

Presseservice Gesundheit

Sondernummer 02/00

Bonn, 09.06.2000

Politik-Sonderausgabe

„Alter und Gesundheit – Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung“ Themenausgabe zum Berliner Gesundheitspreis 2000

Berliner Gesundheitspreis 2000

Ausschreibungsunterlagen
und Informationen:

Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis
AOK-Bundesverband
Rungestraße 3 - 6, 10179 Berlin
Tel. 0 30/25 31 13 30
Fax: 0 30/25 31 10 00
E-Mail:
berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de

Berliner Gesundheitspreis 2000

Ideenwettbewerb für eine bessere
Gesundheitsversorgung alter Menschen ... 2

Staatssekretär Erwin Jordan:

„Gesetzliche Vorgaben zur integrierten Ver-
sorgung mit Kreativität umsetzen“ ... 5

Das Kreuz mit den drei K:

Schlechte Kooperation, Kommunikation und
Koordination behindern vernetzte Versorgung ... 7

„Integrierte Versorgung für alte Men- schen braucht langen Atem!“

Hessens KV-Vorsitzender Dr. Bausch warnt
vor unrealistischen Vorstellungen ... 13

Zahl der Demenzkranken wächst

Früherkennung kann pflegende Angehörige
entlasten (mit Grafik) ... 16

Medizinsoziologin Prof. Kuhlmei:

Berufe im Gesundheitswesen wissen zu
wenig übereinander ... 20

Geriatrizentrum „Haus Berge“ in Essen

Erhalt der Selbständigkeit bestimmt die
Wahl der Therapie ... 23

Betreuung von Demenzpatienten

Zuwendung wichtiger als Medikamente ... 26

Demografische Entwicklung

Mit der Lebenserwartung steigt das Risiko
der Pflegebedürftigkeit ... 29

Alle Texte dieses psg finden Sie auch im Internet:

<http://www.aok-presse.de>

Herausgeber:
Pressestelle des
AOK-Bundesverbandes, Bonn
Redaktion: AOK Mediendienst

Verantwortlicher Redakteur:
Thomas Rottschäfer
Redaktionsanschrift:
Postfach 20 06 52
53 136 Bonn

E-Mail: presse@bv.aok.de
Telefon: 0228/84900-29
Telefax: 0228/84900-20
Internet: www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Berliner Gesundheitspreis 2000

Offener Ideenwettbewerb für eine bessere Gesundheitsversorgung alter Menschen

09.06.00 (psg). „Alter und Gesundheit - mehr Qualität durch vernetzte Versorgung" heißt das Thema des "Berliner Gesundheitspreises 2000". Der mit insgesamt 100.000 Mark dotierte Wettbewerb für mehr Qualität und Innovation im Gesundheitswesen wird nach 1995 und 1998 zum dritten Mal gemeinsam vom AOK-Bundesverband, der AOK Berlin und der Ärztekammer Berlin organisiert.

Mit dem offenen Ideenwettbewerb wollen AOK und Ärztekammer Konzepte und Ideen fördern, die neue Wege in der vernetzten Gesundheitsversorgung für Menschen im Alter aufzeigen. Wesentliches Kriterium ist dabei die Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen. „Vor allem bei der gesundheitlichen Versorgung von alten und chronisch kranken alten Menschen, von Schlaganfallpatienten und Demenzkranken werden die Probleme der sektoralen Abschottung, des unkoordinierten Nebeneinanders der verschiedenen Versorgungsformen und der oft gegensätzlichen Interessen der Beteiligten sichtbar", begründet Peter Kirch, Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes die Themenwahl für den Gesundheitspreis: „Die ungelö-

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

sten Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer, präventiver und kurativer, pflegerischer und rehabilitativer Versorgung sowie die damit verbundenen qualitativen und ökonomischen Folgen sind beträchtlich und müssen dringend gelöst werden. Nicht zuletzt deswegen, weil die Zahl chronisch kranker alter Menschen stetig wächst."

Ein wichtiger Weg zur Überwindung von Schwachstellen führt aus Sicht der AOK über integrierte und vernetzte Versorgungsformen. Allerdings fehle es vielerorts noch immer an umsetzbaren Konzepten und Ideen. Kirch: „Mit dem Berliner Gesundheitspreis 2000 wollen die AOK und die Berliner Ärztekammer dazu beitragen, diese Defizite auszugleichen."

Um die verschiedenen Probleme bei der Betreuung alter chronisch kranker Menschen berücksichtigen zu können, ist der Ideenwettbewerb thematisch unterteilt. Der Themenbereich „**Alte und chronisch kranke alte Menschen**“ umfaßt Konzepte und konkrete Projekte, die sich insbesondere der Vermeidung von Krankheit, Verkürzung der Krankheitsphase sowie dem Management von Krankheits- und Behinderungsfolgen widmen. Die alten Menschen sollen so lang wie möglich unabhängig in ihrer häuslichen Umgebung leben können.

Im zweiten Bereich geht es um Projekte, die dar-

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 26.04.00

auf abzielen, Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen für **Patienten nach einem Schlaganfall** zeitgerecht einzuleiten, um dauerhafte Folgeerkrankungen zu vermeiden. Wesentliches Kriterium ist die kontinuierliche Betreuung der Patienten und ihrer pflegenden Angehörigen, unter anderem durch systematische Versorgungsplanung oder Wohnumfeldverbesserung. Im dritten Themenbereich werden Entwürfe prämiert, die dazu beitragen, diagnostische und therapeutische Defizite bei **Patienten mit demenziellen Erkrankungen** zu vermeiden und die Bezugspersonen der chronisch kranken alten Menschen entlasten.

Teilnahmeberechtigt sind alle Personen, Institutionen, Initiativen und Organisationen, die sich der gesundheitlichen und sozialen Betreuung von älteren Menschen, Schlaganfallpatienten und demenziell Erkrankten widmen. Der Jury gehören unter anderem Erwin Jordan, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, der ehemalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer sowie der Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz, an.

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Staatssekretär Erwin Jordan:

Gesetzliche Vorgaben zur integrierten Versorgung mit Kreativität umsetzen

09.06.00 (psg). An gesetzlichen Voraussetzungen für die integrierte Gesundheitsversorgung mangelt es aus Sicht der Bundesregierung nicht. „Mit der Gesundheitsreform 2000 haben wir den Weg für neue, auf Kooperation und mehr Kommunikation zugunsten der Patienten zielende Versorgungsstrukturen bereitet“, sagt Erwin Jordan, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Jurymitglied des Berliner Gesundheitspreises.

Jetzt gehe es darum, die gesetzlichen Möglichkeiten mit Phantasie und Kreativität in die Praxis umzusetzen, fordert Jordan. Das Bundesgesundheitsministerium sehe ein vielfältiges Spektrum der integrativen Versorgung: „Es kann auf ein Disease-Management-Projekt begrenzt sein, zum Beispiel die Versorgung von Schlaganfall-Patienten. Es kann aber auch die umfassende Versorgung von Versicherten unter Einschluss von haus- und fachärztlicher Versorgung, ambulanter und stationärer Kuration sowie Rehabilitation vorsehen. Profitieren werden von diesen Angeboten alle Patientinnen und Patienten.“

Besonders wichtig sei die bessere Zusammenarbeit jedoch vor allem für Menschen mit chro-

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

nischen Erkrankungen oder mit mehreren Krankheiten, betont der Staatssekretär: „Ihnen bleiben Doppeluntersuchungen erspart und die Suche nach der richtigen Therapie wird erleichtert.“

Dazu könne der Berliner Gesundheitspreis 2000 einen wichtigen Beitrag leisten, so Erwin Jordan, „indem er all diejenigen, die im Sinne älterer chronisch kranker Menschen zusammenarbeiten wollen, zusätzlich motiviert.“

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Das Kreuz mit den drei K

Schlechte Kommunikation, Kooperation und Koordination behindert die vernetzte Versorgung

09.06.00 (psg). Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung und schlechte Abstimmung zwischen den Fachberufen erschwert nach Meinung der AOK die optimale Versorgung chronisch kranker alter Menschen. Im Interview mit dem psg zeigt Dr. Jörg Lauterberg am Beispiel der Versorgung von Schlaganfall-Patienten strukturelle Probleme auf und beklagt „das Kreuz mit den drei K:“ Mangelnde Kommunikation, Kooperation und Koordination“. Der Arzt und Diplompsychologe ist beim AOK-Bundesverband zuständig für medizinische Grundsatzfragen.

psg: Alles spricht von Vernetzung. In der Praxis spiegelt sich das bei der Versorgung älterer chronisch kranker Menschen kaum wider. Wo liegen die Probleme?

Lauterberg: Die Probleme entstehen vor allem an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Beispiel Schlaganfall: Es beginnt damit, dass die Vorboten eines Schlaganfalls – kurzandauernde, flüchtige Lähmungen, Gefühlsstörungen oder Sehstörungen - von Patienten und niedergelassenen Ärzten nicht richtig

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

erkannt und eingeordnet werden. Kommt es zum Schlaganfall, verzögert sich die Klinikeinweisung aus verschiedenen Gründen noch immer zu oft. Aber die Therapie muss schnell und gezielt einsetzen, um die mit einem Schlaganfall häufig verbundenen Komplikationen in den Griff zu bekommen. Dann können wir nicht nur das Leben des Patienten retten, sondern auch Spätfolgen so weit wie möglich verhindern. In der akuten Behandlungsphase müssen auch die Ursachen des Schlaganfalls genau abgeklärt werden. Sie können unterschiedlich sein und müssen entsprechend unterschiedlich behandelt werden.

psg: Gibt es hier Ihrer Meinung nach Qualitätsmängel?

Lauterberg: Nicht nur die medizinische Erstversorgung von Schlaganfallpatienten, sondern auch die Ursachenabklärung und Einleitung vorbeugender Maßnahmen zur Vermeidung weiterer Schlaganfälle zeigen in Deutschland zu große Qualitätsunterschiede. Sind nach wenigen Tagen beim akuten Schlaganfall die möglichen Komplikationen unter Kontrolle, kann man nicht früh genug mit Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie beginnen. Hier geht vielfach wertvolle Zeit verloren, da die Akutkrankenhäuser das erforderliche therapeutische Personal nicht stellen können und wir andererseits immer wieder unnötige Verzögerungen beim Übergang der Patienten in neurologische oder geriatrische Rehabilitationsabteilungen beobachten.

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

psg: Der zweite Knackpunkt ist also der Übergang von der Akutbehandlung zur Rehabilitation?

Lauterberg: Richtig. Ein großes Problem bei der Verlegung ist die unzureichende Information über den Patienten. Oft erhalten Ärzte und Therapeuten zunächst nur einen Kurzbericht mit einer Aufzählung der Diagnosen und Hinweisen zur Medikation. Der ausführliche Arztbericht kommt unter Umständen erst, wenn der Patient schon wieder zu Hause ist. Die mangelnde Kommunikation setzt sich beim Wechsel aus der Reha nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung fort. 90 Prozent der älteren Menschen haben einen festen Hausarzt. Er müßte als Schaltstelle des Versorgungsmanagements viel frühzeitiger und besser einbezogen werden. Auch Pflegeüberleitungsbögen oder Therapeutenberichte dürfen nicht wochenlang auf sich warten lassen, wenn die Übergabe von der stationären zur ambulanten Therapie und Pflege funktionieren soll.

psg: Es mangelt vor allem an der Koordination?

Lauterberg: Es mangelt an Kommunikation, Koordination und Kooperation. Zu spät und zu selten wird ein konkreter Versorgungsplan mit Rehabilitationszielen erarbeitet: Was kann der Patient noch? Was soll er wieder können? Wo soll er nach der Reha hin - kann er zurück nach Hause oder sollte er in einer Pflegeeinrichtung betreut werden? Dazu gehört auch die Frage, wie der

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Patient vorher gelebt hat, um unrealistische Zielsetzungen zu vermeiden.

psg: Wer sollte an einem solchen Versorgungsplan mitwirken?

Lauterberg: Der Versorgungsplan muss Mediziner, stationär tätige Therapeuten und Pflegekräfte, Patienten, deren Angehörige und möglichst schon den Hausarzt sowie niedergelassene Therapeuten und die ambulante Pflege einbeziehen. Gerade beim Übergang von der Klinik nach Hause ergeben sich typische Brüche und Probleme im Versorgungsablauf: Da wird ein Patient etwa im Krankenhaus von Ergotherapeutin und Krankengymnastin nach einem bestimmten Konzept behandelt, zu Hause dann überhaupt nicht mehr. Das bedroht den Reha-Erfolg. Und manchmal geht - zum Beispiel bei einem Schlaganfallpatienten mit Halbseitenlähmung und schmerzhaftem Schulter-Arm-Syndrom – allein durch falsches Anfassen und Umsetzen beim Krankentransport das Ergebnis von einer Woche Krankengymnastik verloren. Ganz wichtig ist das Einbeziehen der Angehörigen. Sie sollten schon im Krankenhaus, spätestens in der Rehaklinik Anleitung und Tipps für den richtigen Umgang mit dem Patienten bekommen. Natürlich ist ein Versorgungsplan nicht statisch. Er muss fortlaufend weiterentwickelt werden.

psg: Die AOK plädiert für wohnortnahe

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Rehabilitation und wo immer möglich und zumutbar auch in ambulanter Form. Warum?

Lauterberg: Die Ärztinnen und Ärzte des örtlichen Krankenhauses und die Niedergelassenen kennen sich häufig. Das gilt auch für die verschiedenen Therapeuten in der Region. Die Schwelle für wichtige Abstimmungskontakte ist niedriger, oft sind die Informationswege kürzer. Je weiter weg die Klinik ist, um so schwieriger wird erfahrungsgemäß der meist mehrfach erforderliche Austausch. Die Angehörigen lassen sich bei wohnortnaher Reha besser in die Therapie einbeziehen. Nicht jeder kann und will sich ein Zimmer in einem weit entfernten Ort nehmen. Vorteile ergeben sich auch bei der Hilfsmittelversorgung. Wohnt der Patient in der Umgebung, ist es eher möglich, dass sich eine Ergotherapeutin die Wohnung ansehen kann, damit keine untauglichen Umbauten veranlasst oder falsche Hilfsmittel bestellt werden, zum Beispiel ein Toilettenstuhl, der nicht durch die Badezimmertür passt.

psg: Was passiert, wenn der Patient wieder zu Hause ist?

Lauterberg: Das Optimum – von dem wir in der Realität oft noch weit entfernt sind - wären systematische, fallbezogene Absprachen zwischen Hausarzt, Patient, Angehörigem, Therapeuten und Pflege. In regelmäßigen Abständen sollten Probleme erörtert oder Alarmsignale weitergege-

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 26.04.00

ben werden. Die allerorten entstehenden Praxisnetze haben das Potenzial, die ambulante Versorgung älterer chronisch kranker Menschen zu verbessern – insbesondere wenn Krankenhäuser, Therapeuten und Pflegedienste einbezogen sind. Im Verbund fällt Generalisten und Spezialisten die Kooperation leichter.

In den vernetzten Versorgungsstrukturen wäre es sicher von Vorteil, wenn man gerade bei älteren Patienten mit ihren komplexen Gesundheitsproblemen für den akuten Notfall raschen Zugriff auf wichtige medizinische Daten hätte - das Einverständnis der Betroffenen vorausgesetzt.

psg: Bedarf es auch ökonomischer Anreize für die Leistungserbringer?

Lauterberg: Ich kenne genug Ärzte und Therapeuten, für die Qualität nicht in erster Linie eine Geldfrage ist. Aber zugegeben: Qualitativ gutes Versorgungsmanagement ist zeitaufwendig und wird nach dem derzeitigen Vergütungssystem nicht hinreichend belohnt. Der mit der Gesundheitsreform 2000 eingeführte eigene Honorartopf für die Hausärzte ist da sicher ein Schritt in die richtige Richtung.

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

KV-Vorsitzender Bausch warnt vor unrealistischen Vorstellungen:

„Integrierte Versorgung alter Menschen braucht einen langen Atem“

09.06.00 (psg). „Integrierte Versorgung alter Menschen braucht einen langen Atem“, mahnt Dr. Jürgen Bausch, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen und Jurymitglied des Berliner Gesundheitspreises. Am Beispiel einer 85jährigen Frau mit Schenkelhalsbruch verdeutlicht Bausch die Anforderungen an eine optimale integrierte Gesundheitsversorgung für ältere Menschen. Er zeigt aber auch Grenzen des Machbaren auf.

„Wäre der Schenkelbruch bei der alten Frau vermeidbar gewesen, wenn sektorübergreifend gearbeitet worden wäre?“ fragt Bausch mit Blick auf Präventivmaßnahmen. Er hinterfragt den Nutzen einer vorbeugenden regelmäßigen Verordnung von Medikamenten zur Osteoporose-Prophylaxe über 20 Jahre hinweg auch abseits des Streits um Arzneimittel- und Honorarbudgetierung: „Alle Erfahrungen sprechen dafür, dass ohne Einbeziehen der umgebenden Familie, ohne Beteiligung von Selbsthilfegruppen, Altenclubs, Medien oder Sozialstationen und anderer Pflegeeinrichtungen ein solches Konzept zum Scheitern

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

verurteilt wäre - zumal eine erfolgreiche Osteoporose-Vorbeugung mit Medikamenten durch Diät und ausreichende körperliche Aktivität ergänzt werden müßte."

Weiter fragt Bausch, was versäumt wurde, um den Sturz der 85jährigen zu verhindern: „Wer ist zuständig für ungeschickte, sturzgefährdende Möblierung der Wohnung, für Stolperteppiche und andere Gefahrenquellen? Wer sorgt dafür, dass Menschen dieser Altersgruppen nicht mehr Alkohol zu sich nehmen als ihnen zuträglich ist? Dass sie im Gebrauch von Schlafmitteln äußerste Zurückhaltung üben? Warum werden die längst verfügbaren Bandagen zum Schutz des Schenkelhalses von gefährdeten Personen dieser Altersgruppe nicht akzeptiert?"

Noch am besten funktioniere die Versorgung, wenn das Kind in den Brunnen gefallen sei, urteilt der Mediziner: Schnelle Diagnose, Einweisung ins Krankenhaus, planvolle Anästhesie und Operation, Endoprothese, Anschlussheilverfahren – die Versorgungskette sei perfekt organisiert, auch bei Hochbetagten klappe alles vorzüglich. Aber: „Wer kümmert sich darum, dass danach der Hausarzt und die pflegenden Familienangehörigen, der Pflegedienst und das weitere Umfeld dafür sorgen, dass sich nicht erneut ein Sturz ereignet? Und welche Instrumente stehen der jeweiligen Versorgungsebene wirksam zur Verfügung?“

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Die Antwort des KV-Vorsitzenden auf diese Fragen: „Wir brauchen integrierte Konzepte. Von der Prävention über die Rehabilitation bis zur Hilfe zur Unfallvermeidung bei der Wohnraumgestaltung. Sicher ist vieles besser machbar, wenn zunächst die jeweils agierenden Versorgungsebenen lernen, besser zu kooperieren. Aber es wird nichts laufen, wenn wir die Probleme nicht strukturiert, sektorübergreifend und innovativ anzupacken.“

Mit Skepsis blickt Bausch auf die Frage der Finanzierung: „Bei den vielen Schnittstellen, die sich bei der Versorgung älterer Menschen über einen langen Zeitraum von mehreren Jahren bis hin zu Jahrzehnten hinaus auftun, ist es sehr fraglich, ob Konzepte entwickelt und verwirklicht werden können, die unter vertretbaren Finanzierungsgesichtspunkten greifen.“

Aus Sicht der Kassenärzte wünscht sich Bausch weniger sektorales und auf das Haushaltsjahr bezogenes Denken innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Ändern müsse sich aber auch das derzeitige Selbstverständnis der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Ärzte als, so Bausch, „funktionierende Betriebsunternehmen im Sinne eines rein ambulant-kurativen Reparaturapparates.“

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Zahl der Demenzkranken wächst

Früherkennung kann pflegende Angehörige entlasten

09.06.00 (psg). In Deutschland leben nach Schätzung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft etwa 900.000 demenzkranke Menschen. Fast 200.000 Neuerkrankungen kommen jährlich hinzu. Doch noch immer gibt es Defizite bei der Früherkennung, werden Alarmsignale übersehen und falsche Diagnosen gestellt.

„Mit der Zahl der Demenzkranken wächst zwar die Sensibilität für die Krankheitsformen“, sagt Dr. Kirsten Reinhard, Ärztin beim AOK-Bundesverband. „Doch noch immer kommt es vor, dass Gedächtnisschwäche, Vergesslichkeit, zeitweilige Abwesenheit oder unspezifische Symptome wie Schwindel und Kopfschmerzen nicht richtig gedeutet werden.“ Dadurch geht kostbare Zeit verloren – Zeit, die Familien hilft, sich auf kommende Belastungen einzustellen. Dr. Reinhard: „Betroffene und Angehörige können vorbeugend ein soziales Netzwerk aufbauen, Selbsthilfegruppen ansprechen oder schon frühzeitig Therapieangebote nutzen. Ein vernünftiger Versorgungsplan, in den alle Beteiligten einbezogen werden, trägt dazu bei, den Umzug in ein Pflegeheim so lange wie möglich hinauszuzögern.“

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Die Demenz-Diagnostik bedarf in der Regel keiner aufwendigen Apparate-Medizin. In vielen Fällen, so AOK-Ärztin Reinhard, reicht dem Hausarzt schon ein Fragebogen, bei dem unter anderem das Gedächtnis und das Reaktionsvermögen der Betroffenen überprüft werden. Durch rechtzeitige Diagnose lassen sich auch die rund zehn Prozent der Fälle ermitteln, bei denen Demenzsymptome ganz andere Ursachen haben, etwa eine Fehlfunktion der Schilddrüse oder einen Tumor. Außerdem ist eine Abgrenzung zur Depression, der sogenannten Pseudodemenz, wichtig. Den Allgemeinmedizinern kommt aus Sicht der AOK bei der Demenz-Früherkennung eine Schlüsselrolle zu: Patienten mit leichten Einschränkungen gehen in der Regel zu ihrem Hausarzt.

Nach übereinstimmenden Studien aus Deutschland und anderen Industriestaaten leiden rund acht Prozent der Menschen über 65 Jahre an einer Demenz. Ihre geistige Leistungsfähigkeit ist stark beeinträchtigt; betroffen sind vor allem Gedächtnis, Sprache, Orientierungssinn und Urteilsvermögen, aber auch Geschmacks- und Geruchsinn. Die Persönlichkeit der Demenzen verändert sich, sie reagieren unverständlich und schwer beeinflussbar, teilweise auch aggressiv; bei Fortschreiten der Krankheit erkennen sie selbst nächste

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Angehörige nicht mehr. Ernste körperliche Beschwerden treten in der Regel aber erst nach sechs bis acht Jahren auf.

Zwei Drittel der Betroffenen leiden an der Alzheimerschen Krankheit, die im Laufe der Zeit immer mehr Gehirnzellen angreift. In etwa 20 Prozent der Fälle wird die Demenz allerdings durch Schädigung der Blutgefäße im Gehirn verursacht (vaskuläre Demenz). Das Krankheitsrisiko betrifft Frauen und Männer gleichermaßen. Das Erkrankungsrisiko für Demenz nimmt mit steigendem Alter zu - nahezu 70 Prozent der Demenzkranken sind älter als 80 Jahre. Deshalb sind Frauen aufgrund der längeren Lebenserwartung in den besonders gefährdeten Altersgruppen stark überrepräsentiert.

Bleibt ein Durchbruch in der Prävention und Therapie von Demenzerkrankungen aus, ist nach Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in den nächsten 40 Jahren mit einem Anstieg der Krankenzahlen auf bis zu 1,4 Millionen zu rechnen. Bei weiter steigender Lebenserwartung seien auch deutlich höhere Zuwächse möglich.

Presseservice Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000



In Deutschland leben nach Schätzung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bis zu 900.000 demenzkranke Menschen. Fast 200.000 Neuerkrankungen kommen jährlich hinzu. Bleibt ein Durchbruch in Prävention und Therapie aus, ist in den nächsten 40 Jahren mit einem Anstieg der Krankenzahlen auf bis zu 1,4 Millionen zu rechnen. Bei weiter steigender Lebenserwartung sind nach Expertenmeinung auch deutlich höhere Zuwächse möglich. Die AOK fordert Verbesserungen bei Frühdiagnose und Therapieangeboten.

Die Grafik kann mit dem Quellenhinweis „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwendet werden. Abruf über Tel. 0228/84 90 00 (Renate Bauer) oder Download im Internet: www.aok-presse.de (Presseservice/Grafiken).

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Medizinsoziologin Prof. Kuhlmei:

Berufe im Gesundheitswesen wissen zu wenig übereinander

09.06.00 (psg). Mangelndes Wissen über die jeweils andere Berufsgruppe erschwert die Zusammenarbeit zwischen den Fachberufen im Gesundheitswesen. „Gemeinsame Weiterbildungen und berufsgruppen-übergreifende Fallkonferenzen könnten Abhilfe schaffen“, sagt Gesundheitspreis-Jurymitglied Prof. Adelheid Kuhlmei. Sie gehört dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an und lehrt Medizinsoziologie und Gerontologie an der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel.

Eine unter Leitung von Prof. Kuhlmei entstandene Studie belegt, was vor allem in den stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens täglich zu beobachten ist: „Obwohl die Fachfrauen und –männer im Krankenhaus zusammenarbeiten und für die gleichen Patienten zuständig sind, wissen sie wenig über Berufe der jeweils anderen, reflektieren wenig über die Schnittstellen ihrer Arbeit und tragen Klischees über die anderen Berufsgruppen weiter.“

Das Ergebnis: Kommunikationsbarrieren, die die Qualität der Patientenversorgung nicht gerade verbessern. Als weiteren Grund für gegenseitiges

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Missverstehen benennt die Medizinsoziologin die unterschiedliche Ausprägung von Fachsprachen: „Vor allem die Mediziner haben eine ausgeprägte Fachsprache, in der sie vor allem untereinander kommunizieren. Die Pflegeberufe bauen gegenwärtig eine eigene Fachsprache auf, indem zum Beispiel Pflegediagnosen erstellt werden und theoretische Konzepte Einfluss auf die Praxis gewinnen.“

Natürlich gebe es zwischen den Gesundheitsberufen auch Wettbewerbssituationen: „Die Abgrenzung der Professionen voneinander erfolgt in erster Linie durch Informationsvorsprung.“ Auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen funktionieren nicht alles reibungslos. Das liege vor allem an den Schnittstellenproblemen beim Übergang zwischen den verschiedenen Sektoren - ambulant, stationär und teilstationär, sagt Adelheid Kuhlmeier.

Um Kommunikationsbarrieren abzubauen, schlägt die Wissenschaftlerin gemeinsame Weiterbildungen vor, „die vom Gedanken der berufsgruppenübergreifenden Sichtweise geprägt sein sollten und dem Ziel dienen müssen, die Qualität der Patientenversorgung zu erhöhen. Fachübergreifende Fallkonferenzen und gemeinsame Visiten – Pflegevisite und ärztliche Visite – sollten zum Standard in jeder Einrichtung gehören.“

Kuhlmeier plädiert zudem für eine gemeinsame Grundausbildung für pflegende Berufe, wie es sie

Presseservice Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

in vielen europäischen Ländern schon gebe: „In Deutschland wird die Krankenpflege und die Altenpflege getrennt voneinander ausgebildet. Gemeinsame Grundausbildung würde den interdisziplinären Gedanken und das Verständnis für die jeweils andere Berufsperspektive fördern.“

Zu besserer Zusammenarbeit der Berufsgruppen führt nach Ansicht Prof. Kuhlmeys auch die zunehmende Akademisierung in der Ausbildung der Pflegeberufe. Bislang gibt es rund 50 Studiengänge in Deutschland, die es Pflegenden ermöglichen, einen akademischen Abschluss zu erlangen.

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Geriatrizentrum "Haus Berge" in Essen

Erhalt größtmöglicher Selbständigkeit bestimmt die Wahl der Therapie

09.06.00 (psg). Immer mehr Menschen werden immer älter und brauchen immer mehr geriatrische Betreuung. Noch ist die Geriatrie jedoch ein Stiefkind der Medizin. Eine positive Ausnahme: Das Geriatrizentrum „Haus Berge“ in Essen mit seiner Memory Clinic oder Gedächtnis-Ambulanz zur Früherkennung von Demenzerkrankungen.

„Haus Berge“ ist die geriatrische Fachabteilung des Essener St. Elisabeth-Krankenhauses, die Chefarzt Prof. Hans Georg Nehen mit großem persönlichen Engagement aufgebaut hat und weiter ausbaut. Das Geriatrizentrum umfasst neben der 1991 eröffneten Memory Clinic eine Klinik mit 75 stationären Betten, eine Tagesklinik mit 25 Betten und 50 Wohneinheiten für betreutes Wohnen. In zwei Jahren kommt ein gerontopsychiatrisches Heim hinzu. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat das Projekt bereits genehmigt.

In der Memory Clinic arbeiten Internist, Neurologe, Psychologe und Sozialpädagoge zusammen. Sie untersuchen und testen die Patienten, sammeln die Ergebnisse und werten sie in einer Diagnosekonferenz aus. Diese Methode kostet Zeit.

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Dafür erlaubt sie aber bereits in frühen Krankheitsstadien sichere Aussagen darüber, ob jemand an einer Demenz leidet oder ob eine Erkrankung mit ähnlichen Symptomen vorliegt, etwa eine Altersdepression. „Bislang haben sich mehr als 6000 Personen vorgestellt und zeitweise bis zu einem Jahr auf einen Termin gewartet,“ bilanziert Prof. Nehen.

Die Tagesklinik entstand durch Umwidmung von 25 Betten der Akutklinik. Das machte Sinn, denn die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik hilft dabei, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder die Behandlungszeit im Krankenhaus zu verkürzen. Gleichzeitig wird die Selbständigkeit der Patienten verbessert und damit die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert. „Die häufigsten Diagnosen sind Rheuma, Diabetes, Schlaganfall, Parkinson-Syndrom, Altersdepression und Gefäß-erkrankungen“, erläutert der Chefarzt. Diskussionen über Liegezeiten seien selten. „Sobald Krankheit und Genesungszustand es erlauben, wird der Patient an die Tagesklinik überwiesen.“ In der Geriatrie bestimmt neben der Suche nach der aussichtsreichsten Heilungschance auch die Forderung nach größtmöglicher und so lange wie möglich zu erhaltender Selbständigkeit die Wahl der Therapie. Prof. Nehen: „Der Geriater untersucht wie ein Internist, fragt aber zusätzlich nach der Persönlichkeit des Patienten, seiner Lebens-

Presseservice

Gesundheit

Politik 04/2000

Bonn, 10.04.2000

geschichte, seiner jetzigen Lebenssituation, seinen Gefühlen und Meinungen. Ausgehend von dieser Gesamtansicht stellt der Arzt die Diagnose und entscheidet über den Behandlungsweg. Das können Akutkliniken nur selten leisten."

Eine Station mit 14 Betten steht ausschließlich Patienten zur Verfügung, die neben der Demenz noch eine weitere Krankheit haben, zum Beispiel Bluthochdruck oder Diabetes. Um ihnen Selbständigkeit zurückzugeben und Hilfsbedürftigkeit abzubauen, arbeiten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte eng zusammen. Symptome und Krankheit müssen voneinander getrennt werden, denn Verwirrheitszustände können auch durch Herzinsuffizienz ausgelöst werden, durch eine Störung der Schilddrüsenfunktion oder Vitaminmangel. Vielleicht sind sie auch nur Ausdruck einer Depression. Nehen: „Internistische und neurologische Untersuchungen bieten nur begrenzten Erkenntnisgewinn. Ebenso wichtig sind Gespräche mit Patienten und Angehörigen.“

Auch um pflegende Angehörige kümmert sich Hans Georg Nehen. Seit 1988 bietet er Gesprächsrunden an. Inzwischen moderiert er drei offene Gruppen: „Der Erfahrungsaustausch und der Rückhalt in der Gruppe geben Kraft. Für einige sind diese Treffen die einzige Zeit, die sie ganz für sich haben.“

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Betreuung von Demenzkranken

Zuwendung wichtiger als Medikamente

09.06.00 (psg). Die Arzneimittelindustrie hat die Demenzkranken als wichtige Zielgruppe entdeckt. Doch Medikamente sollten bei der Therapie nicht im Vordergrund stehen, fordert Pflege-Expertin Martina Sitte vom AOK-Bundesverband: „Mit dem richtigen Betreuungskonzept könnten 60 Prozent aller Sekundärsymptome ohne den Einsatz von Pharmaka behandelt werden.“

Nach wie vor gibt es keine Arzneimittel, die Demenzerkrankungen wie zum Beispiel die Alzheimersche Krankheit verhindern oder heilen. Die vorhandenen Medikamente lindern lediglich Symptome und können helfen, noch vorhandene Fähigkeiten der Betroffenen auszuschöpfen. Weder der Nutzen sogenannter Nootropika zur Verbesserung der Hirnleistung, noch die Wirkung durchblutungsfördernder Mittel ist nach Darstellung der Pharmakologin Dr. Ute Galle-Hoffmann vom AOK-Bundesverband ausreichend belegt. Sie stützt die Aussage von Pflege-Expertin Martina Sitte, dass milieutherapeutisch orientierte, pflegerische Maßnahmen weit mehr bewirken können als Medikamente.

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Aus Sicht der AOK bedarf es allerdings erheblicher Verbesserungen bei der Betreuung demenzkranker Menschen. Martina Sitte: „Therapeutische und pflegerische Maßnahmen, die versuchen, den Kranken selbst zu verändern und an die Bedingungen der Umwelt anzupassen, sind nicht die richtige Betreuungsform. Ziel muss es sein, die Umwelt der Dementen bestmöglich auf die krankheitsbedingten Änderungen abzustimmen. Die Betreuenden sollten sich so weit wie möglich in die veränderte Welt der Dementen hinein versetzen und versuchen, deren Sinnbezüge, Vorstellungen und Bedürfnisse zu akzeptieren.“

Als wichtige Betreuungsprinzipien nennt Sitte:

- Respektieren der Realität des Kranken
- Anpassen an das veränderte Kommunikationsvermögen, zum Beispiel durch kurze, einfache Sätze und nonverbale Kommunikation
- klare, gleich bleibende Tageseinteilung
- Erhalt der vertrauten Umgebung und Anbringen von Orientierungshilfen, z.B. Hinweisschilder für Küche, Bad oder Kleiderschrank
- Beseitigen von Gefahrenquellen, z.B. rutschgefährliche Bodenbeläge oder frei zugängliche Haushaltschemikalien
- Fördern verbliebener Selbständigkeit durch Überlassen einfacher Aufgaben, zum Beispiel durch Anbringen von Klettverschlüssen an der Kleidung

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

„Durch entsprechend angepasste Betreuung und Versorgung kann das Alltagsleben der Betroffenen und damit auch die Situation der pflegenden Angehörigen erheblich erleichtert werden,“ sagt Sitte.

Nach einer Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit werden 80 Prozent der demenzkranken pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von Familienmitgliedern, Freunden, Nachbarn und anderen Bezugspersonen gepflegt. Martina Sitte: „In den allermeisten Fällen sind es Frauen, die pflegen und die großen physischen Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt sind. Deshalb unterstützt die AOK Angebote, die für Angehörige von Demenzkranken die erforderlichen Hilfen und Unterstützungen bieten - zum Beispiel Pflegekurse oder Urlaubsvertretungen.“

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

Senioren stellen im Jahr 2040 ein Drittel der Bevölkerung

Mit der Lebenserwartung steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit

09.06.00 (psg). Rund 1,86 Millionen Menschen in Deutschland erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung. In den nächsten zehn Jahren kommen nach Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit weitere 340.000 Pflegebedürftige hinzu. Mit der steigenden Lebenserwartung der Menschen wächst auch das Risiko, dauerhaft auf Hilfe angewiesen zu sein.

Von den heute 82 Millionen Menschen in Deutschland sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 21 Prozent 60 Jahre und älter. Hält die demografische Entwicklung an, stellen die über 60-jährigen in zehn Jahren schon ein Viertel der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2040, so die Prognose des Institutes für Bevölkerungsforschung, werden die Älteren bereits 37 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Diese Zahlen zeigen, vor welchen Herausforderungen die sozialen Sicherungssysteme in den nächsten Jahren stehen.

Nach der neuesten, Anfang 2000 errechneten Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes (1996-1998) lebt ein heute 65-jähriger Westdeutscher durchschnittlich noch weitere 15 Jahre,

Presseservice

Gesundheit

Politik Sonder-Nr. 2/00

Bonn, 09.06.2000

eine gleichaltrige Frau im Mittel fast knapp 19 weitere Jahre. In Ostdeutschland liegt die Lebenserwartung von Männern ab 65 Jahren bei 13 Jahren, die von Frauen gleichen Alters bei 18 Jahren. Die Ost-West-Daten gleichen sich nach den Erhebungen der Statistiker aber weiter an.

Mit steigendem Alter wächst 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 bei 0,5 Prozent. Zwischen 60 und 80 Jahren steigt das Risiko auf 3,5 Prozent. Menschen über 80 Jahren werden laut Statistik zu 28 Prozent pflegebedürftig.