



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?



Heft 18
Oktober 2018
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums – ein Rückblick

- Heft 1: Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft
- Heft 2: Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft
- Heft 3: Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung
- Heft 4: Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze
- Heft 5: Versorgung in einer alternden Gesellschaft
- Heft 6: Chancen und Risiken individualisierter Medizin
- Heft 7: Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren
- Heft 8: Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten
- Heft 9: Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen
- Heft 10: Menschen in ihrer letzten Lebensphase – selbstbestimmt leben, in Würde sterben
- Heft 11: Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung
- Heft 12: Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung
- Heft 13: Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
- Heft 14: Lebensqualitäts-Konzepte: Chancen und Grenzen
- Heft 15: Lebensqualität und Versorgung: Messen, wägen, entscheiden
- Heft 16: Digitales Gesundheitswesen: Chancen, Nutzen, Risiken
- Heft 17: Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele

Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 18
Oktober 2018
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Fakten sind die Grundlage für einen offenen Diskurs über die Versorgung von morgen 4

Demenz und Depressionen: Was kommt auf uns zu?

ULRICH HEGERL

Depression und Demenz im Alter: Prävention, Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung 6

VOLKER ULRICH

Direkte und indirekte Kosten bei der Demenz: Welche Versorgungskonzepte sind tragfähig? 16

JÜRGEN GOHDE

Menschen mit Demenz – verloren zwischen Familie, Pflege und Krankenhaus? 28

MERYAM SCHOULER-OCAK

Alt, demenzkrank und Migrationshintergrund: ein sich potenzierendes Problem? 36

Ein guter Hilfemix muss finanziell nachhaltig und sektorenübergreifend geschneidert sein 44

Fakten sind die Grundlage für einen offenen Diskurs über die Versorgung von morgen

GU DRUN SCHAICH-WALCH, STAATSSSEKRETÄRIN A.D., PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER



Die Relevanz von Herausforderungen erschließt sich oft dadurch, dass die Thematik strukturiert und versachlicht immer größere Kreise zieht, ihren engeren – hier medizinischen – Betrachtungshorizont verlässt und in ihrer gesellschaftspolitischen Dimension erfahrbar wird. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die Teilnehmer des Frankfurter Forums sich zum dritten Mal – nach Heft 8 (2013) und Heft 9 (2014) – dem Themenkreis der psychischen Erkrankungen widmen.

Diesmal liegt der Fokus auf dem Alter und seinen spezifischen Herausforderungen für das Erkennen, Behandeln und Nachsorgen psychischer und demenzieller Erkrankungen. Eine Gesellschaft langen Lebens ist ja, anders als uns die aufgeregten politischen Debatten zum Thema Demografie weißmachen wollen, zunächst ein großes Geschenk, für das alle jene überaus dankbar sind, die es erleben dürfen.

Dieses längere Leben in Würde, Mitmenschlichkeit und Humanität zu gestalten, verlangt den sachlichen und offenen Diskurs über Strukturen, Grundverständnisse und Bedingungen des Zusammenlebens und -arbeitens. Die Hauptlast der medizinischen Versorgung tragen derzeit die Hausärzte, die der Pflege und Begleitung die Familien. Dort sind es nach wie vor überwiegend die Frauen, deren Lebens- und Arbeitssituation sich zur Zeit stark

verändert. Der offene Diskurs reicht dabei weit über den engen Rahmen der Zuständigkeiten und den Leistungsrahmen von Kranken- und Pflegeversicherung hinaus. Familiensituationen, nachbarschaftliches Engagement, zivilgesellschaftliche und kommunale Infrastrukturen sind mit ihren jeweiligen Potenzialen gefordert.

Alter, Depression und Demenz verlangen adäquate Antworten und Beiträge von allen, vernetzt, verlässlich, koordiniert und lebensnah. So sind Würde, Humanität und Solidarität über die Generationen hinweg zu bewahren und zu schützen. Deshalb sind Fakten eine gute und verlässliche Grundlage für diesen Diskurs:

- *Fakten über Ursachen, Ausprägungen und Konsequenzen von Depression und deren Gestaltbarkeit.*
- *Fakten über die direkten und indirekten gesellschaftlichen und individuellen Kosten von Depression und Demenz und deren Verteilungswirkungen.*
- *Fakten über das Leben mit Demenz und die Konsequenzen für familiäre Einbettung, professionelle Pflegeleistungen und spezifische medizinische und außermedizinische Strukturen.*
- *Fakten auch über die zunehmende Zahl alter und demenzkranker Menschen mit Migrationshintergrund und deren spezifischen kulturellen, religiösen und sprachlichen Unterstützungs- und Betreuungsbedarfen.*

- *Fakten über die Veränderungen in der Arbeitswelt und deren Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie unter den Gesichtspunkten steigender Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen sowie der Zunahme gut ausgebildeter Frauen, die in der Arbeitswelt dringend gebraucht werden und die nicht auf eine eigene Familie verzichten möchten.*

Es gilt, den Blick auf den spezifischen Unterstützungs- und Betreuungsbedarf der alten, psychisch kranken und/oder dementen Patienten zu richten. Hier liegt die zentrale Herausforderung der Zukunft. Aber gerade hier liegen die Defizite der heutigen Strukturen. Sie sind streng getrennt organisiert und finanziert, sektoral gegliedert und wenig vernetzt. Kooperation, Koordination und Kommunikation sind wenig ausgeprägt und leben – wo vorhanden – vom persönlichen Engagement Einzelner.

Der Sozialstaat wird immer auf dieses Engagement angewiesen sein. Die Herausforderung liegt darin, diesem ein verlässliches Gerüst, einen infrastrukturellen Rahmen und eine finanziell nachhaltige Ausstattung über die Grenzen institutioneller Zuständigkeiten zu geben.

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V. erarbeitet seit seiner Gründung im Jahr 2008 wichtige Beiträge zum Diskurs relevanter Fragestellungen. Seit der Gründung wird das

Forum von Dr. med. Jürgen Bausch als Vorsitzendem und den stellvertretenden Vorsitzenden Staatssekretärin a.D. Gudrun Schaich-Walch und Dietmar Preding geführt.

Mit großer Erfahrung, Umsicht und persönlichem Engagement haben beide das Forum geprägt. Sie haben diesen interdisziplinären Kreis fair, kompetent und menschlich gewinnend moderiert und strukturiert. Der Wunsch, den Staffeln weiterzugeben, verdient Respekt und Anerkennung.

Ein weiterer Dank gilt der Lilly Deutschland Stiftung als Hauptsponsor seit der Gründung sowie der IQVIA (ehemals IMS Health) und dem Springer Medizin Verlag, die sich als verlässliche Partner engagiert haben.

Die Mitgliederversammlung hat einen neuen Vorstand gewählt, der sich wie folgt zusammensetzt:

Vorsitzender: Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

Stellvertretender Vorsitzender: Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Stellvertretende Vorsitzende: Dr. med. Regina Klakow-Franck

Geschäftsführer: Dietmar Preding

Kontakt:

Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. |

Mozartstraße 5 | 63452 Hanau |

E-Mail: dp-healthcarerelation@online.de

<http://frankfurterforum-diskurse.de>

Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?

Depression und Demenz im Alter: Prävention, Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung

PROF. DR. ULRICH HEGERL, KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE,
UNIVERSITÄTSKLINIKUM LEIPZIG, STIFTUNG DEUTSCHE DEPRESSIONSHILFE



In den entwickelten Ländern ist die unipolare Depression mit Abstand die wichtigste Hirnerkrankung, gefolgt von Demenzen, wenn man die Häufigkeit und Schwere der jeweiligen Erkrankungen berücksichtigt (Disability Adjusted Life Years (DALY), Collins et al. 2011). Im Folgenden wird auf neue Erkenntnisse zu Epidemiologie, Diagnostik, Behandlung, Prävention und sich abzeichnende gesundheitspolitisch relevante Entwicklungen zu diesen beiden Krankheitsgruppen eingegangen.

1. Demenz

1.1. Epidemiologie

Weltweit leiden ca. 50 Millionen Menschen unter demenziellen Erkrankungen, wobei eine Zunahme auf über 130 Millionen für das Jahr 2050 angenommen wird. Diese Zunahme ist im Wesentlichen auf eine gestiegene Lebenserwartung und damit die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Weltbevölkerung zurück zu führen. Für Deutschland wird von ca. 1,2 Millionen Demenzerkrankten und jährlich etwa 244.000 Neuerkrankten ausgegangen. Eine deutliche Zunahme dieser Zahlen ist vor allem auch deshalb zu erwarten, da die geburtenreichen Jahrgänge der 60er Jahre in Altersbereiche mit erhöhtem Demenzrisiko gelangen. Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen steigt ab dem 65. Lebensjahr steil an, wobei der Anstieg für Frauen steiler als für Männer ist. Nach einer Untersuchung der administrativen Prävalenzen von Demenzen, basierend auf AOK-Daten (Stock et al. 2018), ist bei über 90-Jährigen von einer Demenzprävalenz von über 40 Prozent für Frauen und über 30 Prozent für Männer auszugehen.

Bemerkenswert ist, dass neuere Befunde in westlichen Ländern niedrigere altersspezifische Inzidenzen und Prävalenzen für Demenzen gezeigt haben als vorausgesagt. So wurde in einer Studie in zwei Kohorten mit einem Altersabstand von zehn Jahren in der späteren eine um 24 Prozent niedrigere altersspezifische Inzidenz für Demenzen gefunden. Da zudem in dieser Gruppe weniger Zeichen einer Hirnatrophie und zerebraler Gefäßerkrankungen zu finden waren, spricht dies zusammen mit anderen Studienergebnissen dafür, dass diese erfreuliche Entwicklung hinsichtlich des Demenzrisikos durch eine verbesserte „Hirn-

gesundheit“ zu erklären sein könnte. Dies zeigt, dass die Alzheimer-Demenz sowie die meisten der anderen Demenzformen zwar nicht heilbar sind, dass das Erkrankungsrisiko und der Krankheitsverlauf aber beeinflussbar sind. Würde es gelingen, den Demenzbeginn um fünf Jahre hinauszuzögern, so hätte dies eine Halbierung der Demenz-Prävalenz zur Folge.

1.2. Diagnostik

Die Mehrzahl der Demenzen fällt unter die Gruppe der Alzheimer Demenz. Weitere häufige Formen sind die vaskuläre Demenz und die Lewy-Body-Demenz (LBD), wobei Mischformen häufig sind. Der Anteil der Gruppe der fronto-temporalen Demenzen wird mit etwa fünf Prozent geschätzt. Da es zudem eine Gruppe potenziell reversibler Demenzformen gibt, ist eine sorgfältige Diagnostik der Demenz unerlässlich. Im Folgenden wird vor allem auf die Alzheimer Demenz als der wichtigsten Demenzdiagnose eingegangen.

Die Diagnose der Alzheimer-Demenz basiert auf einem im Rahmen der klinischen Untersuchung festgestellten, sich über Monate und Jahre kontinuierlich entwickelnden Abbau kognitiver Leistungen (insbesondere der Merkfähigkeit), der bereits zu einer Beeinträchtigung im Alltag geführt hat. Diese kognitiven Defizite lassen sich mittels kognitiver Testung quantifizieren. Ein weiterer Baustein der Diagnostik ist die Liquoruntersuchung. Hier findet man eine erniedrigte Konzentration des Markerproteins Amyloid-Beta-42, einem möglicherweise schädlichem Abbauprodukt aus einem Vorläufereiweiß (Amyloid-Precursor-Proteine), das in verklumpter Form in den Amyloidplaques vorliegt, die neurohistologisch in den Gehirnen verstorbener Patienten mit Alzheimer Demenz zu finden sind. Weiter ist bei Patienten mit Alzheimer Demenz die Liquorkonzentration von Gesamt-TAU und phosphoryliertem TAU erhöht, und dies besonders, wenn der neurodegenerative Prozess rasch fortschreitet. Durch Kombination dieser Liquor-Marker kann für die Alzheimer Demenz eine diagnostische Sensitivität von 86 Prozent und Spezifität von 69 Prozent erreicht werden (Validierung der Diagnose durch Postmortem-Studien).

Spezialisierten Einrichtungen und besonderen Fragestellungen vorbehalten ist die Amyloid-Positronen-Emissionstomographie (Amyloid-PET), ein diagnostisches Verfahren, mit dem über radioaktive Markierung von Amyloid das erhöhte Vorliegen von amyloidhaltigen Plaques ausgeschlossen werden kann. Zu einer gründlichen Diagnostik gehört weiter eine hirnstrukturelle Untersuchung mit kranialer Magnet-

resonanztomographie (MRT) oder Computertomographie (CT), da hierdurch mögliche reversible Demenzursachen, wie epidurale Hämatome oder Normaldruck-Hydrozephalus erkannt bzw. ausgeschlossen werden können. Ergänzt wird diese Ausschlussdiagnostik durch eine Labordiagnostik, z. B. zur Erfassung von metabolischen Entgleisungen oder neuroimmunologischen Erkrankungen als Ursache der Demenz.

Eher selten (< fünf Prozent) sind Alzheimer-Demenzen vom familiären Subtyp mit klarem Erbgang und frühem Beginn (<65 Jahre). Der Großteil dieser Erkrankungen (70 Prozent) ist auf Mutationen auf den Genen von Presinilin I-, Presinilin II- und Amyloid-Precursor-Proteine zurückzuführen. Da alle diese Proteine mit der Bildung von Beta-Amyloid und dessen Ablagerung in Form von Plaques zu tun haben, ist die Reduktion der Bildung von dieser Plaques der dominierende Ansatz bei der Suche nach Wirkstoffen bei der Alzheimer-Demenz gewesen. Diese Amyloid-Hypothese der Alzheimer-Demenz wird verstärkt in Frage gestellt, da die hier ansetzenden Medikamentenstudien nicht den erhofften antidemenziellen Erfolg gebracht haben, selbst wenn eine Amyloid-Reduktion erreicht werden konnte.

1.3. Behandlung

Die bisher zur Verfügung stehenden Behandlungen für die Alzheimer Demenz können bestehende kognitive und andere Funktionsstörungen vorübergehend verbessern, den Krankheitsprozess selbst jedoch nicht stoppen oder verlangsamen. Für die Behandlung der Alzheimer Demenz stehen Acetylcholinesterase-Hemmer, wie Donepezil, Galantamin und Rivastigmin zur Verfügung sowie der NMDA-Antagonist Memantine. Letzterer ist auch für mittlere bis schwere Demenzen zugelassen. In den S3-Leitlinien zur Behandlung der Demenzen ist für die Alzheimer Demenz oder vaskuläre Demenz auch Gingko biloba als „Kann“-Empfehlung bei Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenzschwere aufgeführt. Nicht empfohlen werden Vitamin E, nicht-steroidale Antiphlogistika oder Hormonersatztherapien.

1.4. Prävention

Ein intensives Forschungsfeld ist die Suche nach beeinflussbaren Risikofaktoren für das Auftreten von Demenzen. Hierbei spielt der Begriff der Population Attributable Fraction (PAF) eine Rolle, der angibt, wie die prozentuale Reduktion neuer Demenzfälle in einem bestimmten Zeitraum wäre, wenn ein bestimmter Risikofaktor komplett

Potenziell beeinflussbare Risikofaktoren der Demenz

	Relative risk for dementia (95 % CI)	Prevalence	Communality	PAF	Weighted PAF*
Early life (age <18 years)					
Less education (none or primary school only)	1.6 (1.26-2.01)	40.0 %	64.6 %	19.1 %	7.5 %
Midlife (age 45-65 years)					
Hypertension	1.6 (1.16-2.24)	8.9 %	57.3 %	5.1 %	2.0 %
Obesity	1.6 (1.34-2.24)	3.4 %	60.4 %	2.0 %	0.8 %
Hearing loss	1.9 (1.38-2.73)	31.7 %	46.1 %	23.0 %	9.1 %
Later life (age >65 years)					
Hypertension	1.6 (1.15-2.20)	27.4 %	51.1 %	13.9 %	5.5 %
Obesity	1.9 (1.55-2.33)	13.2 %	58.6 %	10.1 %	4.0 %
Hearing loss	1.4 (1.16-1.67)	17.7 %	26.6 %	6.5 %	2.6 %
Obesity	1.6 (1.32-1.85)	11.0 %	45.9 %	5.9 %	2.3 %
Hearing loss	1.5 (1.33-1.79)	6.4 %	70.3 %	3.2 %	1.2 %

Data are relative risk (95 % CI) or %. Total weighted PAF adjusted for communality = 35.0 %. PAF = population attributable fraction. *Weighted PAF is the relative contribution of each risk factor to the overall PAF when adjusted for communality.

Quelle: Livingston et al. Lancet 2017

PAF = Population Attributable Fraction



Tabelle 1: Die potenziell beeinflussbaren Risikofaktoren der Demenz verteilen sich auf verschiedene Lebensabschnitte.

eliminiert werden könnte. Während Alter als wichtigster Risikofaktor nicht beeinflussbar ist, gibt es eine Reihe potenziell beeinflussbarer Risikofaktoren der Demenz. Diese verteilen sich unterschiedlich auf verschiedene Lebensabschnitte, wie Tabelle 1 zu entnehmen ist.

In frühen Lebensabschnitten ist interessanterweise die Dauer der Schulbildung bedeutsam (PAF von 7,5). Besonders bemerkenswert ist der erst in neueren Studien als bedeutsam identifizierte Faktor Hörverlust im mittleren Lebensalter (PAF von 9,1!). Nach der umfassenden Überblicksarbeit von Livingston et al (2017) sind für spätere Lebensabschnitte Rauchen und die Depression die bedeutendsten Risikofaktoren. Bezüglich der Depression stellt sich die Frage, inwieweit die depressive Symptomatik ein Prodromalzeichen des beginnenden demenziellen Abbaus oder ein unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten von Demenzen ist. Kohortenstudien zeigten, dass das Demenzrisiko mit der Zahl der depressiven Episoden steigt (Dotson et al. 2010), was für letztere Hypothese spricht. Zahlreiche mit depressiven Krankheitsphasen assoziierte neurobiologische

Veränderungen (z. B. hochreguliertes Stresshormonsystem) oder Verhaltensänderungen (z. B. Inaktivität, Schlafstörungen) könnten das erhöhte Demenzrisiko bei Personen mit depressiven Erkrankungen erklären.

Auch wenn eine Reihe von potenziell vermeidbaren Risikofaktoren identifiziert worden sind, so gibt es kaum Interventionsstudien, die im Rahmen eines kontrollierten Designs die präventive Wirksamkeit einer Reduktion dieser Risikofaktoren belegt haben. Als Ausnahme sind Antihypertensiva zu nennen, für die präventive Effekte bezüglich Demenzen gezeigt worden sind. Keine Belege und negative Studien liegen dagegen für nicht-steroidale Antiphlogistika, orale Antidiabetika, Östrogene, Statine, Vitamine und Ginkgo Biloba-Extrakte vor.

1.5. Ausblick

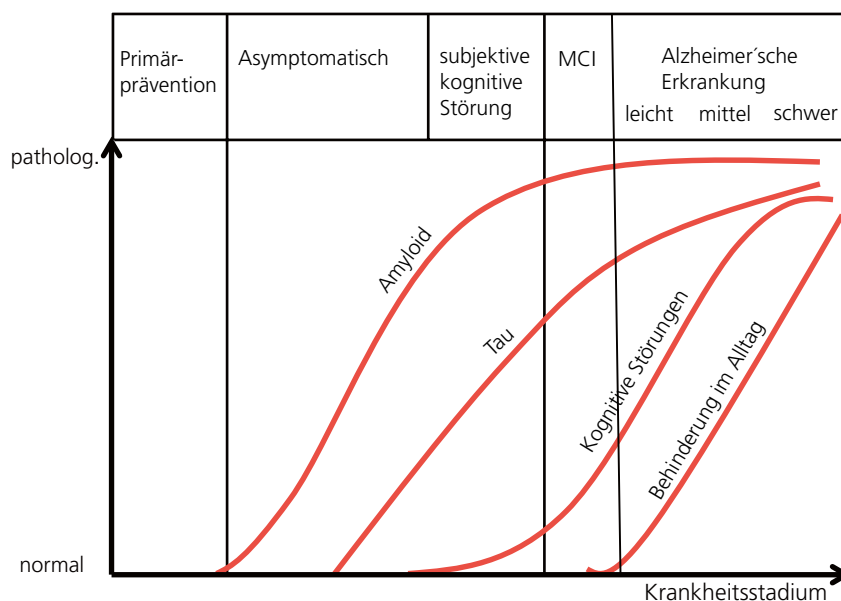
Abbildung 1 zeigt, wie der pathologische Hirnprozess bereits viele Jahre vor Beginn erster kognitiver Störungen oder gar Behinderungen in Alltag beginnt. Hieraus ergibt sich das große forschungsstrategische Problem, dass bei Patien-

ten mit manifester Alzheimer-Demenz bereits ausgeprägte und vermutlich irreversible Hirnschäden vorliegen, so dass die therapeutischen oder gar präventiven Möglichkeiten hierdurch stark eingeschränkt sind. Die Forschungsbemühungen gehen deshalb dahin, möglichst ganz zu Beginn oder besser noch vor dem Auftreten kognitiver Defizite mit den Behandlungsversuchen anzusetzen. Vor diesem Hintergrund wurde das Konzept des Mild Cognitive Impairment (MCI) entwickelt, worunter ein Krankheitsbild mit testpsychologisch nachweisbaren kognitiven Defiziten gemeint ist, das jedoch noch nicht mit Behinderungen im Alltag einhergeht und damit noch nicht die Diagnosekriterien einer Alzheimer Demenz erfüllt.

Bei 16 bis 20 Prozent der Menschen über 60 liegt ein MCI vor, wobei knapp die Hälfte dieser Personen innerhalb von drei Jahren eine Demenz entwickelt. Das Konversionsrisiko von MCI zu manifester Alzheimer-Demenz ist erhöht bei Vorliegen eines Diabetes mellitus, bei starkem Alkoholkonsum, bei Vorliegen eines metabolischen Syndroms und depressiver Symptome. Dagegen wurde für Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Rauchen kein Einfluss auf die Konversionsrate gefunden (Cooper et al. 2015). Eine spezifische Behandlung für Patienten mit MCI wird nach den S3-Leitlinien nicht empfohlen. Durch Studien mit Patienten

mit MCI kann in einem etwas früheren Stadium des neurodegenerativen Prozesses eingegriffen werden, allerdings unter Inkaufnahme der Tatsache, dass auch ein hoher Prozentsatz von Patienten behandelt wird, die nie eine Demenz entwickelt hätten. Zudem ist auch bei Patienten mit MCI als Vorstadium einer Alzheimer-Demenz der neuropathologische Prozess bereits sehr weit fortgeschritten. Es wird deshalb versucht, noch früher anzusetzen, indem über Biomarker Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko identifiziert werden, bei denen nur subjektive, jedoch testpsychologisch nicht objektivierbare („subjektive kognitive Störung“) oder sogar keinerlei Anzeichen für kognitive Defizite vorliegen. Die Herausforderungen an solche Forschungsansätze sind immens. Es müssen sehr große Gruppen von weitgehend oder völlig beschwerdefreien Personen, die aufgrund von Biomarkern ein mehr oder weniger deutlich erhöhtes Demenzrisiko aufweisen, identifiziert, über viele Jahre behandelt, und mit einer Kontrollgruppe verglichen werden. Die Entwicklung hierfür brauchbarer, leicht zu erhebender Biomarker mit guter prognostischer Sensitivität und Spezifität ist für derartige Studien entscheidend. Ein wichtiger Schritt wären Biomarker, die aus dem Serum gewonnen werden und keine Liquorpunktion nötig machen würden (siehe z. B. Vogelgsang et al 2018).

Zeitlicher Verlauf der Alzheimer-Erkrankung

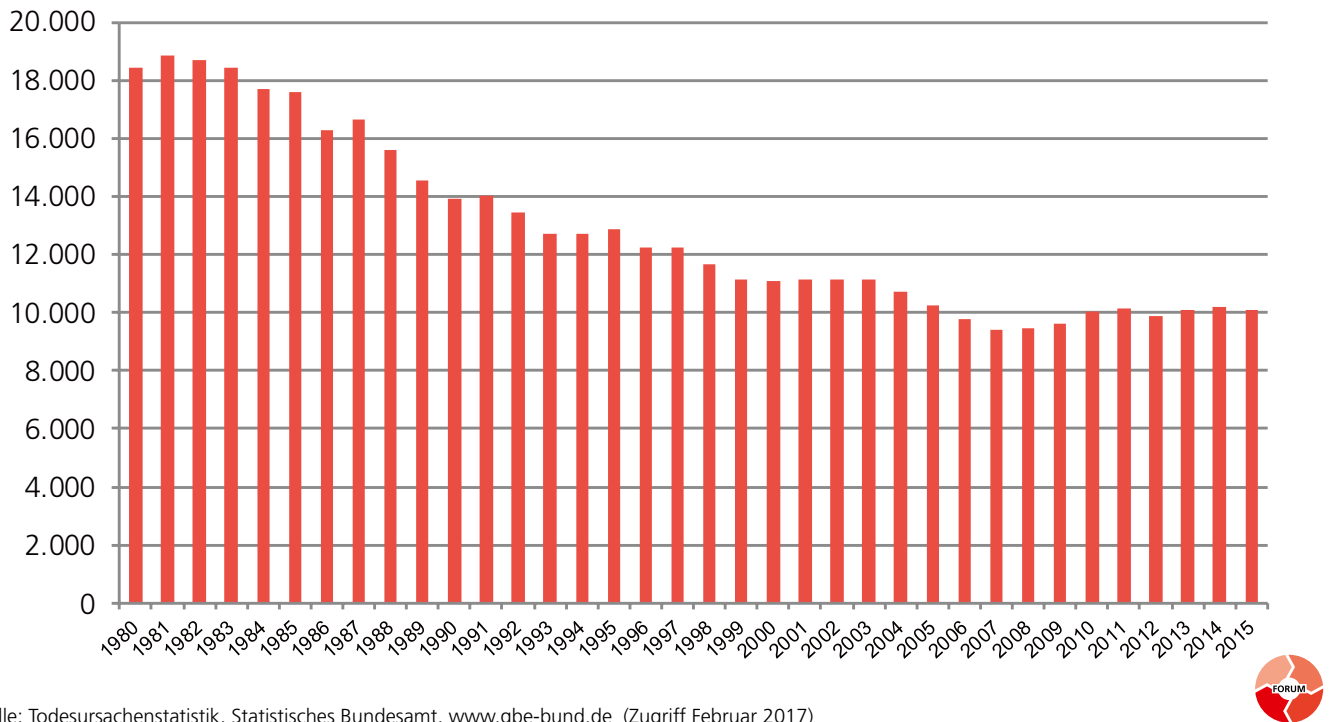


Quelle: MCI: Mild Cognitive Impairment

Abbildung 1: Der pathologische Hirnprozess startet viele Jahre vor dem Beginn kognitiver Störungen oder gar Behinderungen im Alltag.



Anzahl der Sterbefälle durch Suizide in Deutschland seit 1980



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de (Zugriff Februar 2017)



Abbildung 2: In den vergangenen 35 Jahren hat die Zahl der Suizide von etwa 18.000 auf 10.000 abgenommen.

2. Depression

2.1. Epidemiologie

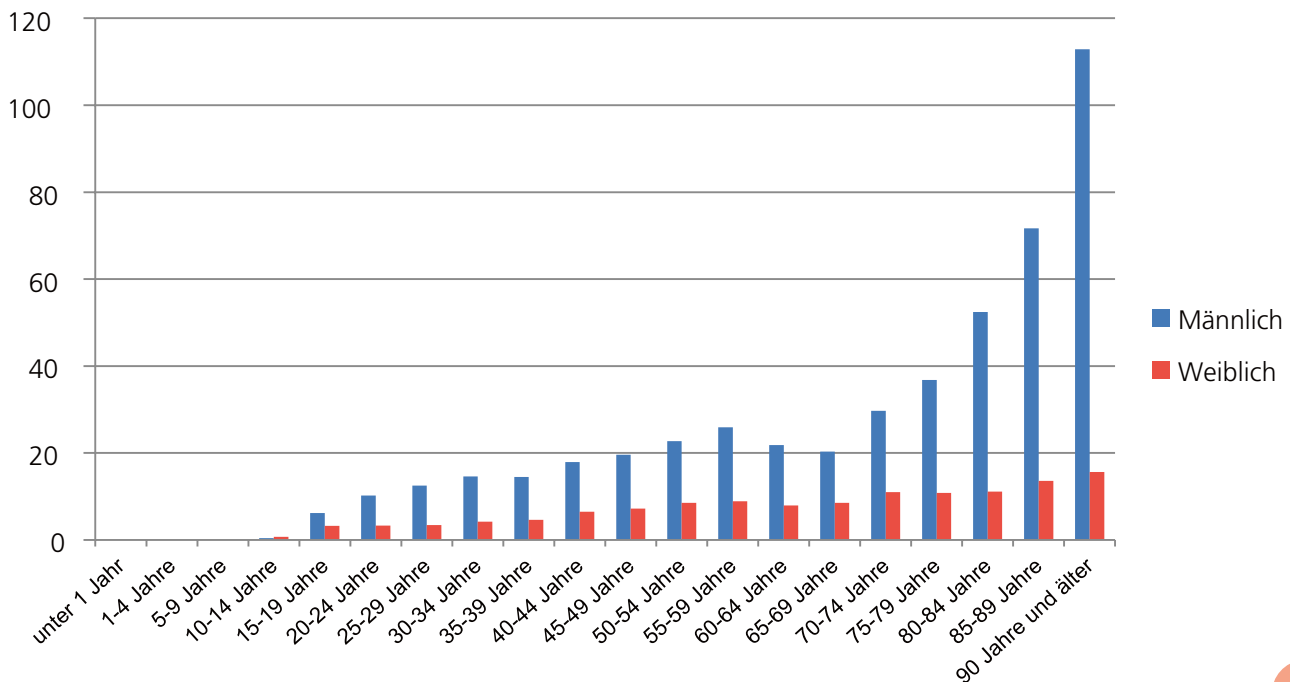
Die herausragende medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung der unipolaren Depression auch bei alten Menschen ergibt sich einerseits aus der Häufigkeit (Major Depression: Ein-Jahres-Prävalenz von 9,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung für Frauen, vier Prozent für Männer, Jacobi et al 2016) und der Schwere dieser Erkrankung (Reduktion der Lebenserwartung um durchschnittlich zehn Jahre), und andererseits aus der Tatsache, dass, anders als bei der Alzheimer Demenz, gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die jedoch nur bei einer Minderheit konsequent genutzt werden. Depression ist damit eine, wenn nicht die Erkrankung mit dem größten Optimierungsspielraum.

In den Statistiken der Rentenversicherungsträger oder Krankenkassen zeigt sich eine dramatische Zunahme der Häufigkeit der Depressionsdiagnosen. So erfolgten vor 35 Jahren ca. neun Prozent aller Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen und hier insbesondere der Depression, 2016 dagegen über 40 Prozent. Ähnliche Steigerungen finden sich im prozentualen Anteil von Depressionsdiagnosen bei

Arbeitsunfähigkeitstagen. Wichtig ist zu verstehen, dass es sich hier nicht um eine echte Häufigkeitszunahme depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung handelt. Bevölkerungsbaasierte Studien zeigen übereinstimmend, dass Depressionen nicht wesentlich häufiger geworden sind, sie werden nur häufiger diagnostiziert. Gründe hierfür sind, dass sich mehr Menschen mit depressiven Erkrankungen Hilfe holen, dass Ärzte Depressionen besser erkennen und Depressionen häufiger auch Depression genannt werden, d. h. nicht hinter weniger stigmatisierenden Diagnosen wie chronischer Rückenschmerz, Tinnitus oder Fibromyalgie versteckt werden.

Da es insgesamt keine wesentlichen Veränderungen in den Raten der Frühberentungen und der AU-Tage gibt, haben wir es hier im Wesentlichen mit Diagnoseverschiebungen zu tun, d. h. Menschen mit Depressionen wurden früher vermutlich unter anderen Diagnosen frühberentet oder krankgeschrieben. Dass sich hinter diesen dramatischen Zunahmen der Diagnosehäufigkeiten eine eher erfreuliche Entwicklung versteckt, dafür spricht die Tatsache, dass in den gleichen 35 Jahren ein Rückgang der Suizide in Deutschland von 18.000 pro Jahr auf ca. 10.000 pro Jahr zu beobachten war (Abbildung 2). Eine naheliegende Erklärung

Suizidraten in Deutschland im Jahr 2015 in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (je 100.000 Einwohner)



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de (Zugriff Februar 2017)



Abbildung 3: Die Suizidrate nimmt mit dem Alter dramatisch zu, insbesondere bei Männern.

zung ist, dass sich heute mehr suizidgefährdete Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen Hilfe holen und diese auch erhalten.

Depression ist die Hauptursache für die jährlich mehr als 10.000 Suizide und circa 200.000 Suizidversuche in Deutschland. Auch schizophrene Erkrankungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sind Ursachen für suizidales Verhalten. Etwa 90 Prozent aller Suizide erfolgen im Kontext psychiatrischer Erkrankungen, so dass der Begriff „Freitod“ in der Regel als irreführend anzusehen ist.

In allen europäischen Ländern sind die Suizidraten für Männer um ein mehrfaches höher als die der Frauen. In Abbildung 3 sind die Suizidraten in Deutschland in Abhängigkeit vom Geschlecht und dem Alter dargestellt. Sie zeigt die dramatische Zunahme der Suizidraten mit dem Alter, vor allem bei Männern. Bezüglich Suizidversuchen sind im Gegensatz hierzu die höchsten Raten bei jungen Frauen zu finden. Es liegt demnach eine deutlich höhere Letalität suizidaler Handlungen bei jungen gegenüber älteren Menschen und bei Männern gegenüber Frauen vor. Die Geschlechtsunterschiede in der Letalität suizidaler Handlungen sind teils durch die Wahl tödlicherer Methoden, wie Erhängen,

Schusswaffengebrauch oder Sturz aus großer Höhe bei Männern zu erklären, während die mit Abstand am häufigsten gewählte Methode bei Frauen die Vergiftung ist, die jedoch in über 90 Prozent überlebt wird. Eine eigene europäische Studie hat jedoch ergeben, dass selbst innerhalb der gleichen Methode der Ausgang bei Männern tödlicher als bei Frauen ist, so dass es neben der Wahl der Methode weitere Faktoren gibt (z.B. Art der Durchführung, Intentionalität der suizidalen Handlung, Resilienz) die die hohe Letalität bei Männern und insbesondere älteren Männern erklären. Eines der wenigen Länder, in denen Frauen höhere Suizidraten als Männer haben, ist China. Dies ist zum Teil dadurch erklärt, dass Frauen auch dort mit Abstand am häufigsten die Methode Intoxikation wählen, wobei dort hochtoxische Pestizide in vielen Haushalten zur Verfügung stehen, deren Einnahme dann in der Regel tödlich verläuft.

Der Abbildung 2 ist zu entnehmen, dass der Rückgang der Suizidraten in Deutschland sich in den letzten zehn Jahren nicht weiter fortgesetzt hat. Eigene Untersuchungen legen die Vermutung nahe, dass hier das Internet und die sozialen Medien eine Rolle spielen. Bestimmte Suizidmethoden, wie die Vergiftung mit Kohlenmonoxid durch Holzkoh-

lengrill oder mit Helium, die zunächst gehäuft in Hongkong und Singapur aufgetreten sind, haben sich rasch auch in westlichen Ländern verbreitet, verbunden mit gehäuften Informationsangeboten zu diesen Methoden im Internet und entsprechenden Google-Anfragen (Paul et al. 2017).

2.2. Diagnose

Neben den unipolaren Depressionsformen, wie depressive Störung bzw. rezidivierende depressive Störung und Dysthymie, treten depressive Krankheitsphasen auch im Rahmen manisch-depressiver Erkrankungen auf. Die Diagnose einer depressiven Episode wird gestellt, wenn mehrere Krankheitszeichen gemeinsam über mindestens zwei Wochen vorliegen (siehe Abbildung 4).

Je nach Anzahl der Krankheitszeichen wird von einer leichten, mittelschweren oder schweren Depression gesprochen. Es müssen zwei Hauptsymptome und zwei Nebensymptome kontinuierlich über zwei Wochen vorliegen, um von einer leichten Depression sprechen zu können. Auch eine leichte Depression ist jedoch eine schwere Erkrankung mit hohem Leiden und reduzierter Lebenserwartung. Der subjektive Leidensdruck bei depressiven Erkrankungen ist größer als so gut wie bei allen anderen Erkrankungen, was sich u. a. in dem im Vergleich zu allen anderen Erkrankungen exzessiv erhöhtem Suizidrisiko zeigt.

Unterschiedliche Krankheitszeichen können im Vordergrund stehen. Bei manchen depressiv erkrankten Menschen steht die Hemmung aller Lebensvollzüge in Vordergrund, was sich im Gespräch beispielsweise bereits durch leise Stimme und verzögertes Antwortverhalten zeigt, bei anderen eher eine agitierte ängstliche Symptomatik. Wieder andere klagten primär über unterschiedliche körperliche Beschwerden, hinter denen sich eine Depression verbergen kann, mit der Folge, dass umfangreiche nicht zielführende Diagnostik durchgeführt wird und, wenn nicht gezielt und proaktiv exploriert wird, die Depression übersehen wird. Als Notfall und schweres, meist eine stationäre Behandlung erforderliches Krankheitsbild, ist die psychotische („wahnhaft“) Depression anzusehen. Die im Vordergrund stehenden Wahnthemen sind Schuld, Verarmung und die übertriebene Sorge vor unterschiedlichsten körperlichen Erkrankungen.

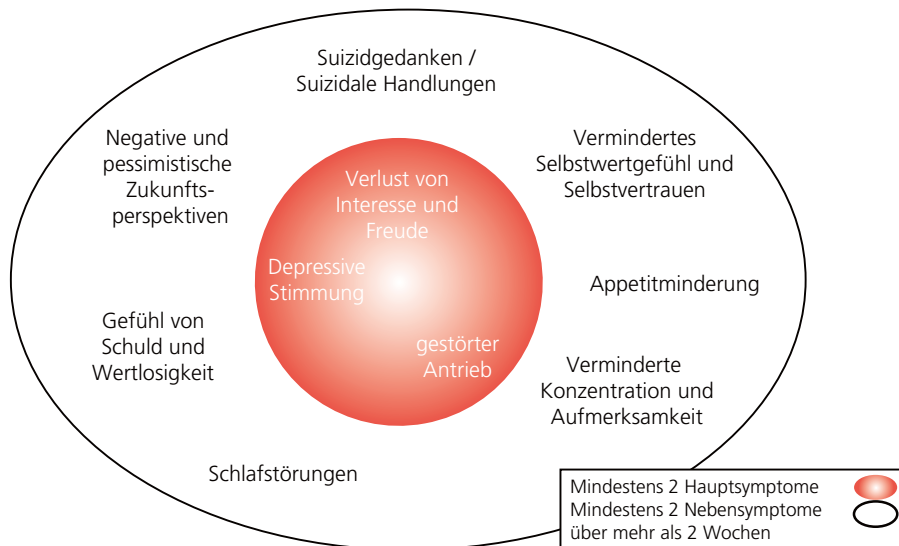
2.3. Depression: Reaktion auf schwierige Lebensumstände oder eigenständige Erkrankung?

Implizite Konzepte zu den Ursachen einer Depression lenken die Vorstellungen dazu, was die richtigen Behand-

lungs- und Präventionsansätze sind. Festzustellen ist eine starke Tendenz in der Allgemeinbevölkerung aber auch von im Gesundheitsbereich Tätigen, schwierige Lebensumstände wie z. B. Schicksalsschläge, Belastungen am Arbeitsplatz oder Probleme mit Mitmenschen als Hauptursachen von Depression anzusehen. Depression wird demnach weniger als eigenständige Erkrankung und mehr als Reaktion auf äußere Belastungsfaktoren und Lebensumstände aufgefasst. Dies hat weitreichende, meist problematische Konsequenzen. Einige Beispiele:

- Bei älteren und multimorbiden Patienten wird die Depression oft lediglich als sekundär, als Reaktion auf andere körperliche Erkrankungen aufgefasst und nicht konsequent diagnostiziert und behandelt. Dies führt zu einer Zunahme der diagnostischen und therapeutischen Defizite bei alten Menschen. Psychotherapie wird älteren Menschen nur äußerst selten angeboten. Dass diese Situation mit zu dem drastischen Anstieg der Suizidraten im Alter beiträgt, erscheint naheliegend.
- Ältere Langzeitarbeitslose leiden in einem hohen Prozentsatz unter Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen (Liwowsky et al 2011), die jedoch nicht selten als Folge der Arbeitslosigkeit und damit nicht als ein Vermittlungshemmnis in den Arbeitsmarkt angesehen werden, um dessen Beseitigung man sich kümmern sollte. Eine Reihe von Studien und auch die tägliche klinische Erfahrung zeigen jedoch, dass Depressionen und andere psychische Erkrankungen weniger Folge als Ursache der Arbeitslosigkeit sind. Durch das Projekt „Psychosoziales Coaching“, das modellhaft zunächst in München und dann in Leipzig implementiert worden ist, werden über Schulung der Arbeitsvermittler und durch psychologische Psychotherapeuten in den Jobcentern Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen, bei denen keine oder eine nur insuffiziente Behandlung vorliegt, in die Regelversorgung zu einer leitlinienkonformen Behandlung gelotst (Bühler et al 2013). Es wurden in Verbindung mit dem Psychosozialen Coaching vergleichsweise hohe Vermittlungsraten in den Arbeitsmarkt erzielt, die für diesen Ansatz und dessen flächendeckende Implementierung sprechen. Die verbreitete Annahme, die Depression sei lediglich Folge der Arbeitslosigkeit, erklärt warum auch von der Politik eine entscheidende Tatsache nicht erkannt wird: unbehandelte psychische Erkrankungen sind das größte beseitigbare Vermittlungshemmnis in den Arbeitsmarkt.

Diagnosekriterien der Depression



Quelle: Prof. Dr. Hegerl



Abbildung 4: Die Diagnose einer depressiven Episode wird gestellt, wenn mehrere Krankheitssymptome über mehr als zwei Wochen vorliegen.

Verbreitet ist die Vorstellung, dass es eine deutliche Zunahme der Depressionshäufigkeit gibt und die moderne Arbeitswelt daran Schuld trägt. Dass die erste Aussage bereits falsch ist und es keine echte Zunahme der Depressionshäufigkeit gibt, ist oben bereits dargelegt. Auch die Vorstellung, die Arbeit sei eine wesentliche Ursache für Depressionen, ist wenig begründet. Die Karriere des Begriffs „Burnout“ in den letzten zehn Jahren stützt sich jedoch auf diese Vorstellung. „Burnout“ ist ein schlecht definierter Begriff und keine international akzeptierte Diagnose. Bei der Mehrzahl der Menschen, die eine „Auszeit wegen Burnout“ nehmen, liegen die Diagnosekriterien einer Depression vor, und Depression sollte dann auch Depression genannt werden. Verbirgt sich hinter „Burnout“ eine Depression, dann ist der Begriff nicht nur schwammig, sondern mit seiner Kausalattribution zu Überarbeitung irreführend: es besteht die Gefahr, dass keine leitlinienkonforme antidepressive Behandlung eingeleitet wird und falsche Konsequenzen gezogen werden. Beispielsweise ist Urlaub machen, was bei „Burnout“ ein naheliegender Gedanke sein könnte, bei Vorliegen einer Depression etwas, vor dem sehr abzuraten ist, da die Depression sich dadurch nicht bessert. Auch Ausschlafen ist kontraproduktiv, da hierdurch Depressionen meist verstärkt werden und Schlafentzug ein etabliertes und sehr wirksames unterstützendes Verfahren in der stationären Depressionsbehandlung darstellt. „Burnout“ ist

übrigens insbesondere im deutschsprachigen Bereich ein großes und häufig gegoogeltes Thema. In englischsprachigen Ländern heißt „Burnout“ ausgebrannt oder erschöpft und hat nicht die im Deutschen durch das englische Wort vermittelte „wissenschaftliche Aura“.

Eine Fülle von Befunden zeigt, dass Depressionen in hohem Maße eigenständige Erkrankungen sind, die weniger von äußeren Belastungsfaktoren abhängen, als von Laien, aber auch von unerfahrenen Kollegen oft angenommen wird. An dieser Stelle sollen hierfür nur drei Argumente angeführt werden:

- Depressionen unterscheiden sich subjektiv und objektiv von Reaktionen auf schwierige Lebensumstände. Betroffene berichten in der Regel, dass sie sich in der depressiven Episode völlig anders gefühlt haben, als nach Kränkungen, Verlusterlebnissen oder während chronischen Überforderungen und Stresssituationen. Auch für den erfahrenen Kliniker ist es an einer Reihe von Krankheitszeichen in der Regel gut möglich, eine depressive Erkrankung von Reaktionen auf die gerade im Alter häufigen Bitternisse des Lebens abzugrenzen. So spricht eine Neigung zu Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen, die Unfähigkeit, irgendwelche Gefühle wahrnehmen zu können („Gefühl der Gefühllosigkeit“), eine permanente innere Anspannung („ich fühle mich permanent wie vor einer Prüfung“), ein starrer Affekt ohne Modulation der

Psychomotorik während der Unterhaltung, Wahnsymptome, frühere depressive Episoden oder eine familiäre Belastung hinsichtlich affektiver Störungen für das Vorliegen einer eigenständigen depressiven Erkrankung.

- Die Depression ist immer mit dem Mechanismus verbunden, dass bestehende negative Aspekte im jeweiligen Leben fokussiert, drastisch vergrößert und in das Zentrum des Lebens gerückt werden. Im Studium ist das vielleicht eine nicht bestandene Prüfung, im Berufsleben stellt sich dann in der depressiven Episode das Gefühl der Überforderung ein und im Rentenalter schließlich sind es vielleicht gesundheitliche Sorgen. Die Depression wird sozusagen immer fündig und Zurückhaltung ist angebracht, diese scheinbaren Ursachen als Erklärung zu akzeptieren. Depressionen sind eigenständige Erkrankungen. Bei Depressionen im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung wird dies auch dem Laien deutlich, sobald es über Nacht zu einem Umkippen in eine manische Episode kommt. Lehrreich ist auch eine große Studie aus England. In Kooperation mit knapp 600 Hausarztpraxen wurden die Krankenakten von Millionen von Patienten über mehrere Jahre gesammelt. In diesem Zeitraum kam es insgesamt zu 873 Suiziden. Nun war es möglich zu überprüfen, wie viele der Suizidopfer mindestens eine schwere Erkrankung aus einer Liste von zwölf Erkrankungen hatten, zu denen Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Epilepsie, Asthma u. a. zählten. Gefunden wurde nun, dass bei 38,7 der Suizidopfern mindestens eine dieser schweren Erkrankungen vorlag. Bei Vergleich mit über 17.000 Kontrollen mit vergleichbarem Alter und Geschlecht lag diese Zahl bei 37 Prozent, d. h. nur unwesentlich darunter. 3,4 Prozent der Suizidopfer hatten die Diagnose Krebs, 3,2 Prozent der Kontrollen. Dies zeigt eindrücklich, dass der Gedanke, die Sorge und Verzweiflung durch eine Krebsdiagnose sei ein Grund für Suizide, in der Regel falsch ist, so naheliegend dieser auch zu sein scheint. Zurückhaltung mit plausibel erscheinenden psychologischen Erklärungen für Suizide ist angebracht. Depression ist nicht nur, aber auch, eine eigenständige Hirnerkrankung.
- In einer prospektiven epidemiologischen Verlaufsstudie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie wurden Personen im Abstand von zehn Jahren bezüglich psychischer Erkrankungen und verschiedenster Merkmale des Arbeitsplatzes und der Arbeitstätigkeit befragt. Hauptergebnis war, dass zum einen psychische Erkrankungen in diesen zehn Jahren nicht häufiger geworden

sind und zweitens, dass Merkmale der Arbeitstätigkeit und des Arbeitsplatzes keinen Einfluss auf das Risiko des Wiederauftretens von psychischen Erkrankungen hatten. Die Stärke dieser Arbeit liegt in ihrer längsschnittlichen, stringenten Methodik und widerspricht der weit verbreiteten Vorstellung, dass Arbeitsplatzbedingungen eine Hauptursache für das Auftreten von Depressionen seien. Sie widerspricht jedoch selbstverständlich nicht der Tatsache, dass ungünstige Arbeitsplatzbedingungen einen massiven Einfluss auf Lebensqualität, Wohlbefinden und möglicherweise andere Erkrankungen, wie Bluthochdruck haben können. Als Ursache einer depressiven Erkrankung sind sie jedoch weniger bedeutsam.

2.3. Behandlung

Die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva und die Psychotherapie sind die beiden wichtigsten Behandlungssäulen der Depression. Bei der Psychotherapie liegen die besten Wirksamkeitsbelege für das Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie vor. Eine Metaanalyse, in der eine offene Behandlung mit Psychotherapie mit einer offenen Behandlung mit Antidepressiva bei depressiv Erkrankten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit verglichen wurde, ergab eine signifikante, wenn auch leichte Überlegenheit der Pharmakotherapie (Number needed to treat von 14, Cuijpers et al. 2015).

Als weitere auch in den deutschen S3-Leitlinien empfohlene Behandlung ist die Lichttherapie zu nennen, die insbesondere bei der saisonal abhängigen Depression (Winterdepression) wirksam ist, die Wachtherapie (meist im stationären Setting) und die Elektrokrampfbehandlung bei therapieresistenten Depressionen und insbesondere bei wahnhaften Depressionen. Genannt sind zudem körperliches Training und als Möglichkeit die repetitive transkranielle Magnetstimulation, bei der durch rasch wechselnde starke Magnetfelder Ströme in bestimmten Hirnarealen induziert werden.

2.4. Ausblick

Die dramatische Zunahme der Diagnosehäufigkeit von Depressionen und die damit verbundene Verschiebung von Patientenströmen hat zu einer spürbaren Verschärfung der Versorgungsengpässe bezüglich fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung geführt, verbunden mit längeren Wartezeiten. Vor diesem Hintergrund werden die neuen Möglichkeiten digitaler Psychotherapie- und Selbstmanagementprogramme, für die gute Wirksamkeitsbelege

ge bei der Behandlung der Depression vorliegen, immer bedeutsamer. Für derartige digitale Psychotherapie- und Selbstmanagementprogramme ist in Metaanalysen eine gleich gute Wirksamkeit wie für Face-to-Face-Psychotherapie gezeigt worden, jedoch nur, wenn diese Programme professionell begleitet werden.

Ein in Deutschland kostenfrei angebotenes Programm ist das in einem europäischen Konsensusprozess entwickelte iFightDepression-Tool, das von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de) angeboten wird und in über zehn Sprachen inklusive einer arabischen Version vorliegt. Auch hier ist eine professionelle Begleitung durch einen Arzt oder einen Psychotherapeuten obligatorisch, die sich zuvor über ein e-Learning-Tool mit dem iFightDepression-Tool vertraut machen müssen, um auch eine entsprechende Begleitung anbieten zu können. Ungeklärt ist bisher die Frage der Abrechenbarkeit derartiger e-Mental-Health-Angebote im Rahmen der Regelversorgung. Nötig ist eine Intensivierung der Forschung zu neuen pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Behandlungsverfahren. Die Tatsache, dass allein durch einen Schlafentzug bei der Mehrheit der Patienten eine abrupte, wenn auch leider nur vorübergehende Besserung zu erzielen ist, zeigt, dass es möglich sein sollte, neue Behandlungsansätze mit besserer und rascherer antidepressiver Wirkung zu entdecken.

Literatur

- Bühler B, Kocalevent R, Berger R, Mahler A, Preiss B, Liwowsky I, Carl P, Hegerl U (2013): Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Störungen. *Nervenarzt* 84: 603-607.
- Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS; Scientific Advisory Board and the Executive Committee of the Grand Challenges on Global Mental Health, Anderson IA, Dhansay MA, Phillips A, Shurin S, Walport M, Ewart W, Savill SJ, Bordin IA, Costello EJ, Durkin M, Fairburn C, Glass RI, Hall W, Huang Y, Hyman SE, Jamison K, Kaaya S, Kapur S, Kleinman A, Ogunniyi A, Otero-Ojeda A, Poo MM, Ravindranath V, Sahakian BJ, Saxena S, Singer PA, Stein DJ (2011): Grand challenges in global mental health. *Nature* 475: 27-30.
- Cooper C, Sommerlad A, Lyketsos CG, Livingston G (2015): Modifiable Predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 172: 323-334.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Andersson G, Li J, Mergl R, Hegerl U (2015): The effects of blinding on the outcomes of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* 30: 685-693.
- Dotson VM, Beydoun MA, Zonderman AB (2010): Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology* 75:27-34.
- Jacobi et al. (2016): Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH).
- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. (2017): Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* 390: 2673 – 2734
- Liwowsky I, Mergl R, Allgeier AK, Hegerl U (2011): Prävalenz psychischer Störungen bei älteren Langzeitarbeitslosen – Ein Vergleich von Ergebnissen aus dem Projekt KompAQT mit Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey. *Neuropsychiatrie* 25: 36-43.
- Paul E, Mergl R, Hegerl U (2017): Has information on suicide methods provided via the internet negatively impacted suicide rates? *PLoS One* 12: e0190136.
- Stock S, Ihle, P, Simic D, Rupprecht C, Schubert I, Lappe V, Kalbe E, Tebest R, Lorrek K (2018): Prävalenz von Demenz bei Versicherten mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 4: 404 – 411.
- Vogelgsang J, Wiltfang J, Klafki HW. (2018): Validation of a Chemiluminescence Immunoassay for Measuring Amyloid- β in Human Blood Plasma. *Methods Mol Biol.* 1750:111-124.

E-Mail-Kontakt:
ulrich.hegerl@medizin.uni-leipzig.de

PROF. DR. ULRICH HEGERL



Professor Dr. Ulrich Hegerl ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig. Er leitet die „European Alliance Against Depression“ (www.EAAD.net) und verschiedene europäische Verbundprojekte. Weiterhin ist er der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Vorsitzender des Deutschen Bündnisses gegen Depression und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer. Seine Forschungsschwerpunkte sind psychosoziale und neurobiologische Aspekte affektiver Störungen und Prävention suizidalen Verhaltens. Für das Projekt „European Alliance Against Depression“ wurde er mit dem „European Health Award“ (1. Platz) ausgezeichnet.

Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?

Direkte und indirekte Kosten bei der Demenz: Welche Versorgungskonzepte sind tragfähig?

PROF. DR. VOLKER ULRICH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III, INSB. FINANZWISSENSCHAFT,
UNIVERSITÄT BAYREUTH



Das Thema Demenz wird in unserer Gesellschaft zwar nicht mehr tabuisiert, löst aber in vielen Fällen nach wie vor Ratlosigkeit, Betroffenheit, Ängste und teilweise auch Stigmatisierung aus. Demenzen sind im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte häufige Erkrankungen geworden und treten typischerweise im fortgeschrittenen Lebensalter auf. Da Deutschland einer demographischen Alterung unterliegt, ist davon auszugehen, dass die Zahl der demenziell Erkrankten auch bei unveränderten Inzidenzraten weiter steigt.

Einleitung

Viele Menschen leben länger und gesünder und die Bevölkerung verzeichnet somit auch einen größeren Anteil älterer Personen. Der Weltzheimer-Bericht (ADI 2016) bestätigt, dass es viele Millionen Menschen gibt, die mit Alzheimer oder anderen Demenzkrankheiten leben. Dieser Bericht und alle früheren Studien zeigen, was zu erwarten ist, wenn die gegenwärtige Anzahl Menschen, die mit Demenz leben, weiter zunehmen wird. Die Zahl der Erkrankten steigt vor allem in Ländern mit niedrigem Durchschnittseinkommen. Dort lebt heute mit 58 Prozent bereits mehr als die Hälfte aller Demenzpatienten. 2050 könnten es 68 Prozent sein (Weltbank). Auch die Kosten für die Behandlung werden steigen: Heute werden jährlich 818 Mrd. US-Dollar aufgewendet, in drei Jahren könnten es bereits mehr als eine Billion sein. Wäre die weltweite Demenzbehandlung eine Nation, hätte sie die achtzehntgrößte Volkswirtschaft (ADI 2011, Gustavsson et al. 2010, Wimo et al. 2013).

Neuere Forschungsergebnisse lassen Hoffnung aufkommen, dass trotz hoher Prävalenzen die Inzidenz von Demenzerkrankungen in den entwickelten Ländern nicht weiter ansteigt. Das legen Studien in Schweden, England sowie in den USA nahe (Welt vom 24.11.2017). Hauptgründe für eine positive Entwicklung könnten eine bessere Lebensführung mit mehr Bewegung und gesunder Ernährung sowie insgesamt ein besserer Bildungsstand sein.

Aktuelle Zahlen für Deutschland spiegeln diese Entwicklung noch nicht wider (vgl. Bickel 2016):

- Zwei Drittel der geschätzten 1,6 Millionen Demenzkranken in Deutschland haben bereits das 80. Lebensjahr erreicht.

- Alzheimer-Demenz ist mit etwa 60 Prozent die häufigste Form einer demenziellen Erkrankung.
- Bei einer weiter steigenden Lebenserwartung ist zugleich von einer zunehmenden Prävalenz auszugehen.
- Bis zum Jahr 2050 werden in Deutschland 2,6 Millionen Demenzkranke prognostiziert. Gegenüber heute entspricht das einer Verdoppelung.

Diese Entwicklung stellt insbesondere die Gesellschaft aber auch die Volkswirtschaft vor große Herausforderungen mit Blick auf die Versorgung der erkrankten Menschen und die Finanzierung der anfallenden direkten und indirekten Kosten.

Der Beitrag analysiert die bestehenden Versorgungsansätze und fokussiert insbesondere auf Aspekte hinsichtlich der informellen Pflege zu Hause im Vergleich zur Heimpflege. Die Betreuung durch Angehörige wird zwar in den allermeisten Fällen als erstbeste Lösung angesehen, da die Versorgung in Heimen als zu unpersönlich, zu bürokratisch und zu teuer bewertet wird. Diese traditionelle Sichtweise muss aber überdacht werden vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, welche den Möglichkeiten der informellen Pflege zu Hause zunehmend Grenzen setzt und auch vor dem Hintergrund, dass in einer ökonomischen Betrachtung die direkten und indirekten Kosten der pflegenden Angehörigen („informellen Pflegekosten“) bei einer Bewertung zu berücksichtigen sind. Neuere Studien zeigen, dass die informelle Pflege zu Hause mit höheren Kosten

einhergeht als die Heimpflege, wenn die Leistungen der pflegenden Angehörigen monetär bewertet werden, d.h. wenn das Opportunitätskostenprinzip Anwendung findet.

Versorgungsbedarf Alzheimer-Demenz-Erkrankung

Die Behandlung und insbesondere die langfristige Pflege von Demenzpatienten stellen eine wachsende Herausforderung für die Gesellschaft, aber auch für die Volkswirtschaft dar. Zurzeit leben etwa 1,6 Millionen Demenzkranke im Alter über 65 Jahren in Deutschland, das sind 1,5 Prozent der Bevölkerung (vgl. Tabelle 1). Weltweit gehen die Schätzungen von 36 Millionen Demenzpatienten aus, wobei die Alzheimer Demenz mit 65 Prozent den größten Anteil an allen Demenzen ausmacht. Die höchsten Prävalenzen findet man nicht in den entwickelten Volkswirtschaften, sondern in den aufstrebenden Ländern Lateinamerikas, die wirtschaftlich aufholen, eine steigende Lebenserwartung aufweisen und dadurch auch steigende Zahlen an Demenzerkrankten verzeichnen. Das „Lebensrisiko Langlebigkeit“ zeigt sich somit nahezu weltweit in hohen und ansteigenden Zahlen pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen.

Die Zahl der Demenz-Kranken nach Kontinenten und die prognostizierte Entwicklung bis 2050 zeigt Abbildung 1. Auch hier erkennt man einen starken Anstieg weltweit von über 200 Prozent zwischen den Jahren 2010 und 2050, der sich zwar auf allen Kontinenten zeigt, insbesondere

„Lebensrisiko Langlebigkeit“: Fast weltweit steigt die Zahl pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen

Kennzahlen	Ausprägung
Demenz-Kranke weltweit	46,8 Mio.
Anteil Alzheimer-Demenz an allen Demenzen	65%
Höchste Prävalenz bei über 60-Jährigen in Lateinamerika	8,5%
Demenzkranke in Deutschland: >65 Jahre	1,6 Mio.
Prognose des Anteils 2060 (Deutschland)	34%
Bevölkerungsanteil der Demenzkranken in Deutschland	1,5%
Pflegebedürftige Menschen weltweit	350 Mio.
Prognose der Zahl Demenzkranker 2050 (weltweit)	115 Mio.

Quelle: statista 2017, Alzheimer's Disease International 2016, Alzheimer's Association 2013.



Tabelle 1: Stilisierte Fakten zur Alzheimer-Demenz-Erkrankung.

Demenz-Erkrankungen als globale Herausforderung

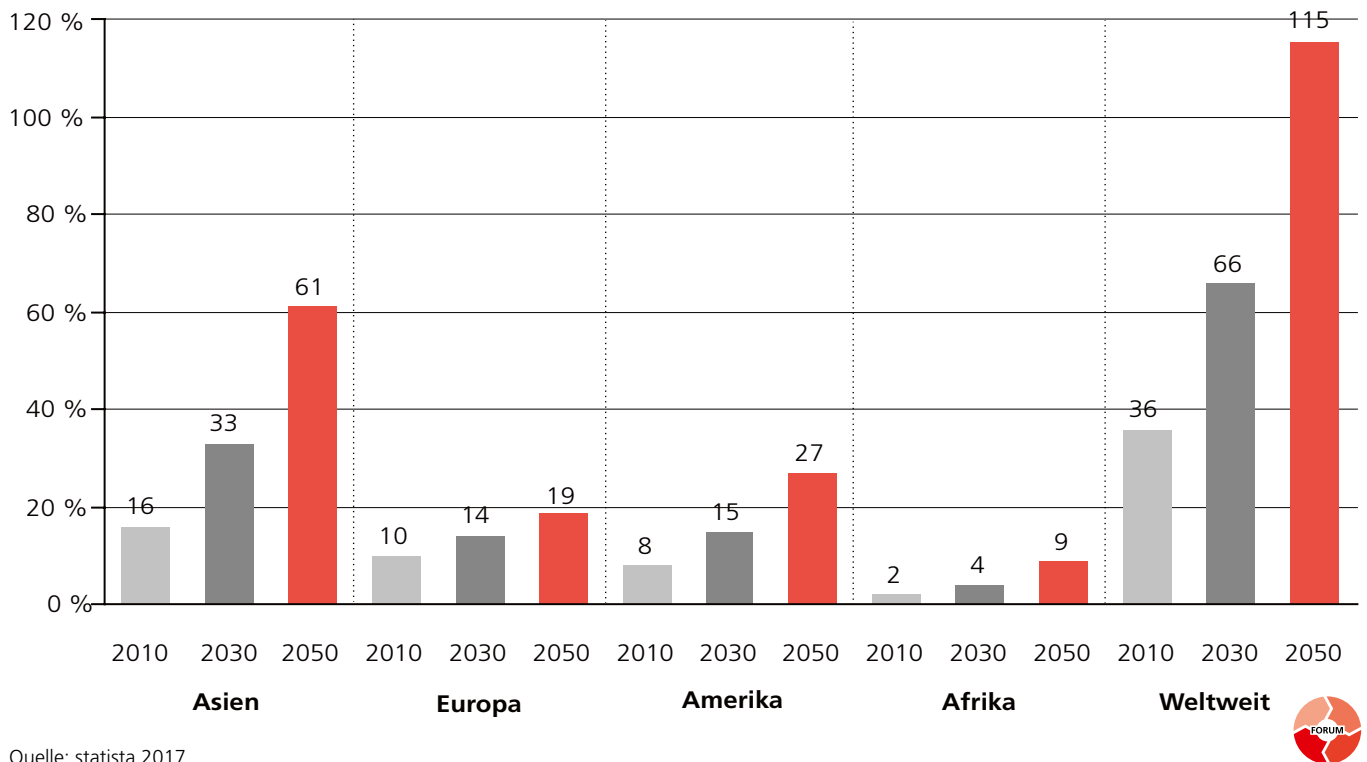


Abbildung 1: Die größten Steigerungsraten bei den Demenz-Erkrankten werden für Asien und Afrika prognostiziert.

aber in Afrika (350 Prozent) und Asien (300 Prozent) stattfinden wird. In einem gewissen Sinne kann man diese Entwicklung auch als ein Paradoxon bezeichnen, da erst die Verbesserung der Gesundheitsversorgung eine verbesserte Diagnostik ermöglicht und damit auch erst das gewaltige Ausmaß der Erkrankung erkennbar wird. Dies gilt insbesondere in den Ländern Lateinamerikas, hier werden große Anstrengungen unternommen, um das Bewusstsein für diese Krankheit zu erhöhen. Allerdings gibt es nach wie vor auch große Gegensätze in einzelnen Regionen, in denen die neuen Informationen und Erkenntnisse über das Krankheitsbild Alzheimer-Demenz noch nicht angekommen sind.

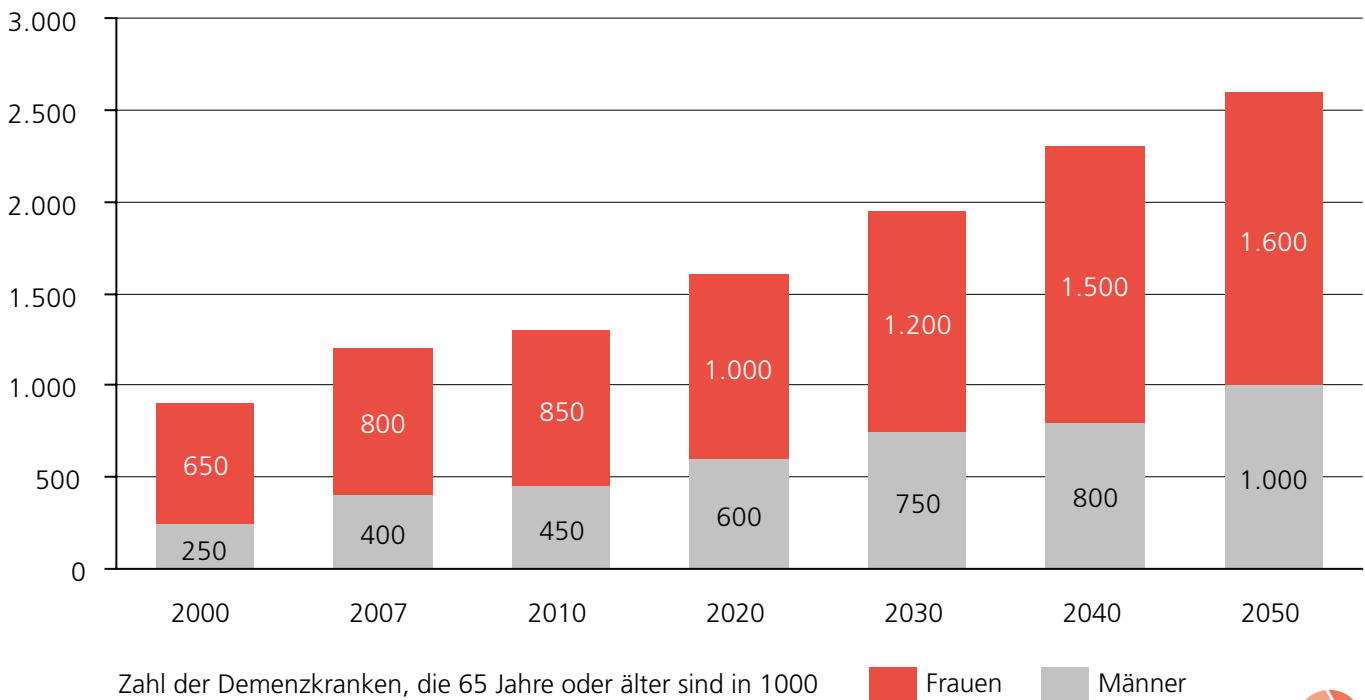
Mit Blick auf die Situation in Deutschland zeigt Abbildung 2, dass Demenz-Erkrankungen einen klaren Altersgradienten aufweisen, d.h. die Zahl der Erkrankten steigt mit dem Lebensalter (hier 65 Jahre und älter) bis zum Jahr 2050 deutlich an. Vom Jahr 2018 aus betrachtet, kommt es bis 2050 zu einer Verdopplung der Krankheitszahlen. Man erkennt auch, dass die Zahl der prognostizierten Demenz-Patienten bei den Frauen höher ausfällt als bei den Männern, was auch dem Umstand geschuldet ist, dass

Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen. Weiterhin zeigen Studien, dass sich die Krankenziffer im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren verdoppelt und von etwas mehr als ein Prozent in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen auf rund 40 Prozent unter den über 90-Jährigen zunimmt (ADI 2016).

Um die Herausforderungen zu bestehen, ist eine differenzierte Sicht auf die Erkrankung erforderlich, bei der verschiedene Faktoren zu beachten sind. Die in vielen Fällen gewünschte Versorgung in der Familie wird aufgrund demographischer und familiärer gesellschaftlicher Veränderungen schwieriger bzw. langfristig nicht mehr im bisherigen Ausmaß möglich sein. Der Bau und der Betrieb von Pflegeheimen ist zum einen teuer und zum anderen steht bereits heute zu wenig qualifiziertes Personal zur Verfügung.

Die Bundesregierung will den Mangel an Pflegekräften durch mehr Personal aus dem Ausland bekämpfen. Dazu muss die ausländische Qualifikation zum einen mit der deutschen gleichwertig sein und zum anderen muss die Anerkennung der Abschlüsse beschleunigt werden. Falls es sich hierbei aber um Fachkräfte handelt, die aus Län-

Altersgradienten bei Demenzerkrankungen



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012.



Abbildung 2: Ausgehend vom Jahr 2018 kann es bis 2050 in Deutschland zu einer Verdoppelung der Zahl der Erkrankten kommen.

dem mit einer ähnlichen demographischen Entwicklung stammen, muss auch die Gefahr eines „Brain drain“ beachtet werden, d.h. der Abzug von Fachkräften in diesen Ländern in größerem Ausmaß trägt zu negativen Folgen und neuen Problemen in anderen Ländern bei.

Gesetzlich ist zunächst ein Tropfen auf dem heißen Stein vorgesehen, nämlich zusätzliche 8000 Pflegekräfte, die aber auch erst einmal gefunden und auch entsprechend (tariflich) bezahlt werden müssen. Derzeit gibt es rund 17.000 offene Stellen im Pflegebereich (vgl. FAZ 2018), hier können 8.000 neue Stellen nur einen Anfang darstellen. Die Bundesregierung will auch dafür werben, dass ausgebildete Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, zurückkommen. Sicherlich ist es auch erforderlich, weitere Pflegekräfte in Deutschland auszubilden.

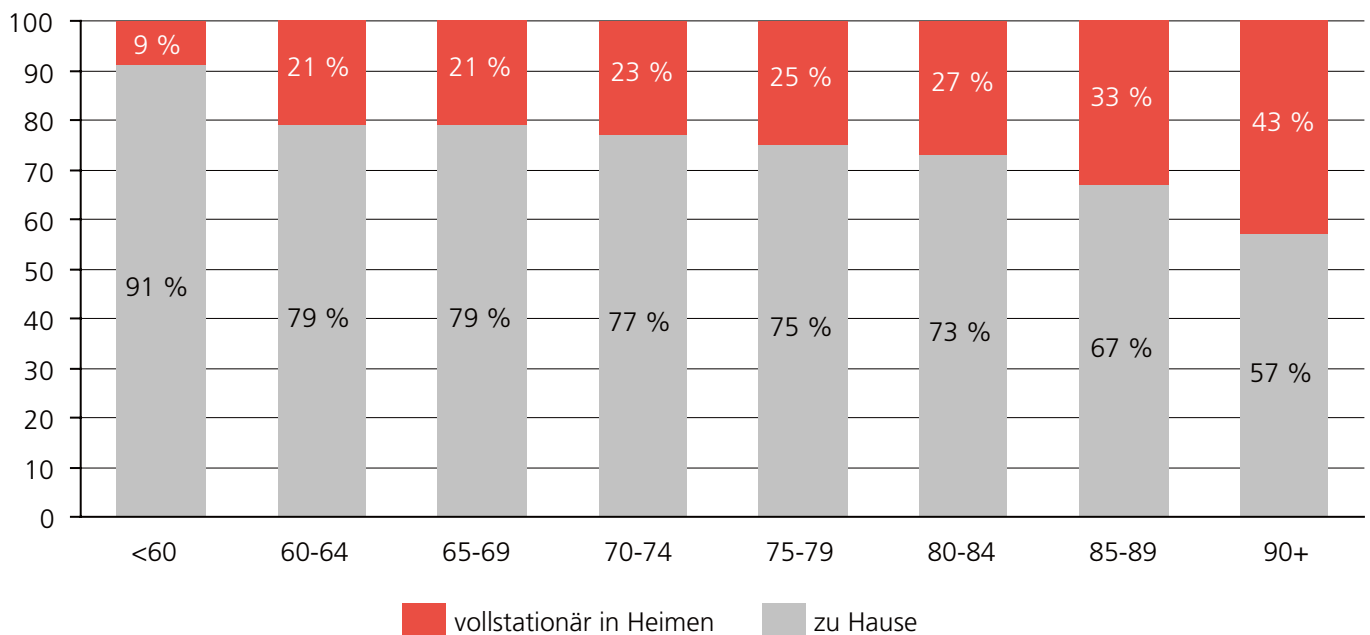
Ein weiterer Aspekt ist, dass gegenwärtig die Aufklärung über diese Erkrankung noch nicht optimal ist. Demenz wird künftig unausweichlich ein Teil des Alterns sein. Menschen mit Demenz können aber über einen längeren Zeitraum noch ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen, wenn ihre Umgebung darauf eingestellt ist. Es gibt viele

Ideen und Modelle, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in allen Stadien der Erkrankung zu fördern. Und es gibt viele Möglichkeiten, den pflegenden Angehörigen, die heute die Hauptlast tragen, etwas davon abzunehmen (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011).

Die beiden nächsten Abbildungen informieren über die aktuelle Versorgung pflegebedürftiger Personen in Deutschland. Abbildung 3 zeigt, dass im Jahr 2015 etwa 90 Prozent der Pflegebedürftigen im Alter unter 60 Jahren zu Hause gepflegt wurden, lediglich zehn Prozent waren vollstationär in einem Pflegeheim untergebracht. Der Anteil der zu Hause Gepflegten sinkt auf 60 Prozent für Menschen, die 90 Jahre und älter sind. Andererseits bedeutet das auch, dass selbst in einem sehr hohen Alter immer noch 40 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause betreut werden.

Abbildung 4 zeigt die Art der Versorgung über alle Altersgruppen hinweg. 48 Prozent der pflegebedürftigen Personen werden alleine durch Angehörige zu Hause versorgt, 24 Prozent ebenfalls zu Hause, aber mit der Unterstützung ambulanter Pflegedienste und 27 Prozent sind vollstationär in Heimen versorgt.

Pflegebedürftigkeit in Deutschland I



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2017, demografie-portal.de.



Abbildung 3: Mit steigendem Lebensalter sinkt der Anteil derer, die zu Hause gepflegt werden.

Gesundheitsökonomische Aspekte

Unter gesundheitsökonomischen Aspekten geht es nicht nur um eine medizinisch optimale Versorgung der Demenz-Patienten, sondern auch um die ökonomisch optimale Versorgung, welche Kosten- und Nutzen-Aspekte umfasst. Abbildung 5 zeigt die Einflusskanäle der Demenz auf die Ressourcen des Gesundheitswesens. In der Klassifikation des Robert Koch-Instituts manifestiert sich die Altersdemenz zunächst als psychische Beeinträchtigung und Verhaltensstörung, die eine Schnittstelle zum Gesundheitssystem besitzt. Diese Schnittstelle sind hier Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten, welche selbst wiederum einen Teil des Gesundheitssystemmodells bzw. allgemeiner der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens bilden. Krankheiten beeinflussen nicht nur die gesundheitliche Lage, sondern führen auch zu einer Inanspruchnahme des Systems und verursachen direkte und indirekte Kosten.

Während die medizinisch optimale Versorgung üblicherweise dort liegt, wo der Arzt nicht weiter dem Patienten helfen kann (Grenznutzen einer medizinischen Leistung ist Null), orientiert sich die ökonomisch optimale Versorgung sowohl am Grenznutzen als auch an den Grenzkosten. Die ökonomisch optimale Versorgung liegt dabei im

Schnittpunkt von Grenznutzen und Grenzkosten und fällt üblicherweise geringer aus als die medizinisch optimale Versorgung (solange die Grenzkosten nicht Null sind). Der Blickwinkel sowohl auf die Grenznutzen als auch auf die Grenzkosten liefert auch Hinweise für die optimale Versorgungsstruktur. In Behandlungsbereichen, die bereits sehr ausgebaut wurden, ist ein weiterer Zusatznutzen nur sehr schwer zu erzielen, da die Grenznutzenkurve fallend verläuft. Je mehr Maßnahmen bereits durchgeführt wurden, desto schwieriger ist es, durch weitere Maßnahmen noch Nutzenzuwächse zu erzielen.

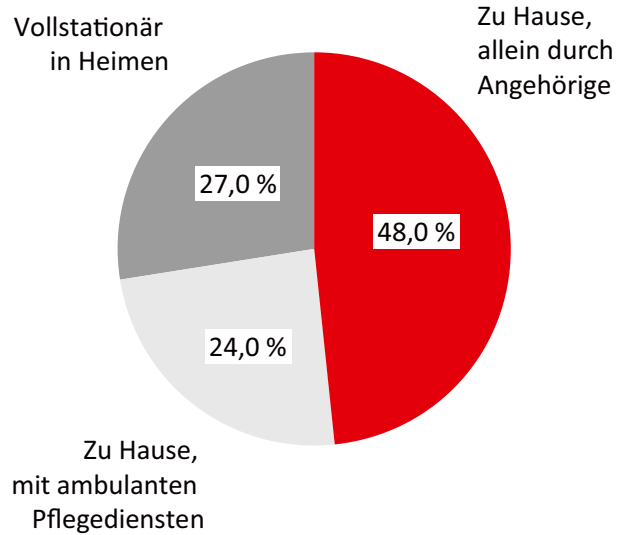
Genau umgekehrt verhält es sich bei Maßnahmen aus Behandlungsbereichen, die bislang eher wenig angewendet wurden, bspw. präventive Maßnahmen. Hier werden weitere Maßnahmen mit einem relativ hohen Grenznutzen einhergehen, so dass eine optimale Versorgungsstruktur dann in weniger Therapie und mehr Prävention bestehen würde.

Zu den gesundheitsökonomischen Fragen zählen auch Analysen zur optimalen Versorgungsstruktur. Die Indikationsqualität misst beispielsweise, ob ein Patient sich im Gesundheitssystem an der Stelle befindet, an der er medizinisch und ökonomisch optimal versorgt wird. In Deutschland werden über 90 Prozent der Demenz-Kranken von

ihrem Hausarzt (Allgemeinarzt, Internist) behandelt. Grundsätzlich sollten Hausärzte in der Lage sein, demenzielle Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der älteren Bevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patienten vertraut sind. Das Wissen vieler Hausärzte über gerontopsychiatrische Erkrankungen ist aber vielfach noch unzureichend (vgl. Robert Koch-Institut 2005).

Eine Reihe von Studien weckt Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose: bei 40 bis 60 Prozent der Demenz-Kranken wird die Erkrankung übersehen und nicht rechtzeitig entdeckt. Wie am Beispiel einer Studie in Mannheimer Hausarztpraxen gezeigt werden konnte, kann die Entdeckungsrate demenzieller Erkrankungen jedoch erheblich gesteigert werden (vgl. Robert Koch-Institut 2005). Mit Hilfe eines kurzen Leitfadens zur Einstufung unterschiedlicher Grade von kognitiver Beeinträchtigung konnten Hausärzte 92 Prozent aller demenziellen Syndrome bei ihren Patienten erkennen. Demenz-Kranke werden weiterhin relativ selten in psychiatrisch/neurologische Einrichtungen überwiesen. Während noch zwei Drittel derjenigen, die vor dem 75. Lebensjahr erkrankt waren, von einem

Pflegebedürftigkeit in Deutschland II

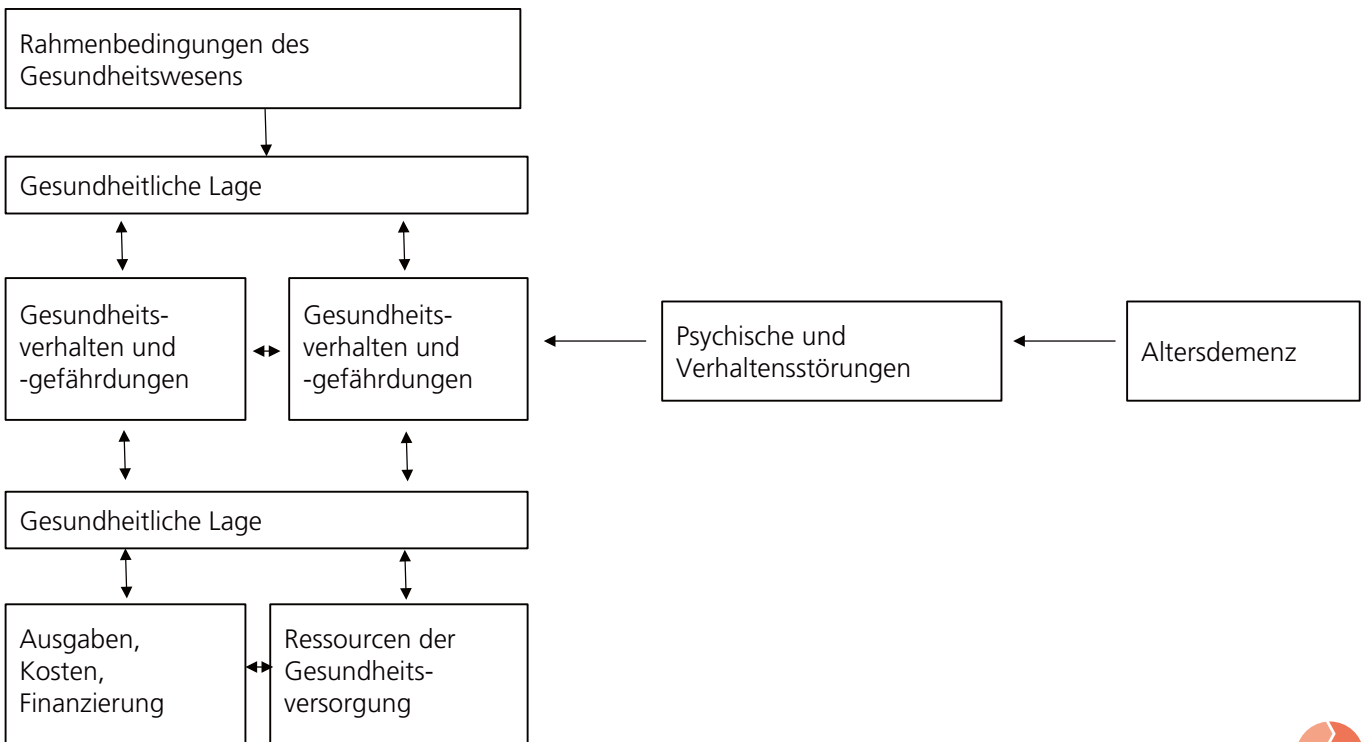


Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2017, demografie-portal.de.



Abbildung 4: Über alle Altersstufen hinweg ist rund ein Viertel (27 Prozent) der Pflegebedürftigen vollstationär untergebracht.

Einflusskanäle der Demenz auf die Ressourcen des Gesundheitswesens

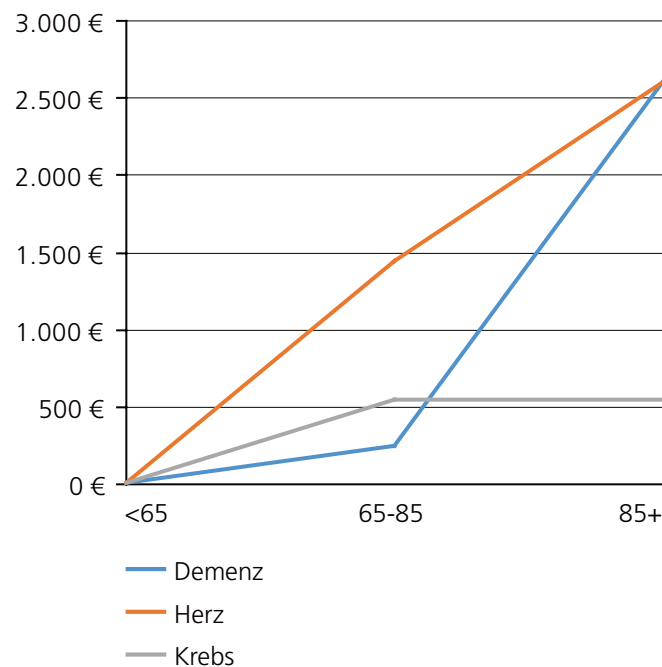


Quelle: Robert-Koch-Institut 2005.



Abbildung 5: Krankheiten beeinflussen nicht nur die gesundheitliche Lage, sondern verursachen auch direkte und indirekte Kosten.

Kostenverläufe bei ausgewählten Krankheiten



Pro-Kopf-Kosten von Krankheiten nach Altersgruppen in Deutschland, 2008



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012.

Abbildung 6: Kostenverläufe sind von der Art der Erkrankung und vom Lebensalter des Patienten abhängig.

Psychiater untersucht worden waren, waren es bei denjenigen, die erst im Alter von mehr als 90 Jahren erkrankt waren, lediglich noch zehn Prozent. Eine bessere Nutzung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten könnte den Krankheitsverlauf zumindest zeitlich verzögern sowie wichtige Informationen für die Lebensplanung Demenz-Kranker und ihrer Angehörigen liefern.

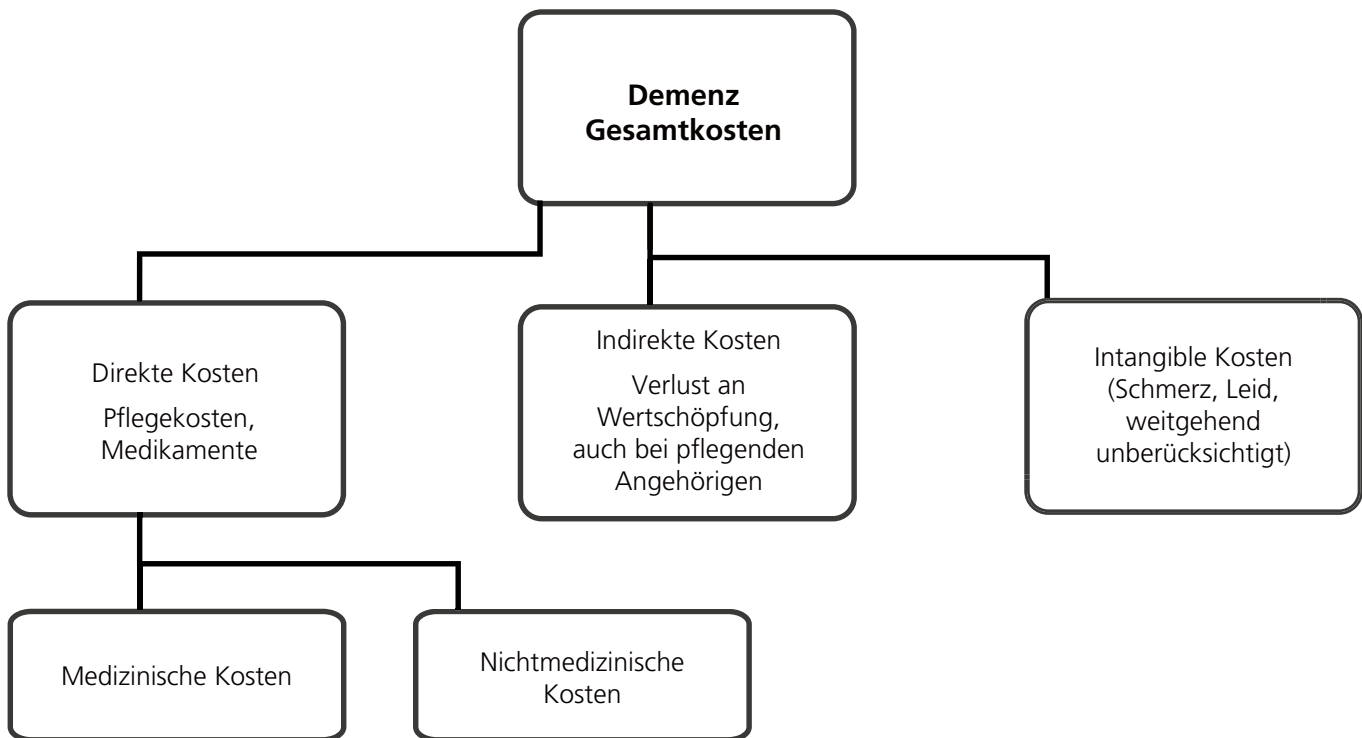
Abbildung 6 zeigt sehr unterschiedliche Kostenverläufe ausgewählter Krankheiten. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen sich linear mit dem Alter steigende Behandlungsausgaben. Krebserkrankungen sind dagegen überwiegend in den Jahren zwischen 65 und 85 teuer. Danach verlaufen die Behandlungsausgaben waagrecht, d.h. sie steigen nicht mehr an. Abbildung 6 enthält Pro-Kopf-Werte, das heißt, dass für an Krebs erkrankte Menschen im Alter zwischen 65 und 85 höhere Behandlungskosten anfallen im Vergleich zu Personen, die älter als 85 Jahre sind. Dahinter verbergen sich mehrere Effekte. Zum einen korrelieren Gesundheitsausgaben grundsätzlich mit dem Alter, d.h. ältere Menschen nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch.

Zum anderen ist bekannt, dass in den sehr hohen Altersklassen die Gesundheitsausgaben auch wieder zurückgehen, d.h. zur Lebenserhaltung einer 90-jährigen Person werden insgesamt weniger Gesundheitsleistungen eingesetzt als bei jüngeren Patienten.

Und drittens ist empirisch ebenfalls gut belegt, dass die Sterbekosten in Deutschland sehr hoch sind, d.h. dass insbesondere im letzten Lebensjahr hohe Gesundheitsausgaben anfallen, die aber auch mit dem Lebensalter sinken. Unter diesem Aspekt geht ein 65-jährig Versterbender mit höheren Leistungsausgaben einher als ein 85-Jähriger. Weiterhin zeigt der Linienvverlauf in Abbildung 6, dass erwartungsgemäß unterschiedliche Kostenverläufe zwischen chronischen und akuten Erkrankungen vorliegen.

Während chronische Erkrankungen üblicherweise einen steigenden Ausgabenverlauf aufweisen, da sie nicht direkt zum Tod führen und über einen längeren Zeitraum steigende Ausgabenprofile verzeichnen, verursachen akute Krankheiten Ausgaben, die sich insbesondere auf zeitlich begrenzte Zeitintervalle konzentrieren. Eine aus der gesund-

Direkte und indirekte Kosten der Demenz



Quelle: Eigene Abbildung.



Abbildung 7: Als Erkrankung des höheren Lebensalters sind indirekte Kosten bei der Demenz vergleichsweise gering ausgeprägt.

heitsökonomischen Evaluation stammende Unterscheidung besteht im Ausweis direkter und indirekter Kosten von Krankheiten (vgl. Abbildung 7). Direkte Kosten umfassen alle Ausgaben, die für medizinische und nichtmedizinische Leistungen zur Behandlung von Krankheiten aufgewendet werden, darunter fallen ambulante und stationäre Behandlungskosten, Ausgaben für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Medizintechnik, Ausgaben für die Rehabilitation und auch Ausgaben für sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen.¹

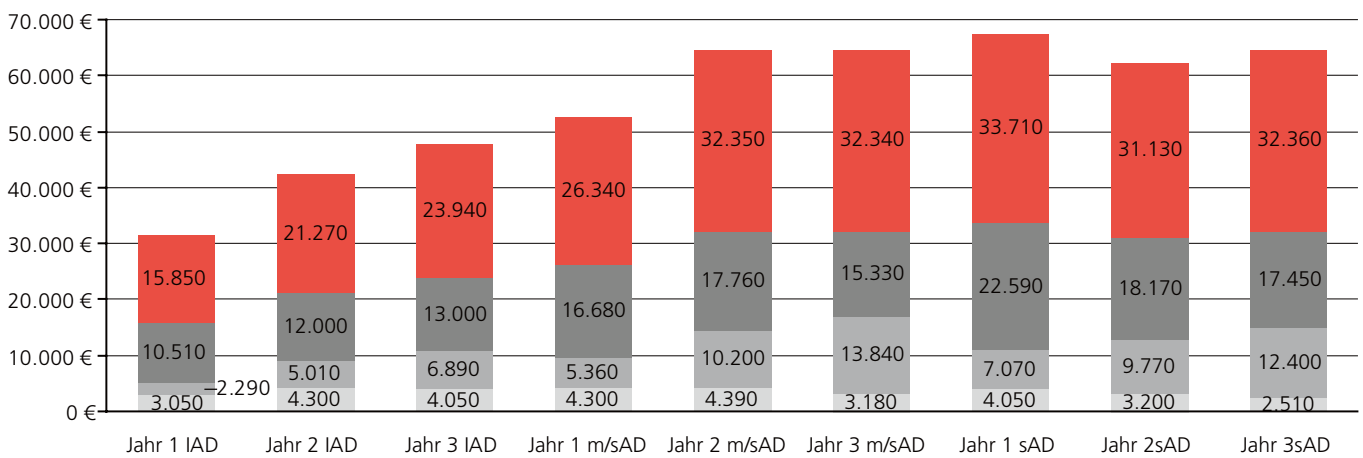
Indirekte Kosten erfassen den durch eine Krankheit verursachten Verlust an Wertschöpfung, da die kranke Person nicht, nur eingeschränkt oder nur mit einer geringeren Produktivität arbeiten kann. Indirekte Kosten quantifizieren somit den gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsverlust durch Krankheit oder Tod, zum Beispiel durch Arbeitsausfall oder durch Reduzierung der Arbeitsleistung. Als dritte Kategorie finden sich in der Literatur die so genannten intangiblen Kosten: sie beschreiben nichtmonetäre Kosten wie Schmerz, Leid oder den Verlust an Lebensqualität.

Da sie in aller Regel nicht quantifiziert werden können, werden sie häufig nur nachrichtlich erwähnt, nicht aber quantitativ oder qualitativ ausgewiesen. Studien konnten zeigen, dass bei vielen Krankheitsbildern die indirekten Kosten im Vergleich zu den direkten Kosten eine vergleichbare Größenordnung besitzen, in einigen Fällen diese sogar dominieren.

Da die Demenz verstärkt in den höheren Altersklassen nach Erreichen des Renteneintritts auftritt, spielen indirekte Kosten bei den Demenz-Patienten keine entscheidende Rolle. Eine wichtige Rolle spielt das Konzept der indirekten Kosten aber mit Blick auf die Alzheimer-Demenz für die pflegenden Angehörigen (informelle Pflegekosten), was in vielen Studien bislang nicht abgemessen berücksichtigt wurde.

Eine internationale Beobachtungsstudie mit Demenz-Patienten vom Alzheimer-Typ und ihren Pflegepersonen im Versorgungsalltag ist die so genannte GERAS-Studie (vgl. Wimo et al. 2013). Ein Zweig der Beobachtungsstudie erfasste für Deutschland über einen 18-Monats-Zeitraum

Zur Bedeutung informeller Pflegekosten



IAD: leichte Alzheimer-Demenz,
m/sAD: mittlere bis schwere Alzheimer-Demenz
sAD: schwere Alzheimer-Demenz

■ Gesamtkosten
■ informelle Pflegekosten
■ direkte Pflegekosten zur Patientenversorgung
■ Direkte medizinische Kosten Patienten



Quelle: Jacobs et al. 2016.

Abbildung 8: Bei einem schweren Krankheitsverlauf der Alzheimer-Demenz sind die Gesamtkosten nach dem ersten Jahr sogar rückläufig.

(2010-2011) entsprechende Daten. Krankheitsverlauf, medizinische und psychosoziale Folgen als auch die Kostenentwicklung sowohl für Patienten als auch Pflegepersonen wurden mittels in der klinischen Versorgung üblichen Instrumente erfasst. Dabei zeigt sich, dass sich erwartungsgemäß die Kosten für Alzheimer-Patienten mit zunehmender Verschlechterung der Krankheit erhöhen. Interessanter im ökonomischen Kontext ist allerdings, dass sich die informellen Kosten der Pflegenden als der bestimmende Kostenfaktor erweisen.

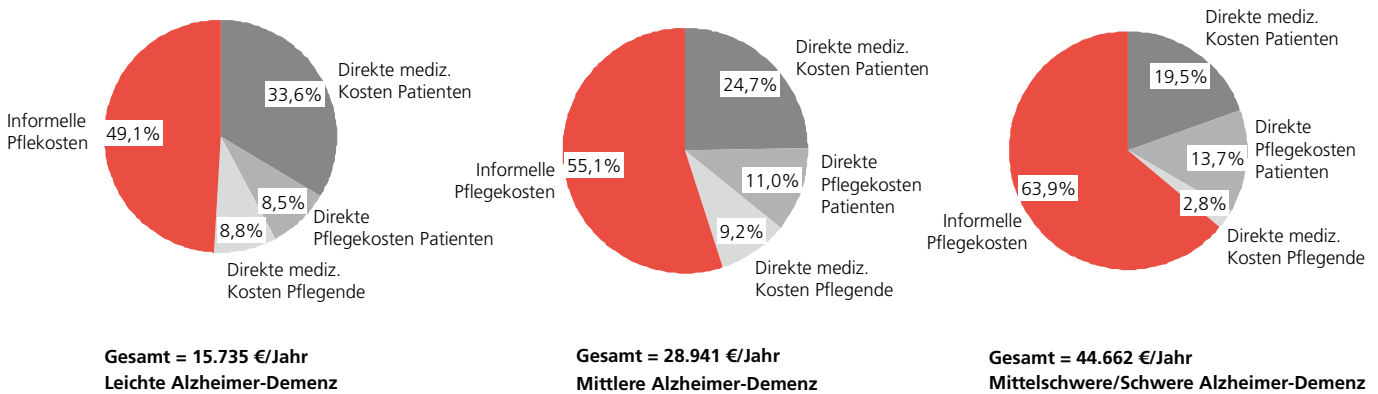
Die durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten unterscheiden sich über 36 Monate in Abhängigkeit vom Alzheimer-Demenz (AD)-Schweregrad in Abhängigkeit von der Erkrankungsdauer (vgl. Boess et al. 2016). Die durchschnittlichen Gesamtkosten für im häuslichen Umfeld versorgte Patienten mit Alzheimer-Demenz im beginnenden Krankheitsstadium (IAD: leichte Alzheimer-Demenz) betragen im ersten Jahr etwa 16.000 und erhöhen sich bis zum dritten Jahr auf 24.000 Euro (vgl. Abbildung 8). Im schweren Stadium (sAD: schwere Alzheimer-Demenz) steigen diese auf über 30.000 Euro, wobei der höchste Kostenanteil in allen Jahren und bei allen Krankheitsstadien (IAD, m/sAD, sAD: mittlere bis schwere Alzheimer-Demenz) auf die informellen Pflegekosten entfällt. Mit Blick auf die erfassten drei Jahre zeigt Abbildung 8, dass die Gesamtkosten in den Jahren 1, 2 und 3 bei einer leichten Alzheimer-Demenz

(IAD) stetig steigen, bei einer mittleren Krankheitsschwere zwischen den Jahren 2 und 3 stagnieren und bei einem schweren Krankheitsverlauf nach dem ersten Jahr sogar rückläufig sind.²

Dies liegt zum einen in rückläufigen direkten medizinischen Kosten für die Patienten, die bei einem mittleren und schweren Krankheitsverlauf ab dem 2. Jahr sinken, zum anderen an den ebenfalls rückläufigen informellen Pflegekosten ab dem 2. Jahr bei den mittleren und schweren Krankheitsverläufen. Zurückführen lässt sich diese Entwicklung darauf, dass bei schwereren Krankheitsverläufen die Patienten dann doch stärker vollstationär in Heimen und nicht länger zu Hause versorgt werden und zum anderen, dass auch die Sterblichkeit bei den schwereren Verläufen nach dem ersten Jahr höher ausfällt im Vergleich zu den leichteren Krankheitsfällen.

Diese Entwicklung spiegelt sich entsprechend in den Veränderungsdaten der Gesamtkosten zwischen den einzelnen Jahren wider. Die Veränderung der Gesamtkosten von Jahr 1 zu 2 steigt bei der IAD (+34,18 Prozent) und bei der m/sAD (+22,8 Prozent), sie sinkt aber bei der sAD (-7,65 Prozent). Der starke Anstieg der Gesamtkosten bei der IAD und m/sAD zwischen Jahr eins und zwei liegt insbesondere an den deutlichen höheren Ausgaben für die Pflege der AD-Patienten und den informellen Pflegekosten (vgl. Abbildung 8). Der Rückgang der Gesamtkosten

Gesellschaftliche Gesamtkosten der Alzheimer-Erkrankung pro Patient und Jahr in Deutschland



Quelle: Boess, T.G. et al. (2016).



Abbildung 9: Die informellen Pflegekosten sind entscheidend für die Gesamtkosten der Alzheimer-Erkrankung.

bei den schweren Krankheitsfällen ab dem 2. Jahr hängt mit der erwähnten höheren Sterblichkeit der Patienten in dieser Gruppe und der Zunahme der Pflegehäufigkeit in Heimen zusammen (vgl. Boess et al. 2016, Jacobs et al. 2016).

Mit Blick auf die Entwicklung der direkten Pflegekosten bei Demenz-Patienten im ersten Jahr finden Nickel et al. (2017) Hinweise, dass körperliche Aktivierung sowie ergo- und psychotherapeutische Verfahren kostenwirksame Interventionen darstellen, die entsprechend häufig verordnet werden. Sicherlich trifft auch zu, dass aufgrund der gegenwärtig unzureichenden medikamentösen Therapieoptionen nicht-medikamentöse Verfahren bei den direkten Pflegekosten im Fokus stehen.

Abbildung 9 zeigt noch einmal, dass die informellen Pflegekosten entscheidend für die Gesamtkosten der Alzheimer-Demenz sind und etwa die Hälfte bis zwei Drittel der gesellschaftlichen Gesamtkosten in dieser Kategorie anfallen. Die hohen Kosten bereits zu Beginn scheinen auch damit zusammenzuhängen, dass die Organisation der informellen Familien- und Angehörigenpflege insbesondere im ersten Jahr schwierig umzusetzen ist und zu hohen Ausgaben führt, die sich danach in den Jahren zwei und drei nicht mehr wesentlich verändern, sondern bei den mittleren und schweren Fällen aus den genannten Gründen sogar zurückgehen.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Zunahme des Schweregrads einer Alzheimer-Demenz-Erkrankung im zeitlichen Verlauf zu höheren Gesamtkosten führt, die aber im Zeitverlauf schwanken können. Falls es gelingen sollte, die leichtere Erkrankungsphase über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten, sollte sich dies auch auf die Kosteneffizienz positiv auswirken. Wie sich die Kosten für die Behandlung und Betreuung der Demenz-Patienten langfristig entwickeln werden, ist heute nur schwer und mit Unsicherheiten abzuschätzen. Eine Behandlung gegen Demenz, die den Verlauf der Krankheit hinausschiebt oder sogar heilt, gibt es noch nicht. Die Mehrzahl der klinischen Studien ist bis heute gescheitert. Allerdings gibt es durch die Entwicklung von Biomarkern auch Fortschritte, da die Medizin schon Jahre, bevor sich eine Demenz zeigt, erkennen kann, wer eine Alzheimer-Demenz bekommen könnte. In der Forschung fehlen bislang aber Quantensprünge, dennoch versteht man eine Demenz-Erkrankung heute besser als früher. Zudem werden Technologien zur Diagnostik oder Gentherapien entwickelt, die langfristig vielleicht sogar zu einer Heilung führen könnten.

Der amerikanische Verband der forschenden Pharmaunternehmen (PhRMA) hat nachgezählt, dass zwischen 1998 und 2014 insgesamt 123 klinische Programme zur Erforschung von Arzneimitteln eingestellt wurden. In der gleichen Zeit schafften es nur vier Kandidaten durch die

Zulassung, dies entspricht einer Quote des Scheiterns von 97 Prozent. Aktuell zählt PhRMA 77 Kandidaten in der Entwicklung, davon immerhin 21 in der klinischen Phase III. Alle bisher verfügbaren Medikamente behandeln zwar kognitive Symptome; sie helfen den Patienten eine Zeit lang mit den Folgen der Hirnerkrankung zurechtzukommen. Bei den Ursachen der Demenz greifen sie bisher allerdings nicht an. Abbildung 10 zeigt, dass die Ausgabenentwicklung bei Alzheimer-Medikamenten entscheidend davon abhängt, ob die Kompressions- oder die Medikalisierungsthese gilt (vgl. Abbildung 10).

Kostenkompression würde bedeuten, dass das Eintreten der Erkrankung im Lebenszyklus nach hinten verschoben und parallel dazu auch die Ausgabenkurve (in der Versicherungsbranche unschön „Kopfschäden“ genannt) abgeflacht werden kann. Damit blieben die künftigen Ausgaben kontrollierbar bzw. beherrschbar. Es würde nicht teurer, die gleichen, oder sogar geringere Ausgaben finden nur später im Lebenszyklus statt. Gilt dagegen die Medikalisierungsthese, wird es künftig teurer. Neue Wirkstoffe müssen in aufwändigen klinischen Studien entwickelt werden und gegenwärtig ist der Misserfolg fast noch garantiert (www.pharma-fakten.de). Wirtschaftlich nicht erfolgreiche pharmazeutische Hersteller entwickeln in einem solchen Umfeld eher keine Therapien gegen Alzheimer, zumal die

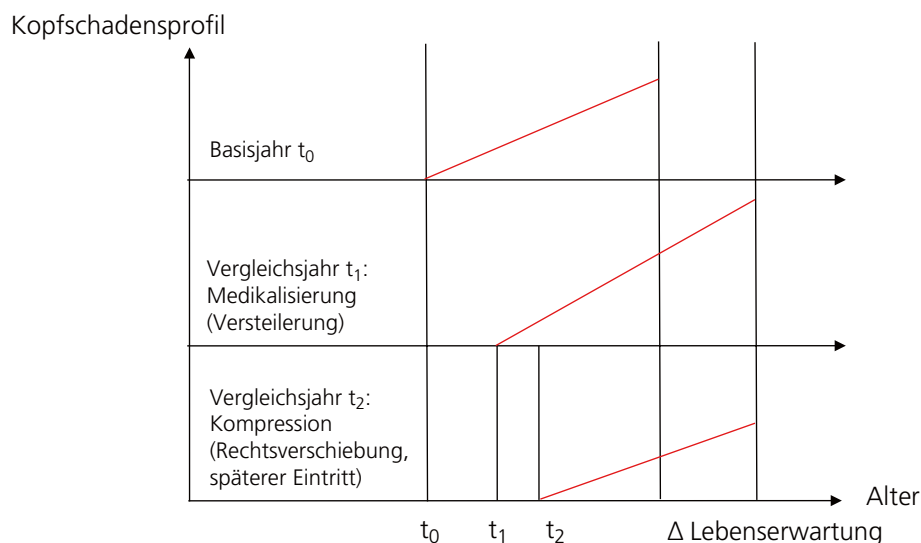
Forschungskosten ständig steigen und refinanziert werden müssen.

Ausblick

Insgesamt zählt die Demenz zu den ausgabenintensiven Krankheitsgruppen im Alter, insbesondere bei einem schweren Verlauf. Die durchschnittlichen Kosten pro Patient und Jahr belaufen sich auf rund 40.000 Euro. Zwei Drittel der Kosten entfallen auf die informelle Pflege in der Familie, eine Kostenkategorie, die in vielen Studien bislang nicht angemessen berücksichtigt werden konnte und die bei entsprechender Erfassung die Kostenberechnung dominiert. Sie belaufen sich auf 50 bis 65 Prozent der Gesamtkosten der Betreuung demenziell erkrankter Menschen. Mit Blick auf den künftigen demographischen Wandel sollte stärker diskutiert werden, welche Versorgungskonzepte die informelle Pflege ergänzen könnten, wenn sich die Familienverbände stärker auflösen und sich eine informelle Pflege im heutigen Umfang vielleicht nicht mehr realisieren lässt.

Hier zeigt die ökonomische Analyse der Berücksichtigung indirekter Kosten, dass die Pflege zu Hause zwar die höchste Wertschätzung erfährt, aber nicht unbedingt auch stets eine kosteneffiziente Versorgung darstellt. Von daher

Ausgabenentwicklung – trifft die Kompressions- oder die Medikalisierungsthese zu?



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Niehaus 2006, S.15.

Abbildung 10: Die Ausgabenentwicklung für Medikamente hängt davon ab, ob die Kompressions- oder die Medikalisierungsthese zutrifft.

macht die Suche nach alternativen Konzepten ökonomisch durchaus Sinn. Will man alternative Versorgungskonzepte ausbauen, sollte ein Schwerpunkt unbedingt auf die Qualitätssicherung gelegt werden, damit sich die Versorgung der Menschen mit Demenz langfristig nicht verschlechtert, sondern sich auch in alternativen Versorgungskonzepten hoffentlich sogar verbessern lässt.

Literatur beim Verfasser

E-Mail-Kontakt:
Volker.Ulrich@uni-bayreuth.de

Anmerkungen

1. Sekundäre Prävention besteht in der Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit. Sie dient dazu, eine Schädigung, Krankheit oder regelwidriges Verhalten frühzeitig zu erkennen bzw. dafür zu sorgen, dass der Verlauf einer Krankheit sich nicht verschlimmert bzw. chronifiziert wird. Bei der Tertiärprävention geht es um die Verhinderung des Fortschreitens oder des Eintritts von Komplikationen bei einer bereits manifesten Erkrankung. Die Primärprävention, welche die Gesamtheit aller Maßnahmen umfasst, die den Erhalt der Gesundheit zum Ziel haben, rechnet in den meisten Fällen nicht zu den direkten Kosten, da hier ein unmittelbarer Krankheitsbezug fehlt. Eine Ausnahme wären Präventionsmaßnahmen, die einen direkten Krankheitsbezug besitzen, etwa Maßnahmen zur Herz-Kreislauf-Prävention.,
2. Die Schweregrad-Gruppen wurden mittels Cochran-Mantel-Haenszel (CMH)-Test für kategoriale Daten sowie Varianzanalyse (ANOVA) mit unabhängigen Faktoren für kontinuierliche Daten verglichen und führten zur Einteilung in leichte (IAD), mittelschwere bis schwere (m/sAD) und schwere Alzheimer-Demenz (sAD).

.....
PROF. DR. RER. POL. VOLKER ULRICH
.....



Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth. Er ist Mitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik –, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Bundesverbands Managed Care (BMC). Im akademischen Turnus 2010/11 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ). Seit 2015 ist er Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).



Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?

Menschen mit Demenz – verloren zwischen Familie, Pflege und Krankenhaus?

DR. H.C. JÜRGEN GOHDE, KURATOR DES KURATORIUMS DEUTSCHE ALTERSHILFE



Die Frage, ob wir die von den betroffenen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen erfahrene Verlorenheit und Einsamkeit zwischen Familie, Pflege und Krankenhaus teilen wollen, stellt eine wesentliche Herausforderung für die Gestaltung eines guten Lebens im Alters dar. Es geht dabei nicht nur um das aktive Altern, sondern auch um das für Entwicklung offene verwundbare Alter. Wie und wo wollen wir dann leben, mit wem wollen wir leben? Was kann ich, was erhoffe ich? Welche Unterstützung brauche ich – auch die Angehörigen – für ein selbstbestimmtes Leben? Der Beitrag dokumentiert einen geringfügig überarbeiteten mündlichen Beitrag auf dem Frühjahrsforum 2018 des Frankfurter Forums.

Ein ungemütliches Thema: verloren im Zwischen-Raum

Alte Menschen in Krankenhaus und Pflegeheim können schon einsam sein, allen veränderten Bilder von aktiven Altern zum Trotz, aber gleich verloren? Klingt das nicht zu sehr dramatisiert? Wer will schon gern verloren sein, wer will schon gern an Orten leben, an denen uns Verlorenheit blüht – an den Schnittstellen und Übergängen von familiärer Pflege, Krankenhaus und Pflegeheim?

Auch wenn viele von uns wissen, dass wir selbst in einer Gesellschaft des langen Lebens dazu gehören können, wo viele Erfahrungen mit demenziell Erkrankten in der Familie haben und wir auch zu denen gehören können, die selbst erkranken werden.

Was Verlorensein bedeutet, weiß jeder pflegende Angehörige: allein zu sein mit der Erfahrung von Einsamkeit, ohne die Nähe von Familie, Nachbarn, abhängig zu werden, unberaten einen Weg zwischen Unzuständigen suchen zu müssen, sich inmitten von hilflosen Helfern mit der eigenen Hilflosigkeit (ich kann mir nicht helfen) zurechtfinden zu müssen. Ich nähere mich mit der Erfahrung pflegender Angehöriger in der Familie diesem Thema. Es ist ungemütlich, konfrontiert es doch mit der Erfahrung eigener Hilflosigkeit in bester Gesellschaft mit Pflegenden, Ärzten und Therapeuten, allem Fachwissen zum Trotz.

Das Thema setzt die Erfahrung der Verlorenheit einfach voraus und bezeichnet den Ort, an dem sie erfahren wird, als „Zwischen-Raum“ oder als „Zwischen-Zeit“, ohne festen Boden unter den Füßen und Menschen an der Seite: Zwischen Familien und Institutionen wie Krankenhaus und Pflegeheim, zwischen Selbstbestimmung und Abhängigkeit, zwischen Zuständigen, zwischen Sektoren des Versor-

gungssysteme. „Technisch“ bezeichnen wir solche Orte als Schnittstellen, z. B. im Leistungsrecht, die Reibungsverluste erzeugen, verunsichern und hohen Koordinationsaufwand zur Folge haben.

Wer die Verlorenheit angehen will, muss seine Wahrnehmung für solche Situationen schärfen, sich eine Haltung erarbeiten, die ein Verhältnis zur Verletzlichkeit des eigenen Lebens gewinnt und dabei keinen verloren gibt. Verloren sein: das betrifft nicht nur Patienten und Pflegebedürftige, die Hilflosigkeit an Schnittstellen kennen auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe. Es verstört, weil es konfrontiert mit den Unzulänglichkeiten, Mängeln und Schnittstellen im Versorgungssystem, die nicht leicht zu überwinden sind. Es liegt quer zu der Grundorientierung von Autonomie und Selbstbestimmung, die heute Bilder vom Leben und die Kultur des Alterns prägt. Wer mit Menschen mit Demenz lebt, weiß, wie schwer Selbstbestimmung zu wahren ist. Das Risiko wird gefürchtet.

Es nötigt daher zur Auseinandersetzung mit der eigenen Vergänglichkeit und Abhängigkeit. Schließlich ist die Bejahung der eigenen Grenzen und der eigenen Vergänglichkeit Teil eines selbstbestimmten Umgangs mit Krankheit und Sterben. Damit stellt das Thema uns alle in eine Spannung hinein.

Realistische Erwartung: das Anrecht auf Würde

Verloren sein will keiner, verloren gehen soll niemand. Jeder Patient, jeder Pflegebedürftige darf erwarten, in seiner Würde akzeptiert zu werden. Damit sind Erwartungen formuliert an sensible Familien, an aufmerksame leistungsfähige Nachbarschaften, an kooperierende Gesundheitsberufe, nicht zuletzt an eine Haltung, die keinen preisgibt. Zugleich wissen wir, dass diese Voraussetzungen nicht überall anzutreffen sind.

Dennoch helfen Appelle und Sonntagsreden nicht weiter. Die Pflegebereitschaft der Familien, so stark sie momentan auch noch ist, kann nicht als sich stets erneuernde Ressource vorausgesetzt werden. Was ist zu tun? Realismus ist nötig, distanzierte Beobachtung hilft nicht. Es geht um eine Haltung, die Menschen nicht allein lässt, die selbst „dazwischen“ geht und sie in ihrem Recht auf Achtung zu schützen bereit ist und so ihre Würde achtet. Viele setzen jedoch „Verloren sein“, den Verlust der Fähigkeit, sich selbst helfen zu können, mit dem Verlust ihrer Würde gleich. Deshalb ist es nötig zu sagen, was wir darunter verstehen:

Wilfried Härle hat in seinem Buch „Würde: Groß vom Menschen denken“ (München 2010) vorgeschlagen, unter Menschenwürde, das „Anrecht des Menschen auf Achtung zu verstehen“. Dieses Anrecht – das für mich als Christ im Gottesbezug begründet ist – kann keinem Menschen genommen werden. Es beruht nicht auf Stärken und Vorzügen eines Menschen, – es wird nicht eingeschränkt durch Verluste –, es beruht nicht auf seiner Fähigkeit, sich selbst rechtfertigen zu können, sondern zeichnet den einzelnen Menschen aus, auch und gerade in seiner Verletzlichkeit und Fragmentarität. Natürlich ist es möglich, dieses Anrecht zu negieren, aber es ist keinem Menschen abzusprechen. Menschen sind als Person Würdeträger.

Verloren sein: Dieses Thema liegt quer zur Grundorientierung von Autonomie und Selbstbestimmung, die unser Bild vom Leben prägt.

Von der Achtung der Würde eines Patienten lässt sich daher nur im Kontext des Handelns aller Beteiligten sinnvoll reden. Würde ist unteilbar und unverlierbar. Die Würde der Ärzte, der Pflegenden, der Therapeuten und Ökonomen steht in diesem Zwischenraum, an der Schnittstelle, mit auf dem Spiel. Wer das Anrecht des Patienten auf Achtung missachtet, tastet seine eigene Würde an.

Konkret heißt das: das Recht des Patienten auf Information ist zu achten, sein „Recht auf Rechte“ (Hannah Arendt), auf Selbstbestimmung und Begleitung, auf ein Leben ohne oder zumindest mit erträglichen Schmerzen, mit ausreichenden sachlichen und menschlichen Ressourcen (nicht nur in Institutionen). Menschen sind nötig, die sensibel bleiben wollen und können für die „unbedingte ethische Forderung“ (K. E. Løgstrup, Die ethische Forderung, Tübingen 1959) und nicht aus Überforderung, Hilflosigkeit und Zeitmangel Distanz aufbauen. Institutionen müssen vermeiden, „Menschen zu demütigen“ (A. Margalith, The decent society, Cambridge 1996).

Selbstverständlich gehört die Frage, ob ein Patient einsam ist, zum geriatrischen Basisassessment. Sie berührt die existentielle Ebene der Person. Menschliches Leben ist Leben in Beziehungen. Deshalb stellt die Erfahrung der Verlorenheit – ich habe keinen Menschen – zu den größten Formen der Verstörung, von Kränkungen und Beeinträchtigungen. Die biblische Tradition spricht von sozialen Todeserfahrungen.

Ich denke dabei auch an den großartigen Film „Lost in translation“ (Sofia Coppola, 2003), der auf den ersten Blick nichts mit einer demenziellen Erkrankung zu tun hat, aber an dessen Erfahrungen die Problemstellung näher rückt: die Kernerfahrung von Verlorenheit, Einsamkeit, Leere, bis hin zu der Tatsache, dass das Drehbuch des eigenen Lebens nicht mehr kommuniziert werden kann.

„Der alternde US-amerikanische Filmstar Bob Harris reist für eine Woche nach Tokio, um dort seine schwindende Popularität für eine Whisky-Werbung zur Verfügung zu stellen. Im selben Hotel wohnt die Amerikanerin Charlotte, die junge Ehefrau eines flippigen Boulevard-Fotografen. In der Hotelbar trifft sie auf Bob Harris, in dessen 25-jähriger Ehe es ebenfalls an Erotik fehlt, wie die wortkargen Telefongespräche mit seiner Frau andeuten. Wie Charlotte leidet auch er an Schlaflosigkeit und fühlt sich in Tokio fremd und verloren. Symptomatisch ist der Dreh des Whisky-Spots, in dem sich der Titel des Films manifestiert: Der japanische Regisseur gibt Bob ausführliche Anweisungen, wie er sich bei der Szene zu verhalten habe, die Dolmetscherin aber fasst diese jeweils in nur einem einzigen, einfachen Satz zusammen. Der eigentliche Inhalt geht also buchstäblich „in der Übersetzung verloren“, ist also lost in translation“ (Wikipedia). Was fehlt einem Leben, dem die Verben fehlen, also die Worte für Beziehungen und Empfindungen, für Tun und Leiden, für Freude und Schmerz?

Das wäre ein grundsätzlicher Verlust: Übersetzen lernen, die Verben und den Inhalt rekonstruieren, die Lebendigkeit des Lebens in der verlorenen Tonspur neu wahrnehmen und zu erspüren, was lebendig macht: das ist das Thema. Es liegt nahe, angesichts vieler einsamer Menschen, angesichts der Erfahrungen von Verletzlichkeit im hohem Alter – neben den vielen positiven Erfahrungen, die uns heute bekannt sind – sorgfältig zu beobachten und zu unterscheiden zwischen Depression und Demenz, wahrzunehmen, wie sich Einsamkeit auswirkt, welche Folgen unaufmerksame Nachbarschaften haben.

Was kann getan werden, um in kleinen Schritten Teilhabe zu stärken?

Allgemein anerkannt ist inzwischen, dass es Teilhabe ohne Teilhabe nicht geben kann. Die Grundentscheidung, nichts ohne die Betroffenen zu tun und sie auf allen Ebenen einzu beziehen und nach ihren Wünschen zu fragen ist allgemein anerkannt, wenn Isolation und Einsamkeit nicht dominant

werden soll. Dennoch: zwischen Anspruch und Wirklichkeit klafft eine erhebliche Lücke. Veränderung entsteht meist erst durch persönliche Erfahrungen. Viel Bewegung ist erst durch die Lokalen Allianzen für Demenz entstanden. Sie machen Menschen und Herausforderungen vor Ort sichtbar.

Demenzielle Erkrankungen gehören zu unserem Leben. Sie sind der Preis und die Begleiter der Hochaltrigkeit. Nach wie vor sind sie für viele stigmatisierend und lösen Unsicherheit aus. Fachgerechte Diagnosemöglichkeiten werden häufig erst zu spät in Anspruch genommen. Forschungs- und Therapieprobleme bestehen trotz aller Verbesserungen nach wie vor. Die sozialen Auswirkungen (Arbeitsmarkt, Erkrankungen von Angehörigen) und die ökonomischen Folgekosten im Gesundheitswesen sind hoch.

Schwerer wiegt, dass der weitaus größte Teil der Betroffenen in der häuslichen Umgebung oft über viele Jahre engagiert bis an den Rand der eigenen Belastbarkeit versorgt wird, häufig über einen mehrjährigen Zeitraum mit akzeptierter Lebensqualität. Beeindruckend ist, wie diese Solidarität auch größten Herausforderungen Stand hält. Wenn also nach Einwirkungsmöglichkeiten, nach Entlastung und Kooperation gefragt wird, müssen realistisch zwei Gruppen in den Vordergrund treten.

Das ist das Thema: Die Lebendigkeit des Lebens neu wahrzunehmen und zu erspüren.

Einmal sind die die Angehörigen wahrzunehmen, die im „Zwischen-Raum“ Beratung, Entlastung und Begleitung besonders an den Schnittstellen und Übergängen erwarten, Schulung (edukative Funktion der Pflege), Stärkung von Selbstständigkeit, Mitwirkung und Teilhabe. Sie müssen ermutigt werden, Hilfen in Anspruch zu nehmen und sich nicht zurückzuziehen. Es ist sicher: der Zugang zu Case- und Care-Management ist wie die Unterstützungsangebote im Sozialraum ausbaufähig u.a. durch Selbsthilfe und die Umsetzung des Ziels „gemeinsam mit Menschen mit Demenz“ zu leben.

Zum anderen ist die Gruppe der Hausärzte zu nennen, die das Umfeld kennt bzw. kennen sollte. Es ist widersinnig, sie bei alleinlebenden älteren Menschen im ländlichen Raum wegen der Häufigkeit von Hausbesuchen unter Druck zu setzen und Budgets zu kürzen. Es ist notwendig, die Kooperation und Kommunikation der Gesundheitsberufe zu stärken, z. B. durch frühzeitige diagnostische Abklärungen.

gen (z. B. Demenz und Depression) und durch verlässliche Begleitung zu Verbesserungen in der Qualität der Versorgung zu kommen.

Wie lassen sich Brücken bauen und Wege finden? Durch Beziehungen zu Menschen, durch Sprechen, durch Musik, durch Tiere und Pflanzen. Wir kennen gute Beispiele.

Es gibt gute Beispiele dafür, wie sich Brücken bauen lassen. Es ist Zeit, miteinander zu lernen und sich auf den Weg neuer Entdeckungen zu machen.

Die jährliche Woche der Demenz ist zu nennen, ebenso die Entwicklung demenzfreundlicher Kommunen. Stellvertretend nenne ich die Lernwerkstatt Demenz der Stadt Arnshausen, die Bemühungen der Stadt Ahlen um ein Case-Management in der Regelversorgung, die Einrichtung von Betreuungsgruppen zur Entlassung pflegender Angehöriger. Ohne das hohe Engagement von Stiftungen (z. B. der Bosch-Stiftung), des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) und vieler Vereine wäre es nicht zu diesem Erfolg gekommen.

Oder: denken Sie an den großartigen Film, der in einer Vielzahl von Episoden persönliche Schicksale von Menschen mit Demenz präsent werden lässt: „Die Musik meines Lebens – Alive Inside“ ist ein zutiefst berührender Dokumentarfilm über die heilende Kraft der Musik. Der Filmemacher Rossato-Bennett begleitet über mehrere Jahre die Arbeit von Dan Cohen, Gründer des Programms „Music & Memory“, das mit Hilfe von personalisierter Musik Menschen mit Alzheimer für kurze Momente aus ihrer Isolation holt.

Besonders bewegend ist dabei die Geschichte von Henry. „Henry ist 94, dement und erkennt die eigene Tochter nicht mehr. Doch wenn er die Musik seiner Jugend hört, beginnt er zu erzählen. Die Schmerzen der bipolaren Demenise scheinen verschwunden, wenn sie tanzt. Und die an Alzheimer erkrankte Marylou, die nicht mehr weiß, was ein Löffel ist, kann das Leben wieder genießen, wenn sie ihre Lieblingsmusik hört“ (arte).

Der Aufwand scheint relativ gering: was kostet ein MP 3-Player? Wie gering ist der Zeitaufwand für Gespräche, in denen die Musik des Lebens mit Angehörigen, Nachbarn und Freunden, Kindern oder Enkeln erfragt wird im Vergleich zum Gewinn, der entsteht, wenn das Leben lebendig wird? Es ist Zeit, miteinander zu lernen und sich auf den Weg neuer Entdeckungen zu machen.

Oder: Sie kennen sicher die vielfältigen positiven Erfahrungen mit Tieren in Pflegeheimen, auf die das KDA vielfach hingewiesen hat: Diese können als Türöffner dienen.

Die positiven Effekte der Tierhaltung bei Demenzkranken gelten inzwischen durch zahlreiche Studien als erwiesen. Tiere stärken Kommunikation und Beziehungen, verbessern das Empfinden von Mitgefühl. Häufig entsteht der Wunsch nach direktem Kontakt. Sie werden lebhafter in Sprache, Mimik und Gestik, zeigen mehr Emotionalität. Dadurch erleben sie sich weniger isoliert, werden selbstsicherer und lassen wieder mehr Nähe zu. Wie hoch ist diese Wirkung einzuschätzen gegenüber der Abwägung etwaiger hygienischer Bedenken oder der Bequemlichkeit durch Medikamentengaben Menschen ruhig zu stellen?

Lernfelder entdecken, das Zusammenleben mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen erleichtern, Individualität und Netzwerke stärken

In den vergangenen Jahren ist viel passiert, um das Zusammenleben mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu verbessern und zu erleichtern. Das Thema ist in der Mitte der gesellschaftlichen Diskussion angekommen. Die Pflegestärkungsgesetze sind trotz aller noch offenen Herausforderungen und ungelösten Probleme – ich nenne nur die Sicherung der Versorgung durch Fachkräfte und den Ausbau der Unterstützung im Sozialraum – ein klarer Schritt in die richtige Richtung.

Die Aktion „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ ist ein Leuchtturm, hat seit 2014 vielfältige Kooperationen geweckt.

An erster Stelle erwähne ich aber die gemeinsame Aktion der Bundesregierung und vielfältiger anderer Akteure (Kommunale Spitzenverbände, Kassen, Selbsthilfe, Stiftungen und Zivilgesellschaft) „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“, die von 2014 bis 2018 vielfältige Kooperationen geweckt und Initiativen gebündelt hat. Sie steht im Zusammenhang mit der Demografiestrategie. Der Abschlussbericht wird im September 2018 vorgelegt. Sie ist deshalb so wichtig, weil sie sektorenübergreifend denkt. In vier Handlungsfeldern (Wissenschaft und Forschung, Gesellschaftliche Verantwortung, Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Familien, Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems) wurde eine

umfängliche Agenda bearbeitet und eine Vielfalt von Initiativen erkennbar. Hinzu treten Handlungsfelder übergreifende Themen.

Der Erfolg ist sichtbar in über 500 Initiativen, besonders ist der Ausbau Lokaler Allianzen zu nennen, die zeigen welche kreativen Kräfte in lokaler Selbsthilfe, niedrigschwellige Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten, in einer gezielten Zusammenarbeit liegen, die neue Versorgungsansätze hervorbringen.

Ich nenne weiter die Demenz-Servicezentren in einzelnen Bundesländern (NRW), die als Ansatzpunkte eines Care-Managements die örtlichen Zugänge für die Betroffenen verbessert haben, so die Erleichterung des Zugangs zu Gedächtnissprechstunden, die Initiative „Demenzpartner“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, die Mitarbeitende und Verantwortliche in Behörden, Verwaltungen, Betrieben für das Thema gewinnt und Verantwortung stärkt.

Die Erfahrungen zeigen, dass Netzwerke mit kommunaler Beteiligung und Steuerung einen höheren Effekt haben als Projekte, bei denen dies unterbleibt.

Die Erfahrungen zeigen, dass Netzwerke mit kommunaler Beteiligung und Steuerung einen sehr viel höheren Effekt haben, als wo diese unterbleibt. Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass die im Pflegestärkungsgesetz III beschrittenen Wege unbedingt verstärkt und weitergeführt werden müssen, weil sie die Chance bieten, sektorübergreifend zu agieren.

Als weiteres Element ist im Rahmen der Förderprogramme des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) die „Zukunftswerkstatt Demenz“ (2012 bis 2015) zu nennen, die mit Beteiligung vieler örtlicher Initiativen unter wissenschaftlicher Evaluation (Hoffmann, W., Schäfer-Walkmann, S., Wolf-Ostermann, K., Michalowsky, B., Thyrian, R., Holle, B., Faktoren der Wirksamkeit von Demenznetzwerken. In: BMG (Hg.), Zukunftswerkstatt Demenz, 2017, 17ff.) Erfolgsfaktoren von und für Demenznetzwerke erarbeitet hat. Ein zentrales Ergebnis der Studie ist die Feststellung, dass das „Versorgungssystem aufgrund der Sektoralisierung also der Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung, Kranken- und Pflegeversicherung nur unzureichend auf die Anforderungen und komplexen Bedürfnisse der betroffenen Menschen mit Demenz und deren Angehörigen eingerichtet“ ist (Zukunftswerkstatt Demenz

2017, 17). Das Projekt empfiehlt daher die konsequente Einbeziehung von Angehörigen, sektorenbegreifende Versorgungsleistungen, die Schaffung lokaler Demenznetzwerke, einen Evaluationsverbund mit einer multizentrischen, interdisziplinären Studie. Ein Werkzeugkasten wurde erarbeitet und publiziert.

Erfreulich ist der Erfolg der Zukunftswerkstatt, der als Teil einer Gesamtstrategie erkennbar wird und die Aufnahme von Empfehlungen im Leistungsrecht. Fallbeispiele regen zum Nachmachen an: so das Netzwerk Demenzfreundliches Krankenhaus in Krefeld mit der Schulung von Demenzansprechpartnern für Patienten, die Umsetzung der Idee „Begleitender unabhängiger Koordinatoren“, der gelungenen Einbeziehung von Hausärzten.

Ein weiteres evaluiertes Beispiel ist das DemenzNetzwerk im Kreis Minden-Lübbecke (160 Mitglieder), das über einen Zeitraum von zwölf Jahren aufgebaut wurde. Es zeichnet sich durch die Vielfalt der Akteure und die Bereitschaft des Kreis aus Verantwortung zu übernehmen und verfolgt das Ziel Versorgungssicherheit und Erleichterung für die betroffenen Bezugspersonen zu schaffen durch passgenaue Hilfen und die Vernetzung vorhandener Unterstützungsangebote. Der Erfolg ist messbar in einer deutlich verbesserten frühen Eröffnung von Hilfen, in der Verbesserung der poststationären Überleitung und der Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus.

Allerdings verdeutlicht auch dieses Beispiel, dass ohne eine verlässliche Finanzierung kein dauerhafter Erfolg erwartet werden kann. Bei allem Erfolg kommt es nun darauf an, aus der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ eine verbindliche Nationale Demenzstrategie werden zu lassen, die regelhaft finanziert wird, evaluierbare Ziele und Verantwortlichkeiten definiert und Ergebnisse erbringt, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führen, sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung. Eine Verstärkung der Förderung der lokalen Allianzen erscheint nötig.

Konkretionen: Individualität, Kooperation und Gesamtkonzept

Die Erfahrungen der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ legen nahe, sich um Forschung, die Unterstützung der Angehörigen, Lebensräume und Institutionen zu kümmern, um Problemstellungen sichtbar zu machen.

Thema Nr. 1: Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger

Der zentrale Punkt – nach dem bisher Gesagten für die Versorgung – ist das Sichtbarmachen und die Verbesserung der Situation der pflegenden Angehörigen. Hier wirkt sich besonders aus, dass Pflege nicht als gesellschaftspolitisches Querschnittsthema, sondern primär immer noch als isoliertes Thema der Gesundheitspolitik angegangen wird, auch wenn auf Bundes- und Länderebene viel passiert ist.

Entlastung für pflegende Angehörige muss stärker als bisher die Stabilisierung der Ressourcen im Auge haben, besonders dann, wenn die familiären Kräfte abnehmen. Entgegen der Erwartung und den Erfahrungen der Pflegebedürftigen und Pflegenden, die die Vielfalt demenzieller Erkrankungen und die individuellen Verläufe der Erkrankung vor Augen haben, standardisiert das Leistungsrecht die Unterstützung.

Der in den vergangenen Jahren beschrittene Weg der Flexibilisierung und Kombinationsmöglichkeiten muss konsequent weitergegangen werden. Das verlangt natürlich eine noch stärkere Fortbildung, den Ausbau von Betreuung und haushaltsnahe Dienstleistungen, eine Verbesserung der zugehenden Beratung und eines auf die regionale Situation abgestimmten Care- und Case-Managements. Die Erfahrungen der Zukunftswerkstatt Demenz sprechen klar für Individualität, Kooperation und Netzwerke. Sie kommen allen Pflegebedürftigen zugute.

Aus der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ muss eine Nationale Demenzstrategie werden.

Untersuchungen wie die Darstellung von Prof. Volker Ulrich (siehe den Beitrag in diesem Diskurs-Heft) haben deutlich gemacht, wie nötig die Betrachtung des volkswirtschaftlichen Nutzens der Pflege durch Angehörige ist und welche Risiken sie beinhaltet. Eine Untersuchung der Hochschule Coburg aus 2016 (Kohls, N./Offenbächer, M.) zeigt, dass ein erheblicher Teil (43,8 Prozent) keinen finanziellen Ausgleich für ihre Pflegetätigkeit erhält, aber auf diesen angewiesen wäre, um nicht in finanzielle Notlagen zu geraten. Das Thema der Armutsgefährdung durch Pflege kann nicht länger beiseite geschoben werden. Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit mit dem Leistungsangebot der Tagespflege (u.a. zur Entlastung und zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit) ein beachtliches Inst-

strument geschaffen und dieses durch weitere Instrumente zur Förderung der Pflegebereitschaft und Entlastung flankiert. Allerdings zeigen die Erfahrung mit dem Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz die Begrenztheit derartiger Lösungsversuche. Sie sind im Ansatz gut, aber in der Wirkung schwach.

Mitarbeitende können sich unter den gegenwärtigen Bedingungen die Beurlaubung nicht leisten. In den Familien zeigen sich vergleichbare Herausforderungen wie bei der Kindererziehung, die zum Recht auf einen Kindertagesstättenplatz geführt haben. Für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss das Ziel der Beschäftigungsfähigkeit im Interesse einer auskömmlichen Rente neu gesichtet werden und zugleich eine Flexibilisierung der Tagespflege in Arbeitsplatz- und Wohnnähe als ambulantes Gesundheitszentrum angegangen werden, das Schnittstellen zwischen Pflege und Rehabilitation, Physiotherapie und ärztlicher Versorgung in Praxis und Krankenhaus vermindert.

Für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss auch die Flexibilisierung der Tagespflege angegangen werden.

Kurz gesagt: ohne Investitionen in die Infrastruktur, Vereinbarungen der Tarifpartner, Engagement der Dienstleister und eine Flexibilisierung des Leistungsrechts lassen sich die erforderlichen Wirkungen nicht erzielen. Dies gilt auch und besonders angesichts der Altersstruktur für den stationären Pflegebereich selbst. Hierin ist eine wesentliche Stellschraube für die Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften in der Altersgruppe von 40 bis 60 Jahren zu erkennen.

Thema Nr. 2: bezahlbares altersgerechtes Wohnen im Sozialraum

Auch die stationären Pflegeangebote sind in diesem Zusammenhang zu sehen. Die Angebote stationärer Hilfen für Menschen müssen den Kriterien der Differenzierungsmöglichkeit und Vielfalt genügen. Nach wie vor fehlen Angebote für bezahlbares Wohnen im Quartier. Nach wie vor besteht trotz verbesserter Beratung die Schwierigkeit, zeitnah in ein in Größe und Konzept passendes Haus zu finden. Informationen konzentrieren sich auf die baulichen Voraussetzungen und weniger auf das Pflege- und Betreuungskonzept. Es ist ein unendlich langer Weg gewesen – von 2007 bis 2017 – bis der Expertenstandard Pflege für Menschen mit Demenz entwickelt wurde. Nun

liegt er vor und muss umgesetzt werden. Die Pflegeheime der sogenannten ersten und zweiten Generation bringen für Menschen mit Demenz mehr Probleme als Lösungen mit sich. Wohngruppen mit Differenzierungsmöglichkeiten und Hilfemix sind zu entwickeln. Nachdem sich die Pflegereform in den letzten Jahren auf den ambulanten Bereich konzentriert hat, was durchaus den Wünschen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entspricht, bleiben ungelöste Probleme für den stationären Bereich offenkundig bestehen, die der Gesetzgeber als Aufträge formuliert hat: ein dem Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Begutachtungs-Assessment entsprechendes Personalbemessungssystem vorzulegen und zu vereinbaren. Für den stationären Bereich ist der sichtbare und unsichtbare Personalnotstand das Kernproblem. Wir dürfen nicht

Der Personalnotstand in der Pflege ist hausgemacht. Sofortprogramme dürfen keine neuen Löcher aufreißen.

darüber hinwegreden, nur zwei Stimmen: „Ich will Ihnen kein Paradies versprechen“ (Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Deutscher Pflergetag 2018) oder „50.000 Pflegestellen sind abgebaut worden“ (E. v. Hirschhausen, Zukunftswerkstatt Demenz 2015). Der Notstand ist hausgemacht, es gibt keinen Königsweg. Kein Sofortprogramm darf neue Löcher aufreißen, kein Dramatisieren hilft.

Es ist ein Gesamtkonzept nötig, das den von den Versorgungsformen abhängigen Bedarf bis 2030 (jährlich ca. 20.000 Stellen) gestaltbar macht und bei verbesserten Rahmenbedingungen für Ausbildung und Beschäftigung auch die ruinösen Teilzeitbedingungen im Pflegesektor beseitigt. Keine einzige Pflegekraft zwischen 40 und 60 Jahren, die im Beruf ist, darf verloren gehen. Die Quartiersorientierung der Pflege und die Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle und Beratung darf nicht länger auf die lange Bank geschoben werden.

Thema 3: Übergang von Krankenhaus und Pflegeheim oder (vor allem) häuslicher Umgebung

Angehörige kennen die Begleitumstände und Gefahren von Ortswechseln und Übergängen, sie wissen, wie in der Logik von Krankenhäusern das soziale Bedürfnis und das organisatorische Paradigma aufeinander stoßen. Dabei zeigen gute Beispiele, dass angepasste Pflegekonzepte und interprofessionelle Kompetenzerweiterung im Ent-

lassmanagement möglich sind. Denkbar wären bei der zunehmenden Zahl von Patienten mit demenziellen Erkrankungen Lotsen und Betreuungskräfte (wie im stationären Bereich der Altenpflege) und geriatrische Fachabteilungen an jedem Haus. Demenzfreundliche Häuser sind möglich. Sie sind eine Frage der Gerechtigkeit.

Der Zwischen-Raum als produktiver Ort für eine Nationale Demenzstrategie

Ich komme noch einmal zum Anfang zurück. Verlorene sind oder empfinden sich als ausgeschlossen, zurückgeworfen auf die eigene Hilflosigkeit, heimatlos. Aber der Ort „Dazwischen“ ist der Ort produktiver Erkenntnis, der Raum, in dem die Dinge nicht fertig sind und gestaltet werden, nicht für Menschen, sondern mit ihnen. Teilhabeorientierte Pflege will Inklusion. Das unterstreicht die Zielsetzung der Allianz für Menschen mit Demenz. Es ist ein großes Vorhaben, das sich nur in gemeinsamer Anstrengung erreichen lässt, weil es in vielen kleinen Schritten besteht, die Einstellungen und Wahrnehmung, der Fokussierung von Mitteln besteht.

Heinz Bude hat zu Recht zu den möglicherweise Ausgeschlossenen auch die „heute besser verdienenden Kinderlosen“ gezählt. Sie könnten „zu den Armen von morgen

Teilhabeorientierte Pflege will Inklusion. Doch dieses große Ziel lässt sich nur in einer gemeinsamen Anstrengung und in vielen kleinen Schritten erreichen.

(gehören). (...) Dann hilft auch die schönste Rente nicht gegen Einsamkeit und Armut“ (Heinz Bude, Die Ausgeschlossenen. Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft, München 2008, 13f.). Es geht um einen Perspektivenwechsel. Es geht nicht um abstrakte Werte, vielmehr um Beteiligung, Bedeutung und Anerkennung, um Wahrnehmung und Sprache, um Sichtbarkeit von Menschen und Beheimatung. Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihre Angehörigen sind auf kreative Beziehungen im Sozialraum angewiesen. In dem sie Grundorientierungen in Frage stellen, bieten sie Lern- und Wachstumschancen für eine Gesellschaft der Hochaltrigen.

Hinsichtlich der Schnittstellen des Versorgungssystems treten einige wesentliche Herausforderungen zu Tage. Die Verbesserung von Beratung und Case- und Care-Manage-

ment ist unumgänglich, die Stärkung und Förderung der Pflegebereitschaft der Angehörigen durch den Ausbau einer flexibilisierten Tagespflege steht an, ein Gesamtkonzept für Pflege und Betreuung, das die Qualität sichert und hebt, und nicht zuletzt eine Nationale Demenzstrategie, die evaluierbare Umsetzungsschritte und Zuständigkeitsregelungen enthält.

Literatur beim Verfasser

E-Mail-Kontakt:
juergengohde@me.com

.....
DR. H. C. JÜRGEN GOHDE
.....



Herr Dr. Gohde ist Vorsitzender des Beirats des IEGUS Instituts, Berlin, und Kurator des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA). Er hat Evangelische Theologie und Erziehungswissenschaften studiert. Von 1994 bis 2006 ist Dr. Gohde Präsident des Diakonischen Werks der EKD gewesen. Von 2007 bis 2016 war er Vorsitzender des KDA.



Dr. Gohde ist Mitglied der Allianz „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“. Er ist als Lehrbeauftragter und Berater tätig und Mitglied in verschiedenen Expertenkommissionen.

Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?

Alt, demenzkrank und Migrationshintergrund – ein sich potenzierendes Problem?

PROF. DR. MERYAM SCHOULER-OCAK, LEITENDE OBERÄRZTIN AN DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK
DER CHARITÉ IM ST. HEDWIG-KRANKENHAUS, BERLIN



Deutschland beheimatet inzwischen eine wachsende Gruppe von älter werdenden Personen mit Migrationshintergrund, die offenbar eine demenzielle Erkrankung aufgrund vielfältiger Risikofaktoren im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung deutlich früher ausbildet. Fehlende valide Testinstrumente und kultur- und sprachgebundene Verständigungsprobleme sowie unzureichende interkulturelle Kompetenz der im Gesundheitssystem Tätigen erschweren die diagnostische Zuordnung mit Fehldiagnosen und -behandlungen sowie Leid für Betroffene und ihre Angehörige. Nicht nur die Psychiatrie und Psychotherapie ist gefordert, sondern auch die Gesundheits- und Pflegeberufe müssen sich auf diese Entwicklung einstellen.

Laut Statistisches Bundesamt (2018) lag die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland bei 19,3 Millionen und damit hatten 23,6 Prozent der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund. Dabei ist eine Person mit Migrationshintergrund wie folgt definiert: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen.“

Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges und ihre Nachkommen gehören nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund, da sie selbst und ihre Eltern mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind“ (Statistische Bundesamt, 2018). Dabei waren im Jahr 2017 rund 51 Prozent der Bevölkerung mit Migrationshintergrund Deutsche und etwa 49 Prozent Ausländerinnen beziehungsweise Ausländer.

Von den 19,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund hatten 2017 rund 2,8 Millionen (14 Prozent) türkische, 2,1 Millionen (11 Prozent) polnische, 1,4 Millionen (7 Prozent) russische, 1,2 Millionen (6 Prozent) kasachische und 0,9 Millionen (4 Prozent) rumänische Migrationshintergründe. Neben den aufgezählten Personen mit Migrationshintergrund sind inzwischen auch zahlreiche Geflüchtete in Deutschland angekommen. 2016 wurde die Zahl der Schutzsuchenden mit 1,6 Millionen angegeben (Statistisches Bundesamt, 2017), so dass die Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland bereits bei knapp

21 Millionen liegen dürfte. Offenbar hat inzwischen nahezu jede vierte Person in der Bundesrepublik einen Migrationshintergrund.

Kulturelle Kontexte

Es handelt sich hier um eine sehr diverse Gruppe von Menschen mit sehr unterschiedlichen kulturellen Kontexten, die aus etablierten und über Generationen hinweg übernommenen Überlieferungen, Wertevorstellungen, Sichtweisen, Ansichten und Haltungen bestehen (Pfeiffer 1994). Denken, Fühlen und Handeln der Mitglieder dieser Kontexte werden durch sie beeinflusst (Pfeiffer, 1994; Heinz und

Kluge, 2011). Dabei werden diese in individueller und / oder kollektiver Weise angenommen und abhängig von den Kontextfaktoren wie Alter, Geschlecht, Sprache, Religion, Familie, Lebensraum, Bildung und den Migrationsprozess modifiziert (Pfeiffer, 1994) und sind somit einem dynamischen Prozess unterworfen. Dadurch können in unterschiedlichen kulturellen Kontexten und innerhalb einer Gruppe (z. B. in unterschiedlichen Generationen, sozialem Status) unterschiedliche Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen bezüglich körperlicher und seelischer Erkrankungen nebeneinander bestehen (Kleinman, 1980, 1988; Littlewood und Lipsedge, 1989; Krause, 1998, 2002). Auch Erklärungsmodelle und Behandlungserwar-

Anteil der Menschen mit Migrationsstatus in Deutschland im Jahr 2016

Migrationsstatus	Anzahl in 1 000	Anteil an der Gesamtbevölkerung in %
Bevölkerung insgesamt	82 425	100,0
ohne Migrationshintergrund	63 848	77,5
mit Migrationshintergrund	18 576	22,5
Deutsche	9 615	11,7
zugewandert	5 144	6,2
in Deutschland geboren	4 471	5,4
Ausländerinnen und Ausländer	8 961	10,9
zugewandert	7 594	9,2
in Deutschland geboren	1 367	1,7

Quelle: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/08/PD17_261_12511.html



Tabelle 1: Mehr als jeder fünfte Bürger in Deutschland wies im Jahr 2016 einen Migrationshintergrund auf.

Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund

- 1,8 Millionen über 65 Jahren (Statistisches Bundesamt 2016)
- 108.000 Menschen mit Migrationshintergrund mit einer Demenz
- Unter den älteren Menschen mit Migrationshintergrund bilden derzeit Spätaussiedler und Migranten aus Mittel- und Osteuropa die mit Abstand größte Gruppe.
- Die Anzahl der über 65jährigen russischsprachigen Migrantinnen und Migranten ist deutlich größer als die der älteren türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten.
- 40.000 ausländische Menschen mit einer Demenz

Quelle: Bickel 2016



Abbildung 1: Der Anteil russischstämmiger Migranten über 65 Jahre ist überdurchschnittlich groß.

tungen befinden sich in einem ständigen Wandel je nach persönlichen Erfahrungen und Informationen aus dem sozialen Umfeld und den Medien (Heinz und Kluge, 2011).

Ältere Migranten

Für das Jahr 2015 wurde angegeben, dass von Personen mit Migrationshintergrund etwa zehn Prozent (1,53 Millionen) 65 Jahre alt oder älter waren (Kohls 2015). So wurde berichtet, dass die meisten dieser Menschen demnach aus der Türkei, gefolgt von Polen und der Russischen Föderation stammten, die ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland sahen und überwiegend nicht in die alte Heimat zurückkehren wollten. 2016 wurde die Zahl der über 65-jährigen Personen mit Migrationshintergrund bereits mit 1,8 Millionen angegeben (Statistisches Bundesamt, 2016), von denen Spätaussiedler und Migranten aus Mittel- und Osteuropa die mit Abstand größten Gruppen bildeten. Offenbar waren die über 65-jährigen russischsprachigen Migrantinnen und Migranten in einer größeren Zahl als die der älteren türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten (Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, 2015). Nach einer Vorausberechnung von Kohls (2015) soll die absolute Zahl der älteren Personen mit Migrationshintergrund bis 2030/32 auf etwa 3,6 Millionen um 109 Prozent steigen. Diese Zahlen zeigen eindrucksvoll, welche Herausforderungen auf die noch nicht gut vorbereiteten Behandler sowie auf das Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland zukommen.

Demenz und Migration

Studien zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund durch erhöhte Belastungs- und Risikofaktoren häufiger und früher an einer demenziellen Erkrankung leiden (Pettit et al., 2001; Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Trotz der steigenden Zahl von Personen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten mit einer demenziellen Erkrankung waren in einer repräsentativen Untersuchung zur Inanspruchnahme in stationär psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken gerade diese unterrepräsentiert (Koch et al., 2008). Denn der Anteil an Patienten in den Gerontopsychiatrischen Abteilungen lag bei nur 9,2 Prozent, während 17 Prozent aller stationären Patienten einen Migrationshintergrund aufwiesen. Diese Unterrepräsentation wird auf vielfältige Gründe zurückgeführt.

Zum einen können die dementiellen Störungen aufgrund fehlender bzw. unzureichender sprach- und kulturgebundener Verständigung nicht erkannt und diagnostiziert werden, zum anderen können fehlende diagnostische Instrumente zu falschen Diagnosen bzw. Fehldiagnosen führen. Insbesondere die Auswertung der kognitiven Testverfahren bildet eine große Herausforderung (Nielsen & Waldemar, 2010). Diese testpsychologischen Instrumente sind oftmals auf die entsprechenden Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund und Minderheiten nicht validiert. Oftmals werden nur in eine andere Sprache übersetzte Versionen eingesetzt, die die kulturellen Kontexte wie unterschiedlich Gegenstände, Jahreszeiten, Bedeutung von Zeit etc. nicht berücksichtigen. Auch Analphabetismus und eingeschränkte Gesundheitskompetenz bleiben unberücksichtigt. Nonverbale Instrumente werden inzwischen getestet, die Validierung auf einzelne Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten liegt noch nicht vor. Forschung und Wissenschaft haben diese Zielgruppen noch nicht ausreichend auf ihre Agenda gesetzt. So existieren nur wenige Studien, die sich mit der Demenz bei Personen mit Migrationshintergrund und Minderheiten befassen. Einer von diesen war die Islington Studie, die in London durchgeführt wurde. Darin wurde eine Prävalenz von 17,3 Prozent für eine demenzielle Erkrankung bei Migranten festgestellt (African-Caribbean) (relative risk=1.72, CI=1.06-2.81).

Zudem registrierten die Autoren, dass die Demenzen bei Migranten klinisch früher manifest wurden. Als Erklärung für die erhöhte Prävalenzrate für eine Demenz und für die frühzeitige Manifestation diskutierten sie die erhöhten kardio-vaskulären Komorbiditäten bei Migranten (Pettit et

al., 2001). Auch eine dänische Studie stellte eine erhöhte Prävalenz für demenzielle Erkrankungen bei Migranten (13 Prozent) fest. Im Vergleich dazu hatte die dänische Bevölkerung eine Prävalenz von über 7 Prozent. Zugleich wurde in der Gruppe der Migranten eine erhöhte Rate an Diabetes mellitus Typ-2 festgehalten (Rosenbaum et al., 2008). Die Autoren berichteten, dass das eingesetzte Screening-Instrument MMST (Mini-Mental-Status-Test) bei bildungsfernen Personen und Analphabeten sowie bei der ersten Generation von Migranten, die nur eingeschränkt integriert seien, eine limitierende Aussagekraft habe (Rosenbaum et al., 2008).

Die Autoren hoben hervor, dass schlechte gesundheitliche Versorgung in den Herkunftsländern, schwere körperliche Arbeit in den Aufnahmeländern, geringe Integration in soziale Netzwerke mit geringer sozialer Unterstützung sowie geringe Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems Faktoren sein könnten, die den Alterungsprozess an sich beschleunigen können. Sie berichteten zudem, dass Evidenz dafür bestehe, dass Faktoren wie Bildung, Arbeit, Ernährung, Bewegung und sozio-ökonomische Situation einen beschleunigten Prozess der Demenzentwicklung initiieren (Rosenbaum et al., 2008).

Yano et al. (2000) untersuchten in einer Studie auf Hawaii die kognitiven Fähigkeiten von älteren japanischen Migranten, die als Kinder bzw. Jugendliche dorthin ausgewandert waren, mit dem Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI), das in interkulturellen Studien zur Erfassung von kognitiven Einschränkungen entwickelt worden sei.

Insbesondere wurde der Einfluss der in Japan verbrachten Jahre im Schulalter (6 bis 17 Jahre) in den Fokus gestellt. Getestet wurde in japanischer und englischer Sprache. Es zeigte sich, dass die Interaktion zwischen Sprache und in Ja-

pan in der Kindheit verbrachten Jahren statistisch signifikant war. Unabhängig vom Alter, Bildung oder anderen Faktoren ergab sich, dass Testungen in englischer Sprache schlechtere CASI-Werte ergaben als Testungen in der Muttersprache. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass Testungen bei älteren Migranten in der Muttersprache erfolgen sollten (Yano et al., 2000). Bäckman et al. (2005) berichteten, dass kognitive Defizite bereits bis zu 10 Jahre vor der klinischen Diagnose zu beobachten sind, wobei in den letzten drei Jahren davon die Defizite deutlicher hervortreten. Oftmals werden diese im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess gesehen.

Zudem existieren auch andere Störungen, die ebenfalls zu diesen Defiziten führen können, so dass oftmals nicht an den Beginn einer Demenz gedacht wird. Epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass vaskuläre Risikofaktoren in der mittleren Lebensspanne und hohes Alter eine entscheidende Rolle in der Entwicklung und im Progress von Demenzen spielen (Fratiglioni und Qiu, 2008). Die Autoren unterstreichen, dass ein umfangreiches soziales Netzwerk, aktives geistiges Engagement, soziale und körperliche Aktivitäten den Ausbruch von Demenzen verschieben können (Fratiglioni und Qiu, 2008).

Andere Studien identifizierten hohes Alter, Depression, APOE ϵ 4 allele, behandelten Bluthochdruck, Hypercholesterinämie (mittelhohe Werte), hohen diastolischen Blutdruck und Diabetes mellitus sowie anticholinerge Medikation als Risikofaktoren für leichte kognitive Störungen (MCI) (Barnes et al., 2006). Bei der Mild Cognitive Impairment (MCI) werden Gedächtnisstörung ohne weitere Ausfälle registriert, wobei in ca. 50 Prozent der Fälle eine Konversion in eine Demenz beobachtet wird und bei den anderen nicht erfolgt (Barnes et al., 2006).

Möglichkeiten des Cultural Formulation Interview bei der Anamnese

- „...Werte, Orientierungen, Wissen und Gebräuche, die Individuen aus ihrer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Gruppen ableiten (z. B. ethnische Gruppen, Glaubensgemeinschaften..)
- Aspekte des Hintergrundes eines Patienten, Entwicklungserfahrungen und aktuelle soziale Kontexte, die seine Perspektive, wie geographische Herkunft, Migration, Sprache, Religion, sexuelle Orientierung oder Ethnizität beeinflussen können,
- Einfluss der Familie, Freunde und anderer Community-Mitglieder (soziales Netzwerk des Patienten) auf die Krankheitserfahrung des Patienten“

Quelle: DSM-5 2015;S.1029



Abbildung 2: Das CFI kann die kulturspezifische Anamnese unterstützen und hilfreich bei der Demenzdiagnostik sein.

Kulturspezifische Anamnese

Obwohl die Zahl von älteren Personen mit Migrationshintergrund steigt und die Studienlage darauf hinweist, dass die Zahl von dementiellen Erkrankungen bei Ihnen zunehmen wird, bestehen nach wie vor diagnostische Unsicherheiten. Signifikante Daten zur Prävalenz von dementiellen Erkrankungen unter älteren Personen mit Migrationshintergrund liegen nicht vor, so dass sich eine genaue Belastung des Gesundheitssystems schwer abschätzen lässt. Aufgrund der großen Bedeutung des Themas wurde es auch im DSM-5 Handbuch über Cultural Formulation Interview im „CFI Zusatzmodul für Ältere“ aufgenommen (Lewis-Fernandez et al., 2016). Denn der Einsatz des Cultural Formulation Interview (CFI) könnte wertvolle Informationen bei der Demenzdiagnostik liefern.

Das CFI kann insbesondere bei der Erkennung und der Differenzierung von kulturellen, religiösen sowie sozio-ökonomischen Konflikten bzw. Unklarheiten hilfreich sein und mögliche Schwierigkeiten und Unsicherheiten bei der Einordnung von Symptomen im kulturellen Kontext vermindert. Es fokussiert insbesondere auf die Klarstellung der kulturellen Definition des Problems, der kulturellen Wahrnehmung der Ursachen, des Kontextes und der Unterstützung, der kulturellen Einflussfaktoren auf die Selbstbewältigung und auf das frühere Hilfesuchverhalten sowie auf die kulturellen Einflussfaktoren auf das aktuelle Hilfesuchverhalten bei Personen mit Migrationshintergrund. Des Weiteren unterstützt das CFI bei der Erfassung der kulturellen Identität des Patienten mit Migrationshintergrund, der Sprachkenntnisse, Wertorientierungen, Krankheitskonzepte sowie des Selbst- und Körperbildes (Falkai und Wittchen, 2018). Aber auch Erklärungsansätze, Behandlungserwartungen und kultureller Umgang mit der Erkrankung kann damit erfasst und besser verstanden werden (Schouler-Ocak und Aichberger, 2015). Damit sollte das CFI regelmäßig in der kulturspezifischen Anamneseerhebung eingesetzt werden, um die kulturgebundene Verständigung zu ermöglichen.

Interkulturelle Kommunikation

Die Expertise von Meyer (2008) hatte offengelegt, dass der Anteil von Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen bei rund 18 Prozent lag, so dass eine interkulturelle Kommunikation mit knapp jeder fünften Person mit Migrationshintergrund nicht ausreichend erscheint. Denn gerade

in der Psychiatrie und Psychotherapie ist die Sprache das Hauptarbeitsinstrument. Ohne Verständigung sind Anamneseerhebung, Diagnostik und Behandlung sowie Beratung nicht möglich. Daher muss in so einer Situation die sprach- und kulturgebundene Verständigung hergestellt werden, gegebenenfalls durch den Einsatz eines professionell qualifizierten Sprach- und Kulturvermittlers. Allerdings scheitert dieser Einsatz oftmals an fehlender Finanzierungsregelung für Dolmetscherkosten im deutschen Gesundheitswesen.

In dem BSG-Urteil vom 19. Juli 2006 - B 6 KA 33/05 B wurde festgehalten, dass Dolmetscherkosten keine GKV-Leistung sind. Somit sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Dolmetscherkosten zu übernehmen und tun dies in der Regel auch nicht. In der BSG Entscheidung von 2008 (6. Senat des BSG, 6.2.2008 - 6 KA 40/06) wird zudem mitgeteilt, dass ein Anspruch auf eine muttersprachliche Psychotherapie nicht bestehe. Damit wird dem oben beschriebenen Bevölkerungsteil der Zugang zur (Psychiatrie und) Psychotherapie deutlich erschwert. Diese Urteile vermindern die Gefahr von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen nicht.

Interkulturelle Kompetenz

Um kultur- und sprachgebundene Verständigungsprobleme und damit Fehldiagnosen und -behandlungen zu vermeiden, wird interkulturelle Kompetenz empfohlen (Qureshi und Collazos, 2011; Schouler-Ocak et al., 2015). Dadurch sollen alle im Gesundheitssystem tätigen Professionellen soweit befähigt und qualifiziert werden, dass sie mit Patienten aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten arbeiten können. Die interkulturelle Kompetenz setzt sich zusammen aus interkultureller Sensibilität, Empathie und Kulturwissen, worunter interkulturelles Wissen z. B. Wissen um unterschiedliche kulturelle Werte, Krankheitsmodelle oder Behandlungsansätze, Migrationsstatus, Einfluss psychosozialer Faktoren sowie Psychopathologie verstanden wird. Zur interkulturellen Kompetenz zählen auch Skills, Techniken, die für die Umsetzung erforderlich sind. Diese sind Fertigkeiten in der interkulturellen Kommunikation, die Fähigkeit, mit einem Patienten und seinen Angehörigen aus einem anderen kulturellen Kontext eine therapeutische Beziehung aufzubauen, und die Fähigkeit, mit einem Patienten mit Migrationshintergrund und seinen Angehörigen an dem jeweiligen kulturellen Kontext adaptiert zu arbeiten (Qureshi und Collazos, 2011; Schouler-Ocak et al., 2015).

Hierbei ist ein wesentlicher Aspekt, dass der Behandler seine eigene Perspektive auf die „Realität“ hinterfragt und sich seiner eigenen Identität, Vorurteile und Bias bewußt wird. Denn in dem Bericht „Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare“ (Smedley et al., 2003) vom US-Amerikanischen Institute of Medicine wurde festgehalten, dass viele Ärzte ihre Patienten je nach „race and ethnicity“ unterschiedlich behandeln, vor allem, wenn eine erschwerte Kommunikation vorlag. Die Autoren schlussfolgerten daraus, dass Behandler zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation mit Patienten mit verschiedenen ethnischen Hintergründen sich in „cultural competence“ qualifizieren lassen sollten (Smedley et al., 2003). Hierbei geht es auch um eine Haltungsänderung. Die interkulturelle Kompetenz beinhaltet auch die Bereitschaft der Behandler, sich in die Lebenswelten ihrer Patienten und ihrer Familien aus anderen kulturellen Kontexten einzulassen (Erim, 2005).

Interkulturelle Pflege

Schätzungen zufolge haben 8,2 Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund, wobei dieser Anteil im Vergleich zu dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung 2015 (21 Prozent) zunächst gering erscheint (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Denn bereits die Zahl der 60-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist inzwischen stark gestiegen. Diese lag 1992 bei ca. 5 Pro-

zent (321 000 Menschen), 2004 bereits bei ca. 11 Prozent (797.000 Menschen) und 2030 wird sie voraussichtlich auf 24 Prozent steigen. Dann wird in Deutschland jede vierte Person mit Migrationshintergrund über 60 Jahre alt sein (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Jedoch habe sich der Pflegebereich auf diese wachsende heterogene Zielgruppe noch nicht ausreichend eingestellt.

Zudem werden Personen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt zehn Jahre früher pflegebedürftig, was auf dauerhafte und belastende Berufstätigkeit in Verbindung mit einem höheren Risiko der krankheitsbedingten, vorzeitigen Erwerbsminderung zurückgeführt wird. Die Datenlage zur Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund ist nach wie vor ungenügend. Gleichzeitig besteht in Deutschland bereits ein Mangel an Pflegekräften, so dass ausländische Kräfte angeworben werden. So stieg die Zahl der ausländischen Pflegekräfte in Deutschland zwischen den Jahren 2012 und 2016 um 62 Prozent – auf rund 117.400 Menschen, so dass damit 6,7 Prozent der rund 1,7 Millionen Pflegekräfte in Deutschland aus dem Ausland kamen. Im September 2016 kamen mehr als 66.500 Pflegekräfte aus Osteuropa (Epoch Times, 2017).

Bislang wird die Pflege von Personen mit Migrationshintergrund nahezu vollständig von der Familie übernommen. Diese nehmen keine externe Hilfe in Anspruch, da sie Gefahr läuft, innerhalb der Community stigmatisiert zu werden. Somit ist die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund noch höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Erschwerend

Entwicklungstrend bei der Zahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund

- Schätzungen zufolge haben 8,2 Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund
- Dieser Anteil erscheint im Vergleich zu dem der Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung (21%) zunächst gering
- Doch auch die Migrantenbevölkerung unterliegt der demografischen Alterung
- Die Zahl der 60-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist zwischen 1992 und 2004 stark gestiegen:
 - 1992 ca 5 % (321 000 Menschen)
 - 2004 ca 11 % (797 000 Menschen)
 - 2030 voraussichtlich auf 24 %
- Dann wird in Deutschland jeder vierte Mensch über 60 Jahre einen Migrationshintergrund haben

Quelle: Tezcan-Güntekin und Razum 2015



Abbildung 3: Prognosen zur Zahl der Pflegebedürftigkeit bei der Migrantenbevölkerung verdeutlichen die künftigen Herausforderungen.

Pflegesetting und Inanspruchnahme: Unterschiede zwischen Einheimischen und Migranten

- Wenn eine Familie mit Migrationshintergrund pflegerische Hilfen in Anspruch nimmt, läuft sie Gefahr, innerhalb der Community **stigmatisiert** zu werden.
- Die **psychische Belastung** der pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund ist noch höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.
- Psychiatrische Erkrankungen sind in einigen Kulturen **tabuisiert**. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit bei Demenz von Bedeutung, da sich die betroffenen Familien von ihrem sozialen Umfeld isolieren oder isoliert fühlen.
- Demenzerkrankungen gehen bei Menschen mit Migrationshintergrund mit einem **frühen Verlust der als Fremdsprache erlernten deutschen Sprache** einher, was für die Demenzdiagnostik, aber auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung besondere Herausforderungen zur Folge hat.
- Pflegerische und psychosoziale Angebote in Deutschland sind nur unzureichend auf die **zunehmende Diversität** der Nutzer ausgerichtet.
Ein Viertel der Befragten mit Migrationshintergrund in einer repräsentativen Studie gaben an, **keine pflegerischen Angebote außer Pflegegeld** zu nutzen, weil kulturelle und religiöse Belange nicht ausreichend berücksichtigt würden.

Quelle: Tezcan-Güntekin und Razum 2015



Abbildung 4: In Familien mit Migrationshintergrund erfolgt häufig eine ausschließlich häusliche Pflege, die durch Angehörige geleistet wird.

kommt hinzu, dass psychiatrische Erkrankungen in einigen Kulturen tabuisiert sind. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit bei Demenz von Bedeutung, da sich die betroffenen Familien von ihrem sozialen Umfeld isolieren oder isoliert fühlen (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Daher erfolgt in dieser Bevölkerungsgruppe häufig eine ausschließlich häusliche Pflege, die durch Angehörige geleistet wird.

An dieser Stelle soll noch einmal unterstrichen werden, dass Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund mit einem frühen Verlust der als Fremdsprache erlernten deutschen Sprache einhergehen, was für die Demenzdiagnostik, aber auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung besondere Herausforderungen zur Folge hat. Nach wie vor sind auch die pflegerischen und psychosozialen Angebote in Deutschland nur unzureichend auf die zunehmende Diversität der Patienten und Angehörigen mit Migrationshintergrund ausgerichtet. Denn ein Viertel der Befragten mit Migrationshintergrund in einer repräsentativen Studie gaben an, keine pflegerischen Angebote außer Pflegegeld zu nutzen, weil kulturelle und religiöse Belange nicht ausreichend berücksichtigt würden (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015).

Tezcan-Güntekin und Breckenkamp (2017; S. 21) betonen, dass sektoren- und professionsübergreifende Ansätze

aufgrund eines verbesserten Schnittstellenmanagements eine bessere Versorgung ermöglichen und die pflegerischen Versorgungssysteme auf eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund vorbereiten würden. Hierzu gehören interprofessionelle, interkulturelle Handlungsansätze von Pflegefachpersonen. Zu fordern ist in diesem Zusammenhang auch, dass interkulturelles Kompetenztraining als ein wichtiges Modul in die Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe aufgenommen wird.

Fazit

Ältere Personen mit Migrationshintergrund bilden eine wachsende, sehr heterogene vulnerable Gruppe mit erhöhtem Risiko, eine dementielle Erkrankung zu entwickeln. Umso wichtiger ist es, dass sowohl diagnostische testpsychologische Instrumente auf sie validiert werden und damit aussagekräftige Ergebnisse liefern können, als auch sprach- und kulturgebundene Verständigung durch den Einsatz von professionell qualifizierten Sprach- und Kulturvermittlern verlässlich hergestellt wird und die im Gesundheitssystem tätigen Professionellen in der interkulturellen Kompetenz befähigt und qualifiziert werden, um auch Patienten aus unterschiedlichen Kontexten verstehen und behandeln zu können. Des Weiteren müssen Gesund-

heits- und Pflegeberufe den Fokus auch auf die interkulturelle Pflege richten und sich Patienten und Angehörigen mit Migrationshintergrund mit Pflegebedarf annehmen.

Nach wie vor klafft in Deutschland in dieser Thematik eine große Forschungs- und Versorgungslücke. Diese gilt es anzugehen.

Literatur

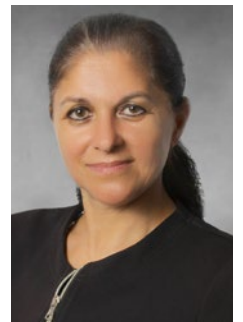
1. D.E. Barnes, G.S. Alexopoulos, O.L. Lopez, J.D. Williamson, K. Yaffe Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study. Arch. Gen. Psychiatry, 63 (2006), pp. 273-279.
2. L. Bäckman, S. Jones, A.K. Berger, E.J. Laukka, B.J. Small Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: a meta-analysis. Neuropsychology, 19 (2005), pp. 520-531.
3. Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte: <https://www.demenz-service-migration.de/tuerkisch.html>.
4. Epoch Times 2017: <http://www.epochtimes.de/politik/deutschland/zahl-auslaenderischer-pflegekraefte-in-deutschland-um-62-prozent-gestiegen-a2117285.html>.
5. Erim Y (2005) Psychotherapie mit Migranten ± Aspekte der interkulturellen Psychotherapie. In: Senf W, Broda M: Praxis der Psychotherapie. Stuttgart (Thieme Verlag), S 672-678.
6. Falkai P, Wittchen U. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® . 2. Korrigierte Auflage. Hogrefe. 2018.
7. Fratiglioni L, Qiu C. Prevention of common neurodegenerative disorders in the elderly. Exp Gerontol. 2009 Jan-Feb;44(1-2):46-50. doi: 10.1016/j.exger.2008.06.006. Epub 2008 Jun 24.
8. Heinz A und Kluge U (2011) Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A (Hg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München (Elsevier), S 27-32.
9. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, Los Angeles. 1980.
10. Kleinman A. Rethinking Psychiatry – From cultural category to personal experience; New York: Free Press. 1988.
11. Koch E, et al. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe 'Psychiatrie und Migration' der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenarzt 2008;328-39.
12. Kohls 2015: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Themendossiers/NTFI-2015/ntfi-2015-kohls-praesentation.pdf;jsessionid=A369FAC-4BE217F42EB794543529ACAF2.1_cid294?__blob=publicationFile.
13. Krause I. Culture and Systems in Family Therapie, London: Karnac. 2002.
14. Meyer B (2008) Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Universität Hamburg.
15. Littlewood R, Lipsedge M. Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry, Unwin & Hyman: London. 1989.
16. Meyer B (2008) Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Universität Hamburg.
17. Nielsen T, Waldemar G. [Dementia in ethnic minorities]. Ugeskr Laeger. 2010;172(20):1527.
18. Pettit T, Livingston G, Manela M, Kitchen G, Katona C, Bowling A. Validation and normative data of health status measures in older people: the Islington study. International journal of geriatric psychiatry, 2001;16(11): p.1061-1070.
19. Pfeiffer WM (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme, 2. Auflage. Stuttgart (Thieme).
20. Qureshi A, Collazos F (2011) The intercultural and interracial therapeutic relationship: challenges and recommendations. Int Rev Psychiatry 23(1):10-9.
21. Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S., Neil Krishan Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A., Ladson Hinton, M.D., Devon E. Hinton, M.D., Ph.D., and Laurence J. Kirmayer, M.D., F.R.C.P.C. DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview. 2016.
22. Rosenbaum, B., Kristensen M., Schmidt J, [Dementia in elderly Turkish immigrants]. Ugeskrift for laeger. 2008;170(50):4109-4113.
23. Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone, Qureshi A et al (2015) EPA Guidance on Cultural Competence Training. EurPsychiatry 30(3):431-40.
24. Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten. Psychother Psychosom Med Psychol. 2015 Dec;65(12):476-85.
25. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (Hrsg) (2003) Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care. Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. Washington, DC (The National Academies Press).
26. Statistische Bundesamt 2018; https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_282_12511.html.
27. Statistisches Bundesamt 2017: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/11/PD17_387_12521.html.
28. Statistisches Bundesamt 2016: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 2.2, 2016 Tezcan-Güntekin H; Razum O. Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund: Spezifische Bedürfnisse erkennen. Dtsch Arztebl 2015; 112(39): A-1564 / B-1304 / C-1274.
29. Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J.: Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Jg. 17, heft 2; 15-23. 2017.
30. Yano K, Grove JS, Masaki KH, White LR, Petrovitch H, Chen R, Teng EL, Ross GW, Rodriguez BL, Curb JD. The effects of childhood residence in Japan and testing language on cognitive performance in late life among Japanese American men in Hawaii. J Am Geriatr Soc. 2000 Feb;48(2):199-204.

E-Mail-Kontakt:
Meryam.Schouler-Ocak@charite.de

PROF. DR. MED. MERYAM SCHOULER-OCAK



Frau Prof. Schouler-Ocak hat an der Medizinischen Hochschule in Hannover Humanmedizin studiert und die Facharzt Ausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie in Göttingen, Seesen und Hildesheim absolviert. 2012 erwarb sie die Lehrbefugnis an der Charité bei Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz. Seit 2010 ist sie Leitende Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin. Zugleich leitet sie dort den Forschungsbereich Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie. Zum 1. Januar 2018 erhielt sie den Ruf zur Professur für Interkulturelle Psychiatrie an der Charité. 2014 wurde ihr das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.



Demenz und Depressionen –
was kommt auf uns zu?

Ein guter Hilfemix muss finanziell nachhaltig und sektorenübergreifend geschneidert sein

DR. FLORIAN STAECK

Trotz Fortschritten bei der Erkennung – teilweise auch bei der Behandlung – sind die unipolare Depression und die Demenz zwei Krankheiten, die in Deutschland nach wie vor mit der größten Krankheitslast, ausgedrückt in verlorenen Lebensjahren durch Krankheit, einhergehen. Insbesondere bei der Versorgung und Behandlung von alten Patienten mit Depressionen existieren nach wie vor große Verbesserungsspielräume. Ungeachtet aller Aufklärungskampagnen und einer gestiegenen Sensibilisierung von Ärzten und medizinischem und pflegerischem Personal, wird die Depression als eigenständige Erkrankung nach wie vor nicht ernst genug genommen. Auf diese Zusammenhänge haben die Teilnehmer des 18. Frankfurter Forums hingewiesen. Die Tagung am 27./28. April 2018 in Fulda stand unter dem Generalthema „Alt, depressiv und dement – eine enorme Herausforderung für unsere Gesellschaft“.

Im Fall der Demenz werde immer deutlicher, dass diese Erkrankung offenbar der Preis für die Hochaltrigkeit ist. Insofern werden gegenwärtig in Deutschland Jahr für Jahr rund 244.000 Neuerkrankungen registriert. Zwar lässt sich bei einzelnen Entwicklungen, wie beispielsweise beim Ausbau der Selbsthilfe, ein eindeutig positiver Trend aufzeigen. Was aber nach wie vor aussteht, sei eine Gesamtstrategie, die die vorhandenen personellen Ressourcen der informellen Pflege wie der Fachpflege in den Blick nimmt.

Bei der Demenz ist davon auszugehen, dass die Prävalenz weiter zunehmen wird. Allerdings wiesen Teilnehmer darauf hin, dass die Inzidenz zuletzt weniger stark gestiegen ist als angenommen wurde. Faktoren, die die Erhaltung der „Hirngesundheit“ begünstigen, kommt sehr große Bedeutung zu: Wenn es gelänge, den Erkrankungsbeginn um fünf Jahre hinauszuzögern, dann würde dies die Prä-

valenz halbieren, wurde betont. Eingedenk der Tatsache, dass der pathologische Prozess Jahre bevor die Krankheit manifest wird startet, hat sich in Interventionsstudien nur die Antihypertensiva-Therapie als schlüssig erwiesen. Würde man alle Faktoren, die eine Demenz begünstigen vermeiden – genannt wurden etwa Übergewicht, Hörverlust, Rauchen, oder soziale Isolation – dann könnten mutmaßlich 35 Prozent aller Demenzerkrankungen vermieden werden.

Größer – und gegenwärtig erfolgversprechender – stellen sich die Interventionsmöglichkeiten bei Patienten mit Depressionen dar. Zugleich sind die Verbesserungspotenziale in der Versorgung hier besonders hoch. So weisen beispielsweise in einer Studie 60 Prozent der älteren Langzeitarbeitslosen eine psychiatrische Erkrankung auf, 40 Prozent eine Depression. Zugleich liegt der Anteil, die eine leitlinienkonforme Behandlung erhalten, Studien zu Folge bei nur acht Prozent. Doch werden Depressionen von Mitarbeitern der Jobcenter meist lediglich als Folge der Arbeitslosigkeit und nicht korrekterweise als eine beseitigbare Ursache der Arbeitslosigkeit angesehen. Tatsächlich stellt eine Depression eine der größten Vermittlungshemmnisse in den ersten Arbeitsmarkt dar, wurde hervorgehoben. In Modellversuchen, bei denen Psychologen in den Jobcentern Lotsen für die Betroffenen waren und für eine rasche Behandlung in der Regelversorgung sorgten, stieg die Vermittlungsrate in den Arbeitsmarkt deutlich.

Der positive Effekt, dass mehr Betroffene als früher sich Hilfe holen und eine Diagnose erhalten, wird allerdings von den anhaltenden Versorgungsengpässen teilweise konterkariert – denn die Zahl der Psychiater ist nicht nennenswert gestiegen, hielten Diskussionsteilnehmer fest. Die bessere Abrechenbarkeit von psychotherapeutischen Gruppenan-

geboten, die Einführung von psychotherapeutischen Sprechstunden zur raschen diagnostischen Abklärung oder Akutbehandlungen bei Krisen haben zwar zu einer Verkürzung der Wartezeiten beigetragen. Doch in der psychotherapeutischen Regelversorgung bestehen nach wie vor Wartezeiten von mehreren Monaten.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen können die von einzelnen Krankenkassen bereits angebotenen digitalen Unterstützungsangebote den Patienten Hilfe beim Selbstmanagement leisten. Bisher würden diese Angebote den Betroffenen allerdings zu selten angeboten, wurde kritisiert. Andere Teilnehmer zeigten sich überzeugt, dass digitale Angebote bei Patienten mit Depressionen ohne Begleitung durch den Arzt nicht wirken – dafür sei die Erkrankung zu schwer und zu lebensbedrohlich. Kritisch wurde zudem angemerkt, dass E-Health-Angebote insbesondere Betroffene im mittleren Alter erreichen dürften, nicht aber alte Menschen mit Depressionen. Erfolgversprechend würden – über alle Altersgruppen hinweg – insbesondere Bewegungsprogramme sein. Als wichtig wurde betont, dass es sich um „abholende“ Programme handeln sollte, deren Inhalte sich gut in den Alltag einbauen lassen.

Als besondere Herausforderung wurden Depressionen bei pflegebedürftigen Menschen hervorgehoben. Für die Schulung von Pflegekräften werde gegenwärtig ein Online-Programm entwickelt, das die Pflegenden über Depressionen aufklärt und für das Krankheitsbild sensibilisiert. Noch besser wäre es allerdings, solche Schulungen unmittelbar in die Ausbildung der Pflegekräfte einzubinden, hieß es. Auch in Großunternehmen sind in jüngster Zeit Pflicht-Seminare für Führungskräfte etabliert worden mit dem Ziel, Mitarbeiter für diese Erkrankung zu sensibilisieren.

Breiten Raum in der Diskussion nahmen die künftige Finanzierbarkeit der Pflege sowie der Erhalt des vorhandenen und die Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals ein. In diesem Zusammenhang wurde die Bezeichnung der sozialen Pflegeversicherung als „Teilkasko“ in Frage gestellt. Es handle bei deren Leistungen lediglich um einen Anerkennungsbetrag zur Erhaltung der Pflegebereitschaft der Familien. Die weiteren Kosten der informell Pflegenden für die Renten- und Krankenversicherung seien in diesem Konzept aber nicht mitgedacht worden. Ergänzend hieß es von Teilnehmern, eine Vollkostenversicherung in der Pflege werde man nicht allein über Sozialbeiträge finanzieren können. Dem wurde entgegengehalten, das gelte nur für die derzeitige Finanzierungssystematik – bezahlbar wäre eine Vollkostenversicherung allemal, wenn dies in einer Gesellschaft zur Priorität erklärt wird.

Teilnehmer erinnerten daran, dass politisch von vornherein die Absicht bestand, nur die reinen Pflegekosten über die Pflegeversicherung zu bezahlen. Denn die Länder hätten im Gegenzug für die Entlastung bei der Sozialhilfe zugesagt, die Investivkosten für den Bau von Pflegeeinrichtungen zu übernehmen. Dieses Versprechen sei nie eingelöst worden – dies erkläre zumindest einen Teil der Unwucht in der gegenwärtigen Finanzierung von Pflegekosten.

Vor diesem Hintergrund wurden die Ergebnisse von Studien lebhaft diskutiert, in denen erstmals die finanziellen Belastungen der pflegenden Angehörigen erfasst wurden. Anders als bisher angenommen, ist die Pflege zu Hause nämlich teurer als die Heimpflege, wenn die Arbeit der informell Pflegenden monetär bewertet wird. Der Schwellenwert, ab dem die Heimpflege günstiger ist als die Pflege zu Hause, entspricht einer Studie zu Folge einem

Stundenlohn von rund 8,60 Euro. Kritisch fragten Teilnehmer nach dem Erkenntniswert einer solchen Berechnung der indirekten Kosten der informellen Pflege. Denn der bisherige Pflegemix – durch Angehörige, durch ambulante Dienste oder im stationären Heim – funktioniere nur deshalb, weil es die informell Pflegenden gibt, wurde betont.

Angesichts der absehbar steigenden Kosten wurden die Pläne für ein Versicherten-Beitragsentlastungsgesetz in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Bundesregierung als sehr kritisch eingeschätzt. Wenn erst einmal die vom Bundesgesundheitsministerium geplante Beitragssenkungsspirale in Schwung gekommen sei, werde es schwieriger werden, diese Bereitschaft neu zu wecken, hieß es warnend. Umgekehrt verläuft die Entwicklung in der Pflegeversicherung: Hier hat die Bundesregierung bereits signalisiert, dass die Beitragssätze steigen werden.

Auch im internationalen Vergleich ist kein „Königsweg“ für die Finanzierung steigender Pflegeausgaben erkennbar, wurde berichtet. Einzelne Länder setzen auf Hybrid- oder auf Mehrsäulenmodelle, die verschiedene Finanzierungsarten kombinieren. Allerdings ist der Reformdruck in Deutschland, wo die demografische Alterung bereits in vollem Gange ist, besonders hoch, zeigten sich Teilnehmer überzeugt. Das gilt auch für die Sicherung der Fachkräfte in der Pflege. Kurzfristige Sofortprogramme, wie sie im Frühjahr 2018 mit Blick auf 13.000 zusätzliche Stellen in der Altenpflege diskutiert werden, beachteten nicht, dass eine Initiative an einer Stelle andernorts neue Lücken aufreißt. Eine starke Zunahme der Zahl der Auszubildenden sei allein schon angesichts der kleinen Jahrgangskohorten unrealistisch.

Zentrale Personalressource für eine quantitativ wie qualitative bessere Pflege müssten daher primär die Angehörigen und Pflegenden in der Gruppe der heute 40- bis 60-Jährigen sein. Hier gebe es eine mehrere Millionen Personen umfassende Gruppe, die von der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf betroffen ist. Die Unterstützungsleistungen für diese Gruppe seien nach wie vor unzureichend. Der Anteil der Pflegenden unter ihnen mit chronischen Erkrankungen sei überdurchschnittlich hoch, das drücke sich auch in einer hohen Zahl von Arbeitsunfähigkeits-Tagen aus. Die sozialen und ökonomischen Folgekosten der fehlenden Abstimmung von Arbeitswelt und informell Pflegenden müssten daher als sehr hoch veranschlagt werden.

Daher sei die nach wie vor mangelhafte Vereinbarkeit von Pfl egetätigkeit und Beruf eines der zentralen Lernfelder der Zukunft. Denn die vorhandenen Unterstützungsarran-

gements nähmen keine Rücksicht auf die Vorgaben der Arbeitswelt. Das gelte beispielsweise für Angebote der Tagespflege – die Öffnungszeiten dieser Einrichtungen seien bislang nicht auf Arbeitszeiten von abhängig Beschäftigten abgestimmt – das treffe vor allem auf Schichtarbeiter zu. Vor diesem Hintergrund könnte der wachsende Fachkräftemangel und die damit zunehmenden Eigeninteressen der Unternehmen ein Motor für Veränderungen in Richtung einer arbeitsplatznahen Tagespflege sein, hieß es.

Das Beispiel der Demenz zeige eindrücklich, dass sich das Versorgungssystem aufgrund seiner Sektoralisierung schwer damit tut, auf komplexe Bedürfnisse adäquat zu reagieren. Gerade darum seien regionale Demenznetzwerke oder lokale Allianzen so wichtig. Doch diese würden bis heute nicht solide finanziert. Es werde schlicht unterstellt, dass die Aktiven ihr Engagement weiterhin rein ehrenamtlich erbringen. Hier wie an anderen Stellen werde offenbar, dass eine gesamtstaatliche Strategie im Umgang mit Demenz nach wie vor fehle.

Zur fehlenden gesamtstaatlichen Strategie gehöre es auch, dass es bisher nicht gelingt, positive Erfahrungen mit einzelnen Instrumenten flächendeckend zu etablieren. Das zeige sich beispielhaft an Lotsen und Betreuungskräften für demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Sogenannte demenzfreundliche Krankenhäuser hätten mit der Weiterqualifizierung von Demenzansprechpartnern hervorragende Erfahrungen gemacht. Ähnliche positive Erfahrungen gebe es mit unabhängigen Koordinatoren an der Nahtstelle zur ambulanten Versorgung.

Einen besonderen Fokus richtete das 18. Frankfurter Forum in seinen Beratungen auf demenzkranke Patienten mit Migrationshintergrund. Aktuell haben 8,2 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland familiäre Wurzeln im Ausland. Das ist unterdurchschnittlich angesichts der Tatsache, dass mehr als 22 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben. Doch dieser Anteil werde in den kommenden Jahren rasch zunehmen, hieß es. Dies habe einen Grund auch darin, dass diese Menschen offenbar im Schnitt rund zehn Jahre früher an Demenz erkranken als die einheimische Bevölkerung. Hierzu gebe es gegenwärtig aber noch zu wenig valide epidemiologische Daten.

Die Versorgung dieser Patientengruppe geht mit spezifischen Herausforderungen einher, erläuterten Teilnehmer. In einigen Kulturkreisen seien psychische Erkrankungen nach wie vor tabuisiert, so dass sich Familien vielfach zurückzögen. Tatsächlich nutzten die Betroffenen und ihre

Familien mit Ausnahme des Pflegegelds nur vereinzelt externe pflegerische Angebote – insbesondere offenbar, weil sie kulturelle und religiöse Belange im Zusammenhang mit der Pflege nicht ausreichend berücksichtigt sehen. Hinzu kommt, dass interkulturell kompetente Pflegeangebote bislang zu wenig verfügbar sind. Damit einhergehe, dass Sprach- und Kulturvermittler im Rahmen von Kranken- und Pflegeversicherung bislang nicht solide finanziert seien.

Eine Folge davon sei, dass demenzkranke Patienten mit Migrationshintergrund oft nur zeitverzögert in die Regelversorgung gelangen. Angesichts des zu erwartenden steigenden Anteils demenzkranker Menschen mit ausländischen Wurzeln könnten herkunftsspezifische Pflege- und Versorgungseinrichtungen nicht der richtige Weg sein, betonten Teilnehmer. Sinnvoll seien hingegen integrative Einrichtungen für alle Patienten gleich welcher Herkunft, in denen spezifische Belange einzelner Patientengruppen im Hinblick etwa auf Ernährung oder religiöse Praktiken berücksichtigt werden, wurde plädiert. Hilfestrukturen für

diese Gruppen auf kommunaler Ebene bauten noch immer viel zu häufig allein auf ehrenamtlichem Engagement auf – eine dauerhafte Finanzierung stehe damit aus.

Lebhaft diskutierten Teilnehmer, ob der Terminus „Migrationshintergrund“ noch hilfreich für die Forschung sein könne. Die Potenziale für zielgerichtete Hilfen seien viel größer, wenn anstatt politisch definierter Zuschreibungen wie der Staatsangehörigkeit soziokulturelle Faktoren oder die Zugehörigkeit zu einem Milieu berücksichtigt werde. Mit Blick auf den Terminus Milieu könne auch eine wichtige Ressource im deutschen Gesundheitswesen adressiert werden – die Stärkung der interkulturellen Kompetenz auf allen Ebenen von Pflege und Versorgung, hieß es. Dann bestünden auch gute Chancen, die besonderen Herausforderungen in der Pflege und Versorgung dieser Patientengruppe gut zu bewältigen.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Dr. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Eugen Brysch

Prof. Dr. Helmut Buchner

Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich

Dr. Liane Fickler

Prof. Dr. Ulrich Finke

Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke

Holger Friedrich

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Rebecca Gonser

Dr. Kay Großmann

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Dr. Regina Klakow-Franck

Prof. Dr. Andreas Lübbe

Prof. Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Dr. Erika Ober

Dietmar Preding

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Gudrun Schaich-Walch

Dr. Hubert Schindler

Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak

Gerhard Schulte

Dr. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. Josef Schuster SJ

Dr. Thomas Sitte

Dr. Florian Staeck

Oliver Stahl

Andreas Storm

Dr. Christian Thomeczek

Prof. Dr. Volker Ulrich

Eva Walzik

Katharina Werner

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

Philosophie / Theologie :	Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moraltheologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigungen :	Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt Dr. med. Margita Bert, Ehrenvorsitzende KV Hessen, Frankfurt
GKV-Spitzenverband :	Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin
Krankenkassen :	Eva Walzik, DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin Rebecca Gonser, BARMER, Persönliche Referentin des Vorsitzenden des Vorstandes, Berlin
Krankenhaus :	Prof. Dr. med. Ulrich Finke, ehem. Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt
Medizin:	Dr. med. Regina Klakow-Franck, ehem. Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, Stellv. Vorsitzende Frankfurter Forum e.V.
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) :	Claudia Korf, Geschäftsführerin Wirtschaft, Soziales und Verträge, Berlin
Klinische Pharmazie:	Prof. Dr. rer. nat. Eva Susanne Dietrich, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
Patientenverband:	Dr. med. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativstiftung, Fulda
Politik :	Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt
Ökonomie / Gesundheitsökonomie :	Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth, Stellv. Vorsitzender Frankfurter Forum e.V. Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, IGV Research, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Gyhum-Hesedorf, Vorsitzender Frankfurter Forum e.V.
Gesundheitsmanagement :	Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
Kommunikation :	Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Direktor Nachrichten und Politik, Chefredakteur ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg Dr. phil. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft, ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg
Projektmanagement :	Dietmar Preding, Geschäftsführer Frankfurter Forum e. V., Hanau
Forschende Pharmaindustrie :	Oliver Stahl, Direktor Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H.

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:

Dietmar Preding
Mozartstraße 5, 63452 Hanau
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Verlag:

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Ein Unternehmen der Fachverlagsgruppe Springer Nature

Redaktionelle Bearbeitung:

Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg
Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Dr. h.c. Jürgen Gohde, Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Prof. Dr. Volker Ulrich, Dr. Florian Staeck

Titelbild:

© fresidea / stock.adobe.com

Layout / Grafik:

Kerstin Brüderlin

Druck:

Kliemo Printing AG
Hütte 53, 4700 Eupen, Belgien

Springer Medizin

© Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin,
Neu-Isenburg, Oktober 2018



ISSN 2190-7366

Partner

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Als neue Partner sind in 2013 die IMS HEALTH (heute: IQVIA Commercial GmbH & Co. OHG) und die „Ärzte Zeitung“ aus dem Haus Springer Medizin Verlag GmbH hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik.

Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.



Antworten, auf die es ankommt.





FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen