (3) Substanzinduzierte Erkrankungen
- E. Die Defizite treten nicht ausschließlich im Verlauf eines Delirs auf.
- F. Die Störung kann nicht durch eine andere Störung auf Achse I (z. B. Major Depression, Schizophrenie) besser erklärt werden.

Tab. 2.3: DSM-IV (1994): Diagnostische Kriterien für 290.4x (F01.xx),
Vaskuläre Demenz [5, 57]

- A. Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sich zeigen in
- (1) einer Gedächtnisbeeinträchtigung (beeinträchtigte Fähigkeit, neue Information zu erlernen oder früher Gelerntes abzurufen)
 - (2) und in mindesten einer der folgenden kognitiven Störungen:
 - (a) Aphasie
 - (b) Apraxie
 - (c) Agnosie
 - (d) Störung der Exekutivfunktionen
- B. Die kognitiven Defizite aus Kriterium A1 als auch aus A2 verursachen in bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.
- C. Neurologische Fokalzeichen und –symptome (z. B. Steigerung der Muskeleigenreflexe, Fußsohlenextensorreflex, Pseudobulbärparalyse), Gangstörung, Schwäche einer Extremität oder Laborbefunde, die auf eine zerebrovaskuläre Erkrankung hinweisen (z. B. multiple Infarkte, die den Cortex und die darunterliegende Weiße Substanz betreffen) und die als ursächlich für das Störungsbild eingeschätzt werden.
- D. Die Einbußen treten nicht ausschließlich im Verlauf eines Delirs aus.

Die erste Edition des „Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I) wurde als eine Variante der ICD-6 von der „American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics“ entwickelt und 1952 veröffentlicht. Mitbedingt durch einen Mangel an Akzeptanz der Taxonomy , wie sie in der ICD-6 und der ICD-7 für mentale Erkrankungen verwendet wurde, forcierte die WHO die Weiterentwicklung dieses Klassifizierungssystems, was parallel zu einer konsekutiven Weiterentwicklung des DSM führte. So wurde die

Entwicklung von DSM-III koordiniert mit der Entwicklung der neunten Version der ICD, deren Implementierung in 1978 stattfand. DSM-III (1980) und seine revidierte Fassung DSM-III-R (1987) trugen mit dazu bei, dass die Forschung im Bereich der Diagnostik mentaler Erkrankungen weiter vorangetrieben wurde [4]. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse und das Anwachsen empirischer Daten konnten u.a. widersprüchliche sowie nicht klar definierte diagnostische Kriterien erkennen helfen; ein weiteres Überarbeiten des DSM-Systems wurde dadurch nötig. 1994 entstand DSM-IV.

Wurde DSM-III [4] als dimensionales Model bezeichnet, so ist DSM-IV als kategorisches Model zu sehen, das in der Diagnostik dementieller Erkrankungen noch dezidierter der Spezifizierung der Ätiologie der Demenz Rechnung trägt. So werden in Anlehnung an die DSM-IV-Kriterien dem Kliniker Hilfsmittel gegeben zur Diagnostik der Demenz vom Alzheimer Typ (Tab. 2.2), der vaskulären Demenz (vormals Multiinfarkt-Demenz) (Tab. 2.3), der Demenz durch HIV, durch ein SHT, durch die Parkinson-Krankheit, den Morbus Huntington, Morbus Pick, CJD, Demenz durch andere allgemein medizinische Konditionen, substanzinduzierte Demenz, Demenz auf dem Boden multipler Ätiologien. Die Bezeichnung „Demenz nicht anders klassifiziert“ soll auf die Fälle beschränkt werden, in denen eine spezifische Genese multipler kognitiver Ausfälle nicht festgestellt werden kann.

c) NINCDA-ADRDA / NINDS-AIREN

1984 wurden durch das „National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS)“ und die „Alzheimer`s Disease and Related Disorders Association (ADRDA)“ Kriterien entwickelt (Tab. 2.4), gemäß derer die Diagnose einer wahrscheinlichen oder möglichen Form eines Morbus Alzheimer gestellt werden kann [10, 33, 42]. Der Morbus Alzheimer stellt hierbei per definitionem eine Ausschlussdiagnose dar.

Um die Diagnose eines Morbus Alzheimer sicher stellen zu können, bedarf es ergänzend klinischer Methoden sowie des Nachweises typischer histopathologischer Veränderungen.

Tab. 2.4: NINCDS-ADRDA Kriterien [42]

DAT:	Kriterien:
möglich	klassischer DAT-Verlauf (Beginn, Erscheinungsbild) oder fehlende alternative Erklärung für Defizite; eine begleitende somatische Erkrankung wird nicht als Ursache betrachtet; oder langsamer Verlauf (Abbau eines best. Bereiches neuropsychologischer Funktionen)
wahrscheinlich	stetige Verschlechterung in 2 oder mehreren intellektuellen Funktionen, Dokumentation durch ein „mental status questionnaire“ (z. B. MMSE); Ausschluss Delirium , Beginn zwischen 40. und 90. Lebensjahr, keine andere zerebrale oder sonstige somatische Erkrankung ursächlich möglich, Nachweis von: Aphasie, Apraxie oder Agnosie: Beeinträchtigung der ADL; positive Familienanamnese; Normalbefunde für: Liquorpunktion, EEG (ggf. unspezifische Veränderungen); zerebrale Atrophy im Cranio-CT.
sicher	klinische Kriterien einer wahrscheinlichen DAT und positiver histologischer Nachweis.

1993 wurden die NINCDS-AIREN Kriterien veröffentlicht, die in Analogie zu den NINCDS-ADRDA Kriterien das Vorliegen einer möglichen, wahrscheinlichen oder sicheren Demenz vom vaskulären Typ definieren. Diese Kriterien wurden modifizierend ergänzt durch den Nachweis einer gleichzeitig vorliegenden zerebrovaskulären Erkrankung, nachgewiesen durch neurologische Fokalzeichen

sowie durch entsprechende morphologische Korrelate bildgebender Untersuchungsverfahren (CCT, MRT).

Gemäß dieser Kriterien manifestiert sich die Beziehung zwischen einer Demenz und einer zerebrovaskulären Erkrankung a) durch den Beginn der Demenz innerhalb von 3 Monaten nach einem erkannten Schlaganfall und/oder die plötzliche Verschlechterung kognitiver Funktionen oder b) einen fluktuierenden Verlauf [23].

d) Diagnostische Bedeutung dementieller Sekundärsymptome

Bei der Differenzierung zwischen einer Demenz vom Alzheimer Typ und einer vaskulären Demenz kommt der sorgfältigen Beobachtung von Sekundärsymptomen eine diagnostisch bedeutungsvolle Rolle zu, insbesondere in frühen Phasen der Erkrankung [45]. So konnte nachgewiesen werden, dass Patienten mit einer DVT signifikant stärker Einschränkungen im Bereich der emotionalen Kontrollen aufweisen. Auch Paranoia, Beeinträchtigungen im Sozialverhalten sowie affektive Störungen zeigen sich bei DVT-Patienten ausgeprägter als bei DAT-Patienten. Auch konnte eine Abhängigkeit zwischen der Schwere der Sekundärsymptomatik und der Schwere der Demenz nachgewiesen werden.

2.2.2 Ätiologie der Demenz

Die Differenzierung der Demenzen in primäre und sekundäre Formen [17] veranschaulicht bereits deren unterschiedliche, zum Teil noch nicht final geklärte Ätiologie. Stellen bei den sekundären Demenz-Formen somatische Grunderkrankungen die diagnostisch abzuklärenden Ursachen dar, so sind auch bei den primären Demenz-Erkrankungen unterschiedliche Ätiologien mit verschiedenen therapeutischen Optionen zu berücksichtigen, die die sorgfältige Differentialdiagnostik bei einem dementiellen Syndrom rechtfertigen.

In die Differentialdiagnostik müssen ebenfalls psychiatrische Erkrankungen wie die Schizophrenie oder die Depression einbezogen werden (siehe auch Abschnitt 2.2.4).

Als Beispiele internistisch begründeter dementieller Syndrome sind aufzuführen [26]:

- chronische Herzinsuffizienz; Herzrhythmusstörungen
- Hypothyreose, Hyperthyreose; Diabetes mellitus
- Hypoparathyreoidismus, Hyperparathyreoidismus
- chronische Urämie; Leberzirrhose
- COPD, Schlafapnoe-Syndrom
- Vitaminmangel-Syndrome (Folsäure, Vit. B6, Vit. B12)
- Elektrolytstörungen (Hyponatriämie, Hypernatriämie); Exsikkose; rheologisch bedingte zerebrale Minderperfusion, z. B. bei Polyzythämie, multiplem Myelom
- Nebenwirkungen oder Überdosierungen von Pharmaka (Digitalis, Psychopharmaka, Anticholinergika wie Antidepressiva, Betablocker, Antikonvulsiva, Gyrasehemmer)
- Intoxikationen durch Industriegifte (z. B. Kohlenmonoxid)

Als neurologisch bedingte dementielle Syndrome sind exemplarisch zu benennen:

- Hirntumore
- Morbus Parkinson
- chronischer Alkoholismus
- infektiöse Erkrankungen (Lues, Hirnabszess, CJV, AIDS)
- Chorea Huntington
- chronisch subdurales Hämatom
- Hydrocephalus aresorptivus
- Multiple Sklerose

Unter den primären Demenzformen nimmt die degenerative Demenz vom Alzheimer Typ numerisch den größten Anteil ein, gefolgt von den vaskulären Demenzformen (siehe auch Abschnitt 1.2). Ätiologisch sind bei Letzteren insbesondere internistische Erkrankungen als potentielle Risikofaktoren aufzuführen. Ein schlecht eingestellter Hypertonus oder Diabetes mellitus können nicht nur zu dem Entstehen einer vaskulären Demenz beitragen, sondern sie vermögen durch drohende Komplikationen und Folgeschäden ebenso die Prognose der Demenz zu verschlechtern. Ferner unterhalten Gefäßnoxen (wie z. B. rezidivierende Blutzuckerentgleisungen, regelmäßiger Ethanolkonsum)

pathologische Prozesse an Arterien und Arteriolen, die einen nicht umkehrbaren Abbau kognitiver Funktionen mitbedingen.

Die Ätiologie der degenerativen Demenz vom Alzheimer Typ ist letztlich noch nicht geklärt. Die klinischen Symptome werden verursacht durch den Untergang von Synapsen und Nervenzellen betont im Temporal- und Parietallappen, der einhergeht mit einem Mangel an Neurotransmittern (Dopamin, Acetylcholin). Einer bedeutenden Rolle kommt der Umwandlung der beiden normalen Zellproteine APP (Amyloidvorläuferprotein) und Tau zu [38]. Histomorphologisches Korrelat ist die zunehmende Ausbildung seniler Plaques und Neofibrillenveränderungen. Wohl einer der bedeutendsten Risikofaktoren in der Entstehung einer Alzheimer Demenz ist das zunehmende Lebensalter an sich, auch eine positive Familienanamnese ist als Risikofaktor zu benennen [6]. Besonderer Bedeutung als Risikofaktor kommt hier der Variante $\epsilon 4$ des Apolipoprotein-E-(Apo E -)Gens auf Chromosom 19 zu. So seien laut Kurz (1997) [38] bei rund 36 % aller Krankheitsfälle genetische Faktoren an der Entstehung beteiligt, jedoch bleibe eine starke multifaktorielle Komponente zu berücksichtigen. Mutationen auf den Chromosomen 21, 14 und 1 seien nur selten (in 1/10 der Fälle) als rein genetische Ursachen zu benennen.

Exokrine und endokrine Faktoren, Umwelt und Mobilität des Individuums haben gleichsam Einfluß auf seine kognitive Leistungsfähigkeit [27]. Leidet der Demente an einer zusätzlichen somatischen Erkrankung, so zeigt der Krankheitsverlauf eine Prognose abhängig von Schweregrad der Demenz, die nicht unberücksichtigt bleiben darf. Wird der vormals mobile schwer Demente z. B. durch eine Oberschenkelhals-Fraktur bettlägerig, so verschlechtert sich seine Prognose immens, wenn es nicht gelingt, ihn frühzeitig zu mobilisieren. Die Immobilität führt zwangsläufig zu einer Verschlechterung der kognitiven Situation des Dementen aufgrund der erfahrenen körperlichen Inaktivität sowie einer sozialen Deprivation. Der schwerst Demente wird selbständiges Gehen nicht mehr erlernen können, da auch Krankengymnastik für ihn zu diesem Zeitpunkt etwas Neues, nicht mehr Erlernbares darstellt.

Bereits bei primär cerebral gesunden, geriatrischen Patienten ist bei fehlenden kognitiven Anreizen (z. B. bei akuter Erkrankung mit konsekutiver Immobilisierung) eine Reduktion kortikaler Synapsen zu erwarten. Aufgrund der kompensatorischen Fähigkeit von Nervenzellen im Sinne einer „Plastizität“ können sich vorhandene Synapsen beim Gesunden auch im Alter bei verstärktem Gebrauch stabilisieren und neue Synapsen ausbilden. Diese Fähigkeit der Plastizität sind im Kortex von Alzheimer-Patienten nicht mehr nachweisbar [7, 20]. Neue Studien unterstützen die Hypothese, dass Teilnahme an kognitiv fordernden Freizeitaktivitäten auch in späten Lebensabschnitten einen gewissen Schutz vor dementieller Erkrankung zu bieten scheinen („Use it or lose it“ [64]), jedoch werden diese Studienergebnisse nicht unbestritten als allgemeingültige Aussage gesehen [16].

2.2.3 Stadieneinteilung der Demenz vom Alzheimer Typ

Nach Reisberg (1986) [53] wird die Demenz vom Alzheimer Typ auf der Basis klinischer Charakteristika in Stadien mit zunehmendem Schweregrad eingeteilt. Diese Zuordnung erfolgt durch Beobachtung des Patienten, seiner Gedächtnisleistung und seiner Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Gestützt werden diese Beobachtungen durch die Ergebnisse psychometrischer Testverfahren.

Einen zusammenfassenden Überblick über die Stadieneinteilung der Demenz gemäß der Global Deterioration Scale (GDS) gibt Tabelle 2.7.

Tab. 2.7: Reisberg-Skala zum Assessment der Alzheimer Demenz, modifiziert nach B. Reisberg, 1986 [53]

GDS Stadium	klinische Charakteristika
1 kein kognitiver Abbau	keine subjektiven Beschwerden über Gedächtnisschwäche, keine Gedächtnisschwäche im klinischen Interview
2 sehr leichter kognitiver Abbau	subjektive Beschwerden über Gedächtnisschwäche. Vergessen von ehemals vertrauten Namen. Keine objektiven Defizite am Arbeitsplatz oder in sozialen Situationen
3 leichter kognitiver Abbau	erste klare Defizite. Versagen bei komplexeren Aufgaben in Gesellschaft und Beruf.
4 mäßiger kognitiver Abbau	Klare Defizite beim sorgfältigen klinischen Interview. Herabgesetztes Wissen über gewärtige und zurückliegende Ereignisse. Evtl. Schwierigkeiten bei der Erinnerung der persönlichen Geschichte. Hilfsbedarf bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z. B. Finanzen, Einkaufen, Reisen). Verflachter Affekt, Rückzug aus herausfordernden Situationen.
5 mittelschwerer kognitiver Abbau	Hilfe bei Wahl der Kleidung, beim Entschieden zum Baden. Wesentliche Aspekte des Lebens (z. B. langjährige Adresse, Namen enger Familienmitglieder, Schulabschluss) werden bei der Befragung nicht mehr erinnert.
6 schwerer kognitiver Abbau	Vollständige Abhängigkeit von der Bezugsperson (Ehepartner). Sehr bruchstückhaftes Wissen über das eigene vergangene Leben. Zur Umgebung, Jahr, Jahreszeit nicht mehr orientiert. Hilfsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens:
6a	Hilfe beim Ankleiden
6b	Hilfe beim Baden
6c	Hilfe bei der Toilette
6d	Urininkontinenz
6e	Stuhlinkontinenz
7 schwerer kognitiver Abbau	Verlust aller sprachlichen Fähigkeiten. Vollständige Inkontinenz. Verlust psychomotorischer Fähigkeiten. Generalisierte und kortikale Krampfanfälle. Häufig neurologische Zeichen und Symptome.

2.2.4 Problematik der Diagnose einer Demenz

Kann das Erscheinungsbild einer Demenz unabhängig von der zugrunde liegenden Krankheit individuell sehr unterschiedlich sein, so steht doch klar die Störung des Kurzzeitgedächtnisses im Vordergrund. Weitere Symptome wie Störungen der Konzentrationsfähigkeit, zunehmende Antriebslosigkeit, Beeinträchtigung der Merkfähigkeit für Namen und aktuelle Ereignisse sowie auch Affektlabilität, aber auch zunehmende depressive Affektauslenkung können bereits im Frühstadium einer Demenz auftreten. Doch wird in der Literatur davon ausgegangen, dass „80 % der Frühdiagnosen vom Hausarzt nicht gestellt“ werden. Dieses Phänomen wird auch als „Eisbergphänomen der Frühdemenzen im Alter“ bezeichnet[44].

Die Frühdiagnostik bei einer beginnenden Demenz stellt sich aufgrund diverser Probleme sowohl seitens der betreuenden Hausärzte, aber auch der Betroffenen und ihres Umfeldes als sehr schwierig dar. Sehen Betroffene ihre Gedächtnis- und Konzentrationsschwächen als altersgegeben an oder versuchen, ihre Defizite vor dem Umfeld zu verbergen, so halten Hausärzte oftmals noch an dem Defizitmodell des Alters fest. Deshalb wird in solchen Fällen eine adäquate Diagnostik oft erst spät eingeleitet. Sucht der Betroffene aus Furcht vor einer möglicherweise belastenden Diagnose nicht den Hausarzt auf, wird er vielleicht aus ähnlichem Motiv heraus von der Familie in dieser abwartenden Position gestärkt. Eine Frühdiagnostik findet in solchen Fällen nicht statt. Wird bei Gedächtnisstörungen im Alter die Diagnose einer benignen Altersvergesslichkeit gestellt, so sollte diese Diagnose in 3 bis 6-monatigen Abständen überprüft werden. Gedächtnisstörungen im Alter zeigen zwar zu 80 % einen gutartigen Verlauf, doch sind zu 20 % solche zu finden, die in eine irreversible chronische Verwirrtheit münden [44].

Stellen sekundäre Formen dementieller Erkrankungen nur einen kleinen Teil der diagnostizierten Demenzen, so sollte diesen doch besondere Beachtung zukommen. Diese sekundären Demenzen umfassen Krankheitsbilder, die

internistisch therapiert werden können und somit die Chance einer Reversibilität der vorliegenden insbesondere kognitiven Defizite bieten (siehe auch Abschnitt 1.2 und Abschnitt 2.2.3).

Aufgrund unterschiedlicher medikamentös-therapeutischer Optionen bei den verschiedenen möglichen Ätiologien dementieller Erkrankungen gilt es, neben internistisch-apparativen auch psychometrische Testverfahren zur Differentialdiagnostik anzuwenden. Ein solches Test-Instrument zur Differentialdiagnostik zwischen DAT einerseits und DVT/MID andererseits stellt z. B die Ischämieskala nach Hachinski-Rosen dar (Tab. 2.5) [66].

Tab. 2.5: Ischämieskala nach Hachinski & Rosen [70]

Merkmale	Skala nach Hachinski	Skala nach Rosen
1. plötzlicher Beginn	2	2
2. schrittweise Verschlechterung	1	1
3. wechselhafter Verlauf	2	-
4. nächtliche Verwirrtheit	1	-
5. relativer Erhalt der Persönlichkeit	1	-
6. Depression	1	-
7. somatische Beschwerden	1	1
8. emotionale Inkontinenz	1	1
9. anamnestiche Hypertonie	1	1
10. Schlaganfälle in der Vorgeschichte	2	2
11. Hinweise auf Arteriosklerose	1	-
12. fokale neurologische Symptome	2	2
13. fokale neurologische Zeichen	2	2
Maximale Punktzahl	18	12
Bewertung:		
	Gesamtpunktzahl	
	:	
Verdacht auf DAT	0 - 4	0 - 2
Unklarer Bereich	5 und 6	3 und 4
MID/DVT	7 - 18	5 - 12

Um eine adäquate Demenzdiagnostik ermöglichen zu können, die eine interdisziplinäre Kooperation erforderlich macht, sollte diese gemäß der diagnostischen Empfehlungen von DSM-IV, ICD-10 und NINCDA-ADRDA durch ein multiprofessionellen Teams, wie z. B. dem einer Memory Clinic, Umsetzung finden. In der Memory Clinic Essen [46] stehen dem Betroffenen ein Geriater, ein

Nervenarzt, ein Gerontologe sowie ein Psychologe für Diagnostik aber auch Beratung zur Verfügung. Ein ausschließlich internistisch-geriatrisch geprägtes diagnostisches Prozedere mit Anamnese und körperlicher Untersuchung wird gerade in der Frühphase einer Demenz kein befriedigendes Ergebnis erbringen können. Ein ansonsten somatisch gesunder Patient mit hohem intellektuellem Ausgangsniveau und gut erhaltener sogenannter „Fassade“ wird in der klinischen Untersuchung unauffällig erscheinen, auch die Eigenanamnese wird keine eindeutigen diagnostischen Schlüsse erlauben.

Innerhalb des multiprofessionellen Teams setzt der Nervenarzt sein Augenmerk verstärkt auf neurologische Defizite, exploriert Herdzeichen und erhebt - ergänzend zu der Anamnese durch den Geriater - eine Medikamentenanamnese mit Schwerpunkt auf ZNS-wirksame Medikamente. Die bereits erhobene Fremdanamnese wird durch das Gespräch mit dem Gerontologen ergänzt und mit den Angaben des Patienten verglichen. Während des Gesprächs mit dem Betroffenen sowie in einem gesonderten Gespräch mit dessen Angehörigen wird schwerpunktmäßig der soziale Hintergrund beleuchtet. Auch spricht der Gerontologe mit dem Betroffenen über dessen besondere Vorlieben, ferner fragt er aktuelle Ereignisse des öffentlichen Lebens ab, um so die Anteilnahme des Betroffenen am täglichen Geschehen einschätzen und Gedächtnisleistungen prüfen zu können.

Als weiterer wichtiger Baustein in der Diagnostik erfolgt eine psychometrische Testung, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Am Ende des diagnostischen Prozesses innerhalb des multiprofessionellen Teams der Memory Clinic steht das Zusammenführen der unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse in der täglich stattfindenden Diagnosekonferenz, in der eine vorläufige Diagnose gestellt wird. Dem behandelnden Hausarzt werden in dem dabei erstellten Arztbrief weitere notwendig erscheinende Untersuchungsverfahren sowie Therapieempfehlungen übermittelt. Diese Empfehlungen können ebenso die Überweisung an andere Spezialisten (Psychotherapie etc.) beinhalten.

Die Untersuchung durch den Psychologen

Der Psychologe bedient sich spezieller Testverfahren, die hier kurz Nennung finden sollen. Der Mini-Mental-Status „MMSE“ [22] (siehe Anhang) sowie der Uhrentest [50, 63] bilden hierbei einen Untersuchungsstandard, der in einer dem Patienten zumutbaren Zeit ohne aufwendige Hilfsmittel durchführbar und zur Primärdiagnostik in vielen Fällen ausreichend ist.

Als weitere psychometrische Testverfahren finden der SKT (Syndrom Kurz Test) nach Erzigkeit, die ADAS (Alzheimer`s Disease Assessment Scale) sowie das SIDAM (Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologien) Verwendung [29]. Zur Abschätzung des IQ-Ausgangsniveaus kann der MWT-B (Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest von Lehrl aus Erlangen) hilfreich sein. Diese oben genannten Beispiele stellen oft zitierte und angewandte Testverfahren dar; ein absolutes Diagnostikum im Sinne eines diagnostischen „Goldstandards“ existiert jedoch bislang nicht. Der „MMSE“ und der Uhrentest können auf eine große Zahl von Vergleichsdaten verweisen und bieten somit die höchste Vergleichbarkeit der aktuell verwendeten Tests.

Die Beurteilung des Verhaltens von Patienten unter den Bedingungen der psychometrischen Untersuchung vermag ebenfalls wertvolle differentialdiagnostische Hinweise liefern. Insbesondere die Abgrenzung einer Demenz von einer Altersdepression mit pseudodepressiver Begleitsymptomatik kann sich schwierig gestalten, ist aber nicht nur aufgrund der therapeutischen Konsequenzen unabdingbar. Ein depressiver Patient ist geneigt, seine Gedächtnisleistungen aufgrund seiner Konzentrationsstörung oder motivationalen Hemmung als schlechter darzustellen, als durch psychometrische Testverfahren objektivierbar. Ein dementer Patient zeigt wiederum Auffälligkeit während der psychometrischen Untersuchungen, die in proportionaler Beziehung stehen zu den Defiziten in den Alltagskompetenzen und ihn depressiv verstimmen können (vgl. Tab. 2.6).

Als Testinstrument sei hier exemplarisch die Hamilton Depression Rating Scale aufgeführt, auf die in zahlreichen klinischen Studien verwiesen wird [47] und die ebenfalls in der Memory Clinic Verwendung findet.

Tab. 2.6: Anhaltspunkte zur Unterscheidung von Demenz und „Pseudodemenz“ (Depression) [26, 49]

Unterscheidungsmerkmal	Demenz	Depression
Beginn	langsamer kognitiver Abbau	Depression setzt vor kognitiven Störungen ein
Sprache	fortschreitender Sprach- und Schriftverfall	Verlangsamung der Sprache und Schrift
Orientierung	Desorientiertheit	Orientiertheit
Aufmerksamkeit	früh gestört	erhalten
kognitive Leistungen	Störung des abstrakten Denkens, der Urteilsfähigkeit und höherer kortikaler Funktionen (Aphasie, Agnosie, Apraxie)	Leistungsschwankungen
testpsychologische Ergebnisse	durchwegs schlecht; Testleistungen und Verhalten im Alltag entsprechen sich	ausgeprägter Gegensatz zwischen Testleistung und Alltagskompetenz
Motivation	Freude an der Bewältigung leichter Aufgaben	wenig Bemühen, Interesslosigkeit
Stimmung	Veränderung oder Akzentuierung präorbider Charakterzüge	deprimiert, reizbar, niedergeschlagen, Grübeln, Selbstzweifel
Ansprechen auf antidepressive Therapie	keine Besserung der kognitiven Symptome	Besserung der kognitiven Symptome

2.2.5 Gemeinsame therapeutische Konzepte bei dementiellen Erkrankungen unterschiedlicher Ätiologie

Kurative therapeutische Konzepte sind bei dem größten Teil der Demenzen (DAT, DVT) bislang nicht bekannt. Supportive, den Patienten und seine Umwelt stützende Maßnahmen sind für alle Demenz-Formen gültig formuliert (s. a. Abb. 2.1). Die zum Teil sehr unterschiedlichen medikamentösen

Behandlungsoptionen müssen stets den individuellen Erfordernissen des Patienten angepasst werden (s. a. Tab. 2.8).

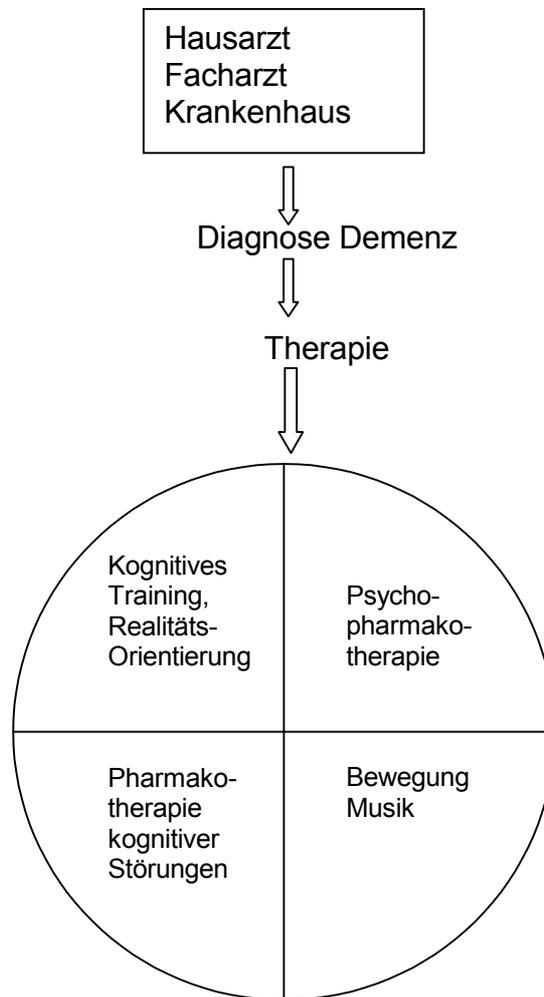
Tab. 2.8: Zielsyndrome und prinzipielle Interventionsstrategien (modifiziert nach Gutzmann, 1997 [28])

Zielsyndrom	Medikamentös	Nichtmedikamentös
Kognition	ACHE-Inhibitoren	ROT
	Transmitter	Kognitives „Training“
	Neuroprotektiva	Prothetische Umgebung
	Nootropika	
Depression	Antidepressiva	(kognitive Psychotherapie) supportiv
Angst	Neuroleptika, SSRI Tranquilizer	Verhaltenstherapie
Paranoid	Neuroleptika	Milieu-therapie / supportiv
Aggression	Neuroleptika	Verhaltenstherapie
Psychomotorische Unruhe	Carbamazepin [40]	Milieu-therapie
Schlaf-Wach-Rhythmus	Clomethiazol	Verhaltenstherapie Milieu-therapie

In Klammern wurden Therapieoptionen eingefasst, die bei Patienten der *Station Franziskus* des Jahres 1997 aufgrund der Schwere der Demenzsymptomatik oder anderer therapeutischer Überlegungen nicht zum Einsatz kamen.

Für dementen Patienten ist die Schaffung einer verlässlichen, konstanten Umgebung von großer Bedeutung, wie sie durch Beachtung der Grundsätze der Milieu-therapie (s. auch Abschnitt 3.2.1) gewahrt werden kann.

Abb. 2.1: Therapeutische Optionen bei mittelschwer bis schwer Demenzkranken
(modifiziert nach Wächtler, 1997 [66])



Angewandte therapeutische Konzepte auf *Station Franziskus*

Als tragende Säule der Therapie dementieller Erkrankungen ist die Milieuthherapie zu sehen (Definition siehe Abschnitt 3.2.1). Neben der Strukturierung des Tagesablaufes bilden krankengymnastische und ergotherapeutische Maßnahmen unverzichtbare therapeutische Optionen. Die medikamentöse Therapie der somatischen Grunderkrankung muss an individuelle Bedürfnisse angepasst erfolgen.

Die Anwendung von Nootropika wird kontrovers diskutiert [26, 32, 35]. Auch auf *Station Franziskus* werden medikamentöse Therapiekonzepte dem jeweils aktuellen Wissensstand angepasst. Daher können für das Jahr 1997 keine

repräsentativen Aussagen bezüglich der Anwendung dieser Substanzklasse innerhalb der beobachteten Population gegeben werden.

Als medikamentöse Therapie-Option der Demenz vom Alzheimer Typ müssen Substanzen aus der Klasse der Acetylcholinesterase-Inhibitoren (z. B. Donepezil, Rivastigimin) genannt werden. Diese Gruppe von Medikamenten wird auf *Station Franziskus* nur in ausgewählten Fällen in Betracht gezogen, da viele der hier betreuten Patienten bereits von einer stark fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung betroffen sind. Eine Ansprache auf ein solches Präparat ist bei diesen Patienten kaum mehr zu erwarten. Diese Substanzklasse bringt primär Benefit in frühen Phasen der Alzheimer Demenz. So sind diese Substanzen für die Therapie der leichten bis mittelschweren Demenz vom Alzheimer-Typ zugelassen [56]. Durch die Medikation mit einem ACHE-Hemmer kann eine Verzögerung der Krankheitsprogression um mehrer Monate erreicht werden. Eine Therapiedauer von einem Jahr wird empfohlen.

Für die Behandlung der mittelschweren und schweren Alzheimer-Demenz ist Memantine zugelassen. Memantine wird eine positive Beeinflussung des Verhaltens, der Schlaf-Wach-Regulierung und eine Reduktion von Aggressivität zugeschrieben. Insbesondere für Patienten mit begleitender extrapyramidaler Symptomatik kann Memantine als medikamentöse Therapieoption in Betracht gezogen werden.

Ein Therapieversuch mit Nootropika wie Piracetam erfolgt bei stark fortgeschrittener Demenz mit Zurückhaltung. Bekannte mögliche Nebenwirkungen dieser Substanzen sind eine oft vermehrt auftretende Unruhe sowie nicht selten eine zunehmende sexuelle Enthemmung, die eine zunehmende Belastung für die Angehörigen der Betroffenen darstellen.

Die Behandlung nichtkognitiver Begleitsymptome wird im folgenden Abschnitt angesprochen.

2.2.6 Therapeutische Konzepte nichtkognitiver Begleitsymptomatik

Nichtkognitive Begleitsymptomatik wie Agitatio, Depressionen, Schlafstörungen mit aufgehobenem Tag-Nacht-Rhythmus sowie symptomatische zerebrale Krampfanfälle stellen Nebenerscheinungen der Demenz dar, die den Patienten in seiner Lebensqualität stark beeinträchtigen und seine pflegerische Versorgung erschweren können. Auch hier kommt den Prinzipien der Milieuthapie große Bedeutung zu, jedoch sind ebenfalls medikamentöse Maßnahmen oft unverzichtbar.

Insbesondere Psychopharmaka zeigen bei alten Menschen eine reduzierte therapeutische Breite, weshalb der Leitsatz „start low – go slow“ durch einschleichenden Dosisaufbau Anwendung finden sollte [66]. Da Verhaltensstörungen oft als kurzfristige Symptomatik auftreten, wird ebenfalls die Überprüfung der Notwendigkeit einer solchen Therapie empfohlen [61].

Einen beispielhaften Überblick über aktuelle medikamentöse Interventionsmöglichkeiten bietet Tab. 2.9, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und nicht das Studium der entsprechenden Produktinformationen ersetzen kann.

Tab. 2.9: Medikamentöse Interventionen, die auf die nichtkognitive Begleitsymptomatik zielen [28, 56]:

Substanzgruppe	Beispiele	Dosierung/die
Neuroleptika	Haloperidol Risperidon Thioridazin Promazin Melperon Pipamperon Promethazin	(0,3)1 – 6mg 0,5 – 4mg 25 – 200mg 30 – 400mg 25 – 200mg 40 – 200mg 15 – 100mg
Antidepressiva	SSRI (z. B. Sertralin) Trizyklika (z. B. Doxepin) Nichttrizyklika (z. B. Trazodon) MAO-Hemmer (z. B. Moclobemid)	50 – 150mg (200mg) 50 – 150 (- 200) mg 100 – 200 (-300) mg 300 – 600mg
Antikonvulsiva	Carbamazepin Valproinsäure	200 – 800 mg (Spiegel) 150 – 500mg
Anxiolytika	Benzodiazepine (z. B. Oxazepam)	10 – 60mg
Andere	Clomethiazol Memantine	200 – 400 (- 1000)mg 5 – 20 (- 30) mg

Therapie nicht-kognitiver Begleitsymptomatik auf Station Franziskus

Insbesondere medikamentöse therapeutische Strategien sind ständiger Diskussion und Aktualisierung unterworfen. Im Folgenden werden Therapiekonzepte auf *Station Franziskus* aus dem Jahr 2001 vorgestellt. Da einige der aufgeführten pharmakologischen Substanzen 1997 noch nicht oder erst seit sehr kurzer Zeit (Sertralin) zur Verfügung standen, besitzt die Auswertung von Subpopulationen keine allgemeingültige Aussagekraft.

a) depressive Begleitsymptomatik

Bei depressiver Begleitsymptomatik kommen überwiegend Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (Sertralin) zum Einsatz. Auf *Station Franziskus* hat sich diese

Substanzklasse als gut verträglich bei Multimorbidität und entsprechender Begleitmedikation erwiesen.

In Einzelfällen kommen MAO-Hemmer (Moclobemid) bei depressiver Begleitsymptomatik zum Einsatz. In dem beobachteten Patientenkollektiv war eine 80jährige Patientin mit einem MAO-Hemmer behandelt worden, die bei Multimorbidität und unter begleitender kardialer Medikation (Schleifendiuretikum, ACE-Hemmer) eine kritische Verschlechterung der zerebralen sowie renalen Situation präsentierte. Durch das Pausieren aller Medikamente und letztendlich Verzicht auf den MAO-Hemmer konnte eine Restitutio im Befinden der Betroffenen erreicht werden.

Die Gabe der klassischen tri- und tetrazyklischen Antidepressiva kann sich aufgrund bekannter Nebenwirkungen als schwierig erweisen. Neben einer möglichen Verschlechterung der zerebralen Situation selbst unter einschleichender Dosierung muss die Möglichkeit der Verschlechterung oder des Neuauftretens von Herzrhythmusstörungen bedacht werden. Bei einer 85jährigen, kachektischen Patienten der beobachteten Population erwies sich die sehr gering bemessene morgendliche Dosis von 10mg Clomipramil als gut verträglich und als ausreichend, um die affektive Situation der Patientin sowie ihr Verhalten bei den Mahlzeiten klinisch positiv zu beeinflussen.

b) Halluzinationen

Bei einer überwiegend von Halluzinationen geprägten Begleitsymptomatik kommen hochpotente Neuroleptika zum Einsatz, als klassisches Beispiel sei hier das Haloperidol aufgeführt. Bei dieser Substanzklasse ist die mögliche Ausbildung eines Parkinsonoid als unerwünschte Nebenwirkung zu beachten. Durch eine solche extrapyramidale Symptomatik werden die betroffenen Patienten in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt und das Sturzrisiko sowie die damit verbundene Verletzungsgefahr entsprechend erhöht. Insbesondere bei schwer dementen und alten Patienten können unerwünschte Nebeneffekte zum

Tragen kommen, ohne dass der erstrebte Benefit für die Betroffenen erreicht werden kann.

Als Alternative zu Haloperidol bietet sich Risperdion an, dem ein geringeres Potential extrapyramidaler Nebenwirkungen zugeschrieben wird. Erweist sich Haloperidol als gut verträglich und effizient, kann die Umstellung auf das Decanoat als Depotpräparat überdacht werden. Diese Umstellung mag sich insbesondere bei Patienten mit wechselnder Einnahme-Compliance als vorteilhaft erweisen und zusätzlich den Aufwand für Medikamentengabe und -einnahme reduzieren.

Auf *Station Franziskus* wurden im Beobachtungszeitraum 31 der 177 Patienten mit Haloperidol behandelt, davon erhielten 17 Patienten eine geriatrisch orientierte, niedrigdosierte Behandlung (3 bis max. 10 Tropfen, i. e. 0,3 bis max. 1 mg, bis zu dreimal täglich). Bei 14 Patienten waren Behandlungsdosen von 3 mal 2 mg und mehr erforderlich. Davon entwickelten 3 Patienten ein Parkinsonoid, das sich unter Absetzen dieses Präparates vollständig zurückbildete. 2 Patienten fanden ausreichende Symptombehandlung durch Gabe eines niederpotenten Neuroleptikums, 1 Patient wurde erfolgreich auf Risperidon umgestellt.

c) Wahnhafte Begleitsymptomatik

Bei wahnhaften Ängsten kommen niederpotente Neuroleptika wie Pipamperon, Melperon oder Promazin zum Einsatz, letzteres bei schweren Ausnahmezuständen mit eigen- und fremdgefährdender Agitatio auch intramuskulär. Auch Promethazin und Thioridazin sind hier anzuführen, wobei mit geringen Dosierungen beginnend einschleichend therapiert wird. Bei schwersten Unruhezuständen, insbesondere bei zusätzlich bestehendem Alkohol- oder Medikamentenhabusus, werden die Patienten mit Clomethiazol therapiert, falls erforderlich mit stündlicher Gabe in individuell anzupassender Dosierung unter adäquater ärztlicher und pflegerischer Überwachung. Die Dosisreduktion erfolgt entsprechend der klinischen Symptomatik ausschleichend.

Bei überwiegend ängstlich gefärbter Symptomatik wird ein Therapieversuch mit Lorazepam durchgeführt, wobei auch hier die Dosierung gemäß des Leitsatzes „start low – go slow“ erfolgen sollte. Besonders zu beachten ist bei der Gabe von Benzodiazepinen deren Abhängigkeitspotential sowie deren substanzeigene Halbwertszeit zu beachten, die zusammen mit der auftretenden Muskelrelaxation das Risiko nächtlicher Sturzereignisse und daraus resultierender Konsequenzen (operationsbedürftiges Trauma, Immobilität) erhöhen.

Aufgehobener Tag-Nacht-Rhythmus

Ein aufgehobener Tag-Nacht-Rhythmus stellt Angehörige und Pflegende auf eine harte Bewährungsprobe. Die Betroffenen selbst, die in der ihnen eigenen paradoxen Realität [26] fest verhaftet sind, verlieren den Bezug zu den möglicherweise für sie bedrohlich werdenden Situationen. Bei nächtlicher Umtrieblichkeit werden Angehörige und Nachbarn dieser Patienten durch nächtliche Ruhestörungen und aus Angst um den Betroffenen erheblich belastet. Einige Beispiele von *Station Franziskus*: eine Patientin war nur dürrtig in ein Nachtgewand gekleidet dem Pförtner eines benachbarten Altenheimes aufgefallen; sie hatte dort in tiefster Nacht ihr Mittagessen einverlangt wollen. Eine andere Patientin zeigte eine erhebliche nächtliche Agitatio, so dass weder sie selbst noch ihr kardial erkrankter Ehemann zu einer adäquaten Ruhephase kamen, am Tage jedoch zeigte sie weiter solche Umtrieblichkeit bis hin zur völligen Erschöpfung. Ihr Mann vermochte es weder, sie zu einer ausreichenden Körperhygiene zu bewegen, noch konnte er sie dazu veranlassen, Nahrung zu sich zu nehmen.

Jahreszeitliche Besonderheiten können Dementen zusätzlich die zeitliche Orientierung erschweren. So konnte auf *Station Franziskus* regelmäßig beobachtet werden, dass sich Betroffenen zur Winterzeit bereits am frühen Nachmittag vorzeitig in ihr Zimmer zurückziehen wollten und morgens kaum zum Aufstehen zu motivieren waren. Wohingegen die Nachtschwester große Mühe

hatte, einige Patientinnen davon abzuhalten, während der Sommermonate um 4 Uhr morgens einkaufen gehen zu wollen.

Neben der Milieuthherapie wurde hier auch auf medikamentöse Maßnahmen wie die Gabe von Tranquilanzien oder niederpotenten Neuroleptika zurückgegriffen.

2.2.7 Therapie internistischer Erkrankungen

An dieser Stelle sei verwiesen auf die jeweils aktuellen therapeutischen Leitlinien, wie z. B. die der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Die Therapie internistischer Erkrankungen erfolgt auf *Station Franziskus* entsprechend der Empfehlungen der aktuellen Leitlinien. Aufgrund des primär geriatrischen Patientenlientels der *Station Franziskus* soll aber auf die Besonderheiten der Therapie bei alten Menschen hingewiesen werden. So müssen hier physiologische Alterungsprozesse Berücksichtigung finden, die per se nicht als pathologisch angesehen werden müssen [26]. Jedoch führen ein verlangsamter Metabolismus sowie die Reduktion von renaler und hepatischer Leistungsfähigkeit zu einer geringeren therapeutischen Breite von Pharmaka bei alten Menschen. Wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt, kann auch hier der Leitsatz „Start low, go slow“ [28] als Hilfsmittel zur Ermittlung der individuellen Dosierung eines Medikamentes Anwendung finden.

Auch gilt es, Schwerpunkte in der Therapie zu setzen, um bei Multimorbidität eine unüberschaubare Multimedikation mit Addition möglicher Neben- und Wechselwirkungen zu vermeiden. Pharmakologische Neben- und Wechselwirkungen können wiederum die klassische Symptomatik eines Krankheitsbildes vortäuschen. Nicht nur in solchen Fällen erscheinen Therapiepausen sinnvoll. Generell sollte versucht werden, auf möglichst nebenwirkungsarme Präparate zurückzugreifen. Auch die Darreichungsform gilt es zu überdenken, da z. B. von manchen Patienten die Einnahme von Tropfen besser toleriert wird als die von Tabletten.

2.3 Diagnostik somatischer Erkrankungen bei Demenz-Patienten

Mit zunehmendem Alter der von einer Demenz Betroffenen kommt auch deren Multimorbidität verstärkt zum Tragen. Eine adäquate Diagnostik klinischer Beschwerden sowie deren Therapie kann sich aufgrund der kognitiven Situation der Patienten als erschwert darstellen. So mag eine akute Erkrankung Symptome bieten, die primär atypisch erscheinen mögen. Ein schwerst Dementer mit Aphasie ist nicht mehr dazu in der Lage, Beschwerden zu verbalisieren. So muss eine plötzliche, ungewohnte Agitatio an ein akutes Krankheitsbild denken lassen. Zeigt sich ein sonst agitierter Patient unerwartet zurückgezogen, so kann auch dies auf eine somatische Erkrankung hindeuten, sei es nun ein beginnender grippaler Infekt, ein aufsteigender Harnwegsinfekt oder eine Pneumonie. Eine entsprechende ärztliche Untersuchung mit Durchführung weiterer differentialdiagnostischer Maßnahmen muss eingeleitet werden. Auch ein plötzlicher Wandel von Angewohnheiten des Betroffenen sollte zum Überdenken eines möglicherweise neu entstandenen oder exazerbierenden Krankheitsbildes bewegen.

Da auch Somatisierungen als Sekundärsymptome einer Demenz auftreten können, besteht die Möglichkeit einer unbefriedigend verlaufenden Differentialdiagnostik. Die in der Medizin meist wegweisende Eigenanamnese ist bei Demenz-Patienten leider nur sehr eingeschränkt verwertbar. Erst kurz zurückliegende Erkrankungen sind wohlmöglich bereits nicht mehr erinnerlich, länger zurückliegende Ereignisse können nur lückenhaft geschildert werden. Zuletzt rezeptierte Medikation ist nicht mehr benennbar, auch muss eine adäquate Compliance ohne stützenden sozialen Hintergrund angezweifelt werden. In diesem Zusammenhang sei auf die Gefahr von Intoxikationen bei unkontrollierter Medikamenteneinnahme (z. B. von Digitalispräparaten) hingewiesen. Eine rezidivierend dekompensierende Herzinsuffizienz aufgrund nicht weitergeführter oder auch überdosierter kardialer Medikation kann sowohl Folge als auch Ursache kognitiver Defizite sein. Andere Gründe wie die Angst vor Inkontinenz bei Einnahme von Diuretika oder das Vergessen des Vorliegens

einer therapiebedürftigen Erkrankung sind bei dementen Patienten zu bedenken, zusätzlich kann auch ein Vergiftungswahn eine Rolle spielen.

Diagnostisch bedeutsamer als die Eigenanamnese ist bei Dementen die Fremdanamnese, die durch das Gespräch mit Angehörigen, Hausärzten und Nachbarn wegweisende Informationen liefern kann. Die Vordiagnose einer Demenz sollte nicht ohne gesicherte differentialdiagnostische Prüfung als Ursache einer Befindlichkeitsstörungen hingenommen werden.

Dazu zwei Kasuistiken von *Station Franziskus*:

b) Ein 72jähriger Patient wurde mit der Diagnose „Demenz mit Unruhe“ auf *Station Franziskus* aufgenommen. Die Enkelin beschrieb eine erst seit ca. 7 Tagen bestehende Verwirrtheit, der wiederholte visuelle Halluzinationen 14 Tage zuvor vorausgegangen waren. Bereits im Aufnahmezimmer zeigte sich ein klinisch auffälliges Abdomen bei fast kachektischem Patienten. Fremdanamnestisch wurden zunehmende Appetitlosigkeit und starker Gewichtsverlust in kurzer Zeit bestätigt, genaue Zahlen konnte die Angehörige nicht benennen. Sonografisch zeigt sich eine mit Rundherden gefüllte Leber sowie verdächtige Lymphknotenkonglomerate. Laparoskopisch konnte ein fortgeschrittenes Leberzellkarzinom gesichert werden. Der Patient verstarb innerhalb von 2 Wochen nach stationärer Aufnahme.

c) Eine 64jährige Patienten mit intermittierender Verwirrtheit war durch den Hausarzt für eine Aufnahme auf *Station Franziskus* angemeldet worden. Nachbarn hatten sich über nächtliche Streifzüge der Betroffenen beschwert, auch hatte sie sich schon einmal nach einem Einkauf auf dem Nachhauseweg verirrt. Am Aufnahmezeitpunkt fielen bei Routine-Blutzuckermessungen erhöhte BZ-Werte auf, ein Diabetes mellitus II war bislang nicht diagnostiziert worden. Unter Einstellung der Patientin auf ein Insulin-Präparat sowie begleitende Milieuthherapie konnte eine deutliche Besserung in der cerebralen Situation der Betroffenen erreicht werden. Nach Sicherstellung der häuslichen Versorgung und Organisation einer ambulanten Pflege zur Insulin-Applikation und Prüfung

der Blutzucker-Werte konnte die Patientin wieder in ihre gewohnte Umgebung entlassen werden.

2.3.1 Internistische Diagnostik auf Station Franziskus

Vor der demenzspezifischen Diagnostik erfolgt einleitend eine internistische Basisuntersuchung, der jeder Patient bei der Neuaufnahme zugeführt wird. Diese beinhaltet neben einem 12 Kanal-EKG, einer Röntgenaufnahme des Thorax und einer abdominellen Sonographie ebenso eine standardisierte Laboruntersuchung. Diese umfasst neben der Bestimmung des Differentialblutbildes sowie der Leber- und Nierenparametern auch eine Lues-Serologie, die Messung des Vit.B12- und Folsäure-Spiegels und der Schilddrüsenparameter (TSH, T3, freies T4). Medikamentenspiegel (von z. B. Digitalis , Amiodaron oder Carbamazepin) werden bei entsprechender medizinischer Anamnese bestimmt, bei auffälligen Blutzucker-Spiegeln ebenso das HbA_{1c}.

Eine Echokardiographie erfolgt bei gegebener klinischer Fragestellung, z. B. bei EKG-Veränderungen, Kardiaka in der Vormedikation sowie unklarer kardialer Vorgeschichte, bei peripheren Ödemen, Kurzatmigkeit, ebenso zur Beurteilung einer Rechtsherzbelastung bei COPD.

Ein EEG bleibt gezielten Fragestellungen vorbehalten (generalisierter Krampfanfall). Ein Cranio-CT wird bei auffälliger Fremdanamnese und noch nicht erfolgter Demenzdiagnostik durchgeführt, ebenso bei pathologischen Befunden der somatischen Diagnostik mit Verdacht auf ein primäres zentrales Neoplasma oder zerebrale Metastasen.

Bei Verdacht auf tiefe Beinvenenthrombosen erfolgt eine Phlebographie unter Risikoabwägung. Auch Gastroskopie, Coloskopie, Bronchoskopie sowie röntgenologische Zielaufnahmen unter Durchleuchtung stehen dem Geriatrie-Zentrum Haus Berge zur Verfügung. Zur differentialdiagnostischen Abklärung von Synkopen können 24-Stunden-EKG, Belastungsergometrie, 24-Stunden-

Blutdruckmessung und Lungenfunktionsprüfung vor Ort erfolgen. Bei entsprechender kardialer Fragestellung sind ebenso Rechtsherzkatheter und Vorhofstimulation durchführbar. Das drei Betten zählende Intensivzimmer des Hause Berge gewährleistet bei Notfällen eine adäquate Versorgung, bei Bedarf kann auch die Anlage eines temporären Herzschrittmachers erfolgen. Notfall- und elektive CT-Untersuchungen werden im Elisabeth-Krankenhaus Essen, dem Mutterhaus des Geriatrie-Zentrums Haus Berge, durchgeführt, ebenso Lungenperfusionsszintigraphien. Durch Konsiliarärzte aus dem Bereich HNO und Dermatologie sowie die enge Bindung an das Haupthaus mit seiner u.a. kardiologischen, chirurgischen, gefäßchirurgischen und gynäkologischen Fachabteilung wird nicht nur für die Patienten der *Station Franziskus* eine Vollversorgung innerhalb des Geriatrie-Zentrums Haus Berge gewährleistet.

Jedoch setzen Schweregrad und klinisches Bild einer Demenz, ferner der Gesamtzustand eines Patienten der Durchführbarkeit von Untersuchungen eine individuell zu bestimmende Grenze. Ist ein Patient bei Aufnahme im Krankenhaus sehr agitiert, unzugänglich, eventuell psychotisch, so wird dem Betroffenen unter entsprechender Dokumentation nur soviel an Untersuchung zugemutet, wie dieser ohne Probleme toleriert. Sofern medizinisch verantwortbar, wird im Extremfall auf eine detaillierte körperliche Untersuchung, EKG und Röntgen-Thorax am Aufnahmetag verzichtet, wie dies beispielsweise bei aggressiven Affektdurchbrüchen oder ängstlich-gedrückter Stimmungslage des Betroffenen der Fall sein kann. Diese Untersuchungen können innerhalb der nächsten Tage nachgeholt werden, sobald der Betroffene sich an die neue Umgebung mit ihren ungewohnten und wechselnden Bezugspersonen gewöhnt hat. Der Findungsprozess eines diagnostischen Maximums berücksichtigt neben dem Gesamtzustand des Patienten auch die Bedürfnisse und Ängste dessen Familie, wobei explizit das beratende Gespräch mit den betreuenden Angehörigen gesucht wird. Wie viel Diagnostik maximal indiziert und durchführbar erscheint, richtet sich nicht primär nach dem Alter des Betroffenen, sondern nach Faktoren wie Komorbidität und Prognose. Ist die Durchführbarkeit einer Untersuchung nur unter Sedierung des Patienten und Herbeiführung einer

Immobilität gegeben, so können sich solche Untersuchungen eher als Belastung denn als sinnvolle Maßnahme darstellen. Ein solches Prozedere vermag die zerebrale Situation des Betroffenen weiter zu verschlechtern.

Hierzu eine Kasuistik von *Station Franziskus*: bei einer 84jährigen multimorbiden Demenz-Patienten bestand klinisch der Verdacht auf eine tiefe Beinvenenthrombose. Aufgrund der schlechten zerebralen Situation mit neuroleptisch nur schwer zu kupierender Agitatio musste auf die Durchführung einer Phlebographie verzichtet werden. Diese Untersuchung hätte ansonsten nur unter sedativer Medikation erfolgen können; die therapeutisch angeratene Bettruhe wären einer Immobilisierung mit weiterer Progredienz des dementiellen Krankheitsbildes gleichgekommen. Eine Doppler-Untersuchung der Beinvenen wurde seitens der Betroffenen ebenfalls nicht toleriert. Es wurde entschieden, die Patientin unter subkutaner Applikation eines Low-dose-Heparins weiter mobil zu halten und auf invasive Diagnostik zu verzichten. Die zerebrale Situation der Betroffenen besserte sich unter Strukturierung des Tagesablaufes, die primär asymmetrischen Beinödeme zeigten sich rückläufig unter milder Kompressionstherapie. Eine leichte Herzinsuffizienz wurde diuretisch therapiert. Die Klinik einer Lungenembolie zeigte sich nicht.

3 Das stationäre Setting

Um der sich ändernden Bevölkerungsstruktur zu Gunsten alter Menschen sowie der Zunahme an hilfsbedürftigen Personen gerecht werden zu können, ist die Differenzierung verschiedener geriatrischer Behandlungs- und Betreuungsstrukturen erforderlich. Das Geriatrie-Zentrum Haus Berge am Elisabeth-Krankenhaus Essen hat als Konsequenz dieser Entwicklung eine entsprechende Infrastruktur mit voll- und teilstationären Bereichen entwickelt. Neben der *Station Franziskus*, deren Setting in den folgenden Abschnitten beschrieben wird, entstand die Memory Clinic Essen, später eine geriatrische Tagesklinik sowie Seniorenwohnungen im Sinne eines Betreuten Wohnens [9].

3.1 Station Franziskus – vom Konzept zur praktischen Umsetzung

Die wiederholt auftretenden innerstationären Konflikte zwischen dementen und nicht dementen Patienten und der Wunsch, den Bedürfnissen dementer Patienten gerecht zu werden und gleichzeitig deren internistische Betreuung zu optimieren, führte im Jahr 1991 dazu, dass eine „normale“ geriatrisch-internistische Station in eine internistische Station mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt umgewandelt wurde.

Zu Beginn stand die Frage, welche räumliche Gegebenheiten sich als günstig erweisen würden, sodass letzten Endes die Wahl auf *Station Franziskus* im vierten und höchsten Stockwerk von Haus Berge fiel. Diese Station zeichnet sich räumlich durch kleine Patientenzimmer und einen großzügigen, überschaubaren Aufenthaltsbereich aus. Eine geriatrisch ausgerichtete Auswahl an Mobiliar mit entsprechender Ausstattung von Stations- und Patientenzimmern waren ebenfalls erforderlich. Besondere Bedeutung kam der Zusammenstellung des Pflorgeteams zu, wobei ein internistisches Haus primär geneigt ist, internistisch erfahrenes Pflegepersonal in dieses Team einzubringen, jedoch sind Erfahrungen aus der Psychiatrie hier von Vorteil. Insbesondere geschultes Altenpflegepersonal erscheint auf einer solchen Station unverzichtbar.

Das stationäre Setting wurde im Sinne einer integrierten Medizin konzipiert, wie sie von Köhle et al. (1996) beschrieben wird [37].

Die Cooperation der verschiedenen, in die Patientenbetreuung involvierten Berufsgruppen unter Verzicht auf primär arztzentrierte Strukturen ist unabdingbare Voraussetzung einer ganzheitlichen Betreuung insbesondere dementer Patienten und bildet die Grundlage eines geriatrischen Teams [48].

3.1.1 Anforderungen an ein patientenorientiertes Setting

Um eine auf Demente zugeschnittene Stationsumgebung schaffen zu können, ist es von Bedeutung, Informationen bezüglich der Biographie der Betroffenen zu berücksichtigen.

Die primäre und auch ein Großteil der sekundären Sozialisation [34] der älteren und alten Patienten fand in der Zeit zwischen 1910 bis 1930 statt, ihre Kindheit und Jugend wurde durch einen oder sogar zwei Weltkriege geprägt. Viele dieser Menschen haben Hunger und Leid während der Kriegsjahre erfahren. Das Verwerfen von Lebensmitteln im Wissen um erlebten Mangel wird daher auch heute noch als ein konflikthafter Akt erlebt, oftmals selbst bei verdorbenen Speisen. Hier sind exemplarisch Erfahrungen aus einer möglicherweise erlebten Kriegsgefangenschaft oder aus einem Bombardement zu benennen. Das scheinbar erneute Durchleben längst vergangener Erfahrungen und das Aufbrechen bislang tief verschlossener Ängste im Sinne einer Traumareaktivierung [31] kann gerade bei dem immer mehr in der Vergangenheit lebenden Dementen zum Tragen kommen. Oft wurden selbst der Familie gegenüber solche Traumata aus der Vergangenheit nicht berichtet, sodass die Fremdanamnese hier nicht immer valide Aussagen liefern kann.

Der Demente lebt in seiner eigenen Realität paranoider Selbsttäuschung [26]. Die Strukturierung des Tagesablaufes ist von besonderer Bedeutung bei einem sich sonst eher unordnenden Menschen, der keine regelmäßigen Mahlzeiten mehr zu sich nimmt und der trotz körperlicher Erschöpfung keine nächtliche Ruhe

zu finden vermag. Eine zusätzliche Verstärkung dieser Symptomatik bei neu auftretender somatischer Erkrankung (z. B. Pneumonie) und wiederum verzögerter Rekonvaleszenz ist eine logische Konsequenz, die Begünstigung des Auftretens oder der Exazerbation eines bereits vorliegenden Krankheitsbildes eine weitere. Um diesen Teufelskreis durchbrechen zu können, muss für den Dementen eine Umgebung geschaffen werden, die nicht nur der bloßen Befriedung basaler körperlicher Bedürfnisse Rechnung trägt. Er muss sich in einer fremden Umgebung rasch zuhause fühlen können, um möglichst stressfrei einer adäquaten internistischen Therapie zugänglich zu werden.

Die Milieuthherapie kann in Verbindung mit einer Realitätsorientierungstherapie (ROT) [21] neue Lebensqualität für demente Patienten erzielen. Dies geschieht nicht zuletzt durch Förderung von bestehenden Fähigkeiten und Vermittlung positiver Erlebnisse unter Einbeziehung individueller biographischer Besonderheiten [51, 58].

3.1.2 Umsetzung der besonderen Anforderungen an das Stations-Setting

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung bei der Betreuung dementer Patienten sind die örtlichen Gegebenheiten der Station, denn enge dunkle Flure wirken bedrohlich auf demente und agitierte Patienten, die räumlich desorientiert sind und in einer fremden Umgebung kaum fassbare Ängste entwickeln können. Auch sind solche unübersichtlichen räumlichen Gegebenheiten hinderlich für Pflege, Diagnostik und Therapie. Aus diesen Überlegungen heraus wurde für *Station Franziskus* eine Etage des Haus Berge ausgewählt, die sich durch einen großzügig bemessenen Aufenthaltsbereich an Stelle eines Flures auszeichnet und die Betreuung mobiler dementer Patienten aufgrund dieser Übersichtlichkeit erleichtert.

Auch die Auswahl des Mobiliars erfolgte mit Bedacht. Am Rande sei hier auf die erforderliche altengerechte Ausstattung der Zimmer hingewiesen mit z. B. neigbarem Spiegel über dem nicht zu hoch angebrachten Waschbecken,

höhenverstellbaren Pflegebetten, großen und leicht zu bedienenden Schaltern für Licht und Pflegerufanlage, Dusche mit flachem Einstieg.

Auf Fernsehen und Telefon in den Zimmern wurde absichtlich verzichtet, da die Station primär für Patienten konzipiert wurde, die zu einer sinnvollen selbstständigen Nutzung solcher Geräte meist nicht mehr in der Lage sind. Auch die Wahl des angebotenen Fernsehprogramms ist zu überdenken. In Abhängigkeit von dem dargebotenen Programm ist durchaus mit nicht vorhersehbaren Angstreaktionen und paranoiden Verhaltensweisen zu rechnen. So können Kriegsreportagen eigene Erlebnisse aus der Vergangenheit des Betroffenen wieder aufleben lassen, oder der Fernsehmoderator wird zum vermeintlich vor Ort existenten Gesprächspartner. War das ständige und sinnentleert erscheinende Anwählen einer bestimmten Telefon-Nummer Teil der häuslichen Symptomatik der Demenz, erscheint es nicht nur zur Entlastung der angewählten Person sinnvoll, diese Verhaltensweise in der strukturierenden Umgebung des Krankenhauses zu unterbinden. Erforderliche Telefonate können selbstverständlich aus dem Stationszimmer getätigt werden, auch ist die Krankenstation für jeden Angehörigen jederzeit telefonisch erreichbar.

Neben den räumlichen Gegebenheiten stellen sich ebenfalls die Anforderungen an das Pflegepersonal als Herausforderung dar. Aufgrund des multimorbiden Patientenlientels sind Erfahrungen aus der Altenpflege mit Kenntnissen der Inneren Medizin von großer Bedeutung. Bei Dementen kann es sich oftmals schwierig gestalten, einen Notfall zeitgerecht zu erkennen. Bei einer akuten Zuspitzung einer Verwirrtheit kann das Durchführen eines EKGs sinnvoll sein, denn hier mag ein akutes kardiales Ereignis (Myokardinfarkt) vorliegen. Appetitlosigkeit kann auf eine gastrointestinale Erkrankung hindeuten, deutlich vermehrte Schläfrigkeit auf einen Apoplex oder einen entgleisten Diabetes; auch gilt es, Medikamenteneffekte auszuschließen. Nicht vergessen werden sollte, dass selbst medizinisches Fachpersonal durchaus mit Vorurteilen behaftet sein kann, geht es doch um die Betreuung von Patienten mit psychischen Auffälligkeiten, und solch eine Voreingenommenheit vermag ein adäquates

medizinisches Handeln zu verzögern. Daher stellen hausinterne Schulungen und die Teilnahme an Fortbildungen unabdingbare Voraussetzungen dar, um eine adäquate Betreuung dementer Patienten gewährleisten zu können. Ebenso ist die Zufriedenheit und Identifizierung des involvierten Stationspersonals mit Ihrer Tätigkeit erstrebenswert. Der Umgang mit Demenzen erfordert ein besonderes Einfühlungsvermögen und Fingerspitzengefühl, das nicht nur dem Pflegepersonal abzuverlangen ist, sondern auch allen übrigen Mitgliedern des Stationsteams. Krankengymnastisches Fachpersonal ist ebenso unverzichtbar wie ergotherapeutische Fachkräfte, deren Aufgabenbereich sich z. B. im Training der ADL teilweise mit der des Pflegepersonals überschneidet, jedoch eine notwendige Ergänzung bei hier oftmals anders gesetzten Schwerpunkten darstellt. An dieser Stelle seien exemplarisch die besonderen Anforderungen an die Betreuung von Apoplex-Patienten oder von Patienten mit postoperativen funktionalen Einschränkungen genannt.

Da die Strukturierung des Tagesablaufes (Tab. 3.1) als eines der Ziele der auf *Station Franziskus* angewandten Milieuthherapie zu sehen ist, werden physikalisch-therapeutischen Maßnahmen zu festgelegten Zeiten in diesen Tagesablauf integriert. Ergotherapie und Krankengymnastik können bei individuell gegebener Indikation bereits während der Morgenpflege durchgeführt werden. Die erste Gruppenergotherapie des Tages erfolgt während des Frühstücks, an dem großen Gemeinschaftstisch in der Mitte des Stationsbereiches. Patienten werden in Frühstücksvorbereitungen mit einbezogen. Bei jedem einzelnen Patienten wird auf eine mögliche Apraxie, Agnosie oder Störungen des Schluckaktes geachtet sowie die Selbstständigkeit bei der Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten beurteilt. Bei Sprachstörungen im Rahmen eines apoplektischen Geschehens sowie bei Schluckstörungen wird eine Logopädin in die Betreuung des entsprechenden Patienten miteinbezogen. Bei einer Aphasie auf dem Boden einer stark fortgeschrittenen Demenz zeigt sich eine Logopädie nur in seltenen Fällen indiziert, da die schweren kognitiven Defizite ein adäquates Folgen logopädischer Anweisungen meist unmöglich machen.

Tab. 3.1: Tagesstruktur auf *Station Franziskus*

Uhrzeit	
6:30 - ca. 8:00	Patientenpflege; Durchführung der Morgenhygiene mit Anleitung, so wenig Hilfestellung wie möglich
ab ca. 7:15	Kaffeetrinken in der Stationsküche für die bereits gepflegten Patienten
8:00 - ca. 8:45	Frühstücksgruppe, Zubereitung und Einnahme des Frühstücks unter Anleitung eines Ergotherapeuten
8:45 - 10:30	ärztliche Stationsvisite, Diagnostik, falls erforderlich Einzel-Ergotherapie
10:30 - 11:00	Gruppen-Krankengymnastik
11:00 - ca. 11:45	Neuaufnahmen mit Angehörigengespräch; ggf. Arbeiten in der Gemeinschaftsküche
11:45 - 12:30	Mittagessen
12:30 - 14:00	Mittagspause
14:00 - 14:30	gemeinsames Kaffeetrinken
14:30 - 16:30	offenes Programm (z. B. Gedächtnisübungen, gemeinsam-es Musizieren, gemeinschaftlicher Spaziergang)
16:30 - 17:30	Besuchszeit
17:30 - 18:00	Vorbereiten der Abendmahlzeit mit Patienten
18:00 - 18:45	Abendbrot
18:45 - 19:30	Tagesabschluss in der Gemeinschaft (z. B. gemeinsames Ansehen eines Heimatfilmes, Musizieren)
ab 19:30	Unterstützung der Patienten bei der Abendhygiene

Wie auf allen anderen Stationen des Haus Berge findet einmal wöchentlich eine Behandlungskonferenz statt. Während dieser Konferenz bespricht das komplette Stationsteam die gewonnenen Informationen und Eindrücke im Umgang mit Patienten und Angehörigen, um sich so umfassend über die dementielle Symptomatik sowie Veränderungen des somatischen Krankheitsbildes informieren zu können. Der Wissensstand zwischen den unterschiedlichen Professionen wird dadurch kontinuierlich auf das selbe Niveau gebracht. Diese „Behandlungskonferenz“ findet unter beratender Anwesenheit von Chefarzt und Pflegedienstleitung statt. Neben klinischem Verlauf werden der soziale Hintergrund der Betroffenen und die weitergehenden Versorgungsmöglichkeiten thematisiert, womit ein wesentlicher Aufgabenbereich der Sozialarbeiterin angesprochen wird. Sie berät Angehörige und bespricht mit diesen die weitere Patientenversorgung, die im Bedarfsfall durch die Sozialarbeiterin in Eigenregie organisiert wird. Ferner bildet sie eine weitere Informationsbrücke zwischen Arzt und Pflegepersonal, sodass fremdanamnestiche, teilweise widersprüchliche Aussagen in einen geordneten Rahmen gebracht werden können, um ein möglichst optimales Handeln im Sinne der Betroffenen zu gewährleisten. Bei konfliktreichen Familienstrukturen oder fehlendem sozialen Hintergrund stellt sich diese Aufgabe oft als sehr schwierig dar.

Zu diesem Thema eine Kasuistik von *Station Franziskus*: die Patientin Frau H. wurde *Station Franziskus* über das Gesundheitsamt zugewiesen, nachdem Nachbarn sich über üble Gerüche sowie Ungeziefer unmittelbar vor der Wohnungstür der Betroffenen beklagt hatten. Ferner hatte Frau H. sich schon mehrfach verlaufen, war der Polizei also bereits bekannt. Auch war sie schon mehrfach durch das Absetzen ihrer Fäkalien vor der Hauptpost in der Stadt auffällig geworden. Eine Demenzdiagnostik hatte bei der Betroffenen vor Beginn des stationären Aufenthaltes nicht erfolgen können. Zur Aufnahme kam eine freundlich zugewandte Dame, die ihre eigene Verwahrlosung und Verlausung augenscheinlich nicht selbst wahrnahm. Die exsikkierte, durch Malnutrition kachektische und anämische Patientin wurde einer entsprechenden internistischen Diagnostik und Therapie zugeführt. Unter Beachtung

gerontopsychiatrischer Gesichtspunkte erholte sich die Betroffene auf somatischer wie auf kognitiver Ebene. Eine leichte Agitatio sowie weinerliche Affektdurchbrüche wurden mit einem milden Neuroleptikum (hier Pipamperon) behandelt. Durch Anleitung in den ADL sowie Strukturierung des Tagesablaufes gewann die Patientin wieder deutlich an Lebensqualität. Ihr sozial desolat gestellter und deutlich mit der Situation überforderter Bekannter wurde ebenfalls in das Versorgungskonzept mit einbezogen. Die Patientin konnte normgewichtig, normochrom und mit mäßigem Hilfsbedarf in ein Heim nahe des Wohnortes ihres Bekannten entlassen werden.

3.2 Besondere Anforderungen an die Angehörigen-Betreuung

Ein wesentlicher Zeitaufwand muss der Beratung der Angehörigen beigemessen werden. Ist die Fremdanamnese auch ein wichtiger Bestandteil in der Diagnostik dementer Patienten, so hat sie doch zugleich auch informativen Charakter für die Angehörigen, da viele Familie mit der Erkrankung des Betroffenen überfordert und kaum vertraut sind mit dem Krankheitsbild der Demenz. Neben Gesprächen über die Art der vorliegenden somatischen sowie dementiellen Erkrankung wird in individuellen Gesprächen auf die Problematik im Umgang mit dementen Patienten sowie auf therapeutische Optionen eingegangen. Dabei können auch Gruppengespräche des Arztes mit mehreren Angehörigen eines Betroffenen erforderlich sein. Hierbei erweist sich oftmals die Anwesenheit der Sozialarbeiterin als sinnvoll, geht es doch um die Klärung der weiteren Versorgung des Patienten. Detailliert werden verschiedene Versorgungsmöglichkeiten besprochen sowie die daraus resultierenden organisatorischen Schritte und finanziellen Folgen. Mit den Angehörigen wird unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Behandlungskonferenz die Möglichkeit ambulanter häuslicher Versorgung besprochen. Es gilt zu entscheiden, ob der Patient in einem Betreuten Wohnen mit Anbindung an ein häusliches Notrufsystem sowie Essen auf Rädern ausreichend versorgt ist, oder ob er vielmehr von einer vollstationäre Pflege profitieren würde. Auch die Einleitung eines Betreuungsverfahrens wird bei gesicherter Demenz-Diagnose

empfohlen. So kommt dem Gespräch mit den Angehörigen hier auch die Funktion eines Stressmediators [43] zu.

Ist die Familie in sich sehr zerstritten oder entsteht der Eindruck, dass die Familie nicht die Voraussetzungen für die Übernahme der gesetzlichen Betreuung bietet, empfehlen wir den Angehörigen zu ihrer eigenen Entlastung die Beantragung einer amtlich bestellten, familienunabhängigen Betreuung. Sind keine direkten Angehörigen vorhanden, kann nach diagnostischer Sicherung einer Demenz ein Betreuungsverfahren durch den Arzt in Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin beantragt werden. Es gilt, die adäquate Versorgung des Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus gewährleisten zu können, der seine eigene Situation nicht mehr adäquat einzuschätzen vermag [65].

Da sich die Situation von Angehörigen oft als sehr schwierig darstellt und die Pflege eines dementen Menschen eine große Herausforderung für das gesamte Umfeld bedeutet, reicht ein einziges klärendes Gespräch nicht aus, um sich als Hilfe für Angehörige erweisen zu können. Auch wiederholte Angehörigengespräche können gerade bei unterschiedlichen Ansprechpartnern innerhalb einer Familie sehr frustriert verlaufen. Da die zeitlichen Möglichkeiten des stationären Rahmens begrenzt sind und allen Angehörigen ein Anrecht auf Information zusteht, wird um Benennung eines festen Ansprechpartners für sämtliche Belange gebeten. Bereits bei Aufnahme des Patienten auf *Station Franziskus* wird die Teilnahme an einer Angehörigengruppe nahegelegt. Gut informierte Angehörige bilden die Basis für gute Zusammenarbeit, fühlen sich verstanden und entlastet. Natürlich profitiert nicht jeder Angehörige in gleicher Weise von dieser Begegnungsstätte Pflegender. Diejenigen, die aus Selbstschutz oder aus Scham die Realität der Erkrankung verleugnen, werden nur dann von einer solchen Gruppe profitieren können, wenn ihrerseits die Bereitschaft dazu entsteht.

Nicht selten aber wird die Demenz-Erkrankung bei einem nahen Angehörigen negiert, die Angehörigengruppe abgelehnt, vielleicht sogar eine rasche

Entlassung des Betroffenen erbeten, der vermeintlich nicht auf diese „Verrücktenstation“ gehöre. Angehörige von Patienten mit leichter Demenz erschrecken vor den Erzählungen von Angehörigen Schwerstdementer. Eine gewisse Kohärenz innerhalb einer solchen Gruppe scheint sich in solchen Fällen auszuzahlen. Wie effektiv eine solche Angehörigengruppe für den Einzelnen sein kann, ist allerdings individuell unterschiedlich. Einige Angehörige bedürfen nur weniger Termine in der Gruppe, um sich in ihrer Situation besser zurecht zu finden; für andere Angehörige wird diese zu einer festen Institution.

Da die Angehörigengruppen unter professionellen Leitung erfolgen, besteht die Möglichkeit, vor Ort kompetente Informationen über Therapiemöglichkeiten oder bei Versorgungsproblemen zu erhalten. Die Gespräche in der Gruppe stellen so möglicherweise die Weichen für einen lange erforderlichen und immer wieder verschobenen Besuch des eigenen Hausarztes oder vielleicht sogar für die Einleitung einer stützenden Psychotherapie.

3.2.1 Grundzüge der Milieuthherapie

Um Angehörigen eine verständliche Definition des Begriffes der Milieuthherapie zur Verfügung stellen zu können, wurde durch das Team der Memory Clinic Essen der folgende Informationstext erstellt. Diese Begriffsdefinition basiert auf den geriatrischen Konzepten der Sinnesaktivierung, wie sie von Stuhlmann in seiner Arbeit „Durch alle 5 Sinne leben“ [62] beschrieben werden, und berücksichtigt ebenso eigene Erfahrungen.

„Die Milieuthherapie setzt feste Strukturen in bezug auf die Gestaltung der Wohnräume voraus, wobei hier auf jegliche Veränderung, insbesondere auf die Neuanschaffung technischer Geräte, verzichtet werden sollte. Die Bezugspersonen der Betroffenen sollten eindeutig identifiziert sein, von einem häufigen Wechsel ist Abstand zu nehmen. Die festgelegte Tagesstruktur sollte sich in einer wiederholenden Konstanz darstellen. Hilfreich für die Orientierung kann dabei die Anbringung von gut lesbaren symbolhaften Betonungen z. B. von Festtagen und Feiertagen sein, ebenso das Anbringen von gut lesbaren Uhren

(keine Digitaluhren) und Kalendern (große Zahlen und ausgeschriebene Wochentage).

Grundvoraussetzung ist dabei ein empathischer Zugang zu den Betroffenen mit unbedingter Vermeidung von Überforderungen. Gleichwohl ist auch darauf zu achten, dass man nicht in ein überprotektives Verhalten verfällt und damit die kognitiven Defizite im Sinne einer erlernten Hilflosigkeit verstärkt. Ganz im Gegenteil sollten die persönlichen Bereiche, die die Betroffenen noch selbst entscheiden und bewerkstelligen können, lobend unterstützt werden.

Ein häufiges Problem beim Umgang mit dementen Patienten sind ihre völlig unsinnig erscheinenden Handlungen. Hier bedarf es der Vergegenwärtigung, dass die Betroffenen in ihrer eigenen Wirklichkeit leben und es als erfreulich empfinden, wenn sie gelegentlich eine Bestätigung für ihr Tun erhalten, obwohl dieses objektiv betrachtet falsch ist. Hinweise auf den fehlenden Sinn, die Abwegigkeit des Handelns führen häufig zu unberechtigten Anschuldigungen durch die Betroffenen und zu verzweifelter Hilflosigkeit bei den Betreuenden. Häufig ist es ratsam, bei Fehlleistungen eher ablenkend vorzugehen und diese, falls in ihren Folgen unbedenklich, unkorrigiert stehen zu lassen. Insgesamt gilt die Regel, eingefahrene Gewohnheiten der Betroffenen möglichst unverändert beizubehalten und deren stetige Wiederholungen nicht aus Furcht vor Langeweile abzulehnen. Diese Wiederholungen verschaffen dem Kranken im Gegensatz zum Gesunden ein Gefühl der Sicherheit."

4 Material und Methode der empirischen Verlaufsstudie

Um Veränderungen in der kognitiven Situation der Patienten und in dem erforderlichen Hilfsbedarf in den ADL (Aktivitäten des Täglichen Lebens) beurteilen zu können, wurde einerseits auf Daten zurückgegriffen, die auf einem ADL-Erfassungsbogen dokumentiert wurden, der in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialwissenschaften an der Universität Essen entwickelt worden war; andererseits auf Daten der routinemäßigen ärztlichen Dokumentation (Arztbrief).

4.1 Deskription der erfassten Rohdaten

Bei dem 1997 untersuchten Patientenkontingent wurde bei Aufnahme von Patienten auf *Station Franziskus* neben (fremd-)anamnestischen Daten durch den Arzt auch eine detaillierte Fremdanamnese durch ein erfahrenes Mitglied des Pflegepersonals erhoben. Auf dem bereits erwähnten ADL-Erfassungsbogen wurden der soziale Status des Betroffenen sowie weitere für die Versorgung des Patienten relevante Daten erfasst. Dazu gehörten neben dem Familienstand und der Anzahl der Kinder auch die Wohnsituation. War eine Demenz bereits vordiagnostiziert, so wurde deren Form und Schweregrad gemäß vorliegender Quelldaten (z. B. Auskunft des Hausarztes) dokumentiert. Auch die Stimmungslage des Betroffenen in gewohnter Umgebung wurde erfragt, um hierdurch bereits potentiell Konfliktpotential auf stationärer Ebene abschätzen zu können. Derartige Daten vermögen einen ersten Eindruck über den Patienten zu vermitteln und somit Zugangswege zu dem Betroffenen aufzuweisen.

Da die Arbeit an und mit Angehörigen eine tragende Rolle bei Demenz-Erkrankten spielt, wurde auch das Interesse an einer Angehörigen-Gruppe erfragt, auch waren Informationen bezüglich des Informationsstandes der Angehörigen bzw. Nachbarn erforderlich. Neben der Adresse und dem Informationsbedarf der festen Bezugsperson wurden ergänzende Anmerkungen notiert, z. B. ob bereits ein Betreuungsverfahren eingeleitet wurde, gegebenenfalls warum keine feste Kontaktperson festzustellen war, oder welches intrafamiliäre Konfliktpotential bestand.

Zusätzliche ergotherapeutisch relevante Aspekte sowie Zugangswege zu dem Betroffenen wurden durch die Erfragung seiner zuletzt oder überwiegend ausgeübten beruflichen Tätigkeit erfasst.

Diesbezüglich eine Kasuistik von *Station Franziskus*: Herr M. hatte jahrelang eine Schaltertätigkeit bei der Post ausgeübt. Auf der *Station Franziskus* stellte er sich primär antriebsarm dar, isolierte sich von der Gemeinschaft. Seine berufliche Vorgeschichte berücksichtigend, wurden ihm Papier und Stempelkissen zur Verfügung gestellt. Der schwer Demente konnte auf diese Weise zu einer Tätigkeit motiviert werden, die oberflächlich betrachtet sinnentleert wirken mag (Stempeln fiktiver Briefe), dem Betroffenen jedoch eine für ihn sinnvoll erscheinende Aufgabe zuwies. Der Patient wirkte zufriedener und zugänglicher, auch konnten so noch vorhandene Fähigkeiten trainiert und kognitive Reserven mobilisiert werden.

4.2 Erfassung der ADL

Wie in der ELDERMEN-Studie [30] dargestellt, besteht die Notwendigkeit, funktionale Kapazitäten zu dokumentieren und zu beurteilen, um den Gesundheitszustand eines dementen Patienten adäquat erfassen zu können. In dem Bestreben, dieser Notwendigkeit Rechnung zu tragen, wurden Daten bezüglich der Selbstständigkeit der Betroffenen in den ADL mit Hilfe eines ADL-Evaluationsbogens erfasst. Dieser ADL-Evaluationsbogen wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialwissenschaften an der Universität Essen entwickelt (siehe Anhang 2). Er war Bestandteil eines sich über einen Zeitraum von 4 Jahren erstreckenden empirischen Lehrforschungsprojektes, in dem zusätzlich Angaben über die Situation des Patienten 4 Wochen nach stationärem Aufenthalt evaluiert wurden. Eine Auswertung der poststationären Daten erfolgte bereits unter sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten [19].

Auf dem ADL-Fragebogen wurden für jeden Patienten die Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme, beim Ankleiden und bei der Körperhygiene erfasst, ebenso die Stuhl- und Urinkontinenz. Ferner wurden zu Beginn des stationären

Aufenthaltes neben den ADL auch sensorische Defizite der Betroffenen dokumentiert, wie z. B. eine Visusreduktion oder eine Hypakusis.

Gestellt wurde auch die Frage nach der Mobilität des Betroffenen, der im Behandlungskonzept der *Station Franziskus* eine zusätzliche Bedeutung zukommt. Eine ausreichende Mobilität des Patienten stellt eine Grundvoraussetzung für eine Aufnahme auf *Station Franziskus* dar, wobei in Einzelfällen ebenfalls Rollstuhlfahrer aufgenommen werden können.

Die Orientierungsfähigkeit in unmittelbarer Umgebung wurde ebenso dokumentiert wie die Teilnahme an Aktivitäten auf der Station und der Tag-Nachtrhythmus. Auch die Kommunikationsfähigkeit mit dem Personal und mit anderen Patienten galt es zu beobachten und zu erfassen. Dem Stationsteam wurde durch diese Form der Dokumentation ein unterstützendes Instrumentarium an die Hand gegeben, um für den Betroffenen individuelle Behandlungsziele erarbeiten zu können, das zusätzlich Aspekte der Qualitätssicherung der Stationsarbeit berücksichtigte.

Um eine möglichst einheitliche Dokumentation zu erreichen, wurden ab der zweiten Jahreshälfte von 1997 die Daten des Aufnahmezustand nicht direkt am Aufnahmetag, sondern erst im Verlauf von maximal 7 Tagen ermittelt. Fremdanamnestiche Daten hatten sich zuvor zu oft als widersprüchlich im Vergleich zu den Beobachtungen des Pflegepersonals während der ersten Tage des stationären Aufenthaltes dargestellt. Auch war es immer wieder vorgekommen, dass Angehörige oder andere begleitende Bezugspersonen nur eingeschränkt mit der Situation des Betroffenen vertraut zeigten, weshalb in solchen Fällen auf fremdanamnestiche Daten nicht zurückgegriffen werden konnte. Teilweise verlief die Befragung nach dem Hilfebedarf in den ADL auch bei engen Verwandten frustrierend, wenn Faktoren wie Überforderung der Familie, Scham oder erlernte Hilflosigkeit des Betroffenen eine wichtige Rolle zukam. Bei großer räumlicher Distanz zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen

sowie erhaltener Fassade des Dementen blieben Defizite in den ADL sogar unbemerkt.

Die erste Behandlungswoche sollte für die Patienten idealerweise ohne Angehörigenbesuche erfolgen, um die Eingewöhnung an das fremde Umfeld zu erleichtern und vermeidende Rückzugstendenzen zu reduzieren. Ferner konnte sich das Behandlungsteam durch dieses Prozedere einen Eindruck über die Istsituation des Betroffenen verschaffen, Defizite sowie potentielle Reserven erkennen und so einen validen Aufnahmezustand erheben – unbeeinflusst von der Anwesenheit Angehöriger. Am Ende des stationären Aufenthaltes, für den ein durchschnittlicher Zeitraum von ca. 4 Wochen vorgesehen war, wurde dieser Status nochmals erhoben und so Änderungen in der Selbstständigkeit des Patienten erfasst. Besonderes Augenmerk wurde auch auf die Konstanz der Dokumentation gelegt; die Enddokumentation sollte von derselben Person durchgeführt werden wie die Aufnahmedokumentation.

Als Manko muss aufgeführt werden, dass bei depressiver Begleitsymptomatik kein Testinstrument Verwendung fand, um die Verbesserung in der affektiven Situation der Betroffenen zu beschreiben.

4.3 Erfassung der somatischen Begleiterkrankungen

Das diagnostische Prozedere erfolgte, wie in Abschnitt 2 beschrieben. Pathologische Befunde aus der Patientenakte wurden direkt am Entlassungstag in dem abschließenden Arztbrief zusammen mit den nach ICD-10 verschlüsselten Diagnosen aufgeführt. Dieser Arztbrief, der in standardisierter Form im Haus Berge Verwendung findet, darf nicht mehr als eine Din A4-Seite umfassen und enthält alle relevanten Angaben bezüglich der erfolgten Untersuchungen inklusive aller pathologischen Befunde, sowie eine kurze Epikrise mit Therapieempfehlungen.

Die Angaben aus den Arztbriefen von 177 im Untersuchungszeitraum stationär behandelten Patienten dienten für diese Dissertation als Datenquelle und wurden in anonymisierter Form in eine Datenbank übertragen.

Um die Genesungsverläufe der somatischen Begleiterkrankung objektiv zu erfassen, wären zusätzliche spezielle Testverfahren wie auch Patientenfragebögen angedacht gewesen. Auf solche wurde aufgrund bestehender Multi- und Co-Morbidität verzichtet, da bei überlappenden Symptombildern sowie erschwerter Eigenanamnese nur in Einzelfällen valide Ergebnisse zu erwarten waren.

4.4 Erfassung der Demenz

Eine zum Aufnahmezeitpunkt vordiagnostizierte Demenz wurde anhand fremdanamnestischer Angaben sowie beobachteter Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) einem GDS-Stadium zugeordnet. Bei differentialdiagnostisch noch nicht abgeklärter Demenz erfolgten in individuell erforderlichen diagnostischen Schritte vor Ort, ergänzend dazu eine konsiliarische Vorstellung in der Memory Clinic Essen (siehe dazu bitte auch Abschnitt 2).

Am Ende des stationären Aufenthaltes wurde erneut der Schweregrad der Demenz beurteilt und einem GDS-Stadium zugeordnet. Das GDS-Stadium bei Entlassung wurde neben der nach ICD-10 verschlüsselten Demenz-Diagnose dokumentiert. Entsprechende Angaben aus den Arztbriefen sowie Patientenakten dienten hier als Datenquelle und wurden ebenfalls in anonymisierter Form in eine Datenbank übertragen.

5 Fragestellung und Hypothese

Die mithilfe der ADL-Bögen sowie der Patientenakten respektive Entlassungsbriefen erfassten Daten wurden unter Prüfung der folgenden Hypothesen ausgewertet.

H0: Unter paralleler Therapie von Demenz und internistischer Begleiterkrankung kommt es zu keiner Verbesserung in der Selbstständigkeit der Patienten in den ADL.

H1: Unter paralleler Therapie von Demenz und internistischer Begleiterkrankung kommt es zu einer signifikanten Verbesserung der Selbstständigkeit in den ADL.

Die Auswertung der vorliegenden Daten sollte ebenso die Frage nach einem möglicherweise bestehenden Risikoprofil beantworten. Ergänzend wurden die Daten bezüglich der somatischen Begleiterkrankungen der Art der Demenz gegenübergestellt.

5.1 Das untersuchte Sample

Von den im Jahre 1997 auf *Station Franziskus* betreuten 177 Patienten waren 72,3 % (128) Frauen, 27,7 % (49) Männer. Mit 56 Jahren war der jüngste Patient eine Dame mit präseniler Alzheimer-Demenz, der älteste Patient war ebenfalls weiblich und 97 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 81 Jahre.

Häusliche Wohnsituation

Für den Aufnahmezeitpunkt liegen Angaben von 163 Patienten vor:

- Im Haushalt allein lebten: 84 Patienten (51,5 %)
- Im Haushalt mit Partner(in) lebten. 43 Patienten (26,4 %)
- Im Haushalt mit Kindern lebten: 13 Patienten (8,0 %)
- Im Seniorenheim lebten: 21 Patienten (12,9 %)
- Im Haushalt mit dem Bruder lebten: 1 Patient (0,6 %)
- Im Haushalt mit der Schwester lebten: 1 Patient (0,6 %)

Stationäre Aufenthaltsdauer

Der stationäre Aufenthalt umfasste einen Mittelwert von 30 Tagen, der Median betrug 28 Tage bei einer Standardabweichung von 14 Tagen. Es zeigte sich eine Variationsbreite von einem Tag bis maximal 86 Tagen.

Unter einer Woche verblieben nur 9 Patienten auf der Station, ein Patient in dieser Gruppe verstarb. 25 Patienten waren 10 – 19 Tage stationär, 57 Patienten 20 – 29 Tage, und 43 Patienten schließlich 30 – 39 Tage.

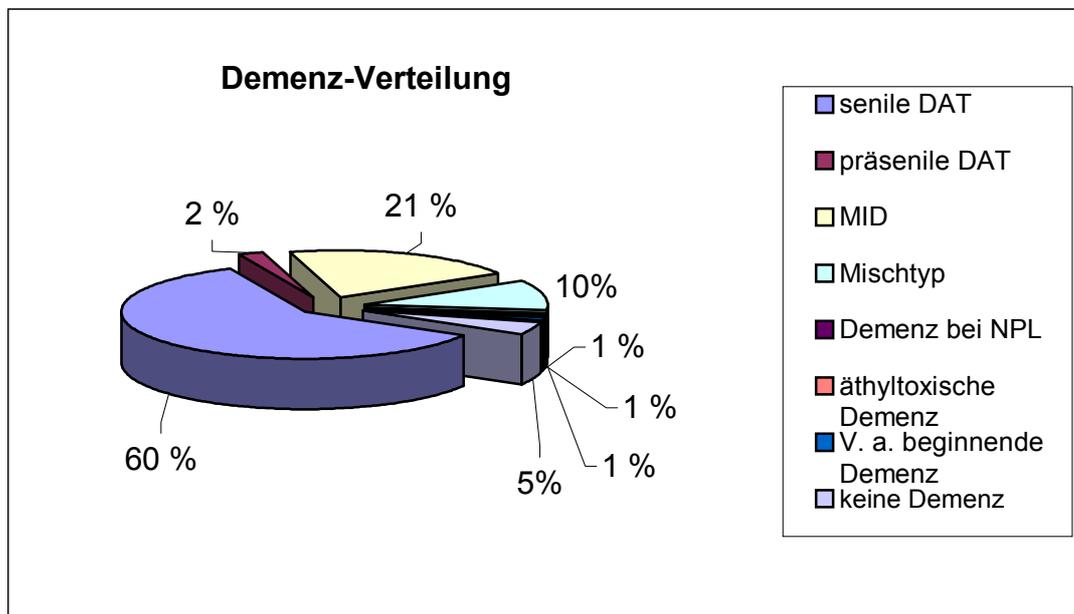
Eine Verweildauer von einem einzigen Tag ergab sich für 2 Patientinnen, bei denen die Familien das Vorliegen einer dementiellen Erkrankung negierten oder die Ausprägung der Demenz so leicht war, dass das Umfeld mit überwiegend mittelschwer Dementen sich als zu große Belastung für die betroffene Person darzustellen schien.

Der Patient mit der längsten Verweildauer bot eine schwerste, kaum zu therapierende gemischt wahnhaft-halluzinatorische Sekundärsymptomatik, die eine zwischenzeitliche Verlegung in eine geschlossene psychiatrische Klinik erforderlich machte. Nach erfolgter Wiederaufnahme des Patienten auf *Station Franziskus* konnte diesem nur bedingt eine Tagesstruktur vermittelt werden. Bei weiterbestehender Weglauftendenz, die in unserem stationären Umfeld noch kupiert werden konnte, erwies sich die Organisation einer weiteren Versorgung in einer adäquaten Heimeinrichtung als schwierig, zumal kein tragender familiärer Background bestand.

Diagnostizierte Demenzen

Wie in Abb. 5.1 dargestellt, wurde die Demenz vom Alzheimer Typ bei 106 Betroffenen (59,8 %) am häufigsten diagnostiziert. Lediglich 4 Patientinnen (2,3 %) hatten eine präsenile Demenz vom Alzheimer Typ. 37 Patienten (20,8 %) zeigten eine vaskuläre Demenz. 10,1 % der Fälle wurden einer Demenz vom Mischtyp zugeordnet. Als Einzelfälle waren eine Demenz bei NPL sowie eine Demenz bei chronischem Alkoholabusus zu verzeichnen. Bei 8 Patienten, die unter kognitiven Auffälligkeiten auf dem Boden einer internistischen Erkrankung litten, konnte das Vorliegen einer Demenz ausgeschlossen werden (s. u.).

Abb. 5.1: Demenz-Verteilung auf Station Franziskus im Jahr 1997 (n = 177),
Prozentangaben gerundet)



Die Geschlechtsverteilung der Demenz-Diagnosen ist in Tab. 5.1 dargestellt.

Einzelfallbetrachtungen

Als Einzelfall wurde eine Demenz bei NPL diagnostiziert; hierbei handelte es sich um eine Patientin mit einem Oligodendrogliom. Bei 4 weiblichen und 3 männlichen Patienten konnte eine Demenz ausgeschlossen werden. Folgende andere Diagnosen als Ursachen einer akuten oder chronischen Verwirrtheit konnten für diese Patienten bestimmt werden: bei einer Patientin lag ein Frontalhirnsyndrom nach intrakranielle Blutung unter Marcumar-Therapie vor, bei einer weiteren eine organische Psychose nach Subarachnoidalblutung. Ein Patient hatte eine Depression und verstarb auf dem Boden einer schweren hypertensiven Herzerkrankung mit akuter Dekompensation. Bei zwei Patienten zeigte sich ein prolongiertes Durchgangssyndrom, eines nach Apoplex und eines nach Subarachnoidalblutung bei arterieller Hypertonie. Eine Patientin mit entgleistem Diabetes mellitus Typ II, die primär eine delirante Symptomatik bot, wurde auf eine rein internistische Station verlegt. Eine weitere Patientin, die ebenfalls auf eine anderen Krankenstation verlegt wurde, hatte eine senile

Depression und vermochte nicht von dem Umfeld auf *Station Franziskus* zu profitieren.

Tab.5.1: Geschlechtsverteilung der Demenz-Diagnosen (n = 177)

Demenz	weiblich		männlich	
	absolut	relativ	absolut	relativ
senile DAT	82	46,3 %	24	13,5 %
präsenile DAT	4	2,3 %	0	0,0 %
MID	22	12,4 %	15	8,4 %
Mischtyp	13	7,3 %	5	2,8 %
Demenz bei NPL	1	0,6 %	1	0,6 %
äthyltoxische Demenz	1	0,6 %	0	0,0 %
V. a. beginnende Demenz	1	0,6 %	1	0,6 %
Ausschluss Demenz	4	2,3 %	3	1,7 %

Ein männlicher Patient war trotz schwerster Multimorbidität sowie vollständiger Immobilität zunächst auf *Station Franziskus* aufgenommen und noch am selben Tag auf eine geriatrisch-internistische Station verlegt worden.

Verteilung der GDS-Stadien

Bei Aufnahme der Patienten auf *Station Franziskus* erfolgte - neben getrennt geführten Fremdanamnesen durch den Arzt und das Pflegepersonal - eine internistisch-neurologische Untersuchung des Patienten. Unter Berücksichtigung von Vorbefunden, Fremdanamnesen sowie Beobachtung der Selbstständigkeit in den ADL während der ersten Woche des stationären Aufenthaltes wurde dem Betroffenen ein „Schweregrad“ der Demenz gemäß GDS (Global Deterioration Scale) zugeordnet. (Details siehe Abschnitt 2 und Abschnitt 4). Bei 11 Patienten erfolgte keine Zuordnung zu einem GDS-Stadium. Hierbei handelt es sich um die bereits erwähnten 8 Patienten ohne Demenz sowie um 3 Patienten, deren Aufenthalt auf *Station Franziskus* deutlich unter 7 Tagen betrug.

Wie in Tab. 5.2 aufgeführt, zeigten in der ersten Woche ihres stationären Aufenthaltes auf *Station Franziskus* insgesamt 130 Patienten (78,3 %) ein Demenz-Stadium GDS 6, wobei hier Differenzierungen in 6 a (Hilfe beim Ankleiden) bis 6 e (Stuhlinkontinenz) erfolgten. 10 % der Betroffenen wurde ein GDS-Stadium „< 6“ zugeordnet. Insgesamt wurden überwiegend Patienten mit

einer schweren Demenz betreut; eine sehr schwere Demenz GDS-Stadium 7 zeigte sich bei 19 Patienten (11,4 %).

Tab. 5.2: GDS-Stadium bei Aufnahme auf Station Franziskus (n = 166)

GDS-Stadium	alle Patienten		weiblich		männlich	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
1	2	1,2 %	1	0,6 %	1	0,6 %
4	2	1,2 %	2	1,2 %	0	0,0 %
5	13	7,8 %	10	6,0 %	3	1,8 %
6a	10	6,0 %	6	3,6 %	4	2,4 %
6b	19	11,5 %	14	8,4 %	5	3,0 %
6c	25	15,1 %	20	12,1 %	5	3,0 %
6d	44	26,5 %	35	21,1 %	9	5,4 %
6e	32	19,3 %	23	13,9 %	9	5,4 %
7	19	11,4 %	10	6,0 %	9	5,4 %
Summe	166	100 %	121	72,9 %	45	27,1 %

5.1.1 Sekundärsymptomatik

Ca. 58 % der Betroffenen zeigten eine behandlungsbedürftige depressive oder wahnhaftige Sekundärsymptomatik, 37 % waren ohne diese Begleitsymptome. Von den 102 Betroffenen boten der überwiegende Teil (58,8 %) eine gemischte Symptomatik, 14 Betroffene waren überwiegend depressiv. Bei 10 Patienten waren schwere Halluzinationen zu beobachten; eine erhebliche wahnhaftige Symptomatik stellte sich bei 18 Betroffene dar.

Einen Überblick über die Auftretshäufigkeit der einzelnen Sekundärsymptome bei Patienten mit Demenz bietet Tabelle 5.3.

Tab. 5.3: Auftrittshäufigkeit von Sekundärsymptomen

Sekundärsymptomatik	Anzahl Patienten	
	absolut	relativ
depressiv	14	8,4 %
Halluzinationen	10	6,0 %
Wahn	18	10,8 %
gemischt	60	36,1 %
ohne	64	38,6 %

5.2 Vergleich der ADL bei Aufnahme und bei Entlassung

Wie bereits im Vorfeld erläutert, wurde die Selbstständigkeit der Patienten bei Aufnahme auf und bei Entlassung von *Station Franziskus* erfasst, wobei hier insbesondere den Beobachtungen durch das Pflegepersonal erhebliche Bedeutung zukam. Um vergleichbare Daten zu erzielen, wurde die Beurteilung kurz vor Ende des Krankenhausaufenthaltes von der selben Schwester bzw. dem selben Pfleger wie in der ersten Woche der Hospitalisation vorgenommen. Die so gewonnenen Daten sollen den Effekt einer auf die Bedürfnisse dementer Patienten abgestimmten Umgebung bei gleichzeitiger Behandlung internistischer Begleiterkrankungen veranschaulichen.

Daten wurden erhoben und verglichen bezüglich Urin- und Stuhlkontinenz sowie Körperhygiene, selbstständiges Ankleiden, Aufnahme der Mahlzeiten, örtliche Orientierungsfähigkeit, Tag-Nacht-Rhythmus sowie Anteilnahme am Sozialleben auf der Station.

Teilweise unvollständig erhobene Daten von ADL-Evaluationsbögen

Von 32 Patienten liegen unvollständige ADL-Evaluationsbögen vor, wobei diese nur vereinzelte Dokumentationslücken aufweisen. Diese Patienten konnten somit ebenfalls in der Auswertung berücksichtigt werden. Als exemplarische Gründe für das Fehlen von Angaben sind aufzuführen:

- progrediente oder akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Verlegung auf eine andere Station

- Exitus
- Verlegung von einer anderen Station / aus anderem Krankenhaus mit lückenhaftem Aufnahmestatus
- Aufnahme aus einem Seniorenzentrum, widersprüchliche Fremdanamnese von Heimpersonal und Angehörigen
- Ausschluss Demenz
- stationärer Aufenthalt deutlich kürzer als 28 Tage
- fehlende Compliance von Patient und Angehörigen

Visualisierung der Daten eines ADL-Evaluationsbogen

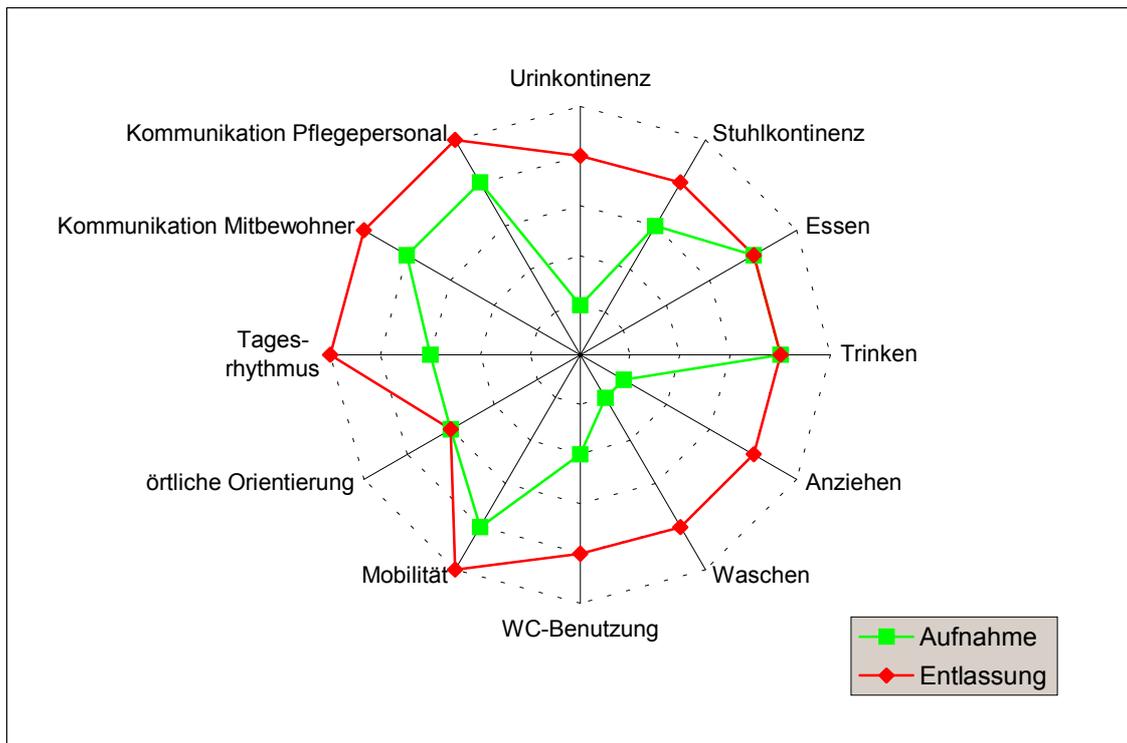
Die Auswertung der ADL-Evaluationsbögen kann in anschaulicher Weise mit Hilfe von Flächendiagrammen erfolgen, wie sie ebenfalls in der Tagesklinik am Haus Berge Verwendung finden. Die Berechnung und Darstellung von Flächen macht Veränderungen in den ADL optisch leicht erkennbar und ermöglicht einen schnellen Überblick über die Ist-Situation des Betroffenen. Ein Beispiel einer solchen Flächendarstellung gibt Abbildung 5.2 wieder.

Auf dem ADL-Evaluationsbogen werden die Selbstständigkeit des Patienten numerisch wie folgt verschlüsselt: 1 = immer, 2 = häufig, 3 = manchmal, 4 = selten, 5 = nie, 6 = unbekannt, unklar, weiß nicht. Um eine klare Aussage bezüglich der ADL machen zu können, sollte der Wert 6 möglichst vermieden werden. Werden die Werte der Verschlüsselung aller zu einem bestimmten Zeitpunkt betrachteten ADL addiert, erhält man die in Abb. 5.2 erwähnte Basiszahl. Der ebenfalls aufgeführte Quotient wird durch Division der Basiszahl durch die Anzahl der beobachteten ADL errechnet.

Abb. 5.2: exemplarisches ADL-Flächendiagramm eines Patienten von *Station Franziskus* von 1997

Patientenblatt

ID: 33
 Initialen: EHA Alter: 82 Jahre
 Geschlecht: m Verweildauer: 24 Tage



Kenndaten	GDS-Stadium	Basiszahl	Quotient	Kreis
Aufnahme	6e	38	3,167	24,750
Entlassung	6d	21	1,750	54,000
Differenz		17	1,417	29,250

Flächeninhalt des Kreisdiagramms

Um eine positive Korrelation zwischen den Veränderungen in den ADL sowie der graphischen Darstellungsmethode zu erhalten, werden für jeden Patienten sowohl für den Aufnahme- als auch den Entlassungszeitpunkt Flächeninhalte auf

einem Kreisdiagramm berechnet. Diese Kreisauswertungen haben im Vergleich zu den linearen Auswertungen den Vorteil, dass numerisch kleinen verschlüsselten ADL-Werten (1 oder 2) ein stärkerer Einfluss zugeschrieben wird als höheren ADL-Werten (4 oder 5), da letztere für weniger Selbstständigkeit stehen. Den Werten auf den äußeren Bereichen des Kreisdiagramms werden größere Flächen zugeordnet. Die Vorgehensweise stellt sich konkret wie folgt dar:

Vorgegeben wird ein Kreis mit 12 Strahlen. Da der kleinste numerische Wert der Verschlüsselung das höchste Maß an Selbstständigkeit darstellt, wird dieser Wert auf den äußersten Rand des Kreises aufgetragen. Je höher dieser Wert und je geringer die Selbstständigkeit, desto weiter liegt dieser Wert im Inneren des Kreises. Die Reihenfolge der Strahlen auf dem Kreis wurde den Reihenfolgen der ADL auf dem Evaluationsbogen angepasst. Um positive Flächeninhalte errechnen zu können, werden die Werte der ADL-Verschlüsselung umgerechnet in:

$$\text{Wert auf dem Strahl} = 6 - \text{ADL-Verschlüsselung.}$$

Die sich darstellenden Flächeninhalte können durch Addition der Flächen aus den 12 entstehenden Dreiecken berechnet werden.

Berechnung der Flächeninhalte für ein Dreieck:

$$\text{Basisseite} \times \text{Höhe} / 2$$

oder mit Einbeziehung des Winkels zur Höhenberechnung:

$$\text{Höhe zweite Seite} \times \text{Sinus des eingeschlossenen Winkels.}$$

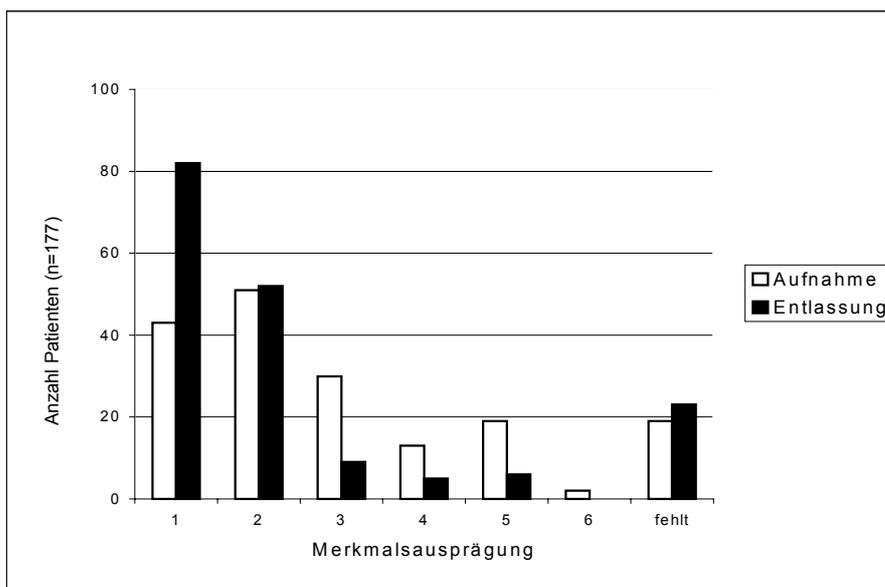
Da bei einer Zwölferteilung eines Vollkreises zwölf 30° Winkel entstehen, wobei jeder einzelne einen Sinus von 0,5 aufweist, kann jeder Flächeninhalt eines solchen Dreiecks auch nach folgender Formel berechnet werden:

$$\text{Flächeninhalt: Seite 1} \times \text{Seite 2} / 4$$

5.2.1 Urinkontinenz

Zusammenfassend waren bei Aufnahme auf der Station 43 Patienten (24,3 %) völlig urinkontinent, bei Entlassung waren dies 82 Patienten (46,3 %). Häufig urinkontinent zeigten sich zum Aufnahmezeitpunkt 51 Patienten (28,8 %), bei Entlassung 52 Patienten (29,4 %) (s. a. Abb. 5.3, Tab. 5.4).

Abb. 5.3: Urinkontinenz bei Aufnahme und Entlassung

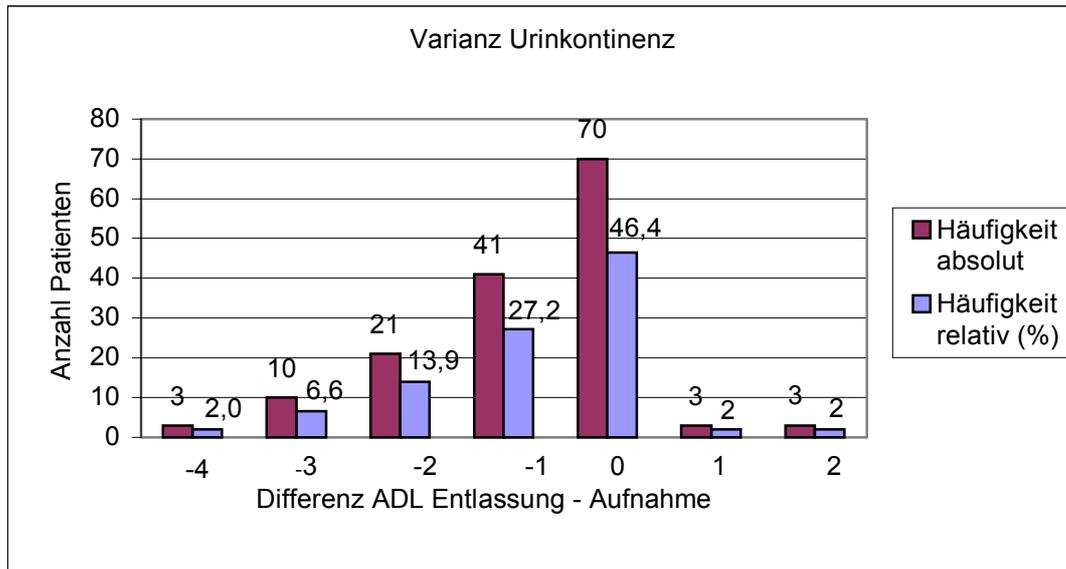


Tab. 5.4: numerische Verschlüsselung der Urinkontinenz

Anzahl Patienten (% von n)	Merkmalsausprägung bei n=177 Patienten						
	1 immer	2 häufig	3 manchmal	4 selten	5 nie	6 unbekannt	fehlende Daten
bei Aufnahme	43 (24,3 %)	51 (28,8 %)	30 (16,9 %)	13 (7,3 %)	19 (10,7 %)	2 (1,1 %)	19 (10,7 %)
bei Entlassung	82 (46,3 %)	52 (29,4 %)	9 (5,1 %)	5 (2,8 %)	6 (3,4 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	39 (22,0 %)	1 (0,6 %)	-21 (-11,9 %)	-8 (-4,5 %)	-13 (-7,3 %)	-2 (-1,1 %)	4 (2,3 %)

Betrachtet man die intraindividuellen Veränderungen, so zeigt sich hier eine statistisch signifikante Besserung der Urinkontinenz ($p < 0,001$) unter Verwendung des Wilcoxon Vorzeichen-Rang Testes für die Pre-Post Differenzen (Vergleich Aufnahme-Entlassung). Die Verteilung der Varianz wird in Abb. 5.4 dargestellt.

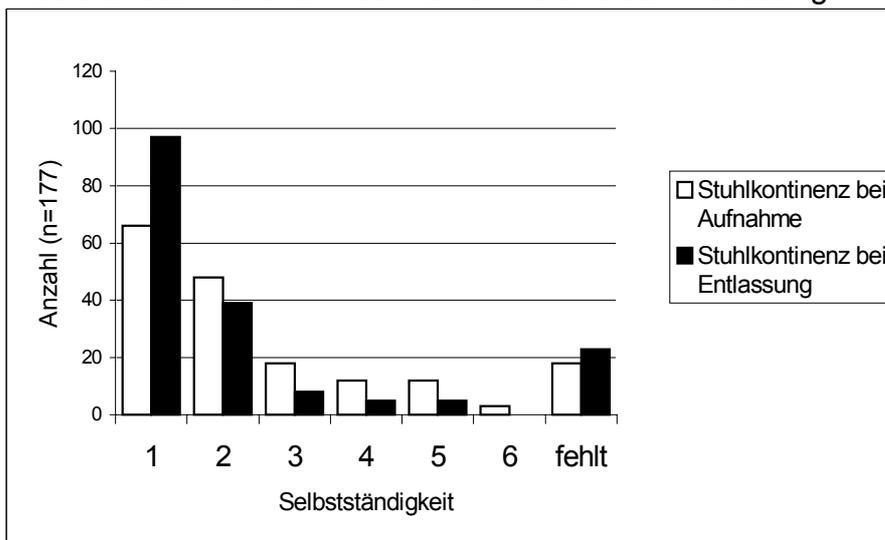
Abb. 5.4: Varianz der Urinkontinenz



5.2.2 Stuhlkontinenz

66 Patienten (37,3 %) zeigten sich in der ersten Woche vollständig stuhlkontinent, bei Entlassung 97 (54,8 %). Waren bei Aufnahme 12 Patienten (6,8 %) nie stuhlkontinent, so konnte eine vollständige Stuhlinkontinenz bei Entlassung bei 5 der Patienten nachgewiesen werden (s. a. Abb. 5.5, Tab. 5.5).

Abb.5.5: Stuhlkontinenz bei Aufnahme und bei Entlassung



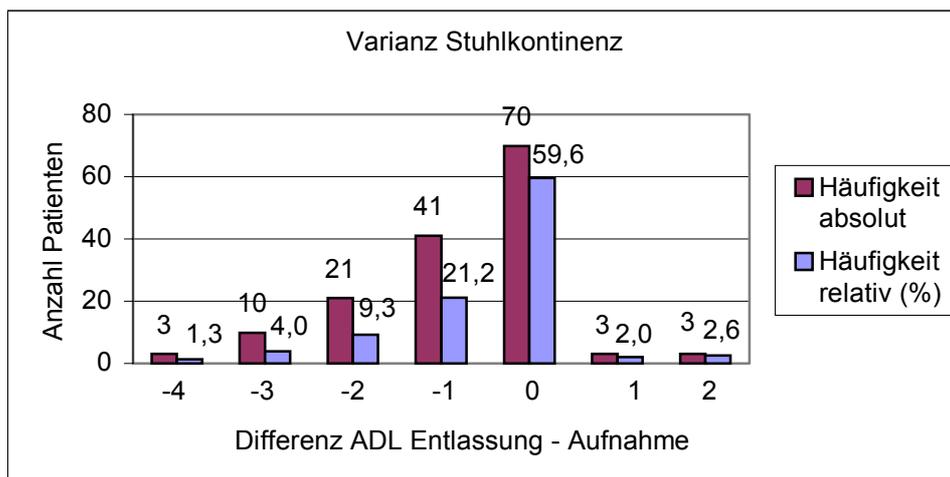
Betrachtet man wieder die intraindividuellen Veränderungen, so zeigt sich eine statistisch signifikante Besserung der Stuhlkontinenz ($p < 0,001$) unter Verwendung des Wilcoxon Vorzeichen-Rang Testes für die Pre-Post Differenzen

(Vergleich Aufnahme-Entlassung). Abb. 5.6 bietet einen Überblick über die Verteilung der Varianz der Stuhlkontinenz.

Tab. 5.5: numerische Verschlüsselung der Stuhlkontinenz

Selbstständigkeit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manchmal	4 selten	5 nie	6 unbekannt	Angaben unvollständig
bei Aufnahme	66 (37,3 %)	48 (27,1 %)	18 (10,2 %)	12 (6,8 %)	12 (6,8 %)	3 (1,7 %)	18 (10,2 %)
bei Entlassung	97 (54,8 %)	39 (22,0 %)	8 (4,5 %)	5 (2,8 %)	5 (2,8 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	31 (17,5 %)	-9 (-5,1 %)	-10 (-5,6 %)	-7 (-4,0 %)	-7 (-4,0 %)	-3 (-1,7 %)	5 (2,8 %)

Abb. 5.6: Varianz der Stuhlkontinenz

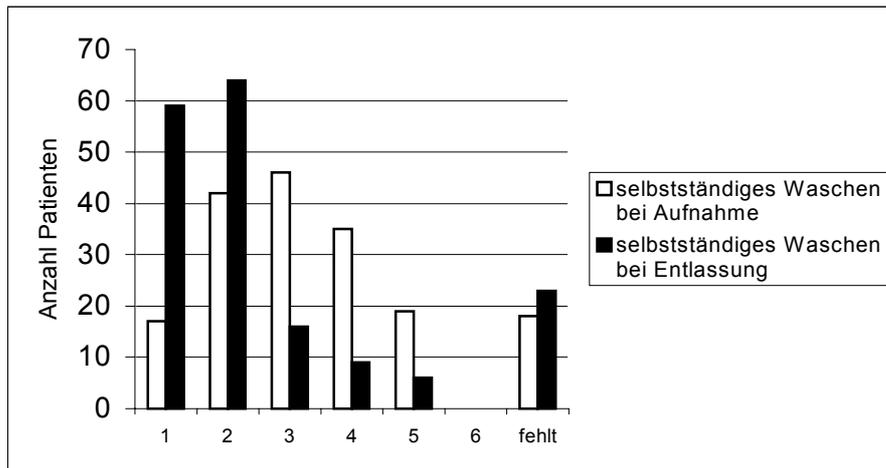


5.2.3 Selbstständigkeit in der Körperhygiene

Völlige Selbstständigkeit in der Körperhygiene (sich waschen) zeigten in der ersten Stationswoche 17 Patienten (9,6 %), am Ende des stationären Aufenthaltes hatten 59 Patienten (33,3 %) wieder ihre Selbstständigkeit in diesem wichtigen Bereich der ADL wiedergewonnen, also 42 Patienten (23,7 %) mehr als bei Aufnahme auf *Station Franziskus*. Waren bei Aufnahme 42 Patienten (23,7 %) häufig selbstständig, so waren dies bei Entlassung 64 Patienten (36,2 %). Manchmal selbstständig zeigten sich bei Aufnahme 46 Patienten (26,0 %), im Gegensatz dazu in absteigender Tendenz 16 Patienten (9,0 %) bei Entlassung. Selten selbstständig waren bei Aufnahme 35 Patienten

(19,8 %), nie selbstständig schließlich 19 Patienten (10,7 %), also insgesamt 30,5 % mit erheblichem bis völligem Pflegebedarf. Zum Entlassungszeitpunkt zeigten noch 15 Patienten (8,5 %) überwiegenden bis vollständigen Hilfebedarf (9 Patienten selten selbstständig, 6 Patienten nie (s. a. Abb. 5.7, Tab. 5.6)).

Abb. 5.7: Selbstständigkeit bei der Körperhygiene (Waschen)

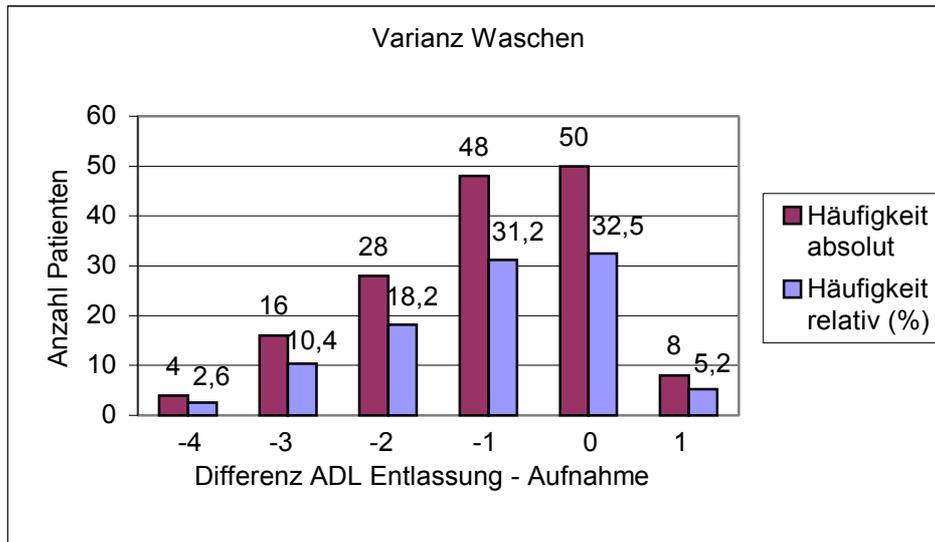


Tab.5.6: Numerische Verschlüsselung der Selbstständigkeit bei der Körperhygiene

Selbstständigkeit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manchmal	4 selten	5 nie	6 unbekannt	Angaben unvollständig
bei Aufnahme	17 (9,6 %)	42 (23,7 %)	46 (26,0 %)	35 (19,8 %)	19 (10,7 %)	0 (0,0 %)	18 (10,2 %)
bei Entlassung	59 (33,3 %)	64 (36,2 %)	16 (9,0 %)	9 (5,1 %)	6 (3,4 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	42 (23,7 %)	22 (12,4 %)	-30 (-16,9 %)	-26 (-14,7 %)	-13 (-7,3 %)	0 (0,0 %)	5 (2,8 %)

Die Verbesserung in der Selbstständigkeit bei der Körperhygiene (Waschen) zeigt sich ebenfalls statistisch signifikant ($p < 0,001$) unter Verwendung des Wilcoxon Vorzeichen-Rang Testes für die Pre-Post Differenzen (Vergleich Aufnahme-Entlassung). Eine Darstellung der Varianz findet sich in Abb. 5.8.

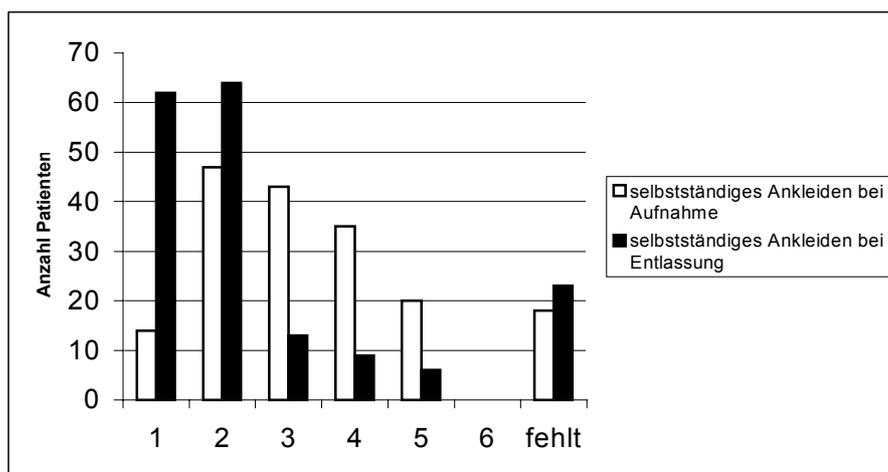
Abb. 5.8: Varianz der Körperhygiene (Waschen)



5.2.4 Selbstständiges Ankleiden

Ähnliche Daten finden sich auch für das selbstständige Ankleiden der Patienten (Abb. 5.9, Tab. 5.7). Bei Aufnahme konnten sich 14 Patienten (7,9 %) ohne Hilfe selbst ankleiden, bei Entlassung zeigten 62 Patienten (35,0 %) völlige Selbstständigkeit. Meist oder immer benötigten 55 Patienten (31,1 %) pflegerische Unterstützung zum Zeitpunkt der Aufnahme, bei Entlassung noch 15 der Betroffenen (8,5 %).

Abb. 5.9: selbstständiges Ankleiden bei Aufnahme und Entlassung

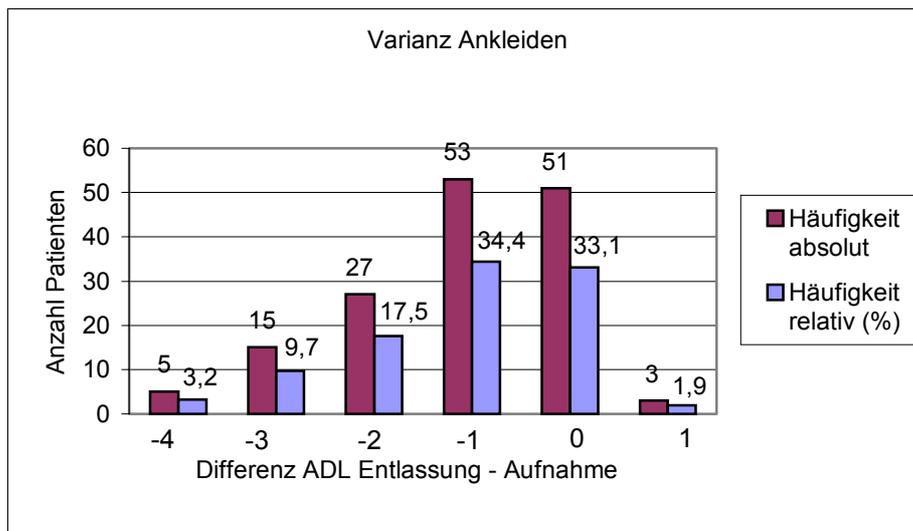


Tab.5.7: selbstständiges Ankleiden bei Aufnahme und Entlassung

Selbstständig- keit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manch- mal	4 selten	5 nie	6 unbekan- nt	Angaben unvoll- ständig
bei Aufnahme	14 (7,9 %)	47 (26,6 %)	43 (24,3 %)	35 (19,8 %)	20 (11,3 %)	0 (0,0 %)	18 (10,2 %)
bei Entlassung	62 (35,0 %)	64 (36,2 %)	13 (7,3 %)	9 (5,1 %)	6 (3,4 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	48 (27,1 %)	17 (9,6 %)	-30 (-16,9 %)	-26 (-14,7 %)	-14 (-7,9 %)	0 (0,0 %)	5 (2,8 %)

Betrachtet man erneut die Varianz in der Selbstständigkeit für die Variable „selbstständiges Ankleiden“ (Abb. 5.10), so zeigt sich die Veränderung zwischen Entlassungszeitpunkt und Beginn des stationären Aufenthaltes als statistisch signifikant ($p < 0,01$)

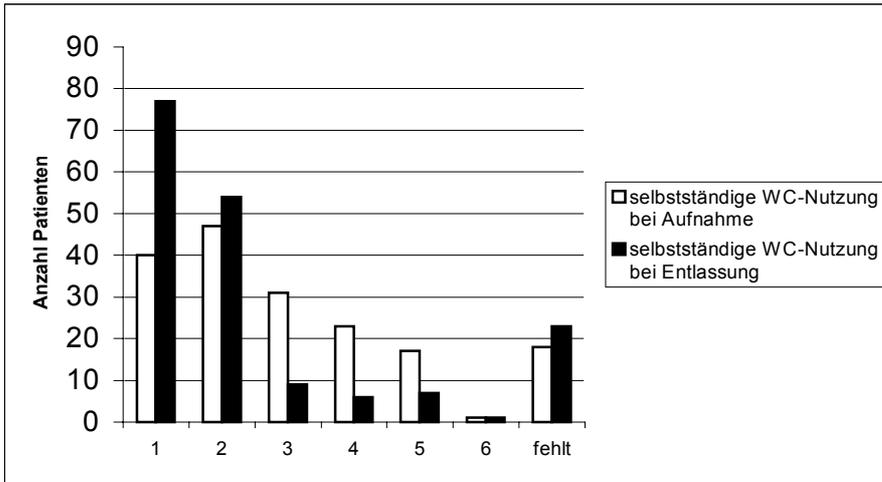
Abb. 5.10: Varianz selbstständiges Ankleiden



5.2.5 Selbständiges Benutzen der Toilette

Während der ersten stationären Wochen benötigten insgesamt 71 Patienten (40,1 %) viel bis vollständige Hilfe bei der Nutzung der Toilette. Bei Entlassung waren noch insgesamt 22 Patienten (12,5 %) häufig bis immer auf pflegerische Unterstützung angewiesen (Abb. 5.11, Tab. 5.8), somit 27,6 % weniger als zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes.

Abb. 5.11: Selbstständige WC-Nutzung

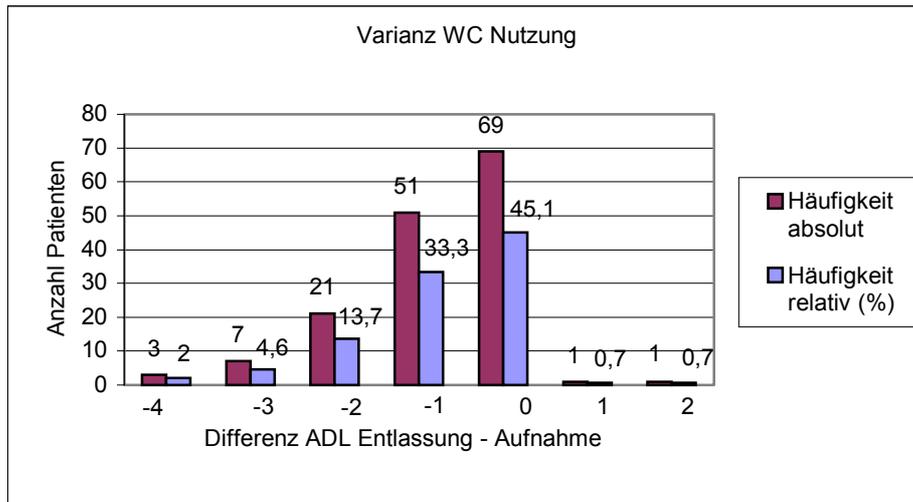


Tab. 5.8: Numerische Verschlüsselung der Selbstständigkeit bei der WC-Nutzung

Selbstständig- keit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manch- mal	4 selten	5 nie	6 unbe- kannt	Angaben unvoll- ständig
bei Aufnahme	40 (22,6 %)	47 (26,6 %)	31 (17,5)	23 (13,0)	17 (9,6)	1 (0,6 %)	18 (10,2 %)
bei Entlassung	77 (43,5 %)	54 (30,5 %)	9 (5,1)	6 (3,4)	7 (4,0)	1 (0,6 %)	23 (13,0 %)
Differenz	37 (20,9 %)	7 (4,0 %)	-22 (-12,4)	-17 (-9,6 %)	-10 (-5,6 %)	0 (0,0 %)	5 (2,8 %)

Auch für die Selbstständigkeit bei der WC Nutzung zeigt sich im Wilcoxon Vorzeichen-Rang Test eine statistisch signifikante Veränderung zu Gunsten von mehr Selbstständigkeit der Betroffenen ($p < 0,001$). Die Varianz der Selbstständigkeit bei der WC-Nutzung wird in Abb. 5.12 graphisch dargestellt.

Abb. 5.12: Varianz der Selbstständigkeit bei der WC-Nutzung



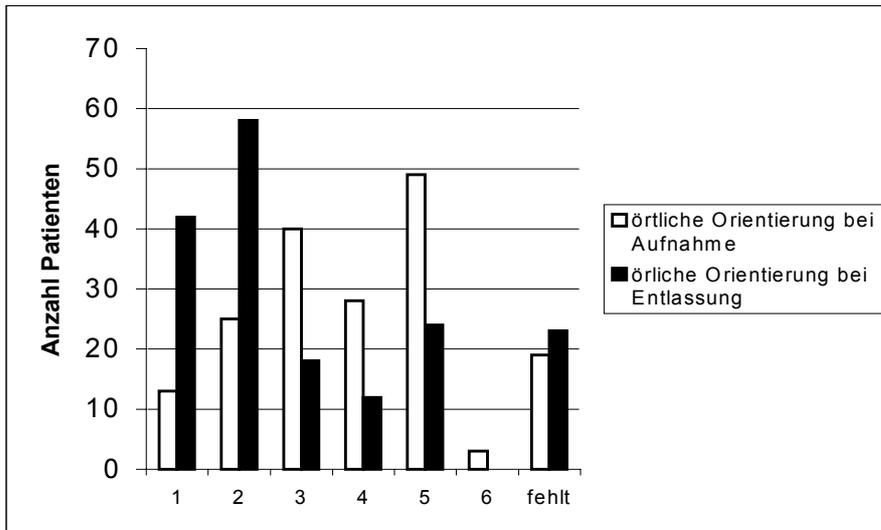
5.2.6 Örtliche Orientierungsfähigkeit

Einen wichtigen Faktor zum Erreichen von Urin- und Stuhlkontinenz sowie mehr Selbstständigkeit nicht nur in diesem Bereich der Körperhygiene stellt die örtliche Orientierungsfähigkeit dar.

Zum Aufnahmezeitpunkt konnten sich 13 Patienten (7,3 %) rasch in der fremden Umgebung zurechtfinden. Zum Entlassungszeitpunkt waren 42 Patienten (23,7 %) auf Stationsebene örtlich vollständig orientiert (Abb. 5.13, Tab. 5.9).

Betrachtet man erneut die intraindividuellen Veränderungen der örtlichen Orientierungsfähigkeit im Wilcoxon Vorzeichen-Rang Test, so zeigt sich hier erneut eine statistisch signifikante Veränderung zu Gunsten von mehr Selbstständigkeit ($p < 0,001$). In Abb. 5.14 ist die Varianz der örtlichen Orientierungsfähigkeit graphisch dargestellt.

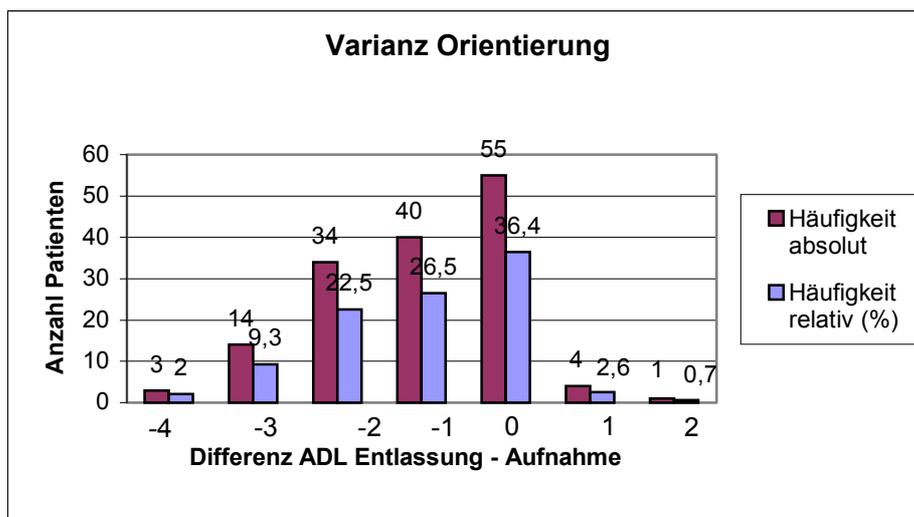
Abb. 5.13: Örtliche Orientierungsfähigkeit bei Aufnahme und bei Entlassung



Tab. 5.9: Numerische Verschlüsselung der örtlichen Orientierungsfähigkeit

Selbstständigkeit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manchmal	4 selten	5 nie	6 unbekannt	Angaben unvollständig
bei Aufnahme	13 (7,3 %)	25 (14,1 %)	40 (22,6 %)	28 (15,8 %)	49 (27,7 %)	3 (1,7 %)	19 (10,7 %)
bei Entlassung	42 (23,7 %)	58 (32,8 %)	18 (10,2 %)	12 (6,8 %)	24 (13,6 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	29 (16,4 %)	33 (18,6 %)	-22 (-12,4 %)	-16 (-9,0 %)	-25 (-14,1 %)	-3 (-1,7 %)	4 (2,3 %)

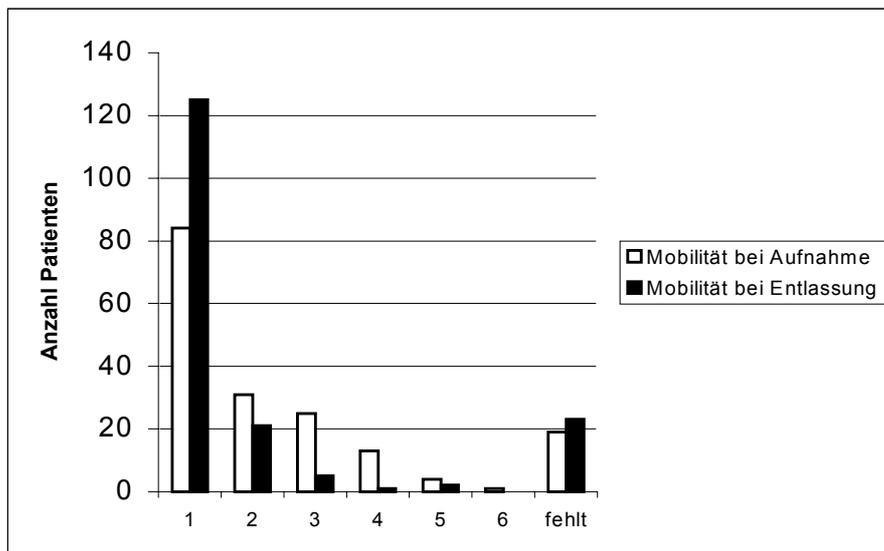
Abb. 5.14: Varianz der örtlichen Orientierungsfähigkeit



5.2.7 Mobilität

Bei Aufnahme waren 4 Patienten (2,3 %) völlig immobil, davon blieben 2 Patienten mit Demenz GDS 7 bettlägerig. 3 andere Patienten wurden aufgrund schwerer internistischer Begleiterkrankungen (Pneumonie, M. Parkinson, kardiale dekompensierte Globalinsuffizienz) immobil und wurden daher innerhalb der ersten Woche auf eine internistische Station mit pflegeintensiven Patienten verlegt. Selbstständig mobil waren bei Aufnahme 84 Patienten (47,5 %). Unterstützung wurde von 25 Patienten häufig benötigt (14,1 %), und oft von 13 Patienten (7,3 %). Zum Entlassungszeitpunkt waren 125 Patienten (70,6 %) selbstständig mobil auf Stationsebene (Abb. 5.15, Tab. 5.10).

Abb. 5.15: Mobilität auf Stationsebene

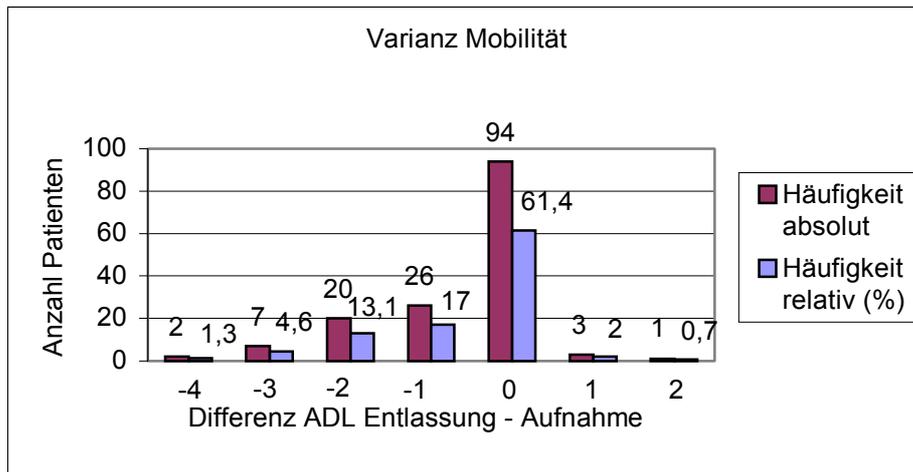


Tab. 5.10: numerische Verschlüsselung der Mobilität auf Stationsebene

Selbstständigkeit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manchmal	4 selten	5 nie	6 unbekannt	Angaben unvollständig
bei Aufnahme	84 (47,5 %)	31 (17,5 %)	25 (14,1 %)	13 (7,3 %)	4 (2,3 %)	1 (0,6 %)	19 (10,7 %)
bei Entlassung	125 (70,6 %)	21 (11,9 %)	5 (2,8 %)	1 (0,6 %)	2 (1,1 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	41 (23,2 %)	-10 (-5,6 %)	-20 (-11,3 %)	-12 (-6,8 %)	-2 (-1,1 %)	-1 (-0,6 %)	4 (2,3 %)

Auch für die Mobilität auf Stationsebene zeigt sich im Wilcoxon Vorzeichen-Rang Test eine signifikante Veränderung in Richtung mehr Selbstständigkeit ($p < 0,001$). Eine graphische Darstellung der Varianz der Mobilität zeigt. Abb. 5.16.

Abb. 5.16: Varianz der Mobilität



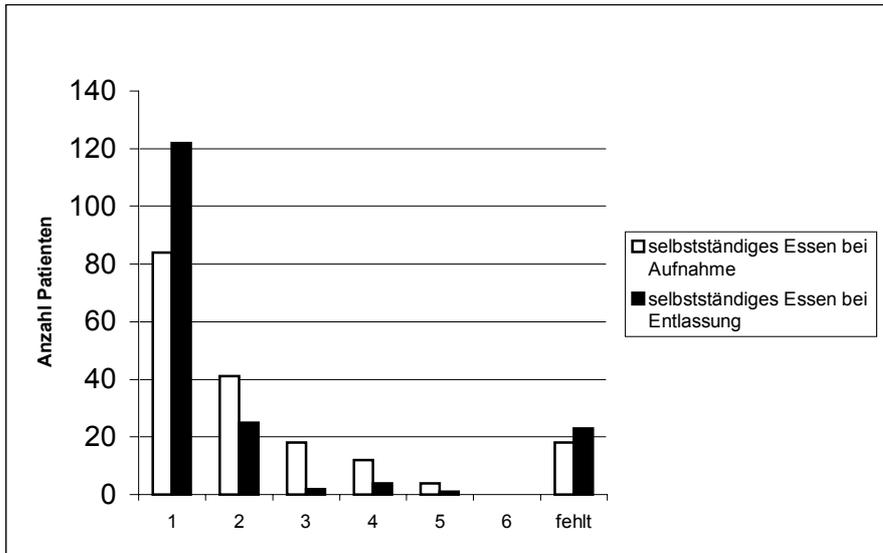
5.2.8 Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme

84 Patienten (47,5 %) waren bei Aufnahme völlig selbstständig in der Nahrungsaufnahme. 88 Patienten (49,7 %) brauchten keine Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme, zum Entlassungszeitpunkt bestand hier bei 122 bzw. 123 Patienten (je ca. 69%) kein Hilfebedarf. Zum Aufnahmezeitpunkt waren 3 Patienten (1,7 %) auf vollständige Hilfe sowohl bei der Aufnahme von Getränken als auch von Speisen angewiesen. Bei Entlassung benötigte noch einer dieser Patienten vollständige Hilfe beim Essen und Trinken.

Tab. 5.11: numerische Verschlüsselung für selbstständiges Essen

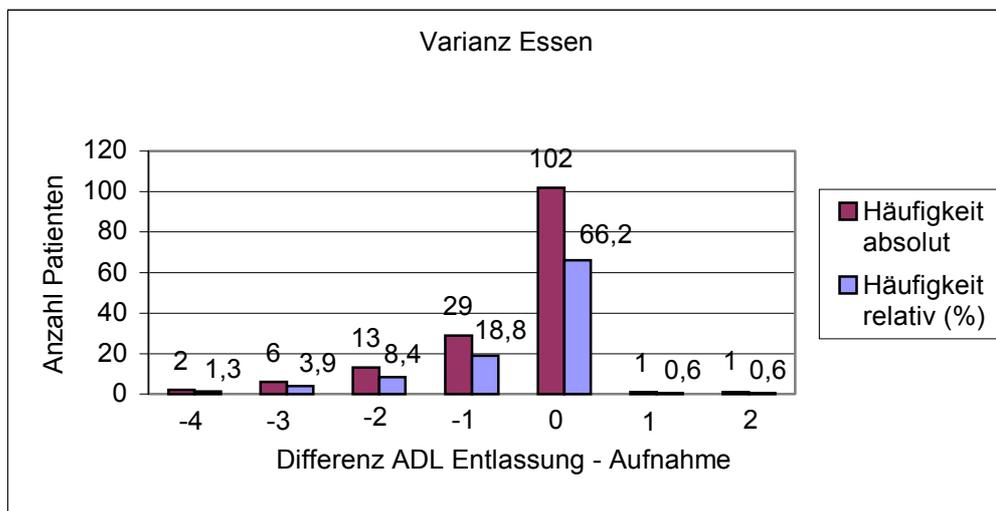
Selbstständig- keit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manch- mal	4 selten	5 nie	6 unbe- kannt	Angaben unvoll- ständig
bei Aufnahme	84 (47,5 %)	41 (23,2 %)	18 (10,2 %)	12 (6,8 %)	4 (2,3 %)	0 (0,0 %)	18 (10,2 %)
bei Entlassung	122 (68,9 %)	25 (14,1 %)	2 (1,1 %)	4 (2,3 %)	1 (0,6 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	38 (21,5 %)	-16 (-9,0 %)	-16 (-9,0 %)	-8 (-4,5 %)	-3 (-1,7 %)	0 (0,0 %)	5 (2,8 %)

Abb. 5.17: selbstständiges Essen



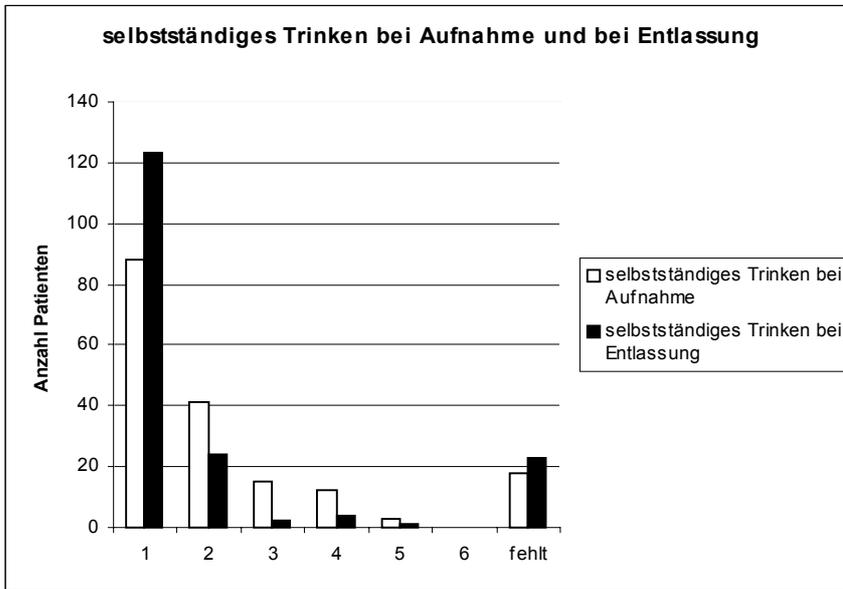
Die vollständigen Daten der entsprechenden Auswertungen sind für den Parameter „selbstständiges Essen in Abb. 5.17 sowie Tab. 5.11 ablesbar, für den Parameter „selbstständiges Trinken in Abb. 5.19 sowie in Tab. 5.12.

Abb. 5.18: Varianz selbstständiges Essen



Unter Verwendung des Wilcoxon Vorzeichen-Rang Testes zeigt sich sowohl für das Essen ($p < 0,001$) als auch für das Trinken ($p < 0,001$) statistisch signifikante Veränderungen zu Gunsten vermehrter Selbstständigkeit. Die entsprechenden Varianzen sind in Abb. 5.18 sowie Abb. 5.20 ablesbar.

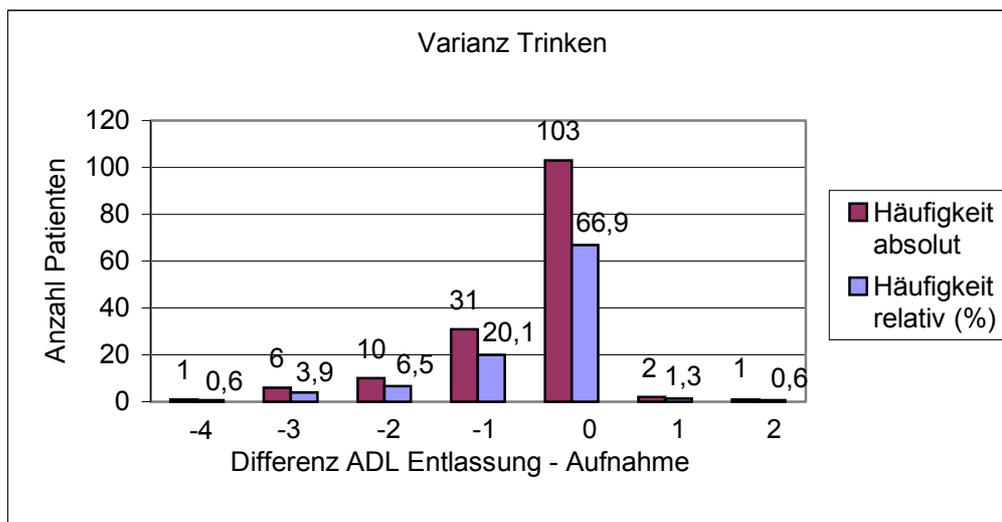
Abb. 5.19: Selbstständiges Trinken



Tab. 5.12: numerische Verschlüsselung selbstständiges Trinken

Selbstständig- keit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manch- mal	4 selten	5 nie	6 unbe- kannt	Angaben unvoll- ständig
bei Aufnahme	88 (49,7 %)	41 (23,2 %)	15 (8,5 %)	12 (6,8 %)	3 (1,7 %)	0 (0,0 %)	18 (10,2 %)
bei Entlassung	123 (69,5 %)	24 (13,6 %)	2 (1,1 %)	4 (2,3 %)	1 (0,6 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	35 (19,8 %)	-17 (-9,6 %)	-13 (-7,3 %)	-8 (-4,5 %)	-2 (-1,1 %)	0 (0,0 %)	5 (2,8 %)

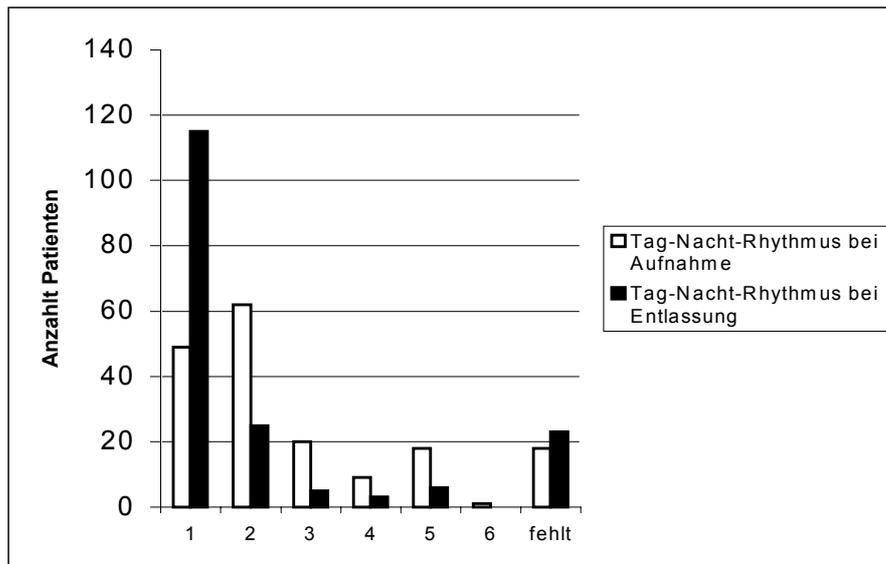
Abb. 5.20: Varianz Trinken



5.2.9 Tag-Nacht-Rhythmus

18 Patienten (10,2 %) zeigten bei Aufnahme einen vollständig aufgehobenen Tag-Nacht-Rhythmus, zum Entlassungszeitpunkt bestand diese Problematik noch bei 6 (3,4 %) dieser Patienten (s. Abb. 5.21, Tab. 5.13).

Abb. 5.21: Tag-Nacht-Rhythmus bei Aufnahme und bei Entlassung

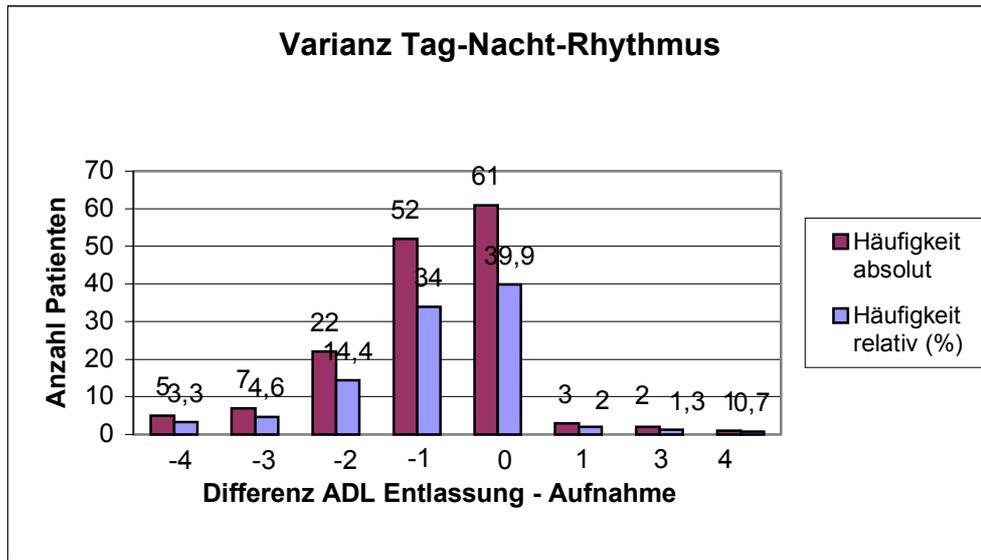


Tab. 5.13: numerische Verschlüsselung Tag-Nacht-Rhythmus

Selbstständigkeit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manchmal	4 selten	5 nie	6 unbekannt	Angaben unvollständig
bei Aufnahme	49 (27,7 %)	62 (35,0 %)	20 (11,3 %)	9 (5,1 %)	18 (10,2 %)	1 (0,6 %)	18 (10,2 %)
bei Entlassung	115 (65,0 %)	25 (14,1 %)	5 (2,8 %)	3 (1,7 %)	6 (3,4 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	66 (37,3 %)	-37 (-20,9 %)	-15 (-8,5 %)	-6 (-3,4 %)	-12 (-6,8 %)	-1 (-0,6 %)	5 (2,8 %)

Betrachtet man die intraindividuellen Veränderungen für die Variable „Tag-Nacht-Rhythmus“, so zeigt sich hier ebenfalls eine statistisch signifikante Veränderung ($p < 0,001$) zu Gunsten einer klinisch verbesserten Symptomatik. Eine graphische Darstellung der Varianz des Parameters „Tag-Nacht-Rhythmus“ findet sich in Abb. 5.22.

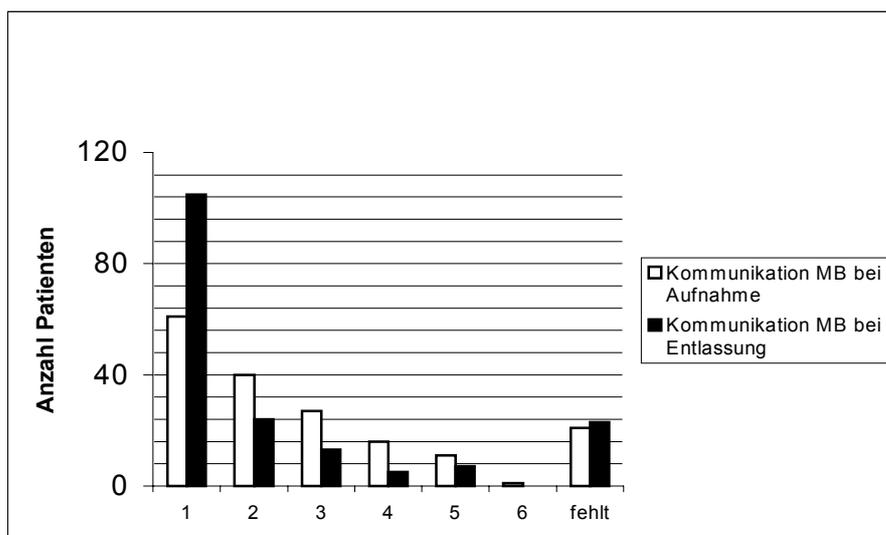
Abb. 5.22: Varianz Tag-Nacht-Rhythmus



5.2.10 Kommunikation mit Mitbewohnern

Zum Aufnahmezeitpunkt suchten 61 Patienten (34,5 %) spontan das Gespräch mit ihrem Mitpatienten, zum Entlassungszeitpunkt waren dies 105 Patienten (59,3 %). Nicht zur verbalen Kommunikation mit ihren Mitbewohnern fähig zeigten sich 11 der Betroffenen (6,2 %), zum Entlassungszeitpunkt 7 Patienten (4,0 %) (Abb. 5.23, Tab. 5.13).

Abb. 5.23: Kommunikation mit den Mitbewohnern

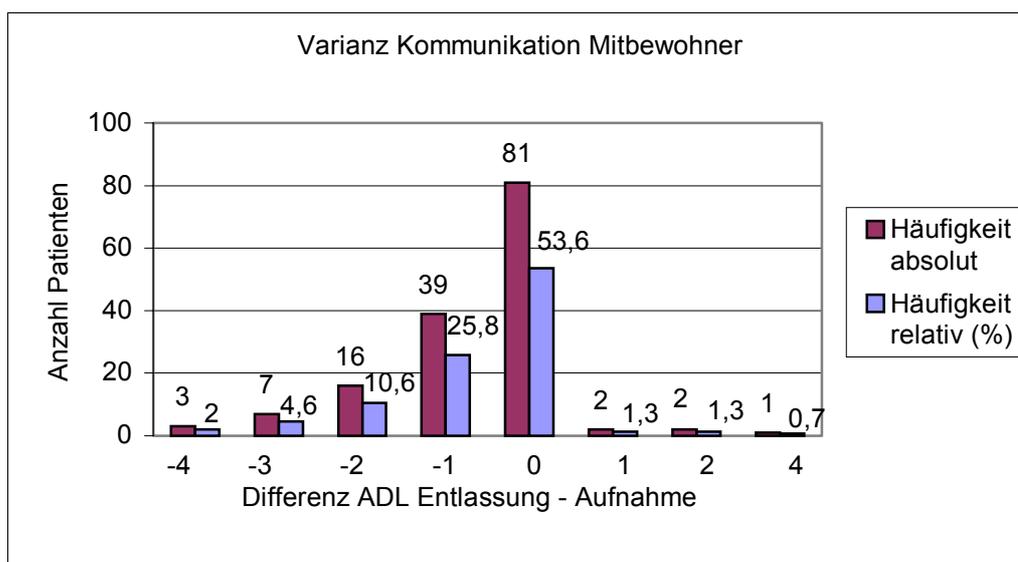


Tab. 5.13: numerische Verschlüsselung Kommunikation mit Mitbewohnern

Selbstständig- keit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manch- mal	4 selten	5 nie	6 unbe- kannt	Angaben unvoll- ständig
bei Aufnahme	61 (34,5 %)	40 (22,6 %)	27 (15,3%)	16 (9,0 %)	11 (6,2 %)	1 (0,6 %)	21 (11,9 %)
bei Entlassung	105 (59,3 %)	24 (13,6 %)	13 (7,3 %)	5 (2,8 %)	7 (4,0 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	44 (24,9 %)	-16 (-9,0 %)	-14 (-7,9 %)	-11 (-6,2 %)	-4 (-2,3 %)	-1 (-0,6 %)	2 (1,1 %)

Im Wilcoxon Vorzeichen-Rang Test zeigen sich ebenfalls für die Variabel „Kommunikation mit Mitbewohnern“ statistisch signifikante Veränderungen ($p < 0,001$). Die Varianz der Kommunikation mit Mitbewohnern ist in Abb. 5.24 graphisch dargestellt.

Abb. 5.24: Varianz Kommunikation mit Mitbewohnern



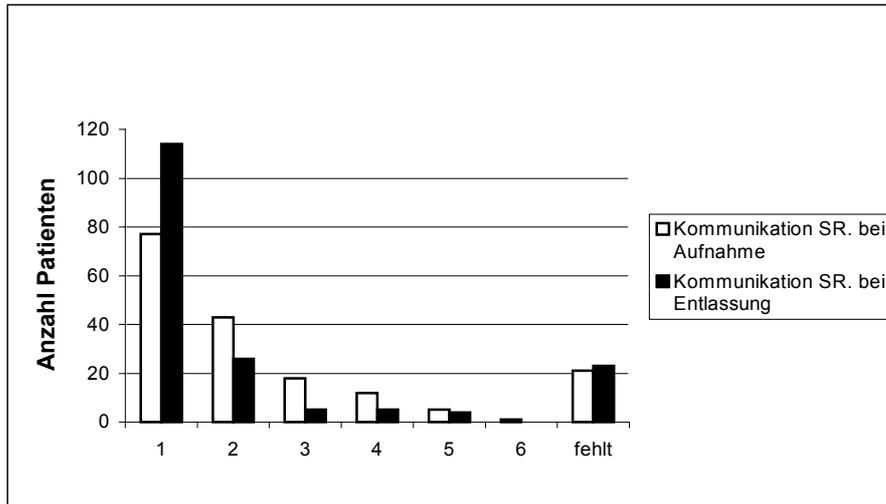
5.2.11 Kommunikation mit dem Pflegepersonal

Insgesamt fiel es den Patienten leichter, mit Pflegepersonal als mit Mitbewohnern zu kommunizieren.

77 Patienten (43,5 %) nahmen bereits bei Aufnahme bereitwillig Kontakt zum Pflegepersonal auf, bei Entlassung suchten 114 Patienten (64,4 %) aus eigenem Antrieb das Gespräch mit dem Pflegepersonal. Zu keiner verbalen Kommunikation mit dem Pflegepersonal fähig zeigten sich bei Aufnahme

5 Patienten (2,8 %), bei Entlassung noch 4 (2,3 %) dieser Betroffenen (Abb. 5.25, Tab. 5.14).

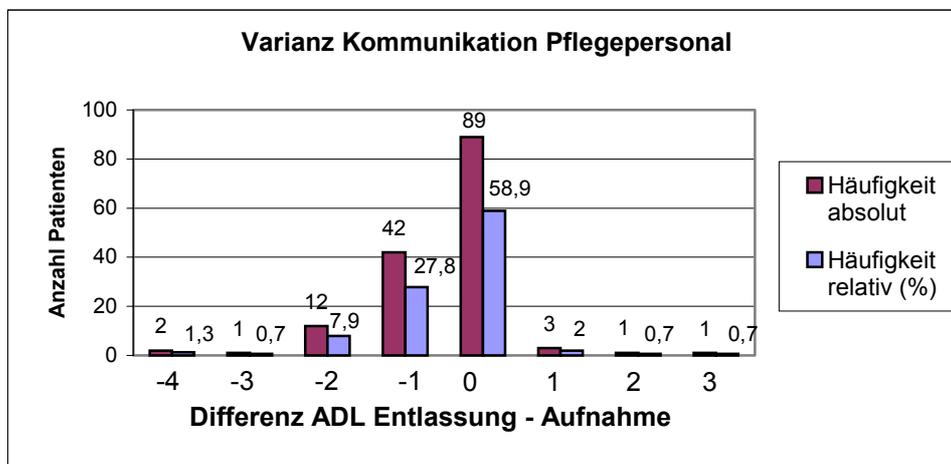
Abb. 5.25: Kommunikation mit dem Pflegepersonal



Tab. 5.14: numerische Verschlüsselung Kommunikation mit dem Pflegepersonal

Selbstständigkeit (n = 177)	1 immer	2 häufig	3 manchmal	4 selten	5 nie	6 unbekannt	Angaben unvollständig
bei Aufnahme	77 (43,5 %)	43 (24,3 %)	18 (10,2 %)	12 (6,8 %)	5 (2,8 %)	1 (0,6 %)	21 (11,9 %)
bei Entlassung	114 (64,4 %)	26 (14,7 %)	5 (2,8 %)	5 (2,8 %)	4 (2,3 %)	0 (0,0 %)	23 (13,0 %)
Differenz	37 (20,9 %)	-17 (-9,6 %)	-13 (-7,3 %)	-7 (-4,0 %)	-1 (-0,6 %)	-1 (-0,6 %)	2 (1,1 %)

Abb.5.26: Varianz Kommunikation mit dem Pflegepersonal

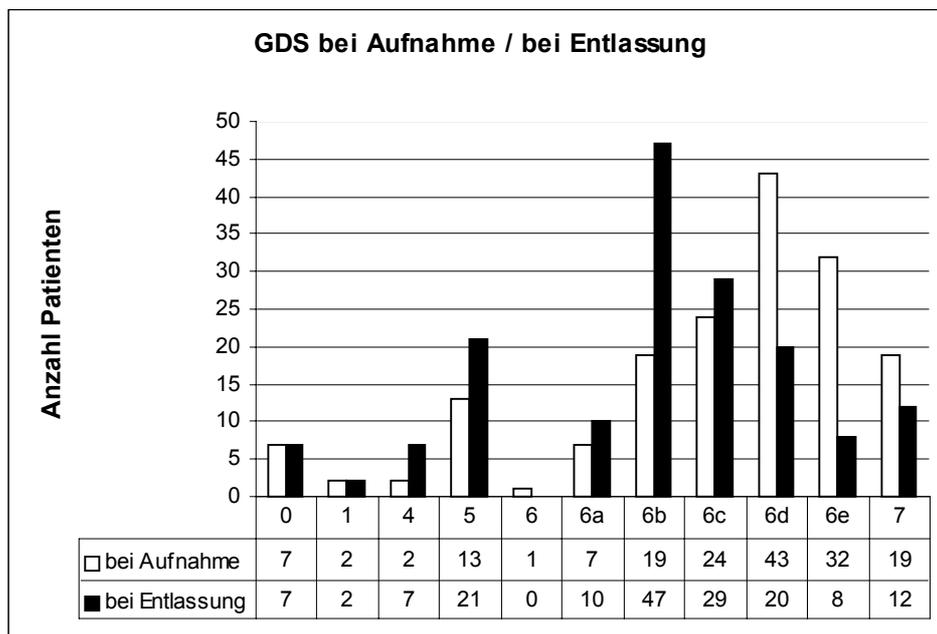


Betrachtet man erneut die intraindividuellen Veränderungen, so zeigt sich für die Variable „Kommunikation mit dem Pflegepersonal“ ebenfalls eine statistisch signifikante Veränderung zu Gunsten einer selbstständigen Kommunikationsaufnahme ($p < 0,001$). Die Varianz der Kommunikation mit dem Pflegepersonal ist in Abb.5.26 dargestellt.

5.3 Vergleich des GDS-Stadiums bei Aufnahme und bei Entlassung

Da nicht bei allen 177 Patienten der *Station Franziskus* eine Demenz vorlag, gehen nur 169 Patienten in die folgenden Betrachtungen ein (Abb. 5.27, Tab. 5.15). Bei 54 (31,9 %) dieser Patienten war zum Zeitpunkt der Entlassung im Vergleich zur Aufnahmesituation keine Veränderung des GDS-Stadiums zu erkennen. Eine Verbesserung zeigt sich bei 107 Patienten (63,3 %). 5 Patienten (2,9 %) wurden einem schlechteren GDS-Stadium zugeordnet.

Abb. 5.27: GDS-Stadium bei Aufnahme und bei Entlassung



Tab. 5.15: Veränderung des GDS-Stadiums

Zeitpunkt (Anzahl Beobachtungen)	Mittelwert	Standard-abweichung	p-Wert
Aufnahme (177)	5,6	1,6	0,0000
Entlassung (174)	5,4	1,6	0,0000
Differenz (174)	-0,2	0,4	0,0000

(GDS-Stadium 6 wurde hierbei ohne Subgruppierung in die Betrachtungen einbezogen. Berechnung des p-Wertes gemäß des Wilcoxon Vorzeichen-Rang Testes)

Tab. 5.16: Veränderungen innerhalb des GDS- Stadiums 6

Zeitpunkt (Anzahl Beobachtungen)	Mittelwert	Standard-abweichung	p-Wert
Aufnahme (127)	3,6	1,2	0,0000
Entlassung (124)	2,3	1,3	0,0000
Differenz (124)	-1,3	1,1	0,0000

(GDS-Stadium 6 unter Berücksichtigung der Subgruppierung (a - e); Berechnung des p-Wertes gemäß des Wilcoxon Vorzeichen Rangtestes)

Innerhalb der Subpopulation der Patienten mit einer Demenz GDS-Stadium 6 blieb das Gros der Patienten zwar diesem GDS-Stadium 6 zuordbar, jedoch fanden auch innerhalb dieser Untergruppe deutliche Entwicklungen statt (s. Tab. 5.16). Von 166 Patienten blieben insgesamt 120 im GDS-Stadium 6, hierbei zeigten aber nur 28 der Betroffenen (23,3 % von n = 120) keine Veränderung in den ADL.

Auch waren Patienten zu beobachten, die sich in ihrem Gesamtzustand trotz Milieuthherapie und medikamentöser Maßnahmen bei internistischen Begleiterkrankungen nicht verbesserten. Wenig Verbesserung zeigte die Gruppe der an einer Demenz Erkrankten mit dem höchsten Schweregrad, GDS 7. In diesem Stadium blieben 12 der sehr schwer Dementen, also 63,1 % der 19 Betroffenen. Eine Verbesserung war bei 3 dieser Patienten (15,8 %) festzustellen. Bei der Verbesserung von GDS 7 nach 6e war zwar eine gewisse Kommunikation mit den Betroffenen möglich geworden, jedoch bestand weiterhin vollständiger Pflegebedarf.

5.4 Somatische Diagnosen

Bei ausgeprägtem klinischen Beschwerdebild wurde für 57 Patienten (32,2 %) eine andere somatische Erkrankung als die Demenz primär als Hauptdiagnose gewertet, die Demenz erschien als Nebendiagnose. Bei noch gegebener Mobilität wurden diese Patienten auf *Station Franziskus* aufgenommen. Eine Akutverschlechterung führte zu zwischenzeitlicher intensivmedizinischer Betreuung. Bei sehr schwerer somatischer Erkrankung und gegebener Indikation wurde zunächst eine intensivmedizinische Behandlung eingeleitet. Die Zeit auf der Intensivstation wurde von den dementen Patienten meist schlecht toleriert. Gründe hierfür waren der Wechsel von Ort und Bezugspersonen sowie ein oftmals organisch bedingtes Durchgangssyndrom. Diese Patienten wurden so schnell wie medizinisch verantwortbar auf *Station Franziskus* zurückverlegt, um eine Belastung des Betroffenen durch diese neue Situation so kurz wie möglich zu halten. Die Anzahl der Intensivstationären Aufenthalte wurde nicht numerisch erfasst.

5.4.1 Häufigkeitsverteilung somatischer Diagnosen gemäß ICD-10

Da hier primär die klinisch relevanten somatischen Diagnosen in die Auswertung einbezogen wurden, zeigte sich ein Mittelwert von 3,4 Diagnosen (Standardabweichung 0,7) je Patient neben der Demenz-Diagnose – eine geringere Anzahl von Diagnosen als in dieser Altersgruppe zu erwarten (s.a. Abb. 5.28). Begründbar wird dies dadurch, dass ausgeheilte Erkrankungszustände ohne aktuellen Behandlungsbedarf oder nicht behandlungsbedürftige Residuen einer Erkrankung nicht verschlüsselt wurden. Ferner wurden Diagnosen aus einem organischen Bereich (z. B. des Herz-Kreislauf-Systems) unter der Überschrift der klinisch führenden Erkrankung zusammengefasst (z. B. die dekompensierte Herzinsuffizienz bei hypertensiver Herzerkrankung). Eine Osteoporose hätte aufgrund des Alters der betreuten Patienten beinahe jedem der Betroffenen zugeschrieben werden können. Dies erfolgte jedoch nur bei therapeutischem Handlungsbedarf bzw. bei noch zu erwartender Ansprache auf therapeutische Maßnahmen.

Die klinisch relevanten Diagnosen wurden gemäß ICD-10 vierstellig verschlüsselt und entsprechend der vorgegebenen Abschnitt geordnet. Bei den 177 Patienten, die 1997 auf „Station Franziskus“ betreut wurden, fanden sich entsprechend die in Tab. 5.17 aufgeführten Diagnosen.

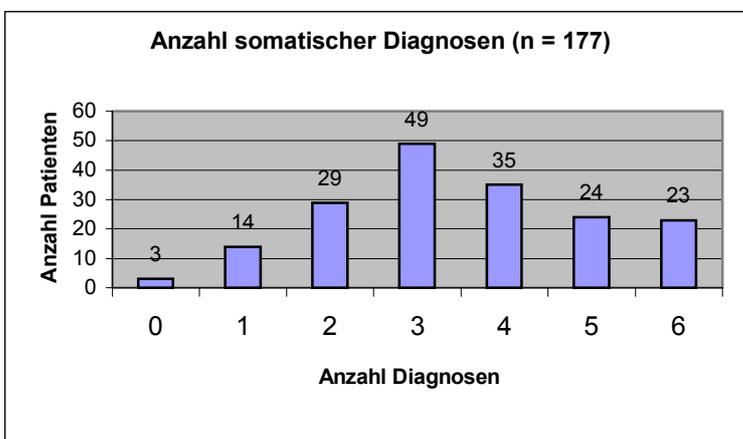
Tab. 5.17: absolute und relative Häufigkeit der verschlüsselten Diagnosen

ICD-10-SGB V	Anzahl Diagnosen	
	absolut	relativ
Best. infekt. Krankheiten (A00-B99)	11	1,8 %
Neubildungen (C00-D48)	10	1,6 %
Krankheiten des Blutes (D50-D89)	17	2,8 %
endokrine Krankheiten (E00-E90)	63	10,4 %
psychische Störungen (F00-F99)	27	4,4 %
Krankheiten NS (G00-G99)	30	4,9 %
Krankheiten des Auges (H00-H59)	16	2,6 %
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	0	0,0 %
Krankheiten Kreislauf (I00-I99)	257	42,3 %
Krankheiten Atmung (J00-J99)	26	4,3 %
Krankheiten Verdauung (K00-K93)	41	4,2 %
Krankheiten der Haut (L00-L99)	8	1,3 %
Krankheiten Muskel (M00-M99)	55	9,1 %
Krankh. Urogenital (N00-N99)	15	2,5 %
Schwangerschaft (O00-O99)*	0	0,0 %
Perinatal (P00-P96)*	0	0,0 %
angeborene Fehlb. (Q00-Q99)*	0	0,0 %
Symptome (R00-R99)	5	0,8 %
Verletzungen (S00-T98)	26	4,3 %
Äußere Ursachen (V01-Y98)	0	0,0 %
Faktoren (Z00-Z99)	0	0,0 %

*Aufgrund der Alterszusammensetzung der untersuchten Patienten waren Angeborene Fehlbildungen, Schwangerschaften und perinatal auftretende Diagnosen nicht zu verschlüsseln.

Insgesamt wurden 607 Diagnosen bei 177 Patienten erfasst. An erster Stelle standen hierbei die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (42,3 % von 607 Diagnosen), gefolgt von den endokrinen Erkrankungen (10,4 %) sowie Krankheiten der Muskulatur (9,1 %). Zwischen 4 – 5 % stellten die Krankheiten des ZNS, psychische Störungen in Sinne einer Co-Morbidität, Krankheiten der Verdauungs- oder der Atemorgane sowie Verletzungen. Selten Nennung fanden primäre Krankheiten des Blutes, des Urogenitale, Neubildungen, Krankheiten des Auges oder bestimmte infektiöse Krankheiten.

Abb. 5.28: Anzahl somatischer Diagnosen



Als Grund hierfür sind u.a. physiologische Alterungsprozesse aufzuführen. Innerhalb der beobachteten Patientenpopulation fanden sich bei fast allen Patienten Fehlsichtigkeiten im Sinne einer Presbyopie oder einer senilen Katarakt. Waren diese jedoch bereits adäquat versorgt bzw. behandelt (Brille, Z.n. Katarakt-OP), fand keine Verschlüsselung mehr statt.

Keine Nennung fanden Erkrankungen des Ohres: da fast jeder Patient unter hygienischen Problemen bzw. feststehendem Cerumen litt; pflegerische Maßnahmen stellten sich hier oftmals schon als ausreichend dar. Eine Presbyakusis war bei vielen Patienten zu vermuten, konnte aber aufgrund der Schwere der dementiellen Erkrankung nicht objektiviert werden. Auch war hier eine Versorgung mit Hörhilfen nicht möglich, da neben einer seitens des Patienten nicht durchführbaren Diagnostik auch das Tragen solcher Geräte nicht

toleriert wurde. Bei Patienten mit seit Jahren verwendeten Hörhilfen war mit zunehmendem Schweregrad der Demenz zu beobachten, dass diese Hörgeräte immer weniger akzeptiert, der Umgang mit ihnen verlernt wurde.

Eine benigne Prostatahyperplasie (BPH) wurde wider Erwarten lediglich bei einem Patienten als Diagnose gefunden. Zwar hatte sonographisch fast jeder männliche Patient eine nachweisbare BPH, doch blieb diese meist ohne therapeutische Konsequenz, insbesondere wenn der Patient einer weitergehenden Diagnostik aufgrund der Schwere der Demenz nicht zuführbar blieb und eine nur geringgradige klinische Symptomatik invasive Therapiemaßnahme nicht unbedingt erforderlich machte. Bei dem oben erwähnten Patienten hatte die BPH zu zunehmenden Kompression und schließlich Verschluss der Urethra geführt. Einen suprapubischen Katheter vermochte dieser Patient nicht zu tolerieren, so dass ein urologisch-operative Eingriff erforderlich wurde.

Die am häufigsten genannten somatischen Erkrankungen (>2%) stellt Tabelle 5.18 im Überblick dar:

Tabelle 5.18: häufige somatische Erkrankungen und ihr Auftreten in der beobachteten Population

	Auftreten von Diagnosen in n=177 Patienten (Prozent von n)
arterielle Hypertonie	56 (31,6 %)
Herzinsuffizienz	56 (31,6 %)
KHK	52 (29,4 %)
Diabetes mell. II	36 (20,3 %)
Osteoporose	29 (16,4 %)
Arrhythmia absoluta	20 (11,3 %)
Obstipation	20 (11,3 %)
Apoplex	18 (10,2 %)
TIA	15 (8,5 %)
Varikosis	14 (7,9 %)
Polyarthrose	11 (6,2 %)
Anämie	15 (8,5 %)
Nahrungsverweigerung	9 (5,1 %)
chronische Bronchitis	9 (5,1 %)
Harnwegsinfekt	9 (5,1 %)
Malnutrition	7 (3,9 %)
Glaukom	7 (3,9 %)
periphere AVK	7 (3,9 %)
Gastritis	7 (3,9 %)
M. Parkinson	6 (3,4 %)
Katarakt	6 (3,4 %)
alter Hinterwandinfarkt	6 (3,4 %)
Herzrhythmusstörungen	6 (3,4 %)
Pneumonie	6 (3,4 %)
Hyperthyreose	5 (2,8 %)
Vit. B12-Mangel	5 (2,8 %)
Depression	5 (2,8 %)
Gonarthrose	5 (2,8 %)
Niereninsuffizienz	5 (2,8 %)
perthrochantäre OSH-Fraktur	5 (2,8 %)

5.4.2 Demenz in Beziehung zu der Anzahl der somatischen Diagnosen

Innerhalb der hier untersuchten Patientengruppe zeigten Patienten mit DAT im Median eine größere Anzahl begleitender somatischer Erkrankungen als bei den Patienten mit einer DVT, was als Ausdruck der Multimorbidität innerhalb des untersuchten Klientels gewertet werden kann (s. a. Tab. 5.19).

Tab. 5.19: Demenz in Beziehung zu der Anzahl der somatischen Diagnosen
(n = 169 Patienten)

		Anzahl somatischer Diagnosen (außer Demenz)						
Demenz-Typ	Geschlecht	0	1	2	3	4	5	6
senile DAT	w		9	13	25	18	11	9
	m	1	3	5	8	3	3	2
präsenile DAT	w			2	1		1	
	m							
MID	w		2	2	2	7	3	5
	m			1	4	4	2	4
Mischtyp	w			4	5		3	1
	m			2	1	1		
äthyltoxisch	w					1		
bei NPL	w						1	

5.4.3 Demenz in Beziehung zu der Art der somatischen Diagnose

Aufgrund der großen Anzahl unterschiedlicher Diagnosen bei multimorbiden Patienten wurden diese gemäß der Überschriften der ICD-10 großen Diagnose-Gruppen zugewiesen. Ein solches Prozedere war erforderlich, um eine mögliche Korrelation zwischen Demenz und somatischer Begleiterkrankung statistisch erfassen und somit die Frage nach einem bestimmten Risikoprofil beantworten zu können.

Für 18 der so betrachteten 21 Diagnose-Gruppen zeigte sich keine statistisch signifikante Korrelation unter Anwendung des Fisher's Exact Test (zweiarmig). Eine statistisch signifikante Korrelation zeigte sich bei vaskulären Demenzen in Kombination mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Fisher's Exact Test (zweiarmig): 0,047), die in Zusammenhang gesehen werden kann mit den ätiologisch die Demenz mitverantwortenden Begleiterkrankungen. Als Ausdruck der Co-Morbidität mag die Korrelation zu interpretieren sein, die für vaskuläre Demenzen und Erkrankungen des Nervensystems (Fisher's Exact Test (zweiarmig):

0,000418) nachgewiesen werden konnte. Für die Demenz vom Alzheimer Typ zeigt sich eine Korrelation mit Erkrankungen des Urogenitaltraktes (Fisher's Exact Test (zweiarmig): 0,022), wobei hier insbesondere Harnwegsinfekte zum Tragen kommen.

Des Weiteren wurde die Anzahl der somatischen Diagnosen in Beziehung gesetzt zu der Art der Demenzerkrankung. Eine direkte Korrelation zwischen Diagnosenanzahl und Form der Demenz zeigte sich nicht. Jedoch war auffällig, dass bei der Demenz vom Alzheimer Typ eine wachsende Anzahl somatischer Erkrankungen bei zunehmender Schwere der Demenz-Erkrankung zu verzeichnen war. Interpretierbar wird dies auch als Zeichen der eher späten Diagnose der Alzheimer Demenz. Die Demenzsymptomatik selbst scheint weniger zu stationärer Aufnahme zu führen als die somatische Begleiterkrankung.

5.5 Veränderungen der sozialen Situation

Wohnsituation

Von 163 Patienten wurde prospektiv der Status der Wohnsituation bei Aufnahme und bei Entlassung erhoben (Tab. 5.20). Lebten vor der stationären Aufnahme 51,5 % der Patienten allein im eigenen Haushalt, so waren dies bei Entlassung nur noch 17,2 %. Der Anteil der in einem Heim Lebenden erhöhte sich von 12,9 % bei Aufnahme auf 58,3 % bei Entlassung. 6 Patienten wechselten aus dem durch die Kinder versorgten Haushalt in ein Heim. 52 Patienten, die zuvor allein im eigenen Haushalt gelebt hatten, wurden in die Fürsorge eines Heimes entlassen. 3 Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt allein standen, wurden in den gemeinsamen Haushalt mit ihren Kindern entlassen. Als Einzelfall konnte ein Patient aus der vollstationären Heimversorgung in ein ambulant betreutes Wohnen überantwortet werden.

Von den 95 Patienten, die in eine vollstationäre Heimpflege entlassen wurden, mussten 3 Patienten in einer geschlossenen Heimeinrichtung untergebracht werden. Einer dieser Patienten hatte zuvor in einer offenen Heimeinrichtung

gelebt und musste aufgrund bestehender Weglauftendenz sowie fremdaggressiver Affektdurchbrüche in eine geschlossene Heimunterbringung wechseln.

Tab. 5.20: Vergleich der Wohnsituation bei Aufnahme und bei Entlassung bei 163 Patienten

Wohnsituation	bei Aufnahme n (%)	bei Entlassung n (%)
Haushalt allein	84 (51,5 %)	28 (17,2 %)
HH mit Partner	43 (26,4 %)	25 (15,3 %)
HH mit Kindern	13 (7,9 %)	10 (6,1 %)
Heim	21 (12,9 %)	95 (58,3 %)
HH mit Bruder	1 (0,6 %)	1 (0,6 %)
HH mit Schwester	1 (0,6 %)	1 (0,6 %)
Betreutes Wohnen	0 (0,0 %)	3 (1,8 %)

(HH = Haushalt)

Angehörigengruppe

An einer der Angehörigengruppen am Haus Berge nahmen nachweislich Angehörige von 36,2 % (59) der Patienten teil, wobei hier eine Gesamtzahl von 163 dokumentierten Patienten zu Grunde liegt. Im persönlichen Gespräch wurde die Teilnahme an einer solchen Gruppe von 53,9 % (88) der Angehörigen bereits im Vorfeld abgelehnt. Von ca. 10 % der Patienten mit Angehörigen liegen hierüber keine Angaben vor.

Diverse Gründe wurden von Angehörigen gegen die Teilnahme an einer Angehörigengruppe aufgeführt.

Zu diesen Gründen zählten u.a.:

- der als Angehöriger Benannte ist gar nicht (Nachbar) oder nur entfernt (z. B. Großnichte) mit dem Patienten verwandt und lehnt eine weitere Einbindung in die Versorgung des Betroffenen ab (bei 16 Patienten)
- die fehlende Bindung zu dem Erkrankten (bei 12 Patienten)
- die Entfernung zum Wohnort (bei 9 Patienten)
- der Zeitmangel aus beruflichen Gründen (bei 4 Patienten)
- ein bestehender intrafamiliärer Konflikt (bei 4 Patienten)
- eine Erkrankung des betreuenden Angehörigen (bei 4 Patienten)
- die Verneinung der dementiellen Erkrankung (bei 3 Patienten)
- die bereits selbst initiierte Teilnahme an einer anderen Angehörigengruppe (z. B. der eines Heimes) (bei 3 Patienten)
- die Versorgung der eigenen Kinder (bei 1 Patient).

Bei entfernten Verwandten oder auch Nachbarn konnte in den oben erwähnten Fällen eine fehlende soziale Bindung zu dem Betroffenen festgestellt werden. Hier wurde die vollstationäre Aufnahme als Möglichkeit der Bewältigung einer zwischenmenschlichen Konfliktsituation beschrieben, die sich aufgrund der dementiellen Symptomatik (nächtliche Umtriebigkeit, Vernachlässigung häuslicher Pflichten, Wahnhalt des Bestohlenwerden) entwickelt hatten. Auch zeigte sich in diesen Fällen eine Vermeidungstendenz, in erneuten verantwortungsvollen Kontakt mit dem Betroffenen treten zu müssen.

Die Aufarbeitung unterschiedlicher intrafamiliärer Konfliktsituationen konnte ebenfalls fremdanamnestic eruiert werden. Bei Angehörigen ersten Grades mit fehlender emotionaler Bindung zu dem Betroffenen zeigten sich seit Kindheit bestehende Konfliktkonstellationen, die seitens des Angehörigen oft nur angedeutet erwähnt wurden, die aber eine familienunabhängige weitere Versorgung des Betroffenen erforderlich machten. Neben erlebter narzisstischer Kränkung wurden Erinnerungen des Verlassenseins und fehlender elterlicher Fürsorge in der Kindheit als Gründe für die Ablehnung weiteren Engagements für den Betroffenen aufgeführt.

Mangelnde Kommunikation zwischen Geschwistern oder anderen Verwandten des Betroffenen offenbarte sich als eine weitere Form intrafamiliärer Konfliktsituation. In 2 Familien kamen auch Polarisierungen und Freund-Feind-Beziehungen zum Tragen, die sowohl die Angehörigenbetreuung als auch die Planung der weiteren Versorgung des Patienten deutlich erschwerten.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wie die Ergebnisse recht gut verdeutlichen können, profitieren auch schwer demente Patienten bei adäquater Therapie internistischer Begleiterkrankungen von einem Stations-Setting wie dem der *Station Franziskus*.

In den Einzelbetrachtungen zeigt sich für alle eine statistisch signifikante positive Veränderung in den ADL. Um jedoch erkennen zu können, ob dieser statistischen Signifikanz auch eine klinische Relevanz zugeordnet werden kann, ist die Definition eines Responderkriteriums erforderlich. Als Responder wurde ein Patient definiert, der sich mindestens um jeweils einen Punktwert innerhalb der Untergruppe „Grundfähigkeiten der ADL“ (d. h. Waschen, Essen, Trinken, Urinkontinenz, Stuhlkontinenz) sowie der „erweiterten Fähigkeiten“ verbessert hat. Gemäß dieser Definition sind 135 (76,3 %) von 177 Patienten als Responder zu identifizieren.

In Bezug auf die in Abschnitt 5 formulierten Hypothesen kann somit die H₀-Hypothese als verworfen angesehen werden. Die H₁-Hypothese wurde bestätigt, wobei hier doch Vorbehalte eingebracht werden müssen. Tab. 6.1 präsentiert in einer zusammenfassenden Übersicht die deskriptiven Statistiken für die ADL-Scores aller Patienten. Tab. 6.2 bietet schließlich einen Überblick über die deskriptiven Statistiken für die Differenzen der Scores aller ADL-Parameter zwischen dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme und dem der Entlassung (Wilcoxon Vorzeichen-Rang Test für die Pre-Post -Differenzen) „Pre“ steht hierbei für zu Beginn des stationären Aufenthaltes dokumentierte Beobachtungen, „post“ beschreibt Beobachtungen am Ende des stationären Aufenthaltes.

Tab. 6.1: Deskriptive Statistiken für die Scores aller Parameter

Parameter		Anzahl Beobachtungen	Mittelwert	Standardabweichung
Urinkontinenz	pre	156	2.44872	1.30653
	post	154	1.70779	0.99624
Stuhlkontinenz	pre	156	2.07692	1.24195
	post	154	1.58442	0.96813
Selbstständiges Essen	pre	159	1.81132	1.06836
	post	154	1.29221	0.68528
Selbstständiges Trinken	pre	159	1.74843	1.03097
	post	154	1.28571	0.68327
Selbstständiges Anziehen	pre	159	3.00000	1.17463
	post	154	1.91558	1.03502
Selbstständiges Waschen	pre	159	2.98113	1.18253
	post	154	1.95455	1.03747
Selbstständige WC Benutzung	pre	158	2.55696	1.30405
	post	153	1.77124	1.04187
Selbstständigkeit bei der Mobilität	pre	157	1.86624	1.11571
	post	154	1.27273	0.67903
Örtliche Orientierung	pre	155	3.48387	1.31107
	post	154	2.46753	1.37755
Tag-Nach-Rhythmus	pre	157	2.25478	1.26036
	post	154	1.44156	0.94963
Kommunikation mit Mitpatienten	pre	155	2.20000	1.26080
	post	154	1.60390	1.07508
Kommunikation mit dem Pflegepersonal	pre	155	1.87097	1.09728
	post	154	1.43506	0.90695

Tab. 6.2: Deskriptive Statistiken für die Pre-Post Differenzen der Scores aller Parameter (Wilcoxon Vorzeichen-Rang Test für die Pre-Post Differenzen)

Parameter	Anzahl Beobachtungen	Mittelwert	Standardabweichung	p-Wert
Summenscore	154	-0.71961	0.66269	0.000000000000000
Urinkontinenz	151	-0.76821	1.12216	0.000000000000000
Stuhlkontinenz	151	-0.49669	1.01898	0.0000000019035
Essen	154	-0.50649	0.93058	0.000000000000000
Trinken	154	-0.44805	0.87105	0.000000000000009
Anziehen	154	-1.09740	1.12470	0.000000000000000
Waschen	154	-1.03896	1.17091	0.000000000000000
WC Benutzung	153	-0.80392	1.00039	0.000000000000000
Mobilität	153	-0.58824	1.01001	0.000000000000000
Örtliche Orientierung	151	-1.02649	1.16589	0.000000000000000
Tagrhythmus	153	-0.81046	1.20171	0.000000000000000
Kommunikation Mitpatienten	151	-0.62252	1.09995	0.000000000000001
Kommunikation Pflegepersonal	151	-0.45695	0.87738	0.000000000000025

ADL Flächendiagramm

Auch die Auswertung der ADL-Flächendiagramme zeigt vergleichbare statistisch hoch signifikante Veränderungen ($p < 0,001$). In Tab. 6.3 wird der Vergleich der ADL-Flächendiagramme an den beiden unterschiedlichen Messzeitpunkten präsentiert.

Tab. 6.3: Vergleich der ADL-Flächendiagramme an beiden Messzeitpunkten
(n = 145)

Zeitpunkt	Mittelwert	Standard- abweichung	p-Wert
Aufnahme	42,0724	17,2649	0,0000
Entlassung	58,7966	16,1532	0,0000
Differenz	16,7241	14,2038	0,0000

Führt eine somatische Erkrankung zu einer Verschlechterung der kognitiven Situation eines Demenzen, so ist unabhängig vom Schweregrad der Demenz eine Verbesserung in der Situation des Betroffenen nur zu erwarten, wenn die somatische Erkrankung therapiert wird unter Berücksichtigung der kognitiven Situation des Betroffenen und unter Schaffung adäquater Umgebungsbedingungen, die es ermöglichen, auf die Bedürfnisse des Demenzen einzugehen ohne die somatische Situation unberücksichtigt zu lassen.

Jedoch kann ein solches Vorgehen nur dann erfolgversprechend sein, wenn demente Patienten rechtzeitig einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden.

Bei schwerstdementen Patienten im GDS-Stadium 7 und gesicherter Diagnose liegt bereits aufgrund der dementiellen Situation eine insgesamt schlechte Prognose vor. Eine deutliche Verbesserung des kognitiven Status ist bei nicht mehr vorhandenen Ressourcen auch unter Anwendung der Milieuthherapie kaum zu erwarten. Tritt komplizierend eine schwere somatische Erkrankung auf, so kann selbst eine für Demente optimierte Umgebung wie der von *Station Franziskus* lediglich ein Erhalten des kognitiven Status quo erreichen. Jedoch führt die prognostische schlechte Gesamtsituation diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten an Grenzen, über die auch Angehörige informiert sein müssen, da eine entsprechend höhere Letalität vorliegt.

6.1 Möglicher Zusammenhang zwischen ADL-Änderung und somatischer Diagnose

Veränderungen in der Selbstständigkeit der ADL bei dementen Patienten können multifaktoriell bedingt sind. Bei bestehender Multimorbidität müssen differentialdiagnostisch auch nicht-dementielle Ursachen in Betracht gezogen werden (Tab. 6.4).

Tab. 6.4: mögliche nicht-dementielle Ursachen körperlicher Symptome bei Demenz (Prozentangaben gerundet, n = 177)

Symptome	Mögliche nicht-dementielle Ursachen
Urininkontinenz	Harnwegsinfekt (5 %) Arteriosklerose (4 %) Polyarthrose (6 %) Herzinsuffizienz (31 %) Diabetes mellitus (20 %)
Stuhlinkontinenz	Neoplasmen (1 %) Gastroenteritiden (1 %) Dysbakterie (1 %)
Eingeschränkte Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme	starke Sehschwäche (7 %) Morbus Parkinson (3 %) Rheumatoide Arthritis (2 %) Polyarthrose (6 %)
verminderte Kommunikationsfähigkeit	starke Visusschwäche (7 %) Aphasia (10 % nach Apoplex) Bradyphrenie (3 % bei M. Parkinson) Hypothyreose (2 %)
verminderte Mobilität	Morbus Parkinson (3 %) starke Visusschwäche (7 %) diabetogene Polyneuropathie (bei 2 % klinisch diagnostiziert) Rheumatoide Arthritis (2 %) Polyarthrose (6 %) Osteoporose (16 %)
gestörter bis aufgehobener Tag-Nacht-Rhythmus	Herzinsuffizienz mit Nykturie (31 %) Hypertonie (32 %)

Die Prozentangaben in der Tab. 6.4 beziehen sich auf das relative Auftreten nicht-dementieller Ursachen körperlicher Symptome bei den 177 beobachteten Patienten von *Station Franziskus*. Bei Betrachtung dieser Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der einzelne Patient durchaus an mehreren solcher nicht-dementieller Ursachen leiden konnte. Auch die Patienten, bei denen das Vorliegen einer Demenz ausgeschlossen wurde, sind in diese Betrachtung miteinbezogen worden, da bei ihnen zu Beginn des stationären Aufenthaltes das Vorliegen einer Demenz differentialdiagnostisch erwogen wurde.

Ein direkter Zusammenhang zwischen Veränderung in der Selbstständigkeit der ADL und Therapie der somatischen Erkrankung wird besonders dann augenscheinlich, wenn eine Symptomatik ursächlich primär der Demenz zugeschrieben wird, diese Symptomatik aber nach internistischer Therapie abklingt.

6.1.1 Urinkontinenz

Bei Urin- und Stuhlkontinenz spielten neben dem Schweregrad der Demenz auch internistische Begleiterkrankungen eine Rolle. So bestätigten routinemäßige Untersuchungen des Urins sowie Untersuchungen bei vermuteter klinischer Symptomatik schließlich 12 behandlungsbedürftige Harnwegsinfekte, deren Therapie eine positive Beeinflussung einer bestehenden Urininkontinenz bedeutete. Die Betroffenen waren Patienten, die auf Grund der Schwere der Demenz keine konkreten anamnestischen Angaben machen konnten, die aber durch plötzliche Unruhe oder unklare AZ-Verschlechterung mit febrilen Temperaturen bei bereits aufsteigendem Harnwegsinfekt auffielen.

6.1.2 Stuhlkontinenz

Bei Stuhlinkontinenz galt es, differentialdiagnostisch insbesondere an infektiöse Erkrankungen, Lebensmittelunverträglichkeiten, Divertikulose oder Tumore zu denken. Kamen Patienten aus häuslichem Umfeld ohne Angehörige und ohne adäquate Versorgung, so konnte oft eine Malnutrition (nachgewiesener Vitamin B12- und Folsäure-Mangel) und der Verzehr verdorbener Lebensmittel als

Ursache der rasch wieder behebbaren Diarrhöen mit Stuhlinkontinenz identifiziert werden.

6.1.3 Selbstständigkeit bei der Körperhygiene

Die Patienten wurden durch Pflegepersonal wie auch Ergotherapie zu möglichst viel Selbstständigkeit angehalten. Dabei galt es, sowohl Überforderungen zu vermeiden als auch Ressourcen des Patienten zu fördern. Bei dekompensierender Herzinsuffizienz zeigte sich eine zunehmende Belastungsdyspnoe bis Ruhedyspnoe mit konsekutiv zunehmender Unselbstständigkeit in den ADL. Extrapiramidale Gebundenheit mit Beeinträchtigung der Grob- und Feinmotorik ließ an das begleitende Vorliegen einer M. Parkinson denken, die sich oft durch eine entsprechende Therapie mit Antiparkinson-Medikamenten besserte.

6.1.4 Selbstständiges Ankleiden

Eine verminderte Funktionalität der Gelenke bei arthrotischen Veränderungen und bei Arthritiden musste hier differentialdiagnostisch berücksichtigt werden. Auch hier musste eine extrapyramidale Gebundenheit an das Vorliegen eines Morbus Parkinson denken lassen, der gezielte individuelle Ergotherapie und Krankengymnastik sowie ein Überdenken der medikamentösen Therapie zur Folge hatte.

6.1.5 Mobilität

Bei verminderter Mobilität erfolgte eine individuell angepasste Versorgung mit Hilfsmitteln wie Rollator oder Deltarad, um rasch mehr Eigenbeweglichkeit erreichen zu können, sofern der Umgang mit solchen Hilfsmitteln für den Betroffenen erlernbar war. Als mögliche nicht-dementielle Ursachen solcher Gangunsicherheiten mussten polyarthrotischen Beschwerden, eine extrapyramidale Begleitsymptomatik oder Angst vor einem erneuten Sturz bei entsprechender Vorgeschichte bedacht werden. In dem beobachteten Patientenkollektiv waren auch Einzelfälle zu verzeichnen, denen nach Anpassung langer benötigter orthopädischer Schuhe wieder ein beschwerdefreies Gehen

möglich wurde. 3 Patienten waren bei Aufnahme schwerst verwahrlost, sodass eine selbstständige Mobilität aufgrund desolater Zustände der Fußhaut (Exsikkationsekzem, Tinea pedes) sowie seit langem nicht mehr erfolgter Fußpflege (monströse Zehennägel) nur eingeschränkt möglich war.

Bei einer Patientin, die zum Aufnahmezeitpunkt schwerste Schmerzen bei Mobilisierungsversuchen klagte, musste eine bislang nicht diagnostizierte stabile Beckenringfraktur festgestellt werden. Unter analgetischer Medikation konnte nach chirurgischer Konsultation eine zunehmende Mobilisierung durch krankengymnastische Maßnahmen erfolgen. Eine adäquate Diagnostik war bei dieser Patientin vor dem Klinikaufenthalt nicht erfolgt, da die als diffus beschriebene Schmerzen als Demenzsymptomatik fehlgedeutet worden war. Die mit der Situation überforderten Angehörigen hatten die Betroffene aufgrund ihrer abwehrenden Haltung erst spät einem Arzt vorstellen können. Bei ähnlichen Fällen war das zugrundeliegende Krankheitsbild (z. B. zunehmende Dekompensation einer Herzinsuffizienz) zwar bereits durch Hausarzt oder andere konsultierte Ärzte erkannt worden, eine therapeutische Compliance war aufgrund einer nur lückenhaften häuslichen Versorgung jedoch nicht gegeben.

6.1.6 Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme

Verloren gegangene oder vergessene Gebißprothesen verursachten nicht selten mechanische Probleme des Schluckaktes. Schluckstörungen bei Morbus Parkinson oder aufgrund eines Apoplexes machten individuell angepasste ergotherapeutische und medikamentöse Maßnahmen erforderlich. Auch organische Ursachen wie gastro-duodenale Ulzerationen oder Malignome waren als Ursache einer unzureichenden Nahrungsaufnahme zu identifizieren. Bei einem Patienten mit schwerer Demenz vom Alzheimer Typ fiel auf, dass dieser die Nahrungsaufnahme verweigerte, wohl um die Auslösung eines Schmerzreizes zu vermeiden. Der Schmerz, verursacht durch *Ulcera ventriculi*, konnte verbal nicht mehr adäquat mitgeteilt werden. Weitere Erkrankungen von Gastrointestinaltrakt und Oropharynx konnten bei Patienten mit Schluckstörungen diagnostiziert und therapiert werden. Bei Soor- oder auch bei Refluxösophagitis war eine Normalisierung der Nahrungsaufnahme unter

adäquater Therapie der infektiösen bzw. entzündlichen Erkrankung zu beobachten.

6.1.7 Tag-Nacht-Rhythmus

Als organische Ursachen eines gestörten Tag-Nacht-Rhythmus mussten neben der möglichen dementiellen Sekundärsymptomatik differentialdiagnostisch auch eine COPD, kardiale Erkrankungen, die Entgleisung eines Diabetes mellitus oder eine Inkontinenz unterschiedlicher Ätiologie in Betracht gezogen werden. Auch akute Krankheitsbilder wie fieberhafte Infekte oder Pneumonie konnten ursächlich festgestellt werden. Bei einem Patienten mit akuter und für ihn ungewöhnlicher Agitatio zeigte sich eine kardiale Dekompensation mit akutem Lungenödem bei hypertensiver Entgleisung, die kurzzeitig intensivmedizinische betreut werden musste.

6.1.8 Kommunikation mit Mitbewohnern und Pflegepersonal

Kommunikative Probleme ergaben sich nicht nur aufgrund der dementiellen Begleitsymptomatik der Demenz wie z. B. Aphasie und Agnosie. Auch eine Aphasie nach Apoplex bei gleichzeitig bestehender Demenz mussten differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden. In dieser Situation der Co-Morbidität stellte die Differenzierung zwischen dementieller und postapoplektischer Symptomatik sowie deren diagnostische Abgrenzung und Bestimmung des Schweregrades der Demenz eine besondere Herausforderung dar, die nicht immer von Erfolg gekrönt sein konnte.

Auch eine verlangsamte Motorik bei Morbus Parkinson oder das durch Neuroleptika induzierte Parkinsonoid waren als Gründe für eine verminderte Fähigkeit zur Kommunikation feststellbar, ferner Erkrankungen des kardiorespiratorischen Systems mit Dyspnoe und konsekutiver reduzierter Kommunikationsfähigkeit.

Als ein Grund für die Zunahme verbaler Kommunikation kann die zunehmende Vertrautheit mit der primär ungewohnten Umgebung angeführt werden. Auch

hatten sich für den Einzelnen feste Bezugspersonen und somit Vertrauenspersonen herauskristallisiert.

Exemplarisch sei hier die Kasuistik eines 64jährigen Patienten aufgeführt, der für *Station Franziskus* als dementer Patient mit Zustand nach Apoplex angekündigt worden war, wobei es sich hier jedoch um ein akutes Geschehen gehandelt hatte. Noch 4 Wochen zuvor war der Patient zerebral unauffällig gewesen. Es zeigte sich eine mäßiggradige Aphasie sowie Kurzzeitgedächtnis-Probleme, die sowohl auf logopädische wie ergotherapeutische Maßnahmen gut ansprachen. Eine bereits eingeleitete Betreuung konnte wieder aufgehoben werden, da die bei Aufnahme erhobenen Befunde (u.a. hochpathologischer MMSE) bei Entlassung völlig unauffällig waren. Hier war ein prolongiertes Durchgangssyndrom mit Aphasie (kein deutscher Muttersprachler, sondern Brite) als Demenz fehlgedeutet worden.

7 Gewinner und Verlierer – wer am meisten von einem solchen Setting profitiert

Das Setting von *Station Franziskus* besteht in seiner Grundstruktur seit mehr als zehn Jahren und hat sich als therapeutisch wirksames Umfeld in der Versorgung insbesondere multimorbider Dementer bewährt. Nur wenige Patienten konnten nicht von diesem Setting profitieren. Eine individuelle Abwägung von Bedürfnissen hat sich als Standard-Vorgehen bewährt gemacht. Es hat aber auch die Frage aufgeworfen, ob aus den vorliegenden Daten ein Risikoprofil ableitbar wird, das bereits vor Beginn einer therapeutischen Maßnahme auf *Station Franziskus* prädiktive Aussagen über einen individuellen Nutzen dieser Form der Behandlung zulässt.

Ein generelles Risikoprofil bezüglich einer bestimmten Form von Demenz in Verbindung mit einer bestimmten somatischen Begleiterkrankungen ist aufgrund der breiten Streuung von Organdiagnosen in der hier betrachteten Population nicht zu erkennen. Da bei bestehender Co- und Multimorbidität der Betroffenen eine sichere Differenzierung zwischen Ursache und Wirkung der unterschiedlichen Erkrankungen sehr schwer bis kaum durchführbar erscheint, muss auch die Möglichkeit von Fehlklassifizierungen bezüglich der GDS-Stadien in die Betrachtungen mit einbezogen werden. So wurde ein schwer dementer Patient mit Urininkontinenz dem GDS-Stadium 6d zugeordnet. Ein solcher Patient, bei dem beispielsweise eine Zystitis diagnostiziert wurde, erfuhr neben der antibiotischen Therapie des Infektes ebenso ein unterstützendes Blasentraining. War der Patient bei wiedergewonnener Urinkontinenz nun dem GDS-Stadium 6c zuzuordnen, wurden beide Therapieformen als erfolgreich betrachtet.

Auch kann keine Aussage getroffen werden, ob eine bestimmte Form von Demenz oder Kombination von somatischer und dementieller Erkrankung eine hohe oder auffallend geringe Wahrscheinlichkeit eines therapeutischen Benefits nach sich zieht. Selbst bei den 19 schwerst dementen Patienten, die im Jahre

1997 auf *Station Franziskus* betreut wurden, konnte für ein Drittel der Fälle eine statistisch signifikante Verbesserung nachgewiesen werden.

7.1 Benefit eines solchen Settings für die Angehörigen von dementen

Patienten

Zeigte sich bei schweren Demenzen (GDS 6) nicht immer Änderungen in der Zuordnung zu dem GDS-Stadium, so waren doch für den überwiegenden Teil der Patienten statistisch signifikante Verbesserungen in zumindest einer Teilfähigkeit der ADL zu verzeichnen. Individuell betrachtet muss auch diese als klinische relevante Verbesserung gesehen werden, da die Zunahme an Selbstständigkeit einhergeht mit einer Reduktion des Pflegebedarfs. Dies vermag direkt die Lebensqualität der Betroffenen und auch deren Pflegeperson (Angehörige) zu erhöhen.

Angehörigengruppen

Wie in Abschnitt 5.5 erwähnt, nahmen gut ein Drittel der Angehörigen der Patienten von Station Franziskus während des Beobachtungszeitraumes an einer Angehörigengruppe teil. Der stressmodulierende Charakter dieser Angehörigengruppen am Haus Berge konnte in Einzelgesprächen mit den Angehörigen immer wieder Bestätigung finden. Wie von Cohen et al. [15] ausformuliert, liegt ein Nutzen von Angehörigengruppen in dem Austausch von Erfahrungen ähnlich betroffener Familien, um so den Umgang mit einer unheilbaren Erkrankung besser bewältigen zu können. Auch die zumindest temporäre Entlastung der Angehörigen durch den stationären Aufenthalt des Betroffenen kann zu einer Stressreduktion der Angehörigen beitragen. Eigenen Bedürfnissen wird in diesem Zeitraum Freiraum geschaffen, so z. B. der Wahrnehmung eines längst überfälligen ärztlichen Termins bei eigener Erkrankung. Eine empirische Erhebung innerhalb einer solchen Angehörigengruppe ist im Rahmen dieser Dissertation nicht erfolgt.

Literaturverzeichnis

1. Ackerknecht EH (1968) Hubers Klassiker der Medizin und Geisteswissenschaften, Band XI. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart
2. Ackerknecht EH (1992) Geschichte der Medizin. 7. Auflage, Enke Verlag, Stuttgart
3. Alzheimer A (1907) Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allg. Ztschr. Psychiatr. 64, 146-148
4. American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn, Washington, DC
5. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn, Washington, DC
6. Bauer J (1994) Die Alzheimer Krankheit – Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie. Schattauer, Stuttgart New York
7. Berger M (2000) Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Fischer; München Jena, s. bes. S 247
8. Bickel H (1995) Epidemiologie der Demenzen. Psycho 21; 716-722
9. Bielzer U (1997) Angebote der geriatrischen Diagnostik, Behandlung und Therapie im Verbund. Dokumentation 12. Bundestagung des Verbandes katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V. in Erfurt; S 129-135
10. Blacker D, Albert MS, Bassett SS, Go RC, Harrell I, Folstein MF (1994) Reliability and validity of NINCDS-ADRDA criteria for Alzheimer's disease. The National Institute of Mental health Genetics Initiative. Arch Neurol 51 (12): 1198-204
11. Bleuler E (1919) Lehrbuch der Psychiatrie. 9. Aufl. Springer-Verlag, Berlin, s. bes. S. 122
12. Böhmer F (2000) Häufige Probleme älterer Menschen – Multimorbidität. In: Füssgen (Hrsg) Der ältere Patient. Urban & Fischer, München Jena, 3. Auflage, s. bes. S. 64-65
13. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

14. Coffmann G (1934) Old age from Horace to Chaucer: some literary affinities and adventures of an idea. *Speculum* 9
15. Cohen Dahm, Coppel Dahm, Eisdorfer C (1983) Management of the family. In: Reisberg B: Alzheimer's disease. Collier Macmillan Canada, Inc., New York; p. 445-448
16. Coyle JT (2003) Use it or lose it – Do effortful mental activities protect against dementia? *N Engl J Med* 348;25; 2489 - 2490
17. Cummings JL, Jarvik LF (1990) Dementia. In: Cassel CK, Riesenber DE, Sorensen LB, Walsch JR: *Geriatric Medicine, Second Edition*, Springer, Heidelberg, s. bes. S.431-441
18. DIMDI (Hrsg) (2000) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
19. Fitzner H (2001) Wohnsituation alter Menschen und Demenzentwicklung – Datenanalyse aus einem empirischen Lehrforschungsprojekt. Diplomarbeit im Studiengang Sozialarbeit an der Universität Gesamthochschule Essen
20. Förstl H, Hüll M, Bauer J (2000) Organische (und symptomatische) psychische Störungen. In: Berger M (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Fischer; Stuttgart, s. bes. S 261-311
21. Folsom JC (1983) Reality orientation. In: Reisberg B: Alzheimer's disease, Collier Macmillan Canada, Inc., New York; p. 449-454
22. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) Mini mental state: A practical method für grading cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiat. Res* 12: 189-198
23. Forett F, Rigaud AS, Morin M, Gisselbrecht M, Bert P (1995) Assessing vascular dementia. *Netherlands Journal of Medicine* 47: 185-194
24. Franke H (1984) Wesen und Bedeutung der Polypathie und Multimorbidität in der Altersheilkunde. *Der Internist* 25: 451-455
25. Franke H (1996) Neuartige Probleme des menschlichen Höchstalters, Teil 2: Allgemeine Probleme. *Z Gerontol Geriatr* 2: 51-64
26. Füsgen I (2000) Häufige Krankheiten älterer Menschen – Chronische Verwirrtheit (Demenz). In: Füsgen I (Hrsg) *Der ältere Patient*, 3. Auflage, Urban & Fischer; s. bes. S 418-420

27. Furtmayr-Schuh A (1990) Das große Vergessen – Die Alzheimer Krankheit. Kreuz-Verlag, Zürich, 1. Auflage
28. Gutzmann H (1997) Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In: Wächtler C (Hrsg) Demenzen. Thieme, Stuttgart, S 40-58
29. Heuft G, Nehen HG, Haseke J, Gastpar M, Paulus HJ, Senf W (1997) Früh- und Differentialdiagnose von 1000 in einer Memory-Clinic untersuchten Patienten. Nervenarzt 68: 259-269
30. Heuft G, Schneider G, Kruse A (1998) ELDERMAN-Studie – Einfluß von Biographie und psychosozialen Faktoren auf den lebensaltersbezogenen psychischen Durcharbeitungsprozess bei erkrankten alten Menschen. Abschlußbericht Mai 1998, s.b. S 15-16
31. Heuft G, Kruse A, Radebold H (2000) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Ernst Reinhardt, München Basel
32. Hoyer S (1995) Möglichkeiten und Grenzen der Therapie von Hirnleistungsstörungen im Alter. Z Gerontol Geriat 28: 457-462
33. Huff FJ, Becker JT et al (1987) Cognitive deficits and clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Neurology 37 : 1119-24
34. Huppmann G, Wilker FW (1988) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
35. Kanowski S, Kühl K-P (1993) Behandlung mit Nootropika. In: Möller HJ (Hrsg) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Enke, Stuttgart, S 382-393
36. Klessmann E (1992) Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto, 2. Auflage
37. Köhle K, Joraschky P, Reisinger E (1996) Die Institutionalisierung im klinischen Bereich. In: von Uexküll T (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, 5. Auflage.
38. Kurz A (1997) Neurobiologie, Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit. In: Wächtler C (Hrsg) Demenzen, Thieme Verlag, S 8-17
39. Lehr U (1977) Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer, Heidelberg, 3. Auflage,

40. Lemke M, Stuhlmann W (1994) Therapeutische Anwendung von Carbamazepin bei Antriebssteigerungen und Affektstörungen gerontopsychiatrischer Patienten. *Psychiatr Prax* 21: 147-150
41. Mayer K U, Balthes P B (1996) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin
42. McKhann G, Drachman D, Folstein M et al. (1984) Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 34 : 939-44
43. Meier D (1995) Lebensqualität im Alter – Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen. Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Bern
44. Meier-Ruge W (1993) Geriatrie für die tägliche Praxis – Die dementielle Hirnerkrankung im Alter. Karger, Basel
45. Nehen HG, Heuft G, Haseke J, Gastpar M, Senf W (1998) The Diagnostic Significance of Secondary Symptoms in Dementia. In: *Research and Practice in Alzheimer's Disease*. Springer, New York, p. 349 - 362
46. Nehen HG (2000) Memory-Clinic. In: Nikolaus T (Hrsg) *Klinische Geriatrie*, Springer, Heidelberg, S 131-138
47. Olin JT et al. (2002) Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatr* 10: 129-141
48. Oster P (2000) Das geriatrische Team. In: Nikolaus T (Hrsg) *Klinische Geriatrie*. Springer, Heidelberg, S 189-195
49. Platt D (1997) *Altersmedizin – Lehrbuch für Klinik und Praxis*. Schattauer, Stuttgart
50. Ploenes C, Sharp S, Martin M (1994) Der Uhrentest: Das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten. *Z Gerontol* 27: 246-252
51. Rasehorn E (1994) Übungs- und Trainingsprogramme mit Demenzen unter Berücksichtigung ihrer Emotionalität. In: Hirsch RD (Hrsg) *Psychotherapie bei Demenzen*. Steinkopff, Darmstadt, S 129-140

52. Reichert HG (1956) Unvergängliche lateinische Spruchweisheit. 7. Aufl., St. Ottilien: EOS Verlag Erzabtei, s. bes. S. 231
53. Reisberg B (1983) Clinical Presentation, Diagnosis, and Symptomatology of Age-Associated Cognitive Decline and Alzheimer's Disease. In: Reisberg B (ed) Alzheimer's disease. Collier Macmillan Canada, Inc., New York, p. 174-175
54. Ricker CH (1997) Zukunft und Hoffnung für Alzheimer-Patienten? Dtsch. Ärzteblatt 94, Heft 31-32, A-2072 – A-2073
55. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjunetti T et al. (1993) Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 43, 250-260)
56. Rote Liste® Service GmbH (2001): Rote Liste® 2001 Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. Editio Cantor, Aulendorf
57. Sass H (Bearb.), Houben I (Red.) (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV, Hogrefe Verlag, s. bes. S 174-199
58. Schwarz D (1994) Verhaltenstherapeutische Ansätze in der Gerontopsychiatrie. In: Hirsch RD (Hrsg) Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopff Darmstadt, S 123-128
59. Shakespeare W (1600) As you like it. Reclam, Stuttgart (1981), Act II, Scene VII
60. Stoppe G (1997) Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankung. In: Wächtler C (Hrsg) Demenzen. Thieme, Stuttgart, S 17-38
61. Stoppe G, Staedt J (1999) Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. Z Gerontol Geriat 32: 153-158
62. Stuhlmann W (1991) Durch alle 5 Sinne leben. Alzheimer Schriften der Alzheimer Gesellschaft, Düsseldorf-Mettmann, 1: 4-7
63. Sunderland T, Hill J I, Mellow A M et al. (1989) Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. J Amer Geriat Soc 37: 725-729
64. Swaab D F (1991) Brain aging and Alzheimer's disease, „Wear and tear“ versus „Use it or lose it“. Neurobiol of Aging 12: 317-324

65. Tölle R (1996) Psychiatrie. Springer, Heidelberg, 11. Aufl., s. bes. S 249, 277-304, 384-385
66. Wächtler C (1997) Demenzen. Thieme, Stuttgart; s. bes. S 4-5
67. Wettstein A et al (2001) Checkliste Geriatrie. Thieme, Stuttgart
68. Wilks S (1864) Clinical notes on atrophie of the brain. J Ment Sci 10: 381-392

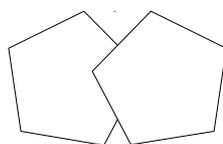
Anhang

Anhang 1: Fragen des MMSE	116
Anhang 2: die zwei Seiten des ADL-Erfassungsbogens	117
Anhang 3: Curriculum vitae	119

Anhang 1: Fragen des MMSE (nach Folstein et al. (1975))

Fragen des „MMSE“:

1. Welcher Wochentag ist heute?
2. Welches Datum haben wir heute?
3. Welchen Monat?
4. Welche Jahreszeit?
5. Welches Jahr?
6. In welcher Einrichtung sind wir?
7. Welches Stockwerk?
8. Welche Ortschaft?
9. Welches Bundesland?
10. Welches Land?
11. Sprechen Sie nach: „Apfel, Tisch, Pfennig“? Bitte merken Sie sich diese Begriffe. (Jedes richtig nachgesprochene Wort gibt einen Punkt. Bei Schwierigkeiten bis zu 5mal vorsagen)
12. Von 100 jeweils 7 subtrahieren lassen (Jede richtige Subtraktion ergibt 1 Punkt. Maximal 5 richtige Antworten)
13. Welche 3 Wörter haben Sie mir vorher nachgesprochen? (Maximal 3 richtige Antworten)
14. Was ist das? (Bleistift vorzeigen)
15. Was ist das? (Uhr zeigen)
16. Sprechen Sie nach: „Bitte kein wenn und aber“
17. Ausführen eines dreiteiligen Befehls: „Nehmen Sie das Blatt Papier, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden!“
18. Lesen Sie bitte diesen Satz und führen Sie es aus! (Auf separatem Blatt steht: „Schließen Sie die Augen“)
19. Schreiben Sie irgendeinen vollständigen Satz (auf separatem Blatt)
20. Zeichnen Sie folgende Figur ab (auf separatem Blatt, drei Versuche möglich)



Anhang 2: die zwei Seiten des ADL-Erfassungsbogens

Station Franziskus

Aufnahme-/Entlassungs-/Häuslicher Status

Patientenetikett

Aufnahme:
Datum _____

Entlassung:
Datum _____

Evaluation:
Eigenevaluation
Fremdevaluation
Mischtyp

Geschlecht: (1) weiblich (2) männlich

Familienstand: (1) verheiratet (2) verwitwet (3) nicht verheiratet (9) unklar

Kinder: (1) keine (2) 1 Kind (3) 2-3 Kinder (4) 4 und mehr Kinder
(9) unklar

Wohnsituation

bei Aufnahme: Entlassung (nach): bei Evaluation:

(1) Altenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Einpersonenhaushalt (H.H.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) H.H. mit Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) H.H. mit Kindern/Enkeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) H.H. mit Partner u. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnose:

(1) DAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) vaskuläre Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Mischtyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stimmungslage:

(1) freundlich zugewandt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ausgeglichen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) verschlossen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) unklar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahme an einer Angehörigengruppe:

(1) bereit/hat regelmäßig teilgenommen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) manchmal teilgenommen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) nicht bereit/nicht teilgenommen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) unklar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

letzte(r) Beruf/Beschäftigung:

Anschrift der Kontaktperson:

Anschrift des Heims:

besondere Anmerkungen:

Einschätzung der Fähigkeiten

	Aufnahme			Entlassung			häusl. Situation		
	1	3	6	1	3	6	1	3	6
Hören	<input type="checkbox"/>								
Sehen	<input type="checkbox"/>								
Pat. ist stuhlkontinent	<input type="checkbox"/>								
Pat. ist urinkontinent	<input type="checkbox"/>								
Patient(in) kann selbstständig:									
essen	<input type="checkbox"/>								
trinken	<input type="checkbox"/>								
sich anziehen	<input type="checkbox"/>								
sich waschen	<input type="checkbox"/>								
die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>								
Pat. kann sich selbstständig:									
auf der Station bewegen (Mobilität)	<input type="checkbox"/>								
kleine Mahlzeiten zubereiten	<input type="checkbox"/>								
in seiner unmittelbaren Umgebung zurechtfinden (Orientierung):	<input type="checkbox"/>								
Pat. beteiligt sich freiwillig an:									
Aktivitäten / Angeboten:	<input type="checkbox"/>								
Pat. hat eine Tagesstruktur:									
Tag- Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>								
regelm. Einnahme der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>								
Pat. ist kommunikationsfähig:									
Mitbewohner	<input type="checkbox"/>								
Personal	<input type="checkbox"/>								
Angehörige	<input type="checkbox"/>								

Schema für die Verschlüsselung:

- 1- immer
- 2 – häufig
- 3 – manchmal
- 4 – selten
- 5 – nie
- 6 – unbekannt, unklar, weiß nicht

Curriculum vitae

von Nicola Karin Ammer,

Ardelhütte 172, 45359 Essen,

Tel.: 0201/671607, Email: NK.Ammer@T-Online.de

Persönliche • Familienstand: ledig

Informationen ▪ Staatsangehörigkeit: Deutsche

▪ Alter: 36 Jahre, geboren am 19.10.1967

▪ Geburtsort: Wanne-Eickel (jetzt Herne)

▪ Eltern: Vater Dieter Ammer, kaufmännischer

Angestellter:

Mutter Karin Bergmann, geborene Handkewitz,

Hausfrau

Ausbildung

Schulischer 1974 – 1978 Josef-Schule Wanne

Werdegang 1978 – 1987 Gymnasium Wanne

06/1987 Abitur

Studium 1987 – 1989 Vorklinischer Studienabschnitt,
Ruhr-Universität Bochum RUB

1989 – 1994 Klinischer Studienabschnitt,
Universitätsklinikum Essen

12/1995 Ärztliche Approbation

Beruf

1994 – 1995 Ärztin im Praktikum, Memory Clinic
Essen, Elisabeth-Krankenhaus Essen

1996 – 2001 Assistenzärztin Geriatrie-Zentrum
Haus Berge, Elisabeth-Krankenhaus
Essen

seit 2002 medizinische Mitarbeiterin, IFE
Institut für Forschung und Entwicklung an
der Universität Witten-Herdecke GmbH

Essen, 23.12.2003