

Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V.

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0127
vom 25.04.03

15. Wahlperiode**

Stellungnahme zur Anhörung am 07.05.2003 für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz

BT-Drucksache 15/228

**Dr. Dieter Lüttje
Chefarzt der Klinik für Geriatrie
Klinikum Osnabrück GmbH
Sedanstr. 115
49090 Osnabrück
Telefon: 0541/ 405-7200
E-mail: luttje@klinikum-osnabrueck.de**

**Vorsitzender der Sektion Geriatrie im
Berufsverband Deutscher Internisten BDI e. V.**

Die aktuelle Relevanz sowie die zunehmende Bedeutung des Komplexes Demenz aufgrund der epidemiologischen Entwicklung sind evident. Gleichmaßen evident sind die aktuellen Defizite in der Früherkennung und Behandlung von dieser Krankheit Betroffener in Deutschland.

Auch die Beratungs- und Unterstützungsangebote für die ebenfalls als Betroffene zu wertenden Angehörigen sind in Deutschland sowohl quantitativ als insbesondere auch bezüglich der finanziellen Absicherung der Angebote unzureichend. Letztendlich ist als unverständlich einzustufen, dass nach wie vor die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker in den Berechnungsgrundlagen zur Pflegeeinstufung nach Pflegeversicherungsgesetz völlig unzureichend abgebildet sind.

Die Grundlagen für diese gravierenden Probleme im deutschen Gesundheitssystem, aber auch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Problems Demenz, sind in folgenden Punkten zu sehen:

1. Allgemeinwissen und Stigmatisierung bezüglich/durch „Demenz“
2. Defizite in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung
3. Unzureichende Abbildung in gängigen Finanzierungsmodellen
 - a) Stationäre Behandlung (Krankenhaus und Rehabilitation)
 - b) Ambulante Behandlung (Früherkennung, Diagnostik, nichtmedikamentöse und medikamentöse Behandlungsmaßnahmen)
 - c) Pflegeversicherung (ambulant wie stationär)

Zu 1.: Allgemeinwissen und Stigmatisierung

Es ist ein sicher ein vorrangig (gesellschafts-)politisch zu wertendes Problem, dass der Begriff Demenz in vielen Bereichen mit Einschränkungen, bzw. Ausgrenzungen gleichgesetzt wird. Dies ist beispielhaft nachzuvollziehen in der aktuell politisch geführten Diskussion um eine Nachprüfung für ältere Führerscheininhaber (Senioren - TÜV). Korrekt wäre es, Demenz als eine im Alter möglicherweise auftretende Erkrankung darzustellen, deren Frühstadien weder Geschäftsfähigkeit noch Fahrtüchtigkeit oder Kompetenz in weiten Bereichen beeinträchtigt. In fortgeschrittenen Stadien kann abhängig von Begleitsymptomatik eine Einschränkung in verschiedenen Selbstständigkeitsbereichen eintreten. Dies ist jedoch analog zu anderen Erkrankungen mit einer gewissen Häufigkeit im Alter (chronische Lungenerkrankungen, Herzmuskelschwäche u.a.) zu sehen.

Nur, wenn die Demenz auch gesellschaftspolitisch als eine Erkrankung ohne Einschränkung von Kompetenz und Selbstständigkeit in frühen Stadien und eben in diesen Stadien auch als gut behandelbar verstanden wird, kann eine Stigmatisierung durch die Diagnose Demenz vermieden werden. Nur bei Vermeiden dieser Stigmatisierung wird die Akzeptanz einer Diagnose Demenz, bzw. die Bereitschaft zur Teilnahme an Früherkennungsprogrammen erhöht werden.

Die aktuelle Diskussion um den „Senioren-TÜV“ bei Führerschein ist sicher kontraproduktiv für eine Verbesserung der Früherkennung von Demenzen.

Zu 2.: Defizite der ärztlichen Aus-, Weiter und Fortbildung

Demenz ist eine im Alter gehäuft auftretende Erkrankung. Bezüglich der Aus-, Weiter- und Fortbildung in Altersmedizin ist Deutschland auch im europäischen Umfeld in einer häufig beklagten Position im unteren Mittelfeld mit deutlichem Anschluss an die „Abstiegszone“.

Dies drückt sich auch in der völlig unzureichenden Repräsentanz der Geriatrie an bundesdeutschen Universitäten aus. In anderen europäischen Ländern (Skandinavien, Großbritannien) ist ein geriatrischer Lehrstuhl an Universitäten heute eine Selbstverständlichkeit, ein Fehlen eines derartigen Lehrstuhls eine Ausnahme. In Deutschland ist mit der Freien Universität Witten-Herdecke, der Ruhr-Universität, der Charité und der Universität Nürnberg-Erlangen sowie einer jetzt entstandenen Stiftungsprofessur in Hamburg und einer assoziierten Professur in Ulm die Repräsentation völlig unzureichend und führt notwendigerweise zu einem deutlichem Defizit in der Ausbildung von Ärzten.

Die geringe Zahl an Lehrstühlen für Geriatrie in Deutschland führt aber auch zu einer unzureichenden Repräsentation der Altersmedizin unter medizinischen Lehrstuhlinhaberinnen und –inhabern. Nur hierdurch ist zu erklären, dass im Gegensatz zum europäischen Umfeld Geriatrie z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin nicht als relevanter Schwerpunkt anerkannt wird. Unter korrekter Betrachtung wissenschaftlicher Erkenntnisse, national wie international, ist es aber unstrittig, dass internistische Probleme, insbesondere Probleme des Herz-Kreislaufgeschehens/Gefäßverkalkungen und degenerative Prozesse im Bereich von Muskulatur und Knochensystem, die Grundlage für typische geriatrische Krankheitsbilder darstellen.

Die aktuellen Entwicklungen in der Diskussion zur Erneuerung der Musterweiterbildungsordnung, möglicherweise bereits im Mai 2003 zur Entscheidung anstehend, zielen jedoch darauf ab, die Relevanz geriatrischer Fragestellungen weitgehend zu negieren. Geriatriespezifische Weiterbildungszeit ist lediglich noch mit 18 Monaten angesetzt, nach einer nicht geriatriespezifischen und in der Regel auch nicht geriatreeerlebenden vorherigen Facharztausbildung. Im europäischen Umfeld hat sich mittlerweile eine 2-3jährige Weiterbildung für Geriatrie überwiegend zusätzlich zum Facharzt für Innere Medizin als erforderlich erwiesen. Die entsprechenden Forderungen wissenschaftlich-geriatrischer Fachgesellschaften wurden leider von den Weiterbildungsorganen der Bundesärztekammer nicht zur Kenntnis genommen.

Die mittlerweile aus der deutschen Krankenhausversorgung nicht mehr wegdenkbaren, im stationären Bereich tätigen Fachärzte mit fakultativer Weiterbildung Klinische Geriatrie (ganz überwiegend Internisten, sehr wenige Neurologen, vereinzelt Allgemeinmediziner in Rehabilitationskliniken) sind intensiv in die Fortbildung niedergelassener Ärzte eingebunden. Bei der jetzt zu erwartenden Verschlechterung der Weiterbildungsinhalte, –möglichkeiten sowie –bedingungen in altersmedizinischen Fragen, ist hier konsequent ebenfalls eine Verschlechterung der Fortbildung zu erwarten.

Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung von Früherkennung und Behandlung von Demenz ist Altersmedizin gefragt, und zwar sowohl Geriatrie als Schwerpunkt der Inneren Medizin als auch Gerontopsychiatrie als Schwerpunkt der Psychiatrie. Darüber hinaus bedarf es ggfs. spezieller Qualifikation im allgemeinmedizinischen und im neurologischen Bereich. Dies ist identisch mit den Forderungen der wissenschaftlichen geriatrischen Fachgesellschaften, des Berufsverbandes und der Trägergesellschaft geriatrischer Einrichtungen in Deutschland.

Allgemeinmediziner müssen über Fortbildungsaspekte ausreichend sensibilisiert werden, um Klagen über kognitive Probleme oder Hinweise auf beginnende Persönlichkeitsveränderungen, bzw. neuropsychologische Störungen zeitgerecht zu erkennen. Insbesondere Gerontopsychiater, ggfs. speziell weitergebildete Neurologen oder speziell weitergebildete internistische Geriater sind dann in der Lage, aufgrund einer Kombination von Standardtests, neuropsychologischen Tests, Laborkontrollen und Bildgebung, möglicherweise zukünftig auch der Liquordiagnostik, auch Frühformen von Demenzerkrankungen zu erkennen. Diese Frühformen alleine durch Tests wie Mini-Mental-Status-Test zu erkennen, ist nicht möglich. Gerade die Frühformen der Demenz entziehen sich der sicheren Diagnosestellung durch Screening-Testverfahren.

Bei der Feststellung von kognitiven und neuropsychologischen Defiziten ist dann konsequent die weitere Abklärung bezüglich möglicherweise zugrundeliegender oder begleitender nichtdemenzieller Erkrankungen zu fordern. Da hier im Alter häufig ein anderes Bild der Erkrankung als bei jüngeren Erwachsenen auftritt (alterstypisch veränderte Phänomenologie von Erkrankungen), ist das besondere Fachwissen von im Schwerpunkt Geriatrie tätigen Internisten mit enger Rücksprache mit im Schwerpunkt Gerontopsychiatrie tätigen Psychiatern und unter eventueller konsiliarischer Absprache mit anderen Fachrichtungen erforderlich.

Weder Internisten noch Psychiater, Neurologen oder Allgemeinmediziner **ohne** spezielle qualifizierte (d. h. 2-3jährige) Weiterbildung können den Ansprüchen an Früherkennung, Differentialdiagnostik und darauf fußender, qualifizierter Behandlung entsprechen. Ein reines Test- und Laborscreeningverfahren im Bereich der Allgemeinmedizin wird dem Problem in keinem Falle gerecht.

Zu 3.: Fehlende Absicherung in gängigen Finanzierungsmodellen

a)

Die stationäre Behandlung von Patienten mit der „Nebendiagnose“ Demenz in Krankenhaus wie Rehabilitationseinrichtung erfordert von den Behandlern einen deutlich erhöhten ärztlichen wie therapeutischen und pflegerischen Aufwand. Dieser erhöhte Aufwand wird in der jetzigen Kostenstruktur der DRG-Fallpauschalen nicht ausreichend gewürdigt. Im Rehabilitationsbereich wird darüber hinaus aufgrund fehlender Bestimmungen in entsprechenden Rahmenrichtlinien eine Rehabilitationsfähigkeit und sinnvolle Rehabilitationsprognose von Demenzkranken häufig pauschal durch begutachtende Ärzte des Medizinischen Dienstes und daraus folgend von den Krankenkassen in Frage gestellt oder sogar abgelehnt. Dies führt zu einer völlig ungerechtfertigten Benachteiligung dieser Patientengruppe und fördert eine zunehmende Aufnahme dieser Patienten in Pflegeeinrichtungen. Gleichzeitig fördert es die bereits oben beschriebene Stigmatisierung des Begriffes Demenz. Auch im Rehabilitationsbereich wird der besondere finanzielle Aufwand für die Behandlung derartiger Patienten nicht gewährleistet. Dies führt häufig zu einer nicht optimalen Behandlung Demenzkranker.

b)

Die bereits angesprochene Diagnosestellung der Demenz insbesondere im Frühstadium erfordert eine extrem umfangreiche Erhebung der Krankengeschichte von Betroffenen und dem Umfeld, zeitintensive Testungen sowie häufig kostenintensive Labor- und bildgebende Untersuchungen. In den aktuellen Abrechnungsziffern wird dieser Aufwand in keinem Falle ausreichend dargestellt. Eine Delegation der Testverfahren an nichtärztliche Mitarbeiter im Gesundheitswesen ist i. d. R. nicht zu vertreten, da auch die Beobachtung während der Testverfahren wichtige Hinweise ergibt, nicht die allein numerische Auswertung der Tests.

Bei unzureichender finanzieller Ausstattung ist aber nicht zu erwarten, dass hier eine Verbesserung der Diagnostik eintritt. Eine Etablierung sinnvoller, strukturierter Diagnostik- und Therapieverfahren i. S. e. Disease-Management-Programms ist daher zwingend zu fordern. Nur so erscheint auch die Versorgung mit akutell noch ausgesprochen teuren, aber in ihrer Wirkung belegten Medikamenten (insbesondere Acetylcholinesterasehemmern) zukünftig möglich.

Zum jetzigen Zeitpunkt werden weniger als 20 % der erkannten und behandelbaren Demenzkranken sinnvoll behandelt.

Berücksichtigt werden sollte auch, dass eine medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie von Demenzerkrankungen regelmäßige Verlaufskontrollen mit entsprechend intensiver Befragung, Testverfahren und Untersuchung beinhaltet.

Auch die Relevanz aktivierender Therapiemaßnahmen im Rahmen von Demenzerkrankungen ist mittlerweile durch wissenschaftliche Untersuchungen, insbesondere auch von der Universität Nürnberg-Erlangen, hinreichend belegt und muss finanziell ermöglicht werden.

c)

In der Pflegeversicherung ist prinzipiell die Möglichkeit gegeben, durch begründete Überschreitung der zur Verfügung stehenden Zeitkorridore für einzelne pflegerische Maßnahmen, auf Besonderheiten von Demenzpatienten einzugehen. Aufgrund offensichtlich fehlender Fortbildung der begutachtenden Ärzte wird diese Möglichkeit jedoch mit einer großen Regelmäßigkeit nicht wahrgenommen und somit werden formal wie inhaltlich unzureichende Gutachten erstellt. Hierdurch entsteht für Direktbetroffene wie für Indirektbetroffene (pflegende Angehörige bzw. Pflegeheime) eine häufig erhebliche finanzielle Belastung. Der tatsächliche Pflegeaufwand wird nicht finanziert.

Neben der offensichtlich fehlenden Fortbildung bei begutachtenden Ärzten ist allerdings auch eine aus dem allgemeinärztlich versorgenden Bereich heraus fehlende Diagnosestellung der Demenz und die Darstellung ihrer Relevanz für die Alltagsaktivitäten mitverantwortlich für eine unzureichende Einstufung.

Fazit:

Die Schwerpunkte eines Gesamtkonzeptes sollten liegen

- in einer Verbesserung der gesellschaftspolitischen Aufmerksamkeit für das Thema ohne Stigmatisierung,
- in einer erheblichen politischen Unterstützung für eine bessere Ausbildung (universitäre Repräsentation) der Altersmedizin sowie einer deutlich verbesserten Darstellung in der Weiterbildungsordnung,
- in einer klaren politischen Initiative für eine Verbesserung in der finanziellen Absicherung von Früherkennung und Behandlung von Demenzkranken und
- in einer deutlichen Verbesserung der finanziellen Absicherung von Selbsthilfegruppen.

Industrieabhängige Forschungsförderung, insbesondere für die Kombination von nichtmedikamentösen und medikamentösen Therapiemaßnahmen sind ebenso erforderlich wie von im Gebiet aktiven Experten zu erstellende Disease-Management-Programme.

Die zur Zeit geplante Abwertung von Altersmedizin in der Weiterbildungsordnung sollte politisch hinterfragt werden, da nur die Kombination aus Breitenversorgung (fortgebildete Hausärzte) und wissenschaftlicher Spezialisierung (Schwerpunkt Altersmedizin) eine sinnvolle Medizin für Demenzkranke möglich macht.