



HERAUSFORDERNDES VERHALTEN BEI DEMENZ ALS HERAUSFORDERUNG FÜR HAUSÄRZT:INNEN

Dr. med. A. Matzawrakos

1. Demenzen sind so häufig – ein grober Überblick über die häufigsten Formen
2. Das große Problem des herausfordernden Verhaltens bei Demenz - Theorien dazu
3. Daraus folgende Behandlungsstrategien
4. Diagnostik so wichtig: Antidementiva / neue Alzheimer-Therapien
5. Die Angehörigen sind hoch belastet
6. Der Altersbereich der GFSG stellt sich vor

- Die wichtigste, weil folgenschwerste Erkrankung des Alters: persönlich – für das Umfeld – gesellschaftlich!!!!
- Aktuell ca. 168.650 (Demenz insgesamt) - Prognose für 2050: 290.000 Erkrankte in Österreich (Österr. Demenzbericht 2025)
- Häufigster Grund für Heimunterbringung
- Verursacht die meisten Kosten: In Österreich jährlich 1,39 Milliarden Euro medizinische Kosten / formelle Pflegekosten: 1,26 Milliarden Euro

[IHS, Dr. Thomas Cypionka zum Welt-Alzheimer Tag 21.09.2021: [Welt-Alzheimer-Tag: Demenz kostet jährlich mehr als 2,6 Milliarden Euro - science.ORF.at](https://www.science.orf.at/neuerscheinungen/welt-alzheimer-tag-demenz-kostet-jaehrlich-mehr-als-2-6-milliarden-euro)]

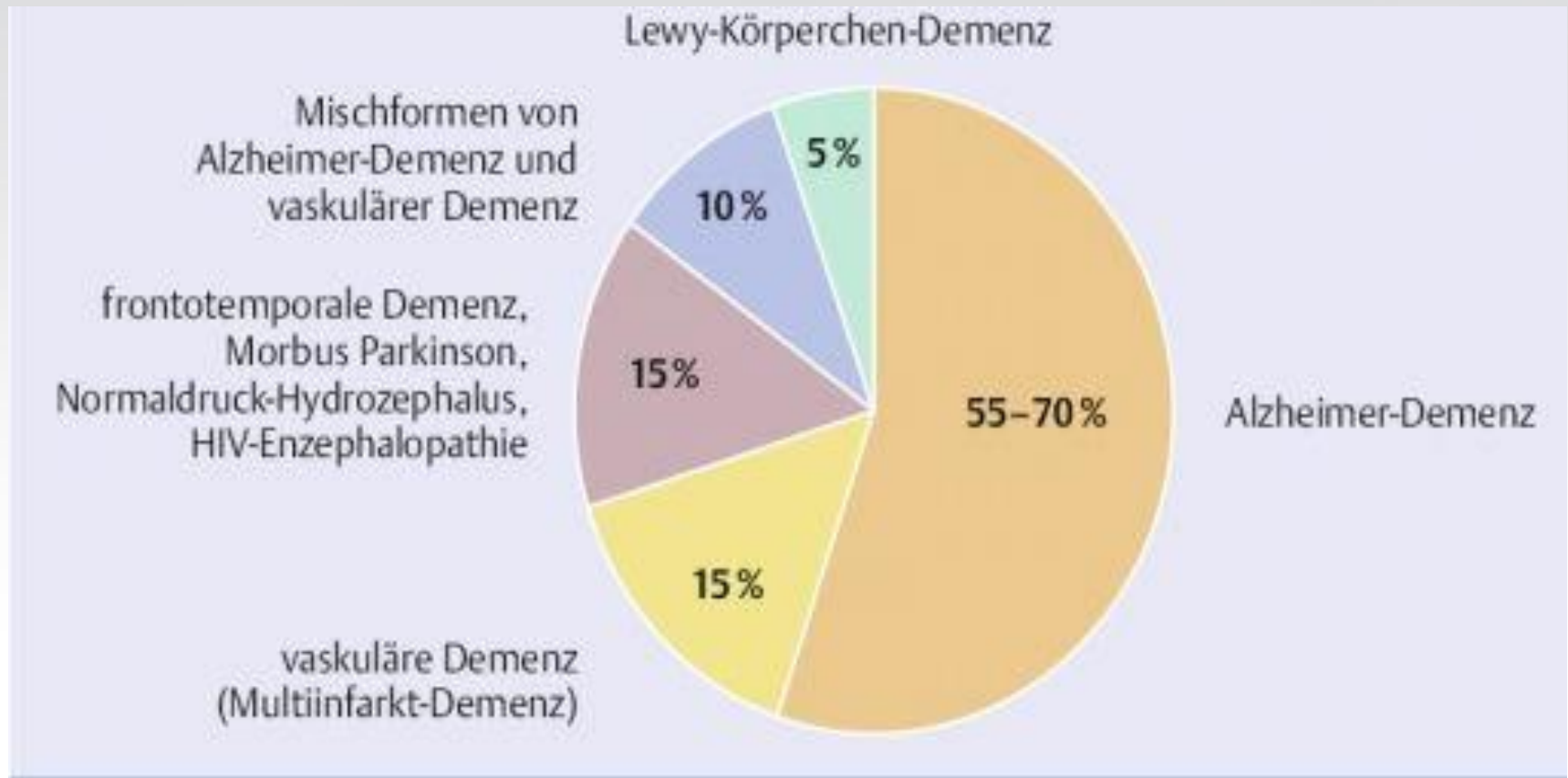


Abb.: Die wichtigsten Ursachen der primären Demenz

(aus: Möller HJ, Laux G, Deister A (2009) Psychiatrie und Psychotherapie: Duale Reihe. 4. Auflage. Thieme-Verlag: Stuttgart)

SDAT

- Mit 55-70% die häufigste Demenzform (degenerativ)
- Häufigkeit steigt mit dem Alter (<85a Prävalenz ca 30%)
 - Frauen erkranken ca. 2 x häufiger als Männer
- In erster Linie „Alterserscheinung“: 99% sporadisch (> 60.Lj) / 1% genetisch – familiär (< 60.Lj = DAT)
- NB: Heritabilität (Vererbbarkeit) zwar 60-80%, aber keine klaren Vererbungswege (komplexe Genetik-Umwelt-Interaktionen vermutet)
- Krankheitsverlauf: Im Anfangsstadium Hirnleistungsstörungen, im mittleren Stadium zunehmender Verlust der Selbständigkeit + zunehmende Verhaltensauffälligkeiten, im schweren Stadium Entwicklung einer absoluten Pflegebedürftigkeit
 - Zusätzliche Probleme: viele Multimorbiditäten, viele Komplikationen: ca. 50% versterben an Lungenentzündung

Die 3 Cluster, engl. „A-B-C Syndrom“

- Es geht um zunehmenden Verlust geistiger Leitungsfähigkeit, Merkfähigkeit, Orientierung und Realitätsbezug (cognition)
 - Aber es geht auch um Störungen der Alltagsfertigkeiten -> erhöhter Unterstützungsbedarf (ADLs)
- Aber es geht auch um Störung im Verhalten und psychologische Symptome -> Herausforderndes Verhalten (BPSD)

„Verhaltensauffälligkeiten“:	Psychiatrische Symptome:
Apathie 76,0%	Depression/Dysphorie 54,3%
Zielloses Herumirren 64,5%	Angst 50,2%
Essstörung 63,7%	Wahn 49,5%
Gereiztheit/Labilität 63,0%	Halluzinationen 27,8%
Agitation/Aggression 62,8%	
Schlafstörungen 53,8%	
Enthemmung 29,5%	
Euphorie 16,6%	(Quelle: Mirakhor A. et al.: Behavioural and psychological Syndromes in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry; 2004 Nov; 19(11): 1035–9)



Bild: wikipedia

Deutscher Psychiater und Neurobiologe
1864 – 1915
Beschrieb als erster eine
Demenzerkrankung

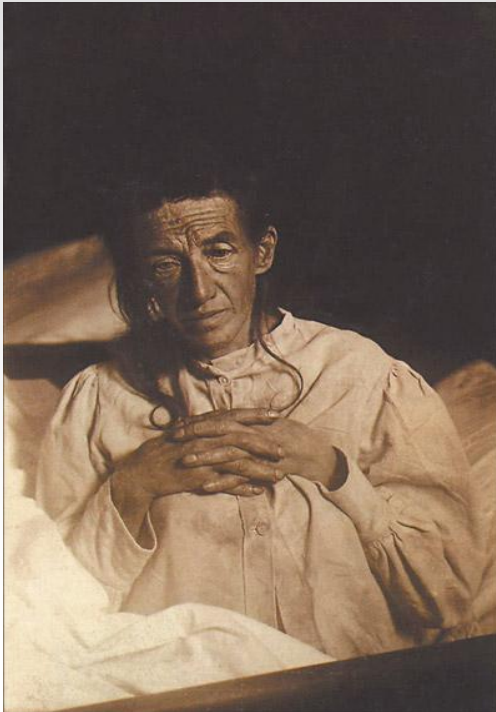


Bild: wikipedia

1901 begegnete ihr Alois Alzheimer
in der Frankfurter Heilanstalt
Ihr Ehemann hatte sie gebracht:
(Nicht wegen Vergesslichkeit!!)
Eifersuchtswahn
Verfolgungswahn
Versteckte Gegenstände
Konnte Haushalt nicht mehr führen

Typisch: das Bagatellisieren und „Fassadieren“

„Wie heißen Sie?“ „Auguste.“

„Familiennamen?“ „Auguste.“

„Wie heißt ihr Mann?“ – Auguste Deter zögert, antwortet schließlich: „Ich glaube... Auguste.“

„Ihr Mann?“ „Ach so.“

„Wie alt sind Sie?“ „51.“ (hat gestimmt!)

„Wo wohnen Sie?“ „Ach, Sie waren doch schon bei uns.“

„Sind Sie verheiratet?“ „Ach, ich bin doch so verwirrt.“

„Wo sind Sie hier?“ „Hier und überall, hier und jetzt, Sie dürfen mir nichts übel nehmen.“

„Wo sind Sie hier?“ „Da werden wir noch wohnen.“

„Wo ist Ihr Bett?“ „Wo soll es sein?“

Zu Mittag isst Frau Auguste D. Schweinefleisch mit
Karfiol:

„Was essen Sie?“ „Spinat.“ (Sie kaut das Fleisch)

„Was essen Sie jetzt?“ „Ich esse erst Kartoffeln und dann
Kren“

„Schreiben Sie eine fünf.“ Sie schreibt: „Eine Frau“

„Schreiben Sie eine Acht.“ Sie schreibt: „Auguste“ (Beim
Schreiben sagt sie wiederholt: „Ich habe mich
sozusagen verloren“.)

- Die erste „junge“ Verwirrte, der er begegnete (51a!)
 - „Ich habe mich sozusagen verloren“
- Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns nach ihrem Tod ergab flächenweise zugrunde gegangene Nervenzellen und Eiweißablagerungen (sogenannte Plaques) in der gesamten Hirnrinde
 - „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“
 - Heute: Morbus Alzheimer (DAT)

Diagnostik in Anlehnung an die S3-Leitlinien Demenzen 11/23:

- Eigen-, Außen-, Familien-, Sozialanamnese
- Neurologischer, Psychiatrischer, Internistischer Status
- Neuropsychologie: Kognitive Tests, Depressionsskalen, Erfassung von Psychosen und Verhaltensstörungen
- Laborparameter: Komplettes Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Kalzium), Nierenfunktionsparameter (Kreatinin, Harnstoff, eGFR), Leberfunktionsparameter (GOT, γGT), Blutzucker, HbA1c, CRP, Schilddrüsenfunktionsparameter (TSH), Vitamin B12/Folsäure
([Associations between Alzheimer's disease and blood homocysteine, vitamin B12, and folate: a case-control study - PubMed \(nih.gov\)](#))
- CCT, besser MRT: Koronare Schichten, Atrophiemuster bzgl. Hippocampus (bestenfalls KI-gestützt)

Diagnostik in Anlehnung an die S3- Leitlinien Demenzen 11/23 optional:

- (Amyloid) PET
 - Dopamin Transporter SPECT (LBD)
- Genetik: Apolipoprotein E, Autosomal dominante Mutationen, CADASIL
- Liquoranalyse: A β 42 (normalerweise abgebaut, bei DAT -> amyloide Plaques), Gesamt-Tau und Phosphor-Tau (durch Neurodegeneration vom Stützapparat der Nervenzellen -> ebenfalls Ablagerungen) + Ratio A β 42/40 u A β 42/pTau bzw. A β 42/Gesamt-Tau

- Plötzlicher Beginn
- Schrittweise Verschlechterung
 - Fluktuierender Verlauf
- Nächtliche Verwirrtheitszustände
 - Erhaltene Persönlichkeit
- Vask. Hinweise (Blutdruck, neurolog. Symptome, Schlaganfälle in der Vorgeschichte)

Bzw. Mb. Pick (Überbegriff: frontotemporale Lobärdegeneration)

Verhaltensvarianten (bvFTD, 60%):

- Symptombeginn meist zw. dem 45. u. 65. Lj. (nb. DAT die zweithäufigste early onset Demenz)
- Klinik: Enthemmung, glz. aber auch Apathie (wenn ohne Reize von außen), Verlust von Empathie, perseveratives, stereotypes u. ritualisiertes Verhalten, Hyperoralität, Störung Essverhalten, exekutive Dysfunktion (wenn nicht anders erklärbar!)

[Rascovsky et al. Brain 2011; 134:2456-77 / Woollacott et al. J. Neurochem. 2016 Aug; 138 Suppl 1:6-31]

- Im Terminalstadium schwere, globale Demenz

Kernsymptome:

- Schwankungen in Kognition und Wachheit (Minuten bis Tage, glg. mitten im Gespräch!)
- Wiederholt visuelle Halluzinationen (sehr konkret, bunt, fantasie reich, aber distanziert)
- Parkinsonsymptomatik + häufige Stürze (welche Immobilität, Bettlägerigkeit und Pneumonien zur Folge haben)

Stützsymptome:

- REM-Schlafstörungen (häufiges Schlagen u. Stoßen mit Beinen / Verletzungsgefahr)
- Schwere Neuroleptika-Sensitivität (Motorik, Orientierung, Wachheit – bis Koma)
- Visuell-räumliches Defizit (z.B. Kopieren der Figur im MMS / disproportional zum kognitiven Gesamtstatus)
- Geringe striatale Dopamintransporter-Aufnahme im DAT-Scan
- Cortex im Anfangsstadium oft völlig erhalten

- BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)
- F07.8 „Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns“
- Im deutschsprachigen Raum: „Verhaltensstörung“, „Verhaltensauffälligkeit“: Was ist normales Verhalten? Was ist Störung? Was ist auffälliges Verhalten?
 - Bei 50-85% der Menschen mit Demenz

- Durch den neuen Begriff wird die Reaktion der Umgebung in den Mittelpunkt gestellt
- ...die Perspektive des Menschen mit Demenz der Perspektive des Pflegenden gegenüber gestellt
 - ...von Menschen mit geistiger Behinderung
 - ...von psychiatrisch Erkrankten
- Letztlich immer dasselbe Muster? Eine Reaktion des Betroffenen? Dient letztlich der Kommunikation?
- Ergibt sich durch die andere Wahrnehmung und andere Realität in der Demenz
 - Hat viel mit der Biografie und der (früheren) Persönlichkeit zu tun
- Kann aufgrund der Demenz nicht mehr gesteuert werden (verminderte Anpassungsleistung bis hin zur Enthemmung)

MÖGLICHE ERKLÄRUNGSMODELLE FÜR BPSD:

- Biologisch-neurologisches Modell
 - Verhaltens- und Lernmodell
 - Umgebungsmodell
- „Unmet needs“ – Bedürfnisse nicht befriedigt

BIOLOGISCH-NEUROLOGISCHES MODELL:

- Verhalten als Folge der Zerstörung bestimmter Hirnareale
 - Antidementiva wirken
 - Psychopharmaka allgemein wirken

VERHALTENS- UND LERNMODELL

- Verhalten als Folge des lebenslangen Lernprozesses

UMGEBUNGSMODELL

- Verhalten als Ergebnis der Interaktion mit der Umwelt

} Herausforderndes Verhalten als Anpassungsleistung?

UNMET NEEDS

- Verhalten als Kommunikation der unbefriedigten Bedürfnisse
 - Verhalten als Konfliktlösungsversuch
- Strategie, eigenes Wohlbefinden zu erlangen, aufrecht zu erhalten

Aggressionsauslösende Faktoren: (vgl. Höwler, 2007)

- äußere Reize: Dunkelheit, Geräusche, die nicht identifiziert werden können, Gerüche, Hitze
 - Angst
 - Zwang
- Reizüberflutung oder Mangel an Reizen
 - Unter- oder Überforderung
 - Wahn oder Halluzinationen
 - Schwierigkeiten sich mitzuteilen
- Diskrepanz in der Selbst- und Fremdwahrnehmung

- Eine Möglichkeit, innere Spannungszustände abzubauen
 - Evtl. eine willentliche Handlung und ist entlastend und Selbstwert steigernd
- Irritierende Umgebungsreize wie z.B. laute Musik, Schreien, etc.
 - Weglauftendenzen werden weiters gefördert, wenn Sinnggebung und Aufgabe fehlen, wenn die gewohnte Wohnumgebung fehlt bzw. das Gefühl besteht, nicht zu Hause zu sein, eine hohe Fluktuation bei den Betreuungspersonen besteht.
- Weiters könnte z.B. der Impuls bestehen, einen früheren Wohnort aufzusuchen oder das Gefühl zu haben, zur Arbeit gehen zu müssen. (vgl. Höwler, 2007)

HERAUSGEFORDET VON UNS? HERAUSFORDERUNG AN UNS!

NICHT DER KLIENT
IST GESTÖRT,
SONDERN DIE
INTERAKTION!!!

UNTERBINDEN DES HERAUSFORDERNDEN VERHALTENS

...BEDEUTET UNTERBINDEN VON KOMMUNIKATION?

...BEDEUTET DEPRIVATION?

[=Verlust an Zuwendung, treffsicherer aber die eigentl. lateinische Bedeutung: „Beraubung“]

Was kann man
denn überhaupt
bei Demenz tun?

- Pflegesituation möglichst entlasten
- Demenztagesstätte (= Selbstwerttankstelle; implizites Gedächtnistraining, Biographiearbeit, Entlastung der pflegenden Angehörigen, Tagesstruktur)
- Den Betroffenen körperlich möglichst gesund erhalten (Behandlung aller körperlichen Erkrankungen)
 - Medikamentöse Maßnahmen (Antidementiva, Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychiatrischen Grund-, Begleiterkrankungen)
- Ergänzend: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Orthoptik, Hörgerät, Musik- (Tanz-, Bewegungs)therapie, Puppentherapie (Demenzpuppe!), Psychotherapie, ...

BEHANDLUNG VON HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ:

1. Abklärung eines evtl. Delirs
2. Nicht – medikamentöse Maßnahmen
3. „Blinder“ Versuch mit Analgetikum? (unterbehandelte Schmerzen?)
 4. Antidementiva
 5. Antidepressiva

Einschub: „Pregabalin hat sich bei Älteren mit somatischen und psychischen Angstsymptomen bewährt, sehr geringes Interaktionspotential“ (Konsensus-Statement – State of the art 2018 – Angststörungen, Neuropy]

6. (Neuroleptika)
7. ((Benzodiazepine))

NB: Beide verschlechtern evtl. die kognitive Situation!

1. DELIR?

- Schwere körperliche Erkrankung im Hintergrund, hohe Komplikationsrate, hohe Sterberate, ...
- Beim Auftreten von herausforderndem Verhalten kann der schnelle Ruf nach dem Psychiater daher auch einen Zeitverlust bedeuten!!

2. NICHT-MEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN:

- Suche nach möglichen Belastungsfaktoren
- Verstehen der Funktion des herausfordernden Verhaltens
 - Einschätzen der „emotionalen Botschaft“
 - Biographiearbeit
- Erkennen möglicher Musterwiederholungen

- Nicht-medikamentöser, auf die Person abgestimmter Behandlungsversuch (vermehrte Zuwendung, Musik, Massagen, Validation, Basale Stimulation, Snoezelen, Bewegungsförderung, Tiergestützte Therapie, Erinnerungstherapie...)
- Milieuthherapie – Anpassung der Lebensbedingungen
 - Angehörigenberatung

NDB – MODELL

need driven dementia compromised behaviour model
(bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz)

Von einer Gruppe nordamerikanischer
Pflegerwissenschaftlerinnen in den 90er Jahren
zusammengestellt (Algase Donna et.al. 1996; Kolanowski Ann M. 1999)

Einteilung in Hintergrundfaktoren und „Nahe Faktoren“
Kann beim Verstehen helfen i.S.e. Checkliste!

NDB – MODELL: HINTERGRUNDFAKTOREN

Neurologischer Status: Zirkadianer Rhythmus, Gedächtnis, Merkfähigkeit, Sprache, motorische und sensorische Fähigkeiten)

Gesundheitsstatus: AZ, Funktionsfähigkeit, (I)ADL, Affekt, Medikamente

Psychosoziale Variablen: Persönlichkeit, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand, Schulbildung, Beruf, Verhaltensreaktion - Reaktionsmuster auf Stress, Biographie (Missbrauchserfahrungen,...), individuelle Copingstrategien

NDB – MODELL: NAHE FAKTOREN

Physiologische Bedürfnisse: Hunger, Durst, Schmerz, Ausscheidung, Schlafstörungen

Psychosoziale Bedürfnisse: Affekt, Emotionen (Angst, Langeweile,...), Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten, Grad der Abhängigkeit bei der Körperpflege

Physikalische Umgebung: Lärm, Licht, Wärme, Gerüche, Stationsalltag, Routinen

Soziale Umgebung: Personal (männlich – weiblich,...), Personalausstattung, Personalstabilität, Umgebungsatmosphäre

3. „BLINDER“ VERSUCH MIT ANALGETIKUM? (UNTERBEHANDELTE SCHMERZEN?)

Demenzerkrankte können meist nicht auf ihre Schmerzen hinweisen -> 20% geringere Chance, mit Schmerzmittel behandelt zu werden!

-> Fremdbeurteilungsskalen:

ECPA – Skala

BESD

4. ANTIDEMENTIVA

- Bzgl. Psychopharmaka primär indiziert
 - wirken gg. BPSD
 - keine Sedierung!
- > Behandlung der BPSD sollte eigentlich die primäre Indikation (für die Chefarztbewilligung) sein, nicht der MMST!

KONSENSUSPAPIER ÖAG 2010:

„Die Behandlung nicht-kognitiver Symptomatik durch Psychopharmaka ist nur dann indiziert, wenn andere Maßnahmen nicht zum Ziel geführt haben“

„Vor dem Einsatz von Antipsychotika wird der Einsatz von Cholinesterasehemmern oder Memantin empfohlen...sind in der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychotischen Symptomen wirksam und werden in dieser Indikation empfohlen.“

6. NEUROLEPTIKA:

KONSENSUSPAPIER 2010 ÖAG: „...unter strengsten Kautelen anwendbar...niedrigdosiert...muss initial wöchentlich, später monatlich überprüft werden. Haloperidol nur in Einzelfällen“

CAVE: Risperidon ist das einzige bei BPSD zugelassene Neuroleptikum - in Europa - für bis zu 6 Wochen! Alle anderen: off label!

Spätestens nach 6-8 Monaten erhöht sich die Mortalität bei Demenz unter einer Behandlung mit Neuroleptika vs. Placebo!!

[Ballard C et al; DART-AD investigators: The dementia antipsychotics withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol 2009; 8: 151-157]

**MERKE: Mit Ausnahme von
Antidementiva und Risperidon
bestehen keine speziellen
Zulassungen für Menschen mit
Demenz!!**

NOOTROPIKA

Gemeinsame Definition mit Antidementiva:

- Zentralnervös wirksame Arzneimittel, die bestimmte Hirnfunktionen wie Gedächtnis, Konzentrations-, Lern- und Denkfähigkeit verbessern sollen.
- Unspezifische Beeinflussung von Hirndurchblutung und Hirnstoffwechsel, Wirkmechanismus weitgehend unbekannt, Wirksamkeit in Studien umstritten (z.B. Nootropil°, Sermion°, Hydergin°, Cerebrolysin°, Ginkgopräparate – Tebofortan°)

NOOTROPIKA

„Es gibt kein Nootropikum mit belegter Wirkung gegen das Absinken kognitiver Fähigkeiten und des Gedächtnisses im Alter. Indikationen dafür wurden bereits gestrichen und Medikamente mit dieser Indikation vom Markt genommen.“

(Pharmainformation Jahrgang 28/Nr.3; September 2013)

Ginkgo:

- S3-Leitlinie „Demenzen“ (11/23): Empfehlungsgrad „schwach“, Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nur „moderat“ („geringe Präzision“ der Studien)
- Achtung: Beschleunigt den Abbau vieler Medikamente und reduziert so deren Wirkung!!
 - ... und birgt daher das **Risiko** auch zukünftiger Wechselwirkungen, wenn andere Medikamente dazu kommen sollten (wer kontrolliert denn dann?)
 - Wenn überhaupt, sprechen Studien von einer „Wirksamkeit“ erst bei 240 mg Tagesdosis. Das ist genau die Dosis, bei der wie o.g. Wechselwirkung voll eintritt!

[Dr. Gabriel Eckermann, Kaufbeuren, Wechselwirkungspharmakologe]

ÖGPB-EMPFEHLUNGEN:

[Österr. Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie, Kaspar, S., et al., ClinicumNeuroPsy, 2015. Sonderausgabe Nov. 2015]

- Grundsätzlich sollte eine antidementive Therapie **möglichst frühzeitig** begonnen werden (S.17)
 - Generell lässt sich sagen, dass nur **ausreichende Dosierung** auch zur **vollen Wirksamkeit** führt (S.11)
- Etwa **50% der PatientInnen** sprechen auf die Therapie an (S.11)

- Acetylcholinesterase – Hemmer
 - Neurotransmitter Acetylcholin (Gedächtnis) wieder mehr verfügbar
- Memantine (Glutamat-Rezeptor-Antagonist → neuroprotektiv!!)
 - Signalübertragung zwischen den Nervenzellen verbessert

Antidementiva mit evidenzbasiertem Wirksamkeitsnachweis			
Donepezil (Aricept®)	Galantamin (Reminyl®)	Rivastigmin (Exelon®)	Memantin (Axura®, Ebixa®)
Schmelztablette 1x1 „Eveess“ zu 5 u. 10mg Filmtablette 1x1 zu 5 mg und 10 mg	Retard-Kaps. 1x1 zu 8, 16 u. 24 mg aufdosieren Lösung: 4 mg = 1 ml	Pflaster 1x1 zu 9,5mg (Woche 1-4: 4,6 mg-Pflaster) Hartkapsel: 2x1 aufdosieren zu 1.5, 3, 4. 5 und 6 mg Lösung: 2 mg = 1ml	Filmtabl. 10mg 1x 2 aufdosieren Ab 2009 Filmtabl. 20mg 1x1 Lösung: 20mg = 40Tropfen
Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Vaskuläre Demenz Lewy-Body Demenz MSE 10-26	Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Vaskuläre Demenz Lewy-Body Demenz MSE 10-26	Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Parkinson Demenz Lewy- Body Demenz Vaskuläre Demenz MSE 10-26	Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Vaskuläre Demenz MSE 3-19
Therapieende bei MSE < 10 ? ist nicht gerechtfertigt !			Th. Ende: MSE < 3 ?!

S3-Leitlinie Demenzen 11/23:

[S3: Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen: Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung]

- Leichte bis mittelschwere SDAT: Empfehlungsgrad für Ache-Hemmer: „stark“ (für Memantine „fehlende Evidenz“)
- Mittelschwere bis schwere SDAT: Empfehlungsgrade genau umgekehrt
- *Kombinationstherapie*: „stark dagegen“ („100% Konsens“)
- Vaskuläre Demenz: alle Empfehlungsgrade „schwach“ (und weiterhin „off-label“!)
- Parkinsondemenz: Rivastigmin, Donepezil „schwach“
 - LBD: Donepezil „schwach“
- FTD: „Es kann keine pharmakologische Behandlung zur Verbesserung der Kognition empfohlen werden“

Nebenwirkungen:

Cholinerge Begleiteffekte bei AChe-Hemmer:

- Magen-Darmbeschwerden, daher Anamnese wichtig!
(daher abends geben?)
 - Agitiertheit (daher morgens geben?)
- Synkopen (Bradykardien, CAVE AV-Block ab II°)

Andere Effekte:

Verstärkung der EPS bei Gabe von Antipsychotika

- Memantine: Schwindel, Unruhe
 - Interaktionen überprüfen, Dosisreduktion, Substanzwechsel, Darreichungsform ändern (Pflaster)

- Aktuell die beiden Anti-Amyloid Antikörper Lecanemab und Donanemab: Monoklonale Antikörper gg. das bei Alzheimer veränderte Protein β -Amyloid: Lecanemab wirkt eher gg. dessen Vorstufen, Donanemab direkt gg. die Plaques selbst
- Mittlerweile von der EMA (European Medicines Agency) zugelassen
- Empfehlungen zur angemessenen Anwendung sehr aufwendig: MMSt > 22 (sehr früh!) / gesicherte Biomarker-Diagnose (LP oder Amyloid-PET) / MRT des Gehirns zu Beginn und mindestens 5x im ersten Jahr / Aufbau von Spezialambulanzen notwendig: Infusion alle 2 Wochen, bis die Plaques abgebaut sind (bzw. solange PatientInnen profitieren) / Aufklärung und Einverständnis

- Risiko: ARIA-E u. ARIA-H [amyloid related imaging abnormalities edema / hemorrhage] – meist ohne Klinik!
- korreliert mit dem Auftreten des ApoE4-Gens (v.a. homozygot = auf beiden! Chromosomen, die das Gen enthält)
- Daher z.B. nicht nach Hirnblutung, Insult oder TIA in den letzten 12 Monaten, mehr als 2 lakunären Infarkten oder einem alten Infarkt in einem gr. Versorgungsgebiet (ACM, ACA, ACP), nicht bei Epilepsie, Thrombopenie und oraler Antikoagulation (Marcoumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, ...)
- Mittlerweile (09/25) liegen erste Daten aus den USA vor nach einer Anwendung von 48 Monaten: Verzögerung der demenziellen Entwicklung gegenüber der Placebo-Gruppe um 11 Monate!
- ... und das Risiko für schwere Nebenwirkungen nach 48 Monaten Beobachtungszeit bei 1%

[online Fortbildung 11.07.2024 durch Assoz.-Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Stögmair, Univ.-Klinik für Neurologie, AKH Wien, Leiterin der Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen und Demenzerkrankungen und Jahrestagung Öst. Alzheimer Gesellschaft 18., 19.09.2025 / Pharmainformation 05/24]

Angehörige alter Menschen

Ebenso wichtig sind Angehörige, sowie formelles und informelles Helfernetz. Für sie gilt genauso wie für die Erkrankten: Unterstützung, Beratung und Betreuung müssen möglichst frühzeitig erfolgen, um drohender oder bereits eingetretener Überlastung entgegen zu wirken.

Aber auch deshalb von größter Bedeutung:

Eine Analyse von 198 Lebensqualitätsstudien bei Menschen mit Demenz zeigt: zu besserer LQ zählen das Bestehenbleiben von Beziehungen, soz. Engagement und funktionalen Fähigkeiten.

Zur schlechteren LQ zählen: schlechtere körperliche und geistige Gesundheit, aber an 3. Stelle: „das schlechtere Wohlbefinden der Pflegenden“

[Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu Yt, Lamont RA, Henderson C, Clarke R, Hindle JV, Thom JM, Jones IR, Morris RG, Rusted JM, Victor CR, Clare L. Living with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. Psychol Med. 2018 Oct;48(13):2130-2139]

„allein gelassen“

- Der Kontakt zum Menschen mit Demenz wird immer „ärmer“
 - Freunde und Bekannte kommen seltener, gar nicht
- Andere Angehörige leugnen die (Schwere der) Krankheit
 - ÄrztInnen und TherapeutInnen bagatellisieren die Symptome und deren Auswirkungen
 - Menschen im „öffentlichen Leben“ haben wenig Verständnis

Partner von Menschen mit Demenz haben sich adaptiert, stützen, übernehmen und ergänzen: bei homevideos über diese Paare nur 50%ige Trefferquote von beobachtenden Laien, wer jetzt der Betroffene von beiden sei!

Münsterlingen 2006: Vortrag Prof. Dr. MARTIN Mike (Lehrstuhl für Gerontopsychologie am Institut für Psychologie der Universität Zürich): „Plastizität von Erleben und Verhalten: Möglichkeiten und Grenzen“

- 92% der Menschen mit Demenz werden von „Angehörigen“ versorgt (2024 Ö: 80% -> 947.000 pflegende/betreuende Angehörige!!)
 - durchschnittlich 8 Jahre lang
- Durchschnittlich 36,7 Std. / Woche

Workshop Münsterlingen 2012; Prof. Dr. Sabine Engel; Institut für Psychogerontologie der FAU Erlangen – Nürnberg; „Ängste und psychische Belastungen bei (pflegenden) Angehörigen Demenzkranker“

Wer sind die pflegenden Angehörigen?

- $\frac{3}{4}$ aller privaten Hauptpflegepersonen sind Frauen
 - 60% von ihnen sind selbst schon 55 a u. älter
 - 28% von ihnen sind (Ehe-)PartnerInnen
 - 42% von ihnen sind (Schwieger-)Kinder
- 22% von ihnen sind andere Familienmitglieder
 - 8% von ihnen sind Freunde und Bekannte

Wer sind die pflegenden Frauen?

- 79% der pflegenden Angehörigen
 - Durchschnittsalter 58 a
- Haben zu 91% kein Einkommen

[ÖBIG 2005; Frauenbericht Wien 2010]

Ängste und psychischen Belastungen der betreuenden Angehörigen:

- 40% mittleres burnout
- 25% hohes burnout
- 7% akutes burnout

(Faßmann, 1995)

- Erhöhtes Depressionsrisiko (Prävalenz 36%, Kontrollgruppe 9,6%)
- Erhöhtes Risiko, an körperlichen Erkrankungen zu leiden (Bluthochdruck, Infektionserkrankungen,...)
- Stresshormon-Niveau um 23% höher, Antikörper-Niveau um 15% niedriger als in der Kontrollgruppe

Betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz:

- leben oftmals völlig isoliert

(Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996)

- sind häufiger suchtgefährdet (Schlaf-, Beruhigungsmittel, Alkohol)

(Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996)

- ...neuerdings auch Kauf- und Spielsucht!
- haben ein erhöhtes Mortalitätsrisiko

(Pinquart und Sörensen, 2003)

- Wie umgehen mit dem Widerstand gegen die Annahme von Hilfen: archaisch bedingt?
Angst: Gefühle der Verfolgung, Beraubung und Verarmung – Alte, Kranke und Schwache werden „zurückgelassen“ – „gestürztes Oberhaupt“ – Vertreibung aus dem gewohnten „Revier“ (Heimunterbringung,...)
- Wie umgehen mit der Rollenumkehr: Vater und Mutter werden zu Kindern bzw. umgekehrt („Ich lass mich doch von meiner Tochter nicht bevormunden“ – „Der Umgang mit mir ist schlimmer als die eigentliche Krankheit“)

Betreffend Demenz:

- Wenn alte Konflikte in der Rückwärtsentwicklung bei Demenz hochkommen?
- Wie umgehen mit der Emotionalität (emotionalen Antenne) von Menschen mit Demenz?
- Wie umgehen mit der neuen Rolle bei Demenz?-> Rollenneudefinierung („werdende Witwe“)
 - Wie umgehen mit dem Verlust bei Demenz?
 - Trauer normalisieren („sozialer Tod“)
- Wie kann ich die Beziehung bei Demenz erhalten?

[Florian Bödecker, „Wie Menschen mit Demenz ihre Beziehung erhalten können“, PiA 4/13.Jg. 2016]

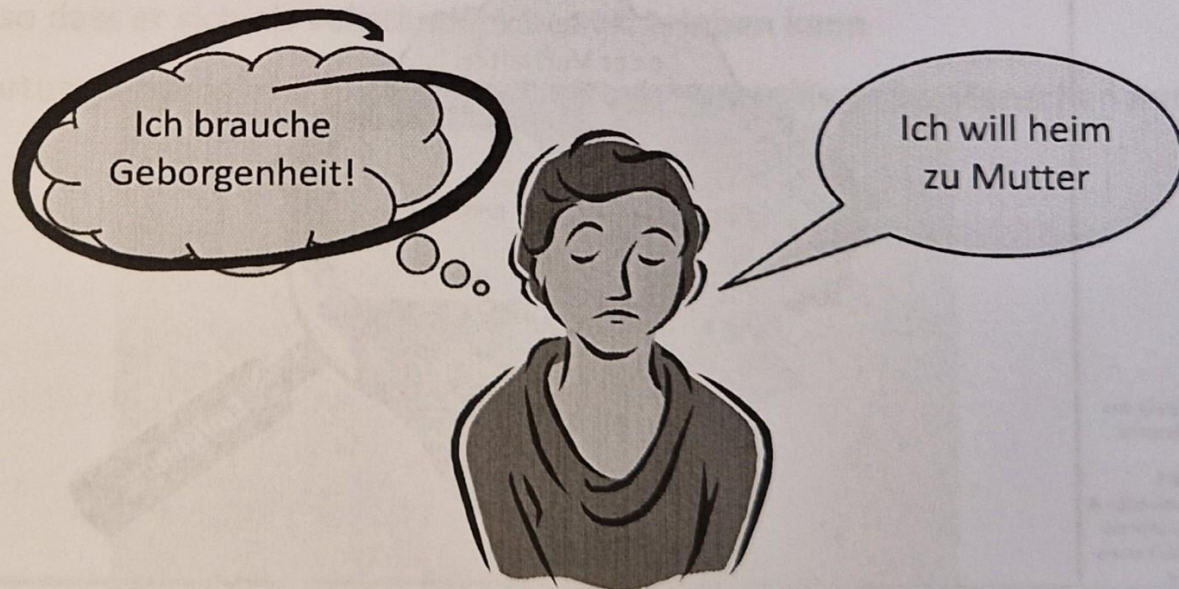
Einfühlsame Kommunikation mit Menschen mit Demenz



Die Haltung einfühlsamer Kommunikation

sich auf die Bedürfnisse des Anderen konzentrieren und versuchen, sie zu befriedigen

Ein Beispiel



Altersbereich der Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit:

- 1. Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere
Menschen Graz + GU Nord (Beratung,
Abklärung)**
2. Mobile alterspsychiatrische Betreuung
3. PIA (PartnerIn im Alter,
Ehrenamtlichenprojekt)
4. STuBe (stundenweise Betreuung zur
Entlastung Angehöriger)

... weil im Alter besonders „bedroht“:

- Erhalt der Häuslichkeit („Kampf“ darum verloren -> Heimunterbringung mit allen möglichen negativen Konnotationen)
 - Mein „vertrautes Revier“, mein „Nest“
 - Meine Autonomie
 - Meine Rollen (Familienoberhaupt, ...)
- Auch meine Einbindung in den Familienverband (immer weniger besucht?)
- Meine Sicherheit gebenden Routinen (Flexibilität „auf meine alten Tage“, evtl. auch noch dement dazu??)
 - Meine Ressourcen

...

Fünf zentrale Kategorien eines guten Lebens im Alter:

Selbstständigkeit (wenn schon Hilfe nötig, dann unter maximaler eigener Kontrolle)

Selbstverantwortung (Mitbestimmung im Prozess der medizinischen und pflegerischen Versorgung)

Selbstaktualisierung ($\approx$ Selbstverwirklichung)

Mitverantwortung (Teilhabe an der Gesellschaft, „zoon politikon“)

Bewusst! angenommene Abhängigkeit ($\approx$ Konzept der Freundschaft)

[Quelle: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Kruse, Institut für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 2005/2016]

Mit einem multiprofessionellen! Team:



1 Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapeutische Medizin

3 Diplomsozialarbeiterinnen

1 Diplomierte psychiatrische Gesundheits-
und Krankenschwester

3 Klinische- und Gesundheitspsychologinnen

2 PsychotherapeutInnen

Büroadministration



Sehr spezielle Zielgruppe:

- Menschen **über 65 Jahre** (bei Demenzverdacht auch <65) mit ihrer speziellen alterspsychiatrischen Problemsituation
 - ..., die **nicht institutionalisiert** sind und
 - ... als Folge von Verwirrtheitszuständen, Depression, Wahnerkrankungen, dementiellem Abbau, Sinn- und Realitätsverlusten **ihr Leben in der häuslichen Umgebung nicht mehr alleine bewältigen können** und eine dementsprechende Hilfe zur Stabilisierung benötigen,
- ihr **soziales Umfeld** (Angehörige, NachbarInnen, FreundInnen) durch Ihre Problematik verunsichern und **belasten**,
 - die aufgrund der Belastungssituation **von Selbst- und Fremdgefährdung und/oder Verwahrlosung und/oder Vereinsamung bedroht** sind,
- den benötigten **Hilfebedarf nicht erkennen** und nicht wissen, welche Hilfen zur Verfügung stehen.

Sehr spezieller Zugang:

- Das Angebot der gilt **gleichermaßen für die betreuenden Angehörigen** (Beratung, Entlastung: denn wenn die wegfallen ...)

Wir müssen aufgrund all der Ängste **NIEDERSCHWELLIGER** sein:

- Unser Angebot ist daher kostenlos, vertraulich, **aufsuchend** (Hausbesuche!)
- Eine psychiatr. Diagnose ist keine Voraussetzung (d.h. **bei psychosozialen Leidenszuständen**)

Noch mehr Bedeutung:

- ... des **bio-psycho-sozialen Blicks** (Multimorbidität, ...)
- ... der **Vernetzung** mit allen informell beteiligten und formellen Institutionen und Kooperationspartnern (Verbindungsdienst! mit der stat. Alterspsychiatrie, enge Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen, HKP, ...)
- ... der **Öffentlichkeitsarbeit** zur Sensibilisierung für Belange psychisch belasteter älterer Mitmenschen und zur Gesundheitsprävention
- Seit 2011 bieten wir zusätzlich eine **Rechtsberatung** in unseren Räumlichkeiten an (Pflegegeld, Vorsorge, Erwachsenenschutz, Familien-, Nachbarschaftsstreitigkeiten, ...)

Gruppenangebote:

- Gruppenpsychotherapie für ältere an Depression Erkrankten
- Musiktherapie für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen
 - Backgruppe
 - Mittwochscafé
- EduKation Demenz: Schulung für Angehörige von Menschen mit Demenz (nach Prof. Engel)
 - „Bleiben Sie geistig aktiv“
 - Tiergestützte Intervention (Therapiehund)
 - Erzählcafé (in unserer mobilen Einrichtung)
- Kunsttherapeutische Gruppe (in unserer mobilen Einrichtung)

- **Unterstützung der Tagesstätten für Ältere** (Konsiliardienst in den 3 Demenztagesstätten)
- **Lobbying für unsere Älteren**, bei den Fördergebern, in der öffentlichen Verwaltung: Mitwirken in entsprechenden Arbeitskreisen, Erstellung eines Konzeptes für Demenz-WGs, ...
- Enge Zusammenarbeit mit **needs** (Netzwerk Demenz Steiermark) und **SALZ** (Steirische Alzheimerhilfe)
 - **Aus- und Weiterbildung im Altersbereich:** SOPHA-Lehrgang, Propädeutikum, Weiterbildung Interdisziplinäre Alterspsychotherapie, Sozialpsychiatrischer Grundkurs (pro mente), Steirische Akademie für Allgemeinmedizin, ...

Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere Menschen, mobile alterspsychiatrische Betreuung, Graz und Graz-Umgebung Nord

Noch unter dem vorhergehenden Namen

SOPHA

(„Sozialpsychiatrische Hilfe im Alter“)

Best Practice Modell lt. Österreichischer Demenzstrategie des
Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

- Unser Ziel ist es, **im gewohnten Leben** in vertrauter Umgebung und mit höchstmöglicher Lebensqualität so lange wie möglich zu **unterstützen**, **Krankenhausaufenthalte** möglichst zu **vermeiden** und eine **Heimunterbringung** so lange wie möglich unnötig zu machen
- Kostenlos (Kosten werden von öffentlichen Institutionen getragen)
- Unsere Aufgabe besteht in der sozialen, seelischen und ärztlichen Betreuung von über 65 jährigen Personen mit altersrelevanten Problemen

- Die Betreuung findet **vor Ort** statt. Das bedeutet, wir kommen entsprechend ihren Bedürfnissen zu Ihnen nach Hause
 - Wir unterstützen bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen, bei psychischer Belastung oder Erkrankung – Entlastung flexibel und so lange wie nötig
- In Absprache **arbeiten** wir zu Vorteil unser Klient:innen **mit** Ärzt:innen, Ämtern, mobilen Dienste und sozialen **Einrichtungen zusammen** und bringen dadurch Hilfestellung
- Die Zusammenarbeit erfolgt freiwillig und vertraulich

- Stärkung der **Autonomie** und Annäherung an das Ziel einer möglichst selbstbestimmten Lebensform
- **Akzeptanz der** jeweils individuell erforderlichen formellen oder informellen **Hilfen** (z.B. mobile Dienste, Hauskrankenpflege)
- Adäquate Hilfestellung bei entsprechend individueller Problemstellung und individuellem Krankheitsverlauf
 - Existenzsicherung auf allen Ebenen
- Erarbeitung eines individuellen Betreuungsplanes

- Konstruktiver, **entwicklungsfördernder! Umgang** mit psychosozialer u/o psychiatrischer Beeinträchtigung (auch bei körperlichen Einschränkungen)
- Lebenspraktische Kompetenzen, Beziehung zu sich selbst und zu anderen (**Verbesserung von Außenkontakten** bzw. Außenbeziehungen – soziale und gesellschaftliche Integration)
- Teilnahme und **Teilhabe** am gesellschaftlichen Leben

- **Fördern von Ressourcen und Mobilität**, deren Erhaltung und nach Möglichkeit Erweiterung des persönlichen Handlungsspielraums
 - Arbeit zur **Sicherstellung** allenfalls erforderlicher **therapeutischer Zusatzangebote** und (fach-)ärztlicher **Betreuung**
- Entwicklung und **Stärkung der Fähigkeit, eigene Wünsche** und Bedürfnisse zu erkennen und **zum Ausdruck zu bringen**

- Krisenintervention bzw. Begleitung in Krisenzeiten
- **Lebenslange Persönlichkeitsbildung und – entwicklung unter Integration bisheriger Lebenserfahrung**
- **Auseinandersetzung mit Tod und Sterben in Hinblick auf ein versöhnliches Lebensende**

Ehrenamtlichenprojekt: PartnerIn im Alter

- Projekt der Stadt Graz
 - Regelmäßiger Besuchsdienst (zu Hause!)
 - Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger
- Verbesserung der Lebensqualität von psychisch belasteten älteren Menschen
- Gespräche, Spaziergänge, Ausflüge, Unterstützung bei z.B. Arztbesuchen oder Behördengängen
- Begleitet durch Teamsitzungen, Supervision, Einschulung und Fortbildung
 - Ehrenamtliche und hauptamtliche Betreuung sollen als gegenseitige Ergänzung betrachtet werden

„STundenweise BEtreuung zur Entlastung von Angehörigen alterspsychiatrisch erkrankter Menschen“

- Projekt der Stadt Graz
- RICHTET SICH AN ANGEHÖRIGE von alterspsychiatrisch erkrankten Menschen (65+)
- ... die den größten Teil der Versorgung noch selbst leisten können und wollen
 - ... die sich persönliche Auszeiten wünschen
- ... und stundenweise Entlastung für ihre zu betreuenden Angehörigen annehmen möchten

WENN ANGEHÖRIGE ZEIT FÜR SICH BENÖTIGEN, ZUM BEISPIEL:

- ... für Arztbesuche
- ... für Erledigungen
- ... zum Einkaufen
- ... für persönliche Auszeiten
- ... für Kontakte zu Freunden und/oder anderen Familienmitgliedern (gemeinsame Feste, Kurzurlaub)
- ... für die Teilnahme an Angehörigenschulungen, Gruppen

Das Alter hat in jedem Fall Vorrang!



alexis.matzawrakos@gfsg.at