

Impulsvortrag Schader Stiftung am 2. September 2016

Die Versorgungswirklichkeit von Menschen mit Demenz aus medizinischer Sicht

Prof. Dr. med. Johannes Pantel

Arbeitsbereich Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin,
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Institut für
**Allgemein-
medizin**



Ausgangssituation

- 1. Ca. 1,6 Mio. Demenzkranke in Deutschland**
- 2. Ca. 70% leben in der eigenen Häuslichkeit**
- 3. 50% und mehr der Bewohner eines typischen Pflegeheims leiden unter einer Demenz**
- 4. Die ambulante Versorgung der Demenzpatienten liegt überwiegend in den Händen der Hausärzte**
- 5. Fachärztliche (Mit-)Betreuung nicht flächendeckend gewährleistet**
- 6. Bislang nur vereinzelte spezielle Angebote im (somatischen) Akutkrankenhaus**
- 7. Bislang überwiegend symptomatische Therapie**

Zahl der Demenzkranken in Deutschland 2010 bis 2050

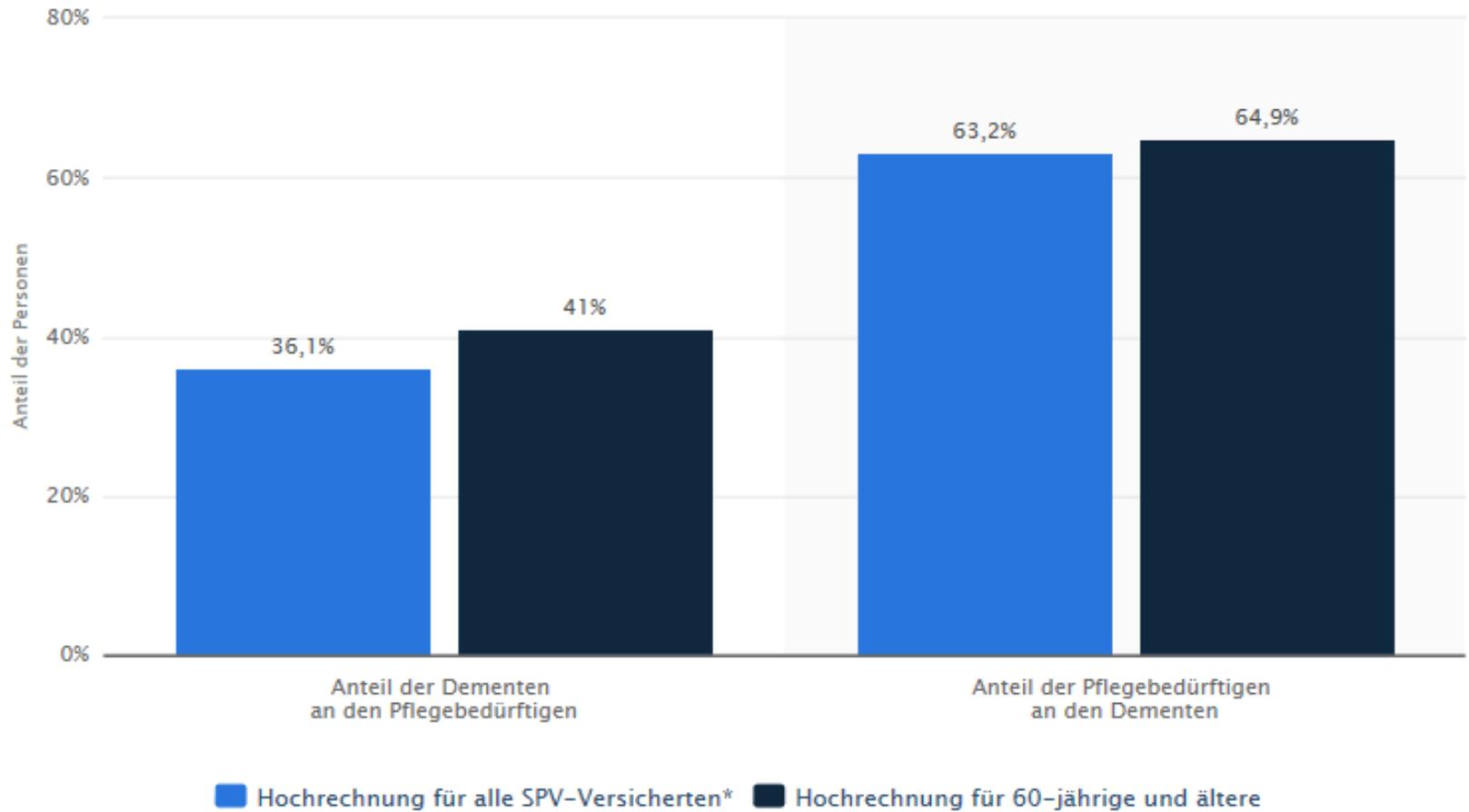
Jahr	Geschätzte Anzahl von über 65-Jährigen in Millionen	Geschätzte Krankenzahl
2010	16,8	1.450.000
2020	18,7	1.820.000
2030	22,3	2.150.000
2040	23,9	2.580.000
2050	23,4	3.020.000

Schätzungen auf der Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung (Variante 1-W2)

Ausgangssituation

- 1. Ca. 1,6 Mio. Demenzkranke in Deutschland**
- 2. Ca. 70% leben in der eigenen Häuslichkeit**
- 3. 50% und mehr der Bewohner eines typischen Pflegeheims leiden unter einer Demenz**
- 4. Die ambulante Versorgung der Demenzpatienten liegt überwiegend in den Händen der Hausärzte**
- 5. Fachärztliche (Mit-)Betreuung nicht flächendeckend gewährleistet**
- 6. Bislang nur vereinzelte spezielle Angebote im (somatischen) Akutkrankenhaus**
- 7. Bislang überwiegend symptomatische Therapie**

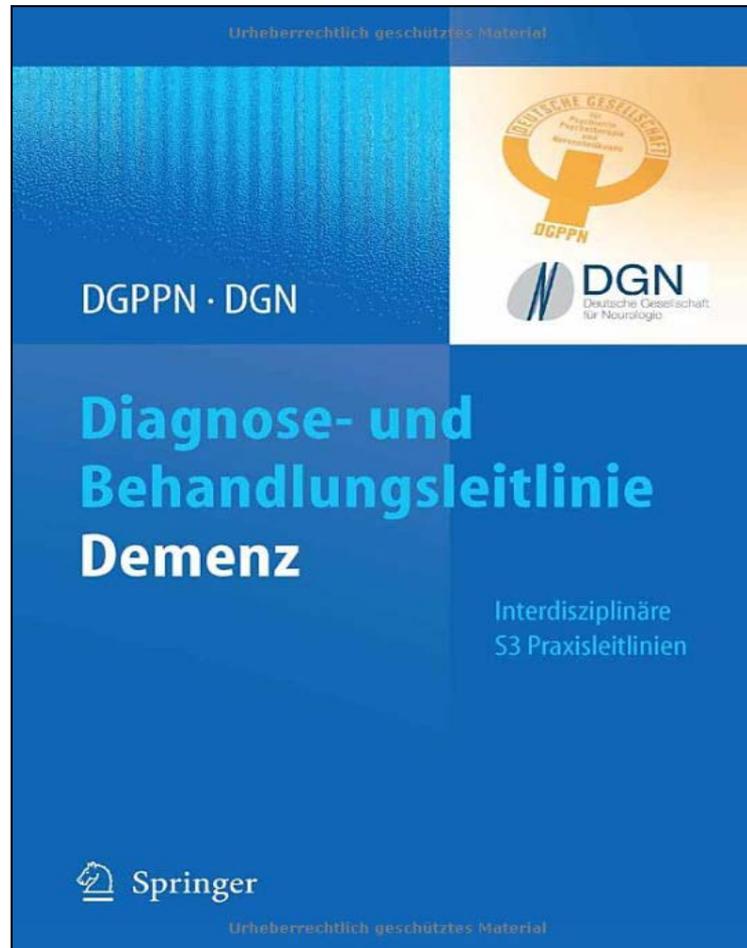
Anteil von Demenzkranken und Pflegebedürftigen in Deutschland 2010



Ausgangssituation

- 1. Ca. 1,6 Mio. Demenzkranke in Deutschland**
- 2. Ca. 70% leben in der eigenen Häuslichkeit**
- 3. 50% und mehr der Bewohner eines typischen Pflegeheims leiden unter einer Demenz**
- 4. Die ambulante Versorgung der Demenzpatienten liegt überwiegend in den Händen der Hausärzte**
- 5. Fachärztliche (Mit-)Betreuung nicht flächendeckend gewährleistet**
- 6. Bislang nur vereinzelte spezielle Angebote im (somatischen) Akutkrankenhaus**
- 7. Bislang überwiegend symptomatische Therapie**

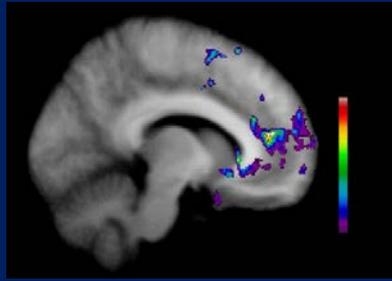
Leitlinien schaffen (verbindliche) Standards



Evidenzbasierte und konsentierete Empfehlungen zu den Bereichen:

- Diagnostik
- Therapie
- Hausärztliche Versorgung
- Prävention

Neuaufgabe der S3-Leitlinie im Oktober 2015 veröffentlicht



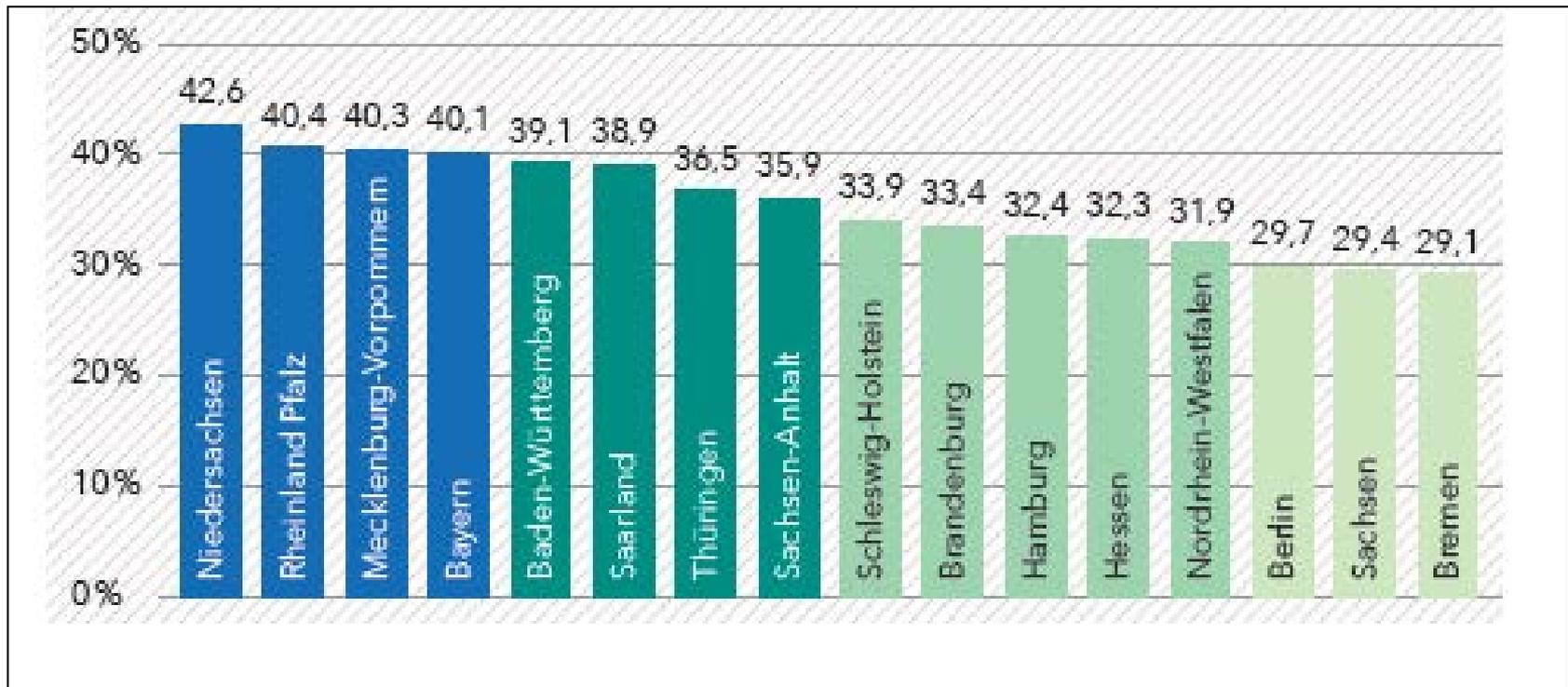
Demenz



Diagnostisches Procedere:

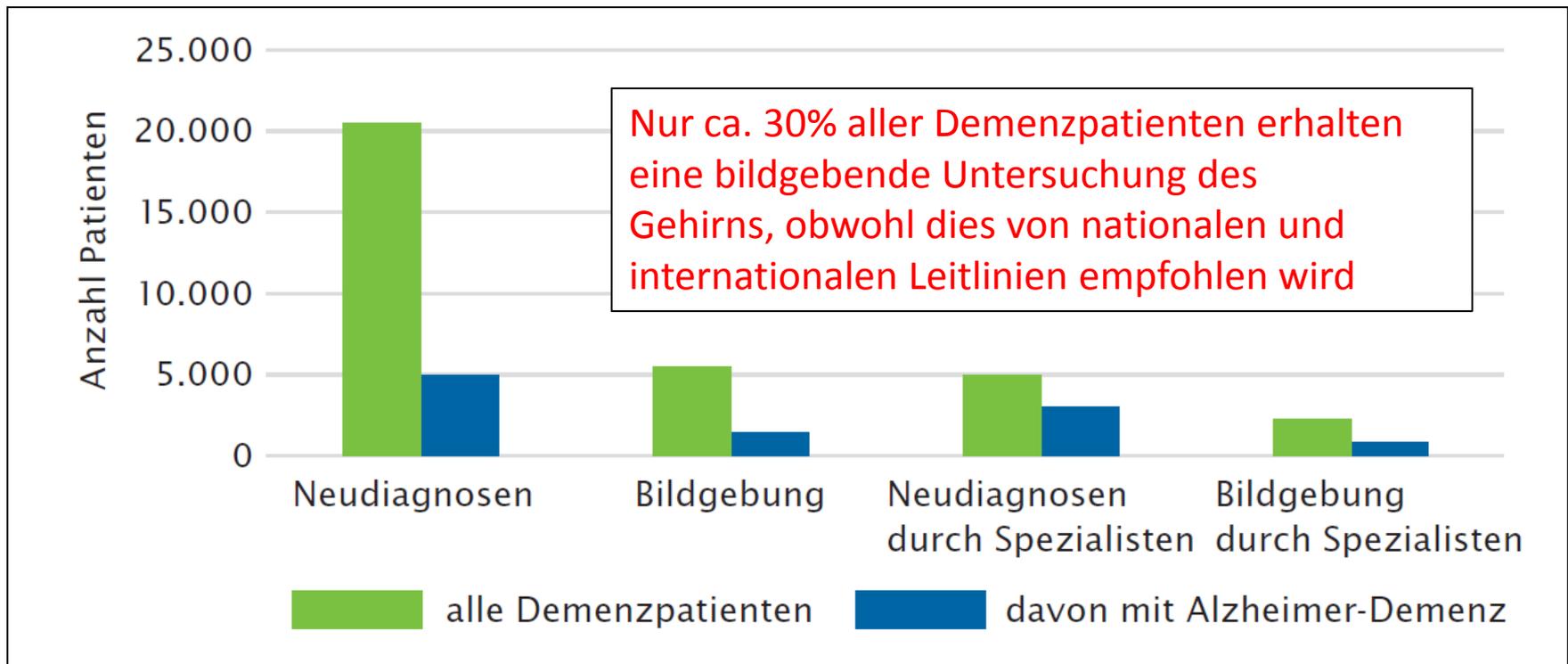
- Anamnese: Eigen-A., Fremd-A., Familien-A.
- Klinischer Befund: psychopathologisch, internistisch und neurologisch
- Testpsychometrie: Screening (z.B. MMST, Uhrentest)
Profildiagnostik (z.B. CERAD-NP; ADAS Cog., CDR etc.)
- Labor: Screening (z.B. BZ, Elektrolyte, BB, TSH, Vitamin B₁₂, Folsäure),
ggf. Spezialuntersuchungen
- Strukturelle Bildgebung: CT oder MRT (ggf. quantitatives
MRT/Volumetrie)
- EEG
- Funktionelle Bildgebung: PET, SPECT, (incl. „Amyloid-Imaging“)
- Lumbalpunktion: Screening (z.B. Ausschluss entzündlicher Ursachen),
Speziell: A-Beta Protein, Tau-Protein, Protein 14-3-3

Leistungsdichte der Testpsychologie bei neuerkrankten Demenzpatienten



Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Versorgungsatlas 2016)

Bildgebung bei neu diagnostizierten demenziellen Erkrankungen (Versorgungsjahr 2010)



Datenbasis: 8.443.203 Versicherte aus ganz Deutschland, davon 127.974 mit der Diagnose Demenz (Barmer GEK Daten 2010/2011)

Quelle: Godemann et al., 2013; Gesundheitswesen aktuell

Therapeutische Ansätze bei der (Alzheimer)-Demenz

1) adäquate Basis-Therapie

(z.B. Diagnoseklärung, Abklärung und Therapie interkurrenter Erkrankungen, Angehörigenarbeit, Milieugestaltung etc.)

2) Nicht-Pharmakologische Therapie („Psychotherapie“)

(z.B. Trainingsprogramme, Musik- und Gestaltungstherapie etc.)

3) Symptomatische Pharmako-Therapie

a) der kognitiven Symptome

(z.B. Cholinergika, Memantine etc.)

b) der nicht-kognitiven Symptome

(z.B. Antidepressiva, Antipsychotika, Cholinergika etc.)

4) Experimentelle Therapieansätze (kausal ?)

(z.B. Anti-Amyloid-Strategien)

S3-Leitlinie (DGPPN / DGN)

Achetylcholinesterase- hemmer (ACE-Hemmer)

(bei der Therapie der Alzheimer-Demenz)

Langversion S. 45ff

ACE-Hemmer sind wirksam in Hinsicht auf die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf die Besserung kognitiver Funktionen und auf den ärztlichen Gesamteindruck bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz und eine Behandlung wird empfohlen **(B)**

Es soll die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden **(A)**

Die Auswahl eines ACE-Hemmers sollte sich primär am Neben- und Wechselwirkungsprofil orientieren, da keine ausreichenden Hinweise für klinisch relevante Unterschiede in der Wirksamkeit der verfügbaren Substanzen vorliegen **(B)**

ACE-Hemmer können bei guter Verträglichkeit im leichten bis mittleren Stadium fortlaufend gegeben werden **(B)**

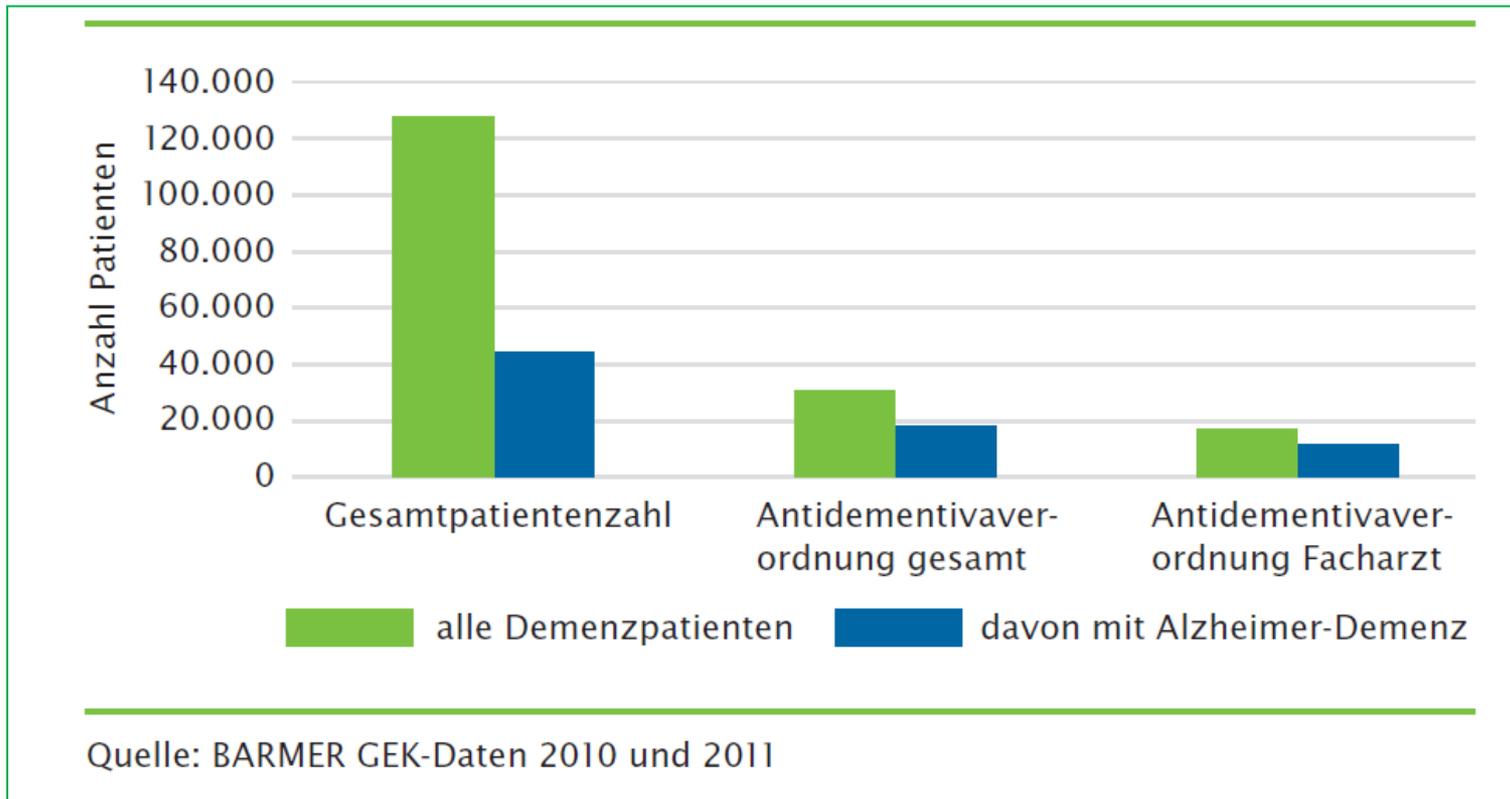
Ein Absetzversuch kann vorgenommen werden, wenn Zweifel an einem günstigen Verhältnis aus Nutzen zu Nebenwirkungen auftreten **(B)**

Wenn Zweifel an einem günstigen Verhältnis von Nutzen zu Nebenwirkungen eines ACE-Hemmers auftreten, kann das Umsetzen auf einen anderen ACE-Hemmer erwogen werden **(B)**

Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Donepezil bei Alzheimer-Demenz im schweren Krankheitsstadium auf Kognition, Alltagsfunktionen und klinischen Gesamteindruck und für Galantamin auf die Kognition. Die Weiterbehandlung von vorbehandelten Patienten, die in das schwere Stadium eintreten, oder die erstmalige Behandlung von Patienten im schweren Stadium kann empfohlen werden **(B)**

Antidementivverordnung bei Demenz und Alzheimer-Demenz

(Godemann et al., BARMER GEK, Gesundheitswesen aktuell 2013)



Datenbasis: 8.443.203 Versicherte aus ganz Deutschland, davon 127.974 mit der Diagnose Demenz

Nur ca. 25% aller Demenzpatienten und < 50% aller Patienten mit Alzheimer Demenz erhalten eine Antidementiva-Therapie, obwohl dies von nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen wird

Quelle: Godemann et al., 2013; Gesundheitswesen aktuell

Verordnungsraten
Antidementiva **25 %**

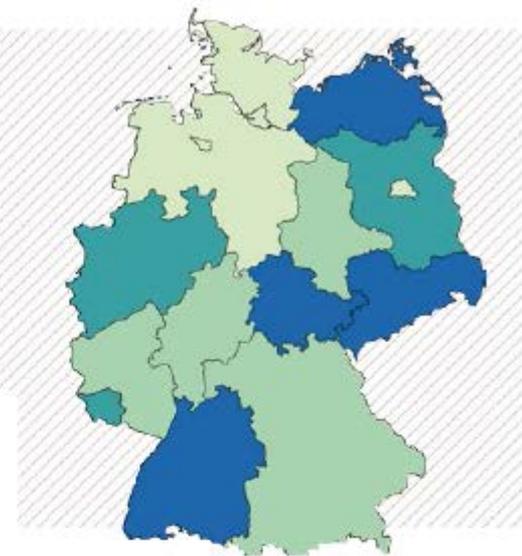


Verordnungsraten
Antipsychotika **35 %**



Verordnungsraten: Weniger Antidementiva im Nordwesten.

In Berlin, Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen erhält nur etwa jeder fünfte Patient ein Demenz-Medikament (rechts)



Antipsychotika (links unten) und **Antidepressiva** (rechts unten) werden in den alten Bundesländern häufiger verordnet

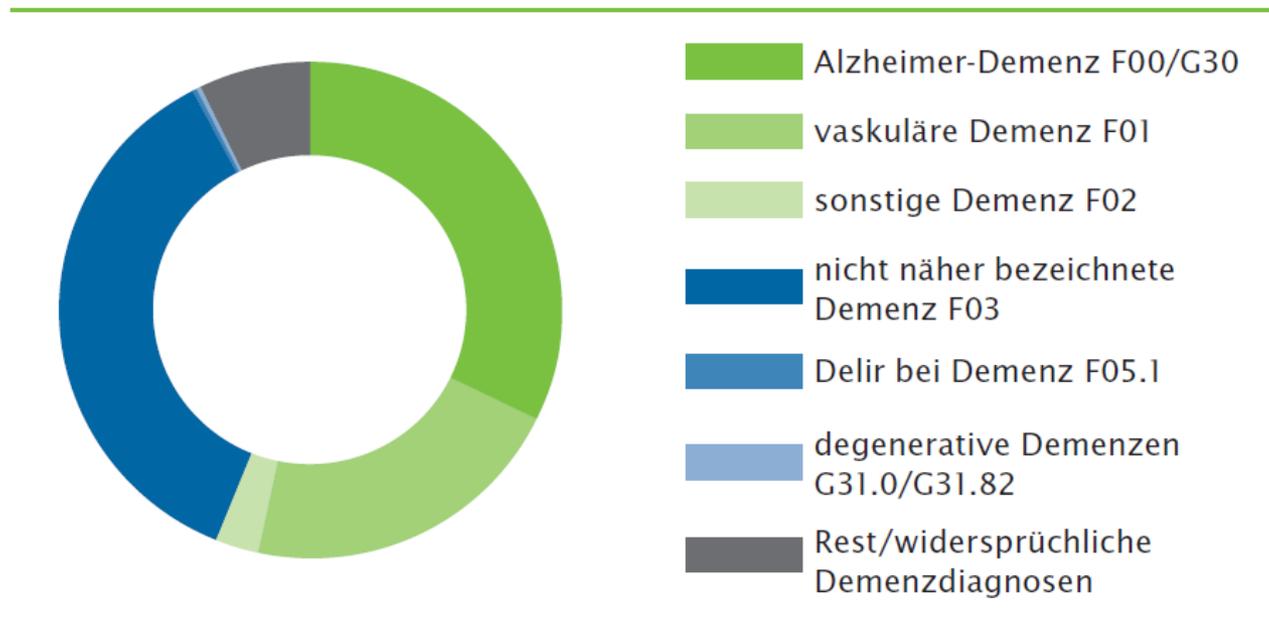


Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Versorgungsatlas 2016)

Real gestellte Demenzdiagnosen

(Godemann et al., BARMER GEK, Gesundheitswesen aktuell 2013)

Abbildung 2: Verteilung der Demenz-Subtypen



Quelle: BARMER GEK-Daten 2010 und 2011

Datenbasis: 8.443.203 Versicherte aus ganz Deutschland, davon 127.974 mit der Diagnose Demenz

Nur ca. 30% aller Demenzpatienten erhalten eine fachärztliche Mitbehandlung.
Nur ca. 30% aller Demenzpatienten erhalten eine bildgebende Untersuchung des Gehirns, obwohl dies von nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen wird

Ausgangssituation

- 1. Ca. 1,6 Mio. Demenzkranke in Deutschland**
- 2. Ca. 70% leben in der eigenen Häuslichkeit**
- 3. 50% und mehr der Bewohner eines typischen Pflegeheims leiden unter einer Demenz**
- 4. Die ambulante Versorgung der Demenzpatienten liegt überwiegend in den Händen der Hausärzte**
- 5. Fachärztliche (Mit-)Betreuung nicht flächendeckend gewährleistet**
- 6. Bislang nur vereinzelte spezielle Angebote im (somatischen) Akutkrankenhaus**
- 7. Bislang überwiegend symptomatische Therapie**

Der Patient mit Demenz im (somatischen) Krankenhaus

Das Problem

- Zunahme kognitiv eingeschränkter Patienten im somatischen Krankenhaus und in der Geriatrie (Demografie!)
- Assoziation von Demenz, Delir und MCI mit Multimorbidität und stark eingeschränktem Funktionsniveau
- Komorbidität mit kognitiver Einschränkung erhöht Risiko von Behandlungskomplikationen (u.a. Stürze↑, Delir ↑, Mortalität ↑)
- Komorbidität mit kognitiven Einschränkungen verlängert die Behandlungsverläufe und verschlechtert die Prognose
- Verwirrte/agitierte Patienten „stören“ den Stationsbetrieb und binden Personalkapazität
- Gefahr des „Weglaufens“
- Strukturen, Prozesse und fachliche Qualifikation sind vielerorts noch nicht ausreichend entwickelt

Der Patient mit Demenz im (somatischen) Krankenhaus

Lösungsansätze (nach Renteln-Kruse et al. 2015)

- Proaktives Erkennen kognitiver Einschränkungen als Risikosyndrom (z.B. ZNA, präoperativ)
- Personalschulungen
- Räumlich-organisatorische Anpassungen, Orientierung-fördernde Umgebung
- Personelle Kontinuität in der Betreuung (ggf. Einsatz von Ehrenamtlichen)
- Spezifische Trainingsprogramme in stationärer geriatrischer Reha
- Spezialisierte Behandlungseinheiten im Akutkrankenhaus
- Kooperation von Geriatrie mit anderen Fachdisziplinen (z.B. Gerontopsychiatrie, Liaisonmodell, Interdisziplinäre Stationen)
- Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte (insbes. Pflegeheim, Ansatz in der Primärversorgung)

Anzahl Spezialstationen

(Quelle: Hofmann et al., 2014, ZGG, Springer Medizin Verlag)

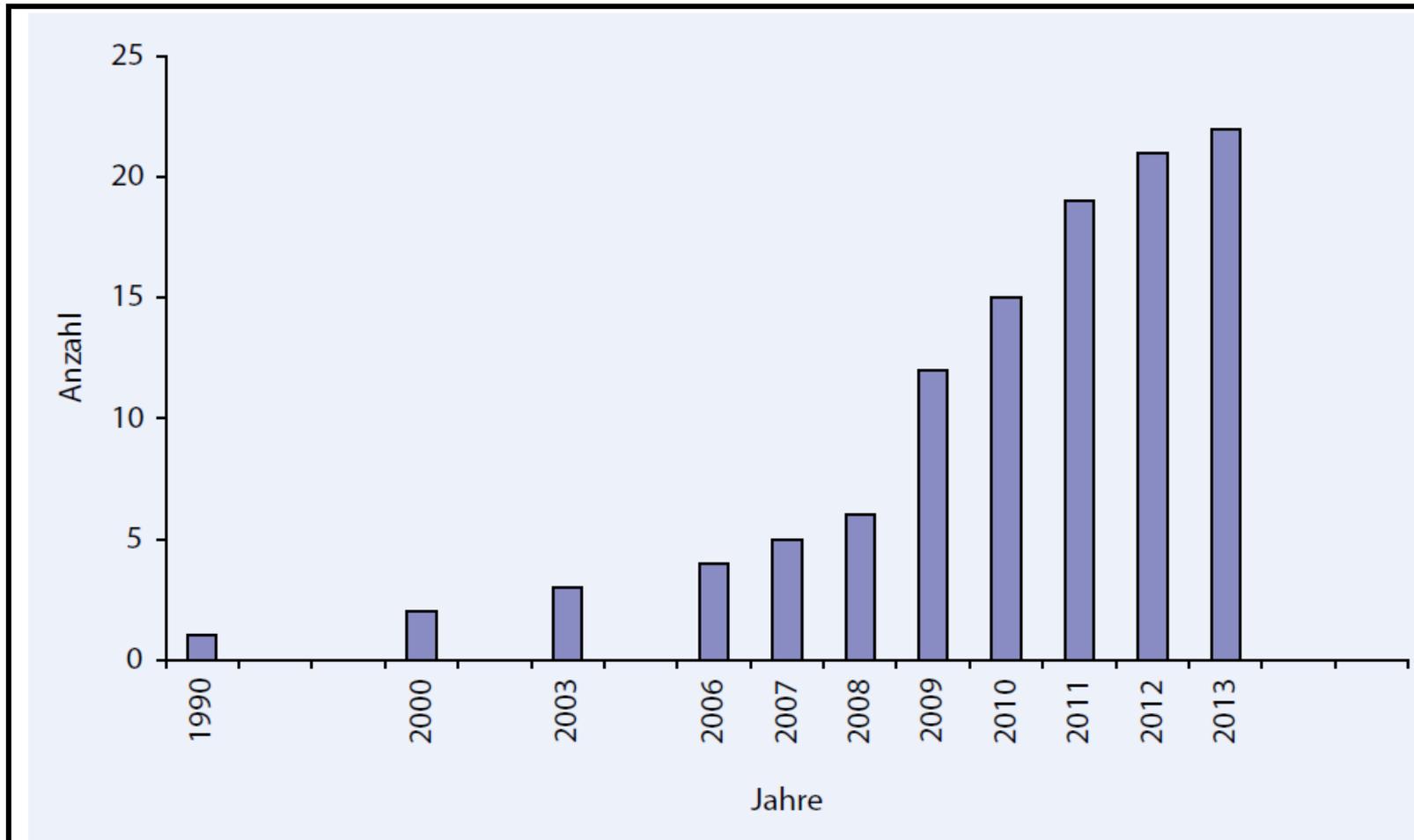


Abb. 1 ▲ Anzahl der Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten an geriatrischen Klinikabteilungen in Deutschland von 1990 bis 2013

Ausgangssituation

- 1. Ca. 1,6 Mio. Demenzkranke in Deutschland**
- 2. Ca. 70% leben in der eigenen Häuslichkeit**
- 3. 50% und mehr der Bewohner eines typischen Pflegeheims leiden unter einer Demenz**
- 4. Die ambulante Versorgung der Demenzpatienten liegt überwiegend in den Händen der Hausärzte**
- 5. Fachärztliche (Mit-)Betreuung nicht flächendeckend gewährleistet**
- 6. Bislang nur vereinzelte spezielle Angebote im (somatischen) Akutkrankenhaus**
- 7. Bislang überwiegend symptomatische Therapie**

Wenn der Durchbruch endlich käme...

ZEIT  ONLINE | GESUNDHEIT

START POLITIK WIRTSCHAFT GESELLSCHAFT KULTUR WISSEN DIGITAL STUDIUM KARRIERE F

Start › DIE ZEIT Archiv › Jahrgang: 2015 › Ausgabe: 29 › Alzheimer: Endlich Hoffnung

ALZHEIMER

Endlich Hoffnung

Medikamente gegen Alzheimer zeigten bisher kaum Wirkung. Jetzt könnte im Kampf gegen den geistigen Verfall der Durchbruch gelungen sein VON ULRICH BAHNSEN UND HARRO ALBRECHT

19. Juli 2015

DIE ZEIT N° 29/2015

19. Juli 2015 17:41 Uhr | 236 Kommentare | 



Allein in Deutschland leiden aktuell anderthalb Millionen Menschen an einer Demenz, darunter eine Million an Alzheimer. | © Philippe Huguen/AFP/Getty Images

Zukunftsszenario

Dramatischer Anstieg der Kosten für Diagnostik und Therapie der Alzheimer Demenz bei Einsatz innovativer Verfahren am Beispiel von bildgebenden Verfahren und Medikamentenkosten (Schätzung)

	Aktuell:	Zukünftig:
Zielgruppe:	ca. 5% der > 60jährigen (AD)	ca. 15% der > 60jährigen (MCI/pAD)
Bildgebung:	CCT/MRT (ca. 120-400 EUR)	MRT + Amyloid-PET (> 2.000 EUR)
Medikation:	AchE (ca. 2-5 EUR/Tag)	Immuntherapie (ca. 120 EUR/Tag)

Fazit

- 1. Behandlung (Diagnostik und Therapie) findet überwiegend nicht leitliniengerecht statt**
- 2. Hierfür sind nicht in erster Linie fachliche/medizinische Gründe ausschlaggebend (s. z.B. regionale Verteilung)**
- 3. Adäquate stationäre Angebote (somatische Abteilungen), Schnittstellenmanagement und ambulante Betreuung sind (noch) unzureichend entwickelt**
- 4. Pflegeheimbewohner mit Demenz sind als besonders vulnerable Gruppe unzureichend versorgt (kann § 119 SGB XI und retten?)**
- 5. Die Schere zwischen medizinisch Gebotem und ökonomisch Machbarem droht weiter aufzugehen**

Thesen

Aufgrund der demografisch bedingten zunehmenden Zahl Demenzkranker und der gleichzeitig verbesserten Möglichkeiten in Diagnostik, Therapie und Versorgung werden die Kosten einer am Stand des Wissens orientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung Demenzkranker in Zukunft **weiter steigen**.

Weder **verdeckte Rationierung** (= Altersdiskriminierung) auf der Basis implizierter (aber unreflektierter) Wertentscheidungen noch offene Rationierung sind eine Antwort auf die sich zunehmend öffnende Schere zwischen medizinisch Wünschbarem und ökonomisch Machbaren. Sie sind unethisch.

Der sich in Zukunft noch zuspitzende Konflikt zwischen (medizinischen) Möglichkeiten und (ökonomischen) Grenzen der optimalen medizinischen und pflegerischen Versorgung Demenzkranker kann nur durch einen möglichst **transparenten und ethisch fundierten** Prozess der **gesellschaftlichen Konsensfindung** aufgelöst werden, an dem neben den politischen Instanzen auch die Leistungserbringer, die medizinischen und wissenschaftlichen Experten und die Betroffenen maßgeblich beteiligt sein müssen.