



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0151
vom 06.05.03

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der
Krankenversicherung**

**zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und
Soziale Sicherung
am 7. Mai 2003**

**Antrag der FDP „Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früh-
erkennung und Behandlung von Demenz**

Allgemeiner Teil

Epidemiologie, Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen im Alter

Demenzkrankungen sind alterskorreliert, d. h. sie nehmen mit steigendem Alter zu. Neuere Studien zeigen einen steilen Altersanstieg der Prävalenzraten, der nahezu exponentiell mit einer Verdoppelung nach jeweils fünf Altersjahren verläuft. Sind in der Altersgruppe der 65 bis 69jährigen etwas mehr als 1 v.H. demenziell erkrankt, steigt die Rate bei den 80 bis 84jährigen auf mehr als 13 v.H. und auf rund ein Drittel unter den über 90jährigen an. Vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung wird - unter Status-Quo-Bedingungen - die Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung von heute etwas über 1,8 Mio. auf ca. 2,9 Mio. Personen im Jahre 2040 ansteigen. In Übereinstimmung mit diesen Zahlen gehen Berechnungen davon aus, dass die Zahl der Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz bis zum Jahre 2050 auf knapp über 2 Mio. ansteigen wird. Aus Schätzungen zur Prävalenz lassen sich Aussagen zum Behandlungs- und Versorgungsbedarf der Bevölkerung treffen. Überträgt man die Raten auf die Altersstruktur der über 65-jährigen in Deutschland (Bickel für das Jahr 1996)¹, so ergibt sich eine Gesamt-Prävalenz-Rate von durchschnittlich 7,1 v.H., d.h. in Deutschland sind 950.000 Menschen an mittelschwer und schwer ausgeprägten Demenz erkrankt. Zwei Drittel der demenziellen Erkrankungen wird Morbus-Alzheimer verursacht. Die Rate der Neuerkrankungen (Inzidenz) wird in den vorliegenden Studien für Deutschland mit 1,85 v.H. der über 65jährigen der zuvor Gesunden beziffert. Demnach erkranken im Jahr durchschnittlich mehr als 200.000 Menschen neu an Demenz, davon 120.000 an Morbus Alzheimer.²

Auf die dramatische absolute Zunahme der Demenzerkrankungen in der Altersgruppe der 65 bis 90jährigen wird in allen Untersuchungen hingewiesen; seit Vorliegen des 4. Altenberichts der Bundesregierung Mitte 2002, der die Lebenssituation älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Demenzkranken thematisiert, sind die Fakten auch einer breiten Öffentlichkeit bekannt.

¹ Bickel, H. Stand der Epidemiologie. In: Weissbuch Demenz, Stuttgart 2002, S. 10ff.

² Bickel, H. Demenz-Syndrom und Alzheimer-Krankheit: eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen. Gesundheitswesen 2000; 62:211ff.

Medizinische und pflegerische Versorgung

Das medizinische Versorgungssystem ist nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Demenzkranken eingestellt. In der kurativen Versorgung werden die Möglichkeiten zur Erkennung von Demenzerkrankungen zu selten genutzt. Ebenso werden die medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft, obwohl nachgewiesen ist, dass durch die Anwendung dieser Therapien der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden kann. Sowohl in der Diagnostik wie auch in der Therapie von Demenzerkrankungen gibt es in den vergangenen Jahren Fortschritte. Die Alzheimer-Krankheit ist auch heute noch eine klinische Diagnose. Auf Grundlage einer möglichst frühzeitig und sorgfältig durchgeführten Diagnostik ist es heute möglich, rechtzeitig therapeutische Maßnahmen zu ergreifen und insbesondere die heute auf dem Markt befindlichen spezifischen Medikamente für die Behandlung der Demenz zu verordnen³. Studien zeigen, dass das Fortschreiten der demenziellen Erkrankung um mehrere Monate bis zu einem Jahr hinaus verzögert werden kann. Untersuchungen, in denen medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen kombiniert oder differenziell gegenüber gestellt wurden, liegen noch nicht vor. Psychosoziale Interventionen, psychoedukative Maßnahmen auch mit Angehörigen bewirken einen Nutzen sowohl für das subjektive Wohlbefinden des demenziell Erkrankten als auch für die Belastungssituation von dessen Angehörigen. Auch schwerst erkrankte Alzheimer Erkrankte können über basale Aktivitäten stimulierende Interventionen z. B. aus der Musik- oder Bewegungstherapie spürbare Verbesserungen im Bereich der Stimmungen und des Alltagsverhaltens erfahren. Voraussetzung für eine adäquate medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Versorgung demenziell Erkrankter ist das Wissen um die Diagnostik und möglichen Therapieformen bei den professionell damit befassten Berufsgruppen.

In der praktischen Versorgung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, vor allem bei Demenz, werden die Fortschritte in Diagnose und Therapie jedoch nur in einem geringen Umfang genutzt. Der Identifizierung von Demenz steht noch immer das Defizitmodell des Alters im Wege, das von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Richtern geteilt wird. Hinzu kommen auf Seiten der Angehörigen verständliche Mechanismen der Krankheitsverdrängung, auf Seiten der Ärzte unklare diagnostische Konzepte, überholte ätiologische und pathogenetische Vorstellungen, die Angst vor Fehldiagno-

³ J. Dehmling, J. Kromhuber, Stand der Pharma Co-Therapie in: Weisbuch Demenz a. a. O., Seite 40 ff.

sen und Unterschätzung der therapeutischen Erfolgsaussichten („das bringt doch nichts“).

Die Möglichkeiten der Behandlungen werden nicht ausgeschöpft,

- weil die Therapie in der Regel viel zu spät einsetzt,
- weil überhöhte Erwartungen ihre Effekte gering erscheinen lassen, andererseits aber die enorme Bedeutung auch kleinerer Fortschritte für die Patienten übersehen wird,
- weil die Beurteilung des Therapieeffekts im Einzelfall schwierig ist,
- weil das Gespräch mit der Familie zur Einschätzung des Therapieerfolges zu selten herangezogen wird,
- und nicht zuletzt, weil die Ärzte unter dem Zwang zur Kosteneinsparung stehen.⁴

Obwohl enorme Pflegekosten für stationäre Pflege eingespart werden könnten, wenn das Fortschreiten der Demenz rechtzeitig diagnostiziert und therapiert würde, erhalten in Deutschland die Demenzkranken selten eine angemessene Therapie. Die Aussagen zu den Einsparpotenzialen bei einer Versorgung *lege artis* sind divergierend. Die Quantität der jährlichen Hausarztkontakte einer bestimmten Altersgruppe mit Demenz im Vergleich zu Personen ohne Demenz-Erkrankung sagt wenig über die Qualität der aus dem Einzel-Kontakt gezogenen diagnostischen und therapeutischen Schritte aus. Die im 3. Expertenband zum 4. Altenbericht der Bundesregierung getroffenen Feststellungen zur Diagnostik und Therapie der Demenz in der hausärztlichen Praxis lassen keine Fortschritte in der Versorgung seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 erkennen.

Es besteht eine Unterversorgung, weil nur wenige Patienten eine aktive Frühdiagnostik und rechtzeitige Behandlung erfahren. Die Gründe dafür sind im 4. Altenbericht der Bundesregierung zusammengefasst: dort wird über die Hausärzte zwar ausgesagt, der

⁴ So unter Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für Demenz, L. Frölich: Epidemiologie, klinische Diagnostik und Therapie der Demenzen: Altenhilfe in Europa. Dokumentation der Fachtagung zum Thema „Dementiell erkrankte Menschen – eine Gesellschaftliche Herausforderung“; Hess. Sozialministerium (Hrsg.), Wiesbaden 2001 (Hausdruck), Seite 10 bis 36

wichtigste Ansprechpartner für Hochbetagte zu sein. Doch gibt es „enorme geriatrische und gerontopsychiatrische Wissenslücken“. Nur knapp die Hälfte (42,2 %) der psychisch kranken Heimbewohnerinnen einer Großstadt und weniger als 25 % in ländlichen Regionen befinden sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung.⁵ „Diese mangelhafte Versorgung führt zu einem unverhältnismäßig hohen Einsatz von Neuroleptika, die zudem ohne eine ausreichende diagnostische Abklärung und als Dauermedikation verordnet werden.“⁶

In der neueren Literatur wird nach wie vor die Situation der Aus-, Fort und Weiterbildung im Hinblick auf die Gerontopsychiatrie und Geriatrie für die in diesen Bereichen verbreitetsten Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte als problematisch bezeichnet.⁷ Es fehlt zum einen an Aus- und Weiterbildungsangeboten für Mediziner; zum anderen ist die Vernetzung zwischen den verschiedenen Bereichen der Diagnostik, Kuration, Rehabilitation und Pflege defizitär.

Die Gründe dafür sind sowohl bei der universitären und klinischen Ausbildung von Ärzten als auch bei deren Fort- und Weiterbildung zu finden, wo die Themen Geriatrie und Gerontopsychiatrie eine untergeordnete Rolle spielen.

Die pflegerische Versorgung bietet kein besseres Bild. Pflege ist nach wie vor in der Ausbildung und vom Selbstverständnis eher somatisch ausgerichtet. Eine längst überfällige Vereinheitlichung und an dem zu pflegenden Personenkreis orientierte Altenpflegeausbildung ist erst jetzt mit dem BundesaltenpflegeG auf den Weg gebracht worden. Auch die Planung und Ausgestaltung der Pflege bedarf der Verbesserung. Es fehlt vor allem an Leistungs- und Betreuungsangeboten, die für die Demenzkranken eine meßbare Verbesserung ihrer Lebensqualität bringen und die pflegenden Angehörigen dauerhaft wirksam entlasten und damit einer drohenden Überforderung entgegen wirken können.

⁵ D. Wolter-Henseler: Die gerontopsychiatrische Versorgungsrealität in einer westdeutschen Großstadt. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (6); (2000) S. 471-479

⁶ Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation a. a. O. S. 175

⁷ D. K. Wolter-Henseler: Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. Köln 1996. S.38ff.

2. Spezieller Teil

Intensivierung der Versorgungs- und Ursachenforschung

Der MDS unterstützt die Bemühungen nach einer Intensivierung der Versorgungs- und Ursachenforschung auf dem Gebiet der Demenzerkrankung. Dabei ist nicht nur das Augenmerk auf die medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieformen zu legen, sondern es sind verstärkt auch Anstrengungen zu unterstützen, die eine Verbesserung der Lebensqualität der von dieser Krankheit Betroffenen wie ihre Angehörigen zum Ziel hat.

Untersuchung bereits vorhandener Behandlungsansätze und Förderung der Entwicklung von Methoden zur Verhinderung bzw. zum Hinauszögern von Demenzerkrankungen

Der MDS unterstützt diese Forderung. Die bisher fragmentierte Versorgung von Demenzkranker zeigt den Bedarf und die besondere Bedeutung der Vernetzung und Integration der an der Versorgung beteiligten Professionen, Institutionen, Selbsthilfegruppen und bürgerschaftlich engagierter Individuen.

Demenz ist für Disease-Management-Programme geeignet. Sie bieten die Chance, eine intensive Diskussion zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern über eine adäquate Therapie für Demenzkranke und die notwendigen Schritte für eine qualitätsgesicherte Versorgung anzustoßen und neue Versorgungsformen wissenschaftlich zu evaluieren.

Aufbau, Etablierung und Finanzierung eines flächendeckenden und qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms

Erfahrungen in Deutschland mit einem flächendeckenden Demenz-Screening liegen nicht vor. Jedoch erscheint es sinnvoll im Rahmen von präventiven Gesundheitsmaß-

nahmen auf Erfahrungen aus dem internationalen Raum zurück zu greifen. Der MDS hält eine wissenschaftlich abgesicherte Frühdiagnostik für notwendig, auf die Wissensdefizite im hausärztlichen Bereich wurde bereits hingewiesen. Die Finanzierung von validierten Früherkennungsmaßnahmen bedarf einer vorgehenden Kosten-Nutzen-Analyse.

Unterstützung und Förderung nichtmedikamentöser Behandlungsmaßnahmen für Demenzkranke auch im Frühstadium

Die Behandlung von Demenz mit dem Ziel einer Heilung ist unter Zugrundelegung des heutigen Wissenstandes nicht erreichbar. Das Hinauszögern des Fortschreitens durch nichtmedikamentöse Maßnahmen wie auch das messbare Etablieren und Stabilisieren von Lebenszufriedenheit Demenzkranker ist jedoch möglich wie insbesondere Erfahrungen aus dem angloamerikanischen Raum eindrucksvoll belegen. Die Verpflichtung aller am Versorgungsprozess Beteiligter zur Anwendung und Umsetzung des vorhandenen Wissens ermöglicht auch den Angehörigen ein belastungsfreieres Leben.

Herstellung eines Konsens über einen evidenz-basierten Behandlungskorridor für eine Diagnosekette zur Sicherung einer qualitätsgesicherten Demenz-Früherkennung und –Behandlung

Der MDS unterstützt diese Forderung unter der Voraussetzung der Aufarbeitung der Evidenz-Lage und Verwendung der Ergebnisse zur Diagnostik und Therapie (z.B. Leitlinie).

Verbesserung der Ausbildung im gerontopsychiatrischen Bereich und Entwicklung entsprechender Fort- und Weiterbildungsangebote für Hausärzte und auf Demenzdiagnose und –behandlung spezialisierter Fachärzte

Diese Forderung ist der Dreh- und Angelpunkt von qualitätsgeleiteter Versorgung von Demenzkranken und stellt derzeit ein großes Problem dar.

Sicherstellung einer größtmöglichen Selbstbestimmung der betroffenen Person vor dem Hintergrund umfassender Information über die Krankheit

Auch größtmögliche Selbstbestimmung von an Demenz erkrankten Menschen stößt schnell an die von der Krankheit gesetzten Schranken. Auch Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz haben ihre Würde und das Recht auf eine dem Stand des Wissens entsprechende Versorgung und Betreuung. Umfassende Information des Patienten über die Krankheit und ihre Therapiemöglichkeiten sind die Voraussetzung für jedes ärztliche und pflegerische Tätigwerden.

Weiterentwicklung der Rehabilitation der Demenzkranke mit dem Ziel der Verbesserung des selbständigen Handelns

Die Evidenzlage zur Rehabilitation der Demenzerkrankung ist bislang noch nicht ausreichend vorhanden. Zudem stellt sich die Frage, ob die sinnvollen und wirksamen Maßnahmen für Demenzkranke richtiger Weise unter dem Begriff Rehabilitation zusammengefasst werden können.