

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0125
vom 24.04.03**

15. Wahlperiode

zur öffentlichen Anhörung zu dem Antrag der Fraktion der FDP

„Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz“ - BT-Drucksache 15/228 -

Kognitive Defizite, die eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen verursachen und die eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau darstellen, sind in einer „Graying Society“ von herausragender Bedeutung. Bezogen auf die Altersgruppe der 65jährigen und älteren sind in Deutschland etwa 900.000 Menschen von einer Demenz betroffen, allerdings muss hinzugefügt werden, dass diese Angaben zur Prävalenz erheblich schwanken und exakte Erhebungen nicht vorliegen. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist für das Jahr 2020 mit einer Zahl von etwa 2,2 Mio. Demenzkranken in Deutschland zu rechnen. Dem entspricht eine jährliche Neuerkrankungsrate in der Altersgruppe ab 65 von ca. 190.000 Betroffenen.

Demenzielle Erkrankungen verlaufen progressiv und führen insbesondere im Falle der Alzheimer Demenz zu Pflegebedürftigkeit. Neben dem individuellen Verlust an Autonomie und Lebensqualität der Erkrankten selber kommt es zu Belastungen und Beeinträchtigungen des sozialen Umfeldes und insbesondere der betreuenden Personen. Begleiterkrankungen wie Verhaltensstörungen und motorische Störungen treten häufig bereits in den frühen Krankheitsstadien hinzu. Aufgrund der Epidemiologie der Erkrankung und der demographischen Entwicklungen werden die Kosten für ärztliche und nichtärztliche Betreuung einschließlich der Pflege durch Angehörige für das Jahr 2010 auf rund 52 Milliarden Euro geschätzt (Institut für Gesundheitssystemforschung).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Demenz ein heterogenes Krankheitsbild darstellt, unter dem zahlreiche chronisch progredient verlaufende und in der Regel unheilbare Hirnleiden zusammengefasst werden. Der Begriff Demenz hat deshalb in den vergangenen Jahren einen beständigen Wandel erfahren. Häufigste demenzielle Erkrankung ist die Demenz vom Alzheimer Typ und die vaskuläre Demenz. Die klinische Symptomatik der beiden Erkrankungen ist ähnlich, Unterschiede zeigen sich jedoch im Verlauf der Erkrankung in Begleiterscheinungen, die beim vaskulären Typ durch die Folgen der Durchblutungsstörungen geprägt sind. Andere demenzielle Erkrankungen haben einen vergleichsweise geringen Anteil. Schon hier wird deutlich, dass das Wissen um die Erkrankung und die entsprechende Therapie Schlüsselvoraussetzungen für die sachgerechte Diagnose und Therapiefindung sind. Gerade weil der Erkrankungsbeginn schleichend und oft symptomarm verläuft, werden Frühfälle unter Umständen nur schwer erkannt. Zwar stehen psychometrische Testverfahren (Mini-Mental-Status-Test, Nürnberger Altersinventar, Syndromkurztest etc.) zur Verfügung. Ob und in welcher Weise diese jedoch in einem organisierten Früherkennungsprogramm zum Einsatz kommen können, ist in Deutschland über eine modellhafte Erprobung hinaus derzeit noch nicht zur Umsetzung gekommen. In einem Modellprojekt im Jahr 1995 zur Früherkennung und Behandlung der Altersdemenz der KV Westfalen Lippe zusammen mit der Innungskrankenkasse Westfalen-Mitte nahmen von 7972 anspruchsberechtigte Versicherte ab 55 Jahre 13,6% teil. Neben der noch zu steigernden Sensibilisierung aller Beteiligten zeigte sich, dass insbesondere die Abstimmung der an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Familien von herausragender Bedeutung ist.

Es ist dabei auch zu beachten, dass nicht jede Form einer milden kognitiven Funktionsstörung progressiv im Sinne einer demenziellen Erkrankung verläuft und ein erheblicher Anteil solcher Störungen im Rahmen eines physiologischen Altersprozesses ohne besonderen Krankheitswert bleibt. In internationalen Leitlinien ist der Nutzen eines Screeningverfahrens auf demenzielle Erkrankungen in bestimmten Altersstufen bislang überwiegend negativ beurteilt worden. Die Mehrzahl dieser Empfehlungen votiert für eine sorgfältige, zielgerichtete Untersuchung der gefährdeten Altersgruppen mit zusätzlichem Einsatz psychometrischer Testverfahren bei Verdachtsfällen. Nutzen und Schaden von Screeningprogrammen müssen insbesondere hinsichtlich der Validität der benutzten Testverfahren vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Interventionsmöglichkeiten bewertet werden. Gerade die Auswirkungen falsch-positiver Testergebnisse bei völlig unauffälligen Personen sind hier in besonderem Maße zu bedenken.

Schon heute stehen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine Reihe von nichtmedikamentösen therapeutischen Verfahren zur Verfügung, die eine Verbesserung der Lebensqualität Demenzkranker zum Ziel haben. Psychosoziale Verfahren zur Steigerung der geistigen, körperlichen und sozialen Aktivität, Entspannungstechniken und verhaltensmodellierende Therapien sowie soziotherapeutische Ansätze werden einzeln oder in Kombination eingesetzt. Hierbei gilt zu beachten, dass die Wirksamkeit solcher Interventionen einer ständigen Evaluation bedarf und gerade in diesem Bereich vergleichende Untersuchungen häufig noch ausstehen. Dies ist zumindest zu einem nicht unbedeutenden Teil der ökonomischen Abhängigkeit von Forschungsinteressen geschuldet, die gerade bei der Validierung nichtmedikamentöser Therapien nicht ausgeprägt sind.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass nichtmedikamentöse Verfahren die Lebensqualität positiv beeinflussen können. Sie sind daher für die Betroffenen und Pflegenden zu empfehlen.

Die Wirksamkeit einer medikamentösen antidementiven Therapie hinsichtlich der Verzögerung des Krankheitsprozesses gerade bei Alzheimerdemenz konnte in vergleichenden Studien belegt werden. Für die Behandlung der vaskulären Demenz liegt der Wirksamkeitsnachweis bisher für zwei ältere Substanzen vor. Medikamentöse Verfahren können bei sorgfältiger Beachtung der Indikationsstellung einen zeitlich begrenzten positiven Effekt auf die Lebensqualität der Betroffenen und, durch den reduzierten Pflegeaufwand, auch ihrer Angehörigen bewirken. Die Möglichkeit, den Krankheitsprozess bei Alzheimerdemenz definitiv anzuhalten oder gar kurativ zu behandeln, existiert bisher auch mit den neueren Medikamenten nicht. Auch für die Behandlung von Begleitsymptomen der Demenzerkrankung gilt, dass einzusetzende Wirkstoffe sich in vergleichenden Untersuchungen als überlegen herausgestellt haben müssen.

Allein die fortwährende Re-Definition des Begriffes Demenz innerhalb der letzten Jahre zeigt an, dass sowohl die Formulierung des Krankheitsbildes als auch dessen Behandlung sich ständig wandelt. Dies erfordert die kontinuierliche Information und Fortbildung derjenigen Ärzte, die in der Regel Demenzerkrankte behandeln. Dies betrifft gleichermaßen Hausärzte wie spezialisierte Fachärzte. Die Ärzteschaft bietet hierzu beispielsweise im Rahmen der Arzneiverordnung in der Praxis mit Hilfe der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft evidenzbasierte Hinweise insbesondere zur Therapie an. Ebenso wird in den Arzneimittelempfehlungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zum Einsatz gerade von Innovationen dezidiert Stellung genommen. Die Verteilung dieser Informationen an die Ärzteschaft erfolgt

sowohl über das Internet als auch über Hinweis auf die Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt, das allen Ärzten zugeht.

Um Hinweisen auf eine mögliche Fehlversorgung nachgehen zu können, ist eine Intensivierung der Versorgungs- und Ursachenforschung auf dem Gebiet der Demenzerkrankung unerlässlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung setzt sich darüber hinaus für die Konzeption von besonderen Versorgungsaufträgen ein, die es im Rahmen der Regelversorgung ermöglichen, eine differenzierte und dem Erkrankungsstadium der Patienten angemessene Diagnostik und Therapie durchzuführen. Dies beinhaltet neben der nachzuweisenden Qualifikation der teilnehmenden Ärzte auch im Sinne einer kontinuierlichen Fortbildung die Organisation der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit z.B. mit der ambulanten Pflege. Für die Umsetzung eines evidenzbasierten diagnostischen und therapeutischen Konzeptes muss gewährleistet sein, dass die begründete Verordnung erforderlicher Medikation nicht zu Benachteiligungen der jeweilig Verordnenden führt. Die Entwicklung einer solchen Vereinbarung im Rahmen der Bundesmantelverträge ist Aufgabe der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung und sollte im Interesse einer bundeseinheitlichen Regelung kollektivvertraglich abgeschlossen werden.