

Medizinische Herausforderungen bei der Versorgung von Demenzkranken im Akutkrankenhaus

Prof. Dr. Clemens Becker

Abteilung Geriatrie und Klinik für Geriatrische Rehabilitation

A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older

Fiona E Matthews, Antony Arthur, Linda E Barnes, John Bond, Carol Jagger, Louise Robinson, Carol Brayne, on behalf of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration

Findings 7635 people aged 65 years or older were interviewed in CFAS I (9602 approached, 80% response). In the same geographical areas, the CFAS II investigators interviewed 7796 individuals. Estimates of prevalence in individuals aged 65 years or older, standardised to the 2011 population, 8.3% (884 000) of this population would be expected to have dementia in 2011.

CFAS II shows that the prevalence is lower (6.5%; 670 000).

Die Prävalenz war in 20 Jahren um 25 % rückläufig!

Demenz ist mittlerweile die teuerste Krankheit weltweit.

Teurer als: Karzinome, Herzinfarkt, Schlaganfall, HIV, ...

Dies gilt für die gesellschaftlichen Kosten (societal perspective)

Dies ist nicht die Kassenperspektive (payer perspective)

Monetary Costs of Dementia in the United States

N Engl J Med 2013; 369:489-490 DOI: 10.1056/NEJMc1305541

Demenzkranke haben ein
3-fach erhöhtes Jahresrisiko für einen KH Aufenthalt

S. Kurrle. Komorbidität und Demenz
Cambridge University Press, 2013

Querschnittsstudie Großbritannien

Allgemeine Krankenhäuser, Internistische Stationen n=617

Methoden

- 70 Jahre
CAM, MMST, DSM-IV
- Patienten mit Delir oder Demenz 42 % nach DSM-IV Kriterien
- 21% vor der Einweisung nicht bekannt

Sampson et al. 2009

Daten der deutschen Prävalenzstudie Ende 2015, Schäufele Mannheim

Gibt es ein Problem ?

Variable	Relative Risk (95% CI)
	Hospitalized Patients With Delirium†
Death (<i>n</i> = 771)	
Unadjusted	8.9 (4.0–20.0)
Adjusted‡	5.4 (2.3–12.5)
Institutionalization (<i>n</i> = 771)	
Unadjusted	10.8 (6.5–18.0)
Adjusted‡	9.3 (5.5–15.7)
Cognitive decline (<i>n</i> = 480)	
Unadjusted	1.6 (1.2–2.2)
Adjusted‡	1.6 (1.2–2.3)
Any adverse outcome (<i>n</i> = 590)	
Unadjusted	2.5 (2.0–3.0)
Adjusted‡	2.2 (1.8–2.7)

*„Wenn Patienten mit einer Demenzerkrankung in ein Krankenhaus eingeliefert werden müssen, **geht** es ihnen meist nicht nur schlecht, es **ergeht** ihnen oft auch schlecht.“*

Unterbehandlung

Überbehandlung



- „Mit 80 ist man halt etwas verkalkt....“
- „Altersgebrechen“

- „Wir können ihn doch nicht sterben lassen“
- „Da kann man doch was tun!“

Lösungsansätze:

1. *Empirische* Reflexion: Studien und Leitlinien
2. Konsequente *ethische* Reflexion



- Erwiesener Nutzen (Benefizienz)
- Schadensvermeidung (Non Malefizienz)
- Autonomie (Respect of autonomy)
- Verteilungsgerechtigkeit

Beauchamp&Childress 1978



mon. In the last 3 months of life, 40.7% of residents underwent at least one burdensome intervention (hospitalization, emergency room visit, parenteral therapy, or tube feeding). Residents whose proxies had an understanding of the poor prognosis and

feeding). Residents whose proxies had an understanding of the poor prognosis and clinical complications expected in advanced dementia were much less likely to have burdensome interventions in the last 3 months of life than were residents whose proxies did not have this understanding (adjusted odds ratio, 0.12; 95% confidence interval, 0.04 to 0.37).

n=323 Patienten mit fortgeschrittener Demenz



Polypharmazie / Wechselwirkungen / Nebenwirkungen / Dosierungen

Atypische Symptome

Indikationsstellungen (Diagnostik)

Patientenoptimierte Behandlungszeiten

Neuropsychiatrische Probleme

Ernährung

Schmerzen

Schluckstörungen

Stürze

Immobilität

Epilepsie

Delir

...

Gemeinsam klug entscheiden

**Keine PEG-Sonden bei fortgeschrittener Demenz;
vielmehr individuell angepasste orale Nahrungsgabe. Choosing Wisely (JAGS, 2013)**

Keine Antipsychotika als Mittel der ersten Wahl, um Verhaltensstörungen und psychiatrische Symptome bei Demenz zu behandeln. Hohe Nebenwirkungsrate (Gangstörung, kardiovaskuläre NW)

**Keine medikamentöse Senkung des HbA1c < 7.5%,
wenn mehrere Komorbiditäten + Lebenserwartung < 10 Jahre.**

ADVANCE: *kein Vorteil* bei Senkung auf < 6.3%, ACCORD: *erhöhte Letalität* bei Senkung auf 6.5%

Keine Benzodiazepine oder andere sedierende Psychopharmaka, um Schlafstörungen, Agitation oder Delir über Tage/Wochen zu behandeln.

Erhöhen Risiko für Stürze, Hüftfrakturen, Gedächtnisstörung, Verwirrung

Keine Antibiotika bei *asymptomatischer* Bakteriurie

- haben keine Vorteile für irgendeinen Endpunkt

STOPP: Screening Tool of Older People' s potentially inappropriate Prescriptions

The following drug prescriptions are potentially inappropriate in persons aged ≥ 65 years of age.

Cardiovascular System

1. Digoxin at a long-term dose $> 125\mu\text{g}/\text{day}$ with impaired renal function*
 2. Loop diuretic for dependent ankle oedema only i.e. no clinical signs of heart failure
 3. Loop diuretic as first-line monotherapy for hypertension
 4. Thiazide diuretic with a history of gout.
 5. Non-cardioselective beta-blocker with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).
 6. Beta-blocker in combination with verapamil
 7. Use of diltiazem or verapamil with NYHA Class III or IV heart failure
 8. Calcium channel blockers with chronic constipation
 9. Use of aspirin and warfarin in combination without histamine H2 receptor antagonist (except cimetidine because of interaction with warfarin) or PPI
 10. Dipyridamole as monotherapy for cardiovascular secondary prevention
 11. Aspirin with a past history of peptic ulcer disease without histamine H2 receptor antagonist or proton pump inhibitor
 12. Aspirin at dose $> 150\text{mg}$ day
 13. Aspirin with no history of coronary, cerebral or peripheral vascular symptoms or occlusive event
 14. Aspirin to treat dizziness not clearly attributable to cerebrovascular disease
 15. Warfarin for first, uncomplicated deep venous thrombosis for > 6 months
 16. Warfarin for first uncomplicated pulmonary embolus for > 12 months
 17. Aspirin, clopidogrel, dipyridamole or warfarin with concurrent bleeding disorder
- * $e\text{GFR} < 50\text{ml}/\text{min}$.

Central Nervous System and Psychotropic Drugs

1. Tricyclic antidepressants (TCA' s) with dementia
2. TCA' s with glaucoma
3. TCA' s with cardiac conduction abnormalities
4. TCA' s with constipation
5. TCA' s with an opiate or calcium channel blocker
6. TCA' s with prostatism or prior history of urinary retention
7. Long-term (i.e. > 1 month), long-acting benzodiazepines e.g. chlordiazepoxide, fluzepam, nitrazepam, chlorazepate and benzodiazepines with long-acting metabolites e.g. diazepam
8. Long-term (i.e. > 1 month) neuroleptics as long-term hypnotics
9. Long-term neuroleptics in those with parkinsonism
10. Phenothiazines in patients with epilepsy
11. Anticholinergics to treat extra-pyramidal side-effects of neuroleptic medications
12. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI' s) with a history of clinically significant hyponatraemia
13. Prolonged use (> 1 week) of first generation antihistamines i.e. diphenhydramine, cyclizine, chlorpheniramine, promethazine

Gallagher et al.,
Int J Clin Pharmacol
& Ther, 2008.

Does cognitive stimulation improve cognitive functioning in people with dementia (Cochrane Review)

Woods et al. 2012 Feb 15 doi 10.1002/14651858.CD005562

There was consistent evidence from multiple trials that cognitive stimulation programmes benefit cognition in people with mild to moderate dementia over and above any medication effects.

Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, ... sind fester Bestandteil des Therapiekonzepts, unabhängig davon ob eine “Komplexbehandlung” erfolgt, die einen Zusatzerlös generiert.

Die Nichtbehandlung ist eine Unterlassung wie bei einer medikamentösen Therapie, die sinnvoll wäre.

Good news for dementia care. Caregiver interventions reduce behavioral symptoms in people with dementia and family distress. Gitlin Am J Psychiatry 2012 Sep;169(9):894-7 und JAMA 2012

Table 3. Clinical Significance of Main Outcomes at 4 Months

	Control Group, No. (%) ^a (n = 107)			Intervention Group, No. (%) ^a (n = 102)			Difference in Net Improvement (95% CI)	P Value
	Improved	Worsened	Net Improvement	Improved	Worsened	Net Improvement		
Overall functional dependence ^b	41 (39.8)	11 (10.7)	30 (29.3)	51 (51.5)	3 (3.0)	48 (48.5)	19.2 (2.7 to 36.0)	.02
IADL dependence ^b	52 (50.5)	7 (6.8)	45 (43.7)	64 (64.6)	3 (3.0)	61 (61.6)	17.9 (1.9 to 34.0)	.03
Activity engagement	40 (37.4)	42 (39.3)	-2 (-1.9)	44 (43.1)	31 (30.4)	13 (12.7)	14.6 (-8.8 to 38.0)	.22
Perceived change in well-being	42 (39.3)	21 (19.6)	21 (19.6)	58 (56.9)	11 (10.8)	47 (46.1)	26.5 (7.2 to 45.8)	.007
Confidence using activities ^c	29 (27.4)	24 (22.6)	5 (4.7)	41 (41.0)	10 (10.0)	31 (31.0)	26.3 (7.9 to 44.7)	.005

Abbreviations: CI, confidence interval; IADL, instrumental activities of daily living.

^aNot shown are the numbers (%) of those who stayed the same.

^bThis measure was assessed for 99 of 102 patients in the intervention group and 103 of 107 patients in the control group because 7 patients were placed in nursing homes and the caregivers were unable to assess functional dependence.

^cThis measure was assessed for 106 caregivers in the control group.

Verbessert eine Spezialstation das Ergebnis
Glodberg S et al. BMJ 2013

Höhere Angehörigenzufriedenheit $p=0,004$

Weniger gravierende Beschwerden $p=0,05$

Mitarbeiter waren weniger gestresst $p=0,03$

Patientenergebnisse: nein
Liegezeit, Wiedereinweisungsrate, Mortalität

Fazit: improved the experience of patients and caregivers ...
(currently) no convincing benefits (or harm) in
physical health status of demented patients at discharge

Dementia Champions der RBS

Angehörigenkonzepte	Albertinen KH, Hamburg
Architektur	Diakonissen KH, Dresden
Modellstation	Ev. KH Alstersdorf
HELP Programm	Ev. Krankenhaus Bielefeld
Notaufnahme	Robert-Bosch-KH, Stuttgart
Ernährung/Dysphagie	Bethesda KH, Stuttgart
Notaufnahme	Alexianer KH, Berlin
Entlassungsmanagement	Ev. KH Elisabeth Herzberge, Berlin
Psychiatrische Symptome	Johanniter KH, Bonn
Rettungsdienst, Heim, KH	Kath. Marien KH, Hamburg
HELP II	Klinikum Stuttgart
Schmerzmanagement	Malteser KH, Bonn

Notaufnahmescreening

ISAR

BW Screening

AMTS

...

Auswahl über Kapazität (Raum und Personal)

Testgütekriterien

Verteilungsfragen in Großkrankenhäusern

Um dies umzusetzen bedarf es großer Anstrengungen

Haltung, Wissen, Strukturen, Prozesse, Ressourcen

Monetary Costs of Dementia in the United States

N Engl J Med 2013; 369:489-490 DOI: 10.1056/NEJMc1305541

Eckpunkte zur der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform

Einsetzen einer Expertenkommission beim BMG

Prüfauftrag bis 2017: „Sachgerechte Abbildung des Pflegebedarfs von Demenzkranken ... im Akutkrankenhaus“

Umsetzung über „DRG oder ausdifferenzierte Zusatzentgelte“

Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht,
sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat
egal wie es ausgeht.

Vaclav Havel

Mitarbeit Dr. M. Synofzik,
Dr. P. Benzinger, Dr. S. Heinrich