

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

- Präsident -

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache**

0134

vom 28.04.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme zur Anhörung am 7.5.2003

**„Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung
der Früherkennung und Behandlung von
Demenz“**

BT-Drucksache 15/228

der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

Unser Wissen über die Diagnostik und die Behandlungsmöglichkeiten der Demenz hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Einfache Diagnostikschema und vielfältige, nicht medikamentöse Behandlungsformen sowie neu entwickelte Arzneimittel, die das Fortschreiten kognitiver Störungen verzögern und dem Verlust an Alltagskompetenz entgegenwirken, stehen heute zur Verfügung. Diagnostischer und therapeutischer Nihilismus ist daher nicht angebracht, wie auch im Antrag der FDP-Fraktion deutlich wird. In der Wirklichkeit werden aber Patienten mit dementiellen Erkrankungen jedoch häufig nur unzureichend versorgt.

Dabei fehlt es der Bundesregierung nicht an Erkenntnissen. Unter dem Titel „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen“ legte die Bundesregierung im April 2002 einen umfangreichen Bericht der Sachverständigenkommission für den vierten Altenbericht vor. Zur medizinischen Versorgungssituation stellt der Altenbericht zu Recht fest, daß Demenzerkrankungen bei Krankenhausbehandlungen auch älterer Menschen eine absolut untergeordnete Rolle spielen. Demenzerkrankungen haben für die Inanspruchnahme von stationären Leistungen in Akutkrankenhäusern eine marginale Bedeutung. Beim Arzneiverbrauch, der bei Erwachsenen mit zunehmendem Alter ansteigt, werden bei den über 80-jährigen mehr als 1.200 Tagesdosen pro Jahr, das sind mehr als 3 Medikamente pro Tag, verzeichnet. Dabei stehe die Indikationsgruppen für Herz- und Kreislaufpräparate eindeutig im Vordergrund. Auf Antidementiva entfallen lediglich 2,5% der Tagesdosen in dieser Altersgruppe. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Betreuung wird man bisher den „Demenzpatienten“ noch nicht gerecht, wie diese 2 Aussagen deutlich machen.

Ausführlich geht der Altenbericht auf die Morbidität im höheren Lebensalter ein. 30% der über 70-jährigen weisen 5 und mehr Diagnosen auf. Diese hohe Prävalenz von Komorbidität muß auch für die Betrachtung der Demenz beachtet werden. Demenz tritt nicht isoliert als Krankheitsgeschehen auf. Das Management dieser Erkrankungen wird durch die Demenz zusätzlich erschwert, allein psychiatrische Kenntnisse reichen hier nicht aus, die geriatrische Versorgung ist gefordert.

Ein Disease-Management der Demenz darf deshalb keineswegs eindimensional psychiatrisch sein, es muß die Situation der Komorbidität mit im Rahmen eines ganzheitlichen geriatrischen Konzeptes erfassen. Aus den vielfältigen Analysen, die in diesem 4. Bericht zur Lage der älteren Generation gebracht werden, muß nunmehr die Politik Konsequenzen ziehen. Dazu gehört ohne Zweifel, dass einer Früherkennung und Früherfassung dementieller Krankheitsverläufe besondere Bedeutung zukommt. Dafür ist aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zu fordern:

- Die Geriatrie Aus- und Weiterbildung der Ärzte muß strukturiert und gesichert werden. Wie oben angesprochen darf die Diagnostik und Therapie des Demenzkranken nicht auf die isolierte Erfassung und Korrektur einzelner Störungen abzielen, sondern ist auf die Lebensqualität des Patienten und seine Kompetenz zur Bewältigung des Alltags im Rahmen einer Multimorbidität auszurichten. Eine solchermaßen geartete Fort- und Weiterbildung sieht bisher weder die neue Aprobationsordnung für Ärzte noch die geplante Weiterbildungsreform der Ärztekammer vor. Hier ist sogar mit einer Verschlechterung in der geriatrischen Weiterbildung zu rechnen. Die bisher bestehende 2-jährige Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ soll auf eine Zusatzbezeichnung vergleichbar mit der Akkupunktur herabgestuft werden.
- Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG's) wird dem Demenzkranken mit seiner Multimorbidität nicht gerecht. Erleidet z.B. ein Demenzkranker eine Lungenentzündung, die zu einer stationären Aufnahme führt, wird die Lungenentzündung allein führende Diagnose. Dies ist aber unsinnig, weil gleichzeitig die Hauptdiagnose Demenz unter dieser Komorbidität weiterhin im Mittelpunkt der Behandlung stehen muß, um hier einer entsprechenden Verschlechterung vorzubeugen. Die diagnosebezogenen Fallpauschalen werden der Multimorbidität des Dementen im Krankenhaus bei Auftreten akuter Erkrankungen nicht gerecht. Hier ist unbedingt für die Geriatrie und ganz besonders für den dementen Patienten in der Geriatrie eine andere Lösung zu suchen.

- Die bisher unzureichende und auch größtenteils nicht bedarfsgerechte Diagnostik („Unterdiagnostik“) bei kognitiven Störungen muß verbessert werden. Einfache psychometrische Tests, verbunden mit Geriatrischem Assessment und Erfassung der Multimorbidität sind zu erstellen. Für das Geriatrische Assessment wurde hier im Bereich der Geriatrie eine Arbeitsgruppe gebildet, die recht erfolgreich gearbeitet hat. Sie könnte exemplarisch für eine ähnliche Arbeitsgruppe angeführt werden. Allerdings sollten die verschiedenen Berufsverbände und spezialisierten wissenschaftlichen Gesellschaften aus verständlichen Gründen herausgehalten werden.

- Die Demenz muß im ambulanten Bereich eine neue Dimension erhalten.
 - Bei der Honorarverteilung im ambulanten Bereich sind diagnostische Aufwendungen zur Demenzerfassung angemessen zu berücksichtigen.

 - Neuzeitliche Therapieverfahren werden im vertragsärztlichen Sektor nur in engen Grenzen eingesetzt, da Arzneimittelrichtgrößen z.Zt. die Ärzte daran hindern, effiziente Therapiekonzepte umzusetzen. Gegebenenfalls ist ein Herausrechnen der Demenz-Präparate aus den Richtgrößen erforderlich. Der vierte Altenbericht weist darauf hin, dass mit anerkannten Demenz-Präparaten nur etwa 10-20% der Versicherten behandelt werden.

 - Nach Brustkrebs, Diabetes, Asthma und koronarer Herzkrankheit muß ein Disease-Management-Programm Demenz von der Selbstverwaltung erarbeitet werden.

 - Niederschwellige Hilfsangebote müssen vernetzte Strukturen fördern, um stationäre Einweisungen hinauszuzögen.

 - Die Ergebnisse aus dem vom Bundesministerium für Forschung und Wissenschaft geförderten Kompetenznetzwerk Demenz müssen rasch in die therapeutische Praxis umgesetzt werden.

- Die gesetzliche Pflegeversicherung muß insbesondere im Hinblick auf die Betreuung und Versorgung Demenzkranker reformiert werden, damit Wirtschaftlichkeitspotentiale durch zumindest partielle Beseitigung der Umlagefinanzierung gefördert werden; die Organisationsstrukturen der Pflegeversicherung begünstigen Pflegeleistungen und vernachlässigen Rehabilitationsleistungen. Alle Aktivitäten müssen darauf gerichtet sein, dass Primat der Geriatrischen Rehabilitation auch beim Demenzpatienten vor der Pflege zu sichern. Neue Untersuchungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen machen deutlich, dass Demenzkranke genauso bei auftretenden Erkrankungen rehabilitiert werden können wie nicht Demenzkranke. Aber es liegen auch Hinweise vor, dass das Krankheitsbild der Demenz selbst in bestimmten Bereichen rehabilitativ verbessert werden kann.

An einigen Beispielen sollte zu dieser Anhörung aufgezeigt werden, welche zentralen Fragen für den medizinischen Versorgungsbereich hier noch offen sind und dringend einer Bewältigung bedürfen. Dabei muß einem bewußt sein, dass es sich bei der Demenz um ein typisch altersabhängiges, geriatrisches Krankheitsbild handelt, welches einen ganzheitlichen Diagnostik- und Behandlungsanspruch an unsere Gesellschaft hat, wo sowohl Medizin, sozial-pflegerische Leistungen, aber auch Ehrenamt und Selbsthilfe gefordert sind. Die gewünschte Qualität der medizinischen Frühdiagnostik, Betreuung und Versorgung ist unmittelbar abhängig vom Stand der Ausbildung, der beteiligten Gesundheitsberufe und von der Finanzierung. Diese Bereiche sollten deshalb einen besonderen Schwerpunkt in der Anhörung bilden.