

Versorgungs-Report 2012

„Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 219-232



14	Neue Ansätze zur Versorgung von Demenzpatienten	219
	<i>Sebastian Voigt-Radloff und Michael Hüll</i>	
14.1	Einleitung	219
14.2	Neue Versorgungsansätze in Deutschland.....	221
14.2.1	Randomisierte Studien 2008 bis 2010	221
14.2.2	Projekte mit starker Regionalversorgungskomponente	226
14.3	Diskussion	228

14 Neue Ansätze zur Versorgung von Demenzpatienten

Sebastian Voigt-Radloff und Michael Hüll

Abstract

Die Versorgung von Menschen mit Demenz wird in den folgenden 20 Jahren sowohl pflegende Angehörige als auch das Gesundheits- und Pflegesystem in hohem Maße beanspruchen. Welche Interventionen sind nützlich, welche Versorgungsformen sinnvoll? Für viele Fragenstellungen ist die Datenlage in Deutschland noch unzureichend. Untersuchungen innerhalb des nationalen Gesundheits- und Pflegesystems sind daher umso wichtiger. Denn kulturelle Unterschiede lassen eine Übertragbarkeit von Ergebnissen der Versorgungsforschung aus anderen Ländern nur bedingt zu. Jedoch sind Fortschritte in Deutschland zu verzeichnen. So erbrachten die Forschungsförderungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Modellprojekte des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren neue Ergebnisse. Komplexe Interventionen sind am vielversprechendsten, jedoch oft noch nicht ausreichend geprüft. Eine gute Versorgung sollte statt durch unkritische Akkumulation von ungenügend geprüften Interventionen durch eine kontinuierliche Evaluation spezifischer Wirkfaktoren gesichert werden.

Taking care of people with dementia will be a huge challenge for both caregivers and the health care system in the next 20 years. Which interventions are useful, which forms of care make sense? The data situation in Germany is still insufficient to find answers to many questions. Thus, studies within the national health care system are urgently called for since due to cultural differences transferability of results of health services research from other countries is limited. However, progress has been made in Germany. For instance, research funding awarded by the Federal Ministry for Education and Research and the Federal Ministry of Health and the model projects of the Central Federal Association of the Health Insurance Funds produced new results. Complex interventions are most promising, but often have not been sufficiently tested. Good health care should be supported by a continuous evaluation of specific impact factors rather than an uncritical accumulation of inadequately tested interventions.

14

14.1 Einleitung

Der Bedarf an wirksamen Interventionen bei Demenzerkrankungen wächst aufgrund der demografischen Entwicklung stark an. Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und professionelle Pflegekräfte erleben mit dem Fortschreiten der Er-

krankung, dass insbesondere die alltagspraktischen Fähigkeiten nachlassen und nachfolgend die Pflegebedürftigkeit steigt. Medikamentöse Therapieansätze sind für dieses Problemfeld bisher nur moderat wirksam. In den letzten zehn Jahren wurde kein neuer Wirkstoff zur Behandlung von Demenzerkrankungen zugelassen. Vielfältige Neuentwicklungen, die aufgrund ihres Wirkprinzips erhoffen lassen, dass bei frühem Einsatz die Krankheitsprogression hinausgezögert wird, sind noch nicht zu einsetzbaren Medikamenten ausgereift.

Menschen mit Demenz erleben oft drei Phasen der Demenzerkrankung. In der frühen Phase stehen kognitive Leistungsminderungen und Anpassungsstörungen im Vordergrund. Viele Patienten sind dann trotz der Gedächtnisstörung noch in der Lage, Beiträge zu ihrer Selbstversorgung zu leisten. Erst im mittleren Krankheitsstadium treten zumeist Störungen alltagspraktischer Fähigkeiten mit zunehmendem Betreuungs- und Pflegebedarf auf. Oft wird die Erkrankung erst in diesem Stadium medizinisch festgestellt. In späteren Krankheitsstadien treten häufig herausforderndes Verhalten und psychopathologische Störungen wie Aggressivität, Agitiertheit, Apathie und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus hinzu (Hüll und Voigt-Radloff 2008). Mit der Krankheitsprogression steigt das Risiko für das Auftreten von herausforderndem Verhalten, das die Pflege wiederum hochgradig erschwert. Gerade bei herausforderndem Verhalten spielen autobiographische und interaktionelle Aspekte eine wichtige Rolle. Psychosoziale Versorgungsmaßnahmen zielen traditionell auf den Erhalt der Selbstversorgung und die Beeinflussung von herausforderndem Verhalten.

Versorgungsmaßnahmen können beim Patienten selbst, bei seinem engsten betreuenden Angehörigen, auf der Ebene aller verfügbaren Familienmitglieder oder bei professionellem Pflegepersonal ansetzen. Versorgungsmaßnahmen können auch übergreifend auf das gesamte lokale Hilfesystem abzielen und eine Verbesserung der Koordination mehrerer Unterstützungsangebote bewirken. Voraussetzung für übergreifende Versorgungsmaßnahmen ist dabei, dass die Einzelmaßnahmen an sich bereits bekanntermaßen wirksam sind. Versorgungsmaßnahmen variieren stark je nach Zielgrößen, die verbessert werden sollen, wie etwa die Selbstversorgung, das herausfordernde Verhalten oder die Lebensqualität. Ebenso sind sie abhängig vom Erkrankungsstadium und der jeweiligen Lebenssituation des Patienten (zu Hause lebend und selbstversorgend, teils selbstversorgend, Heimbewohner, vollkommen abhängig; Hüll und Wernher 2010).

Mängel in der Versorgung bestehen zur Zeit noch auf vielen Ebenen. Während der Name „Alzheimer-Krankheit“ für einen schleichenden kontinuierlichen kognitiven Altersabbau mittlerweile in die Umgangssprache eingegangen ist, beschränken immer noch Prozesse der Selbststigmatisierung und der Diagnoseverschleppung eine frühzeitige Versorgungsplanung. So konnte in einer deutschen Hausarztstudie festgestellt werden, dass fast die Hälfte aller Menschen mit einer neu beginnenden Demenz trotz Arztkontakt nicht spezifisch diagnostiziert wurden (Pentzek et al. 2009). Doch auch bei ärztlicher Diagnosestellung verhindert die mit dem Begriff „Alzheimer“ verbundene Stigmatisierung einen offenen Umgang mit der Diagnose (Kaduszkiewicz et al. 2009). Ohne das Problem aber sprachlich prägnant auf den Punkt bringen zu können, fehlt die Möglichkeit einer zielgenauen Kommunikation. Qualifikationsmaßnahmen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems sollen Abhilfe schaffen, aber auch Versuche der Entblockierung der Arzt-Patienten-

Kommunikation werden durch ein hartnäckiges Stigma behindert (Kaduszkiewicz et al. 2009). Für die Demenztherapie zugelassene Medikamente bzw. für diese Indikation nicht zugelassene Medikamente mit eher schädlichen Nebenwirkungen (Anticholinergika, Neuroleptika) werden in unangemessener Weise eingesetzt (Glaeske und Schick Tanz 2010). Als Folge einer ungeplanten Versorgung führen Demenz und Multimorbidität oft ins Krankenhaus – mit ungünstiger Prognose, zumal viele Häuser nicht auf Menschen mit Demenz eingerichtet sind. Besonders delirante Verwirrheitszustände, für die Menschen mit einer Demenz besonders anfällig sind, führen zu einer stationären Aufnahme oder zu Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts (Gogol 2008).

Bei steigendem Interesse für nichtmedikamentöse Interventionen fehlt für deren Wirksamkeit aber oft ein adäquater Nachweis. Zunehmend werden aber auch hierzu gute Untersuchungen durchgeführt. Als Beispiele können insbesondere Studien aus den angloamerikanischen Ländern angeführt werden, die aufgrund ihres randomisierten Untersuchungsaufbaus eine hohe Aussagesicherheit erlauben. So konnte kürzlich in einer systematischen Übersichtsarbeit (Olazarán et al. 2010) gezeigt werden, dass in drei qualitativ hochwertigen nichtmedikamentösen Studien die 1-Jahres-Pflegeheimaufnahmerate von 14,9% auf 10,6% reduziert werden konnte. Die drei Studien wurden jedoch im Bericht des IQWiG als stärker mangelbehaftet beurteilt (IQWiG 2009). Die heterogenen Bestandteile der drei Programme wurden von Pflegekräften, Sozialarbeitern, Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt, wobei deren Ausbildungsstatus nur unzureichend in das deutsche Versorgungssystem übertragbar ist. Da aber sowohl Ausbildungsunterschiede als auch Unterschiede im Versorgungssystem und weitere kulturelle Aspekte bei nicht-medikamentösen Interventionen eine große Rolle spielen, sind Bestätigungsuntersuchungen in Deutschland dringend notwendig.

Dieser Beitrag beschreibt die Ergebnisse neuerer Versorgungsansätze in Deutschland. Dabei wird insbesondere auf die im Rahmen des Symposiums der Leuchtturmprojekte Demenz am 21.09.2010 in Berlin vorgestellten Studien und auf darauf gründende nachfolgende Publikationen eingegangen. Diese Untersuchungen wurden vom Bundesgesundheitsministerium gefördert. Zusätzlich werden einzelne Modellprojekte mit einem möglichst umfassenden regionalen Versorgungsziel vorgestellt. Erkenntnisse aus Interventionsstudien und Modellprojekten werden hinsichtlich folgender Aspekte überblicksartig dargestellt: (1) Zielgruppe, (2) Interventionsart, (3) Wirkung auf patientenorientierte Endpunkte, (4) Umsetzbarkeit im deutschen Versorgungskontext und (5) weiterer Forschungsbedarf in Deutschland.

14.2 Neue Versorgungsansätze in Deutschland

14.2.1 Randomisierte Studien 2008 bis 2010

Kordial: Psychologische Hilfen im Umfeld der Diagnosestellung

Aufgrund der Hinweise aus einer deutschen Vorstudie (AENEAS-Studie, Kurz et al. 2010), dass Gruppenprogramme zur Bewältigung der Belastungen bei Demenzen im Frühstadium weniger sinnvoll als individuelle Therapiesitzungen sind, wurde

Tabelle 14–1

Kordial

Zielgruppe	– 221 Menschen mit leichtgradiger Demenz – Vorhandensein eines mitwirkenden pflegenden Angehörigen
Intervention	– Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Kombination aus bewährten kognitionsorientierten Strategien der neuropsychologischen Therapie mit emotionsorientierten Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie • 6 thematisch gegliederte Module • 12 wöchentlichen einstündigen Einzelsitzungen unter Einbeziehung der – Passive Kontrollgruppe: Regelversorgung der Angehörigen
Wirkung	– Erste Ergebnisse zeigen zwölf Monate nach Studieneintritt Unterschiede zum Vorteil der Interventionsgruppe in Bezug auf therapiernahe Verhaltensänderungen, Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Versorgungs-Report 2012

WldO

ein komplexes Programm aus Krankheitsaufklärung, Einführung von Gedächtnishilfen und psychotherapeutische Bewältigungshilfen im Rahmen von Gesprächen mit dem Betroffenen allein oder gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen entwickelt (Tabelle 14–1).

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Derzeit beschäftigen sich weniger als 10% aller Psychotherapeuten mit Menschen, die älter als 65 Jahre sind¹. Bei entsprechender Ausbildung wären aufgrund der räumlichen Verteilung der niedergelassenen Psychotherapeuten am ehesten in den Kernstädten (ein Therapeut auf 2 000 Einwohner²) entsprechende Angebote umsetzbar. Die Intervention setzt eine hohe Mobilität von Betroffenen und Angehörigen voraus. Insgesamt wäre ein Wandel des Einsatzgebietes von Psychotherapeuten und ein deutlicher Ressourcenaufwand notwendig.

TeleTandem: Telefonische Angehörigenberatung

Die randomisierte Studie mit drei Vergleichsgruppen und neunmonatigem Beobachtungszeitraum evaluierte die Wirkung telefonischer Beratung von Angehörigen demenzerkrankter Menschen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 14–2 zusammengefasst.³

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Die Telefonberatung wurde von den Angehörigen sehr gut angenommen. Diese Form der Beratung ist weniger limitiert durch Barrieren wie etwa eine eingeschränkte Mobilität durch Wohnsitz in ländlichem Gebiet oder eigene Erkrankung, Mangel an Unterstützungsangeboten in der Region oder den stetigen Beaufsichtigungsbedarf des Demenzerkrankten.

Forschungsbedarf: Folgestudien im Kontext der Routineversorgung müssten untersuchen, ob die verbesserte Problemlösefähigkeit der pflegenden Angehörigen und die Reduktion ihrer körperlichen Beschwerden anhält und dies dazu führt, dass sie weniger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen oder die Heimaufnahme der von ihnen betreuten Menschen mit Demenz verzögert wird.

1 www.who-tag.de/pdf/2006richter_r_abstract.pdf

2 BPTK-Studie: Wartezeiten in der Psychotherapie. www.bptk.de/service/termine/termine-einzelsicht/artikel/symposium-wi.html

3 Vergleiche auch www.uni-jena.de/Gabriele_Wilz.html => Link „TeleTandem“

Tabelle 14–2

TeleTandem

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – 222 Lebenspartner und (Schwieger-)Kinder zuständig für die häusliche Pflege von Menschen mit mindestens mittelgradiger Demenzerkrankung (Global Deterioration Scale ≥ 3) – Keine Teilnahme an einer psychotherapeutischen Behandlung während des Studienzeitraumes – Keine kognitiven Beeinträchtigung des pflegenden Angehörigen
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Interventionsgruppe: Ein persönliches Gespräch und sechs Telefonate einer klinischen Psychologin mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung zur Ressourcenförderung durch kognitive Verhaltenstherapie mit folgenden Komponenten: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Förderung von Problemlösefähigkeiten • Veränderung dysfunktionaler Gedanken • Aufbau positiver Ausgleichsaktivitäten • Aktivierung sozialer und professioneller Unterstützung • Beratung zum Umgang mit Stress, Veränderung und Trauer – Aktive Kontrollgruppe: Progressive Muskelentspannung im Rahmen von Telefonaten mit gleicher Intensität – Passive Kontrollgruppe: Regelversorgung
Wirkung	<p>Erste Ergebnisse aus der Befragung direkt nach der dreimonatigen Behandlungsphase zeigten für die Interventionsgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> – eine verbesserte Problemlösefähigkeit und Lebensqualität der Angehörigen – eine Reduktion der körperliche Beschwerden – einen positiv wahrgenommen Therapieerfolg – jedoch keine Veränderungen bei Depressivität und Belastungserleben

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Häusliche Ergotherapie

Zur häuslichen Ergotherapie liegen fünf neuere randomisierte Studien vor, eine aus den Niederlanden (COTiD, Graff et al. 2006), zwei aus den USA (TAP, Gitlin et al. 2008 und COPE, Gitlin et al. 2010) und zwei aus Deutschland (Leuchtturm-Demenz-Projekte: ERGO-DEM Reuster et al. 2008; WHEDA, Voigt-Radloff et al. 2009 und 2011). Nähere Informationen finden sich dazu in den Referenzen, in Tabelle 14–3 und Abbildung 14–1.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Die Heilmittelrichtlinien und die bestehenden Praxen niedergelassener Ergotherapeuten bieten die notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die Umsetzung einer wirksamen häuslichen Ergotherapie bei Demenz. Die Prozessevaluation der WHEDA-Studie (Voigt-Radloff et al. 2011) legt zwei Schlussfolgerungen zur Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem nahe: (1) Häusliche Ergotherapie ist dann indiziert, wenn mindestens ein moderater Assistenzbedarf in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens besteht. (2) Die Ergotherapeuten benötigen ein an den deutschen Kontext angepasstes Behandlungsmanual und intensive Schulung.

Forschungsbedarf: Ein in den USA und Niederlanden erfolgreiches Konzept der häuslichen Ergotherapie zeigte in Deutschland stabilisierende Effekte (WHEDA) und eine leichte Überlegenheit gegenüber der Routineversorgung (ERGO-DEM). Jedoch konnte bei Patienten mit geringem Assistenzbedarf keine Überlegen-

Tabelle 14–3

Häusliche Ergotherapie

Zielgruppe	Zu Hause lebende Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz und ihre Angehörigen					
	• COTiD:	1 Zentrum	N=135	MMSE=19	N=135	MMSE=19
	• TAP:	1 Zentrum	N=60	MMSE=12	N=60	MMSE=12
	• COPE:	1 Zentrum	N=237	MMSE=13	N=237	MMSE=13
	• WHEDA:	7 Zentren	N=141	MMSE=20	N=141	MMSE=20
	• ERGODEM:	3 Zentren	N=160	MMSE=21	N=160	MMSE=21
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Individuelles Assessment im häuslichen Umfeld <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Fähigkeiten und Aktivitätsgewohnheiten des Patienten • Umgang zwischen Patient und Angehörigen • Entlastungsbedarf des Angehörigen – Priorisierung der wichtigsten zu verändernden Alltagsaktivitäten beim Patienten und der aufzubauenden Ausgleichsaktivitäten bei den Angehörigen – Vereinfachung der ausgewählten Patientenaktivitäten und Einüben adäquater Anleitung und Unterstützung durch die Angehörigen – Kontrollinterventionen: Routineversorgung bzw. Wartegruppe außer bei WHEDA und COPE. Bei WHEDA (Voigt-Radloff et al. 2011) fand eine einmalige umfassende Beratung mit Vermittlung von Adressen für Aktivierungs- und Entlastungsangebote vor Ort statt. COPE (Gitlin et al. 2010) führte als Kontrolle eine reduzierte Beratung per Telefon ein. 					
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – COTiD: Signifikante Verbesserung von Alltagsbewältigung, Lebensqualität und Angehörigenbelastung – TAP: Signifikante Verbesserung von herausfordernden Verhalten und Angehörigenbelastung – COPE: Signifikante Verbesserung von Alltagsbewältigung und Angehörigenbelastung – WHEDA: 6 Monate Stabilisierung von Alltagsbewältigung, Lebensqualität und Angehörigenbelastung in Interventions- und Kontrollgruppe – ERGODEM: Signifikante Verbesserung von Alltagsbewältigung nach Abschluss der Intervention und in Nach-Erhebungen nach 3 und 6 Monaten. 					

Versorgungs-Report 2012

WIdO

heit zu einem umfassenden ergotherapeutischen Beratungsbesuch nachgewiesen werden (WHEDA). Zukünftige Versorgungsstudien sollten die Indikation für einen einmaligen ergotherapeutischen Beratungsbesuch und ein intensiveres Hausbesuchsprogramm hinsichtlich des Schweregrades der Demenz und des Assistenzbedarfs der Patienten voneinander abgrenzen.

MAKSaktiv: Motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie im Pflegeheim

Dieses ebenfalls erfolgreich abgeschlossene Leuchtturm-Demenz-Projekt ist eine randomisierte Studie mit zwei Vergleichsgruppen und einjährigem Beobachtungszeitraum zur Aktivierung von demenzerkrankten Pflegeheimbewohnern. Weitere Informationen finden sich unter www.maks-aktiv.de und in Tabelle 14–4.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Eine Aktivierung in Gruppen durch qualifizierte Pflegetherapeuten stellt einen attraktiven Ansatz dar, der in der Altenpflege gute Akzeptanz finden kann. Jedoch stellt es für viele Pflegeheime eine große Herausforderung dar, personelle Ressourcen von zwei Pflegetherapeuten und einer Hilfskraft für zwei Stunden täglich an sechs Tagen der Woche freizustellen.

Abbildung 14–1

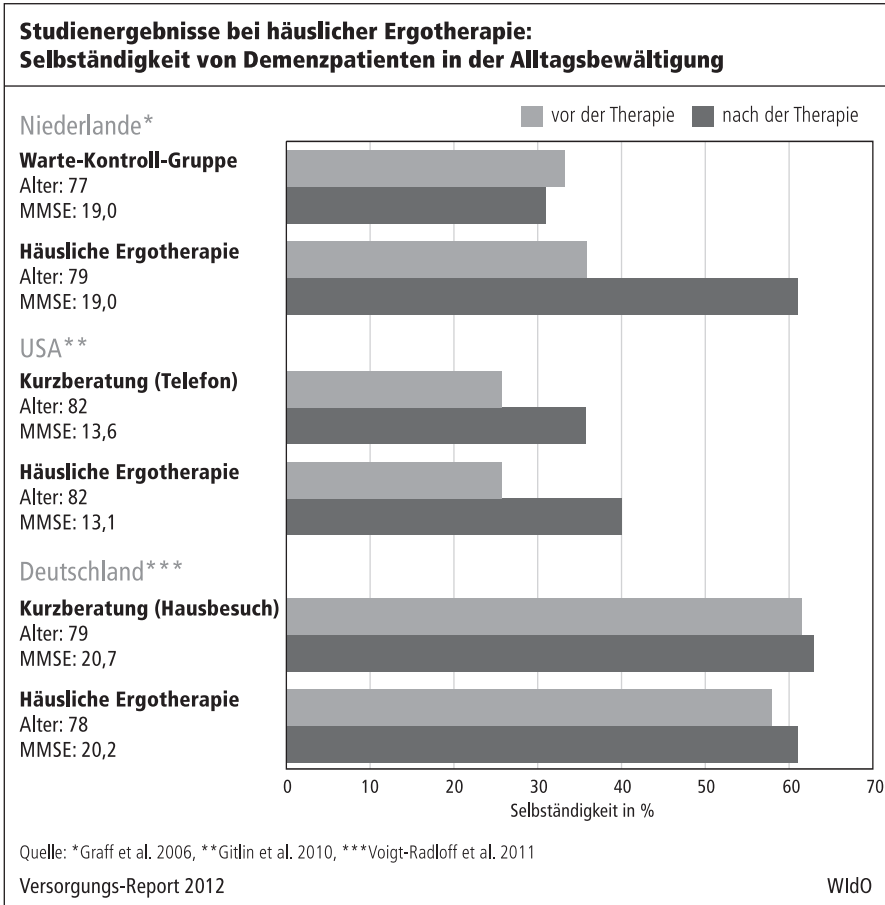


Tabelle 14–4
MAKSaktiv

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – 129 Bewohner mit degenerativer Demenz aus 5 Pflegeheimen – MMSE < 24 – Pflegestufe < 3 – fähig, an einem Gruppenangebot teilzunehmen
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Kontrollgruppe: Normalversorgung – Interventionsgruppe: Zwei geschulte Pflegetherapeutinnen und eine Hilfskraft führten für zwölf Monate täglich vormittags von Montag bis Samstag für zwei Stunden motorische, alltagspraktische und kognitive Aktivierungstherapie in Gruppen von zehn Bewohnern durch
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – Die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten blieben in der Interventionsgruppe für ein Jahr stabil. In der Kontrollgruppe nahmen sie ab – Ebenso verbesserte sich unter der Therapie das Sozialverhalten und depressive Symptome und herausfordernde Verhaltensweisen ließen sich reduzieren – Bei der Pflegezeit für die Basis-Pflege zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede, jedoch für die Pflegezeit bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens

Forschungsbedarf: Zukünftige Versorgungsstudien sollten evaluieren, inwieweit diese multimodale Gruppenaktivierung (1) auch bei geringerer Intensität wirksam bleibt, (2) ebenfalls in der Tagespflege oder in Wohngemeinschaften praktikabel, akzeptabel und effektiv ist und (3) der Ressourceneinsatz in einem sinnvollen Verhältnis zur gewonnenen Lebensqualität und der Pflegezeitersparnis steht. Hierzu steht insbesondere noch ein vollständiger Bericht über die bisher beobachtete Effektivität aus.

14.2.2 Projekte mit starker Regionalversorgungskomponente

IDA - Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin

IDA ist eine cluster-randomisierte Studie mit drei Vergleichsgruppen und zweijährigem Beobachtungszeitraum. Sie wurde in Hausarztpraxen in Mittelfranken durchgeführt. Nähere Informationen finden sich unter www.projekt-ida.de, bei Donath et al. (2010) und in Tabelle 14–5.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Gemäß aktueller Prävalenzraten werden in einer Hausarztpraxis mit 1000 Patienten mindestens 20 Demenzpatienten betreut (2%). Die 1126 Hausärzte der Region Mittelfranken betreuen also konservativ geschätzt mehr als 20000 Demenzpatienten. Von den Hausärzten meldeten sich jedoch 823 nicht zur Schulung an, 83 Angemeldete nahmen nicht teil und 91 Schulungsteilnehmer rekrutierten keine Patienten. 129 tatsächlich involvierte Hausärzte rekrutierten 390 Patienten-Angehörigen-Paare, davon nahmen weniger als 100 Angehörige die zugehende Beratung in Anspruch. Zwar konnte die Inanspruchnahmerate der Beratung bei den teilnehmenden Angehörigen vervierfacht werden. Die zugehende Beratung kann aber in einer Region mit geschätzt über 20000 Demenzerkrankten und einem Erreichungsgrad von weniger als 100 (0,5%) Angehörigen keine populationsbezogene Wirkung entfalten.

Forschungsbedarf: Zukünftige Versorgungsforschung sollte niederschwellige Zugangswege für unterstützungsbedürftige Angehörige und zu Hause lebende Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz eröffnen. Da die meisten Demenzpatienten im deutschen Versorgungssystem ca. acht bis neun Mal innerhalb eines Vierteljahres einen Hausarzt aufsuchen (Eisele 2010), scheint der Zugangsweg über den Hausarzt plausibel, zumal bei einer Demenz-Neuerkrankungsrate von ca. 250000 Menschen pro Jahr eine rationale Kooperation zwischen Hausärzten und Fachärzten notwendig ist⁴. Hier sollte noch eine weiterführende Analyse erfolgen, da anscheinend auf Seiten der Hausärzte nur eine geringe Bereitschaft dazu besteht, ihre Beratungsfunktion durch Einbeziehung externer Ressourcen zu erweitern, während die Hausärzte selbst bei Demenzpatienten bis zu 50% mehr Termine anbieten (Eisele 2010).

IDA konnte bisher noch keine Effekte auf Heimaufnahme oder Angehörigenentlastung nachweisen. In internationalen Studien zeigten sich jedoch Entlastungseffekte einer zugehenden Angehörigenberatung (Lawton et al. 1989; Belle et al. 2006; Mittelman et al. 1996, 2004, 2006 and 2008; Brodaty et al. 2009). Ebenso gab es Untersuchungen zu deren Wirkkomponenten (Mittelman et al. 2004; Jang et al. 2004; Roth et al. 2005; Drentea et al. 2006). Spezifischere randomisierte Studien

⁴ Siehe auch www.demenz-leitlinie.de

Tabelle 14–5

IDA

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – Patienten mit leicht bis mittelschwerer Demenz (erreicht wurden 390 Patienten) – zu Hause lebend – inkl. Angehörige
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Alle Gruppen: 3 Std. Hausarztschulung in Demenzsymptomatik und -diagnostik – Kontrollgruppe A: Normalversorgung – Interventionsgruppen B und C zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • 2,5 Std. Hausarztschulung in leitlinienkonformer Therapie und nicht-medikamentösen Versorgungskonzepten • Empfehlung von Angehörigengruppen • Vermittlung einer zugehenden Beratung (Telefon oder Hausbesuch) durch eine geschulte Pflegefachkraft. In Gruppe B fand diese Vermittlung im zweiten Studienjahr, in Gruppe C im ersten Studienjahr statt. Der Schulungsaufwand für die Pflegefachkraft wurde nicht angegeben.
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – Inanspruchnahme von Angehörigengruppen: 3 % der Angehörigen in der Kontrollgruppe, 15 % in beiden Interventionsgruppen – Inanspruchnahme der zugehenden Beratung: 17 % der Angehörigen in der Kontrollgruppe, 66 % in beiden Interventionsgruppen – Verbleib in der häuslichen Umgebung und Fortschreiten der Erkrankung sowie Lebensqualität und Belastung der Angehörigen: nach 2 Jahren keine signifikanten Gruppenunterschiede

Versorgungs-Report 2012

WIdO

sollten auch in Deutschland mögliche Wirkkomponenten der zugehenden Beratung ermitteln wie beispielsweise die Qualifikation der Berater, Schwerpunkt und Intensität der Beratung, Voraussetzungen in den Familien oder die Struktur und Erreichbarkeit der Hilfsangebote vor Ort. Eine Zusammenarbeit mit international renommierten Forschern scheint empfehlenswert.

Ede – Entlastungsprogramm bei Demenz

Das Modellprojekt evaluierte in einer einjährigen Prä-Post-Messung die Entlastungseffekte von Beratungsbesuchen bei Angehörigen von pflegebedürftigen Demenzerkrankten im Kreis Minden-Lübbecke (Tabelle 14–6). Der Abschlussbericht und weitere Informationen finden sich unter www.projekt-edede.de.

Kommentar zur Umsetzbarkeit: Durch ein bereits etabliertes ambulantes Pflege- und Beratungsnetzwerk konnten in acht Monaten 319 Demenzerkrankte rekrutiert und 190 nach einem Jahr analysiert werden. Im Kreis Minden-Lübbecke leben etwa 315 000 Einwohner, davon sind ca. 20% über 65 Jahre alt. Bei einer Prävalenzrate für demenzerkrankte Menschen über 65 Jahren von 6% leben konservativ geschätzt mindestens 3 200 Menschen mit Demenz in der Region, wovon die meisten Versicherte der am Projekt teilnehmenden Pflegekassen waren (AOK, IKK und alle weiteren größeren Pflegekassen der Region). Es konnten also knapp 10 % der relevanten Zielgruppe erreicht werden. Jedoch waren Familien, die Geld- statt Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nahmen, stark unterrepräsentiert. Der Aufwand für die Zusatzqualifizierung von Pflegefachkräften zu spezifischen Gesundheitsberatern mit wöchentlichen Fallkonferenzen, monatlicher Supervision und insgesamt 366 Stunden Schulung erscheint hoch im Vergleich zum Qualifizie-

Tabelle 14–6

EDe – Entlastungsprogramm bei Demenz

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegebedürftige Demenzerkrankte und ihre Familien (erreicht wurden 319 Patienten) – Pflegekasse des Patienten musste Modellpartner sein
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Neun Gesundheitsberater wurden insgesamt 366 Std. fortlaufend geschult (88 Std. Einführung, 100 Std. begleitende Schulung, 150 Std. wöchentliche Fallkonferenzen, 28 Std. monatliche Supervision). – Die Berater führten insgesamt 940 Hausbesuche bei 190 Familien durch. Die 3 bis 6 Beratungsbesuche pro Familie umfassten <ul style="list-style-type: none"> • eine standardisierte Eingangsbefundung der Belastungssituation (BIZA-D, Zank et al. 2006), • Informationen über die Erkrankung, den Umgang mit Belastung und die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten sowie • die Vermittlung und Koordination von lokalen Hilfs- und Pflegeangeboten, so dass Zeiten ohne Betreuungsverpflichtung entstehen konnten.
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> – Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zur Pflegeentlastung: zu Projektbeginn 42 % der Teilnehmer, am Projektende 94 %. Insbesondere Tagespflege und ambulante Dienste wurden neu oder vermehrt in Anspruch genommen. – Belastungserleben (BIZA-D) der pflegenden Angehörigen bei gleichzeitig signifikanter Zunahme des Unterstützungsbedarfes des Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • Rückgang der erlebten Belastung durch Verhaltensauffälligkeiten des Patienten • Rückgang der erlebten Belastung durch zu wenig Zeit für sich selbst • keine signifikanten Veränderungen im Belastungserleben hinsichtlich Familie und Partnerschaft oder sozialer Anerkennung

Versorgungs-Report 2012

Wido

rungsziel, nämlich der kompetenten Vermittlung und Koordination von Entlastungspflegeleistungen.

Forschungsbedarf: Zukünftige Versorgungsforschung sollte auch etablierte Pflege- und Beratungsnetzwerke als Zugangswege nutzen. Der Befund dieses Modellprojekts mit einfacher Prä-Post-Messung, dass Beratung und Vermittlung von Entlastungspflegeleistungen die erlebte Pflegebelastung der Angehörigen reduziert, besitzt eine gewisse augenscheinliche Plausibilität. Jedoch liegt keinerlei Wirksamkeitsnachweis für die verschiedenen eingesetzten Entlastungspflegeformen vor, wie er nur im Rahmen randomisierter Untersuchungen erbracht werden kann. In diesen Studien müssten als weitere Endpunkte die langfristige Inanspruchnahme von Leistungen der Kranken- und Pflegekassen sowohl durch die Patienten als auch durch die Angehörigen berücksichtigt werden. Nur so ließen sich aus gesamtgesellschaftlicher Sicht gesundheitsökonomisch stringente Schlussfolgerungen für die Gestaltung, Dauer und Häufigkeit von Entlastungspflegeangeboten ziehen.

14.3 Diskussion

Nichtmedikamentöse Interventionen zur Versorgung von Menschen mit Demenz wurden in den letzten Jahren auch in Deutschland auf zunehmend steigendem wissenschaftlichen Niveau untersucht. Initiativen des Bundesministeriums für Bildung

und Forschung im Bereich der Versorgungsforschung, die Leuchtturmprojekte Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit und die Modellprojekte der AOK und des GKV-Spitzenverbandes waren dabei maßgeblich an der Erprobung und Bewertung von Versorgungsmaßnahmen beteiligt. Es ist erfreulich, dass Versorgungsforschung als eins der sechs Aktionsfelder im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung definiert ist. Da jedoch andere Gruppierungen im Gesundheitssystem bisher wenig Interesse an diesem Sektor haben, wird die Entwicklung von Versorgungsmaßnahmen zum großen Teil auf die Unterstützung von diesen öffentlichen Seiten angewiesen bleiben. Das Potenzial der Versorgungsforschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung wird dabei gemessen an ihrer Förderung immer noch unterschätzt.

Aufgrund der Erfahrung aus den oben aufgeführten Projekten bleiben folgende Fragen im Bereich der Versorgungsforschung noch weitgehend offen:

1. Wie können wir in Deutschland eine kontinuierliche Entwicklung zum Aufbau von evaluierten Versorgungsmaßnahmen fördern? Hierzu gehören sicherlich strukturelle Maßnahmen zum Ausbau der Versorgungsforschung, die Akademisierung der medizinischen Fachberufe, aber auch die Förderung von innovativen Pilot- und Machbarkeitsstudien bis hin zu randomisierten Untersuchungen. Die Studien zu TeleTandem und MAKs zeigen, dass in Deutschland entwickelte Behandlungsansätze rasch zu Interventionen führen, die sich gut in den Ablauf der üblichen Versorgung integrieren lassen. Hier ist eine stärkere interdisziplinäre Verschränkung und Kooperation anzumahnen, da ein Mangel an Koordination der verschiedenen Berufsgruppen als eine Hauptursache für die defizitäre Versorgungssituation diskutiert wird.
2. Wie können wir erfolgreiche Versorgungsansätze aus anderen Ländern bezüglich ihrer Wirksamkeit in Deutschland untersuchen? Das schon seit längerem entwickelte Wissen in angloamerikanischen Ländern könnte als Ausgangspunkt für Entwicklungen in Deutschland eine gute Starthilfe sein. Gerade die WHEDA-Studie zeigt aber auf, dass vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems die Effektstärken in Deutschland hinter den im Ausland erhobenen stark zurückbleiben (Voigt-Radloff et al. 2011). Hier müssen längerfristige Transferstrategien unter Einschluss von Personalqualifizierungsmaßen entwickelt werden.
3. Wie können wir als wirksam erachtete Versorgungsbausteine in die Versorgung implementieren? Für Patienten, die bereits eine Pflegeeinstufung erhielten, scheint zum Beispiel ein Zugang wie im Projekte EDe bereits einen nennenswerten Anteil der pflegenden Angehörigen (hier 10%) zu erreichen. Bei Menschen am Anfang einer Demenzerkrankung ist ein Zugang jedoch schwieriger zu erreichen (siehe Projekt IDA). Wahrscheinlich ist es dabei von Vorteil, eher kleinflächigere Planungen durchzuführen sowie frühzeitig Kranken- und Pflegekassen und Pflegedienste einzubeziehen. Unter Beteiligung von Haus- und Fachärzten, Gedächtnisambulanzen, Pflegediensten und Kranken- und Pflegekassen sind vernetzte Strukturen zu schaffen oder zu stabilisieren, mit einem rationalen Einsatz von präventiven Hausbesuchsdiensten, Heilmittelberufen, Hilfsmitteln und Medikamenten. Hier gilt es, von den besten Beispielen zu lernen. Dies wird umso leichter fallen, je besser die zu disseminierende Intervention in ihrer Wirksamkeit beschrieben ist.

4. Wie können wir das Stigma der Demenz überwinden? Ein Großteil des Rückzugs der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen sowie des verhaltenen Engagements von Ärzten liegt daran, dass die Demenz noch immer stigmatisiert wird. Auch wenn der offene Umgang mit psychischen Erkrankungen immer noch besonders schwer fällt, besteht ähnlich wie bei Krebserkrankungen ein deutlicher Trend zur Entstigmatisierung der Demenz. Die von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte „Aktion Demenz“ ist ein gutes Beispiel, wie insbesondere auf kommunaler Ebene durch zivilgesellschaftliches Engagement Menschen mit Demenz in die Normalität der sozialen Gemeinschaft eingebunden werden können (www.aktion-demenz.de). Stetige Aufklärung und Information in den Medien, aber auch das offene Bekenntnis prominenter Personen zur Demenzerkrankung in der eigenen Familie sind weiterhin notwendig (www.deutsche-alzheimer.de; Kleinman 2009; Kleinman und Hall-Clifford 2009; Jens 2009). Durch frühe Diagnosestellung werden dabei auch zunehmend Selbstzeugnisse von Menschen mit Demenz aufklärend wirksam (Reagan 1994; Taylor 2010).

Aufgrund der volkswirtschaftlichen Größe des Versorgungsproblems und der Vielschichtigkeit des Phänomens „Demenz“ sind aber in Zukunft auch komplexe Versorgungsangebote denkbar. So wurden in dieser Übersicht keine Untersuchungen zu intelligenter Haushaltstechnik und ähnlichen Technologien vorgestellt (Ambient Assisted Living AAL, www.aal-deutschland.de), deren Einsatz im Zusammenhang mit Betreuungsmaßnahmen eine verlängerte Selbstständigkeit ermöglichen könnte. Der bisher für ein Hochtechnologieland wie Deutschland geringe Nutzungsgrad dieser Möglichkeiten zeigt, dass weitere Maßnahmen zur Verbreitung und besseren Akzeptanz von AAL-Techniken notwendig sind. Auch können nichtmedikamentöse mit medikamentösen Interventionen kombiniert werden (Löwenstein 2004; Brodaty 2009). Während in der Diabetologie (Diätschulung) und Kardiologie (Herzsportgruppen) schon klare Vorstellungen zu einem nichtmedikamentösen Standbein der Prävention von Komplikationen bestehen, ist dies für Demenzerkrankungen noch nicht deutlich herausgearbeitet worden. Die Zukunft der Versorgung von Menschen mit Demenz wird sicherlich von einem multidisziplinären und multimodalen Vorgehen geprägt sein. Statt jedoch aus dem zahlreicher werdenden Angebot ungeprüft Interventionen zu implementieren, wird es Aufgabe der Versorgungsforschung sein, die für das jeweilige Krankheitsstadium sinnvollsten Kombinationen zu erproben.

Literatur

- Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja SJ, Gallagher-Thompson D, Gitlin LN, Klinger J, Koepke KM, Lee CC, Martindale-Adams J, Nichols L, Schulz R, Stahl S, Stevens A, Winter L, Zhang S; Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) II Investigators. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006 Nov 21; 145 (10): 727–38.
- Brodaty H, Mittelman M, Gibson L, Seeher K, Burns A. The effects of counseling spouse caregivers of people with Alzheimer disease taking donepezil and of country of residence on rates of admission to nursing homes and mortality. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009 Sep; 17 (9): 734–43.

- Donath C, Grässel E, Grossfeld-Schmitz M, Menn P, Lauterberg J, Wunder S, Marx P, Ruckdäschel S, Mehlig H, Holle R. Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients – results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Serv Res.* 2010; Nov 18; 10: 314.
- Drentea P, Clay OJ, Roth DL, Mittelman MS. Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Soc Sci Med* 2006 Aug; 63 (4): 957–67.
- Eisele M, van den Bussche H, Koller D, Wiese B, Kaduszkiewicz H, Maier W, Glaeske G, Steinmann S, Wegscheider K, Schön G. Utilization patterns of ambulatory medical care before and after the diagnosis of dementia in Germany – results of a case-control study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010 Jul; 29 (6): 475–83.
- Gitlin LN, Winter L, Burke J, Chernett N, Dennis MP, Hauck WW. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16 (3): 229–39.
- Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *JAMA* 2010 Sep 1; 304 (9): 983–91.
- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333 (7580): 1196.
- Glaeske G, Schickanz C. BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2008 bis 2009. Sankt Augustin: Asgard-Verlag 2010.
- Gogol M. Das Delir im höheren Lebensalter. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41: 431–9.
- Hüll M, Wernher I. Psychosoziale Interventionen und Angehörigenverfahren. *Nervenarzt* 2010 Jul; 81 (7): 823–6.
- Hüll M, Voigt-Radloff S. Nichtpharmakologische Behandlungsmethoden bei Demenzen *Nervenarzt* 2008 Nov; 79 Suppl 3: 159–64.
- IQWiG. Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19D. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG); Januar 2009; www.iqwig.de (17. August 2011).
- Jang Y, Clay OJ, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Neuroticism and longitudinal change in caregiver depression: impact of a spouse-caregiver intervention program. *Gerontologist* 2004 Jun; 44 (3): 311–7.
- Jens T. Demenz - Abschied von meinem Vater. Gütersloh: Goldmann 2009.
- Kaduszkiewicz H, Röntgen I, Mossakowski K, van den Bussche H. Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? *Z. Gerontol Geriatr* 2009; 42: 155–62.
- Kleinman A, Hall-Clifford R. Stigma: a social, cultural and moral process. *J Epidemiol Community Health* 2009 Jun; 63 (6): 418–9.
- Kleinman A. Caregiving: the odyssey of becoming more human. *Lancet.* 2009 Jan 24; 373 (9660): 292–3.
- Kurz A et al. Neuropsychologisch fundierte kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium: Die KORDIAL-Studie. *Z Gerontopsychol Psychiat* 2008; 21 (3) 157–61.
- Kurz A, Wagenpfeil S, Hallauer J, Schneider-Schelte H, Jansen S; AENEAS Study. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: the AENEAS study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010 Aug; 25 (8): 861–9.
- Lawton MP, Brody EM, Saperstein AR. A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist* 1989 Feb; 29 (1): 8–16.
- Loewenstein DA, Acevedo A, Czaja SJ, Duara R. Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004 Jul–Aug; 12 (4): 395–402.

- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996 Dec 4; 276 (21): 1725–31.
- Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004 May; 161 (5): 850–6.
- Mittelman MS, Roth DL, Haley WE, Zarit SH. Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behaviour problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004 Jan;59(1):P27-34.
- Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006 Nov 14; 67 (9): 1592–9.
- Mittelman MS, Brodaty H, Wallen AS, Burns A. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Nov; 16 (11): 893–904.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñoz R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30 (2): 161–78.
- Pentzek M, Wollny A, Wiese B, Jessen F, Haller F, Maier W, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Bickel H, Mösch E, Weyerer S, Werle J, Bachmann C, Zimmermann T, van den Bussche H, Abholz HH, Fuchs A; AgeCoDe Study Group. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *Am J Geriatr Psychiatry* 2009 Nov; 17 (11): 965–75.
- Reagan R. Public letter to the American people announcing his diagnosis of Alzheimer's disease. <http://www.pbs.org/wgbh/americanexperience/features/primary-resources/reagan-alzheimers/1994>.
- Reuster T, Jurjanz L, Schützwohl M, Holthoff V. Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting (ERGODEM). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2008; 21: 185–9.
- Roth DL, Mittelman MS, Clay OJ, Madan A, Haley WE. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 2005 Dec; 20 (4): 634–44.
- Taylor R. *Alzheimer und ich – Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf*. Bern: Hans Huber 2010.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, et al. WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics* 2009 Oct 2; 9: 44.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Jessen F, Bohlken J, Metz B, Fellgiebel A, Dodel R, Eschweiler G, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M, Hüll M. A multi-centre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: Ten sessions are not superior to one consultation. *BMJ open* (in press, 2011).
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Hüll M, Olde Rikkert M, Vernooij-Dassen M. Why did an effective Dutch complex psycho-social intervention for people with dementia not work in the German health care context? Lesson learned from a process evaluation alongside a multi-centre RCT *BMJ open* (in press, 2011).
- Zank S, Schacke C, Leipold B. Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2006; 35 (4): 296–305.