

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
19. Sitzung

Berlin, den 07.05.2003, 13:40 Uhr
Sitzungsort: Bundesministerium der Finanzen
10117 Berlin, Eingang Wilhelmstraße 97
Sitzungssaal: Großer Saal

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Tagesordnungspunkt 1

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz

BT-Drucksache 15/228

Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Kühn-Mengel, Helga
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Eva Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Büttner, Hans
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heil, Hubertus
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Strebl, Matthäus
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette
Zöllner, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Meyer, Doris
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Seehofer, Horst
Singhammer, Johannes
Weiß, Peter

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Höfken, Ulrike
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Hartmann, Christoph
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Klaus Kirschner (SPD)	5,23	SV Prof. Dr. Peter Schönhöfer	5,7
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	5,18	SV Prof. Dr. Gereon Heuft	5,19
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	6	SV Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände)	6,17
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	7,19	SV Dr. Johannes Bruns (VdAK/AEV)	6,10,14
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	8	SVe Sabine Janssen (Deutsche Alzheimergesellschaft)	8,13,21
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	9	SV Dr. Jörg Lauterberg (AOK-Bundesverband)	9,14
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	11	SV Dr. Dieter Lüttje (Berufsverband Deutscher Internisten e.V.)	10,18,23
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	13,14	SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)	12,20
Abg. Dr. Heinrich Kolb (FDP)	15	SV Michael Schulz (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.)	12,13
Abg. Erika Lotz (SPD)	17	SV Ulrich Laschet (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)	13,20
Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU)	20	SV Dr. Martin Haupt	15
		SV Prof. Dr. Siegfried Kanowski	15
		SV Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller (Kuratorium der Hirnliga e.V.)	16
		SV Dr. Roland Urban (Berufsverband Deutscher Nervenärzte)	18,22
		SV Wolfgang Meunier (Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands)	21

Tagesordnungspunkt 1

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz

BT-Drucksache 15/228

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD) eröffnet die Sitzung um 13.40 Uhr.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf Sie alle sehr herzlich begrüßen, insbesondere die Damen und Herren Sachverständige und Vertreter der Verbände, die Sie uns heute zu dieser Öffentlichen Anhörung für den Antrag der FDP "Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz" zur Verfügung stehen. Ich darf mich herzlich bedanken, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind und z.T. auch schriftliche Stellungnahmen dazu abgegeben haben. Zum Verfahren: Wir haben Zeitkontingente in Stärke der Fraktionen, so dass wir zwei Runden haben, was die zwei großen Fraktionen angeht und eine Runde, was die kleineren Fraktionen angeht. Beginnen wird als Erstes die Fraktion der SPD.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Fragen richten sich an die Sachverständigen Prof. Dr. Schönhöfer und Prof. Dr. Heuft sowie an Herrn Brucker vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände: Wir wissen, dass auf Grund der demographischen Entwicklung die Zahl der Demenzerkrankten steigen wird. Wie kann durch bessere Frühdiagnose und frühzeitige Therapiemaßnahmen der Beginn einer Demenz hinausgezögert werden? Könnten Sie ungefähr quantifizieren, in wievielen Fällen das prozentual möglich sein könnte? Welche Möglichkeiten und Ansatzpunkte se-

hen Sie in Bezug auf die ärztliche Qualifizierung und die besondere Rolle des Hausarztes beim Früherkennungsscreening.

SV Prof. Dr. Peter Schönhöfer: Die Möglichkeit der Erkennung von demenziellen Entwicklungen bei Patienten ist ein diagnostisches Problem, das die Hausärzte im Prinzip überfordert. Der Hausarzt hat den Vorteil, dass er die Entwicklung des Patienten sieht und Ausfälle der hirnorganischen Leistungen feststellen kann. Aber harte Kriterien zur Diagnostik überfordern den Hausarzt, er kann nur hinweisend sein.. Durch die Nähe zu den Patienten kann er allerdings steuern, welche nachgeordneten Versorgungseinrichtungen für den Patienten geeignet sind.

SV Prof. Dr. Gereon Heuft: Ich schließe mich der Meinung des Vorredners insofern an, als ich denke, dass die Differenzialdiagnose der Demenz insbesondere bei den beiden Hauptformen der Demenz - Alzheimer und vaskuläre Demenzformen - schwierig ist. Der Hausarzt, der den Patienten schon lange, möglicherweise Jahrzehnte lang kennt, kann orientierend eine erste Verdachtsdiagnose stellen. Ich komme gleich noch mal auf Zahlen zurück, wie schwierig dann im Einzelfall die Festlegung dieser ursprünglichen Verdachtsdiagnose ist. Wir hatten im dritten Altenbericht der Bundesregierung, für die wir federführend die Expertise Gerontopsychosomatik und Alterspsychiatrie geschrieben hatten, für vernetzte Versorgungsstrukturen plädiert. Vernetzte Versorgungsstrukturen, die

in der derzeitigen politischen Diskussion vielleicht am ehesten auf Poliklinikstrukturen hinauslaufen würden, die interdisziplinär besetzt sind. Hier ist das hausärztliche und internistische bzw. geriatrische Know how eben so wichtig, wie das gerontopsychiatrische und psychotherapeutische, psychosomatische Know how. Wir wissen, dass gerade in der Anfangsphase neben der medikamentösen Behandlung die psychosoziale Unterstützung, im engeren Sinne die psychotherapeutische Begleitung, für die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen enorm wichtig sein kann. Stichwort Angehörigenarbeit: Beispiele von gelungener Zentrenbildung ist das gerontopsychiatrische Zentrum der Alexianer in Münster, das ebenso wie die Memoryklinik in Essen mit öffentlichen Mitteln gefördert wird.

Aus der Memoryklinik Essen möchte ich noch Zahlen nennen, die wir im „Nervenarzt“ 1995 publiziert haben. Der Ansatz war damals, dass niedergelassene Ärzte, gleich welcher Fachrichtung, Patienten vorstellen konnten, wenn Verdacht auf eine Gedächtnisstörung im Alter vorlag. Wir haben 1000 Patienten untersucht. Es stellt sich heraus, dass sich nur bei 50 % eine Demenzdiagnose definitiv sichern ließ. 4 % waren gesund. 4 % der Patienten hatten eine Demenzangst nach dem Motto: „Meine Mutter bekam mit 70 Jahren eine Demenz - jetzt habe ich Angst zu erkranken, da ich auch 70 Jahre werde.“ Diese Patienten konnten mit wenigen Interventionen und unauffälligen Befunden beruhigt werden. 12 % der Patienten, die internistisch krank waren, konnte durch eine internistische Behandlung geholfen werden. 30 % hatten eine Depression oder eine psychosomatische Störung, die in einem ganz anderen Behandlungsschema, z.B. mit Antidepressiva oder auch mit psychotherapeutischen Behandlungsnotwendigkeiten, behandelt werden mussten. Fazit ist, dass die Differenzialdiagnostik schwierig ist. Eine verfrühte oberflächliche Schnelldiagnostik mit all den finanziellen Konsequenzen kann ebenso verheerend sein, wie

das leider auch oft zu beklagende, zu späte Erkennen der Erkrankung.

SV Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände): Zu den Zahlen, nach denen gefragt wurde: Die demographische Entwicklung und die damit zusammenhängenden Neuerkrankungsraten sind in unserer Stellungnahme enthalten. Ich will nur eine davon nennen. Man geht davon aus, dass jährlich 200 000 Neuerkrankungen vorliegen, davon 120 000 vom Typ Alzheimer. Zu den Möglichkeiten der Frühdiagnose und Therapie haben die Vorredner in zutreffender Weise Stellung genommen. Wir können vom MDS im Bereich der Pflegeversicherung feststellen, dass die vom Gutachten zu erwartende pflegebe gründende Diagnose, die meistens vom Hausarzt gestellt wird, häufig eine Black-Box darstellt. Gemeint ist, dass die gegebenen Angaben flächendeckend nicht verlässlich sind. Die Begründung dazu zieht sich seit der Psychiatrie-Enquete '75 wie ein roter Faden durch die Literatur. Danach sind die niedergelassenen Ärzte, die Hausärzte vor allen Dingen, in der Frage der Diagnostik und der entsprechenden Therapie weitgehend überfordert.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wie beurteilen Sie die Forderungen des Antrages, die ärztlichen Leistungen zur Alzheimer-Früherkennung bzw. die Therapie aus der Gesamtvergütung und die entsprechenden Arzneimittel aus der Richtgrößenvereinbarungen heraus zu nehmen.

SV Dr. Johannes Bruns (VdAK/AEV): Diese Forderung ist damit begründet, dass die Demenz und die Behandlung der Demenz einen Sonderstatus haben sollte. Dieser Sonderstatus ergibt sich sicherlich, wenn man die bisher gemachten Äußerungen dahingehend interpretiert, dass wir eine defizitäre Situation haben. Zum einen, was das Wissen um die Erkrankung an-

geht, in der Diagnostik und auch in der Therapie. Zum anderen haben wir Defizite in der Form der Qualifizierung von Ärzten, die in der Lage sind, dieses rudimentäre, in Teilen auch schon differenziertere, Wissen anzuwenden. Wenn das der Grund ist, Dinge aus einer entsprechenden budgetären Versorgung herauszunehmen, ist das sicherlich kein sinnvolles Vorgehen. Man sollte darauf verzichten, zumal jetzt in Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch der EBM versucht, in seiner Fortentwicklung diesen Problemen gerecht zu werden und in den entsprechenden Abrechnungsziffern Dinge vorzusehen, die dem Arzt ermöglichen, auch innerhalb eines Budget differenziert mit diesem Krankheitsbild umzugehen. Dies ist natürlich bei weitem noch keine Beseitigung des defizitären Wissens und der Qualifizierung.

In Bezug auf die Frage, ob man die medikamentösen Therapiemaßnahmen aus der Richtgrößenvereinbarung herausnehmen sollte, weise ich grundsätzlich - auch für die Spitzenverbände - darauf hin, dass die Richtgrößenprüfung eben kein rein ökonomisches Prinzip ist, sondern dass dort auch eine qualifizierte Prüfung stattfindet. Gerade in den Bereichen, wo wir nicht genau wissen, wie die Ressourcen und die Größen sind, brauchen wir ein Instrument, welches nicht nur der Frage nachgeht, wieviel verordnet worden ist. Wenn jemand über die Richtgrößenprüfung in eine weitere Prüfung kommt, ist dies immer eine qualifizierte Prüfung, die im Detail nachprüf- und auch nachvollziehbar macht, ob an dieser Stelle qualifiziert therapiert worden ist. Würde man dies herausnehmen, nähme man der Versorgung ein qualifizierendes Steuerungsinstrument speziell bei diesen defizitären Krankheitsbild.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Schönhöfer. In dem Antrag der FDP wird der Eindruck vermittelt, als sei die Arzneimitteltherapie der goldene Weg, der Menschen eine schwierige Entwicklung

ersparen könnte oder mit der eine wesentliche Verbesserung einhergehen würde. Hier stellt sich natürlich nicht nur die Frage des Geldes, sondern auch die Frage des Nutzens. Herr Prof. Schönhöfer, haben Antidepressiva einen wesentlichen Stellenwert in der Betreuung oder Versorgung von Demenzkranken? Welchen Anteil für Antidepressiva erschien Ihrer Meinung nach gerechtfertigt? Wie beurteilen Sie die Behandlung von Demenzkranken mit atypischen Neuroleptika? Ist der Nutzen nachgewiesen? Wie sehen Sie darüber hinaus die Frage der Patienten- und Angehörigeninformation zur Nutzenanwendung in der Arzneimitteltherapie.

SV Prof. Dr. Peter Schönhöfer: Die Frage, welchen Stellenwert Antidementiva bei der Behandlung der demenziellen Entwicklungen haben, müssen wir heute sehr zurückhaltend beantworten. Der Stellenwert ist minimal, weil wir keine Strategien haben, die diese Erkrankungen behandeln. Die eine Strategie, die sinnvoll ist, ist die Steigerung der sogenannten cholinergen Übertragung. Diese Stoffe sind so giftig, dass sie in der Praxis sehr oft scheitern. Dementsprechend haben die meisten pharmazeutischen Unternehmen die Forschung auf diesem Gebiet eingestellt. Das zweite ist, dass jetzt Uralt-Substanzen wie das Memantin aktiviert werden. Memantin ist eine Substanz, die aus den 60ziger Jahren stammt. Sie war dann immer mit vielen Indikationen verbreitet worden, ohne dass irgendeine Zulassung gelang. Seitdem die Europäische Zulassungsagentur EMEA Memantin auf Grund einer Studie, die keine Aussage trifft, zugelassen hat, wird das Mittel massiv propagiert und gleichzeitig im Preis verdoppelt. Das sind Strategien, die zeigen, dass das ein Markt ist, der ausgebeutet wird, aber kein therapeutisches Feld. Das kann man, wenn man es sich ansieht, auch an den Verordnungen feststellen. Die Wahrscheinlichkeit für einen Demenzpatienten, ein überhaupt irgendwie wirksames Medikament verordnet zu bekommen, ist eins von 10. Alle anderen erhalten Medikamente, die nachweislich

keinen Effekt haben. Damit haben wir dann folgende Fehlallokation von Mitteln: 340 Mio. € sind ungefähr der Bereich, den die Arzneimittel bei demenziellen Entwicklungen und Hirndurchblutungsstörungen in Deutschland ausmachen - wenn überhaupt etwas in Frage kommt, sind davon 80 Mio. € sinnvoll. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient eine vernünftige Medikation erhält bzw. dass die Mittel vernünftig eingesetzt werden, liegt damit bei unter 25 %.

In der zweiten Frage ging es um die Zusatzmedikation mit Psychopharmaka vom Typ der antipsychotischen Mitteln, also der Neuroleptika. Hier gibt es konventionelle, stark wirksame Substanzen und neuere, sogenannte atypische, die besser verträglich sein und weniger Spätschäden bewirken sollen. In der Wissenschaft wurde dieser Vorteil durch einen Trick, nämlich durch ein Fehldesign von Studien durchgeführt. Man gab die alte Substanz mit hoher Nebenwirkungsrate in der Vollwirkdosis, die neuere Substanz in halbwirksamer Dosierung und damit auch mit der Hälfte der unerwünschten Wirkung. Logisch, dass die Studien dann eine bessere Verträglichkeit der neueren Substanzen zeichnen. Das trifft aber auf die Behandlung bei demenziellen Patienten überhaupt nicht zu. Demenzielle Patienten werden zwar richtig mit Neuroleptika behandelt, weil sie Störungen wie psychomotorische Erregungszustände haben, die der Behandlung bedürfen. Allerdings braucht man bei diesen Patienten minimale Dosierungen, die so niedrig sind, dass kein Unterschied zwischen den atypischen Neuroleptika und den konventionellen Neuroleptika wie Haloperidol festzustellen ist. Deshalb gibt es keinen überzeugenden Grund, bei der Behandlung demenzieller Erkrankungen mit minimalen Dosierungen atypische Arzneimittel vorzuziehen. Der einzige Grund, weshalb das empfohlen wird, ist, dass sich die Therapie um den Faktor 13 verteuert. Solche Produkte bedeuten natürlich mehr Einkommen für die Hersteller und es kann mehr Werbung dafür bezahlt werden.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Alzheimergesellschaft und an den AOK-Bundesverband. Sie wissen, dass es unser Ziel ist, das Prinzip „ambulant vor stationär“ umzusetzen. Sie wissen auch, dass pro Kalenderjahr 10 Mio. € zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen. Wie sehen Sie die Entwicklungen und was kann zur Motivation, vor allem der Länder, noch getan werden? Und wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten für die Lebenssituation von Demenzkranken?

Sve **Sabine Janssen** (Deutsche Alzheimergesellschaft): Die Entwicklung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes, die in sehr aufwendigen Sitzungen und Beratungen zustande gekommen ist, sehen wir mit großer Sorge. Es gibt in einigen Bundesländern eine sehr rasche Umsetzung. Das sind in der Regel die Bundesländer, die auch schon vorher Modelle gerade aus dem niedrigschwelligen Bereich gefördert haben. Leider müssen wir feststellen, dass es in anderen Ländern mit der Umsetzung noch sehr hapert. Dies ist sicherlich auch auf die schlechte finanzielle Situation der Länder und Kommunen zurückzuführen. Dort wäre vielleicht eine Möglichkeit für die Bundesregierung, Einfluss zu nehmen und zu motivieren, zumal die Angebote, die das Pflegeleistungsergänzungsgesetz bietet, relativ billige Angebote sind. Wir würden uns sehr wünschen, dass diese Strukturentwicklung voranschreiten würde.

Die Frage, wo wir Verbesserungsbedarf der gegenwärtigen Situation sehen, ist natürlich eine sehr umfassende Frage. Da könnte man in den Bereichen Diagnostik und Therapie anfangen, die auch im Antrag der FDP erwähnt werden. Das ginge weiter über den Bereich Rehabilitation, denn neben „ambulant vor stationär“ ist im Pflegeversicherungsgesetz auch der Satz „Rehabilitation vor Pflege“ festgeschrieben. Dort gibt es ein erhebliches Potential, etwas zu verbessern. Vor dem Hintergrund der de-

mographischen Entwicklung sehen wir Bedarf, die ambulante Versorgung zu stärken. Es wird immer mehr alleinlebende Menschen geben, die man in ihrem häuslichen Umfeld stützen muss. Wir sehen darüber hinaus Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die Bereitschaft der Familie zur Pflege. Es ist abzusehen, dass die Pflegebereitschaft der Familie abnehmen wird. Im stationären Bereich gibt es Potentiale in Bezug auf die größere Schaffung von modellhaften Versorgungsformen. Die Palette, in denen es Defizite gibt und wo wir uns eine Verbesserung wünschen, reicht über den ganzen Versorgungsbereich.

SV Dr. Jörg Lauterberg (AOK-Bundesverband): Was die Abschöpfung der zur Verfügung stehenden Mittel für Modellversuche und zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen betrifft, ist es richtig, was meine Vorrednerin gesagt hat. Erst in einzelnen Bundesländern fängt der Abruf verzögert an. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen von Politik, Gesundheitsberufen und Kostenträgern, solche Anträge auf den Weg zu bringen. Wir sind durchaus bereit, an verschiedenen Stellen solche neuen Versorgungsstrukturen und Modelle zu entwickeln. Versäumen wir es, in den nächsten fünf bis zehn Jahren alltagstaugliche und finanzierbare Versorgungsmodelle zu entwickeln, wird uns die Gesamtentwicklung angesichts der erwarteten Zunahme der Demenzkranken auf 3 Mio. in den nächsten 30 Jahren möglicherweise überrollen und zu sehr unerwünschten gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen führen.

Ebenso wie meine Vorrednerin sehe ich Verbesserungsmöglichkeiten in allen Versorgungsbereichen. Dies fängt bei der Diagnostik an. Eine Untersuchung im Landkreis Saarlouis hat gezeigt, dass offenkundige Demenzkranke, die von häuslichen Pflegediensten betreut werden oder in Heimen leben, von den betreuenden Medizinern z.T. nur in jedem zweiten Fall jemals eine explizite Demenzdiagnose gestellt bekommen hatten. Wir sehen darüber

hinaus auch im Bereich der Therapie riesige Qualifizierungsdefizite, die es dringend zu beheben gilt. Wir wissen, dass in diesem Bereich vielfach keine evidenzbasierten Therapien angewandt werden. Die Akutmedizin in den Krankenhäusern muss sich noch sehr viel besser auf die Versorgung von Demenzkranken einstellen. In den heutigen, technisierten und immer temporeicher werdenden Abläufen in Akutkrankenhäusern sind sie häufig verloren.

Wir sind der Meinung, dass man künftig nicht nur mehr nur den einzelnen Demenzkranken betrachten kann, sondern, soweit vorhanden, die Einheit des Demenzkranken und seiner pflegenden Angehörigen. Hier besteht die Notwendigkeit, Modelle zu erproben, wie man Angehörige am effizientesten unterstützen kann. Ziel ist, sofern von ihm selbst oder auch von seinen Angehörigen gewünscht, ein möglichst langer Verbleib des Betroffenen in seiner häuslichen Umgebung. Ich möchte fast sagen, man weiß gar nicht, wo man anfangen soll. Aber wir müssen anfangen und wir sind auch bereit dazu.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Ich würde noch mal zu dem Bereich der Diagnostik zurückkommen. Sowohl in den vorliegenden Stellungnahmen, wie auch jetzt bei einigen Fragen bzw. deren Beantwortung ist deutlich geworden, dass es auf der einen Seite noch viel Nachholbedarf gibt, auf der anderen Seite kristallisiert sich immer mehr heraus, wie wichtig die Früherkennung im Bereich der Demenzerkrankung ist. Deshalb würde ich gerne konkrete Bedingungen hören, wie man zu einer zuverlässigen und möglichst flächendeckenden Versorgungsgestaltung kommen könnte, die die Früherkennung von Demenzerkrankungen möglich macht. Gibt es Vorstellungen, mit welchen Kosten das verbunden ist? Diese Frage richtet sich an den VdAK und den Bundesverband der Deutschen Internisten.

SV Dr. Johannes Bruns (VdAK/AEV): Eine flächendeckende Sicherstellung eines Früherkennungskonzeptes ist unter dem Druck der demographischen Entwicklung sicherlich wünschenswert. Wir haben allerdings an dieser Stelle, wie vorhin von mir schon angedeutet, das Problem des mangelnden Wissens, d.h. wir müssen voraussetzen, dass die zur Verfügung stehenden Instrumente alle noch entwicklungsbedürftig sind. Sie müssen in dem Wissen der Anzuwendenden verankert werden. Ich sagte auch, dass in der Fortentwicklung des EBM's genau diese Punkte schon berücksichtigt worden sind, so dass der Arzt vor Ort Möglichkeiten hat, mit Rückgriff auf den EBM solche Instrumente zur Anwendung zu bringen. Damit kann letztendlich auch eine flächendeckende Sicherstellung gewährleistet werden. Das Hauptproblem ist aber das mangelnde Wissen. Die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, das zeigt die schnelle Fortentwicklung des EBM's und die entsprechend Aufnahme dieser Position, ist das kleinere Problem. Das größere Problem ist die adäquate Anwendung und die qualifizierte Umsetzung des Wissens bezüglich der Tests und der unterschiedlichsten Formen der Alzheimer-Erkrankungen, d.h. wie soll welcher Patient mit welcher Form des Alzheimer wirkungsvoll therapiert werden. Zum Problem der Früherkennung: Selbst wenn wir in der Lage sind, eine Demenz frühzeitig zu erkennen, ist immer noch die Frage, ob wir diese auch wirkungsvoll therapieren können.

SV Dr. Dieter Lüttje (Berufsverband Deutscher Internisten e.V.): Geriatriche Fragestellungen werden sowohl in der universitären Ausbildung als auch in der Weiterbildung defizitär behandelt. Die sich derzeit abzeichnende Entwicklung zur Erneuerung der Musterweiterbildungsordnung würde bewirken, dass die Altersmedizin noch schlechter positioniert wird. Der Fortbildungsbereich ist zwar auch verbesserungswürdig, allerdings liegen hier momentan noch die meisten Anstrengungen.

Als Versorgungsmodell wird man zwingend ein Kooperationsmodell entwickeln müssen. Es ist sicher richtig, dass die Hausärzte diejenigen sind, die Auffälligkeiten bemerken oder von den Angehörigen signalisiert bekommen. Die weitergehende Diagnostik muss aber, da stimme ich Prof. Schönhöfer zu, eine Kooperation zwischen Gerontopsychiatern, Neurologen und Internisten sein, alle mit spezieller geriatrischer Ausbildung, um sowohl Früherkennung als auch Differenzialdiagnostik ordentlich hin zu bekommen. Wo ich Prof. Schönhöfer nicht ganz zustimmen kann, ist in Bezug auf die Diagnostik. Wenn diese erfolgt, dann müssen wir auch Medikamente einsetzen können mit dem jeweils besten Wissen um ihre Wirksamkeit. Man kann für eine Erkrankung wie die Demenz aber nicht denselben hohen Level ansetzen wie für eine besser untersuchbare Erkrankung wie z.B. den Hypertonus. Wir können nicht Erkrankungen erkennen und anschließend sagen, wir haben keinerlei Behandlungsmöglichkeiten zur Hand! Möglicherweise muss man eine gewisse Reduktion sehr hoher Standards akzeptieren, solange es keine Medikamente mit besseren Standards gibt.

Als letzten Punkt möchte ich sagen, dass wir erst dann in eine Früherkennung hineinkommen, wenn Leute sich früh erkennen lassen wollen. Dazu müssen wir das Thema Demenz aus dem Stigmabereich heraus bekommen. Wir haben in der Anhörung zum Hilfsmittelsicherungsgesetz vorher gehört, wie Demenz eine Ausgrenzung aus bestimmten Bereichen bewirkt: Wer dement ist, könne nicht mehr Rollstuhl fahren, also bekommt er keinen. Wer Dement ist, bekommt einen Rehabilitationsantrag von den Krankenkassen in deutlich geringerem Satz genehmigt. Demenz ist in Deutschland ein Stigma. Solange wir das nicht bewältigen, brauchen wir uns nicht über Früherkennung zu unterhalten.

SV Wolfgang Meunier (Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands): Ich bin froh, dass Saarlouis zitiert wurde, denn ich

komme aus Saarlouis und werde gerne einiges zu dieser Studie sagen. Was die Früherkennung betrifft, so kann ich meinem Vorredner völlig zustimmen. Wir müssen die Bevölkerung selbst darauf vorbereiten, wie die Frühsymptome dieser Krankheit aussehen. Wir erleben das heute immer noch zu viel, dass Demenzkranke versteckt, eingesperrt oder einfach ins Heim verfrachtet werden. Was die Erkennung betrifft, so ist es richtig, dass der Hausarzt sicherlich überfordert ist, wenn er die Krankheit bis zum Ansatz der dann ggf. noch möglichen Therapie diagnostizieren soll. Andererseits müssen wir sehen, dass der hinzu gezogene Spezialist in der Regel nur über eine Momentaufnahme verfügt, die häufig zu Fehlinterpretationen verführen. Spätestens hier müssen wir auch die Rechte eines jeden einzelnen Patienten berücksichtigen, bevor wir ihn in eine diagnostische Schublande tun.

Was die Behandlung betrifft, so ist es tatsächlich so, dass die Demenz das erste Mal etwa 100 nach Christus beschrieben wurde, es handelt sich also um nichts Neues. Wir wissen, dass die Demenz nicht heilbar ist, im Gegensatz beispielsweise zu Formen des Lymphdrüsenkrebses. Aber allein das berechtigt nicht zu sagen, dass wir therapeutisch kaum Möglichkeiten haben. Wir müssen es mit den heute gebotenen Möglichkeiten versuchen! Ein Teil der Misserfolge, die der Demenzbehandlung zugeschrieben werden, kommt auch deshalb zustande, weil die Medikamente in einem Stadium eingesetzt werden, wo es zu spät ist und überhaupt kein Medikament mehr wirkt. Wenn die Hausärzte oder grundsätzlich die niedergelassenen Ärzte beschuldigt werden, zu wenige dieser Medikamente einzusetzen, dann liegt das daran, dass eine Behandlung mit einem Tageskostensatz von schätzungsweise 2 € zu Buche schlägt. Das sind im Quartal 180 €, der niedergelassene Hausarzt hat zur Behandlung eines Rentners aber nicht einmal diesen Betrag zur Verfügung. Der niedergelassene Neurologe und der Internist ebenfalls nicht. Wird ein multimorbider Patient betreut, dann kommt ein Ratingver-

fahren und hinterher entscheidet man sich für das, was unbedingt behandelt werden muss: Hypertonie, Diabetes, koronare Herzkrankheit usw. Will man bei der Therapie weiter kommen, muss man aber versuchen, die Demenz auch medikamentös anzugehen. Wir wissen, dass häufig nicht allein die Antidementiva erforderlich sind, sondern dass Psychopharmaka mit eingesetzt werden müssen. Es ist tatsächlich so, dass im Einzelfall Erfolge möglich sind.

Was nun die Studie im Landkreis Saarlouis betrifft, so handelt es sich um eine Kleinstadt mit ländlichen Strukturen. Die Patienten, die von Pflegediensten zu Hause betreut worden sind, waren im Wesentlichen in Spätstadien. Diese Spätstadien verursachen einen ganz erheblichen Aufwand für Angehörige und Pflegedienste. Pflegedienste sind jedoch derzeit nicht in der Lage, nennenswerte Leistungen bei diesen Patienten abzurechnen, infolgedessen kann man die Klagen verstehen. Wir müssen noch einiges bei der Bevölkerung tun, dass die Betreuung dieser Demenzkranken ab einem gewissen Stadium, wie in vielen anderen Krankheiten auch, einfach auf den Staat verlagert wird.

Was können die Länder tun? Hier gilt es meiner Ansicht nach, so etwas wie die Bürgerhilfe, also gemeindenah, zu reaktivieren, so dass auf ehrenamtlicher Basis in Gemeinden Betreuungsmöglichkeiten entstehen. Wir haben auf der einen Seite Erkrankte, die zu Hause versorgt werden können. Auf der anderen Seite haben wir eine ganz große Zahl von Senioren, die zu Hause sitzen und nicht wissen, was sie mit ihrer Zeit anfangen sollen. Es handelt sich also nicht nur um ein medizinisches Problem, sondern um eins der Gesamtbevölkerung.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Meine Fragen drehen sich um das Themenspektrum Demenzerkrankung und Einbeziehung in die Pflegeversicherung. Die Fragen gehen an den Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste, an den Verband der

Alten- und Behindertenhilfe und an Herrn Laschet vom Sozialverband Deutschland VdK: Wir haben bei diesem Themenkomplex vor allem zwei Problembereiche. Zum einen den Pflegebegriff, zum anderen die Personalsituation in den Heimen. Der richtungsbezogene Pflegebegriff des SGB XI trägt dem Hilfe- und Betreuungsbedarf Demenzerkrankter nach wie vor nur unzureichend Rechnung. Wie könnte aus Ihrer Sicht sicher gestellt werden, dass Demenzerkrankte bei den Leistungen der Pflegeversicherung angemessen berücksichtigt werden? Zum Problembereich des Personalmangels, der eine Ursache für die als unzureichend empfundene Versorgung Demenzerkrankter in den Heimen, ist: Wie hoch sehen Sie den personellen Mehrbedarf an ausreichend qualifizierten Pflegekräften? Dies nicht nur für die derzeitige Situation, sondern auch im Hinblick auf die erwartete deutliche Zunahme Demenzerkrankter in den nächsten Jahren und Jahrzehnten.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.) Beim Thema, wie die demenzielle Erkrankung im Rahmen der Pflegeversicherung besser berücksichtigt werden kann, stimmen wir Ihnen vollkommen zu. Hier gibt es zwei Problembereiche. Das eine ist die Frage des Pflegebegriffs. Wir sind der Auffassung - und die wird u.E. in der Fachöffentlichkeit weitestgehend geteilt, dass der § 14 im SGB XI so verändert werden müsse, dass die soziale Betreuung bei der Einstufung in eine Pflegestufe zu berücksichtigen wäre. Selbst im bestehenden System hätte man dann früher einen Zugang zur Pflegeversicherung und man könnte früher von der einen Stufe in die nächste wechseln. Das würde nur einen relativ geringen zusätzlichen Mittelaufwand innerhalb der Pflegeversicherung bedeuten. Um der Pflegebedürftigkeit im Rahmen von demenziellen Erkrankungen Rechnung zu tragen, halten wir es deshalb für zwingend, eine Ergänzung des § 14 im SGB XI vorzunehmen.

Zur zweiten Frage im Hinblick auf die personalintensive Versorgung und Betreuung von demenziell Erkrankten in stationären Einrichtungen: Hier liegen inzwischen äußerst gute Erkenntnisse vor, die z.B. vom KDA im Rahmen des Personalbemessungsverfahrens PLAISIR in Schleswig-Holstein erfasst worden sind. Dort wird der tatsächliche Hilfebedarf, nicht nur aber auch, bei demenziell Erkrankten erfasst, diesem Hilfebedarf wird der daraus resultierende Personalbedarf entgegen gestellt. Dieses renommierte Personalbemessungsverfahren könnte dazu führen, dass die Versorgung demenziell Erkrankter erheblich verbessert werden kann und dass das Geld, das für die Personalkosten aufgewendet wird, der Leistung folgt. Dafür liegen ausreichend Materialien und Daten auf den Tisch und wir sind der Meinung, dass es hier einer schnellstmöglichen Umsetzung dieses PLAISIR-Verfahrens bedarf.

SV **Michael Schulz** (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.): Im Moment sind wir in jedem Bundesland bei der Festlegung des Personalschlüssels. In Baden-Württemberg gibt es ein wunderschönes Beispiel. Dort hat man sich im letzten Jahr auf einen Personalschlüssel von einer Pflegekraft zu 2,37 Pflegebedürftigen geeinigt. Damit sind wir jetzt, was die Personalstärke, aber nicht die Fachlichkeit angeht, auf dem Stand von 1989. Aber da der Pflegeaufwand in den letzten Jahren, wie wir alle wissen, enorm gestiegen ist - „ambulant vor stationär“ hat auch dazu beigetragen - ist das natürlich kein Zustand. Aber allein um den Schlüssel 1: 2,37 umsetzen zu können, bedarf es enorm viel Personals. Wir haben im letzten Jahr hoch gerechnet, dass wir bundesweit 80 000 neue Vollzeitstellen bräuchten, um den Stand der Pflegeversicherung umzusetzen und den stärkeren Pflegeaufwand zu berücksichtigen. In NRW, dem Musterland, was die Pflege und die Personalstärke angeht, gab es letztes Jahr eine interessante Studie einer Forschungsgesellschaft aus Dortmund. Dort hat man festgestellt, dass

nur derjenige eine Leistung bekommt, der nach der Leistung fragt. Jemand der hochgradig dement ist und nicht fragt, bekommt die Leistung nicht. Man hat gleichzeitig gesagt, dass der vorhandene Personalschlüssel von 1: 2,2 gerade in der Nacht nicht ausreichend ist. Als dritten Punkt, was die Personalstärke angeht, glaube ich, dass da teilweise bei uns allen noch ein bisschen Illusion herrscht. Wenn man sich den Dienstplan ansieht und davon ausgeht, dass eine Pflegefachkraft zehn Pflegebedürftige betreut, dann müssen Sie die derzeitige Personalsituation in den Alten- und Behinderteneinrichtung allein schon um 20 % anpassen. An der Stelle brauchen wir PLAISIR nicht, weil eine einfache Dienstplanbetrachtung schon sehr deutlich macht, dass bezüglich der Personalausstattung noch sehr viel Nachholbedarf besteht.

SV Ulrich Laschet (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Heute ist die Definition im Pflegeversicherungsgesetz am Defizit orientiert. Es wird nur beschrieben, was der Einzelne nicht mehr kann. Will man aber zu einer sachgerechten Bewertung kommen, muss im Vordergrund stehen, was an Leistungsvermögen noch vorhanden ist, was man noch aktivieren kann und wie das im Einzelnen umzusetzen ist. Das bedeutet, dass man eine vernetzte Struktur braucht. Die aktivierende Pflege steht übrigens bereits im Gesetz, kommt nur in der Praxis nicht zur Anwendung. Wir müssen uns also darüber Gedanken machen, wie wir es schaffen, dass der Einzelne die Hilfen bekommt, die notwendig sind, um den Verlauf einer Erkrankung abzumildern und das vorhandene Leistungsvermögen so weit wie möglich aufrecht zu halten. Das setzt, nur bezogen auf die Heime, einen Personalschlüssel von mindestens 1:2 voraus. Ich weiß, dass das sehr schwierig ist. Mit der Neudefinition der Bewertung des vorhandenen Leistungsvermögens können wir die Möglichkeiten schaffen, im ambulanten Bereich mehr Hilfen anzubieten, so dass die Einweisung in ein Heim in weitestgehendem Maße stattfinden kann.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich stelle die erste Frage an den Sozialverband VdK und an die Deutsche Alzheimergesellschaft. Es geht um das Thema der Pflege der Demenzerkrankten. In den vorliegenden Antrag stellt man bei der Versorgung Dementer sehr stark auf Behandlungsmaßnahmen ab. In Hinblick auf die Versorgung ist jedoch auch die Frage nach den angemessenen Versorgungsstrukturen und nach den Versorgungsumfeldern zu stellen. Dieses Thema ist auch für pflegende Angehörige relevant. Wo sehen Sie diesbezüglich Handlungsbedarf und welche Rolle kann dabei die Bundesregierung spielen?

SV Ulrich Laschet (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Es ist entscheidend, den Betroffenen und seine Angehörigen als eine Einheit zu sehen. Man muss die Angehörigen in die Lage versetzen, die entsprechenden Hilfen erbringen zu können. Das setzt aus unserer Sicht voraus, dass man mehr Informationen anbietet, um den Betroffenen und den Angehörigen die Ängste zu nehmen. Denn mit den Ängsten ist auch die Verdrängung verbunden und die Hilfen können nicht einsetzen. Gleichzeitig muss man Angebote bereithalten, mit denen die Angehörigen in die Lage versetzt werden, diese Hilfe anzubieten. Diese Hilfe sollte insbesondere aktivierende Pflege sein, so dass das vorhandene Leistungsvermögen, so weit es geht, aufrecht erhalten wird.

SV Sabine Janssen (Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.): Ich sehe mehrere Ansatzpunkte. Vom Kollegen des Berufsverbandes Deutscher Internisten wurde bereits das Thema der Stigmatisierung angesprochen, wofür ich sehr dankbar bin. Es ist auch für die Pflegebereitschaft der Angehörigen sehr wichtig, dass man das Thema mehr in der Gesellschaft platziert, Verständnis für die Kranken findet und die Pflegebereitschaft der Angehörigen wert-

schätzt. Ich denke, das passiert noch viel zu wenig.

Wir brauchen Instrumente, um die Angehörigen, zunehmend vielleicht auch andere Pflegende, zu unterstützen. Da jeder Demenzkranke, jede Familie und jedes soziale Umfeld sehr unterschiedlich ist, werden wir eine Palette von Angeboten brauchen, die von niedrigschwelligen Angeboten, z.B. der Bürgerschaftshilfe, bis hin zu verschiedenen ambulanten Angeboten reicht. Im ambulanten Bereich muss man auch nachbessern, um das aufzufangen, was die DRG's mit sich bringen werden. Die modellhafte Förderung im stationären Bereich muss ausgeweitet werden, wobei das einerseits eine Frage des Personals, andererseits aber auch eine Frage der Entwicklung von neuen Konzepten und Modellen ist, die Mut machen, andere Konzepte umzusetzen. Auch der Bereich Finanzierung ist wichtig. Das ist ein Punkt, bei dem die Bundesregierung im Bereich des Pflegeversicherungsgesetzes gefragt sein wird. Bei der Schaffung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes ist gesagt worden, das es nur ein erster Schritt sein sollte. Auch da sehen wir noch Bedarf, Finanzierungsmöglichkeiten zu schaffen.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an Herrn Dr. Haupt. Es geht um das Thema Prävention und Rehabilitation. Welche Möglichkeiten und Defizite bestehen hinsichtlich der Primärprävention und Rehabilitation bei Demenz und was kann der Gesetzgeber tun, um vorhandene Potentiale in diesem Bereich zu fördern? Was ist dabei die Aufgabe der Selbstverwaltung?

SV **Dr. Johannes Bruns** (VdAK/AEV): Die Primärprävention bei der Demenz wäre für mich ein ganz neuer Ansatz, der mir so auch nicht bekannt ist. Ich weiß nicht, ob der Kollege noch etwas dazu sagen kann. Primärprävention bei Demenz wäre

aber sicherlich ein sinnvolles Verfahren, wenn man erfolgreiche Vorgehensweisen hätte. Beim Thema Rehabilitation greift wieder das Thema der entsprechenden Früherkennung und die Schaffung von Voraussetzungen in den entsprechenden Einheiten für die Versorgung solcher Kranken. Wir haben in unserer Stellungnahme ja deutlich gemacht, dass wir in diesem Bereich einen wesentlichen Bedarf sehen. Man muss sich in entsprechenden Reha-Einheiten, in Akutkrankenhäusern u.ä. auf den Bedarf im Rahmen einer Demenzerkrankung stärker einstellen. Es müssen Konzepte umgesetzt werden, die dem steigenden Bedarf entsprechen.

SV **Dr. Jörg Lauterberg** (AOK-Bundesverband): Möglichkeiten der Primärprävention sehe ich insbesondere beim Typus der vaskulären Demenz, weil wir dort das gleiche Risikofaktorenprofil haben wie z.B. beim Schlaganfall. Maßnahmen, die dort sinnvoll sind ist die Hypertonusbearbeitung, die Reduktion von Übergewicht, Nikotinverzicht u. ä. Also das, was wir insgesamt auch bei den Herz-Kreislauf-erkrankungen kennen und wissen. Hier ergibt sich bei der Demenz nichts Besonderes. Allenfalls gibt es noch Hinweise, dass das prämorbid Intelligenzniveau einen gewissen Schutzfaktor darstellt. Bei Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen wird die Demenzerkrankung später klinisch manifest und sichtbar, es könnte also ein protektiver Faktor sein. Aber da sind wir schon fast im Bildungsbereich und in anderen Bereichen, wenn man das ganz weit fassen will.

Was die Rehabilitation betrifft, muss man sagen, dass es bisher keine wirklich etablierten Angebote gibt, in denen die Demenz als rehabilitationsbegründende Diagnose die Leiterkrankung ist. Die Demenz ist aber gerade bei älteren, multimorbiden Rehabilitanden oft eine Komorbidität, die ganz wichtig zu beachten ist. Sie ist darüber hinaus bei der Reha-Planung und vor allen Dingen auch bei der Planung der Zurückverweisung in das häusliche Umfeld

zu berücksichtigen. Für die Demenz als solche fehlen meiner Ansicht nach z.Zt. noch die ausreichenden wissenschaftlichen Grundlagen, um komplexe Bündel von Therapiemaßnahmen, die eine Rehabilitation letztendlich ausmachen, zusammenzufassen. Das trifft insbesondere im nichtmedikamentösen Bereich zu, wo wir Evidenzlücken haben, die wir in den nächsten Jahren schließen müssen. Welche dieser Ansätze im nichtmedikamentösen Bereich wirklich helfen, muss herausgefunden werden. Dann ist es eines Tages auch denkbar, dass wir Rehabilitationsmaßnahmen speziell für Menschen anbieten, die primär an Demenz erkrankt sind.

SV Dr. Martin Haupt: Ich möchte zunächst Herrn Dr. Lauterberg in seinen prinzipiellen Überlegungen zur Primärprävention und zur Rehabilitation zustimmen. Bezüglich der Primärprävention möchte ich das aber noch etwas zuspitzen, denn es geht nicht allein um das Hinauszögern des Auftretens einer gefäßbedingten Demenz. Wir wissen, dass einige Risikofaktoren, die wir klassischerweise immer den gefäßbedingten Erkrankungen zugewiesen haben, auch für die Alzheimerkrankheit wichtige Risikofaktoren darstellen, etwa der Bluthochdruck. Die Intensivierung von Programmen zur Vermeidung solcher Risikofaktoren wird in Zukunft sehr wichtig sein. Der Risikofaktor Alter lässt sich nicht beeinflussen, sehr wohl aber der Bluthochdruck, das Übergewicht und die Fettstoffwechselerhöhung. Wo immer solche beeinflussbaren Risikofaktoren eine Rolle spielen, haben wir feststellen können, dass sich die Größe oder die Effektstärke von Risikofaktoren um bis zu 40 % hat absenken lassen.

Ich möchte einen weiteren Gedanken über die Primärprävention hinaus zur Früherkennung äußern. Was hier noch nicht zur Sprache kam, ist, dass wir es nicht nur mit der Alzheimerkrankheit oder gefäßbedingten Demenzerkrankungen zu tun haben, auch wenn sie am häufigsten auftreten. Wir müssen unbedingt die ganze Kraft

in die Früherkennung stecken, damit wir die Erkrankungen entdecken, die zu einer Demenz führen und die wir behandeln und heilen können. Hierzu gehört etwa die Schilddrüsenunterfunktion oder der Normaldruckhydrozephalus. Ich bitte darum, diese Seite zu beachten, da sie für das Angehen des Gesamtproblems unverzichtbar ist. Hier versorgen und begleiten wir die Erkrankten nicht nur über die Zeit, sondern hier heilen wir die Krankheit.

Abg. Dr. Heinrich Kolb (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Kanowski und Herrn Prof. Möller. Ich habe mit gewisser Verwunderung Herrn Prof. Schönhöfers Ausführungen zur Wirksamkeit von Antidementiva gehört. Man hört immer wieder von Angehörigen und Personen, die Umgang mit Erkrankten haben, dass die medikamentöse Behandlung sehr wohl positive Wirkungen zeigt. Können Sie eine Stellungnahme dazu abgeben, ob Antidementiva einen Nutzen haben, der über die Marginalität hinausgeht. Wie hoch ist der therapeutische Stellenwert?

SV Prof. Dr. Siegfried Kanowski: Den sehr kritischen Standpunkt, den Prof. Schönhöfer seit Jahrzehnten im Hinblick auf die Wirksamkeit von Antidementiva vertritt, teile ich nicht. Ich muss sagen, dass dieser Standpunkt auch nicht dem entspricht, was die internationale Fachwissenschaft der klinischen Pharmakologie zur Demenztherapie vorgelegt hat. An der Wirksamkeit einer Antidementiva-Gruppe von etwa fünf, sechs Substanzen ist nicht zu zweifeln. Es ist richtig, dass wir keine kausale Therapie haben, aber es ist ebenso richtig, dass wir verschiedene pharmakologische Ansätze auf verschiedenen pathogenetischen Ebenen haben, die mit der Alzheimerdemenz oder mit der vaskulären Demenz verknüpft sind. Damit sind positive Veränderungen zu erzielen. Damit haben wir eine syndromorientierte Therapie. Auf dieser Ebene erreichen wir mit der medikamentösen Behandlung eine sogenannte Progressionsverzögerung in unter-

schiedlichem Umfang. Wir erreichen zwar keine Verbesserung des Status quo ante, aber wir erreichen im Vergleich zum Placeboverlauf eine Progressionsverzögerung, die etwa der Progression von einer halben Jahresrate entspricht.

Wenn man die Effizienz mit anderen Medikamentengruppen vergleicht, reichen die Placebo-Verum-Differenzen an die der antidepressiven Therapie heran. Es ist nicht einzusehen, warum wir die antidepressive Therapie auf diesem Niveau akzeptieren, die Antidemenztherapie aber nicht. Es gibt noch viele andere Beispiele von Effizienzvergleichen, in denen medikamentöse Therapien akzeptiert werden, auch wenn ihr Effizienzniveau nicht höher ist als bei den Antidementiva. In der, hauptsächlich von pharmakologischer Seite geführten, kritischen Wirksamkeitsdiskussion dokumentiert sich für mich eine Stigmatisierung der Demenzerkrankung. Mehr möchte ich dazu im Augenblick nicht sagen. Es hat meiner Meinung nach auch keinen Sinn, das wir hier auf Einzelheiten von Studien eingehen und uns um methodische Details streiten. Es ist einfach Faktum, dass selbst die sehr kritische Kommission der Ärzteschaft immerhin eine Substanz als wirksam zugelassen hat. Die Fachgesellschaften, die sich mit der Frage befasst haben, haben das Spektrum weiter gesehen, wobei es ganz wichtig ist, dass die von mir erwähnten fünf oder sechs Substanzen auf unterschiedlichen pathogenetischen Niveaus wirksam sind. Es müsste eher zur Debatte stehen, ob man nicht eine Kombinationstherapie prüfen und untersuchen sollte, denn es wäre sehr wahrscheinlich, dass man damit bessere Effekte als mit einer Monotherapie erreichen würde.

Ich möchte mein Statement damit beenden, dass die Antidementiva nicht die einzige Problematik darstellen. Das hat auch Prof. Schönhöfer mit der Neuroleptika-Therapie angedeutet. Es geht nicht nur um Antidementiva, es geht auch um die Behandlung der Depressivität. 30 % der Demenzkranke im initialen Stadium haben eine mas-

sive depressive Symptomatik bis hin zur Suizidalität und benötigen eine antidepressive medikamentöse Therapie. Es geht darüber hinaus um die sogenannten Verhaltensstörungen, wie psychomotorische Unruhe, Aggressivität, Dissozialität. Hier kommen wir nicht um eine neuroleptische Behandlung herum. Dazu haben die Amerikaner schon vor Jahrzehnten Studien veröffentlicht, die gezeigt haben, dass die Höhe der riskanten neuroleptischen Sedierung von unruhigen Demenzkranke eng mit dem Personalschlüssel in Nursing homes korreliert. Je weniger Personal, desto höher die Verordnung von nicht unproblematischen neuroleptischen Substanzen. Mein letzter Satz noch einmal an Herrn Schönhöfer: Nicht einmal die Food and Drug Administration vertritt den Standpunkt von Herrn Schönhöfer, was die Effizienz von Antidementiva angeht.

SV Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller (Kuratorium der Hirnliga e.V.): Ich möchte Herrn Prof. Kanowski voll und ganz folgen. Auch ich habe mit Verwunderung die Ausführungen von Herrn Prof. Schönhöfer angehört. Aus eigener Erfahrung in der Therapie im ambulanten und stationären Bereich einer großen Universitätsklinik in München kann ich nur das unterstützen, was Herr Prof. Kanowski ausgeführt hat. Das ist nicht nur eine subjektive Erfahrung, sondern schlägt sich auch in den internationalen Leitlinien zur Demenztherapie nieder und ist internationaler State of the Art. In den Ausführungen der Therapieleitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft wird die Therapie mit Antidementiva ausdrücklich als Standardtherapie für diese Patienten dargestellt. Wenn hier gefragt wird, ob es nur um marginale Effekte geht, dann zeigt sich darin vielleicht auch eine Diskriminierung dieser Patientengruppe. Ich habe noch nie gehört, dass bei Krebstherapiepräparaten gefragt wird, ob es sich dabei um eine marginale Therapie handelt, wenn vielleicht eine Lebensverlängerung von drei Monaten in Erscheinung tritt. Herr Prof. Kanowski hat ausdrücklich ausgeführt, dass es hier im-

merhin um eine Progressionsverzögerung von einem halben Jahr geht, die Patienten symptomatisch gebessert werden können, dass die Pflege erleichtert wird etc. Nicht zu vergessen, dass diese Präparate auch für die Patienten selber Hoffnung darstellen. Wenn man ihnen diese Hoffnung nehmen würde, würde es ihre Situation noch schrecklicher machen.

Es ist keine Frage, dass die medikamentöse Therapie in andere Therapiemaßnahmen eingebettet sein muss. Sie ist nur ein Pfeiler der Therapie. Ein anderer Aspekt ist zweifellos, dass wir alle mit den Therapieerfolgen, also mit den Effizienzen, noch nicht zufrieden sind. In diesem Bereich hoffen wir auf die neue Forschung. Da gibt es ganz entscheidende Ansätze, die vielleicht wirklich eine kausale Therapie ermöglichen. Darüber hinaus müssen wir vielleicht, ähnlich wie bei der Parkinsontherapie, bei der Demenztherapie mehrere Therapieansätze mit unterschiedlichen pharmakologischen Wirkschwerpunkten kombinieren, um eine bessere Effizienz zu erreichen. Derzeit wird im Rahmen des vom BMBF geförderten Demenznetzwerkes ein solcher Kombinationsansatz zwischen Acetylcholinesterase-Hemmern und Memantin untersucht. Hier habe ich in meinem klinischen Alltag sehr positive Erfahrungen gemacht.

Ich möchte in diesem Kontext noch eine Bemerkung zu Memantin machen, das eine Neuzulassung über die Europäische Arzneimittelbehörde erfahren hat. Ich finde es erstaunlich, dass Herr Prof. Schönhöfer diese Zulassung so hinterfragt. Ich glaube, Sie können davon ausgehen, dass in dieser Behörde ausgewiesene Experten sitzen, ebenso wie bei der FDA. Ich möchte betonen, dass sowohl die Acetylcholinesterase-Hemmer als auch das Memantin außerordentlich streng geprüft wurden. Die Zulassung ist bei weitem keine weiche Zulassung.

Noch ein Wort zu den atypischen Neuroleptika. Wir brauchen zur Behandlung der Verhaltensstörungen der Demenzkrankheit

Neuroleptika. Bisher wurden in diesem Feld die alten Neuroleptika mit Erfolg eingesetzt. Sie sind aber mit Nebenwirkungen belastet, u.a. deshalb, weil alte Patienten generell, und Demenzpatienten ganz besonders, besonders sensibel für Nebenwirkungen im motorischen Bereich sind, so wie sie für die alten Neuroleptika typisch sind. Es ist gar keine Frage, dass die atypischen Neuroleptika, wie man insbesondere auf dem Hauptindikationsgebiet der Schizophrenie sehen kann, diesbezüglich erhebliche Vorteile haben. Diese Vorteile bestehen auch im Bereich der alten Patienten in der Demenztherapie, sie sind auch nicht allein durch Niedrigdosierung der klassischen Neuroleptika zu erreichen.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage geht an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände. Der Medizinische Dienst soll ja verstärkt Case-Management betreiben. Was ist aus Ihrer Sicht zu tun, damit der Medizinische Dienst diese Aufgabe verstärkt wahrnehmen kann?

SV Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände): Es freut mich zu hören, dass der Medizinische Dienst demnächst verstärkt Case-Management betreiben soll. In der Tat halte ich es für eine Aufgabe, die der Medizinische Dienst im Rahmen der Pflegeversicherungsaufgaben wahrnehmen könnte. Wir sind bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit sowohl in den Haushalten der Antragsteller als auch in den Häusern der stationären Versorgung diejenigen, die eine komplette Bedarfsaufnahme im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes machen. Es wurde vorhin schon gesagt, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff von § 14 mit seinem verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff für Demenzkranke zu kurz greift. Wir erfassen mit diesem Begriff nur diejenigen, die in diesen Einrichtungen bereits entsprechenden Bedarf zeigen. An dieser Stelle wäre es wünschenswert, wenn eine Bedarfsplanung im Sinne einer individuellen Hilfe - und nicht nur Pflegeplanung -

entstehen könnte und der Case-Manager den Angehörigen und den beteiligten Ko-Produzenten von Pflege und Unterstützung entsprechende Versorgungsratschläge geben könnte.

Die momentane Schwierigkeit ist die Fragmentierung in der Hilfe- und Unterstützungslandschaft. Die Angehörigen werden zu spät und zu wenig beraten. Es hat mich sehr überrascht, wie der Vertreter des Hausärzteverbandes hier die Ehrenamtlichen ins Spiel gebracht hat. Ich hatte bisher gedacht, es wäre die vornehme Aufgabe eines Hausarztes, auf Basis einer Diagnose eine entsprechende Beratungsleistung gegenüber den Patienten und den Angehörigen zu erbringen. Das zieht sich weiter in die Krankenhausversorgungslandschaft. Wir stellen bei den Qualitätsprüfungen der stationären und ambulanten pflegerischen Versorgung fest, dass auf der einen Seite die Klientel im zunehmendem Maße von demenziellen Erkrankungen geprägt ist, auf der anderen Seite die Konzepte und entsprechenden qualifikatorischen Voraussetzungen in den Einrichtungen mit dieser erhöhten Bedarfslage nicht Schritt halten. In den genannten Bereichen könnte ein Case-Management einsetzen und entsprechende Dynamisierungen, sowohl in der Qualifikation als auch in der Leistungserbringung, zeitigen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Dr. Urban und Dr. Lüttje. Im Bereich der Forschung bei nichteinwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten werden komplexe ethische Fragen aufgeworfen, z.B. im Hinblick auf die Durchführung klinischer Studien. Ich hätte gern von Ihnen gewusst, wo Sie hier die Problembereiche sehen und welche Lösungsmöglichkeiten oder -perspektiven Sie für denkbar halten?

SV **Dr. Roland Urban** (Berufsverband Deutscher Nervenärzte): Ich bin als niedergelassener Psychiater etwas überrascht, weil Forschung mit nichteinwilligungsfä-

higen Patienten im ambulanten Bereich aus verschiedenen Gründen extrem selten ist: Wegen der versicherungstechnischen Probleme, wegen der Risiken und auch wegen der Problematik in der Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Disziplinen, da ja bei älteren Patienten üblicherweise parallel Medikationen vorgenommen werden. Ich fürchte, ich kann diese Frage für den Berufsverband der niedergelassenen Nervenärzte nicht beantworten, da sich aus unserer Sicht da kein Problem ergibt.

SV **Dr. Dieter Lüttje** (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.): Sowohl für die Sektion Geriatrie im BDI als auch für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie kann ich sagen, dass Sie ein ganz wichtiges Thema ansprechen. Dies ist genau die Schwierigkeit, warum möglicherweise in bestimmten Bereichen die Datenlage zu Medikamenten noch ein Problem darstellt. Aus rein ethischer Sicht gibt es aber durchaus Ansätze, unter einem sehr engen Monitoring von Ethik-Kommissionen die vermeintliche Zustimmung von nicht mehr Einwilligungsfähigen, die einen gut eingesetzten Betreuer haben, heranzuziehen, um dann extrem gut begleitete Studien durchzuführen. Nehmen wir diese Gruppen wegen der fehlenden Einwilligungsfähigkeit völlig aus Studien heraus, werden wir nie belegte Therapien bekommen. Von daher müssen wir dieses Risiko ein Stück weit eingehen. Auf der anderen Seite muss man sagen, dass die wenigen Studien im Bereich der in Wirklichkeit nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten gezeigt haben, dass man hier mit vielen Therapieansätzen wahrscheinlich zu spät kommt.

Beim Thema Demenz ist ganz deutlich zu betonen, dass die medikamentöse, und insbesondere auch die nichtmedikamentöse Therapie viel früher einsetzen muss. In diesem Zusammenhang möchte ich noch einen Satz zum Thema Prävention sagen. Ein wichtiger Aspekt der Prävention ist es, Gedächtnisprobleme als eigenständiges Krankheitsbild zu erkennen, das nicht Demenz heißt, weil dies eine Risikogruppe

sein kann, die in die Demenz übergeht. Wir haben also präventive Möglichkeiten.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Ich möchte noch Herrn Prof. Heuft fragen, wie er den Stellenwert der Arzneimitteltherapie insgesamt einschätzt. Sie hatten eingangs dargelegt, dass wir hier eine ganzheitliche, fachübergreifende Versorgungsstruktur benötigen, wenn wir den Versorgungsauftrag gut bewerkstelligen wollen. Welchen Stellenwert hat dabei die Arzneimitteltherapie? Die Frage ist auch, bei welchen Krankheitsbildern und für welche Zeiträume des Krankheitsverlaufes die Arzneimitteltherapie der richtige Einsatzbereich ist. Ich habe auch die Bitte, dass Prof. Schönhöfer, nachdem seiner Darstellung widersprochen wurde, die Möglichkeit bekommt, noch einmal eine Erläuterung zu geben.

SV Prof. Dr. Gereon Heuft: Was die Zeiträume angeht, ist dem, was hier an verschiedenen Stellen gesagt worden ist, uneingeschränkt zuzustimmen. Wenn, dann macht Frühtherapie vor dem Hintergrund einer sicheren Diagnostik einen Sinn. Diese sichere Diagnostik ist nicht zum Nulltarif zu bekommen und ist auch nicht en passant mit Augenscheinnahe durch den Hausarzt zu leisten. Wenn diese Hürde genommen ist, macht Frühtherapie meiner Auffassung nach Sinn. Es gibt noch das Problem, zu entscheiden, wann man ggf. mit dieser Behandlung wieder aufhört. Dazu gibt es unterschiedliche Auffassungen. Die einen meinen, Antidementiva müssten fortwährend weitergegeben werden, andere sagen, bei mittelschwerer Demenz mache es Sinn, damit aufzuhören. Dies ist in der Diskussion und wir haben noch keine verlässlichen Daten. Wichtig ist die Komorbidität, die an verschiedenen Stellen angesprochen wurde. Und hier insbesondere die Komorbidität der Depression. Wichtig ist auch die Differenzialdiagnostik. Herr Dr. Haupt hat darauf hingewiesen, ich hatte die Zahlen auch genannt, ein nicht unerheblicher Teil hat gar keine

Demenzerkrankung in dem hier verhandelten engeren Sinne, sondern eine demenzielle Hirnleistungsstörung auf Grund internistischer Erkrankungen, die auch ursächlich behandelt werden können. Deshalb ein eindeutiges Plädoyer für die Differenzialdiagnostik.

Was die Behandlungsansätze angeht, tun wir uns sicher schwer, Prozentzahlen von psychosozialen Hilfestellungen, psychotherapeutischen Interventionen gerade bei den Frühformen - z.B. zur Vermeidung von Zuspitzungen hinsichtlich einer depressiven oder suizidalen Entwicklung - gegen die Wirkungen von Medikamenten zu nennen. Aber ich würde unterstellen, dass es 50:50 ist. Herr Prof. Möller aus München hat auch betont, dass es keinen Sinn mache, nur auf die medikamentöse Behandlung Bezug zu nehmen. Die psychosoziale Hilfestellung auch im Hinblick auf die Angehörigen ist mindestens gleichwertig und muss letztlich auch bei mittelschweren Demenzformen umgesetzt werden, z.B. in der Frage von Lebens- und Wohnformen. Zur Frage, wie Menschen mittelfristig weiter mit den begrenzten Pflegeressourcen leben können, gibt es gute Modelle, die nicht nur auf die versorgende Pflege, sondern auf die Nutzung verbleibender Ressourcen abheben, z. T. mit sehr erstaunlichen lebensqualitätserhaltenden Gesichtspunkten. Insbesondere auch in der Weise, dass Menschen noch das Gefühl haben, menschenwürdig zu leben und dadurch weniger unruhig sind. Unruhe und Aggressivität treten nach unseren Untersuchungen, aufbauend auf die Studie an der Memoryklinik, vor allem bei Demenzen vom vaskulären Typ auf. Das liegt daran, dass das Bewusstsein auf Grund von Blutdruckschwankungen oder Durchblutungsverhältnissen im Gehirn wechselt und dadurch unterschiedliche Wachheitszustände auftreten, die die Menschen in größere Verwirrung und Aggressivität bringen, als das bei Menschen mit dem Typ der Alzheimerdemenz der Fall ist. Die Untersuchungen sind übrigens mit dem Geriatriepreis ausgezeichnet worden.

Abg. **Barbara Lanzinger** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Sozialverband VdK, an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, die Deutsche Alzheimergesellschaft, aber auch an die Berufsverbände der Ärzte, d.h. an Herrn Wolfgang Meunier, Dr. Urban und Dr. Lüttje. Der persönlichen und personenzugewandten Betreuung, sprich der psychosozialen Betreuung, kommt eine eminente Bedeutung zu. Gleichwohl bedeutet die Pflege und Betreuung von Demenzkranken gerade für die Angehörigen eine enorme Belastung. Wie kann aus Ihrer Sicht eine geeignete Unterstützung in puncto rechtzeitige präventive Erkennung der verschiedenen Krankheitsbilder erfolgen? Wie kann man Angehörigen, aber auch Freundeskreis, Nachbarn und Kollegen für die Betreuung befähigen und damit die Bereitschaft erhöhen, die Demenzkranken möglichst im häuslichen Umfeld würdig zu versorgen.

SV Ulrich Laschet (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Ganz entscheidend ist, dass man die Erkrankung aus der Stigmatisierung herausnimmt. Bleibt sie, leiten die Angehörigen einen Verdrängungsmechanismus ein und schieben die ganze Sache auf. Informiert man aber und klärt über die möglichen Hilfen auf, kann man auch entsprechend einsetzen. Das kann man auf verschiedenen Ebenen tun. Es ist noch nicht erwähnt worden, dass es Selbsthilfegruppen gibt. Selbsthilfegruppen sind in diesem Feld ein ganz wichtiger Faktor, um die Angehörigen und Betroffenen aufzufangen, Hilfe zu geben, Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen, aber auch um in einer Region vernetzte Strukturen aufzubauen. Wenn der Betroffene lange in seiner häuslichen Umgebung leben soll, was für die Lebensqualität ganz entscheidend ist, dann ist der entscheidende Ansatz, dass die Angehörigen gesund bleiben. Ich muss mir Gedanken darüber machen, wie ich Maßnahmen einleite, die dazu führen, dass sich die Einzelnen erholen können. Sie brauchen längere Erholungsphasen, um sich von dieser sehr stresshaften Situation rege-

nerieren zu können. Dazu fehlen heute die Angebote, hier müssen die Hilfen ausgebaut werden. Sie sind unter dem Gesichtspunkt der Lebensqualität entscheidend, aber auch unter Kostengesichtspunkten. Denn wenn die Angehörigen nicht mehr pflegen können, ist der Weg ins Heim vorprogrammiert. Das kostet ein Vielfaches. Wir sehen den entscheidenden Ansatz darin, zu überlegen, inwieweit man z.B. über Selbsthilfegruppen mit einer entsprechenden Förderung die Hilfe ausbauen kann. Aber dazu müssten die gesetzlichen Krankenkassen die Mittel, die für die Selbsthilfeförderung zur Verfügung stehen, voll ausschütten.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Es gibt im Rahmen der Pflegeversicherung für den Bereich der pflegenden Angehörigen Leistungen, die intensiviert werden könnten: Die Beratung von Angehörigen, der Ausbau der Unterstützung bei der Hilfe für demenziell Erkrankte. Das Problem in der Praxis ist, dass diese Hilfe zu spät in Anspruch genommen wird, so dass die notwendigen Entlastungssysteme erst relativ spät greifen. Unsere Erkenntnisse gehen dahin, dass in der Leistungsstruktur, d.h. das Angebot im ambulanten Bereich, neben der niedrighwelligen Angebotsstruktur, d.h. den Beratungsleistungen, häufig sehr flexible Angebote erwartet werden. Diese sind auf Grund der bestehenden Vereinbarung zwischen den Pflegekassen und Leistungsanbietern in dieser Form nicht vorhanden. Flexibel heißt z.B. das sogenannte Pflegesitting als Entlastung für pflegende Angehörige, damit seine Angehörigen einkaufen gehen oder andere Dinge tun können. Solche niedrighwelligen Angebote sind im Rahmen der häuslichen Entlastung für die Angehörigen sehr wichtig, im bestehenden System aber wenig bis gar nicht vorhanden. Da bedarf es eines intensiven Ausbaus im Bereich der ambulanten Versorgung. Andere Leistungsbeispiele sind Beratung und Unterstützung auf der Ebene von Pflegekursen und die Aufklärung über die Krankheit.

Es geht darum, im Umgang mit der Krankheit Hilfestellung zu geben. Was hier als Stigmatisierung benannt wurde, ist in der Regel eher Hilflosigkeit. Hilflosigkeit, weil der vertraute Mensch sich in der Häuslichkeit plötzlich nicht mehr orientieren kann, er seine Angehörigen nicht wieder erkennt. Viele dieser Aspekte führen dazu, dass diese Krankheit nicht problematisiert wird, weil es einen erheblichen Einfluss auf die Beziehung zwischen dem Angehörigen und dem Pflegebedürftigen selbst hat. Folge ist, dass das als eine Leistungsstörung erkannt wird, die in der Gesellschaft heute nicht akzeptabel ist. Das führt zur Stigmatisierung.

Es gibt bedauerlicherweise in dem Bereich der niedrigschwelligen Angebote, auch bei dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz, die Erfahrung, dass die Leistungen, in der Form, in der sie angeboten werden, überhaupt nicht abgefragt werden. Dazu hat der VdAK vor kurzem etwas publiziert. Wir ziehen daraus den Schluss, dass sie offensichtlich nicht passgenau der Bedarfssituation der Angehörigen entsprechen. Darüber hinaus halten wir es für wichtig, einen Blick über die Landesgrenzen zu werfen. Es gibt in anderen Ländern, gerade im Bereich der Versorgung von Demenzerkrankten, eine Menge Erfahrungen. Beispiele wie England oder die Niederlande sind da zu nennen. Ich denke, es ist notwendig, von diesen Erfahrungen zu profitieren und zu versuchen, sie in das deutsche System zu implementieren.

SVe **Sabine Janssen** (Deutsche Alzheimergesellschaft): Öffentlichkeitsarbeit ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sicher an oberster Stelle zu nennen. Hier sind alle Berufsgruppen, die Politik, die Behörden, gefragt, offen zu sein und die Arbeit der Angehörigen und der Pflege wertzuschätzen. Entsprechende Angebote machen das sicher einfacher. Ich freue mich, dass hier auch die Selbsthilfe genannt worden ist. Sie ist ein guter Ansprechpartner, weil dort Menschen sind, die das gleiche erlebt ha-

ben, die sich nicht zu schämen brauchen, weil sie das aus eigener Erfahrung kennen. Das zeigt auch unsere Erfahrung mit dem Alzheimertelefon, das wir seit etwas über ein Jahr mit Unterstützung aus dem Bundesaltenplan betreiben. Man braucht diese niedrigschwelligen und anonymen Zugangswege, um überhaupt ins Gespräch mit den Angehörigen zu kommen. Es ist ganz wichtig, den Angehörigen die Angst zu nehmen, dass die Pflege eines Demenzerkrankten das Ende bedeutet, dass es nicht mehr möglich ist, herauszugehen. Soziale Teilhabe ist dazu im Europäischen Jahr der Behinderten ein ganz großes Stichwort.

Es wäre auch sehr erleichternd, wenn die Angehörigen nicht um alles kämpfen müssten, so wie sie das momentan tun müssen. Sie müssen darum kämpfen, dass die entsprechende Diagnostik durchgeführt wird. Die Symptome werden oftmals nicht ernst genommen, weil viel auf das Alter geschoben wird. Sie müssen um die Therapien kämpfen, die nicht in dem Maße verschrieben wird. Sie müssen um die wenigen Reha-Programme kämpfen, die oft nicht finanziert werden, weil man sagt, eine Rehabilitation mache bei Demenz keinen Sinn. Sie müssen in der Pflegeversicherung kämpfen. Es ist insgesamt sehr mühsam, Angehöriger eines Demenzerkrankten zu sein. Wenn wir diesen Weg weniger mühsam machen würden, wäre sehr viel gewonnen und man würde die Angehörigen stärken.

SV **Wolfgang Meunier** (Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands): Wodurch ist das Stigma entstanden? Es ist z.T. durch den Zerfall der alten Familienstrukturen entstanden. Die Entstigmatisierung und die verstärkte Information innerhalb der Bevölkerung bietet die Chance der Früherkennung und damit auch die Chance der früheren Behandlung. Die Angehörigen sind durch die Dauerpflege tatsächlich häufig überfordert. Es nützt nichts, wenn ich zwei oder dreimal am Tag jemanden hinschicke. Die Verhaltensstörungen, die Weglauftendenz, die Aggressionen, das

Verwecheln von Tag und Nacht können damit für den Angehörigen nicht ausgeglichen werden. Das muss er aushalten und das ist das Problem. Vergessen wir nicht, dass wir einen steigenden Anteil von Alleinlebenden, besonders in den Ballungsgebieten, haben. Da können Sie nach Angehörigen suchen, da gibt es einfach keine! Deshalb brauchen wir gemeindenahen Hilfen, die ggf. eine Tagesbetreuung durch Laienhelfer bieten. Dies ist natürlich nicht unproblematisch, da Demenzpatienten selten einen anderen als den üblichen Kontaktpartner akzeptieren. Aber das gleiche Problem haben wir beim sogenannten Pflegesitting. Oder überhaupt beim Pflegedienst, der zu einem solchen Patienten geht. Wir erproben z.Zt, ob ehrenamtliche Konzepte im Sinne einer Bürgerschaftshilfe aus der Gemeinde heraus möglich sind. So, wie es die Grünen Damen im Krankenhaus gibt, kann es so etwas auch innerhalb der Gemeinde geben. Es gibt Patienten, die noch allein wohnen können. Aber es muss jemand kommen, der dafür sorgt, dass etwas im Kühlschrank ist. Wir können dies nicht alles auf Pflegedienste oder auf den Staat übertragen. Da ist der einzelne Bürger gefordert. Ihn kann es morgen auch treffen, dass er in dieser Situation ist.

Wir müssen prüfen, und hier spreche ich als Vorsitzender des Arbeitsausschusses Häusliche Krankenpflege im Bundesausschuss, inwieweit wir die häusliche Krankenpflege auf psychische Erkrankungen, und hier auch für Demenzerkrankungen, ausweiten können. Das ist ja derzeit im Anhörungsverfahren. Das ist problematisch, weil die häusliche Krankenpflege eine Rückzugspflege ist, die verbessern und sich schrittweise zurückziehen soll, um Pflege entbehrlich zu machen. Beim Pflegeversicherungsgesetz haben wir die Problematik, dass dieses Gesetz die Verschlechterung belohnt und bei Verbesserung des Gesamtzustandes weniger zahlt. Wenn wir von Reha sprechen, bin ich dafür, dass auch hier die Möglichkeiten weiter entwickelt werden. Reha muss im Haus des Demenzpatienten möglich sein, damit

er in die Möglichkeit versetzt wird, sich selbständig zu bewegen.

Ein anderes Thema ist das Hirnleistungstraining. Das kann ambulant, auch fern vom Wohnsitz des Patienten, durchgeführt werden. Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz hat nicht die gewünschten Ergänzungen gebracht. Deshalb wird es auch nicht abgefordert. Die Saarländische Gesundheitsministerin, Frau Görner, fordert einen Pflegeurlaub, ähnlich dem Mutterschaftsurlaub. Das ist etwas, worüber man nachdenken müsste.

SV Dr. Roland Urban (Berufsverband Deutscher Nervenärzte): Ich glaube, dass die niedergelassenen Ärzte, speziell die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, optimale Möglichkeiten bieten könnten, wohnortnah, niederschwellig, personalkonstant und qualifiziert zu versorgen. Sicher ist die Stigmatisierung ein Problem, die ja nicht nur von den Demenzen her, sondern auch von anderen Krankheitsbildern offensichtlich auf die Psychiater, die Nervenärzte abfärbt. Das macht uns zu schaffen. Hier wäre eine Verbesserungsmöglichkeit gegeben.

Im niedergelassenen Bereich wäre eine Veränderung der Gebührenordnung des EBM ganz wesentlich. Dort kommen die Angehörigen im Grunde genommen bislang nicht vor, in der Neuordnung nur sehr begrenzt. Die Betreuung eines leicht- bis mittelschweren Demenzpatienten geht in der Praxis aber nicht ohne die Angehörigen. Ein Beispiel: man darf einmal im Quartal ein Gespräch abrechnen. Wenn Sie es zweimal machen, wird es gestrichen. Wenn Sie das bei einem Patienten aufschreiben, der ein mittelschweres Demenzsyndrom hat, wird Ihnen unterstellt, dass Sie kriminell sind, weil Sie ja mit diesem Patienten kein wirklich therapeutisches Gespräch mehr führen könnten.

Es müsste im Rahmen einer komplexeren Betreuung die Möglichkeit geben, die Kooperation mit den Angehörigen, Verbän-

den, z.B. mit der Alzheimergesellschaft, in der Praxis zu institutionalisieren. Wir sind jetzt dazu gezwungen, einen Versicherten als Einzelkämpfer zu behandeln. Nur die Leistungen, die in der Gebührenordnung für diesen Versicherten vorkommen, können auch erbracht und bezahlt werden. Erbracht werden sie bislang auch, ohne dass sie bezahlt werden. Aber in der derzeitigen Situation wird es für die Arztpraxen immer schwieriger.

Es müsste zusammen mit der KBV überlegt werden, in welcher Weise die Hausbesuche durch die niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater anders geregelt werden können. Hier könnte man sich z.B. Regelungen vorstellen, wie sie in Berlin in der Onkologie Anwendung finden. Das ist etwas ganz Wesentliches, das nicht nur für die Patienten, sondern auch für die flankierenden Betreuer wichtig ist. Es müsste bessere Möglichkeiten der Kooperation der verschiedenen Ärzte untereinander geben, weil es sich um multimorbide Patienten handelt, wo es vielfältige Überschneidungen gibt, die abgesprochen werden müssten. Dieser Bereich ist nicht immer befriedigend. Vieles ist ein Problem der Bezahlung, der Zeit, die ein qualifizierter niedergelassener Nervenarzt nach 10 Jahren Facharztausbildung erbringen möchte und könnte, aber unter solchen Umständen nicht erbringen kann.

SV Dr. Dieter Lüttje (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.) Das Wichtigste ist der Mut zur Diagnosestellung. Das hat viel mit Weiterbildung zu tun. Nicht nur im ärztlichen Bereich, auch im MDK, der manchmal weniger weitergebildet ist als der MDS. Im Bereich der Therapien muss beispielsweise Physiotherapie bei Patienten mit Demenzerkrankungen völlig anders gemacht werden.

Schon angesprochen wurde, dass man von einem Recht auf Entlastung für Angehörige ausgehen muss. Und man muss dieses Recht auf Entlastung auch blockweise setzen können. Angehörige haben nichts davon, wenn sie eine Stunde entlastet werden. Sie müssen eine Woche vorher planen können, sich an dem und dem Tag frei zu bewegen. Ich denke, dass man akzeptieren muss, dass es beides gibt: Laienpflege in leichteren Stadien und höchstqualifizierte Fachpflege in höhergradigen Stadien der Demenz. Das muss in allen Settings finanziert werden. Noch ganz kurz zu den Settings: Reha von Demenz ist tatsächlich ein ambulantes Problem.

Demenz ist eine der häufigsten Begleiterkrankungen bei Alterspatienten. Das ist in der aktuellen DRG-Diskussion nicht ausreichend abgebildet, so dass ein dementer Patient im akutstationären Setting heute das finanzielle Fiasko für jede Krankenhausabteilung ist. Auch in den Rehabilitationsabteilungen wird dieses Thema eher als Abwehr gegen Demenz, denn als Hinweis auf bestimmte geriatrische Rehabilitations-Settings genommen. Prinzipiell lassen sich aber Patienten, bei denen Demenz eine Begleitdiagnose ist, durchaus rehabilitieren. Auch einen schwerst Demenzkranken mit einer Oberschenkelhalsfraktur kann man zum Laufen bekommen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Damit wären wir am Ende unserer Anhörung. Ich darf mich bei Ihnen, meine Damen und Herren, herzlich bedanken, die Sie uns als Sachverständige zur Verfügung standen, und wünsche Ihnen ein gutes Nachhausekommen.

Ende der Sitzung: 15.15 Uhr.