
ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

Demenzkranke – im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

Herausgeber
Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Ulrich Laschet

6. Workshop
des „Zukunftsforum Demenz“
7. Februar 2003 in Frankfurt am Main
Dokumentationsreihe · Band 2



Synergismen nutzen zum Wohle der Patienten

Eine Million Demenzkranke in Deutschland stellen nicht nur wegen der hohen Fallzahl eine Herausforderung dar. Der über Jahre währende Krankheitsverlauf und die mit der Erkrankung einhergehenden Defizite erfordern ein individuell ausgerichtetes, regionales Netzwerk, damit die verschiedenen Leistungserbringer eine optimale Versorgung für den Patienten sicherstellen können.

So stellen demente Erkrankungen – wie kaum eine andere chronische Erkrankung – eine organisatorische Herausforderung für die sozialen Sicherungssysteme dar, mit dem Ziel, Synergismen zwischen den einzelnen Hilfs- und Therapieangeboten zu gewährleisten.

Die diversen Schnittstellenprobleme sind bekannt und waren u.a. Gegenstand des 5. Workshops „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“. Wesentliche systembedingte Hürden müssen aber noch genommen werden, um den Bedürfnissen der Demenzkranken und ihrer Angehörigen gerecht zu werden; eine der Hürden sind die nach dem Kausalitätsprinzip ausgerichteten Sozialversicherungen in Deutschland, deren Leistungsverpflichtung sich nach der jeweiligen Kausa ergibt (Krankheit, Pflege, Unfall, Erwerbslosigkeit).

Dieses Strukturmerkmal entspricht nur bedingt den Bedürfnissen der Kranken und Behinderten – dies gilt in besonderer Weise für die Demenzkranken.

Die „Väter“ der Gesetzlichen Pflegeversicherung waren bestrebt, eine enge organisatorische Verknüpfung zur Gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, aber die wettbewerblich ausgerichteten Krankenversicherungen und die umlagefinanzierten Pflegeversicherungen führen dazu, dass Rehabilitation vor Pflege im geriatrischen Bereich eher die Ausnahme bleibt.

Das Thema des Workshops „Der Demenzkranke im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“ soll deshalb dazu beitragen, dass im Jahre 2003 angesichts notwendiger Reformen in den Sozialversicherungen nicht nur die einzelnen Leistungsbereiche isoliert, sondern auch die Interdependenzen der Steuerungssysteme beachtet werden.

Am Beispiel der Demenzkranken und ihrer Betreuung wird sich zeigen, wie zielführend die Reformvorhaben sind; Denkanstöße hierzu sollten von diesem Workshop ausgehen.

Günther Sauerbrey
Leiter Zukunftsforum Demenz

Angelika Ramm-Fischer
Zukunftsforum Demenz

Demenz – eine gesundheitspolitische Herausforderung

Die Zahl von gegenwärtig ca. 1,2 Mio. von Demenz betroffenen Patienten wird sich auf Grund der demographischen Entwicklung in den nächsten 30 Jahren mehr als verdoppeln. Dies macht die demenzielle Erkrankung heute und in Zukunft zu einem erstrangigen Thema für das deutsche Gesundheitswesen. Die Betreuung der dementen Patienten ist dabei in Deutschland von der Situation gekennzeichnet, dass zwar die Kenntnisse aus Medizin, Epidemiologie und Ökonomie über den Charakter und die Auswirkungen dieser Erkrankung in detaillierter Weise vorliegen, aber die Umsetzung dieser Erkenntnisse in Diagnostik, Therapie und Versorgung von Patienten mit Demenz vielfach dem Stand des Wissens nicht gerecht wird. Es bedarf ohne Zweifel erweiterter Versorgungsstrukturen, die über die reine medizinische Behandlung der Erkrankten hinausgehen. Eine integrierte Versorgung, die sowohl Patienten und Angehörige als Zielgruppe, als auch alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer einschließt, erfordert auch ein Zusammenwirken der verantwortlichen Kostenträger im Gesundheitswesen.

Die Versorgungsaufgaben sind in Deutschland vielfach nach Leistungserbringern getrennt, organisiert und aufgeteilt. Sowohl die Trennung von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung als auch die gestaffelte ärztliche Versorgung durch eine Reihe von Facharztgruppen sowie die separat gegliederte ambulante und stationäre Pflege machen es für den Patienten und hier insbesondere auch die Angehörigen vielfach schwierig, eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung zu erlangen, die Elemente aus den verschiedenen Versorgungsbereichen erfordert. In diesem Sinne lag der Schwerpunkt dieses Workshops des „Zukunftsforum Demenz“ in Frankfurt darin, trotz Kenntnis

der defizitären Versorgung, Ideen anzusprechen und zu diskutieren, wie eine bedarfsgerechte Versorgung im ambulanten, aber auch im stationären Bereich in Zukunft gestaltet werden sollte.

Das Referententeam unter der Moderation von Ulrich Laschet, Bundesgeschäftsführer des Sozialverbandes VdK Deutschland, brachte dazu erwartungsgemäß verschiedene, aber gleich gerichtete Vorstellungen ein.

So machte die 1. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Frau Heike von Lützau-Hohlbein, darauf aufmerksam, dass die Alzheimer-Erkrankung in der Gesellschaft als Krankheit und nicht als ein alterstypischer Zustand anerkannt werden sollte. Dies schaffe erst die Voraussetzungen für die an den Bedürfnissen der Kranken orientierte Versorgung. Eines dieser Bedürfnisse ist die soziale Betreuung, das „Da-Sein“ für den Kranken, dessen Welt stark von Ängsten geprägt ist.

Diese soziale Betreuung wird bei der Pflegeversicherung, so wie sie heute konzipiert ist, nicht ausreichend berücksichtigt, wie Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Essen, äußerte. Daher sei ein erweiterter Pflegebegriff erforderlich. Die Pflege müsse mit den anderen Bereichen der Demenzen-Versorgung – zum Beispiel Diagnostik, Kuration oder Rehabilitation – besser vernetzt werden, als dies heutzutage der Fall sei. Dieser Forderung nach einer besseren Vernetzung in der Versorgung schloss sich Dr. Ellis Huber, Geschäftsführer der BKK Securvita, Hamburg, an. Er hält die integrierte Versorgung für einen Schlüsselprozess in der Reform des Gesundheitssystems der Zukunft. Auch der Gesundheitssystemforscher Dr. Johannes Hallauer, Charité Berlin, befürwortete die Schaffung integrierter Versorgungskonzepte. Er erläuterte, welche hohe ökonomische Bedeutung die Versorgung der Demenzkranken im Gesundheitssystem hat. Er spricht sich vor allem gegen eine strikte Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung

aus und forderte kommunizierende Röhren, die Investitionen in einem Bereich zulassen, um Einsparungen in anderen Bereichen zu ermöglichen.

Eine Schlüsselrolle bei allen Versorgungskonzepten für Demente spielt zweifelsohne der Hausarzt. Bernd Zimmer, Allgemeinmediziner aus Wuppertal, befürwortet integrierte Versorgungsprogramme, doch warnt er davor, die Finanzierung dieser Konzepte zu Lasten der Versorgung anderer Erkrankungsbereiche gehen zu lassen. Es dürfe nicht zu einem „Krieg der Indikationen“ kommen.

Zur umfassenden Versorgung alter Menschen gehört auch die Prävention. Dies war dem Gesetzgeber immerhin so wichtig, dass er den Grundsatz „Prävention vor Pflege“ im SGB XI verankerte, wie Dr. Rüdiger Meierjürgen, Leiter der Abteilung Prävention der Barmer Ersatzkasse, Wuppertal, erklärte. Nur an der Umsetzung hapere es immer noch, vor allem bei älteren Menschen, bei denen es bei der Prävention nicht mehr um das Verhüten von Erkrankungen geht, sondern darum, den Folgen dieser Erkrankungen vorzubeugen.

Einig war man sich aber im Grundtenor, dass die Versorgung der Demenzerkrankten auf allen Ebenen des Gesundheitswesens bewusster angegangen werden muss und es nicht bei einer Aufzählung von Defiziten und Vorstellungen bleiben darf.

Die Umsetzung der bestehenden Kenntnisse, aber auch innovativer Vorstellungen von Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Demenzerkrankte in Deutschland ist bei dem demographischen Wandel eine wichtige gesundheitspolitische Fragestellung. Vorschläge für eine Bewältigung liegen vor, dies wurde auch bei dieser Veranstaltung des „Zukunftsforum Demenz“ deutlich. Die Politiker sind aufgefordert, ihrer Verantwortung in der Gesundheitspolitik gerecht zu werden.

Professor Dr. med. Ingo Füsgen

Referenten des Workshops

Im Rahmen eines interdisziplinären Dialogs haben Referenten aus unterschiedlichen Bereichen zum Thema Leistungsstreit von Kranken- und Pflegeversicherung bei Demenz gesprochen.



*Ulrich Laschet
Bundesgeschäftsführer
Sozialverband VdK Deutschland e.V., Bonn*



*Dr. Peter Pick
Leiter des Medizinischen Dienstes
der Spitzenverbände der GKV, Essen*



*Heike von Lützu-Hohlbein
Vorstandsvorsitzende der
Deutschen Alzheimer Gesellschaft, München*



*Bernd Zimmer
Arzt für Sport- und Allgemeinmedizin,
Wuppertal*



*Dr. Rüdiger Meierjürgen
Leiter Abteilung Prävention und Selbsthilfe,
Barmer Ersatzkasse, Wuppertal*



*Dr. Ellis Huber
Geschäftsführer der BKK Securvita,
Hamburg*



*Dr. Johannes F. Hallauer
Leiter des Instituts für
Gesundheitssystemforschung des
Universitätsklinikum Charité, Berlin*

Herausgeber

Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Geriatrische Kliniken Wuppertal
der Kliniken St. Antonius
Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke
Carnaper Str. 60
42283 Wuppertal

Ulrich Laschet
Bundesgeschäftsführer
Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Wurzer Str. 4a
53175 Bonn

© 2003 Zukunftsforum Demenz
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de

Redaktion, Gestaltung und Produktion:
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Wiesbaden

August 2003

Printed in Germany
ISBN 3-922264-49-2

ULRICH LASCHET

**Leistungserbringer und Betroffene
an den runden Tisch!** 11

DR. PETER PICK

**Versorgung Demenzkranker
muss deutlich besser werden** 15

HEIKE VON LÜTZAU-HOHLBEIN

**Die Bedürfnisse Demenzkranker
erkennen** 21

BERND ZIMMER

Gute Medizin, schlechte Bedingungen 29

DR. RÜDIGER MEIERJÜRGEN

**Eine große Herausforderung
des 21. Jahrhunderts** 35

DR. ELLIS HUBER

**Regionale Verantwortung statt
Druck von oben** 45

DR. JOHANNES F. HALLAUER

**Auch aus ökonomischer Sicht
erstrangige Rolle** 49

Zwölf Thesen zur Demenzversorgung 59

Das Zukunftsforum Demenz hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen. Daher auch das Motto des Zukunftsforums: Für ein lebenswertes Morgen.

Ambulante Versorgung von Demenzkranken sicherstellen:

Leistungserbringer und Betroffene an den runden Tisch!

ULRICH LASCHET

Welche Bedürfnisse haben Demenzkranke wirklich? Wie kann eine bedarfsgerechte Versorgung im ambulanten Bereich sichergestellt werden? Wie kommen wir zu einem vernünftigen Case-Management? Kann Prävention vor Pflege Realität werden? Fragen, die Ulrich Laschet, Bundesgeschäftsführer Sozialverband VdK, als Moderator des Workshops „Der Demenzkranke im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“ an die Referenten stellte und das Fachpublikum zu Diskussionen aufforderte.

In der Öffentlichkeit ist die Krankheit Demenz immer noch weitgehend ein Tabuthema. Zwar, so Laschet, wird hier und da über ein Einzelschicksal berichtet. Über die Krankheit an sich, welcher Betreuungsaufwand erforderlich ist und welchen physischen und psychischen Belastungen die Betroffenen ausgesetzt sind, darüber herrscht weitgehende Unkenntnis. Aus dieser Unwissenheit heraus werden Vorwürfe gegen die Betreuer laut, meist sind es die Familienangehörigen, warum der Kranke beispielsweise in einem Heim untergebracht werden musste. Aber die Angehörigen müssen neben der jahrelangen Betreuungsbelastung nicht nur mit diesen Vorwürfen leben, sondern werden auch mit Zuständigkeitsstreitigkeiten der Leistungsträger konfrontiert. Ist die gesetzliche Pflege- oder die Krankenversicherung der richtige Ansprechpartner? Wer zahlt für welche Leistung? Wo findet die Familie bzw. der Kranke Hilfe? Welche Angebote gibt es überhaupt? An den Zuständigkeitsstreitigkeiten



*Ulrich Laschet
Bundesgeschäftsführer
Sozialverband VdK, Bonn*

ändern auch die mittlerweile 544 Servicestellen der Sozialversicherungsträger nichts, weiß Laschet auch aus eigenen praktischen Erfahrungen.

Auf der anderen Seite ist im § 8 Sozialgesetzbuch IX die Notwendigkeit zu Hilfeleistungen verankert, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder Auswirkungen zu mildern. Dieses Instrument wird bisher in der Praxis aber so gut wie gar nicht angewandt, kritisiert Laschet. Auch die im SGB XI vorgesehene „aktivierende Pflege“ findet heute so gut wie nicht statt, obwohl dieses Instrumentarium damals sehr bewusst eingeführt wurde.

In der Rürup-Kommission ist das Thema Pflege ebenfalls auf der Tagesordnung, wobei hier aber vor allen Dingen die finanziellen Aspekte im Vordergrund stehen. Schließlich hat die gesetzliche Pflegeversicherung das vergangene Jahr mit einem Defizit von 500 Mio. € abgeschlossen, und für das Jahr 2003 wird bereits eine ähnliche Entwicklung prognostiziert. Die zunehmende Anzahl Pflegebedürftiger, die hohe Arbeitslosigkeit und ein geringerer Eingang an Beitragszahlungen sind Gründe für das Defizit. Das heißt, dass die finanziellen Reserven in der Pflegeversicherung bald aufgezehrt sind. Im Berliner Raum wird bereits darüber diskutiert, ob die Pflegeversicherung nicht gänzlich abgeschafft bzw. in die gesetzliche Krankenversicherung integriert werden soll. Diese Entwicklungen machen deutlich, dass jetzt von Fach- und Betroffenenseite Informationen fließen: Wo besteht Handlungsbedarf, und wie können mittelfristige Lösungen aussehen?

Um die zukünftigen Herausforderungen zu bewältigen, die mit der Betreuung und Pflege von an Demenz Erkrankten entstehen, muss zunächst der Bedarf an entsprechenden Hilfen definiert werden. Weiterhin fordert Laschet, diese Hilfestellungen gesetzlich zu verankern und Angebote vorzuhalten, die zu einer tatsächlichen Entlastung der Angehörigen führen. Wo Potenzial für auch noch so kleine Rehabilitationserfolge vorhanden ist, sollten auch alle Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft werden. Wenn der Schwer-

punkt der Versorgung im ambulanten Bereich liegen soll, dann muss eine vernetzte Zusammenarbeit etabliert werden. Zum Beispiel, so Laschet, wäre eine Art geriatrisches Konsil denkbar, in dem sich alle Leistungserbringer, der Kranke und die Angehörigen an einen Tisch setzen, um abzusprechen, was im ambulanten Bereich machbar ist.

Schließlich, so Laschet, „lassen Sie mich eine vielleicht etwas provokante Feststellung treffen: Es gibt nichts Unfinanziertes in unserem sozialen Sicherungssystem, es gibt nur unfinanzierbare Kombinationen im Leistungssystem.“

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen:

Versorgung Demenzkranker muss deutlich besser werden

DR. PETER PICK

Eine adäquate Versorgung von Demenzkranken sicherzustellen, das wird zukünftig eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen sein, so Dr. Peter Pick. Der Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) zeigt auf, wo aus Sicht des MDS die derzeitigen Defizite liegen und wo dringender Reformbedarf besteht.

Zwar klaffen bei der Versorgung von Demenzkranken der Anspruch und die Wirklichkeit weit auseinander, dennoch, betont Dr. Pick, haben die Dementen als eine wichtige Gruppe der Pflegebedürftigen von der Einführung der Pflegeversicherung profitiert. „Heutzutage ist es schon fast in Mode gekommen, die Pflegeversicherung insgesamt zu kritisieren und sie als ein Stück weit verfehlten Ansatz darzustellen“, erklärt Dr. Pick in seinem Vortrag „Absicherung bei Pflegebedürftigkeit – Gesetz und Wirklichkeit am Beispiel der Demenzerkrankung“. Untersuchungen des MDS haben aber gezeigt, dass 1999 zirka 900 000 Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten haben (Tabelle 1). Trotz dieser unbestreitbaren Zahlen, so Dr. Pick, begleitet die Pflegeversicherung aber zu Recht die Frage, ob sie die Belange von gerontopsychiatrisch veränderten Menschen ausreichend berücksichtigt. „Und da muss man ehrlicherweise sagen, sie tut es nicht ausreichend“, räumt Dr. Pick ein.



*Dr. Peter Pick
Leiter des Medizinischen
Dienstes der Spitzen-
verbände der GKV, Essen*

Die Ursache für die unzureichende Versorgung liegt unter anderem darin, dass die Pflegeversicherung einem somatischen, körperbezogenen Krankheitsbegriff verhaftet ist. Werden die Pflegebedürftigen eingestuft, darf bisher nur der Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens berücksichtigt werden. Darüber hinausgehender Betreuungs-, Förderungs- oder Beaufsichtigungsaufwand (z.B. Gefahr durch Strom, Gas, Wasser, Weglauftendenzen) bleibt dabei auf der Strecke. Diese tatsächlich vorhandenen Bedürfnisse bzw. Gefahren werden von den Gutachtern auch gesehen, sie dürfen bei der Bemessung der Pflegebedürftigkeit derzeit aber nicht berücksichtigt werden. Mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz wurden zwar neue zusätzliche Leistungen für Altersverwirrte geschaffen, die bisher aber kaum genutzt werden.

Was das medizinische Versorgungssystem für Demente angeht, sind hier ebenfalls erhebliche Mängel festzustellen. Das System an sich ist nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Demenzzkranken eingestellt. Sowohl die medikamentösen als auch die nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten, die vorhanden sind, werden nicht oder nur unzureichend genutzt. Und dies, so Dr. Pick, obwohl nachgewiesen ist, dass durch die Anwendung dieser Therapien der Krankheitsver-

Pflegeversicherung und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Ergebnisse einer MDS-Auswertung:

Von den ca. 1 750 000 Leistungsempfängern der Pflegeversicherung des Jahres 1999 (davon ca. 1 220 000 in häuslicher Pflege, ca. 530 000 in stationärer Pflege) wiesen

- 550 000 Personen (ca. 45 %) in der häuslichen Pflege und
- 350 000 Personen (ca. 65 %) in der stationären Pflege erhebliche Einschränkungen in ihrer Alltagskompetenz auf.

Tabelle 1

Prognose der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung bei konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten

Alters- gruppe	Anzahl Leistungsempfänger					Veränderung 2040 gegenüber 2001 in v.H.
	2001	2010	2020	2030	2040	
unter 15	65 895	57 448	53 636	51 155	46 323	-29,7
15 - 20	24 463	22 693	20 176	19 153	18 332	-25,1
20 - 25	20 280	22 095	19 100	16 662	16 544	-18,4
25 - 30	18 978	19 667	18 740	16 753	15 953	-15,9
30 - 35	25 761	19 023	21 220	18 457	16 230	-37,0
35 - 40	31 190	21 926	21 859	20 819	18 697	-40,1
40 - 45	31 543	32 733	23 680	26 217	22 899	-27,4
45 - 50	31 058	38 644	27 635	27 537	26 239	-15,5
50 - 55	35 392	47 230	45 220	32 822	36 351	2,7
55 - 60	43 254	52 415	66 357	47 582	47 509	9,8
60 - 65	83 844	67 234	84 563	90 868	66 177	-21,1
65 - 70	108 619	108 178	122 063	155 635	112 264	3,4
70 - 75	159 134	211 145	174 225	221 585	240 355	51,0
75 - 80	244 189	269 417	285 076	330 439	420 231	72,1
80 - 85	290 281	379 603	517 165	441 780	556 274	91,6
85 - 90	336 621	435 050	496 102	541 263	645 329	91,7
90 und älter	289 100	288 524	428 593	622 008	588 747	103,6
gesamt	1839602	2088024	2425408	2680736	2894453	57,3

Quelle: BMG, g. koordinierte Bevölkerungsberechnung; eigene Berechnungen

Tabelle 2

lauf positiv beeinflusst werden kann. Als Ursache dafür nennt Dr. Pick zum einen fehlende Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote für Ärzte, zum anderen aber auch die fehlende Vernetzung zwischen den verschiedenen Bereichen der Diagnostik, Kuration, Rehabilitation oder Pflege. Schon in der Frühdiagnostik offenbaren sich die derzeitigen Probleme. In Untersuchungen wurde festgestellt, dass die Diagnose Demenz durchschnittlich vier Jahre zu spät erkannt wird. Dadurch werden Chancen, die durch die vorhandenen, beschränkten Therapiemöglichkeiten und Angebote gegeben sind, einfach verschenkt.

Welche Forderungen sind nun an die Zukunft zu stellen? Zunächst ist festzustellen, dass Demenz kein Randphänomen ist. In Deutschland gibt es mehr als 950 000 Menschen, die an mittelschweren oder schwer ausgeprägten Demenzerkrankungen leiden. Da das Risiko der Erkrankung mit höherem Alter zunimmt, wird sich das Problem angesichts der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren verschärfen. Unter den jetzigen Bedingungen wird die Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung laut Prognosen von heute etwas über 1,8 Mio. auf zirka 2,9 Mio. Personen im Jahre 2040 ansteigen (Tabelle 2). Dabei sind die Menschen mit leichter Demenz noch nicht einmal eingerechnet.

Es besteht also sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Versorgungssystem dringender Handlungsbedarf.

Was die Pflegeversicherung angeht, sollte ein erweiterter, umfassender Pflegebegriff zu Grunde gelegt werden. Neben dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung müssen dabei der allgemeine Förderungs-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf sowie die soziale Betreuung älterer Menschen berücksichtigt werden, fordert Dr. Pick. Einer Erweiterung des Pflegebegriffes müsste eine Neujustierung der Pflegestufen folgen, da ansonsten die Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung in nicht vertretbarem Ausmaß steigen würde. Aber auch wenn eine Neujustierung erfolgt, werden mit einer Erweiterung des

Pflegebegriffs die Ausgaben der Pflegeversicherung steigen. Hier ist die Politik gefragt, die einerseits darüber entscheiden muss, ob der seit 1995 stabile Beitragssatz in der Pflegeversicherung noch angemessen ist, ob eine Dynamisierung erfolgen soll oder ob möglicherweise andere Finanzierungsquellen helfen können, den steigenden zukünftigen Bedarf an Pflegeleistungen zu decken.

Die Rürup-Kommission diskutiert derzeit, ob die Pflegeversicherung als Sozialversicherungszweig gänzlich auslaufen soll. Stattdessen könnte ein Bundesleistungsgesetz eingeführt werden, das sich an der Bedürftigkeit von Kranken und Angehörigen orientiert. Nur wenn die Mittel des Erkrankten bzw. der Familie nicht ausreichen, würde dann ein Leistungsanspruch aus dem Bundesleistungsgesetz entstehen. Das heißt, ein System, das sich an der Bedürftigkeit orientiert, würde das jetzige System, das die Mindestversorgung im Auge hat, ablösen. Zu bedenken bleibt dabei, dass die Angehörigen bzw. Kranken auch heute schon ihr Erspartes aufbringen müssen. Jeder weiß, so Dr. Pick, dass die Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung finanziell nicht zu einer umfassenden Absicherung ausreichen.

Festzuhalten bleibt dabei, dass ein System so ausgestaltet werden muss, dass es leistungsfähig ist. „Und davon sind wir noch weit entfernt“, fasst Dr. Pick zusammen. Für die Zukunft sind folgende Forderungen zu stellen:

- Das pflegerische und medizinische System muss stärker auf die Bedürfnisse der Dementen ausgestaltet werden.
- Die Entlastungsangebote für Angehörige sind auszubauen.
- Das Engagement von Selbsthilfegruppen, wie beispielsweise die Alzheimer-Gesellschaft, sollte stärker gefördert werden.
- Eine bessere Ausschöpfung der Möglichkeiten des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes.
- Ein therapeutisches Gesamtkonzept, das neben den medikamentösen auch neu entwickelte nichtärztliche Versorgungsangebote (z.B. Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie) beinhaltet.

- Förderung und Erprobung von Haus- und Wohngemeinschaften als Alternative zu Heimen.
- Eine stärkere Zusammenarbeit/Vernetzung von Haus- und Fachärzten einerseits und den nichtärztlichen Gesundheitsberufen andererseits.
- Vorhandene Ansätze einer verbesserten Pflege fördern, wie beispielsweise Besuchspersonenpflege, Biographiearbeiten, kleine Organisationseinheiten in Pflegeheimen.

Zu letzterem Punkt ist interessant zu erwähnen, dass die Mitarbeiter in kreativen und engagierten Heimen, die neue Ansätze erproben, weitaus zufriedener in ihrem Beruf sind als andere. Das heißt, die Belastung der Pflegenden kann durch eine Veränderung der Versorgungssituation positiv beeinflusst werden.

Insgesamt, so Dr. Pick, zeigt sich an den obigen Ausführungen, dass die Demenz für ein Disease-Management-Programm besonders geeignet sein könnte. Die Programme bieten die Chance, eine intensive Diskussion zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern über eine adäquate Therapie für Demenzkranke und die notwendigen Schritte für eine qualitätsgesicherte Versorgung anzustoßen.

Begleiten, nicht beaufsichtigen

Die Bedürfnisse Demenzkranker erkennen

HEIKE VON LÜTZAU-HOHLBEIN

Angst ist ein Thema, das Demente in den verschiedenen Phasen der Erkrankung immer wieder zum Ausdruck bringen. Das hat Heike von Lützu-Hohlbein auch in ihrer eigenen Familie erlebt: Sowohl ihre Mutter, die vor acht Jahren starb, als auch die 91-jährige Schwiegermutter war bzw. ist an Alzheimer erkrankt. Die Vorstandsvorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft schildert, welche Bedürfnisse Demenzkranke aus ihrer Erfahrung heraus haben.

Zwei Drittel der Erkrankten, so die derzeitige Situation in Deutschland, werden im häuslichen Umfeld versorgt. Das heißt, dass die betreuenden Personen die Demenzkranken bereits in einer sehr frühen Phase der Erkrankung begleiten. Deshalb ist es wichtig, für sie zu wissen: Was heißt es eigentlich, einen Demenzkranken zu betreuen? Wo liegen die Bedürfnisse des Kranken in den verschiedenen Stadien? Was kommt auf mich und den Kranken zu?

Zunächst beginnt alles mit der Diagnose. Dieses Thema ist für den Demenzkranken zunächst einmal sehr schwierig. Er verspürt Symptome und beginnt sich zu fragen: Ist das normal, dass ich zum Beispiel vergessen habe, wo ich den Schlüssel hingelegt habe? Handelt es sich um eine normale Alterserscheinung, oder hat das schon etwas mit Krankheit zu tun? Schließlich ist das Alter das größte Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Auf der anderen Seite kennt wohl fast jeder die Situation, etwas „verräumt“ zu haben und partout nicht mehr zu wissen, wo sich das Gesuchte befindet. Hier



*Heike von Lützu-Hohlbein
Vorstandsvorsitzende der
Deutschen Alzheimer
Gesellschaft, München*

beginnt die schwierige Aufgabe, betont Frau von Lützau-Hohlbein: Wie unterscheidet der Betroffene selbst: Muss ich das als krank einstufen oder ist meine Vergesslichkeit normal? Diese Auseinandersetzung gipfelt in der Überlegung: Suche ich einen Arzt auf, um sicherzugehen oder nicht? Die Menschen neigen allerdings in der Regel dazu, Unangenehmes zu verdrängen und den Arztbesuch einfach noch ein wenig aufzuschieben: „Na ja, ich bin halt schon 75 – da ist das doch normal. Und damals, als Vater in dem Alter war, hatte er das auch.“

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Auseinandersetzung mit der Krankheit ein ganz wichtiger Punkt ist. Und um sich damit auseinander setzen zu können, ist Aufklärung nötig. „Immer wieder werden wir von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft mit der Fragestellung konfrontiert: Wann sollte

Bedürfnisse im Verlauf der Demenzkrankheit

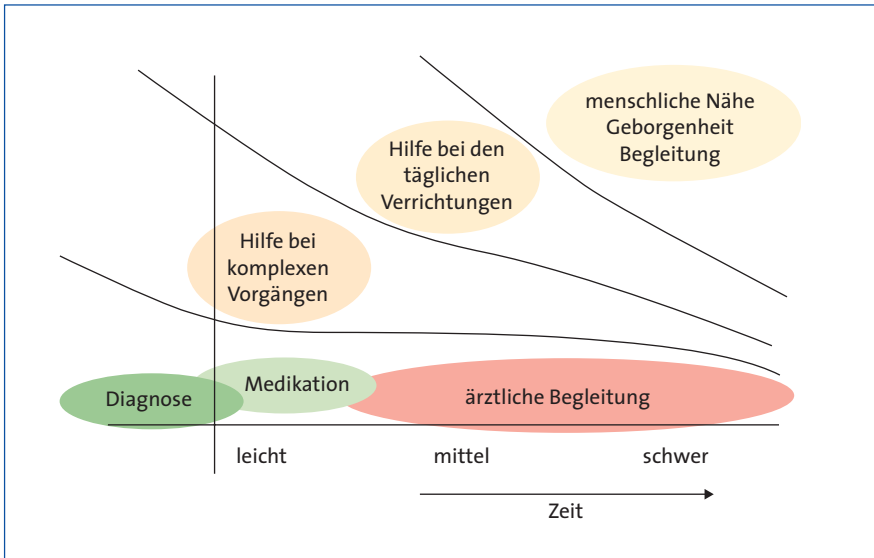


Abbildung 1: Insbesondere in der späteren Phase hat der Erkrankte ein starkes Bedürfnis nach menschlicher Nähe und Geborgenheit.

ich zum Arzt gehen? Was gilt als krank, was als normal?“ erklärt Frau von Lützu-Hohlbein. Die Diagnosestellung an sich ist also ein ganz wichtiger Aspekt, der aber mit dem Problem behaftet ist, dass es Betroffene in der Regel gar nicht wahrhaben wollen, wenn mit ihnen etwas „nicht stimmt“. Hinzu kommt die Angst vor der Wahrheit, denn schließlich wird schnell klar, dass der Krankheitsverlauf in der Regel sehr schwer ist.

Hat sich nun der „vergessliche“ Patient dazu entschlossen, doch lieber einmal den Hausarzt aufzusuchen, steht er vor dem nächsten Problem. Denn wenn der Hausarzt nicht gerade sehr engagiert und in diesem Bereich gut ausgebildet ist, erklärt er dem 75-Jährigen: „Machen Sie sich doch keine Sorgen – das ist halt Ihr Alter, und damit müssen Sie leben.“ Und schon wieder ist der Kranke an einem Punkt angelangt, an

Wünsche/Anforderungen an die Pflege

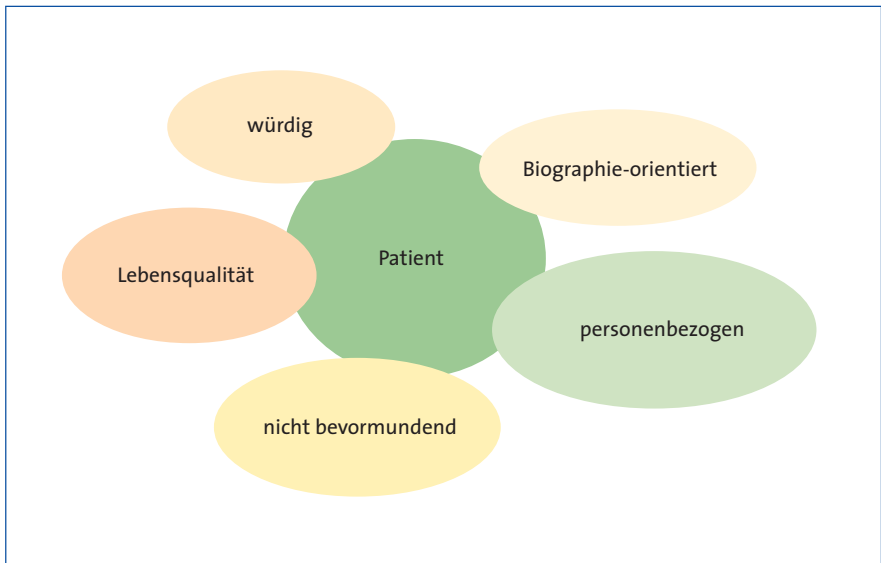


Abbildung 2: Ein Demenzkranker möchte nicht bevormundet, sondern würdig behandelt werden.

Bedürfnisse des Demenzkranken

- solange wie möglich selbstständig leben
- Verständnis für seine (!) Situation
- Zuwendung
- Kommunikation
- Stärkung der vorhandenen Fähigkeiten
- Tagesstruktur
- kultursensibel
- finanzielle Absicherung

Tabelle 3: Auch die Beachtung der Kultursensibilität ist ein wichtiges Bedürfnis der Patienten.

dem er nicht aufgefangen wird. Noch immer plagt ihn die Frage: Bin ich wirklich nicht krank, oder hat der Arzt mich einfach weggeschickt, weil ich ihm mein Problem nicht ausreichend geschildert habe?

Ist der Hausarzt hingegen „gut“ und stellt nach entsprechenden Tests fest: „Sie sollten sicherheitshalber einen Neurologen aufsuchen“, taucht gerade bei älteren Menschen häufig die nächste Barriere auf: „Ich geh doch nicht zum Nervenarzt, schließlich bin ich nicht verrückt.“ Denn in der Regel sind diese Patienten nie mit Psychotherapie oder Ähnlichem konfrontiert worden.

Ist dann doch endlich die Krankheit Demenz diagnostiziert worden, wünscht sich Frau von Lützu-Hohlbein insbesondere Folgendes:

Den Kranken sollte die medikamentöse Therapie zuteil werden, die sie benötigen. Das heißt auch, dass sie keine unnötigen Medikamente bekommen und dass sie richtig eingestellt werden.

Über die gesamten Stadien der Erkrankung sollte die ärztliche Begleitung sichergestellt sein. Denn mit dem Alter tre-

ten viele andere Erkrankungen zusätzlich auf, die selbstverständlich auch behandelt werden müssen.

Im leichteren Stadium der Demenz angekommen, sind Fragen zu klären wie: Wie kann der Erkrankte mit seinen Defiziten leben? Was braucht er im Einzelnen? In leichten Phasen, so die Erfahrung von Frau von Lützu-Hohlbein, brauchen Demenzkranke insbesondere Unterstützung bei komplexen Vorgängen wie beispielsweise Bankgeschäften. Dazu gehört aber auch, dass der Kranke jemanden hat, dem er von seinen Problemen erzählen kann. Der Patient muss dabei lernen, seine Scheu zu überwinden und offen über seine Krankheit zu sprechen bzw. sein Bedürfnis nach Unterstützung und Hilfe auszusprechen (Tabelle 3). Kranke, die eine intakte Familie im Hintergrund haben, haben großes Glück. Leider gibt es das nicht immer. Im Extremfall gibt es Situationen, in denen der Erkrankte völlig auf sich allein gestellt ist und wissen muss: Wo bekomme ich Hilfe? Was kann ich tun?

In der mittleren Phase der Erkrankung benötigt der Patient dann Hilfe bei den täglichen Verrichtungen, wie zum Beispiel beim Einkaufengehen. „Er braucht hier Hilfe, da er ansonsten beispielsweise Unmengen von Dingen einkauft, die er gar nicht benötigt. Dinge, die ihm einfach immer wieder einfallen, wenn er zum Einkaufen geht“, erklärt Frau von Lützu-Hohlbein. Zur Unterstützung gehören natürlich auch pflegerische Aspekte bei einfachen täglichen Dingen, die für den Kranken zu kompliziert werden.

In der späteren Phase der Erkrankung, so Frau von Lützu-Hohlbein, ist die menschliche Nähe, das Gefühl der Geborgenheit und der Begleitung insgesamt sehr wichtig (Abbildungen 1 und 2). Hier hat die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft einen besonderen Wunsch, nämlich auch mehr Sensibilität bei der Wortwahl walten zu lassen. Der Demenzkranke soll dabei im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Dazu ein Beispiel: Häufig wird davon gesprochen, dass der Kranke in der mittleren bis späten Phase „Beaufsichtigung“ benötigt. Das klingt, als müsse man ein kleines unartiges Kind an die Hand nehmen. Respektvoller und

besser gegenüber dem Kranken wäre hier die Wortwahl „Begleitung“. Auch die Unsitte, über „Weglauftendenzen“ zu sprechen, kritisiert Frau von Lützu-Hohlbein. Das eigentliche Problem des Kranken ist schließlich nicht das Weglaufen, sondern das anschließende Wieder-nach-Hause-Finden. Und dass Menschen in Pflegeheimen „gehalten“ werden, klingt nach Zoo und Käfig.

Die sensible Wortwahl ist sehr wichtig, um die menschliche Nähe und Geborgenheit, die der Kranke gerade in der späten Phase dringend benötigt, auch mit der eigenen Ausdrucksweise zu unterstreichen.

„Dazu möchte ich Ihnen ein kleines persönliches Erlebnis mit meiner Schwiegermutter schildern“, beginnt Frau von Lützu-Hohlbein. Wie schon zu Anfang erwähnt, ist die 91-jährige Schwiegermutter an Alzheimer erkrankt und lebt seit mittlerweile dreieinhalb Jahren in einem Pflegeheim in München. Ihre größte Angst, die sie immer wieder formuliert, ist: „Wo bin ich eigentlich? Wo soll ich hin? Was soll ich machen? – Ich habe solche Angst!“ Das heißt, sie hat Momente, in denen sie ihre Situation und ihre Defizite klar erkennt. Ihre größte Problematik ist die Angst. Aber wie kann diese Angst aufgefangen werden? Das Pflegepersonal kann das gewiss zu einem kleinen Teil leisten, aber die Zeitnot der Pflegenden ist bekanntermaßen groß. Hier sind die betreuenden Angehörigen oder Freunde gefragt, die dem Kranken vermitteln sollten: „Du brauchst keine Angst zu haben – es ist jemand da, der Dich hält.“

Wer sich in die Kranken hineinversetzen möchte, muss sich vorstellen, dass die gesamten kognitiven Fähigkeiten verloren gehen. Der Kranke lebt also in einem haltlosen Zustand. Alles, was er sich aufgebaut hat, bricht weg bzw. ist weggebrochen. Der Kranke weiß nicht mehr, wo er sich eigentlich befindet. Er weiß nicht, wo er hin soll, ja – er weiß nicht, wo er heute nacht schlafen soll. Er weiß einfach gar nichts. Frau von Lützu-Hohlbein schildert dazu eine Begegnung mit ihrer Schwiegermutter: „Meine Schwiegermutter steht vor ihrem Bett und sagt zu mir: ‘Wo soll ich heute nacht

hin?’ – ‘Mutter, das ist Dein Bett. Hier schläfst Du!’ – ‘Oh, das ist mir ganz neu.’ – ‘Mutter, Du wohnst in diesem Heim seit dreieinhalb Jahren und schläfst seit dreieinhalb Jahren in diesem Bett.’“

Was die Betreuung von Demenzkranken angeht, sollte sie immer individuell gestaltet werden. Denn jeder Kranke hat eigene Bedürfnisse, und jeder hat seine eigene Geschichte. Die Demenzerkrankung hat so viele verschiedene Ausprägungen, so viele verschiedene Symptome, dass Sie sich immer wieder fragen müssen: Was braucht dieser Demenzkranke – was braucht jener im Augenblick? Das geht hin bis zu den Möglichkeiten der späteren Versorgung – wie sieht diese später aus? Ist ein Heim die Lösung? Oder kommt eher eine Wohn-/Hausgemeinschaft in Frage? Was ist für den Demenzkranken das Richtige?

Haben Sie es beispielsweise mit einem Kranken zu tun, der sein Leben lang Gemeinschaft abgelehnt und immer allein gelebt hat, dann wird er sich auch jetzt nicht in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft wohl fühlen. Für diesen Menschen kommt dann möglicherweise eher die Anonymität einer nicht so sehr personenbezogenen Umgebung in Frage.

Auch die Kultursensibilität wird sicher künftig ein Thema sein, mit der sich Pfleger bzw. pflegende Angehörige zunehmend beschäftigen müssen. „Stellen Sie sich eine Italienerin vor“, so Frau von Lützu-Hohlbein, „die beispielsweise seit 1960 in der BRD lebt. Nun hat sie Demenzsymptome entwickelt und kommt in ein Pflegeheim, in dem ausschließlich deutsch gekocht wird. Diese Frau mag das Essen nicht und hat es noch nie gemocht.“ Auch die Sprache ist ein Problem, angesichts der Tatsache, dass heute schon viele Pflegekräfte die deutsche Sprache nicht 100%ig beherrschen.

Die Einführung eines Disease-Management-Programms für Demenz würde Frau von Lützu-Hohlbein begrüßen: „Allerdings wissen wir alle, dass es damit nicht billiger wird. Damit wird ein Standard in der Demenzbehandlung festgelegt, wie er heute nicht gegeben ist.“ Deshalb ist die Gesellschaft

gefordert, diese zukünftigen Lasten zu tragen. Dazu muss die Krankheit aber erst einmal gesellschaftlich anerkannt werden. Das scheint derzeit aber nicht der Fall zu sein. Die Alzheimer Gesellschaft stellt hier eher eine Trendwende fest: Demenz im Alter wird als Zustand betrachtet – der Krankheitsaspekt geht mehr und mehr verloren.

Um dieser Tendenz zu begegnen, hat im letzten Jahr die Weltorganisation der Alzheimer-Selbsthilfegruppen (Alzheimer Disease International) zum Welt-Alzheimer-Tag den Slogan herausgegeben: „Alzheimer ist eine Krankheit.“ Denn nur wenn Demenz als Krankheit betrachtet wird, wird sie auch in den Forschungen ihren Platz haben.

Hausärzte im Spannungsfeld

Gute Medizin, schlechte Bedingungen

BERND ZIMMER

Der Hausarzt ist am besten dazu geeignet, eine potenzielle Demenz frühzeitig zu erkennen. Das sagt der niedergelassene Allgemeinarzt und Geriater Bernd Zimmer. Dennoch sieht der Wuppertaler Mediziner den Hausarzt in einem Konfliktfeld bei der Versorgung von Demenzkranken stehen.

Die Probleme beginnen nach Ansicht des Arztes schon bei der Definition des Bedarfs für einen an Demenz erkrankten Patienten. Dieser Bedarf sei „ein unbestimmter Rechtsbegriff“. Die Definition sehe aus Sicht der jeweiligen Seiten völlig unterschiedlich aus. So würden die Krankenkassen den Bedarf „herunterdefinieren“, damit die Beiträge stimmen. Der Angehörige würde ihn, wenn er selbst in der Leistungspflicht steht, vielleicht herunter-, wenn er von Sozialsystemen zu leisten ist, vielleicht heraufdefinieren. „Und wie definiert der Staat als Träger vieler Sozialleistungen, der Staat mit immer mehr alten und immer weniger jungen und arbeitenden Menschen?“, fragt Zimmer provokativ.

Der Arzt schließlich definiere den Bedarf unter Umständen danach, ob er für ihn ökonomisch zum Regress-Risiko wird.

„Wie also ist das Problem zu lösen? Wir müssen miteinander reden und nicht übereinander. Und im Mittelpunkt muss der Patient stehen, das vergessen wir manchmal bei unseren Diskussionen“, so Zimmer. Der Patient wolle mit seiner Krankheit von der Gesellschaft angenommen werden und spüren, auch mit Demenz etwas wert zu sein. Betrachte man die „längste freiwillig gewählte bilaterale Beziehung



*Bernd Zimmer
Allgemeinarzt und
Geriater,
Wuppertal*

Deutschlands“, die nämlich zwischen Hausarzt und Patient, so dauere diese laut BDA immerhin 16,4 Jahre. Eine Ehe bringe es dagegen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes nur auf durchschnittlich 11,7 Jahre. Zimmer fühlt sich als Hausarzt deshalb „für seine mit ihm alternden Patienten in bevorzugter Weise verantwortlich“.

Was heute bei der Behandlung viel besser als früher zur Verfügung steht, ist die Diagnostik, sagt der Wuppertaler Arzt. Dank sagte er dabei jenen, „die das ewige Klagen der Hausärzte erhört haben und nicht mehr riesige Testbatterien mit komplizierten Verfahren schaffen“. Mit solchen könnte nämlich die Menge der Patienten in der Praxis gar nicht untersucht werden, und bezahlbar sei dies schon gar nicht. Es gebe stattdessen bereits ausgezeichnete orientierende neuropsychologische Testverfahren zur kognitiven Leistungsfähigkeit, die vom Hausarzt in der Praxis durchführbar sind. Diese einfachen Verfahren sollten zuerst einmal angewandt werden, statt über die nicht zur Verfügung stehenden Ressourcen einer Gedächtnisambulanz zu klagen oder diese zu fordern.

Die Therapieoptionen sind nach Ansicht von Zimmer ebenfalls besser geworden. Das betreffe nicht nur die Pharmaka. Das schließe auch die Möglichkeiten der Pflegeversicherung ein: „So schlecht sie auch sein mögen, sie sind besser als nichts. Wir sollten nicht in Pessimismus verfallen, sondern uns freuen, dass der Weg in die richtige Richtung geht, auch wenn bei der Demenzbehandlung die Krankenkasse bezahlt und die Pflegeversicherung profitiert.“

Bleibe das Thema der „ach so teuren“ Medikamente für Demenzpatienten. „Wer redet denn über die onkologischen Medikamente, wer redet über neue Behandlungen der Multiplen Sklerose“, fragt Zimmer. Kritisch sieht der Arzt hier die Diskussion über die Verordnung umstrittener Präparate. „Befinden wir uns nicht auf einem Weg in eine gefährliche Situation? Wir stehen an einer Gabelung, wo beides offen ist: der Weg in eine Klasse Medizin und der Weg in eine Klassenmedizin.“

Abrechnungsbeispiele

im 3. Quartal 97		
Ziffer	abrechnende Ärzte	Leistung pro 1000 Pat.
14 zu Hause	248 von 278	11
15 Heim	190 von 278	13
im 3. Quartal 99		
Ziffer	abrechnende Ärzte	Leistung pro 1000 Pat.
14 zu Hause	355 von 498	6
15 Heim	323 von 498	12
im 3. Quartal 01		
Ziffer	abrechnende Ärzte	Leistung pro 1000 Pat.
14 zu Hause	579 von 975	6
15 Heim	498 von 975	13
im 3. Quartal 02		
Ziffer	abrechnende Ärzte	Leistung pro 1000 Pat.
14 zu Hause	129 von 185	6
15 Heim	166 von 185	12

Durchschnittliche Fallzahl 1500 pro Praxis. Entspricht ca. 27 Fällen pro Praxis. Entspricht ca. 3150 Fällen bei ca. 340 000 Einwohnern, davon ca. 90 % GKV-versichert. Damit ist jeder Demente mit einem Betreuungskomplex versorgt, da ca. 1 von 100 Bürgern dement im Sinne der Ziffern 14 und 15 ist.

Tabelle 4: Die EBM-Nr. 14 steht bei der kassenärztlichen Abrechnung für die vor allem von Hausärzten erbrachte Betreuung eines Demenzkranken im häuslichen Umfeld, die Nr. 15 für seine Betreuung im Heim. Auf den ersten Blick könnte der geringe Ansatz pro 1000 Patienten (dargestellt sind hier Abrechnungsergebnisse einer Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein) ein Indiz dafür sein, dass die Patienten unzureichend betreut werden. Nach Aussage von Zimmer ist das jedoch unzutreffend: Seine hausärztlichen Berufskollegen betreuten Demente viel intensiver zu Hause, als dies die Abrechnung der EBM-Nrn. 14 und 15 ausweist. Wegen des seit 1999 geltenden Verbotes der Abrechnungskombination mit anderen häufigen hausärztlichen Leistungen im Quartal würden die Ziffern nämlich gar nicht abgerechnet. Beachten Sie die Veränderung der Häufigkeit der Ziffer 14 von 1997 zu 1999.

Zimmer kann nicht verstehen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit den regionalen Krankenkassenverbänden im letzten Jahr eine Arzneimittelvereinbarung geschlossen hat, bei der zur Senkung des Umsatzanteils bei den „kontrovers diskutierten Arzneimitteln“ u.a. der Verzicht auf die Verordnung von Antidementiva bzw. die Reduktion derselben aufgeführt wurde. „Hier hätte doch eigentlich stehen müssen, bei jedem an Alzheimer Erkrankten

muss, soweit keine Kontraindikation besteht, eine Versorgung mit einem zugelassenen Antidementivum stattfinden“, sagt Zimmer, „auch wenn die Krankenkasse zahlt und die Pflegekasse profitiert.“

Vor diesem Hintergrund seien auch die Richtgrößen für seine Praxis zu bewerten. Diese betragen 2002 pro Quartal für einen Familienversicherten 41,85 € und für Rentner 130,77 €. „Im Klartext: Damit versorge ich einen Patienten, der einen Diabetes, einen Bluthochdruck

und vielleicht auch eine Demenz hat. Moderne Cholinesterasehemmer aber kosten zwischen 360 und 460 €“, so Zimmer. Stelle sich also die Frage, wo die gesunden Patienten herkommen, die zur Kompensation der Ausgaben erhalten müssen.

Kopfzerbrechen bereiteten dem Praktiker ebenso die DMP, die Disease-Management-Programme. „Da wird für eine Krankengruppe definiert und bestimmt, wie sie zu versorgen ist. Und dann stellen wir fest, dass die korrekte Umsetzung des Programms zur Verdoppelung der Kosten führt“, sagt er. Im Medikamentensektor könne man dies „locker postulieren“. Wo aber komme das Geld her bei gleichzeitig unveränderter Beitragssatzstabilität? Das Geld für die DMPs müsse schließlich dem für nicht in DMPs aufgenommene Erkrankungen vorgesehenen Betrag entnom-

Es gibt einen ständigen Fortschritt in der Diagnostik und Therapie von Alzheimerkranken! Wir haben die Chance, diese

- zu fördern,
- zu ignorieren,
- zu unterdrücken.

Als (niedergelassener) Arzt bin ich jedem einzelnen Patienten verpflichtet. Diese Gesellschaft und die von ihr gewählten Gewalten sind für die Grenzziehung und Mittelbereitstellung verantwortlich.

Bernd Zimmer

men werden. Für ihn, so Zimmer, sei mit den DMPs „der Krieg der Krankheiten und Erkrankten untereinander eröffnet“. Dieser Krieg der Krankheiten sei ein Novum, es profitieren Kranke mit starker Lobby zu Lasten der Schwächsten.

Auch der Einführung der DRGs im stationären Sektor steht Zimmer skeptisch gegenüber. Er erklärt das Problem aus seiner Sicht: „Was wird nun mit einem Patienten, der mit Schenkelhalsbruch in die Klinik kommt? Die Einrichtung – die dann nicht mehr eine Vergütung pro Liegetag, sondern eine Pauschale nach Krankheitsaufwand erhält – versucht, den Patienten so schnell wie möglich wieder loszuwerden, ihn nach Hause oder ins Pflegeheim zu entlassen. Da kann der Patient vielleicht noch nicht wieder laufen, die Wunde ist noch nicht geheilt, vielleicht hängt auch noch eine Drainage ...“ Zimmer befürchtet, dass speziell multimorbide Patienten auf der Verliererseite sein werden. „Und ist der Demenzkranke ein Gewinner der DRGs, oder wird ihn das Krankenhaus schnell entlassen? Das wird sich noch zeigen.“

Der Hausarzt fragt sich angesichts der bevorstehenden Verlagerungen medizinischer Versorgung zudem: Werden die im Krankenhaus eingesparten Gelder dann auch in den ambulanten Bereich umgeleitet, wo sie für die Mehrversorgung benötigt werden?

Zimmer erinnert in diesem Zusammenhang an § 70 Sozialgesetzbuch V, der „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ im Rahmen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern regelt. Hier heißt es: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“

Es gebe nun einmal einen ständigen Fortschritt in Diagnostik und Therapie der Demenz, so Zimmer. Ob dieser je-

doch gefördert, ignoriert oder sogar unterdrückt werde, dafür seien die Gesellschaft und die von ihr Gewählten sowie die Verwalter der Versicherungsgelder verantwortlich. Sie entschieden über die Grenzziehung und die Mittelbereitstellung. Die Ärzte sind gefordert, sinnvolle Angebote zur Mittelbereitstellung zu unterbreiten.

Zimmer fasste an dieser Stelle noch einmal die wichtigsten Punkte zusammen: So sei die Hausarztpraxis zwar der geeignete Ort, eine potenzielle Demenzerkrankung frühzeitig zu finden, allerdings müsse der Kostendruck durch einen Leistungsanreiz ersetzt werden. Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie sollten zudem kooperativ genutzt werden, damit möglichst viele Menschen in der gewohnten Umgebung haus- bzw. gebietsärztlich versorgt werden können. Das betrifft zum Beispiel die Zusammenarbeit mit Nervenärzten und Psychiatern. Spezialeinrichtungen sollten gezielt ergänzend zur Verfügung stehen.

In Studium und Weiterbildung sei zudem verstärkt diesem häufigen Krankheitsbild Rechnung zu tragen. Das heißt, Kliniker müssen sich ebenso nachqualifizieren, wie es auch von den niedergelassenen Kollegen erwartet wird. Und jedem Angehörigen, der einen Demenzpatienten Tag und Nacht betreut, sei durch die Pflegeversicherung ein freier Nachmittag als Sachleistung anzubieten. So könne er „lernen, einmal die Verantwortung loszulassen“.

Zimmer machte abschließend noch auf etwas für ihn sehr Wesentliches aufmerksam: Jeder Arzt fühle sich in erster Linie jedem einzelnen seiner Patienten verpflichtet. Das seien bei etwa 30 Patienten mit Demenzen pro Hausarzt über 10 000 Patientenschicksalstage im Jahr. Das sei eine Menge Zeit. Doch handele es sich durchaus nicht nur um traurige Momente in der Demenzversorgung, sondern auch um eine Menge lustiger und schöner Momente mit vorzeigbaren Erfolgen und um viele warmherzige Begegnungen. „Das sollte man als Arzt nicht vergessen, wenn wieder neue Hürden und Ängste die Behandlung zu erschweren drohen“, so Zimmer.

Prävention im Alter

Eine große Herausforderung des 21. Jahrhunderts

DR. RÜDIGER MEIERJÜRGEN

Im Gesundheitswesen wird der Prävention bisher ein geringer Stellenwert eingeräumt. Nur 4,5 % der Gesamtausgaben fließen in vorsorgende Maßnahmen, unterstreicht Dr. Rüdiger Meierjürgen, Leiter der Abteilung Prävention und Selbsthilfe bei der Barmer Ersatzkasse, diese Tatsache. Er skizziert in folgendem Beitrag die derzeitige Situation und stellt dar, welche Maßnahmen insbesondere im Hinblick auf die demenzielle Erkrankung erforderlich sind, um den Grundsatz „Prävention vor Pflege“ nachhaltig umzusetzen.

Von den etwa 950 000 Demenzerkrankten in Deutschland sind heute mehr als die Hälfte älter als 80 Jahre, 15 % sind älter als 90 Jahre (Tabelle 5). In den kommenden Jahren werden sich diese Zahlen verdoppeln. Experten rechnen mit 1,8 Mio. Demenzerkrankten im Jahr 2040. Die Kosten pro Alzheimer-Fall belaufen sich heute auf durchschnittlich 43 700,- € pro Jahr. Diese Zahlen verdeutlichen, welche Aufgaben das Gesundheitswesen bzw. die Gesellschaft in den nächsten Jahren bewerkstelligen muss.

Präventionsmaßnahmen im Alter sind deshalb nicht nur sinnvoll, sondern dringend nötig, um den wachsenden Herausforderungen einer alternden Gesellschaft erfolgreich zu begegnen (Abbildung 3). Die WHO hat in ihrem Weltgesundheitsbericht von 1998 darauf hingewiesen, welchen Stellenwert die Prävention im Alter im 21. Jahrhundert haben wird. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in einem seiner letzten Gutachten



*Dr. Rüdiger Meierjürgen
Leiter der Abteilung
Prävention und
Selbsthilfe der
Barmer Ersatzkasse,
Wuppertal*

hervorgehoben, dass bei den über 60-Jährigen eine Vielzahl von Ansätzen und Handlungsfeldern der Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention besteht (Tabelle 6).

Prävention bedeutet dabei nicht nur, die Krankheit zu verhüten, sondern der gesamte Alterungsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness muss berücksichtigt werden.

Im § 5 SGB XI ist der Grundsatz „Prävention vor Pflege“ fixiert. In Absatz 1 heißt es: „Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“ „Die Leistungsträger“, heißt es im Absatz 2 weiter, „haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen

Epidemiologie der Demenz

In Deutschland sind etwa 950 000 Menschen von einer Demenz betroffen.

- Knapp 3 % sind jünger als 65 Jahre (präsenile Demenz).
- Mehr als die Hälfte sind zwischen 80 und 89 Jahre alt.
- Rund 15 % sind älter als 90 Jahre.
- Die mittlere Prävalenzrate schwankt von 1,2 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis zu 34,6 % bei den über 90-Jährigen.
- Jahr für Jahr ist mit einer Gesamtzahl von mehr als 200 000 Neuerkrankungen zu rechnen.
- Die mittlere Inzidenzrate steigt von ca. 0,4 % bei den 65- bis 69-Jährigen auf ca. 10 % bei den über 90-Jährigen an.

Tabelle 5: Jedes Jahr ist mit 200 000 Neuerkrankungen zu rechnen.

Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (Tabelle 7). Trotz der gesetzlichen Verankerung und des hohen Stellenwerts, den Experten vorsorgenden Maßnahmen in Gutachten bescheinigen, weist die Prävention im Alter derzeit große Defizite aus. Woran liegt das?

Zum einen, so Dr. Meierjürgen, herrscht seit langem ein Defizitmodell vor. Dieses unterstellt, dass ältere Menschen fehlende Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten hätten. Oftmals war Prävention in der Vergangenheit auch Spielball kurzfristiger haushaltspolitischer Auseinandersetzungen. Im Zuge der „Seehoferschen Bauchtanzdebatte“ beispielsweise wurde der § 20 SGB V zunächst gestrichen

Ziele der Prävention im Alter

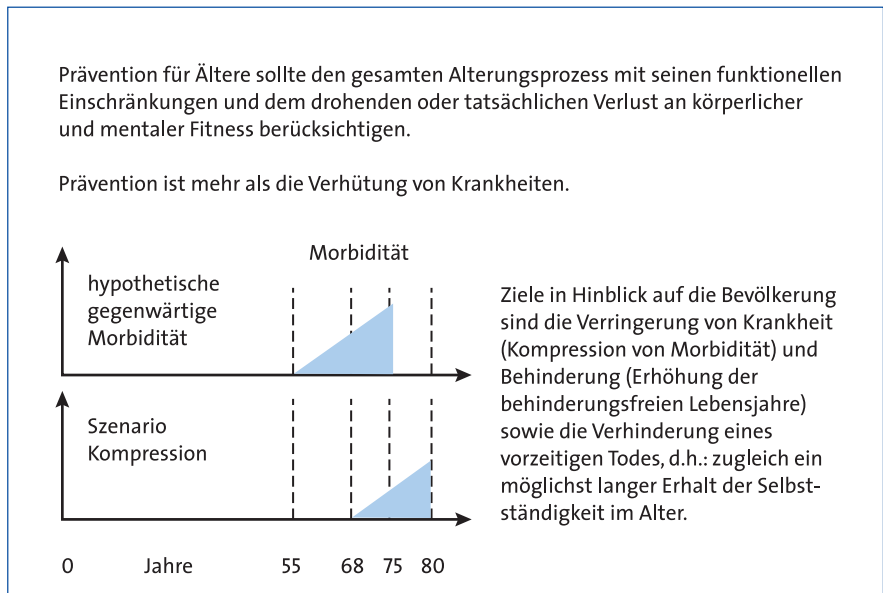


Abbildung 3: Prävention ist mehr als die Verhütung von Krankheit.

und im Jahr 2000 wieder eingeführt. Für die gesetzlichen Krankenkassen bestehen derzeit wenig Anreize, Präventionsmaßnahmen für ältere Menschen anzubieten. Steue-

Prävention demenzieller Erkrankungen

	Ziele	Maßnahmen (Beispiele)
I Primär-Prävention	Verhinderung oder Verzögerung des Eintritts eines Schadenfalls; Erhaltung der Gesundheit bei (noch) Gesunden	Ernährung Körperliche Aktivität/ Bewegung Stressmanagement/ Entspannung, Raucher- entwöhnung
	Senkung Inzidenzrate/ Eintrittswahrscheinlichkeit einer Erkrankung	
II Sekundär-Prävention	Entdeckung eines eindeutigen Frühstadiums einer Erkrankung und Frühtherapie	Screening- und Testverfahren zur Krankheitsfrüherkennung
	Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen	zerebrales Training · Gedächtnistraining · Realitäts-/ Orientierungstraining · Wahrnehmungstraining gezielte Bewegungstherapie u. körperliche Aktivität Selbstständigkeits- training Medikation mit Antidementiva
III Tertiär-Prävention	Rehabilitation Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherstellen bzw. erhalten	wie II.

Tabelle 6: Schon in der frühen Phase sollten präventive Maßnahmen angeboten werden.

rungs- und Anreizmechanismen zwischen wettbewerblich orientierter Krankenversicherung und nicht wettbewerblich orientierter Pflegeversicherung stehen zudem einer Realisierung des Grundsatzes „Prävention vor Pflege“ entgegen. Dazu ein Beispiel: Wenn Krankenkassen präventive und rehabilitative Maßnahmen durchführen, die den Eintritt der Pflegebedürftigkeit verzögern oder das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vermindern, kostet sie das zunächst Geld. Die Einsparungen schlagen sich aber bei der Pflegekasse nieder. Insofern ist es für die Krankenkassen rein ökonomisch betrachtet nur dann rational, entsprechende präventive Maßnahmen anzubieten, sofern sie per saldo eine Verbesserung ihrer Ausgabenposition bewirken. Im Pflegebereich wiederum fehlen Anreize für die Integration von Prävention und

Prävention vor Pflege

... zielt darauf ab, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit durch präventive Maßnahmen zu verhindern, zu verzögern oder das Ausmaß des Pflegebedarfs zu begrenzen.

§ 5 SGB XI (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation)

- (1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

Tabelle 7: Auch wenn sie noch stiefmütterlich umgesetzt werden: Präventive Maßnahmen sind im SGB XI verankert.

Gesundheitsförderung. Zahlreiche Gründe also, warum Prävention im Alter bisher kaum wahrgenommen wird.

Um die Prävention im Bereich der Demenzerkrankung künftig zu stärken, sind nach Ansicht von Dr. Meierjürgen vier Ebenen gefordert, die sich nicht nur auf den Versorgungssektor beschränken:

- Ebene der Gesellschaft,
- individuelle Ebene,
- familiäre Ebene,
- Ebene des Versorgungssektors.

Hier geht es beispielsweise darum, bevölkerungsbezogene Kampagnen, die informieren und aufklären, zu initiieren.

Formen der Prävention

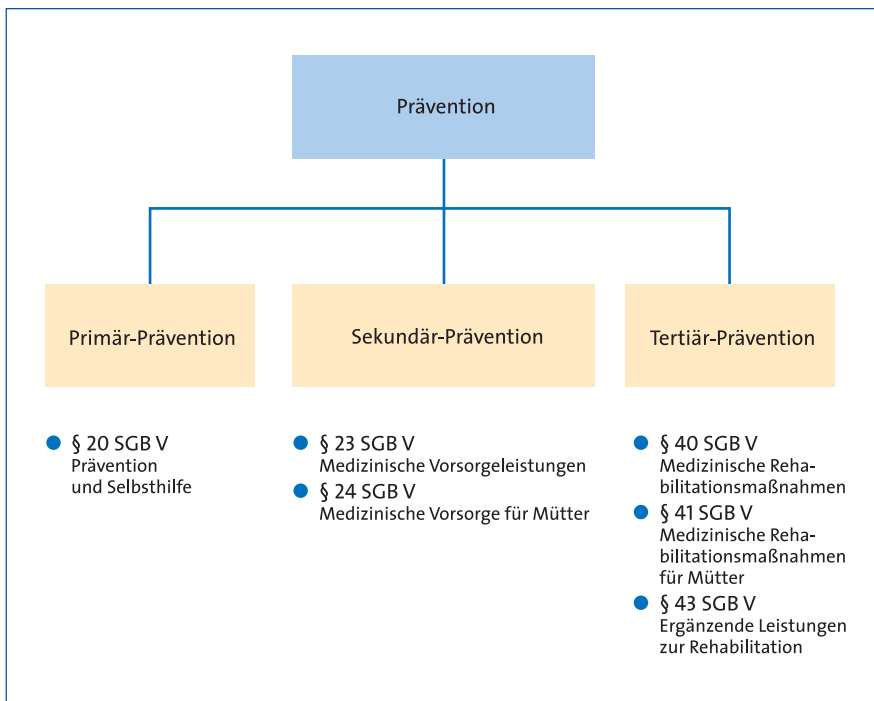


Abbildung 4: Präventive Maßnahmen lassen sich in drei Bereiche unterteilen.

Kampagnen wie „Aktives Altern“ oder „Gesund alt werden“, Demenzfrüherkennung etc. helfen auch, die Eigenverantwortung zu stärken. Die Bundesregierung hat im letzten Jahr mit der Schaffung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung einen ersten Meilenstein in diese Richtung gesetzt. Aber auch Seminarangebote und die Förderung von Selbsthilfeangeboten sind in diesem Kontext zu nennen. Auf der familiären Ebene geht es darum, das Pflegepotenzial der Familie zu stärken. Zwar sind mit der Neufassung des § 45 SGB XI hier erste Schritte unternommen worden, aber das ist erst ein Anfang. Es geht auch um Aufklärung, Information und Beratung, hier leisten die Alzheimer-Gesellschaften bereits viel. Auch die Gesundheitspflege und Prävention bei pflegenden Angehörigen ist ein Thema der Zukunft. Denn was nützt es, wenn sich die Angehörigen aufopfernd um ihre demenzkranken Angehörigen kümmern, sich aber gleichzeitig schädigen und selbst krank werden?

Im Versorgungssektor sind gezielte Präventionsangebote für ältere Menschen weiterzuentwickeln und auszubauen. Um die medizinische Beratung zu intensivieren, ist beispielsweise die Einführung präventiver Hausbesuche zu diskutieren. Auch die Rolle des Hausarztes als Koordinator und Lotse ist zu stärken. Dazu bedarf es einer gezielten Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften. Letztendlich ist auch die Frage zu stellen: Ist es sinnvoll, die Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung zu integrieren, um die genannten Schnittstellenprobleme abzubauen?

Ziele all dieser Maßnahmen auf den verschiedenen Ebenen sollten sein:

- den Beginn der manifesten Demenzerkrankung möglichst aufzuschieben,
- eine Verschlimmerung und ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen,
- die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Lebensführung der Erkrankten mit allen Mitteln zu fördern.
- Pflegende Angehörige müssen darüber hinaus entlastet und unterstützt werden.

- Damit Zusatzerkrankungen vermieden werden, sollten außerdem präventive Leistungen angeboten werden.

Bei der Prävention sind dabei drei zentrale Bereiche zu differenzieren (Abbildung 4):

- Bei der Primär-Prävention geht es insbesondere darum, Krankheiten zu verhindern oder zu verzögern. Hierzu gehören Themen wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Bewegung, Entspannung, Stressmanagement etc.
- Die Krankheit frühzeitig zu erkennen und therapeutische Maßnahmen in die Wege zu leiten, ist Aufgabe der Sekundär-Prävention. Hier sind Screenings zur Krankheitsfrüherkennung zu etablieren, aber auch Maßnahmen wie Wahrnehmungstrainings anzubieten. Weiterhin geht es hierbei um Bewegungstherapie, körperliche Aktivität und sonstige unterstützende Maßnahmen. Selbstständigkeitstrainings helfen, die Kompetenzen möglichst langfristig aufrechtzuerhalten.
- Zur Tertiär-Prävention zählen beispielsweise Fragen zu Rehabilitationsmaßnahmen. Die zuvor genannten Maßnahmen können fortgeführt werden. Alles in allem geht es auch hier darum, die Leistungsfähigkeit der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten.

Insgesamt lässt sich feststellen: Um die Demenzerkrankung künftig besser zu managen, ist es nötig, die

- Prävention,
- Kuration,
- Rehabilitation und die
- Pflege in die verschiedenen Versorgungsphasen zu integrieren. Die Förderung von „Prävention vor Pflege“ ist dabei deutlich mehr als lediglich die Aufhebung eines „Leistungsstreits zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“ oder die Beseitigung defizitärer Anreizstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gesundheitssystem der Zukunft:

Regionale Verantwortung statt Druck von oben

DR. ELLIS HUBER

„Die Entwicklung und der Ausbau einer integrierten Medizin und einer integrierten Versorgung sind die Schlüsselprozesse für das Gesundheitswesen der Zukunft“, sagt Dr. Ellis Huber, Vorstand der Betriebskrankenkasse Securvita. Professionen und Institutionen, Ärzte und Krankenkassen, Dienstleister und Finanziere müssten sich zu einem neuen Miteinander zwingen.

Die Probleme bei der Betreuung demenzkranker Menschen seien, so Dr. Huber, ein Musterbeispiel für die Probleme der Gesundheitssysteme generell. Ganz gleich, ob Demenz, chronische Polyarthritiden oder Tumorerkrankung – überall dort, wo langfristige teure Versorgungsprozesse auftauchen würden, ergäben sich die gleichen Konflikte, die gleichen Schwierigkeiten. „Das heißt, wenn es uns gelingt, eine optimierte, ressourcensparende und zugleich humane Versorgung für Demenzkranke zu realisieren, geben wir ein Beispiel zur Lösung der Gesundheitsprobleme der Bundesrepublik“, so der Krankenkassenvertreter.

Laut Dr. Huber allerdings prägten derzeit noch alte Strukturen das System: Die Ausrichtung der Versorgung sei an akuten Krankheitsereignissen orientiert. Einzelleistungsvergütung und indikationsbezogene Entgelte bestimmten die Finanzierungsweisen. Das Krankenhaus besitze eine zentrale Stellung für das Versorgungssystem.

Grundsätzlich, so Dr. Huber, werde die Problemdefinition durch Systemvorgaben formiert. Die Kultur folgt der Struktur. Das heißt, es geht in der Regel um die Frage: Was nützt meiner Einrichtung?



*Dr. Ellis Huber
Chef der BKK Securvita,
Hamburg*

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ Dieses Leitmotiv der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, so erklärt der BKK-Chef, beschreibe auch das neue Leitbild des modernen Gesundheitsmanagements. Internationale Organisationen sähen inzwischen Gesundheit immer mehr als Ressource und Produktivfaktor für die gesellschaftliche Entwicklung und nicht mehr nur als Kostenfaktor oder Produkt medizinischer Dienstleistung.

Ausgleich zwischen individueller Verantwortung und Solidarität wird verhindert

Im deutschen Gesundheitssystem spiele das, was Kranke fühlen und wünschen, faktisch nie eine Rolle. Stattdessen gebe es ein „unendlich autistisches Denken“ in sämtlichen Gesundheitsprofessionen, Institutionen, bei Krankenkassen und auch bei Teilen der Ärzteschaft. Dr. Huber weiß, wovon er spricht: Er kennt aus beruflicher Erfahrung die beteiligten Seiten. Er war Gesundheitsstadtrat in zwei hauptstädtischen Bezirken, später Abteilungsleiter beim Paritätischen Wohlfahrtsverband, dann Berliner Ärztekammerpräsident. Jetzt steht er einer Krankenkasse vor.

„Das bestehende Gesundheitswesen spaltet die Gesellschaft mehr, als dass es sie zusammenhält. Es begünstigt eine rücksichtslose und entsolidarisierende Inanspruchnahme der vorhandenen Ressourcen durch Partikularinteressen. Ein gesunder Ausgleich zwischen individueller Selbstverantwortung und gesellschaftlicher Solidarität wird strukturell verhindert“, so Dr. Huber.

Gespräche über Disease-Management-Programme bezeichnet der Kassenchef als „meist scheinheilig“. Er habe

„von Kassenseite niemanden erlebt, der wirklich eine bessere Versorgung umsetzen will. Alle haben Schiss davor, ich auch.“ In Wirklichkeit gehe es nur darum, „wie durch eine pseudoinszenierte DMP-Programmatik der Verlust der Kasse im Risikostrukturausgleich minimiert werden kann“. Und er ergänzt: „Alle sind gefangen in der geldfixierten Angst, nicht mehr überleben zu können. Das ist bei Ärzten und Krankenkassen ebenso wie bei den Pflegeberufen und in der Politik.“

Dr. Huber vertritt eine kleine, wachsende BKK mit einem Beitragssatz von 14,5 % und einem Leistungsspektrum, das neben der Schulmedizin auch die rechtliche Anerkennung für naturheilkundliche Verfahren in den Vordergrund stellt. Er beruft sich dabei auf das V. Sozialgesetzbuch als rechtliche Grundlage („Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen“, SGB V, § 2,1). „Diesen Grundsatz halten wir für eine große Errungenschaft unseres Sozialversicherungssystems und haben ihn deshalb auch in unserer Satzung dokumentiert“, betont Dr. Huber.

Der Kassenchef fordert ein rigoroses Umdenken bezüglich der Leistungen für Versicherte. „Immer dann, wenn eine durch die GKV finanzierte ärztliche Intervention ebenso wirksam ist wie das Selbst-aktiv-Werden des Versicherten, führt das zu einer Entsolidarisierung des Systems. Wir benötigen die Bereitschaft aller Beteiligten vor Ort, die Frage des solidarischen Miteinanders neu zu stellen. Dazu gehört auch, bestehende Honorarsysteme umzukrempeln“, so Dr. Huber.

Wie dieses Umkrempeln aussehen könnte, hat die Securvita in einem so genannten 7-Punkte-Programm präzisiert (Tabelle 8). Diesem zufolge müsste eine Reform klare Grenzen ziehen zwischen individueller Selbstverantwortung und gesellschaftlicher Solidarität – eine Grenze zwischen einer solidarisch finanzierten Regelleistung (Bedarf) und individuell finanzierten Wahlleistungen (Bedürfnis).

Außerdem sei die konventionelle Schulmedizin mit ihrer Orientierung an körperlichen Defekten oder persönlichen Defiziten bei den heute vorherrschenden Zivilisationskrank-

heiten an ihre Grenzen geraten. Die Securvita fordert deshalb die gesetzliche Gleichbehandlung und Förderung eines kooperierenden Netzwerkes von Schulmedizin, anerkannten Naturheilverfahren, Psychotherapie, Sozialmedizin und anderen bewährten Therapierichtungen im Sinne einer ganzheitlichen, biopsychosozialen Humanmedizin.

Des Weiteren sollten Honorarsysteme entwickelt werden, die kompetente und verantwortliche ärztliche Entscheidungen von Geldflüssen unabhängig machen. Das könnte zum Beispiel ein pauschales Grundhonorar für alle Ärzte auf dem Niveau des durchschnittlichen gegenwärtigen Arzteinkommens mit Bezug auf die Anzahl der erfolgreich betreuten Patienten sein (Basis: 100,- € pro Stunde). Und Medizintechnik ist wegen einer sinnvollen Amortisation kooperativ von Ärztepools zu nutzen.

Das 7-Punkte-Programm

Anforderungen der BKK Securvita an eine Reform

- Klare Grenzen zwischen individueller Selbstverantwortung und gesellschaftlicher Solidarität
- Solidarisch finanzierte Regelleistung (Bedarf) und individuell finanzierte Wahlleistungen (Bedürfnis)
- Honorarsysteme, die kompetente und verantwortliche ärztliche Entscheidungen von Geldflüssen unabhängig machen (ergebnisorientierte Zeithonore)
- Zusätzliche Finanzierung über Sonderabgaben nach dem Verursacherprinzip
- Unabhängige Patientenberatung als Ergebnis- und Leistungscontrolling
- Individuelles Case-Management durch Hausärzte und Gesundheitstherapeuten (Prozessmanager)
- Institutionalisierte Gesundheitsförderung

Tabelle 8: Die BKK Securvita fordert u.a. eine Änderung der bestehenden Honorarsysteme und ein rigoroses Umdenken bezüglich der Leistungen für Versicherte.

Nach dem Verursacherprinzip könnten Sonderabgaben durch die Hersteller gesundheitsgefährdender Produkte und eine anteilige Umwidmung der bisherigen Tabak-, Alkohol- und Mineralölsteuer zweckgebunden ins Gesundheitssystem fließen und so die Beitragszahler entlasten. Zum Reform-Katalog gehören außerdem die Stärkung der Patientenrechte durch die Einführung eines verschärften Strafrechts für ärztliches Fehlverhalten und eine unabhängige Patientenberatung – zum Beispiel durch neu geregelte Erklärungs- und Auskunftspflichten der Ärzte und der medizinischen Dienste.

Ein Hausarzt oder Gesundheitstherapeut (dies kann in der Praxis auch ein Internist, Frauenarzt, Kinderarzt, Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder ein nichtärztlicher Gesundheitsberater sein) sollte im Gesundheitssystem von morgen die Aufgabe eines individuellen Case-Managements übernehmen, das im Einzelfall für kranke und hilfsbedürftige Menschen die sinnvollste und beste Hilfe organisiert. Und schließlich ist die Gesundheitsförderung zu verbessern.

„Bei der Versorgung demenzkranker Menschen ebenso wie bei anderen weit reichenden Versorgungsproblemen geht es darum, ressourcensparende Prozesse zu entwickeln und nicht maximale Medizin“, so Dr. Huber, „der Patient mit seinen Bedürfnissen muss wieder im Mittelpunkt stehen.“ Allgemeingültige Standards und Leitlinien müssten ständig den Erfordernissen angepasst werden, um eine integrierte Medizin und Pflege umzusetzen (Abbildung 5). „Von Berlin aus per Gesetz verordnete Solidaritätspostulate, wie die Menschen in Pfaffenhofen miteinander solidarisch sein sollen“, werden nach Dr. Hubers Ansicht scheitern. Stattdessen wären kleine soziale Gemeinschaften vonnöten, denen u.a. Ärzte, Apotheker, Patienten, Pflegende und Politiker angehören und die mit Menschlichkeit und mehr Offenheit und Transparenz regional die Versorgungsprozesse organisieren.

Gelder in Regulierung, Kontrolle, gegenseitiges Misstrauen und Verwaltungsprozesse zu stecken – also in Bereiche, die mit Gesundheitsversorgung nichts zu tun haben – sei Ressourcenvergeudung. 30 bis 40 %, so schätzt Dr. Huber,

Positive Sichtweise fördert die Gesundheit?

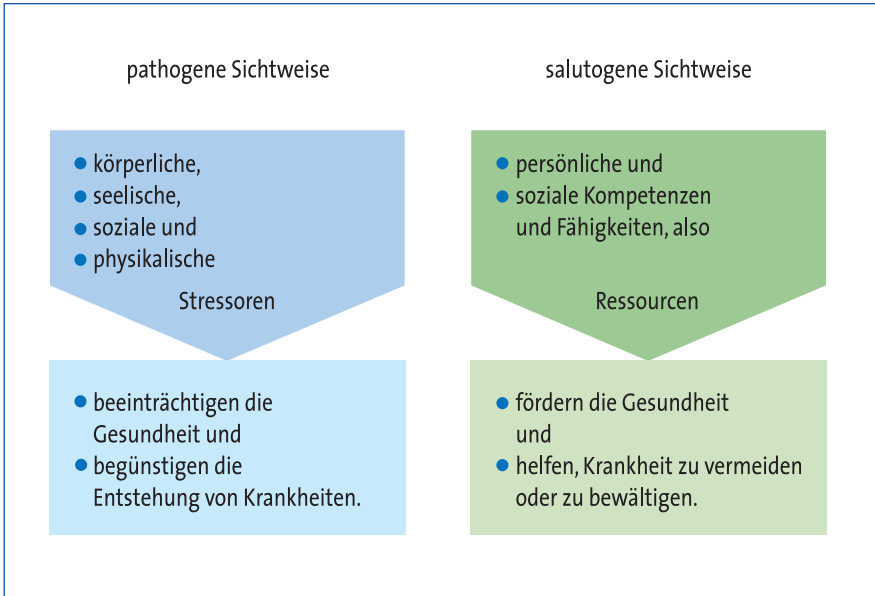


Abbildung 5: Salutogene versus pathogene Sichtweise.

gingen so den Versicherten „verloren“. Auch ein neues Institut für Qualitätsmanagement lehnt Dr. Huber ab, „da es nicht aus einem Dienst- und Service-Ethos, einem Kundenbewusstsein, heraus entsteht“. Es sei nicht nötig, die Verlässlichkeit eines Arztes von oben her zu kontrollieren. Eine ökonomisch effiziente Kontrolle sei stattdessen die Selbstkontrolle im Rahmen eines offenen Austauschs der beteiligten Seiten im Versorgungsprozess – die Entwicklung gemeinsamer Zielvereinbarungen von Ärzteschaft, Krankenkassen und Politik zu einer ökonomisch vernünftigen und sinnvollen Versorgung, einer radikalen Verschlinkung der Prozesse und damit zu einer optimierten Investition vorhandener Mittel in die gesundheitliche Wertschöpfung selbst. Vor diesem Hintergrund sieht Dr. Huber „noch immer genügend finanzielle Ressourcen“ im System.

Behandlung dementer Patienten

Auch aus ökonomischer Sicht erstrangige Rolle

DR. JOHANNES F. HALLAUER

In der Gesellschaft immer noch ein Tabu, stellt sich am Thema Demenz die Systemfrage im Gesundheitswesen, so Dr. Johannes F. Hallauer, Leiter der Gesundheitssystemforschung am Universitätsklinikum Charité. Hier spielen nicht nur ethische Überlegungen eine Rolle, sondern auch die Frage nach einer integrierten Versorgung. Ebenso sind ökonomische Betrachtungen für die Zukunft anzustellen, denn jetzt schon nehmen die Ausgaben für Demenzerkrankte die ersten Plätze ein.

Die Zweiklassenmedizin und Rationierung sind im deutschen Gesundheitswesen längst Wirklichkeit. Das zeigt schon alleine ein Blick auf die Verordnungsunterschiede zwischen privat rezeptierten und auf Kasse verordneten Antidementiva. Nur 13 bis 20 % der Alzheimer-Patienten erhalten derzeit Antidementiva. Wünschenswert wäre hier selbstverständlich eine Vollversorgung.

Zu einer adäquaten Behandlung Dementer bedarf es auch ganz anderer integrativer Versorgungsformen der Leistungserbringer und Kostenträger, als es derzeit der Fall ist. Dringend benötigt wird ein Disease-Management, das das Zusammenwirken von pflegenden Angehörigen, Hausarzt und Facharzt, von ambulanten Pflegedienst, von der Gerontopsychiatrie, von den Gemeindediensten etc. regelt und optimiert. Die Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen, wie beispielsweise dem Pflegegesetz, der Behinderten- oder Sozialgesetzgebung, erschwert aber das Zusammenspiel der verschiedenen Beteiligten. Zudem gibt es keinerlei Anreize,



*Dr. Johannes F. Hallauer
Leiter des Instituts für
Gesundheitssystem-
forschung, Universitäts-
klinikum Charité, Berlin*

beispielsweise für eine Krankenkasse, Leistungen zu bezahlen, die einen ökonomischen Benefit in einem anderen Bereich – beispielsweise der Pflegeversicherung – auslösen. Warum sollten die Krankenkassen ihr ohnehin begrenztes Arzneimittelbudget öffnen oder Verschiebungen durchsetzen, wenn sie selbst nicht davon profitieren und die staatlich auferlegte Beitragssatzstabilität aufrechterhalten werden soll? In dieser Schnittstellenproblematik fehlen kommunizierende Röhren, die Investitionen in dem einen Bereich zulassen, um Einsparungen in anderen Bereichen zu ermöglichen. Hier sollte eine volkswirtschaftliche Betrachtungsweise der betriebswirtschaftlichen weichen.

Die Systemfrage stellt sich aber auch aus ökonomischer Sicht. Bisher herrscht in der Gesellschaft Konsens darüber, dass Ressourcen aufgewendet werden dürfen und sollen, um Leid zu verhindern, Krankheiten zu behandeln und Gesundheitsstörungen zu heilen. Dabei soll die medizinische Versorgung nicht unter das ökonomische Diktat gestellt werden. Da bei der Behandlung Dementer derzeit eine Unterversorgung vorherrscht, würden Disease-Management-Programme aber zunächst zu einem Kostenanstieg führen.

In welche Indikationen fließen derzeit die Ressourcen? Hierzu liegt eine interessante Arbeit aus den Niederlanden vor¹, in der untersucht wurde, in welche Krankheiten die Aufwendungen von Pflege- und Krankenversicherung fließen. Die Demenz steht hier an dritter Stelle der Ausgaben. Mit 5,6 % der Gesamtausgaben nimmt sie damit aus ökonomischer Sicht einen oberen Rang ein. Werden die Ausgaben nur für die Frauen betrachtet, steht die Demenz mit 7,4 % sogar an erster Stelle der Krankheitsgruppen, die zu hohen Ausgaben führen (Tabelle 9). Schlaganfall, die gesamten Krebs- oder Herzkrankheiten spielen bei dieser Betrachtung eine eher untergeordnete Rolle, obwohl diese in der Gesellschaft als Erkrankungen mit hoher Sterblichkeit viel eher im Bewusstsein sind (Abbildung 6).

Betrachtet man die über 85-Jährigen, kommt die Erkrankung Demenz eindeutig auf den ersten ökonomischen Rang.

Krebserkrankungen spielen mit 2,1 % eine eher untergeordnete Rolle.

Werden also ökonomische Zielsetzungen als handlungsauslösendes Moment herangezogen, muss auf den Ressourcenverbrauch bei der Demenz ein besonderes Augenmerk gelegt werden, da hier sehr viel an Geldern aufgewandt wird.

Krankheitskostenstudien² belegen, dass für die Behandlung eines Demenzpatienten pro Jahr zwischen 20 000 und 50 000 US-Dollar ausgegeben werden. Auf Einwohner bezogen sind das mindestens 100 US-Dollar pro Jahr und Bürger in den Industriestaaten. Dabei ist der Aufwand für die Versorgung selbstverständlich abhängig vom Krankheitsver-

Gesundheitskosten nach Indikationsgruppen und Geschlecht in den Niederlanden

Rang	Indikationen	Männer	Frauen	gesamt
1	mentale Retardierung, Down-Syndrom	11,0 %	6,0 %	8,1 %
2	muskuloskelettale Erkrankung	5,4 %	6,4 %	6,0 %
3	Demenz	2,9 %	7,4 %	5,6 %
4	andere mentale Funktionsstörungen	5,4 %	4,7 %	5,0 %
5	krankheitsbedingte Zustände	4,6 %	5,0 %	4,8 %
6	Zahnerkrankungen	4,9 %	3,8 %	4,2 %
7	Schlaganfälle	3,0 %	3,4 %	3,2 %
8	Krebs	3,7 %	2,8 %	3,2 %
9	Schwangerschaft	0,0 %	4,3 %	2,6 %
10	koronare Herzkrankheiten	3,9 %	1,5 %	2,5 %

Stand 1994

Tabelle 9: In den Niederlanden nimmt die Demenzerkrankung bei Frauen den ersten Rang ein.

lauf. Im frühen Stadium fallen natürlich weniger Kosten an als im späten. Kostenuntersuchungen in den verschiedenen Stadien der Demenzerkrankung zeigen in Schweden und Dänemark eine geradezu lineare Entwicklung von 25 000 bis 40 000 Dollar pro Jahr. Der Anstieg der Kosten ist im Wesentlichen durch den steigenden Pflegebedarf bestimmt, nicht durch die unterschiedliche medizinische Versorgung in der Diagnostik oder der medizinischen Behandlung. 67 % der direkten Gesamtkosten (also von den in Schweden staatlich aufzubringenden Kosten) fließen in die Institutionalisierung in Pflegeeinrichtungen (Tabelle 10). Für die häusliche Pflege werden 15 % aufgewendet, für tagesklinische Einrichtungen 1 %. Die Ausgaben für die Akutkrankenhaus-Behandlung, die hier zu Lande häufig überbewertet werden, sind ebenfalls gering. Und nur 1 % der Aufwendungen fließt in die gesam-

Demenz bei den Kosten auf Platz 1

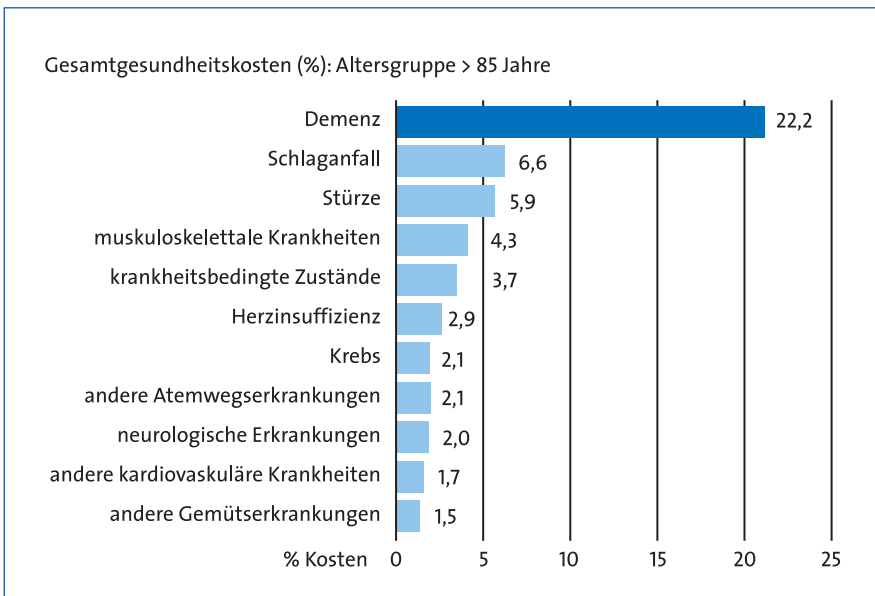


Abbildung 6: Betrachtet man die Gesamtgesundheitskosten in den Niederlanden bei den über 85-Jährigen liegt die Demenz auf Platz 1.

te Medikamentenversorgung. Für die Diagnostik wird weniger als 1 % ausgegeben. Der Verdienstaufschlag der Patienten spielt dabei auf Grund der Altersstruktur keine volkswirtschaftliche Rolle, dafür aber die Aufwendungen und Unterstützungen der betreuenden Angehörigen umso mehr.

Wie sieht nun die Situation in Deutschland aus?³ – Insgesamt entfallen auf die GKV etwa 3 % der Kosten für einen Demenzpatienten. Auf das Jahr betrachtet, machen diese Kosten pro Patient durchschnittlich ca. 1250,- aus. Diese Kosten bleiben im Verlauf der Erkrankung bis hin zu den späten Stadien etwa gleich.

Bei der Pflegeversicherung steigen die Kosten für die Pflege aber von 3000,- € pro Jahr und Demenzpatient im frühen Stadium bis hin zu 22 500,- € im späten Stadium. Der Anteil der ambulanten Pflege ist dabei im Verlauf der Erkrankung rückläufig, der Anteil der Heimpflege steigt kontinuierlich an (Abbildung 7). Durchschnittlich kostet ein Demenzerkrankter die Pflegekasse 12 500 €/Jahr. Diese

Gesamtkosten bei Demenz, Schweden, 2000

Institutionelle Pflege	25,6 Billionen SEK	67 %
häusliche Pflege	5,4	14 %
Tagespflege	0,5	1 %
Klinikpflege	0,9	2 %
ambulante Pflege	0,4	1 %
Medikamente	0,4	1 %
Diagnostik	0,1	<1 %
Arbeitsausfälle	0,1	<1 %
private Pflege	5,4	14 %

Tabelle 10: Die Verteilung der Kosten auf Pflege, Diagnostik, Medikamente in Schweden.

Kosten werden als direkte Kosten bezeichnet, da tatsächlich Geld aus dem Sozialversicherungssystem in die Versorgung fließt. Damit ist die Versorgungslandschaft aus ökonomischer Sicht aber nicht korrekt abgebildet. Denn überwiegend werden die Patienten in Deutschland von Angehörigen, meist Ehepartnern, Töchtern, Schwiegertöchtern, gepflegt. Werden diese Betreuungs-, Begleitungs- und Pflegeleistungen mit der Humankapitalwert-Methode bewertet, erhält man einen monetären Wert für die eingesetzte Zeit. Unterm Strich kommt ein Wert heraus, der ein Vielfaches dessen ist, was in anderen Bereichen aufgewandt wird. Die Belastungen sind in den späten Stadien enorm. Während in der frühen Phase der Erkrankung eine Betreuung von zirka drei

Verteilung der jährlichen Kosten der Pflegeversicherung pro Demenzpatient

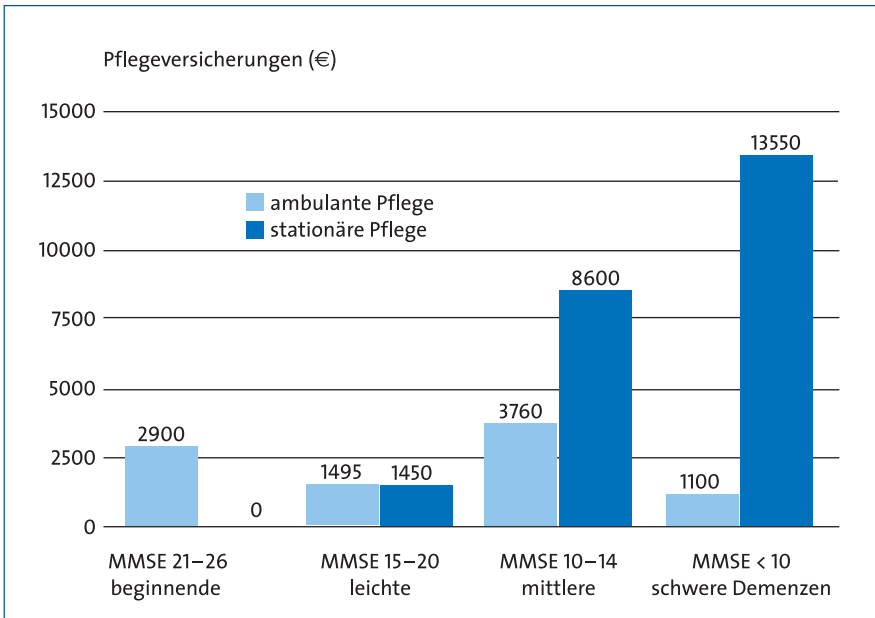


Abbildung 7: In den späteren Phasen steigen die Kosten für die stationäre Pflege enorm an.

Stunden täglich erforderlich ist, ist bei einem MMSE von 10–14, der Übergang von mittelschwerer zu schwerer Demenz, bereits eine Betreuungsleistung von neun Stunden nötig. Bei schwer Demenzerkrankten, die zu Hause betreut werden, sind durchschnittlich 14 Stunden täglich aufzuwenden. Das bedeutet hier eine fiktive Aufwendung von 60 000,- €/Jahr, die die betreuenden Angehörigen leisten. Das liegt über dem Durchschnittseinkommen, da im Erwerbsleben normalerweise nur acht Stunden werktäglich gearbeitet werden. Neben diesen indirekten Kosten, die für die Gesellschaft erbracht werden, fallen noch Eigenbeteiligungen in Form von Zuzahlungen zu Medikamenten, Pflegeleistungen oder in tagesklinischen Bereichen an. In der schweren Demenzform bedeutet das einen monatlichen Betrag für die betreuende Familie von etwa 250,- €. Die Angehörigen haben auch Belastungen zu tragen, um bauliche Veränderungen vorzunehmen und die Umgebung patientengerecht zu gestalten. Hier kann nicht immer Unterstützung von der GKV oder der Pflegeversicherung eingefordert werden.

Betrachtet man nun die Leistungen, die von GKV, Pflegeversicherung und Angehörigen erbracht werden, übernimmt die GKV einen bescheidenen Anteil von 3 %, die Pflegekassen tragen 30 % bei, den größten Aufwand von 67 % tragen aber die betreuenden Angehörigen (Abbildung 8).

Dabei zeigen Studien, dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahre 2050 vermutlich von derzeit 2 Mio. auf 5 Mio. Leistungsempfänger mehr als verdoppeln wird. Gerade bei den über 80-Jährigen wird es zu einem exponentiellen Anstieg der Demenz-Erkrankungen kommen. In diesem Alter muss mit zusätzlichen Komorbiditäten gerechnet werden. Angesichts dieser zukünftigen Entwicklung wird die familiäre Betreuung noch wichtiger. Sollen Angehörige diese freiwillig erbrachten Betreuungsleistungen auch weiterhin erbringen, müssen sie gesellschaftlich anerkannt werden. Zumindest müssen sie sozial anerkannt werden, denn für das Pflegegeld, das derzeit gezahlt wird, ist keine ausreichende Motivation zu erwarten.

Bei den zukünftigen Entwicklungen spielen auch die Risiken, in einem Heim untergebracht zu werden, eine entscheidende Rolle. Denn dann steigen die Kosten, wie schon ausführlich erläutert, stark an. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, nimmt neben dem hohen Alter vor allen Dingen dann zu, wenn der Patient alleine lebt. Deshalb muss auch aus ökonomischer Sicht über neue Wohn- oder Lebensformen nachgedacht werden. Ebenso ist die Gesundheit der „Kümmerer“ ein wichtiger Punkt, denn schließlich tragen sie mit der Betreuung eine große Belastung, die wiederum häufig zu Erkrankungen führen kann.

Eine Studie zu Memantine (Axura®) hat gezeigt, dass bei einer medikamentösen Versorgung die betreuenden Angehörigen mehr Zeit für sich gewinnen können. Hier ist eine

Verteilung der durchschnittlichen jährlichen Kosten der Alzheimer-Demenz pro Patient

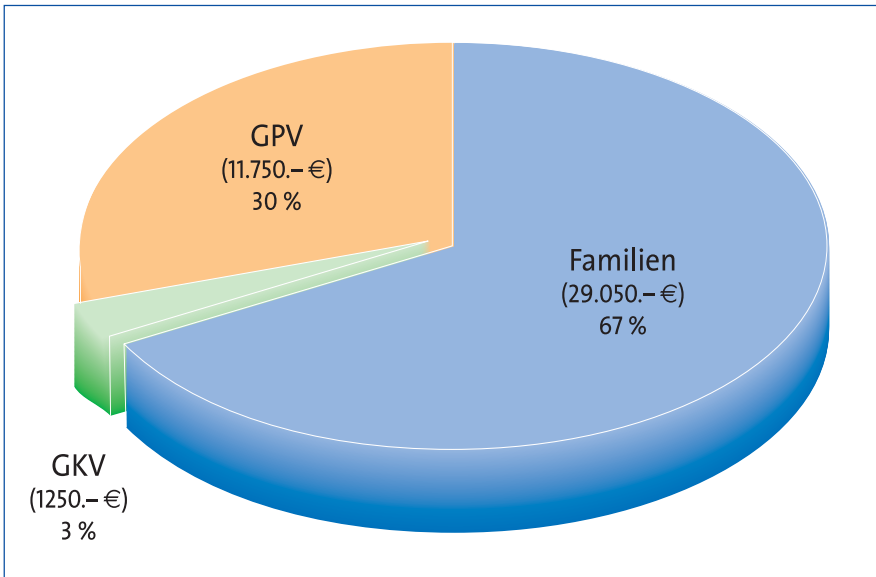


Abbildung 8: Den Ausgaben der GKV und der PKV stehen erhebliche Betreuungsleistungen der Familienangehörigen gegenüber, die als fiktive Kosten dargestellt sind.

Zeitersparnis von 51,5 Stunden/Monat möglich. Außerdem kann eine Heimeinweisung signifikant verzögert werden. Insgesamt kann die Gesamtsituation des Patienten so verbessert werden.^{4,5}

Die hier aus ökonomischer Sicht gemachten Ausführungen sind nur ein kleiner Ausschnitt auf dem Weg zu einer besseren Versorgung Demenzkranker, wie sie aus ethischer, ärztlicher, persönlicher, familiärer und gesellschaftlicher Sicht insgesamt wünschenswert wäre. Wichtig ist zum einen die gesellschaftliche Anerkennung, dass es sich bei Demenz um eine Erkrankung handelt. Außerdem ist jetzt schon das Problem der mangelnden Pflegekapazitäten absehbar. Benötigt wird in Zukunft eine Intra- und nicht nur eine Intergenerationen-Lösung. Sind in Zukunft 30 % der über 85-Jährigen an Demenz erkrankt, heißt dies auch, dass 70 % gesunde Alte nicht dement sind. Von den „gesunden Alten“ kann zwar häufig keine „Laufleistung“ erwartet werden, aber Kümmerer-Leistungen, Sprechleistungen, Anwesenheits- und Betreuungsleistungen können in diesem Alter durchaus noch erbracht werden. Die Selbsthilfe sollte in Zukunft weiter gestärkt werden. Durch Schulungsprogramme, soziale Anerkennung und Unterstützung – auch monetärer Art – könnten die Pflegenden stärker gefördert werden, als dies im Moment getan wird. Handlungsbedarf besteht auch im Ausbildungsbereich zur Behandlung Demenzerkrankter. Sowohl aus ärztlicher als auch pflegerischer Sicht gibt es hier noch einigen Verbesserungsbedarf. In der Politik sollten die Verantwortlichen eine gute Versorgung von Demenzerkrankten als eine Verpflichtung betrachten, für die es sich einzusetzen lohnt. Die Versorgung von Demenzkranken darf nicht weiter nur als ein Problem gesehen werden, sondern ist Prüfstein für die Humanität der Gesellschaft.

¹ Meerdink WJ et al., *Demographic and epidemiological determinants of health care cost in the Netherlands: cost of illness study*; BMJ 1998; 317

² Hallauer JF, Berger K, Ruckdäschel S: *Sozio-ökonomische Aspekte*. In: Hallauer JF, Kurz A: *Weißbuch Demenz*, Thieme Verlag 2002; 5: 19-23

³ Hallauer JF et al., *Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. Gesundheitsökonom Qualmanag* 2000; 5: 73-79

⁴ Reisberg, B et al., *Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease; N Engl J Med* 2003; 348: 1333-41

⁵ Wimo, A et al., *Resource Utilisation and Cost Analysis of Memantine in Patients with moderate to severe Alzheimer's Disease; Pharmacoeconomics*, 2003, 21 (5): 327-340

Zwölf Thesen zur Demenzversorgung

Die von den Referenten dargestellten Schnittstellen-Probleme im Gesundheitswesen und die Defizite bei der Versorgung von Dementen wurden lebhaft diskutiert. Dabei erarbeiteten alle Teilnehmer des Workshops aus den Bereichen Pflege, Krankenkassen, Medizinische Dienste der Krankenkassen, Sozialpolitik, der Ärzteschaft oder den Sozialwissenschaften Lösungsvorschläge und Statements. Diese sind im folgenden Thesenpapier zusammengefasst. Bei der künftigen Systemgestaltung unseres Gesundheitswesens muss unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung dem Thema Demenz ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden.

- Die Umgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland und deren gesellschaftliche Akzeptanz werden über Effizienz und Effektivität von Leistungssystemen/Leistungen erreicht. Demzufolge ist für den Erhalt funktionierender Gesundheitssysteme die Verständigung aller Gruppierungen auf einen gemeinsamen Nenner, auf gemeinsame Ziele, Finanzierungsgrundlagen u.ä. erforderlich.
- Information und Aufklärung über die verschiedenen Formen von Demenz-Erkrankungen müssen verstärkt an die Öffentlichkeit gebracht werden. Dazu bedarf es auch einer sensiblen Wortwahl, die die Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen in den Vordergrund stellt. Hierzu zählt auch eine bessere Beratung. Die Angehörigen müssen von den Leistungserbringern als Partner angesehen werden.
- Ein Wettstreit der Erkrankungen und damit Erkrankten um die Ressourcen der GKV muss unter allen Umständen vermieden werden. Eine Auswahl nach Schweregraden einer Erkrankung oder Typisierung als Folgekrank-

heit wird den Bedürfnissen der Erkrankten nicht gerecht.

- „Prävention vor Pflege“ muss im System der Sozialversicherung trägerübergreifend verstanden und als komplexer Leistungsrahmen angeboten werden.
- Der Bedarf an Hilfen muss in den Vordergrund einer umfassenden Definition der Pflegebedürftigkeit einschließlich einer Neujustierung von Pflegestufen/ Pflegeleistung gestellt werden.
- Die Ausbildung der Ärzte muss den Bereich der Demenzerkrankung bindend mit umfassen. Ebenso muss die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals bundeseinheitlich geregelt werden.
- Die Pflegeversicherung muss im System vernetzt eingebunden werden. Mit einem Leistungsgesetz werden die Probleme nicht gelöst, da die gesamte Schnittstellenproblematik bestehen bleibt.
- Die Vernetzung der im Gesundheitsbereich eingebundenen Professionen muss vor dem Ansatz eines therapeutischen Gesamtkonzeptes (Case-Management) stattfinden. Dabei soll der Betroffene ggf. zusammen mit seinen Angehörigen quasi sein eigener Case-Manager werden.
- Die Behandlung von Demenzerkrankten ist bei den Disease-Management-Programmen (Chroniker-Programmen) mit einzubeziehen. Dabei muss der Schwerpunkt auch auf der Qualitätsverbesserung liegen. Allenfalls mittel- und langfristig können Kostenreduzierungen erzielt werden.
- Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen sollten trägerübergreifend finanziert werden; bei einer integrierten Versorgung ist es notwendig, auch die Selbsthilfe zu stärken, die Angehörigen zu unterstützen und die Anleitung/Ausbildung bei ihnen zu verbessern.
- Es müssen Wohnformen geschaffen werden, die dem Einzelnen im Alter das Führen eines selbstbestimmten Lebens, ggf. mit entsprechenden Hilfen, ermöglichen.

Zukunftsforum Demenz

Das Zukunftsforum Demenz hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Dass die Versorgung der Demenzkranken verbesserungswürdig ist, ist unter den an der Versorgung Beteiligten unstrittig. Das Spektrum dieser Beteiligten reicht von den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen über Pflegepersonal bis zu Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Sozialbehörden. Leider ist es häufig so, dass die an der Demenzbetreuung Verantwortlichen nur wenig voneinander wissen – vor allem zu wenig, um Synergismen zu erzeugen oder fehlerhafte Versorgungsstrukturen zu verbessern. Hier will das Zukunftsforum Hilfestellung leisten und den interdisziplinären Dialog fördern.

Dazu wurden verschiedene Aktivitätsfelder entwickelt:

- Workshops für verschiedene Fachgruppen
- Informationsveranstaltungen für Angehörige und Pflegedienstleistende
- Informationsmaterialien wie Broschüren, Ratgeber oder Newsletter
- Kongressbeteiligungen

Bei den Workshops des „Zukunftsforum Demenz“ werden wichtige Aspekte des Versorgungsproblems bei Demenz thematisiert und von Vertretern der verschiedenen mit der Versorgung betrauten Gruppen diskutiert. Das Zukunftsforum versteht sich bei diesen Workshops allerdings nicht nur als Diskussionsplattform. Es wird vielmehr angestrebt, auf den Workshops Konzepte zur Versorgung der Demenzkranken zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln durch Verabschiedung eines Thesenpapiers. Diese Informationen und Konzepte sollen dann – je nach den Möglichkeiten – in die Arbeit der einzelnen Teilnehmer einfließen und so dazu bei-

tragen, die Versorgung der Demenzkranken letztlich zu verbessern.

Workshops fanden bisher zu den folgenden Themenbereichen statt:

- „Geriatrisches Assessment“
- „Die Arzneimittelversorgung des Demenzkranken unter den Gesichtspunkten der aktuellen Gesetzgebung“
- „Probleme bei der Pflege Demenzkranker“
- „Betreuungsrecht – wer wahrt die Rechte des Demenzkranken?“
- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
- „Der Demenzkranke im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Neues aus der Demenzforschung“
- „Prävention und Risikofaktoren bei Demenz“

Bei Informationsveranstaltungen für Angehörige und Betroffene werden die Zuhörer über Verlauf und Therapie der Demenz und insbesondere der Alzheimer-Erkrankung aufgeklärt und bekommen praktische Tipps im Umgang mit den Demenzkranken.

Dieses Informationsangebot richtet sich vor allem an die betreuenden Angehörigen, aber auch an Interessierte aus dem Pflegebereich. Vor allem für diese Zielgruppe wurden Broschüren und Ratgeber vom Zukunftsforum Demenz entwickelt.

Das Zukunftsforum Demenz ist ständig um Weiterentwicklung bemüht und daran interessiert, seinen Aktionskreis auszuweiten. Weiterführende Informationen sind erhältlich unter:

Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstr. 100
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de

Folgende Broschüren können über das „Zukunftsforum Demenz“ angefordert werden:

- „Umgang mit dem Demenzkranken“ soll helfen, den Alltag mit einem Alzheimer-Patienten zu bewältigen
- „Das schleichende Vergessen“ gibt Hintergrundinformationen zum Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz und erläutert Therapiemöglichkeiten
- „Die Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten“ erläutert, was Versicherten zusteht und wie das zu erreichen ist

■ „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
Der Dokumentationsband zum 5. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ wendet sich an alle, die sich für Dementenversorgung im Rahmen von Netzwerken engagieren.

All diese Informationen sind auch auf der Homepage des „Zukunftsforum Demenz“ nachzulesen:

www.zukunftsforum-demenz.de

Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstr. 100
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de