
ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

Demenz – Prävention vor Pflege

Herausgeber

Professor Dr. med. Ingo Füsgen

Professor Dr. med. Hans Rüdiger Vogel

15. Workshop

des „Zukunftsforum Demenz“

9. Juli 2004 in Berlin

Dokumentationsreihe • Band 11



Demenz – Prävention vor Pflege

„Wer soll in 50 Jahren die Busse fahren, wer soll pflegen...“ – Diese rhetorischen Fragen stellte Frau Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr und umriss damit, wie weit das Thema „Prävention vor Pflege“ zu fassen ist. Auch der Moderator des Workshops, Professor Dr. Hans Rüdiger Vogel, hob hervor, dass der wachsende Anteil der Menschen über 60 Jahre in der Bevölkerung – heute beträgt er etwa 21 %, 2040 etwa 37 % – die sozialen Versorgungssysteme vor große Herausforderungen stellt. Umso mehr gelte es, vorzubeugen. Hierbei ist Prävention nicht nur im engeren Sinne als Gesundheitsvorsorge zu sehen, sondern auch im gesellschaftlichen Kontext.

Prof. Lehr verdeutlichte die Auswirkungen, die der demographische Wandel mit sich bringt: 1890 entfielen auf einen Menschen, der 75 Jahre alt war, 79 Menschen, die jünger waren. 2001 kamen auf einen über 75-Jährigen nur noch zwölf Menschen, die jünger waren, und 2040 werden es weniger als sieben sein. Es wird also kaum noch Menschen geben, die Tätigkeiten ausführen können, die der Fertigkeiten der Jugend bedürfen, wie eben schnelles Reaktionsvermögen im Straßenverkehr oder schweres Heben in der Pflege. Das Beispiel Pflege kommt nicht von ungefähr, ist doch derzeit die Pflege, insbesondere die Pflegeversicherung, angesichts der wachsenden Zahl derer, die daraus Leistungen in Anspruch nehmen müssen, verstärkt Gegenstand der Diskussion.

Doch „alt“ muss nicht gleichbedeutend mit „krank“ und „pflegebedürftig“ sein. Wie lässt sich Prävention – also Verhüten oder ein Hinausschieben von Erkrankungen – erreichen? Wie Prof. Lehr ausführte, ist zwischen echter Vorbeugung und Maßnahmen, die die Auswirkungen einer Krankheit minimieren, zu unterscheiden. Für beides gibt es auch bei Demenz Möglichkeiten: So sollte jeder lebenslang seine kleinen grauen Zellen in Trab halten. Langzeitstudien haben ergeben, dass die Kombination aus geistigem Training und

motorischen Übungen der Entwicklung von Demenzen entgegenwirken kann. Auch eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung und die konsequente Behandlung von Erkrankungen, wie Bluthochdruck oder Diabetes, senken das Demenzrisiko.

Wie Professor Dr. Ingo Füsgen, Universität Witten-Herdecke, erklärte, gelte es, das Augenmerk nicht nur auf die Primär-, sondern auch auf die Sekundär- und Tertiärprävention zu richten. Primärprävention heißt, den Zeitpunkt der Erstmanifestation von Demenz möglichst über die verbleibende Lebenserwartung hinauszuschieben. Bei der Sekundärprävention, also nach Diagnosestellung, wird frühzeitig interveniert, um die noch vorhandenen Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten. Bei der Tertiärprävention schließlich versucht man die Umstände so zu gestalten, dass die Kranken, aber auch die Betreuer, so gut wie möglich damit leben können.

Am Beispiel Demenz bedeutet das, so früh wie möglich zu therapieren – mit den vorhandenen Antidementiva, aber auch mit nichtmedikamentösen Behandlungsformen wie psychomotorischem Training, Kompetenztraining etc. Eine erfolgreiche Sekundärprävention bedeutet für den Kranken nicht nur einen Gewinn an nutzbarer Lebenszeit, sondern stellt durch die Entlastung bei der Pflege auch ein Plus an Lebensqualität für die Betreuer dar.

Auch bei einer erfolgreichen Therapie im Rahmen der Tertiärprävention lassen sich mehr Lebensqualität für die Kranken sowie eine Verminderung des Betreuungsaufwandes erreichen.

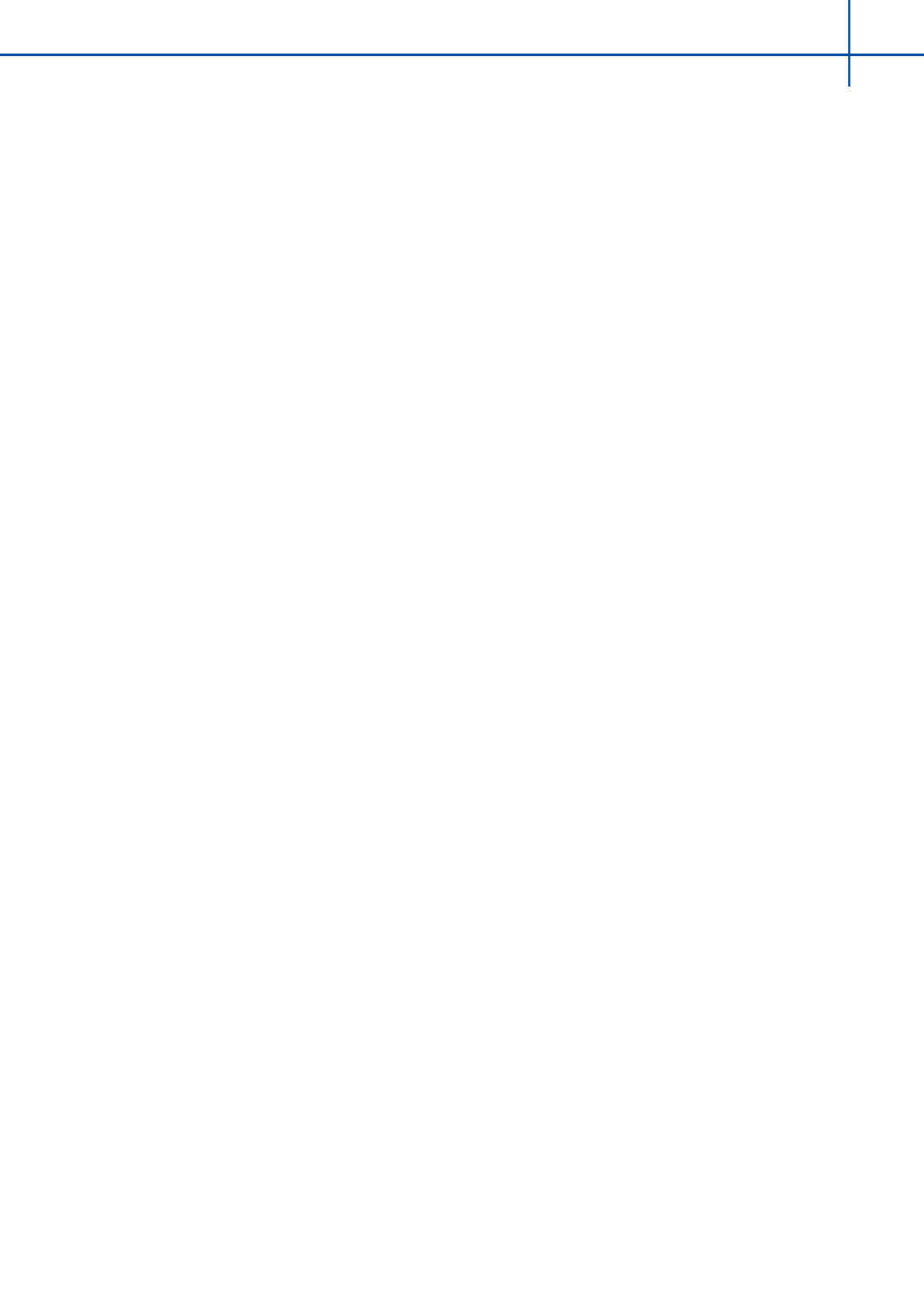
Hinzu kommt ein ökonomischer Aspekt: Alle diese Maßnahmen entlasten auch das Gesundheitswesen, denn je länger ein alter Mensch selbstständig und gesund bleibt, desto weniger muss er Leistungen zum Beispiel der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

„Die zukünftige Versorgung der Demenzkranken ist eine Herausforderung erster Ordnung.“ Mit diesem Zitat von Altbundespräsident Johannes Rau bekräftigte das Vorstands-

mitglied der Barmer, Klaus H. Richter, dass sich sein Haus diesen Herausforderungen stellen werde. Außer der Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft hat die größte Einzelkasse Deutschlands mit dem Zukunftsforum Demenz das gemeinsame Projekt „Prävention vor Pflege“ initiiert. Dieses Projekt umfasst die bei den Geschäftsstellen der Barmer erhältliche Broschüre „Gedächtnis, Orientierung und Selbstversorgung im Alter“, die über Präventionsmöglichkeiten wie geistige Aktivität aufklärt, aber auch einen Fragebogen enthält, mit dem eigene Defizite aufgezeigt werden können. Im Sinne einer Sekundärprävention sind Informationsveranstaltungen in den Geschäftsstellen der Barmer konzipiert, die intensiver über Verlauf und Therapiemöglichkeiten bei Demenz, insbesondere der Alzheimer-Demenz, aufklären und auch die Leistungen der Pflegekasse erläutern.

Fazit: Wir müssen der durch die demographische Entwicklung entstehenden Herausforderung für die Gesellschaft nicht tatenlos zusehen. Frau Prof. Lehr fasste die Bestrebungen so zusammen: „Wir haben es erreicht, dem Leben mehr Jahre zu geben, nun kommt es darauf an, den Jahren auch mehr Leben zu geben.“ Wenn die Möglichkeiten der Prävention auf allen Gebieten genutzt und Unterstützungsnetzwerke geschaffen werden von denen, die heute aktiv an diesen Maßnahmen mitarbeiten können, dann sieht die Versorgung der Alten in 30 Jahren – das sind dann diejenigen, die jetzt Veränderungen bewirken können – nicht so schlecht aus, wie es bisher den Anschein hat.

Professor Dr. med. Ingo Füsgen



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

Professor Dr. med. Hans Rüdiger Vogel
Ehrenvorsitzender des
Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie
Weidmannstr. 17
55131 Mainz

Referenten des Workshops

Im Rahmen des interdisziplinären 15. Workshops haben Referenten aus unterschiedlichen Bereichen über das Thema „Demenz – Prävention vor Pflege“ gesprochen.



*Professor Dr. med.
Hans Rüdiger Vogel
Mainz*



*Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr
Deutsches Zentrum für Altersforschung
Bundesministerin a.D.
Bonn – Bad Godesberg*



*Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Ärztlicher Direktor des Zentrums für Geriatrie,
Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke, Wuppertal*



*Klaus H. Richter
Mitglied des Vorstandes
Barmer Ersatzkasse, Wuppertal*

© 2004 Zukunftsforum Demenz
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de
www.zukunftsforum-demenz.de

Redaktion, Gestaltung und Produktion:
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Wiesbaden

November 2004

Printed in Germany
ISBN 3-922264-76-X

PROF. DR. MED. HANS RÜDIGER VOGEL „Prävention vor Pflege“ Eine neue Aufklärungsinitiative	11
PROF. DR. DR. H.C. URSULA LEHR Den Jahren Leben geben – was heute möglich ist	15
PROF. DR. MED. INGO FÜSGEN Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention von Demenzen	33
KLAUS H. RICHTER Kassenpolitische Dimension der Demenzproblematik	45
Thesen, Wünsche und Fakten	57
Zukunftsforum Demenz	61

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.

„Prävention vor Pflege“

Eine neue Aufklärungsinitiative

PROFESSOR DR. MED. HANS RÜDIGER VOGEL

Von den 82 Mio. Menschen, die heute in Deutschland leben, sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 21 % 60 Jahre und älter. Wenn diese demographische Entwicklung anhält, dann stellen die über 60-Jährigen in zehn Jahren schon ein Viertel der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2040 werden diese Älteren bereits 37 % ausmachen – so die Prognose des Instituts für Bevölkerungsforschung.

Diese Zahlen zeigen auf, vor welchen Herausforderungen unsere sozialen Sicherungssysteme stehen. Insbesondere berührt die gegenwärtig sehr kontrovers geführte politische Debatte um die Finanzierung der Pflegeversicherung das Thema dieser Veranstaltung. Denn mit steigendem Alter wächst erfahrungsgemäß das Risiko chronischer Erkrankungen und der Pflegebedürftigkeit.

Für Männer und Frauen vor dem 60. Lebensjahr liegt das Risiko der Pflegebedürftigkeit nach Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) bei 0,5 %. Zwischen 60 und 80 Jahren steigt dieses Risiko dann auf 3,5 %, und jenseits der 80 Jahre werden laut Statistik 28 % der Menschen pflegebedürftig.

Seit geraumer Zeit stehen die verschiedenen Formen der Demenz alter Menschen im Mittelpunkt des medizinischen und sozialen Interesses. Der vierte Altenbericht der Bundesregierung geht von derzeit mindestens 900 000 Menschen über 65 Jahre aus – das sind 7,2 % dieser Altersgruppe. Jedes Jahr erkranken weitere 190 000 Menschen. Wir sollten vor dieser Entwicklung nicht weiterhin die Augen verschließen, sondern alle Kräfte mobilisieren, um die Herausforderung



*Prof. Dr. med.
Hans Rüdiger Vogel*

gemeinsam zu bestehen. Der Erhalt der Selbstständigkeit in der alltäglichen Lebensführung ist im Hinblick auf die Lebensqualität dementer Menschen von überragender Bedeutung. Der seit Jahren zunehmende Anteil von Einpersonenhaushalten in unserer Gesellschaft verschärft das Problem der Versorgung Pflegebedürftiger. Zu lange wurde das Krankheitsbild der Demenz in der Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch in der ärztlichen Praxis verdrängt oder verkannt.

Das gilt übrigens auch für andere Kulturkreise unseres Planeten. So behaupteten fernöstliche Wissenschaftler noch bis vor kurzem, das Krankheitsbild der Demenz quasi nicht zu kennen. Inzwischen zeigen neue Untersuchungen, dass Länder wie China, Taiwan, Japan und Südkorea mit dem dortigen demographischen Wandel auch eine rapide Zunahme der Demenzerkrankungen verzeichnen. Dies wird in städtischen Räumen deutlicher als in ländlichen Gegenden, wo die Großfamilie mit ihrer tradierten Bereitschaft zur Pflege von Angehörigen mehr Entlastung bringen kann.

Ohne die Dimension dieser Problematik übertreiben zu wollen – wir haben in unserem Gesundheitssystem auch gravierende andere Probleme –, stellt sich doch für unsere Gesellschaft die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass betroffene Menschen ihr Schicksal in bestmöglicher Lebensqualität und Würde ertragen können. Dies ist ohne Zweifel eine ethische, medizinische und mitmenschliche Verpflichtung.

Unterversorgung der Demenzkranken

Die Versorgung bei demenziellen Erkrankungen in Deutschland ist zurzeit ganz sicher nicht optimal. Eine Untersuchung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in Baden-Württemberg hat beispielsweise ergeben, dass dort nur 8 % der gesetzlich krankenversicherten Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Demenz mit evidenzbasierten Arzneimitteln versorgt werden. Das ist sicher zum geringsten Teil auf die Sorge der Kassenärzte vor Richtgrößen-Überschreitungen und den daraus resultierenden Fol-

gen zurückzuführen. Bisher hat nämlich noch kein Kassenarzt eine Honorarkürzung hinnehmen müssen, wenn er einen Alzheimer-Patienten nach dem allgemein anerkannten Stand des medizinischen Wissens therapiert hat. In diesem Zusammenhang muss auf das allseits bekannte Schnittstellen-Problem zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und gesetzlicher Pflegeversicherung hingewiesen werden: Medizinische Behandlungskosten werden in der wettbewerblich organisierten GKV oft vermieden, mit der Folge, dass zeitversetzt umso höhere Kosten für die Pflegekassen anfallen. Dort wächst das Defizit von Jahr zu Jahr permanent an, wie die aktuelle Diskussion belegt.

Hilfe für betreuende Angehörige

Noch werden 85 % aller Demenzpatienten von Familienangehörigen zu Hause betreut – oft mit zunehmender Überforderung. Die scheinbare Ausweglosigkeit ihrer Situation belastet zusätzlich. Dabei verfügen die Ärzte heute durchaus über Möglichkeiten, den Krankheitsverlauf einer Demenz zu verzögern, die Selbstständigkeit der Patienten länger zu erhalten und damit auch die Pflegenden zu entlasten. Exakt an diesem Punkt setzt eine bundesweite Aufklärungsaktion an, die die Barmer Ersatzkasse (BEK) gemeinsam mit dem „Zukunftsforum Demenz“, einer Initiative des Frankfurter Arzneimittelunternehmens Merz Pharma, gestartet hat. Ziel dieser Aktion „Prävention vor Pflege“ ist es, die Bevölkerung über das Krankheitsbild der Demenz einschließlich der Früherkennung zu informieren sowie Hilfestellung für Betroffene und deren Bezugspersonen zu geben. Eine neue Broschüre – „Gedächtnis, Orientierung und Selbstversorgung im Alter“ – ist als Ratgeber für ältere Menschen herausgegeben worden, um sie bei der Vorsorge und beim Erhalt ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen. Regionale Informationsveranstaltungen der beiden Partner – Barmer Ersatzkasse und Merz Pharma – sollen die Kenntnisse über Entstehung und Verlauf des Krankheitsbildes „Demenz“ vertiefen.

Bei der Verleihung des „Berliner Gesundheitspreises“ 2000 äußerte sich die damalige Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Gudrun Schaich-Walch, zur vernetzten Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Sie forderte Konzepte zur optimalen Betreuung bei Integration medizinischer, pflegerischer und wirtschaftlicher Erfordernisse. Die Politikerin verwies auf die Chancen dieser integrierten Versorgung und sagte: „Die rechtlichen Voraussetzungen sind geschaffen, jetzt geht es um die praktische Umsetzung.“

Die Aufklärungskampagne „Prävention vor Pflege“ ist ein bemerkenswertes Signal für interdisziplinäre Zusammenarbeit – selbstverständlich ist so etwas heute keinesfalls. Es ist überzeugend, die Prävention in den Fokus von Überlegungen zu stellen und alle Möglichkeiten zu nutzen, den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen bei der Bewältigung ihrer vielen Altersprobleme zu helfen. Dieser lobenswerten Initiative sind überzeugende Erfolge zu wünschen – und auch möglichst viele Nachahmer.

Literatur: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen (mit Stellungnahme der Bundesregierung), 18. April 2002, Bundestagsdrucksache 14/8822, 406 Seiten

Demenz: Herausforderungen im demographischen Wandel

Den Jahren Leben geben – was heute möglich ist

PROFESSOR DR. DR. H.C. URSULA LEHR

Während sich immer mehr Veröffentlichungen mit den Versorgungsstrukturen Demenzkranker befassen, die aufzeigen wollen, wie die Lebensqualität der betroffenen Patienten verbessert werden kann, findet man kaum Publikationen zur Frage der Prävention, vor allem der Primärprävention. Dass wir älter werden, daran lässt sich nichts ändern, aber wie wir älter werden, das lässt sich schon beeinflussen. Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben – ein Leitspruch, der für alle Menschen gelten sollte, selbstverständlich auch für alle Verwirrten, für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen.

Die Herausforderungen einer alternden Welt kann man wie folgt definieren:

- möglichst „gesund“ und kompetent alt zu werden,
- Selbstständigkeit und Unabhängigkeit möglichst lange zu erhalten,
- eine Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase zu sichern und
- das Altern in Würde zu gestalten.

Und außerdem haben wir auch speziell Fragen zu stellen:

- Wie kann man einem Nachlassen kognitiver Fähigkeiten, einer demenziellen Erkrankung vorbeugen, und



*Prof. Dr. Dr. h.c.
Ursula Lehr*

- was kann getan werden, um auch für demenzkranke Menschen und deren Umfeld mehr Lebensqualität zu erreichen?

Da eine Heilung, eine kausale Therapie, vor allem der Demenz vom Alzheimer-Typ heute noch nicht zur Verfügung steht, ist man sich über das vorläufige therapeutische Hauptziel – Verbesserung der Lebensqualität – einig. Dies geschieht durch pharmakologische Interventionen sowie durch Optimierung der Selbstständigkeit, der Kognition, der Stimmung und des Verhaltens. Praxisbezogen diskutiert werden in diesem Sinne unterschiedliche Konzepte

Demographische Alterung verschiebt Relationen zwischen Alt und Jung

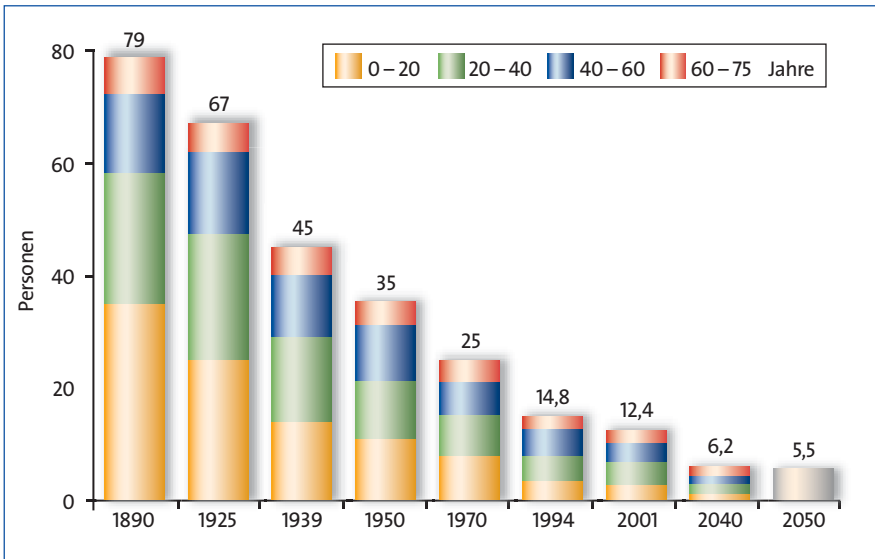


Abbildung 1: Wer soll künftig die Alten betreuen und pflegen? In Deutschland kamen im Jahr 1950 auf einen über 75-jährigen Mitbürger noch 35 Menschen, die jünger waren. 2001 waren es rechnerisch noch 12,4, und für 2050 wird geschätzt, dass nur noch weniger als sechs Jüngere einem über 75-Jährigen gegenüberstehen.

Statistisches Jahrbuch 2002, Schätzung auf Grund der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

und Modelle (vgl.: Maciejewski 2001, Powell 2002, Böhm 2002, Feil 2002 und Dalferth 2003).

Bei leichter und mittelschwerer Demenz mögen Gedächtnistraining und aktivierende Maßnahmen prozessverzögernd wirken (Stähelin und Ermini-Fünfschilling 1988), doch Demenz bedeutet fortlaufende Verschlechterung, zunehmende Unfähigkeit, den Alltag zu meistern – und viele Hilfsangebote beschränkten sich lange Zeit darauf, die pflegenden Angehörigen auf diesen Prozess vorzubereiten, sie zu beraten und zu unterstützen (Haupt 2004). Allerdings drohen solche Ansätze ins Leere zu laufen: Was nützen alle bestens ausgearbeiteten Konzepte der Angehörigenberatung, wenn in naher Zukunft, in einer Zeit des demographischen Wandels, keine Angehörigen mehr da sein werden, um Demente zu betreuen, bzw. der Anteil der Jüngeren an der Gesamtbevölkerung ständig sinkt (Abbildungen 1 und 2)?

Frühdiagnostik ohne Therapiemöglichkeiten – das wäre ethisch problematisch

Muss man aus der fehlenden Diskussion um Präventionsmöglichkeiten schlussfolgern, dass Demenz – zumindest jene vom Alzheimer-Typ – ein unausweichliches Schicksal ist, das man im Grunde nicht beeinflussen kann? Wenn dies so wäre, stellte sich die Frage, ob die diagnostischen Verfahren der Früherkennung, die durch immer neue Methoden vermehrt werden, überhaupt sinnvoll und ethisch zu vertreten sind. Denn eine schwerwiegende Diagnose ohne Beeinflussungsmöglichkeit der Krankheit wäre problematisch, zumal sie sich negativ auf den subjektiven Gesundheitszustand auswirkt, der ja eine sehr enge Korrelation zur Langlebigkeit bei Wohlbefinden aufweist. Dann müsste man Menschen geradezu davor warnen, sich spezifischen diagnostischen Verfahren zu unterziehen. Tatsächlich ist es jedoch so, dass Beeinflussungsmöglichkeiten gegeben sind.

Zunehmende Langlebigkeit und wachsender Anteil der Hochbetagten

Die Gruppe der Hochbetagten oder Langlebigen, die der über 80-Jährigen, ist weltweit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren (Abbildung 3). Darauf hat sich die Medizin einzustellen. Die Gesamtzahl der demenziell Erkrankten hier zu Lande wird aktuell auf 800 000 bis 1,2 Mio. Menschen geschätzt. Da die Prävalenz der Demenz mit zunehmendem Alter ansteigt, wird entsprechend der demographischen Entwicklung mit einem Anstieg der Krankheitszahlen bis 2030 um weitere 500 000 Personen gerechnet, andere Schätzungen gehen davon aus, dass

Anteil der Alleinlebenden an der Bevölkerung je Altersgruppe

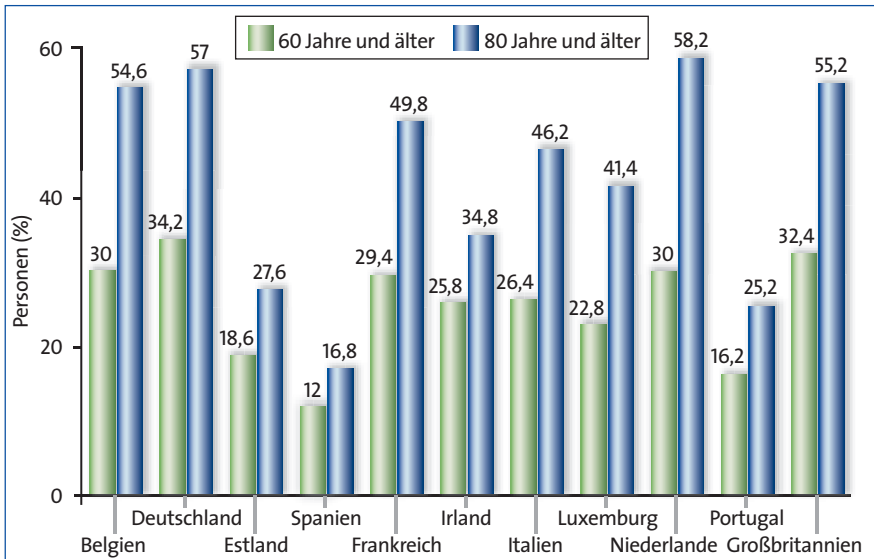


Abbildung 2: Immer mehr alte und hochbetagte Menschen leben allein zu Hause – ein Trend, der in den meisten europäischen Ländern zu beobachten ist. In Deutschland sind mehr als ein Drittel der 60- bis 79-Jährigen allein stehend, bei den über 80-Jährigen beträgt diese Quote sogar 57 %.

es im Jahre 2050 über zwei Millionen Demenzkranke in Deutschland geben wird.

Diese Hochrechnungen unterstellen jedoch, dass es bis zu diesen Zeitpunkten keine nachhaltigen Erfolge in der Prävention und Therapie der Demenz geben wird. Hinzu kommt, dass der Abbau und Verlust kognitiver Fähigkeiten kein zwingendes Altersschicksal sind. Das Alter hat viele Gesichter, auch das höchstkompetenter Hochaltriger. Fest steht: Gleichaltrige zeigen oft größere Unterschiede als Menschen, deren Altersunterschied 20 Jahre und mehr beträgt. Fähigkeiten sind keinesfalls an ein chronologisches Alter gebunden, sondern werden von biologischen und sozialen Faktoren, die während eines ganzen Lebens einwirken, mitbestimmt. Ausschlaggebend sind in diesem Zusammenhang u.a. Schulbildung, berufliches Training, Lebensstil und Reaktionen auf Belastungen. Die Berliner Altersstudie (Mayer und Baltes 1996) hat verdeutlicht, dass manche über 100-Jährigen sogar bessere Leistungen in verschiedenen Intelligenztests erbringen als manche 70-Jährigen.

Eigenverantwortung und Forderungen an die Gesellschaft

Auch die Gesellschaft, die Kommune, die Wirtschaft sind gefordert. Ein Umdenken im Freizeitbereich, aber auch im Gesundheitsbereich (z.B. Hausarztbesuche) wird erforderlich. Der Prävention ist weit mehr Bedeutung zuzumessen – auch im Hinblick auf eine mögliche Altersverwirrtheit. Der in den Apotheken verteilte „Senioren-Ratgeber“ hat sich auf diese alternde Welt bereits eingestellt: „Trainieren Sie Ihre grauen Zellen“, „Unterstützen Sie Ihr Gehirn-Jogging mit körperlichem Training“, „Pflegen Sie soziale Kontakte“, „Bauen Sie Risikofaktoren (Bluthochdruck, Übergewicht, Stress) ab“, „Ernähren Sie sich gesund“, „Beugen Sie einem Vergessen vor“ – so heißt es in der Oktober-Nummer 2003, die sich speziell mit Demenz beschäftigte.

An die Eigenverantwortung im Hinblick auf einen möglichst gesunden Lebenswandel ist zu appellieren, und

der Arzt muss erklären und überzeugen, wie wichtig körperliche Bewegung und gesunde Ernährung, aber auch geistiges Training, für ein Altwerden bei Wohlbefinden sind.

Auch das soziale Umfeld ist verbesserungswürdig. Die Kommune muss Möglichkeiten für Aktivitäten bereitstellen, sollte zu vielseitigen Aktivitäten motivieren. Konzepte der Stadtentwicklung sind zu überdenken – von der Verkehrsführung bis hin zu Sportstätten und Freizeitmöglichkeiten auch für Ältere. Man muss sich weit mehr Gedanken über die Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen, von Volkshochschulen, Schwimmbädern und Sportstätten machen.

Wir haben aber auch über den entsprechenden Ausbau von Beschäftigungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Anteil der über 80-Jährigen

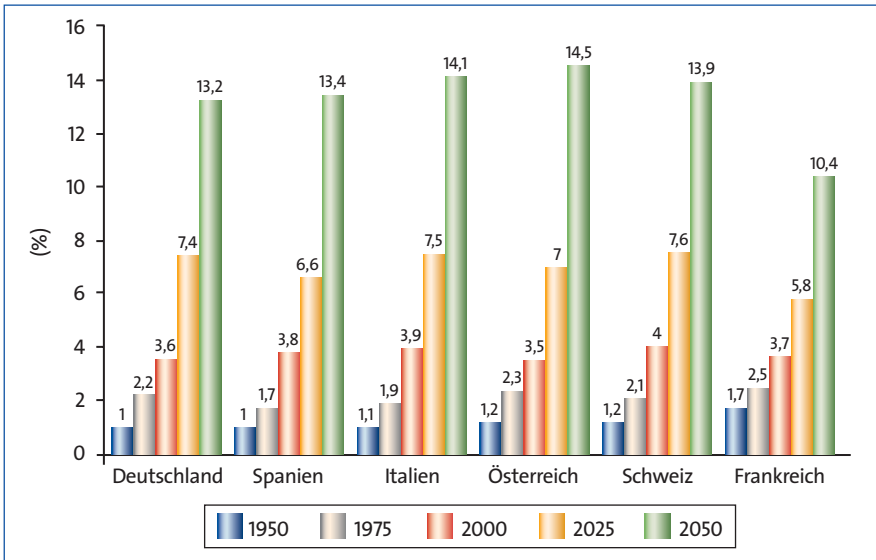


Abbildung 3: Der Bevölkerungsanteil der über 80-Jährigen, deren Alzheimer-Risiko aktuell bei mindestens 25 % liegt, wird in allen europäischen Ländern in den nächsten Jahren rapide anwachsen – in Deutschland wahrscheinlich im Jahre 2050 auf über 13 %.

nachzudenken (und hier Ältere in die Programmgestaltung mit einzubeziehen). Wohnungsplanung (Wohnungsausstattung) und Wohnumfeld sollten auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und damit einhergehende veränderte Bedürfnisse Rücksicht nehmen. Das betrifft auch die Schaffung von Strukturen, die heute unter dem Begriff Nachbarschaftshilfe laufen. Es muss nicht sein, dass eine alte gehbehinderte Dame ihre Zeitung abbestellen muss, weil sie im dritten Stock eines Hauses ohne Aufzug lebt und die Treppen nicht mehr zum Briefkasten gehen kann.

Ein Problem ist hier das „Betreute Wohnen“ oder „Wohnen mit Service“ – eine Wohn- und Versorgungsform, die nicht für demenzkranke Senioren konzipiert wurde, sondern für eine im Grunde genommene selbstständige Wohn- und Lebensweise. Von den bei Einzug in solche Wohnanlagen noch selbstständigen Senioren sind nach einer Studie (Saup 2004) nach geraumer Zeit 9,4 % demenziell erkrankt. Bei Weglauftendenzen, Selbst- und Fremdgefährdung ist dann ein Verbleib in den Wohnanlagen nicht mehr möglich.

Zahl der Einpersonenhaushalte wächst

Das Verhältnis zwischen den Generationen ist auch unter qualitativen Aspekten zu diskutieren. Nur 1,1 % von allen rund 37 Millionen Haushalten in der Bundesrepublik sind heute Dreigenerationenhaushalte, aber über 37 % aller Haushalte sind Einpersonenhaushalte (im Jahr 1900 waren es nicht einmal 5 %). Diese zunehmende Singularisierung und Individualisierung sollte keineswegs mit Einsamkeit gleichgesetzt werden. Sie hat aber Konsequenzen sowohl in Bezug auf die Kinderbetreuung als auch auf etwaige notwendig werdende Hilfs- und Pflegeleistungen bei Krankheit und im Alter. Gedächtnisprobleme beispielsweise, die in einem Mehrpersonenhaushalt zunächst gar nicht so deutlich werden, können in einem Einpersonenhaushalt verheerende Folgen haben.

Ein Erhalt der Selbstständigkeit bei der alltäglichen Lebensführung ist heute notwendiger als je zuvor. Von den

über 75-jährigen Frauen leben zwei Drittel in Einpersonenhaushalten. Wie muss der Haushalt eingerichtet sein, um auch bei leichter Verwirrtheit eine Sicherheit zu garantieren (Bügeleisen, Herdplatten, die sich ausschalten, usw. – diskutiert unter dem Motto „Das intelligente Haus“)?

Wenn man mit Menschen der gleichen Generation reden will, muss man sich außerfamiliäre Kontakte aufbauen – eine Herausforderung für Clubs, Vereine etc.; Sozialkontakte unterschiedlicher Form und Intensität gehören zu einer Lebensqualität im Alter (und nicht nur im Alter) dazu. So heißt es auch: „Wer einsam und zurückgezogen lebt, hat als Rentner ein höheres Risiko, an Demenz zu erkranken“ (Seniorenratgeber, 2003). Sozialkontakte fordern heraus, regen an und trainieren so auch die grauen Zellen.

Altern muss nicht Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit bedeuten

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit alter Menschen wird oft überschätzt. Die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung beträgt weniger als zwei Millionen, von denen weniger als 300 000 Personen in der höchsten Pflegestufe 3 sind (Abbildung 4). Für Demenzkranke ist die Situation in der Pflegeversicherung allerdings bisher noch nicht zufrieden stellend geklärt, auch wenn durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 ein Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 Euro im Jahr besteht. Wie eine Infratest-Studie (1992) zeigte, die 26 000 Haushalte erfasste, fällt Pflegebedürftigkeit eigentlich erst in der Gruppe der über 85-Jährigen ins Gewicht und betrifft dort rund 23 % der Männer und 28 % der Frauen. Das heißt umgekehrt, dass noch rund 70 von 100 Hochbetagten in der Lage sind, allein kompetent ihren Alltag zu meistern (Abbildung 5). Bei Hochschätzungen im Hinblick auf den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen, wenn weit mehr über 85-Jährige in unserer Gesellschaft leben werden als heute, sollte man vorsichtig sein: Schon die Älteren von heute sind in einem höheren Alter viel gesünder und kompetenter, als es unsere Eltern und Großel-

tern im gleichen Alter waren – sofern sie dieses überhaupt erreicht hatten –, und dieser Trend wird sich fortsetzen.

Eine 1998 veröffentlichte Studie der Duke-Universität in Durham, North Carolina/USA, stellte fest: Die Krankheitsanfälligkeit von Menschen über 65 nimmt deutlich ab; allerdings wurde hier nicht direkt auf demenzielle Erkrankungen hingewiesen. „Senioren bleiben länger gesund“, hieß es. Gerade die typischen Alterserkrankungen gingen in ihrer Häufigkeit rapide zurück. In den USA schlägt sich das Phänomen in messbaren Werten nieder: Dort lag 1994 die Zahl der über 65-jährigen Hilfs- und Pflegebedürftigen bereits um eine Million unter der, die man 1982 prognostiziert hatte. Hierzu haben Fortschritte der Medizin in Diagnose und Therapie, in der Medizintechnik, der Pharmakologie und auch der gesundheitsbewusstere Le-

Leistungsempfänger der Pflegeversicherung

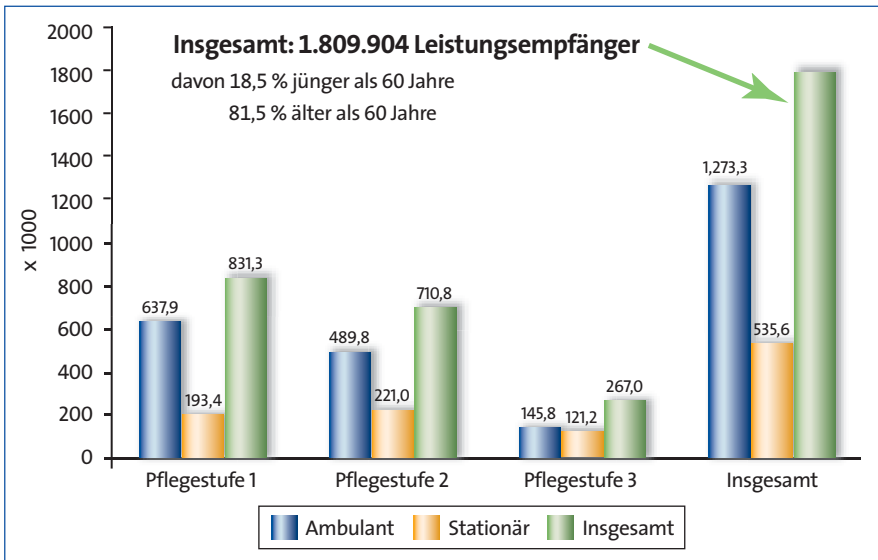


Abbildung 4: Alte Menschen sind nicht so stark pflegebedürftig, wie manchmal angenommen wird. Die Statistiken der Pflegeversicherung weisen aus, dass von den rund 1,8 Mio. Leistungsempfängern im Jahre 2000 nur etwa 15 % in der höchsten Pflegestufe 3 eingestuft waren.

bensstil beigetragen – und nicht zuletzt der Ausbau der Rehabilitation.

Ähnliche Feststellungen machte das Interfakultäre Zentrum für Gerontologie in Genf: Im April 1997 erschien dort ein Forschungsbericht unter dem Titel „Die Gesundheit der älteren Bevölkerung 1979 bis 1994: Markante Verbesserungen“. Darin heißt es: Verglichen mit der Zeit vor 15 Jahren, „hat sich die gesundheitliche Situation älterer Menschen klar verbessert“.

Auch wenn wir den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen und übermorgen nicht überschätzen sollten, müssen wir doch feststellen: Dieses Thema wird in einer alternden Gesellschaft weiterhin eine Herausforderung bleiben. Werden heute noch etwa 70 % der Pflegebedürftigen in der Familie gepflegt (leider nicht immer in einer optimalen Form), so müssen wir deutlich sagen: Familienpflege wird an ihre Grenzen stoßen.

Ausmaß von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

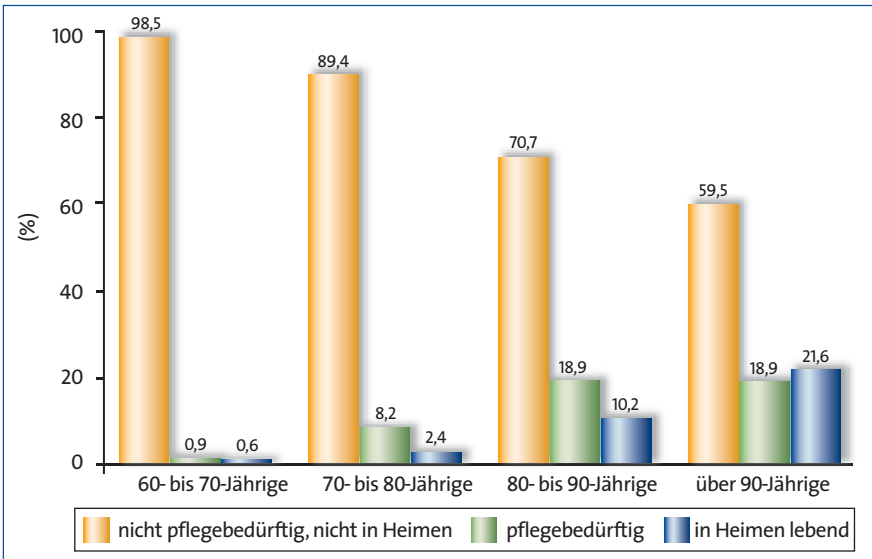


Abbildung 5: Von den 80- bis 90-Jährigen ist knapp jeder dritte Mensch pflegebedürftig, bei den über 90-Jährigen steigt dieser Anteil auf rund 40 %.

Interventionsgerontologie: Langlebigkeit verpflichtet

In den 70er-Jahren wurde zunächst in den USA, später auch in Deutschland erstmalig eine Interventionsgerontologie diskutiert (Lehr 1979), wobei Intervention als „Inbegriff der Maßnahmen zur Sicherung eines psychophysischen und psychosozialen Wohlbefindens im höheren Alter“ definiert wird. Die Interventionsgerontologie baut auf vier Säulen auf:

1. Optimierung der Entwicklung
2. Prävention
3. Rehabilitation
4. Management

Die erste Säule: Optimierung der Entwicklung

Schon in früher Kindheit und Jugend kommt es darauf an, Potenziale zu entwickeln und zu optimieren. Das beginnt bei der richtigen Ernährung, bei der Entwicklung körperlicher Fähigkeiten, der Mobilität, der Entwicklung sportlicher (Schwimmen, Rad fahren etc.) und geistiger Fähigkeiten und geistiger Interessen. Eine gute Schulbildung trägt erheblich zur Verhinderung des Altersabbaus bei. Ein geringer Interessensradius, wenig Freizeitaktivitäten, reduzierte körperliche Aktivität erweisen sich weiterhin als Risikofaktoren.

Die zweite Säule: Prävention

Die Notwendigkeit einer umfassenden und lebenslänglichen Prävention (die schon beim Schulsport beginnt) sollte weit stärker als bisher erkannt werden und entsprechende Förderung erfahren. Diskutiert man Gesundheit unter dem Aspekt der Prävention, der Vermeidung von Risikofaktoren, dann geht es zuerst um gesunde Ernährung, Verzicht auf Drogen, Nikotin, Alkohol; sodann um die Notwendigkeit körperlicher Bewegung, aber auch geistiger Aktivität, Hygiene und Vorsorge-Untersuchungen. Es kommt aber auch darauf

an, schon in jungen Jahren die Fähigkeiten zu entwickeln, sich mit Stress und Belastungen auseinander zu setzen, und zu lernen, damit adäquat umzugehen. Ein aktives, geistige und körperliche Fähigkeiten herausforderndes Leben im Beruf und Alltag sowie im sozialen Bereich dürfte eine gewisse Prävention im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen bedeuten.

Oswald (2004) hat prospektive Studien analysiert, die dem präventiven Charakter kognitiver und körperlicher Aktivierung in Bezug auf die Verzögerung oder Vermeidung demenzieller Prozesse nachgingen. Demnach scheint das Demenzrisiko beispielsweise bei intensiven Freizeitaktivitäten wie Reisen, Gartenarbeit, Schachspielen und Musizieren reduziert zu sein. Bei all diesen Studien, die sinnvollerweise nur von Korrelationen sprechen, taucht die Frage auf, ob die Aktivität das Risiko demenzieller Erkrankungen vermindert oder ob bereits in der Jugend kognitiv Beeinträchtigte weniger aktiv sind und daher ein generell höheres Risiko haben. Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern; man spricht hier auch von „Inaktivitätsatrophie“ in der Medizin oder der „Dis-Use-Hypothese“ in der Psychologie.

Körperliche plus geistige Aktivitäten zusammen sind effektiv

Auf den Wert körperlichen Trainings, den Wert der Aktivierung körperlicher Kräfte und der Abforderung körperlicher Leistungen sowohl als Prävention bzw. Geroprophylaxe und als Therapeutikum haben Wissenschaftler immer wieder hingewiesen. Ebenso wurde gezeigt, dass körperliche Aktivität, Bewegung und Sport auch auf kognitive Fähigkeiten von Einfluss sind.

So haben in der SimA-Studie („Selbstständigkeit im Alter“) der Universität Erlangen-Nürnberg (Oswald et al. 1998, 2002) jene Senioren und Seniorinnen ihre intellektuellen Fähigkeiten, vor allem Gedächtnisleistungen, am stärksten verbessert und über Jahre hinweg gehalten, die neben dem Gedächtnis-Trainingsprogramm gleichzeitig ein körperli-

ches Aktivierungsprogramm durchgeführt haben. Aus den 375 ursprünglich gesunden, selbstständig lebenden Teilnehmern über 75 Jahre wurden drei Trainingsgruppen und eine Kontrollgruppe gebildet (Gedächtnistraining, Psychomotorik, kombiniertes Training). Bei 20,6 % der Untersuchungsteilnehmer wurden im Verlauf von elf Jahren demenzielle Erkrankungen nachgewiesen. Personen, die schon bei Beginn der Studie über Vergesslichkeit und Aufmerksamkeitsdefizite klagten und niedrigere IQ-Werte (besonders im Bereich der „fluid intelligence“) hatten, zeigten ein dreimal so hohes Demenzrisiko. In der kombinierten Gedächtnistraining-Psychomotorik-Gruppe traten am wenigsten Demenzen auf; hier hat sich der kognitive Status sogar über den Gesamtzeitraum bedeutsam und nach-

Trainingsergebnisse in Bezug auf demenzielle Symptomatik

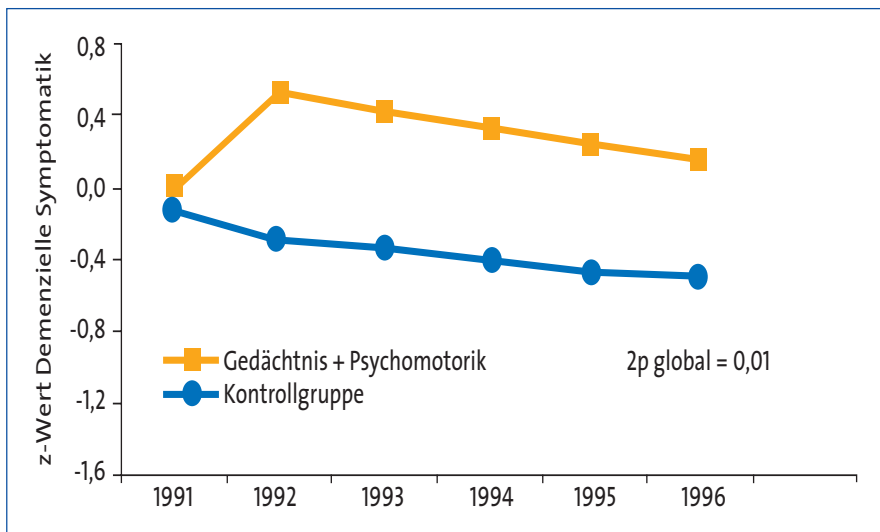


Abbildung 6: In der SimA-Studie stellte sich heraus, dass Menschen mit regelmäßigem Gedächtnis- und psychomotorischem Training eine deutlich geringere Symptomatik entwickelten als altersentsprechende Menschen in der Kontrollgruppe. nach Oswald, 2002

haltig verbessert, weit mehr als bei der „Nur-Gedächtnis-training-Gruppe“.

Demenzielle Erkrankungen über Jahre hinausögern

Oswald et al. (2002) haben damit nachgewiesen, „dass bei einem kombinierten Training des Gedächtnisses und der Psychomotorik diese Effekte nicht nur unmittelbar nach dem einjährigen Training beobachtet werden konnten, sondern in hochsignifikanter Stärke auch noch vier Jahre später, in Bezug auf die Demenzentwicklung sogar noch zehn Jahre später. Die bedeutsamen langfristigen Transfereffekte des Gedächtnis- und Psychomotorik-Trainings auf nichtkognitive Leistungsbereiche (Alltagskompetenz) lassen dieses auch als einen wirksamen, nichtmedikamentösen Interventionsansatz vermuten, auch um die Entwicklung einer demenziellen Erkrankung hinauszuzögern.“

Ein Bewegungstraining bewirkt eine Verbesserung der Hirnstoffwechsellage, die aber offenbar nur dann genutzt werden kann, wenn von Seiten der Hirnzellen ein Bedarf besteht, d.h. wenn geistige Anforderungen gestellt werden, wenn die Zellen gefordert werden, wenn eine anregende Lernumwelt („Enriched Environment“) gegeben ist.

Die dritte Säule: Rehabilitation

Die Wiedergewinnung der Fähigkeiten und der Kompetenz nach Krankheiten, nach Störungen, nach kritischen Lebensereignissen, welche zu einem Nachlassen, einem Abbau und Verlust an körperlichen, aber auch an psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten geführt haben, ist weit häufiger möglich, als allgemein angenommen wird. Wir müssen alles tun, um Abbauprozesse im Alter zu verhindern, zu stoppen oder umzukehren. Von einer „Umkehr“ können wir bei demenziellen Erkrankungen zwar nicht sprechen, aber jeder kleinste Schritt, der etwas mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bringt, der zur Lebensqualität beiträgt, erleichtert das Leben des Be-

troffenen, aber auch das seiner Familie und seiner Umgebung.

Schon zu Beginn der geriatrischen Interventionsforschung, Ende der 60er-, Anfang der 70er-Jahre, hat man die „Realitätsorientierungstherapie“ als 24-Stunden-Programm gepriesen: Die soziale Struktur einer institutionellen Umgebung ist so zu organisieren, dass die Bewohner ermuntert werden, sich in einer stärker orientierten Weise zu verhalten und ihren Verhaltensradius zu erweitern. Das Pflegepersonal sollte bei jeder Gelegenheit Zeit- und Rauminformation geben; große Kalender, Uhren, Spiegel etc. Strukturierte Gruppensitzungen von vier bis acht Personen (10 bis 15 Minuten über ein konkretes Thema) dienen zunehmender Orientierung und einem Gewinn von Selbstsicherheit (vgl. Lehr 1979).

Ergänzt wird diese Realitätsorientierungstherapie durch Resensibilisierungs-Programme, die auf einer sensorischen Stimulation aufbauen (leuchtende Farben, wechselnde Bilder, verschiedene Düfte, Geschmacksdifferenzierung, Anregung im taktilen Bereich, auditive Stimulation). Sie zeigen die Bedeutung der Gestaltung der dinglichen Umwelt.

Auch über Ergebnisse von Studien zu Remotivationstechniken, die Patienten anregen, kleine Aufgaben (den Tisch zu decken, abzuräumen etc.) zu bewältigen, wird berichtet. Hier geht es darum, den Patienten zu motivieren, sich für seine Umwelt zu interessieren, kleinere Arbeiten und Aufgaben zu übernehmen, für sich und für andere (in einem sehr beschränkten Rahmen) tätig zu werden.

Techniken zur Resozialisierung, zur Verstärkung der sozialen Interaktion, erwiesen sich ebenfalls als erfolgreich. Sie gehören ergänzt bzw. werden ermöglicht durch die Bereitstellung prothetischer Mittel (Sitzgelegenheit, Raumausstattung). Ganz entscheidend ist hier der biografische Ansatz.

Sicher sind in diesem Zusammenhang auch Formen der „Animal-Therapy“ zu nennen, entsprechend ausgesuchte Haustiere, denen man emotionale Zuwendung entgegenbringt, die zu Gesprächen zwischen den Heimbewohnern anregen können und für die man eine gewisse Verantwor-

tung übernehmen kann.

Revitalisierung durch Musiktherapie und Tanztherapie sind weitere schon in den 70er-Jahren erfolgreich angewandte Maßnahmen, denen ein Transfer-Effekt im Sinne einer generellen Aktivierung zugesprochen wird.

Mittlerweile hat man all diese Techniken differenziert, weiterentwickelt und hat neue Wege gefunden, demenziell Erkrankten zu helfen (Maciejewski 2001, Powell 2002, Böhm 2002, Feil 2002, Dalferth 2003).

Die vierte Säule: Management

Die vierte Säule einer Interventionsgerontologie ist das Management von irreversiblen Einschränkungen, das Zutrinkommen mit Behinderungen. Der Beinamputierte, der fortan an den Rollstuhl gebunden ist, der Halbseitenge-lähmte, der im Haushalt und Alltag mit vielen Problemen konfrontiert wird, braucht praktische Anleitung und Begleitung in der Auseinandersetzung mit seiner neuen Lebenssituation. Dies ist ein nicht immer leichtes Aufgabengebiet für Pflegende, von denen hier auch psychologische Fähigkeiten des Verständnisses, der Ermutigung und des Zuspruchs abverlangt werden.

Neben einer Optimierung, Prävention und Rehabilitation demenzieller Erkrankungen (besonders in Bezug auf Alzheimer besteht hier noch erheblicher Forschungsbedarf) gilt es, größtmögliche Anstrengungen zu machen im Hinblick auf eine Optimierung der Versorgung demenzkranker Personen. Es kommt darauf an, den erkrankten Bewohnern im Alltag größtmögliche Orientierung und Selbstständigkeit zu geben, ihre noch vorhandenen Potenziale zu erkennen, ihre verschütteten Fähigkeiten vorsichtig hervorzuholen. Die Beurteilung dessen, was unwiderruflich verloren gegangen ist und was durch gezielte Beschäftigung und Anregung wieder gestärkt und geweckt werden kann, ist sicher sehr schwer, mühsam und Zeit raubend.

Es gibt bereits eine Reihe praktischer Beispiele für den adäquaten Umgang mit Dementen – von der Einrichtung eines

„Nachtcafés“ bis hin zur Einrichtung von so genannten „Erinnerungsräumen“, in denen nach dem „psychobiografischen Pflegemodell“ – wie im Pflegeheim St. Bilhildis in Mainz – der schon lang entbehrte Lieblingskuchen gebacken wird oder alte Schlager gespielt werden. Auch das „gemeinsame Frühstück“, das sich jeder selbst zubereitete, wurde dort von den Erkrankten sehr positiv aufgenommen.

Fazit

„Dem Vergessen vorbeugen“ und „Den Verlusten trotzen“ sind Herausforderungen in unserer Zeit. Die grauen Zellen müssen trainiert werden – möglichst in Kombination mit körperlicher Aktivität! Die Beziehungen zwischen organischen psychischen Störungen und intellektuellen Fähigkeiten im Alter sind evident. Unterschiedlich ist jedoch die Einschätzung der Häufigkeit des Auftretens der mit einem Intelligenzabbau verbundenen psychischen Störungen. Nicht jede Verwirrtheit ist gleich ein „Alzheimer“. Neben falscher Ernährung, zu geringer Flüssigkeitszufuhr, Unverträglichkeit unterschiedlicher Medikamente mögen auch plötzlich eintretende Ereignisse wie unerwarteter Wohnungswechsel, Einlieferung in ein Krankenhaus oder andere Schicksalsschläge zu depressiven und apathischen Reaktionen führen, zu einem „inneren Abschalten“, das manchmal als beginnende Demenz gedeutet wird. Durch entsprechende Reaktionen der Umwelt wird oft dann das „sonderbare Verhalten“ noch verstärkt.

Mögen weitere Bemühungen in Forschung und Praxis dazu beitragen, die Situation demenziell Erkrankter und die ihrer Angehörigen zu verbessern. Auch für Demente gilt: Es kommt nicht nur drauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden; es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben.

Therapeutischer Nihilismus noch zu weit verbreitet

Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention von Demenzen

PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN

Demenz erfordert in jedem Stadium und bei allen Frühformen der Erkrankung konsequente therapeutische Intervention. Therapeutischer Nihilismus ist nicht nur ethisch abzulehnen, sondern auch gesundheitsökonomisch ein schwerer Fehler. Bei der Demenz handelt es sich um ein Syndrom des kognitiven Verlustes, hinter dem mindestens 20 verschiedene Krankheitsbilder stehen können. Die größte und bedeutendste demenzielle Erkrankung ist der Morbus Alzheimer, auf den im Folgenden eingegangen werden soll. Dabei treffen im Wesentlichen die meisten dazu gemachten Aussagen auch auf die anderen Demenzformen, etwa vaskuläre Demenzen, zu.

In der Regel weiß man nicht genau, warum es zu diesen Erkrankungen kommt, aber man kann und muss dennoch (be)handeln. So ist es noch ein großes Geheimnis, warum bei dem einen Patienten die kleinen Gefäße im Gehirn stenosieren und zu einer Demenz führen und bei einem anderen ein Verschluss großer Gefäße einen Schlaganfall verursacht – und nachfolgend in 30 % dieser Fälle eine Demenz auftritt. Man weiß es noch nicht! Für beide Demenzformen sind im Prinzip dieselben Risikofaktoren maßgeblich, aber wahrscheinlich gibt es unterschiedliche Ursachen.

Bei der Alzheimer-Krankheit handelt es sich um eine typische altersabhängige Erkrankung, der besondere Bedeutung im demographischen Wandel zukommt, der sich durch die zunehmende durchschnittliche Alterung der



*Prof. Dr. med.
Ingo Füsgen*

Bevölkerung in vielen Ländern auszeichnet. Mindestens eine Million Menschen mit Demenz gibt es in Deutschland, vier Millionen sind es in den USA, und weltweit sind schätzungsweise 15 Millionen Patienten davon betroffen. Dabei ist es eigentlich ganz gleichgültig, ob jemand in Mitteleuropa, Afrika oder China alt wird: Ab 80 Jahren steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, auf etwa 25 %. Das gilt insbesondere für den Morbus Alzheimer – bei den vaskulären Demenzen beobachtet man in den höheren Altersgruppen dagegen keinen weiteren Anstieg der Erkrankungsraten.

Demenz – die teuerste Alterskrankheit für die Gesellschaft

Demenz führt nicht nur zu kognitiven Einbußen, zu Störungen des Geistes. Damit verbunden sind immer ausgeprägte andere Funktionsdefizite in allen Bereichen: etwa Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und Schlafes, Aggressivität, Verständnis-, Antriebs-, Bewegungs-, Sprach- und Schluckstörungen, chronische Obstipation – und im fortgeschrittenen Stadium auch Harn- und Stuhlinkontinenz. All dies ist nicht nur ein riesiges Problem für den Betroffenen und für den behandelnden Mediziner, sondern ganz besonders auch für die betreuenden Angehörigen bzw. die damit beschäftigten Pflegekräfte, die dadurch in hohem Maße belastet und gefordert sind.

Hinzu kommt, dass man auch in der Medizin oft noch nicht so recht weiß, wie damit umzugehen ist – leider ist therapeutischer Nihilismus noch weit verbreitet.

Nicht zuletzt handelt es sich auch um ein großes finanzielles Problem für die Solidargemeinschaft, da die Demenz die teuerste Erkrankung im Krankheitsspektrum ist. Ein großer Teil der Betreuung wird noch durch die Angehörigen sichergestellt, aber auf Grund des demographischen Wandels wird dieser Anteil zunehmend kleiner werden.

Es gibt in Europa nur eine Studie, die wirklich die gesamtgesellschaftlichen Kosten der Demenz erfasst hat – das ist

die „Hollandstudie“ 1994 bis 1998. Das Ergebnis war: Die Krankheit im Alter ab 65 Jahre, die uns am meisten kostet, ist die Demenz (Abbildung 7). Dabei wurden nicht nur die finanziellen Aufwendungen der Versicherungsträger für die medizinische Versorgung berücksichtigt, sondern erstmals auch die Betreuungsleistungen der Angehörigen und Freunde; etwa zwei Drittel der durch Demenz verursachten Kosten entfallen auf die betreuenden und pflegenden Angehörigen, 30 % auf die Pflegeversicherung und 3 % auf die Krankenkassen.

Aber auch die direkten Krankheitskosten von Demenzerkrankungen – nach Angaben des Statistischen Bundesam-

Diagnostische Gruppen, Lebensalter und Anteil an den Gesundheitskosten in den Niederlanden 1994

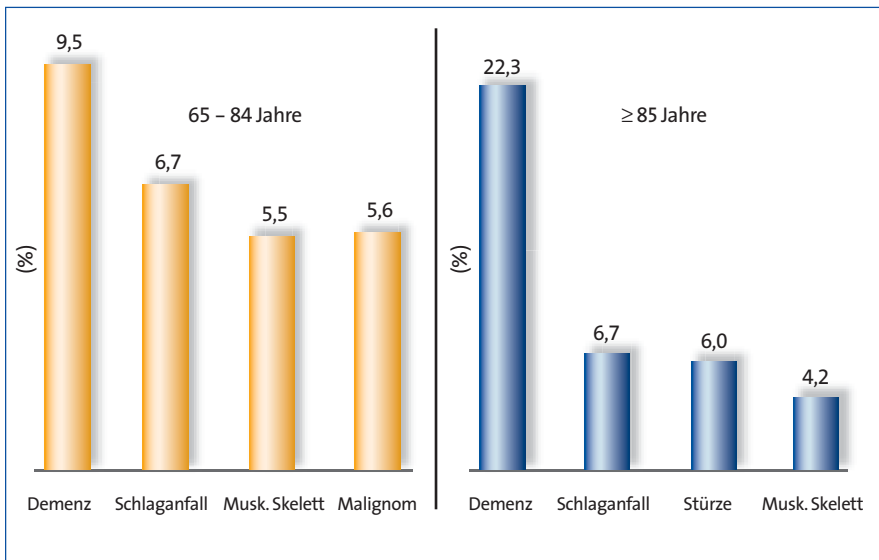


Abbildung 7: Die Holland-Studie hat gezeigt, dass im Alter ab 65 Jahre die Demenz die „teuerste“ Krankheit ist. In dieser Studie wurden nicht nur die direkten Krankheits- und Pflegeausgaben berücksichtigt, sondern die gesamtgesellschaftlichen Kosten abgeschätzt – beispielsweise auch die kalkulatorischen Kosten der Betreuung durch Angehörige.

tes betrogen diese 2002 in Deutschland 5,6 Mrd. Euro – werden uns in den nächsten Jahren davonlaufen, zumal die Lebenserwartung kontinuierlich wächst, gegenwärtig hier zu Lande pro Jahr um ein bis drei Monate. Auch dies illustriert das Problem: Jahr für Jahr werden in Deutschland 160 Pflegeheime neu eröffnet, und etwa 70 % der Heimbewohner leiden unter Demenz.

Gegen den therapeutischen Nihilismus

Wenn keine inhumanen Tendenzen zum Tragen kommen sollen, dann wird man sich bewusst dem Krankheitsbild Demenz zuwenden müssen und darf nicht wie bisher versuchen, die Demenz zu verdrängen bzw. zu tabuisieren und die Patienten auszugrenzen. Es kann nicht dabei bleiben, dass nur 8 % der Demenzkranken mit wirksamen Antidementiva behandelt werden (so das Ergebnis einer Untersuchung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, MDK, in Baden-Württemberg im Jahre 2003). Und dies, obwohl gesichertes Erkenntnis ist, dass evidenzbasierte Medikation nicht nur den Betroffenen hilft, sondern auch finanzielle Einsparungen in der Betreuung und Pflege bringt. Denn schon geringfügige Verbesserungen der Hirnleistung von Demenzkranken durch therapeutische Interventionen senken die Krankheitskosten spürbar, hat eine Studie aus den USA gezeigt (Tabelle 1). Danach ergibt sich beispielsweise: Bei einem Patienten mit einem Ausgangsniveau der Hirnleistung von 12 Punkten im MMSE-Score – was einer mittleren bis schweren Demenz entspricht – können pro Jahr und Patient 1164 US\$ eingespart werden, wenn sich seine Hirnleistung innerhalb eines Jahres um nur einen Punkt weniger verschlechtert als erwartet. Das gilt für alle Stadien der Erkrankung.

Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Behandlungintensität Demenzkranker insgesamt abnimmt, obwohl sie ebenso multimorbide sind wie gleichaltrige Patienten ohne Demenz. Auch dies sollte der behandelnde Arzt nicht zulassen.

Wo es sinnvoll ist, therapeutisch einzugreifen – Primärprävention

Entsprechend dem Krankheitsverlauf erscheint es sinnvoll, die therapeutische Intervention in eine primäre Prävention (Verzögerung der Erstmanifestation), eine sekundäre Prävention (Früherfassung und Behandlung der Demenz) sowie eine tertiäre Prävention (Hemmung der Progression des Demenzprozesses) einzuteilen.

Hoffnungen, die Krankheitsraten nachhaltig senken zu können und so diese Kehrseite der steigenden Lebenserwartung zu beeinflussen, knüpfen sich insbesondere an den Erfolg präventiver Maßnahmen. Da Demenzen vorwiegend in den höchsten Altersstufen auftreten, führt schon ein vergleichsweise geringer Aufschub des Krankheitsbeginns zu

Betreuungskosten in Abhängigkeit des MMSE-Scores				
Initialer MMSE-Wert	Einsparpotenzial in US\$ pro Patient/Jahr, wenn der MMSE-Score durch eine Therapie weniger als erwartet absinkt um			
	MMSE-Punkte			
	-1	-2	-5	-10
20	356 \$	765 \$	2424 \$	7537 \$
15	744 \$	1611 \$	5113 \$	13733 \$
12	1164 \$	2494 \$	7407 \$	16125 \$
7	1846 \$	3706 \$	8718 \$	
5	1806 \$	3494 \$	7429 \$	
2	1324 \$	2434 \$		

Tabelle 1: Nach US-amerikanischen Untersuchungen resultieren bereits aus vergleichsweise kleinen Verbesserungen der Hirnleistung von Demenzkranken deutliche Einsparungen bei den Gesundheits- und Pflegeausgaben. In diesem Beispiel wird das bezogen auf die Testmethode Mini-Mental-State-Examination (MMSE) dargestellt. Hierbei gilt: Je geringer der Score-Wert, desto schwerer die Demenz.

starken Reduktionen des Krankenbestandes, denn in vielen Fällen kann dieser Aufschub die verbleibende Lebenserwartung eines älteren Menschen übersteigen. Nach amerikanischen Modellrechnungen z.B. bewirkt eine mittlere Verzögerung der Krankheitsmanifestation um ein Jahr eine Verminderung der Krankenzahlen um 9 %. Eine Verzögerung um fünf Jahre würde die Krankenzahlen nahezu halbieren (Tabelle 2).

Besondere Bedeutung in der Primärprävention der Alzheimer- wie auch der vaskulären Demenzen kommen deshalb den uns bekannten modifizierbaren Risikofaktoren zu. Nicht modifizierbar sind Risikofaktoren wie Alter oder genetische Dispositionen. Die wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren sind:

- vaskuläre Risikofaktoren,
- oxidativer Stress,
- mangelnde geistige/körperliche Aktivität,
- falsche Ernährung,
- Rauchen, Alkohol,
- inflammatorische Prozesse.

Zusammenhang zwischen Krankheitsbeginn und Krankenstand

Relatives Risiko der Intervention	Mittlere Verzögerung (Jahre)	Krankenbestand (kein Effekt = 100)
1,0	0	100
0,95	0,5	95,6
0,9	1,0	91,1
0,75	2,5	77,5
0,5	5,0	53,2

Tabelle 2: Weil Demenz vor allem eine Krankheit des hohen Alters ist, bewirken schon relativ geringe Verzögerungen in der Krankheitsprogression spürbare Ausgabenentlastungen. Eine heute theoretisch nicht unmögliche mittlere Verzögerung um beispielsweise durchschnittlich 2,5 Jahre würde die Zahl der Patienten um über ein Fünftel senken.

Brookmeyer et al. 1998

Viele Studien belegen, dass es anscheinend nicht so wichtig ist, welche geistigen Trainingsmethoden ein Mensch anwendet, aber geistige Aktivitäten sind zweifellos sehr wichtig – wobei man durch ergänzende körperliche Aktivitäten noch einen effektiven Präventionspunkt zusätzlich machen kann, aber nicht umgekehrt: Körperliches Training alleine führt nicht zum Erfolg bei der Primärprävention der Demenz.

Sekundäre Prävention – leichte kognitive Störungen sind ein Warnzeichen

In der sekundären Prävention stehen die Früherfassung und Frühbehandlung kognitiver Defizite im Mittelpunkt. Seit der Kanada-Studie 1998 gewinnt deshalb die „Mild Co-

Prävalenz von Demenzen und leichten kognitiven Defiziten

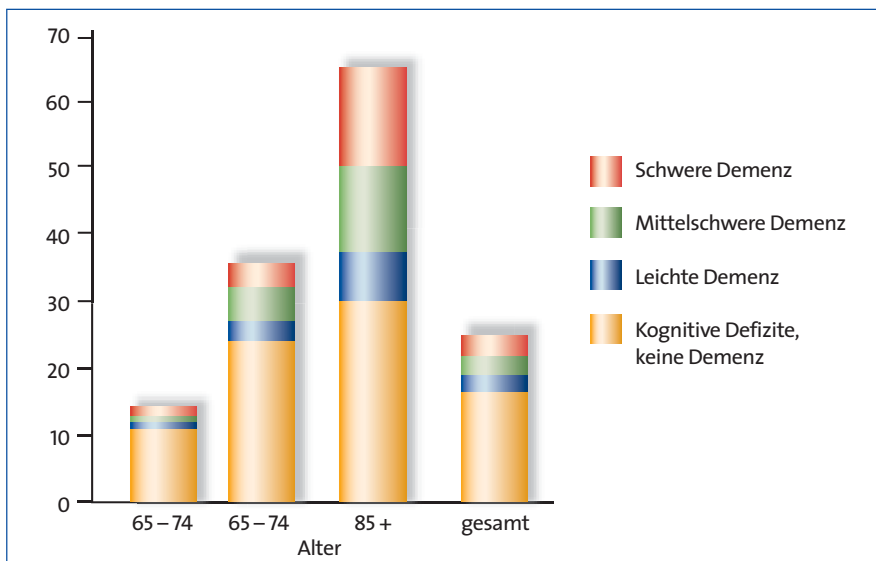


Abbildung 8: Die Kanada-Studie zeigte 1998, dass es auch bei den Hochbetagten eine sehr große Zahl von Menschen gibt, die zwar kognitive Defizite aufweisen, aber (noch) nicht dement sind.

gnitive Impairment (MCI)“ bei allen präventiven bzw. diagnostischen und therapeutischen Überlegungen zur Beherrschung der demenziellen Prozesse besondere Bedeutung. Die überraschenden Untersuchungsergebnisse zeigen, dass es mit zunehmendem Alter eine unglaublich große Gruppe von Patienten gibt, die kognitive isolierte Defizite hat, aber nicht an Demenz leidet (Abbildung 8). MCI-Patienten haben

- subjektive Gedächtnisstörungen,
- ein normales allgemeines kognitives Leistungsniveau, aber
- objektive Gedächtnisstörungen, die in einem verbalen Gedächtnistest einer Leistungsminderung von mindestens 1,5 Standardabweichungen im Vergleich zum Durchschnittswert der betreffenden Altersgruppe entsprechen.

Nachuntersuchungen zur Kanada-Studie kamen zum Ergebnis, dass etwa ein Drittel der Patienten mit isolierten kognitiven Störungen in den nächsten Jahren dement wird. Als ein Prädiktor für die zukünftige Konversion einer MCI in eine Alzheimer-Demenz erwies sich eine Diskrepanz zwischen der Eigenbewertung und der Fremdbewertung funktioneller Defizite (ADL). Eine Flut von Studien hat seitdem dazu geführt, dass wir heute wissen, dass bei isolierten kognitiven Störungen Handlungsbedarf besteht. MCI ist in vielen Fällen die Vorform eines Einstiegs in die Demenz.

Bereits heute weiß man, dass intensives geistiges und körperliches Training mithelfen kann, den Verlauf bei leichten kognitiven Störungen positiv zu beeinflussen. Inwieweit bereits hier Antidementiva von Bedeutung sind, wird derzeit untersucht. Davon unberührt und auf jeden Fall sehr wichtig ist selbstverständlich die Behandlung von Multimorbidität – denn ein schlecht eingestellter Diabetiker oder Patient mit Herzinsuffizienz hat sicher auch kognitive Einschränkungen.

Demenztherapie, um den Krankheitsverlauf zu verzögern

Während bei leichten kognitiven Störungen die Verbesserung oder Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähig-

keit im Vordergrund steht, ist das Ziel der Demenztherapie, bei mittleren und schweren kognitiven Störungen die Alltagsfähigkeit so lange und so weit wie möglich zu erhalten und im fortgeschrittenen Stadium den Pflegeaufwand zu mildern oder zu stabilisieren. Auch wenn unterschiedliche Leitlinien zur Demenzbehandlung in Deutschland vorliegen, ist man sich in all diesen Papieren in einem Punkt einig: Für eine erfolgreiche Therapie ist ein ganzheitlicher Therapieansatz gefordert, der neben der internistischen Therapie der Multimorbidität die Gabe von Antidementiva vorsieht und die psychosoziale Betreuung, das körperliche Training, eine entsprechende Ernährung sowie eine Angehörigenbetreuung mit einbezieht.

Die Therapie wird man dann immer in eine Basistherapie und eine stadienabhängige ergänzende Therapie unterteilt.

Memantine bei fortgeschrittener Demenz

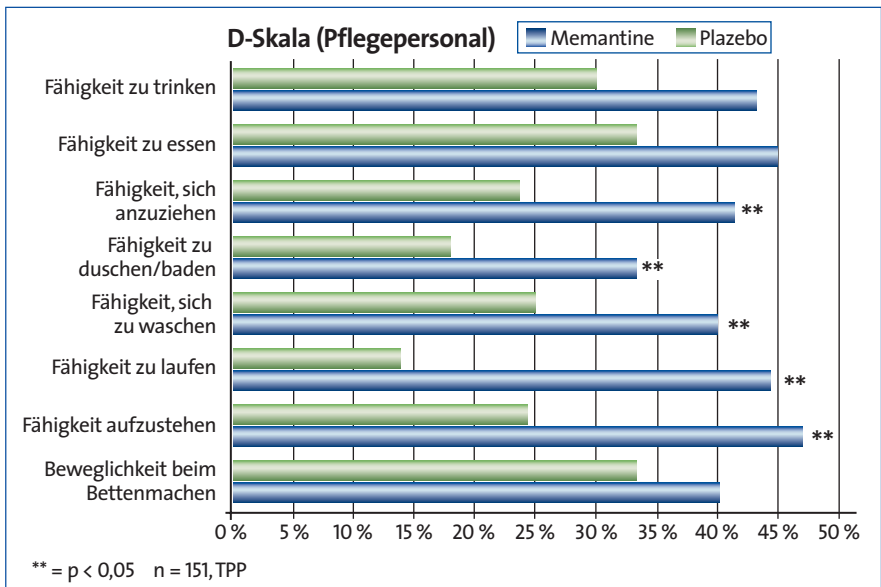


Abbildung 9: Der Wirkstoff Memantine hat sich als potentes Anti-Demenz-Arzneimittel erwiesen.

Ergebnisse Placebo vs. Memantine

- Pflegezeitminderung 51,5 h/Mon.
- Trend zur verminderten Pflegeheimaufnahme
- Pflegepersonalkostenminderung 823,77 US\$/Mon.
- direkte nichtmedikamentöse Kosten 430,84 US\$/Mon.

Tabelle 3: Ausgabensenkung durch evidenzbasierte antidemenzielle Therapie: geringerer Pflegeaufwand und weniger Einweisungen in Pflegeheime.

Wimo, Winblad 2003

len müssen, d.h., man wird in jedem Stadium der Demenzkrankheit die bestehende Multimorbidität behandeln, Antidementiva geben und bestehende Verhaltensstörungen einer Behandlung zuführen sowie allgemeine Maßnahmen (z.B. Diät, Bewegung, Angehörigenbetreuung) mit einschließen müssen.

Bei leichter, beginnender Demenz ist es sicher wichtig, geistig und körperlich zu

trainieren. Bei mittleren und schweren Demenzen kommt es darauf an, den Patienten so zu trainieren, dass er mit seinem Alltag besser zurechtkommt, beispielsweise alleine die Toilette findet und sich noch selber ankleiden kann.

Einigkeit besteht in der Basistherapie – man muss grundsätzlich Antidementiva verabreichen sowie Verhaltens- und Schlafstörungen behandeln. In dieser „tertiären Prävention“ geht es darum, die Progression der Krankheit zu stoppen und die Defizite und Störungen zu minimieren – und damit auch die Pflegepersonalkosten zu dämpfen. Für den Wirkstoff Memantine (Axura®) konnte beispielsweise nach den strengen Kriterien der „evidence based medicine“ nachgewiesen werden, dass auch im mittleren und schweren Demenzstadium Erfolge erzielt werden können. Unter der Therapie mit dem NMDA-Antagonisten Memantine bessert sich die Kognition – und Alltagsfunktionen wie selbstständiges Essen oder Waschen bleiben länger erhalten (Abbildung 9). Dies bedeutet eine deutliche Entlastung des Betreuungsaufwandes um rund 50 Stunden im Monat (Tabelle 3). Auch finanziell lohnt sich die adäquate medikamentöse Therapie, wie pharmakoökonomische Studien ergeben haben (Reisberg et al., N Engl J Med 2003; Wimo et al., PharmacoEconomics

2003). Es stehen sehr unterschiedliche medikamentöse Therapie-Ansätze zur Verfügung – es ist die Aufgabe des Arztes, aus dieser Palette auszuwählen und Antidementiva patientengerecht einzusetzen.

Wir müssen anfangen, das Problem zu lösen

All diese medizinischen Erfordernisse werden im Rahmen der schrumpfenden finanziellen Möglichkeiten nur umsetzbar sein, wenn man dafür auch ein entsprechend abgestuftes Versorgungssystem schafft. Das GKV-Modernisierungsgesetz bietet hier sowohl im Rahmen der Integrierten Versorgung als auch im Rahmen von Chroniker-Programmen in der gesetzlichen Krankenversicherung Möglichkeiten. Hier sind die Krankenkassen, aber auch die Krankenhausträger und die niedergelassenen Ärzte aufgefordert, nach entsprechenden Modellen zu suchen und sie schnellstmöglich auch umzusetzen. Nur so wird es möglich sein, der altersabhängigen Erkrankung „Demenz“ Herr zu werden und inhumanen, ausgrenzenden Tendenzen in unserem Land entgegenzutreten. Wir wissen genug über die Demenz, wir sollten versuchen, das Problem auch zu lösen.

Eine Herausforderung erster Ordnung für die Barmer Ersatzkasse

Kassenpolitische Dimension der Demenzproblematik

KLAUS H. RICHTER

Auch wenn man gegenwärtig noch nicht über hinreichende Maßnahmen einer wirksamen Demenzprävention verfügt, spricht vieles dafür, insgesamt die „Prävention für und im Alter“ auszubauen, um den wachsenden Herausforderungen einer alternden Gesellschaft erfolgreich zu begegnen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist in einem seiner letzten Gutachten darauf hin, dass bei den über 60-Jährigen eine Vielzahl von Ansätzen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention besteht. Prävention bedeutet dabei nicht nur, eine Krankheit zu verhüten. „Prävention für und im Alter“ sollte vielmehr den gesamten Alterungsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness berücksichtigen.

Die Barmer Ersatzkasse unterstützt die Bemühungen der Bundesregierung, die Prävention zu stärken. Ob allerdings das derzeit diskutierte Präventionsgesetz tatsächlich einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen einleiten wird, kann mit respektvoller Skepsis betrachtet werden. Der Ausbau von Prävention – neben der Kuration, Rehabilitation und Pflege – zu einer vierten Säule im Gesundheitswesen bedarf inhaltlicher Maßnahmen, nicht so sehr des Aufbaus neuer Strukturen – schon gar nicht bürokratischer Strukturen. Eine reine Umverteilung in den Finanztöpfen der gesetzlichen Kranken-



Klaus H. Richter

versicherung (GKV) bewirkt keine stabile Säule. Falsch konstruierte Säulen stürzen bekanntlich schnell ein.

Bausteine: „Prävention aktiv“ und „Generation 50 +“

Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe „Prävention“ wird nicht allein durch Gesetze und Verordnungen gelöst. Wenn es um Gesundheit geht, ist jeder Einzelne gefragt. Gesunde Ernährung, Bewegung, Stressabbau und der Verzicht auf Nikotin und übermäßigen Alkoholkonsum sind Eigenverantwortung im besten Sinne. Dabei will die Barmer Ersatzkasse helfen. Unter dem Motto „Prävention aktiv“ wurde daher eine große Initiative zur Prävention und Gesundheitsförderung gestartet, die auch der Ermunterung der Versicherten dient. Dabei werden verstärkt geschlechter- und altersdifferenzierte Aspekte eingebracht, und insbesondere wird auch

Prävention 50 plus

... die Barmer verfügt über zahlreiche präventive Angebote:



- Walking
- Nordic-Walking
- Aquajogging, Aquafitness
- Osteoporoseprophylaxe
- Sturzprophylaxe

- Ernährung im Alter
- Vorbereitung auf den Ruhestand
- Entspannungstechniken,
z.B. progressive Muskelentspannung



Abbildung 10: Das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm der Barmer Ersatzkasse für die Generation der über 50-Jährigen wird kontinuierlich erweitert.

die „Generation 50 +“ mit verschiedenen qualitativ hochwertigen und praxisbewährten Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten unterstützt (Abbildung 10).

Themen dieser Angebote sind

- Walking und Nordic-Walking
- Aquajogging
- Osteoporose- und Sturzprophylaxe
- Ernährung im Alter
- Entspannungsverfahren.

Die Präventionsangebote, die in den Barmer-Geschäftsstellen abrufbar sind, orientieren sich alltagsnah an den unterschiedlichen Anforderungen des Lebens. Sie tragen

Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft über die Durchführung der Schulungsreihe „Hilfe beim Helfen“

Zielsetzung ■ Förderung und Stärkung des sozialen Engagements im Bereich der Pflege

- Erleichterung und Verbesserung der Pflegesituation
- Unterstützung der pflegenden Angehörigen
- Gewinnung weiterer Personen für eine qualifizierte Pflege

Inhalt ■ Gemeinsam mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bietet die Barmer pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden bundesweit das Kursprogramm „Hilfe beim Helfen“ an

Umsetzung ■ Die Durchführung der von der Barmer finanzierten Seminare erfolgt mit Unterstützung der Barmer-Geschäftsstellen

- Der Einsatz qualifizierter Referenten wird von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sichergestellt
- Ein Qualitätszirkel der Kooperationspartner dient zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Programms

Tabelle 4: Die Kooperation von Barmer und Deutscher Alzheimer Gesellschaft betont den Aspekt „Hilfe beim Helfen“ und wendet sich vor allem an die Angehörigen und Bezugspersonen von Demenzzkranken.

dazu bei, bis ins hohe Alter fit, gesund und leistungsfähig zu bleiben.

Individualprävention alleine reicht nicht aus

Motiviert durch den Erfolg von „Prävention aktiv“ startete die Barmer Ersatzkasse im April 2003 in Kooperation mit dem ZDF und der „Bild am Sonntag“ die Initiative „Deutschland bewegt sich!“. Ziel war es, eine Breitensportbewegung zu schaffen, die große Teile der Bevölkerung an gesundheitsfördernde Sportarten heranzuführt – ähnlich wie die „Trimm-Dich-Aktion“ in den siebziger Jahren, deren Initiatoren übrigens der Deutsche Sportbund und auch die Barmer Ersatzkasse waren. Die ersten zwölf Monate der neuen Kampagne zeigen: Es ist gelungen, ein Millionenpublikum anzusprechen und über verschiedene Sportarten und deren gesundheitsfördernde Wirkung zu informieren. Bereits acht Millionen Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben an den vielfältigen Aktionen der Kampagne aktiv mitgemacht. Es ist also der richtige Weg, eine nachhaltige Breitensportbewegung neu zu etablieren und so im Endeffekt einen Beitrag zu mehr Gesundheit zu leisten.

Was hat das mit der Demenz zu tun? Nun, die Initiative „Deutschland bewegt sich!“ verdeutlicht sehr gut, dass sich Prävention nicht ausschließlich auf individualpräventive Maßnahmen erstreckt, sondern unterschiedliche Facetten hat. Längerfristig benötigt man bevölkerungsbezogene Kampagnen, um die Bürgerinnen und Bürger nachhaltig über gesundheitliche Risiken zu informieren und aufzuklären, die Eigenverantwortung jedes Einzelnen zu stärken und das Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu schärfen. Dies gilt auch für die Demenz.

Gezielte Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Pflegekräfte

Neben einer Enttabuisierung und bevölkerungsbezogenen Information und Aufklärung bedarf es in besonderer Weise einer gezielten Fort- und Weiterbildung von Ärzten

und Pflegekräften. Dies ist auch vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) untersucht worden in durchgeführten Forschungs- und Modellvorhaben zur „Entwicklung und Erprobung einer gerontopsychiatrischen Handreichung für den Hausarzt zur Früherkennung und Behandlung von Demenzprozessen“.

Dort wurde festgestellt, dass sowohl seitens der Ärzte als auch des pflegenden Personals Wissensdefizite bestehen. Altenpflegerinnen und Altenpfleger erwarten demnach für ihre praktische Arbeit von den Ärztinnen und Ärzten zum Teil Kenntnisse, die derzeit nicht vorgehalten werden. Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit verstärkter ärztlicher gerontopsychiatrischer Fort- und Weiterbildung. Des Weiteren ergibt sich aus dem BMGS-Bericht, dass die Mitarbeiter der stationären und ambulanten Altenhilfe noch zu geringe Kenntnisse über Demenzkranke aufweisen, gemessen an dem hohen Anteil, den dieser Personenkreis inzwischen an der Gesamtklientel ausmacht. Demzufolge ist auch das Pflegefachpersonal verstärkt in die Lage zu versetzen, Anzeichen demenzieller Erkrankungen früher zu erkennen, Ärzte frühzeitig gezielt einzubeziehen, um mit dem Krankheitsbild „Demenz“ spezifischer umgehen zu können.

Unterstützung für die Angehörigen

Alle präventiven, kurativen und rehabilitativen Anstrengungen werden jedoch nicht dazu führen, das künftige Gewicht der Demenzversorgung in der Pflege zu verringern. Auch insoweit ist die Barmer Ersatzkasse bereits aktiv. Dabei wird den pflegenden Angehörigen besondere Beachtung gewidmet. Die Demenzerkrankung stellt für die Betreuungs- und Pflegepersonen eine kaum vorstellbare Last dar. Gewohnte Lösungsstrategien versagen, und häufig ist eine Betreuung rund um die Uhr notwendig. Ohne Unterstützung und Entlastung kann niemand dieser Belastung auf Dauer standhalten. Was nützt es, wenn sich die Angehörigen aufopferungsvoll um ihre demenzkranken Verwandten kümmern,

sich aber gleichzeitig schädigen oder selbst krank werden? Demzufolge sind neben einer gezielten Behandlung der Betroffenen Aufklärung, Beratung und Unterstützung der Angehörigen und Bezugspersonen von besonderer Bedeutung.

Die Barmer Ersatzkasse engagiert sich schon seit Jahren in diesem Bereich und bietet ihren Versicherten einen modularen Service an. Dazu gehören kostenlose Pflegekurse, individuelle häusliche Schulungen sowie Beratung zur Überleitungspflege nach Krankenhausaufenthalten für Pflegepersonen. Zur Durchführung der Angebote konnten neben vielen kleineren regionalen Anbietern als bundesweit agierende Vertragspartner Diakonie und Caritas, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) sowie der Privatanbieter „Premio“ gewonnen werden.

Aktion „Hilfe beim Helfen“

Seit kurzem bietet die Barmer Pflegekasse ihren Versicherten außerdem zusammen mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft deren Schulungsreihe „Hilfe beim Helfen“ an. Diese 2003 mit dem Oskar-Kuhn-Preis ausgezeichnete Schulungsreihe ist ein hervorragender Ansatz zur Unterstützung der Angehörigen und Bezugspersonen von Demenzkranken. Pflegende Angehörige stehen unter Druck und geraten nicht selten in die Isolation. Das ist ein Druck, der oft die gesamte Familie krank macht. Notwendig ist in dieser Situation ein Ventil: mal raus aus der Wohnung, andere Leute kennen lernen, denen es ähnlich geht, Fragen stellen können an Fachleute, die sich auskennen und die sich Zeit nehmen. Kurz: Rat bekommen und Hilfe zur Selbsthilfe. In der Schulungsreihe werden nicht allein Informationen über die Alzheimer-Krankheit und brauchbare Tipps für den Alltag vermittelt – im Beisein von Fachleuten steht auch ausreichend Zeit zur Verfügung, Erfahrungen auszutauschen (Tabelle 4).

Die Barmer Ersatzkasse hat den großen Informationsbedarf über die Demenz und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Leistungen erkannt. Eine gut angenommene Experten-Hotline zu diesem Thema in

Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und dem „Zukunftsforum Demenz“ hat dies im Mai 2004 bewiesen. In zwei Wochen wurden 750 Anrufe gezählt. Die am meisten gestellten Fragen bezogen sich auf Diagnostik (32 %), Verlauf der Erkrankung (25 %) und allgemeine Informationen (14 %) (Abbildung 11).

Start der neuen bundesweiten Demenzkampagne

Der hohe Informationsbedarf sowie die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Dimensionen haben die Barmer Ersatzkasse nun veranlasst, zusammen mit dem „Zukunftsforum Demenz“ die bundesweite Kampagne „Demenz – Prävention vor Pflege“ zu initiieren. Zentrale Elemente der Kampagne sind die Broschüre „Gedächtnis, Orientierung und Selbstversorgung im Alter“ (Abbildung 12)

Prävention 50 plus



Abbildung 11: Die Auswertung einer aktuellen Telefonaktion zum Thema „Demenz“ von Barmer, Zukunftsforum Demenz und Deutscher Alzheimer Gesellschaft illustriert, wo Angehörigen und Betroffenen der Schuh drückt.

sowie regionale Informationsveranstaltungen über Vorsorgemöglichkeiten, Diagnostik, Therapie und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (Tabelle 5). Die Aufklärungsaktion soll mindestens zwei Jahre lang laufen. Angestrebt wird auch die Einbindung weiterer Partner wie z.B. Selbsthilfeorganisationen.

Weitere Aufklärungsmaßnahmen

Innovationen sind immer wieder gefragt. Es gibt viele gute Ideen, etwa Theaterstücke, die die Demenzproblematik einprägsam nahe bringen. Und in Nürnberg wird demnächst ein spezielles Memory-Mobil eingesetzt, um über neue Wege den „alten Wein“ zu transportieren. Neue Medien, neue Ansätze müssen die bewährten Maßnahmen ergänzen! So wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alz-

Aufklärungskampagne „Demenz – Prävention vor Pflege“



Die Broschüre „Gedächtnis, Orientierung und Selbstversorgung im Alter“

- ... gibt Überblick über wichtige Umstände, Ursachen und Erscheinungsformen von Veränderungen in der geistigen Leistungsfähigkeit
- ... informiert über die Möglichkeiten von Vorsorge, Diagnostik und Therapie
- ... nennt wichtige Adressen und gibt Literaturhinweise

Abbildung 12: Diese Informationsbroschüre ist anlässlich der neuen Aufklärungsaktion „Demenz – Prävention vor Pflege“ herausgekommen. Initiatoren sind die Barmer und das Zukunftsforum Demenz.

heimer Gesellschaft die Broschüre „Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker“ herausgebracht (Abbildung 13).

Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung

Kuration, Rehabilitation und Pflege von 1,2 Millionen demenzkranken Menschen verursachen hohe Kosten. Und die immense Zahl von Neuerkrankungen wird Jahr für Jahr neue Kostenschübe auslösen. Ein Zahlenbeispiel aus der Barmer-Statistik illustriert dies. Es bezieht sich auf Krankenhausfälle mit den Diagnose-Codes F00 bis F03 nach ICD 10-GM 2004, also auf Alzheimer-Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F02) sowie auf nicht näher bezeichnete Demenz (F03). Diese Diagnosen lösten im Jahre 2002 bei der Barmer Ersatzkasse 4500 Krankenhausfälle aus; der Kostenaufwand betrug 17,2 Mio. Euro oder 0,35 % der Klinikausgaben. Im Jahre 2003 waren es bereits 10 237 stationäre Behandlungen mit 40,4 Mio. Euro

Ziele der Aufklärungskampagne „Demenz – Prävention vor Pflege“

Ziele der regionalen Informationsveranstaltungen:

- Vorsorge durch gesunde und aktive Lebensweise
- Sensibilisierung für die ersten Warnsignale
- Bewusstsein schaffen durch Information und Aufklärung
- Beratung und Unterstützung von Angehörigen

Angesprochen werden sollen insbesondere

- Menschen ab ca. 50 Jahren
- Bezugspersonen und Familienangehörige von Demenzkranken
- Beschäftigte in Kranken-, Alten- und Pflegeeinrichtungen
- Sonstige Interessierte

Tabelle 5: Bei regionalen Informationsveranstaltungen im ganzen Land spricht die Aktion „Demenz – Prävention vor Pflege“ die Menschen direkt an.

Kosten (was 0,83 % der gesamten Krankenhausausgaben entsprach). Also: mehr als eine Verdoppelung der Fälle und Ausgaben im Jahresabstand!

Die Barmer Ersatzkasse legt Wert auf die notwendige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Aktuelle Herausforderungen erzwingen eine neue Regelung. Das Defizit der sozialen Pflegeversicherung muss abgebaut werden, die Leistungen bedürfen dringend einer Dynamisierung – sie haben bereits einen Wertverlust von etwa 10 % erfahren. Schließlich ist eine langfristige Sicherung der Pflegeversicherung auch unter Einbezug erforderlicher Verbesserungen für Demenzkranke notwendig. Dabei sei auch an den von der Barmer Ersatzkasse erstellten Vergleich von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung verwiesen: Bei annähernd gleich gelagerten Beitragseinnahmen je Versicherten betragen 2002 die Leistungsausgaben je Versicherten in der sozialen Pflegeversi-

Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Die Broschüre "Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranke" von Dr. med. Jan Wojnar

- informiert Angehörige und Pflegenden über das gestörte Ess- und Trinkverhalten Demenzkranke
- bietet Unterstützung, um eine ausreichende Ernährung der Kranken mit geeigneten Speisen und Getränken sicherzustellen
- gibt hilfreiche Anregungen, eine entspannte und wohlthuende Atmosphäre bei den Mahlzeiten zu ermöglichen

Abbildung 13: Die Ernährung von alten Menschen weist oft erhebliche Defizite auf – eine Informationsschrift von Barmer und Deutsche Alzheimer Gesellschaft soll Abhilfe schaffen.

cherung 245,75 Euro, in der Pflegepflichtversicherung der privaten Krankenversicherung jedoch nur 56,74 Euro. Ist das Ausdruck einer unsolidarischen Risikoselektion „Gesund“ durch die PKV?! Während die private Pflege im Jahre 2002 einen Überschuss von fast 1,5 Mrd. Euro erwirtschaftete, belief sich das Defizit in der sozialen Pflegeversicherung schon auf 380 Mio. Euro und steigerte sich 2003 nochmals rapide auf die Rekordhöhe von 690 Mio. Euro (Tabelle 6). Eine Zusammenlegung von sozialer und privater Pflegeversicherung würde die Ungleichgewichte beseitigen. Die Finanzproblematik der Pflegeversicherung – auch unter Einbindung der für eine bessere Demenzversorgung notwendigen 750 Mio. Euro – könnte so ohne weitere Belastungen des Einzelnen oder besonderer Gruppen unter Umständen gelöst werden.

Fazit

Angesichts des demographischen Wandels, angesichts der bekannten Prävalenz müssen die Schnittstellen zwischen den Sektoren verbessert werden. Die Stichworte sind:

Finanzergebnisse aus dem Jahre 2002		
Gesetzliche PV		Private PV
€ 16,98 Mrd. d.h. € 240,37/Versicherten	Beitragseinnahmen	€ 1,99 Mrd. d.h. € 227,17/Versicherten
1,89 Mio. d.h. 2,7 % der Versicherten	Leistungsempfänger	114.000 d.h. 1,3 % der Versicherten
€ 245,75/Versicherten	Leistungsausgaben	€ 56,74/Versicherten
-€ 380 Mio. Defizit	Ergebnis	€ 1,49 Mrd. Überschuss

Tabelle 6: Gesetzliche und private Pflegeversicherung weisen bei praktisch gleichen Einnahmen je Versicherten extrem unterschiedliche Leistungsausgaben aus. Bei den Gesetzlichen sind die Pflegekosten je Versicherten mehr als viermal höher als bei den Privaten.

Integrierte Versorgung, strukturierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme. Chancen und auch Grenzen einer Therapie sind zu bestimmen. Dazu muss Demenz zunächst enttabuisiert werden. Eine breit gestreute Aufklärung der Bevölkerung und die Durchführung und Weiterentwicklung von Präventions- und Hilfsangeboten für die an Demenz erkrankten Menschen und ihre Angehörigen und Bezugspersonen sind dringend notwendig und eine Investition in die Zukunft.

Denn, so Altbundespräsident Johannes Rau: „Die zukünftige Versorgung Demenzkranker ist eine Herausforderung erster Ordnung.“ Die Barmer Ersatzkasse will sich dieser Herausforderung gerne stellen.

Prävention vor Pflege

Thesen, Wünsche und Fakten

Welche medizinischen und gesundheitspolitischen Möglichkeiten gibt es zur Prävention der Demenz? Um dieses Thema ging es beim 15. Workshop des Zukunftsforums Demenz am 9. Juli 2004 in der Landesvertretung von Sachsen-Anhalt beim Bund in Berlin. Die Veranstaltung warb auch für die von der Barmer Ersatzkasse und dem Zukunftsforum gestartete neue bundesweite Aufklärungskampagne „Prävention vor Pflege“. Die Referenten aus Medizin, Sozialwissenschaft und Krankenversicherung diskutierten Erkenntnisse über demenzielle Erkrankungen und analysierten erfolgversprechende Ansatzpunkte bei Prävention und Frühintervention. In der Diskussion mit Ärzten, Pflegefachkräften, Politikern und Verantwortlichen in Pflege- und Krankenkassen, die an dem Workshop teilnahmen, wurden die möglichen Interventionsstrategien positiv aufgenommen. Aber es wurden auch finanzielle und politische Hindernisse identifiziert, die noch überwunden werden müssen, um alle gesellschaftlichen Kräfte im Sinne des Workshop-Mottos „Prävention vor Pflege“ gegen die Demenz zu mobilisieren.

Als zentrale Fakten, Thesen, Wünsche und Forderungen, deren Umsetzung wichtige Fortschritte bei der Demenzprävention verspricht, wurden als Resümee des Workshops dokumentiert:

- Die demographische Alterung der Bevölkerung wird dazu führen, dass die Zahl der Demenzkranken in den nächsten Jahren und Jahrzehnten steigt. Zwangsläufig wächst damit der Versorgungsaufwand; die finanziellen und infrastrukturellen Aufwendungen werden Kranken- und Pflegeversicherungen zusätzlich belasten.
- Der Pflegeaufwand, der heute zu einem Großteil auf den Schultern von Angehörigen und anderen Bezugspersonen ruht, wird säkular steigend überdurchschnittlich

die Sozialkassen belasten. Hauptgrund dafür ist, dass zusätzlich die Zahl der Haushalte sinkt, in denen Alt und Jung zusammenleben, denn der Anteil der Jungen an der Gesamtbevölkerung schrumpft.

- Obwohl Demenz – und das gilt weltweit für alle Kulturen – eine typische Krankheit des Alters ist, bedeutet alt zu sein dennoch umgekehrt nicht zwangsläufig, hilfe- oder pflegebedürftig zu werden. Viele alte und hochbetagte Menschen können ihr Leben eigenverantwortlich bewältigen, und es gibt Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand von Älteren und Hochbetagten sogar relativ verbessert.
- Politik und Gesellschaft müssen auf allen Ebenen die Voraussetzungen dafür spürbar verbessern, damit ältere und alte Menschen nicht ausgegrenzt werden und so lange wie möglich ein aktives, selbstbestimmtes Leben nach ihren Wünschen führen können.
- Die Politik muss dafür Rahmenbedingungen schaffen. Gefordert ist der Gesetzgeber, aber auch die Verwaltungspraxis in Bund, Ländern und Gemeinden: Es geht darum, älteren Menschen in allen Bereichen des Alltags so viel Spielraum wie möglich zu geben, damit sie ihre intellektuelle Eigenständigkeit und ihre körperlichen Kräfte optimal nutzen, erhalten, entwickeln, schulen und trainieren können.
- Nicht nur Politik und öffentliche Institutionen bzw. Kostenträger, sondern die ganze Gesellschaft, jeder einzelne Bürger und jedes Unternehmen sind zum aktiven und konsequenten Handeln aufgefordert. Denn viele Hürden, denen sich Ältere tagtäglich gegenübersehen, sind nur isoliert betrachtet „Kleinigkeiten“, für die sich niemand verantwortlich fühlt.
- Mehr Forschung tut Not. Es gibt bislang keinen ganzheitlichen und evidenzbasierten Ansatz zur Prävention der Demenz. Öffentliche und private Mittel müssen verstärkt aufgewendet werden, um diese Erkenntnis-Lücke zu schließen.

- Geistiges Training – am besten verbunden mit körperlichen Aktivitäten – ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, die Hirnaktivitäten so lange wie möglich auf hohem Niveau zu stabilisieren und so die Kompetenz älterer Menschen länger zu erhalten. Aber es muss auch entsprechende altersspezifische Angebote geben. Diese Forderung richtet sich unter anderem an Institutionen wie Krankenkassen, Sportverbände, Volkshochschulen sowie private Wellness- und Fitnessinstitute.
- Als modifizierbare Risikofaktoren der Demenz gelten vaskuläre Risikofaktoren, oxidativer Stress, zu geringe geistige und körperliche Aktivität, falsche Ernährung, Rauchen und Alkoholenuss sowie inflammatorische Prozesse. Als nicht beeinflussbare Risikofaktoren sind neben dem Lebensalter genetische Risiken und Trisomie 21 identifiziert. In der medizinischen Versorgung muss deshalb vaskulär bedingten Demenzen durch konsequente Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen vorgebeugt werden.
- Ein entscheidender Erfolgsfaktor ist die Zeit: Vor allem Angehörige und Ärzte, aber auch die (künftig) betroffenen Patienten selber, müssen sensibilisiert werden, so früh wie möglich gegen Demenz zu handeln, damit die Bausteine der Frühintervention effektiver als bisher zum Tragen kommen können: primäre Prävention oder Verzögerung der Erstmanifestation, Früherfassung und Behandlung der Demenz als sekundäre Prävention sowie die Hemmung der Progression des Demenzprozesses im Sinne einer tertiären Progression.
- Geschärfte Aufmerksamkeit erfordern vor allem auch die im höheren Alter verbreitet auftretenden leichten kognitiven Störungen, die sich in rund einem Drittel aller Fälle als Vorboten einer Demenz erweisen, obwohl die davon betroffenen Menschen noch keineswegs demenzkrank sind. Diese Störungen sind ein erster diagnostischer Ansatzpunkt, der Interventionen verlangt: Spätestens an diesem Punkt ist Gehirntraining verschie-

denster Art – verbunden mit körperlichen Aktivitäten – angesagt, um das klinische Fortschreiten der Symptomatik zu stoppen oder zu bremsen.

- Ob bereits in diesem möglichen Vorstadium der Demenz pharmakologischer Handlungsbedarf durch den Arzt angezeigt ist, dürfte sich alsbald nach Veröffentlichung entsprechender Studienergebnisse erweisen. Jeder Arzt ist aber schon heute gefordert, im Kontakt mit älteren Patienten oder deren Angehörigen von sich aus tätig zu werden. Der Arzt muss auch scheinbar „unauffällige“ ältere Patienten und deren Bezugspersonen gezielt auf mögliche kognitive Störungen ansprechen, nach Vorformen der Demenz gleichsam fahnden und gegebenenfalls mit den bekannten, recht einfach zu handhabenden Testverfahren in die Frühdiagnostik einsteigen.
- Die gezielte Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften in Sachen Morbus Alzheimer ist einer der wichtigsten Handlungsstränge, um Frühdiagnostik und die Behandlung von Demenzkranken auf den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu bringen.
- Unverzichtbar ist es ferner, den vor allem bei Hausärzten noch weit verbreiteten therapeutischen Nihilismus bei bereits diagnostizierter Demenz zurückzudrängen – gleichgültig, ob dieses Nichtstun auf Unwissenheit oder Kostendämpfungskalkül des Mediziners zurückzuführen ist. Patienten und deren Angehörige müssen im Zweifelsfall beim Haus- oder Facharzt eine angemessene und konsequente medikamentöse Therapie einfordern.
- Dass die spezifischen Antidementiva den Erkrankungsverlauf verzögern und damit Patienten und Angehörigen nützen, ist in evidenzbasierten Studien für alle Stadien der Alzheimer Erkrankung belegt worden. Für den Wirkstoff Memantine konnte bei Alzheimer Patienten im mittleren und schweren Stadium nachgewiesen werden, dass die kognitiven Fähigkeiten sowie die Alltagsfunktionen wie selbstständiges Essen oder Waschen länger erhalten bleiben. Dies reduziert

wiederum die Betreuungszeiten um über 50 Stunden im Monat.

- Diese Verminderung des Betreuungsaufwandes unter Memantine hat auch einen ökonomischen Nutzen: der Zeitpunkt für die Heimeinweisung kann deutlich hinausgeschoben werden, die Kosten für Pflege werden vermindert.
- Die Demenz ist sowohl für die Kranken- als auch für die Pflegeversicherung potenziell eine riesige und kontinuierlich wachsende Herausforderung. Schon aktuell besteht ein zusätzlicher Finanzbedarf in der Pflegeversicherung in Höhe von mindestens 700 Millionen Euro jährlich. Vor diesem Hintergrund ist auch eine grundlegende Reform der Finanzbasis der gesetzlichen und privaten Pflegepflichtversicherung gesundheitspolitisch dringend geboten.

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 diese Personen und Institutionen 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 unterschiedliche Aktivitätsfelder entwickelt:

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

Bei den Workshops des Zukunftsforums 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.

Zu den folgenden Themenbereichen haben bisher Workshops stattgefunden:

- „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?“
- „Demenzkranke im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Neues aus der Demenzforschung“
- „Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren“
- „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie“
- „Demenz – Die Rolle des Apothekers in der Demenzberatung“
- „Versorgung von Demenzkranken – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“
- „Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wo geht der Weg hin?“
- „Frühformen der Demenz – Früherfassung, Risikofaktoren und Prävention bei MCI“
- „Innovative Therapieansätze – in welche Richtung geht die Alzheimer-Therapie?“
- „Demenz – Prävention vor Pflege“

Bei den Informationsveranstaltungen für das Publikum 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 vom Zukunftsforum Demenz entwickelt. Weiterführende Informationen sind erhältlich unter:

Günter Sauerbrey
Angelika Ramm-Fischer
Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstr. 100
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de
www.zukunftsforum-demenz.de