

Elmar Gräßel, Anna Pendergrass (Hrsg.)

FORSCHUNGSPLATTFORM DEMENZ

Ergebnisse eines Expertentreffens zu Präventions-, Therapie-,
und Versorgungsstrategien



CAM EXPERTISE

Forschungsplattform Demenz

**Ergebnisse eines Expertentreffens
zu Präventions-, Therapie- und
Versorgungsstrategien**

Elmar Gräfel, Anna Pendergrass (Hrsg.)

KVC | VERLAG

KVC Verlag
Natur und Medizin e. V.
Am Deimelsberg 36, 45276 Essen
Tel.: 0201 56305 0
Fax: 0201 56305 30
www.kvc-verlag.de

Gräbel, Elmar; Pendergrass, Anna (Hrsg.)
Forschungsplattform Demenz – Ergebnisse eines Expertentreffens
zu Präventions-, Therapie- und Versorgungsstrategien

ISBN 978-3-945150-72-6

© KVC Verlag – Natur und Medizin e. V., Essen 2017
© Umschlagbild: Anita Ponne – fotolia.com

Das Werk mit allen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechts ist ohne schriftliche Genehmigung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden. Geschützte Warennamen werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Umschlaggestaltung: eye-d Designbüro, Essen
Druck: Union Betriebs-GmbH, Rheinbach

Inhalt

B. Stock-Schröer

Forschungsplattform Demenz – Innovative Präventions- und Therapieoptionen	1
--	---

Teil 1: Maßnahmen zur primären Prävention der Demenzen

C. Donath, A. Pendergrass

Einleitung	5
------------------	---

F. Deeken, A. Rezo, M. A. Rapp

Prävention von Demenzerkrankungen	7
---	---

H. Walach

Primärprävention von Demenzen – Bausteine eines lebensstilbasierten Programms auf der Basis wissen- schaftlicher Daten	25
--	----

Teil 2: Nicht-pharmakologische Therapieverfahren bei Demenzen

E. Gräßel, D. Özbe

Einleitung	43
------------------	----

C. Klocke, S. Joos

Nicht-pharmakologische komplementärmedizinische Therapieverfahren bei Demenzen – Ein Überblick	47
---	----

J. Eickholt

Integration der Musiktherapie bei Demenzen 75

K. Schnabel

Bewegung bei Demenzen..... 89

M. Halek

Herausforderndes Verhalten im Fokus –
Können pflegerische Interventionen helfen? 97

J. Nordheim, J. O'Sullivan, J.-N. Antons

Technologiestützte Interventionen bei Demenzen –
Möglichkeiten und Forschungsbedarf 113

Teil 3: Versorgungsdefizite bei Demenzen und Strategien zu deren Behebung

A. Pendergrass, E. Gräßel

Einleitung 123

S. Weiß

(Telefonische) Beratung von Menschen mit Demenz und
ihren Familien – Versorgungsbedarfe und Forschungslücken 125

S. Häupler, P. Kolominsky-Rabas

Versorgungsforschung bei Demenzen – Zur Situation von
Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen
zum Zeitpunkt der Diagnosestellung..... 139

A. Frewer, L. Holzhauser, S. Kerwagen, M. Schmidhuber

Ethik der Demenzbehandlung – Sprache und Medical
Humanities 149

**Teil 4: Erfahrungen aus der Praxis der Demenz-
versorgung**

E. Gräßel, A. Pendergrass, D. Özbe, C. Donath

Einleitung 167

E. Krüger

Demenz und Subjektorientierung – Achtsamkeit und
Eigensprache zur ethischen und methodischen
Orientierung in der Begegnung mit Menschen
mit Demenz

169

A. Warning

Komplementärmedizinische Ansätze bei Demenz –
Kunsttherapie als nonverbales Kommunikationsangebot.....

185

Personenverzeichnis 203

Prävention von Demenzerkrankungen

F. Deeken, A. Rezo, M. A. Rapp

Kernaussagen

- Aufgrund der demographischen Entwicklungen kommt den Bereichen der Primär- sowie der Sekundär- und Tertiärprävention für Demenzerkrankungen immer höhere Bedeutung zu, wobei sich die präventiven Maßnahmen sowohl direkt auf die Patienten als auch auf die Angehörigen beziehen können.
- Modifizierbare Risikofaktoren wie beispielsweise ein niedriger Bildungsstatus, körperliche Inaktivität, Übergewicht, Rauchen oder Depression bieten vielversprechende Ansatzpunkte in der Prävention von Demenzerkrankungen. So konnten beispielweise für eine gesteigerte körperliche Aktivität positive Effekte im Hinblick auf die Inzidenzrate aufgezeigt werden.
- Die bisherige Studienlage liefert Hinweise auf die Wirksamkeit für den Einsatz von präventiven Maßnahmen, allerdings ist aufgrund der geringen und häufig sehr heterogenen Studienlage noch weitere Forschung in diesem Feld nötig.
- Auch achtsamkeitsbasierte Interventionen und der Einsatz neuer Technologien sollten hier stärkeren Einzug finden.

Einleitung

Alle drei Sekunden erkrankt ein Mensch an Demenz. Im Jahr 2015 lebten weltweit 46,8 Millionen Menschen mit der Diagnose Demenz. Die Prävalenz der Demenzerkrankungen ist altersassoziiert [1].

Nicht-modifizierbare Risikofaktoren für das Auftreten einer Alzheimer-Demenz scheinen das Alter (zwischen der sechsten und neunten Lebensdekade steigt das Risiko um den Faktor 60) und der in der Bevölkerung annähernd normalverteilte Apolipoprotein E4-Genotyp, bei dem ein 11–14fach erhöhtes Risiko beschrieben ist, zu sein [2].

Die häufigste Form der Demenzen ist mit 50–75 % die Alzheimer-Demenz (AD). 20–30 % der Demenzen sind auf vaskuläre Ursachen zurückzuführen [3]. Zwischen beiden Demenzformen gibt es Überlappungen. Zudem können gefäßbedingte Gehirnveränderungen die kognitiven Folgen der Alzheimer-Pathologie verstärken, und umgekehrt kann eine beginnende Alzheimer-Pathologie gefäßbedingte kognitive Störungen verstärken [4].

Risikofaktoren für vaskuläre Erkrankungen können über die gesamte Lebensspanne (also auch bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter) bedeutsam sein; sie sind somit ein gutes Beispiel als Zielfaktoren für eine Primärprävention, bei der durch die Reduktion von Risikofaktoren eine Abnahme der Erkrankungs(neu)inzidenz zu erwarten ist.

Erste längsschnittliche Daten deuten hier auf Kohorteneffekte hin, in dem Sinne, dass Personen über 65 Jahren auf der Populationsebene bei den Geburtsjahrgängen vor 1930 eine um fast zwanzig Prozent höhere Demenzprävalenz aufweisen als die nach 1940 Geborenen [5]. Die genauen Mechanismen dieser Effekte sind unbekannt; es werden jedoch insbesondere die Verbesserung vaskulärer Risikofaktoren sowie eine allgemeine Verbesserung des Lebensstils diskutiert [6, 7]. Für eine zielgerichtete Primärprävention von Demenzerkrankungen im höheren Lebensalter sind die Wirksamkeit und die mechanistische Wirkweise von potentiell modifizierbaren Risikofaktoren von zentraler Bedeutung.

Thema	Ergebnis	Kommentar	Referenz
Blei als möglicher Faktor bei Demenzen	Zusammenhang erscheint klar.	Vermeidung von Blei muss Teil einer Präventivstrategie sein.	[14]
Eisen und Kupfer und Demenzen	Cu und Fe zusammen mit gesättigten Fettsäuren spielen eine Rolle bei der Entstehung von Demenzen.	Das diätetische Muster spricht für die Reduktion von Fleisch und fleischlastiger Kost (Wurst) als Präventionsstrategie.	[15]
Zink und Alzheimer	Zink ist bei Älteren systemisch erniedrigt; Ergebnisse unklar.	Eine ursächliche Rolle findet sich nicht; vermutlich hängt der Zinkstatus auch noch von anderen Nahrungsbestandteilen ab; evtl. Zinksubstitution bei niedrigem Plasmaspiegel.	[16]
Omega-3/6-Balance und Alzheimer	Zusammenhang zwischen dem Omega-3/6-Verhältnis und kognitivem Abbau ist deutlich.	Die Erfassung der Omega-3/6-Balance könnte ein wichtiges diagnostisches Instrument sein; generisch Omega-3-Zufuhr erhöhen, ist wichtiger Bestandteil einer Präventionsstrategie.	[17]
Antioxidantien und Demenzen	Der Zusammenhang zwischen hoher Zufuhr von Antioxidantien, vor allem durch Gemüse, ist offensichtlich.	In jeder Präventionsstrategie sollte für ausreichende Antioxidanzzufuhr gesorgt sein; Gemüse – weniger das Obst – scheint der wichtigste Faktor zu sein; nötigenfalls über Supplementation nachdenken.	[18]
Adipositas als Risikofaktor	Adipositas im mittleren Alter erhöht das Risiko für Demenzen um 91 %, Übergewicht um 34 %.	Alzheimer als möglicher Typ 3-Diabetes hängt mit einer Überzufuhr von Kohlenhydraten zusammen. Daher ist eine generische Strategie zur Vermeidung von Übergewicht auch ein gutes Demenzpräventionsprogramm.	[3]

(Telefonische) Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Familien – Versorgungsbedarfe und Forschungslücken

S. Weiß

Kernaussagen

- Im Mittelpunkt aller Forschungsanstrengungen sollte die Frage stehen, welchen Nutzen die Ergebnisse für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen haben können.
- Die praktische Übertragung und Anwendung der Ergebnisse sollte deshalb von Anfang an mitgedacht werden.
- Die Ansatzpunkte für Forschungsvorhaben sind vielfältig, da noch immer Versorgungslücken bestehen.

Einleitung

„Warum muss man immer so kämpfen?“ – Dieser Satz beendete die E-Mail einer pflegenden Tochter, die sich ratsuchend an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. wandte.

Nach wie vor müssen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen kämpfen:

- um eine Diagnose,
- um die Pflegestufe,
- um Anerkennung,
- um eine individuelle, bedürfnisgerechte Betreuung.

Sie erleben,

- dass sie und/ oder ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden,
- dass die bürokratischen Hürden hoch sind,
- dass Angebote fehlen oder
- dass Angebote nicht bekannt sind.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend und vollständig, weist aber die Richtung zur Darstellung von Versorgungsbedarfen und Forschungslücken im Bereich Demenz aus Sicht einer Selbsthilfeorganisation.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (DAIzG)

In den 1980er Jahren schlossen sich an einzelnen Orten in Deutschland Angehörige von Demenzzkranken, begleitet von fachlichen Helfern, zu Selbsthilfegruppen und Alzheimer-Gesellschaften zusammen, um sich gegenseitig zu unterstützen und die Situation für die Betroffenen zu verbessern. Am 2. Dezember 1989 wurde die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. als Dachverband von engagierten Vertretern der ersten Angehörigengruppen gegründet.

Als gemeinnützige Selbsthilfeorganisation vertritt sie die Interessen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Sie ist der Bundesverband von aktuell 137 regionalen Alzheimer-Gesellschaften in ganz Deutschland. Die DAzG ist politisch und weltanschaulich neutral und arbeitet mit Angehörigen, Betroffenen, Fachkräften und der Wissenschaft zusammen. Wichtige Ziele der DAzG sind:

- die Interessen von Menschen mit Demenz und ihren Familien zu vertreten,
- umfassend zu informieren und zu beraten.
- Familien zu entlasten,
- die Selbsthilfe zu stärken,
- die Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch zu fördern,
- gesundheits- und sozialpolitische Initiativen für Demenzkranke anzuregen,
- Forschungsvorhaben zu unterstützen.

Das Alzheimer-Telefon

Seit dem Jahr 2001 unterhält die DAzG das Alzheimer-Telefon 030/259379514 oder 01803/171017* (*9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz) als bundesweites Beratungsangebot. Jahr für Jahr werden hier 5000 bis 6000 telefonische und schriftliche Anfragen beantwortet.

Dokumentation und Auswertung

Allgemeines

Die nachfolgenden Angaben wurden aus 5120 während der Beratung geführten Statistikbögen im Jahr 2015 ermittelt.

Der Erfassungsbogen steht in Form einer Datenbank zur Verfügung, und die erfassten Daten werden direkt elektronisch eingegeben. Inhaltlich enthält er Angaben zur Lebenssituation der Anrufenden und der Menschen mit Demenz und gibt Aufschluss über die Themen und Sorgen, mit denen sich die Anrufer an das Alzheimer-Telefon wenden.

Versorgungsforschung bei Demenzen – Zur Situation von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung

S. Häupler, P. Kolominsky-Rabas

Kernaussagen

- Die Diagnosestellung von Demenzen erfolgt sehr spät.
- Insbesondere nach Diagnosestellung einer Demenz besteht ein sehr hoher Informationsbedarf bei pflegenden Angehörigen.
- Der Zeitpunkt der Diagnosestellung sollte aktiv genutzt werden, um pflegende Angehörige über Erkrankung und Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren.

Herausforderung bei Demenzen – Strategische Initiativen auf internationaler und nationaler Ebene

Demenzkrankungen gehören zu einer der größten Herausforderungen der Gesundheitspolitik weltweit. Aus diesem Grund, sowie wegen sozialen und gesundheitsökonomischen Folgen der Erkrankung wurden Demenzen im Jahr 2012 von der WHO zur „Public Health Priority“ ernannt [1]. Im März 2015 fand die erste WHO Ministerkonferenz zum Thema Demenz statt („Global Action Against Dementia“), deren Ziel es war, dem Thema Demenz auch auf nationaler Ebene zu begegnen.

Bereits in der Paris Declaration von Alzheimer Europe aus dem Jahr 2006 [2], welche die gesellschaftlichen Prioritäten für den Umgang mit Demenzen aufzeigt, wird als erster Punkt „Recognise Alzheimer’s disease as a major public health challenge and to develop European, international and national action programmes“ [2] genannt.

Im Jahr 2014 wurde die Glasgow Declaration [3] verabschiedet, welche derzeit das aktuellste Dokument von Alzheimer Europe darstellt. Für die nationale Ebene wird abermals die Entwicklung nationaler Demenzstrategien gefordert: „Develop comprehensive national dementia strategies with allocated funding and a clear monitoring and evaluation process“. [3]

Derzeit existieren in einigen – aber längst nicht allen – europäischen Staaten nationale Demenzpläne bzw. Demenzstrategien, welche die oben genannten Aspekte adressieren und konkrete Maßnahmen sowie ein fest definiertes Budget vorsehen (Abb. 1).

Versorgungsforschung Demenz

In dem dargestellten Kontext kommt der Versorgungsforschung eine wesentliche Bedeutung zu. Versorgungsforschung hat das Ziel, Erkenntnisse darüber zu generieren, wie Prozesse der Versorgung ablaufen und welche Auswirkungen sie in der Anwendungsroutine auf die Beteiligten und auf das Gesundheitssystem haben [8]. Damit trägt sie u. a. dazu bei, Defizite und Bedarfe im Versorgungsalltag aufzuzeigen,

fundierte Versorgungskonzepte zu entwickeln sowie Versorgungsstrukturen und -prozesse zu evaluieren. Auch im Rahmen der Bayerischen Demenzstrategie kommt der Versorgungsforschung eine relevante Bedeutung zu, denn „Angesichts der Notwendigkeit, die Qualität der Versorgung zeitnah zu verbessern, wird [...] dazu der Ausbau der versorgungsnahen und bevölkerungsbasierten Demenzversorgungsforschung notwendig.“ [6: 79]

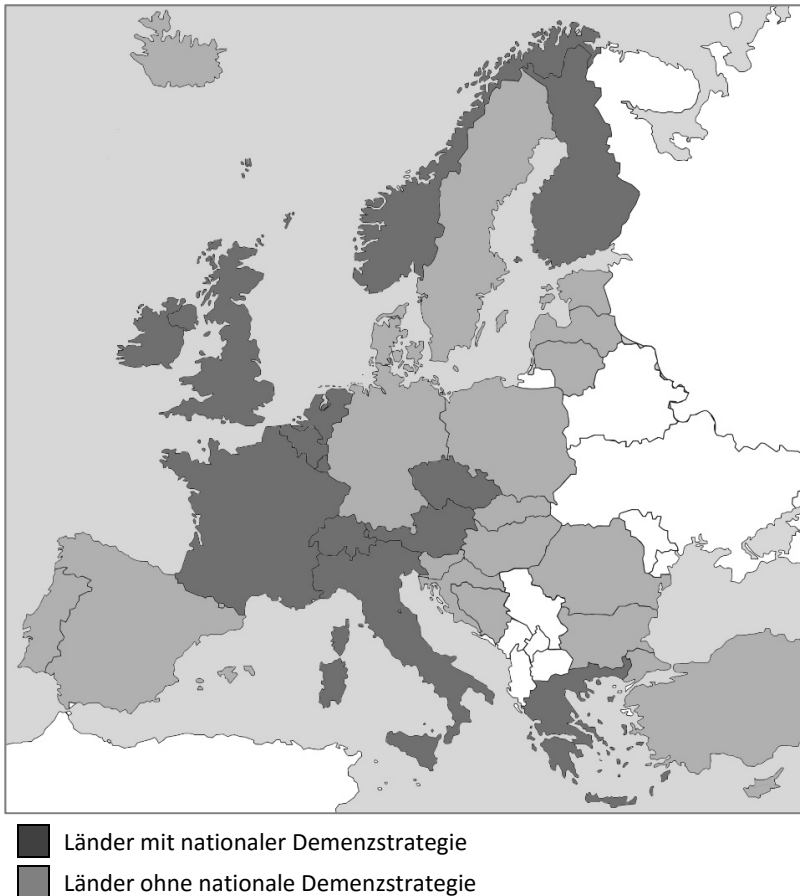


Abb. 1: Nationale Demenzstrategien in Europa
(Quelle: Alzheimer Europe 2016 [4])

Komplementärmedizinische Ansätze bei Demenz – Kunsttherapie als nonverbales Kommunikationsangebot

A. Warning

Kernaussagen

- Durch die progressiven demenziellen Prozesse erleiden Gedächtnis, Begriffsbildungen, Sprachfähigkeit und Urteilsbildung wesentliche Funktionseinbußen. Daher ist eine mental geführte Kommunikation kaum oder gar nicht mehr möglich. Es entwickeln sich dadurch Minderungen des Selbstwertgefühls und Vereinsamung.
- Kunsttherapie ist ein Mittel zur Entfaltung und Stabilisierung emotionaler Schichten und Anregung plastischer neuronaler Prozesse. Im therapeutischen Setting gestaltet sich eine nicht-intellektuelle Ausdrucksmöglichkeit und eine nonverbale vertrauensbildende Kommunikation mit dem Therapeuten.
- Es wird angestrebt, durch Thematisierung archetypischer Inhalte, dem subjektiven Gefühl des Verlorenseins in einem spirituellen Niemandsland eine geistig-seelische Orientierung anzubieten.

„So, wie die Wissenschaft die Alzheimer-Demenz zu begreifen versucht, scheint sie uns immer wieder durch die Finger zu schlüpfen. Die komplexen Interaktionen von Neurochemie, Genetik, Umwelt, Lebensgeschichte und Persönlichkeit haben alle einen Anteil daran, wie Individuen Demenz erleben. Kein einzelner Ansatz erklärt alles.“
(Harry Cayton [1])

Einleitung

Die demenziellen Entwicklungen mit ihren verschiedenen Erscheinungsformen und multifaktoriellen Ursachen werden in grundlegenden Werken der Neurologie und Geriatrie beschrieben [2, 3, 4]. In dem vorliegenden Beitrag wird ungeachtet der Differenzierung nach Genese und Pathomorphologien des Nerven-Sinnessystems allgemein von demenziellen Veränderungen gesprochen. Zu erwähnen ist die von Ganß [5] vorgetragene fein abgestimmte Differenzierung unterschiedlichster Ansätze der Kunsttherapie bei den verschiedensten Erscheinungsweisen der Demenzen, in der als Schlussfolgerung konstatiert wird, dass sich eine allgemein rezeptierbare „Kunsttherapie bei Demenz“ verbiete. In erfahrungsgestützter völliger Übereinstimmung mit dieser Aussage wird im Folgenden ein besonderes Anliegen beschrieben.

Bestimmend für die hier zu besprechende Therapiemethode ist der sich im Alltag manifestierende Verlust der psychomentalen Fähigkeiten mit deren psychosozialen Folgen. Nach Greß-Heister [6] stellte sich in einer Metastudie die Frage, wie eine demenzielle Veränderung sich früh bemerkbar mache. Als besondere Erstsymptome beschreibt er: „Probleme bei der Arbeit, Kommunikationsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen“. Dies äußert sich insbesondere durch intellektuelle Einbußen und damit in Verständigungsschwierigkeiten als ernsthafte Barriere zwischen den Betroffenen und deren Gesprächspartnern.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, künstlerische Therapie als therapeutische Intervention auf nonverbaler Ebene im Sinne eines kommunikativen Prozesses darzustellen.

Die Demenzerkrankung der ca. 1,5 Millionen Menschen in Deutschland ist eine große Herausforderung für Politik, Gesellschaft und Wissenschaft. Trotz erheblicher Forschungsanstrengungen ist eine kausale Therapie bislang nicht in Sicht. Grund genug, der Vorbeugung, Behandlung und Versorgung einen großen Stellenwert einzuräumen.

Elf Arbeiten aus den vier Bereichen Prävention, nicht-pharmakologische Therapieverfahren, Versorgungsdefizite und Erfahrungen aus der Praxis nähern sich im vorliegenden Buch dem Thema Demenz an. Sie sind die Ergebnisse eines Expertentreffens, das zum Auftakt eines Förderprojektes der Carstens-Stiftung im Januar 2016 stattfand. Unter der Leitung von Prof. Dr. Elmar Gräbel diskutierten an der Universität Erlangen-Nürnberg Fachleute aus den verschiedenen Disziplinen über Defizite und Desiderate bei der Forschung zur Demenz.

ISBN 978-3-945150-72-6

