

Competence Center Integrierte Versorgung

Erster Österreichischer Demenzbericht

Teil 1:
Analyse zur
Versorgungssituation
durch das
CC Integrierte
Versorgung der
österreichischen
Sozialversicherung



Herausgeber & Druck:

Wiener Gebietskrankenkasse
Wienerbergstraße 15–19
1100 Wien

1. Auflage 2009

Redaktion & Gestaltung:

Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention
Öffentlichkeitsarbeit WGKK

Autoren:

Mag. (FH) Sonja Gleichweit
Mag. Martina Rossa

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung
der Wiener Gebietskrankenkasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten.

Bildquelle: mattonimages & WGKK

VORWORT



Was bedeutet es konkret, wenn eine ganze Gesellschaft älter wird? Der „Erste Österreichische Demenzbericht“ prognostiziert nahezu eine Verdreifachung der Demenzerkrankten bis zum Jahr 2050 und einen enormen Anstieg der damit verbundenen Gesundheits- und

Pflegekosten. Die Qualität, mit der sich das Competence Center für Integrierte Versorgung dem Krankheitsbild Demenz widmet, beweist, wie intensiv sich die soziale Krankenversicherung in Österreich mit den künftigen Entwicklungen und Herausforderungen auseinandersetzt und dass sie schon heute an der Erstellung von innovativen Konzepten zu deren Bewältigung arbeitet.

Franz Bittner

Vorsitzender der Trägerkonferenz des
Hauptverbandes der österreichischen
Sozialversicherungsträger



Aus Sicht des Gesundheitsministeriums ist es zu begrüßen, dass sich die Sozialversicherung und das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen/ Gesundheit Österreich GmbH in enger Kooperation dem Krankheitsbild Demenz angenommen und den ersten

„Österreichischen Demenzbericht“ erstellt haben. Diese prognostizierten Erkrankungszahlen stellen alle Beteiligten, Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger, vor neue Herausforderungen, wenn es darum geht die begrenzten Ressourcen effizient einzusetzen.

Hon.-Prof. Dr. Robert Schlögel
Bundesministerium für Gesundheit



Der vorliegende Bericht zeigt all die Probleme und Belastungen, die sich bei Betroffenen aber auch bei deren Angehörigen durch die Diagnose Demenz ergeben, ausführlich auf. Einen Beitrag zur Lösung dieser Probleme, die ich

nur zu gut aus meiner täglichen Arbeit kenne, kann die integrierte Versorgung leisten, welche insbesondere an den Schnittstellen des Gesundheitssystems ansetzt. Durch Interdisziplinarität, Kontinuität, klare Behandlungspfade und Patienten- und Angehörigenorientierung kann und muss ein Beitrag geleistet werden um das aktuelle Demenzmanagement zu verbessern.

Univ. Prof. Dr. Peter Dal-Bianco
Medizinische Universität Wien



Aus ökonomischer Sicht besonders interessant ist, dass Hochrechnungen zu den Kosten einer flächendeckenden Demenzversorgung in Österreich über den Horizont der Sozialversicherungen hinaus angestellt wurden. Dies ist erstmalig, denn solche Daten lagen bisher für

Österreich nicht vor. Mit den angestellten aktuellen Prognosen zu den Prävalenzzahlen der Erkrankung anhand neuer Bevölkerungsprognosen wurde dafür eine solide Basis geschaffen.

Hon.-Prof. Dr. Leo W. Chini
Wirtschaftsuniversität Wien

EDITORIAL

Sehr geehrte Leserinnen!
Sehr geehrte Leser!



Unsere Gesellschaft ist derzeit massiven Umbrüchen unterworfen. Der demographische Wandel zeigt zunehmend seine Wirkung und führt dazu, dass der Anteil älterer und hochbetagter Menschen an der Bevölkerung immer weiter steigt. Mit der demographischen Alterung einher geht eine Zunahme von Erkrankungen, die vorwiegend im letzten Lebensdrittel auftreten. Hierzu zählt insbesondere auch die Demenzerkrankung, welche massive Auswirkungen sowohl auf das Leben des Erkrankten, als auch auf das seiner Angehörigen hat.

Ein vom Competence Center für Integrierte Versorgung gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien durchgeführter Prozess zur Identifizierung und Priorisierung von Krankheitsbildern zur indikationsbezogenen integrierten Versorgung untermauerte die Wichtigkeit der Demenzerkrankung, welche im Rahmen dieses Prozesses mit höchster Priorität gereiht wurde. Basierend auf diesem Ergebnis wurde innerhalb der sozialen Krankenversicherung ein Konsens herbeigeführt, sich im Bereich der integrierten Versorgung dem Thema Demenz zu widmen. Zu Beginn stand eine umfassende Analyse und Darstellung der aktuellen Versorgungssituation unter Einbeziehung vorhandener Daten und Erfahrungen aus dem extra- und intramuralen Bereich. Aus diesen Arbeiten sind drei Berichte hervorgegangen. Der vorliegende Bericht widmet sich den medizinischen Grundlagen sowie der aktuellen Versorgungssituation Demenzerkrankter in Österreich und versucht, darauf aufbauend die wesentlichsten Problembereiche darzustellen, die identifiziert werden konnten. Der zweite Band wurde in enger Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsuniversi-

tät Wien im Rahmen einer Diplomarbeit verfasst und zeigt umfassende Daten und Hochrechnungen zur Kostenbelastung des österreichischen Sozial- und Gesundheitswesens durch die Demenzerkrankung. Schlussendlich werden im dritten Band nationale und internationale Projekte und Erfahrungen zur integrierten Versorgung von Demenzerkrankten und deren Angehörigen zusammengefasst. Diese Arbeiten konnten in einer Kooperation mit der Abteilung Pflegeforschung Wien des Institutes für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz durchgeführt werden.

Die Erarbeitung des vorliegenden Berichtes stützt sich neben umfangreichen Recherchen in nationalen und internationalen Datenbanken sowie der Auswertung von ambulanten und stationären Daten sehr stark auf die Expertise und Erfahrung von nationalen Expertinnen und Experten aus den unterschiedlichsten Bereichen, die in die Versorgung und Betreuung von Demenzerkrankten involviert sind. Dies gelang durch die Organisation eines Workshops sowie zahlreicher Interviews, die eine umfassende Beleuchtung des Themas ermöglichten und gleichzeitig die Qualitätssicherung der erarbeiteten Inhalte gewährleisteten. Auf diese Weise ist eine in dieser Form bislang einmalige Zusammenstellung von Daten und Informationen zur Demenzerkrankung gelungen. Auf diesem Wege möchte ich allen Beteiligten danken, die einen Beitrag für den vorliegenden Bericht geleistet haben! Das Competence Center für Integrierte Versorgung freut sich, Ihnen den ersten österreichischen Demenzbericht präsentieren zu können und wünscht Ihnen viel Freude beim Lesen!

Mag. Karin Eger

Competence Center Integrierte Versorgung,
Wiener Gebietskrankenkasse

MITWIRKENDE

Projektleitung:

Mag. Karin Eger

Autorenteam:

Mag. (FH) Sonja Gleichweit

Mag. Martina Rossa

Statistische Betreuung und Auswertungen:

Dipl.-Stat. Sonja Ikemeyer-Fuchs

Mit Beiträgen von:

Mag. (FH) Matthias Schauppenlehner

Ilse Grillnberger (WU Wien)

Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl (IPG Linz)

MMag. Dr. Ilsemarie Walter (IPG Linz)

Mag. Patricia Kacetl (IPG LINZ)

Für die Datenauswertungen und zur Verfügungstellung der Daten und Informationen möchten wir uns bei den Krankenversicherungsträgern bedanken:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Unser besonderer Dank gilt allen Personen und Institutionen, die wesentlich zur Entstehung dieses Demenzberichtes beigetragen haben:

Dr. Stefanie Auer (Verein M.A.S.)

Dr. Magdalena Arrouas (BMG)

Eva-Maria Baumer MPH (BIQG)

Susanne Bayer (Verb. Diätologen Österreichs)

Hon. Prof. Dr. Leo W. Chini (WU Wien)

Antonia Croy (Alzheimer Angehörige Austria)

Univ. Prof. Dr. Peter Dal-Bianco (Universitätsklinik für Neurologie, AKH Wien)

Dr. Gottfried Endel (HVB)

Marion Hackl (Ergo Austria)

Dr. Ilse Hellemann (ÖGAM)

Wolfgang Hofmann MBA (ÖGKV)

DKS Ingeborg Holzer (ÖGKV)

Dr. Gerhard Hubmann (WGKK)

Dr. Elisabeth Lehner (Hanusch-Krankenhaus)

Mag. Dr. Johann Lehrner (Universitätsklinik für Neurologie)

MITWIRKENDE

Vera Lemke (Fonds Soziales Wien)
Mag. Eva Maria Luger (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen)
Franziska Maurhart (ÖGKV)
Dr. Ingrid Pichler (ÖGAM)
Mag. Elisabeth Pochobradsky (ÖBIG)
Dr. Gisela Pusswald (Universitätsklinik für Neurologie)
Mag. Herta Rack (BMG)
OA Doz. Dr. Michael Rainer (SMZ-Ost)
Dr. Erwin Rebhandl (ÖGAM)
Elisabeth Schandl (Orthoptik Austria)
Hon.-Prof. Dr. Robert Schlögel (BMG)
Dr. Cornelia Schneider (KAV)
Mag. Renate Skledar (Patienten- und Pflegeombudschaft)
Elfriede Sonnleitner (Diakonie-Zentrum Salzburg)
Mag. Edith Span (Verein M.A.S.)
Dr. Ulrike Verhovnik (Hanusch-Krankenhaus)
Dr. Christina Wehringer (BMSK)
Gerti Wewerka (Physio Austria)
Sabine Wiesmühler (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen)

Soweit in der Arbeit nur die männlichen Bezeichnungen verwendet werden, geschieht dies ausschließlich auf Grund der besseren Lesbarkeit; die jeweils weiblichen Formen sollen als ebenfalls umfasst gelten.

INHALT

INHALT		I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS		VI
TABELLENVERZEICHNIS		VIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS		IX
MANAGEMENT SUMMARY		X
1	GRUNDLAGEN	1
1.1	DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNGEN DES 21. JAHRHUNDERTS - HERAUSFORDERUNG DEMENZ	1
1.2	DEFINITION DER DEMENZ	2
1.3	DEMENZFORMEN	3
1.3.1	Alzheimer-Demenz (AD)	4
1.3.2	Vaskuläre Demenz (VD)	6
1.4	DEMENZSTADIEN – SCHWEREGRAD DER ERKRANKUNG	7
1.4.1	Leichte Demenz	8
1.4.2	Mittlere Demenz	8
1.4.3	Schwere Demenz	8
1.4.4	Praktische Auswirkungen der Schweregrade	9
1.5	ZUSAMMENFASSUNG	11
2	EPIDEMIOLOGIE	12
2.1	PRÄVALENZ	12
2.1.1	Internationale Prävalenzdaten	12
2.1.2	Österreichische Prävalenzdaten	13
2.1.3	Demenzkranke in Relation zu Erwerbsfähigen	15
2.2	INZIDENZ	16
2.2.1	Internationale Inzidenzdaten	16
2.2.2	Österreichische Inzidenzdaten	17
2.3	AKTUELLE PRÄVALENZ- UND INZIDENZDATEN FÜR ÖSTERREICH – EIGENE BERECHNUNGEN	18
2.4	ERKRANKUNGSRISIKO NACH GESCHLECHT	21
2.5	MORBIDITÄT	22
2.6	HOSPITALISIERUNG	22
2.7	MORTALITÄT	23
2.8	ZUSAMMENFASSUNG	23
3	VERSORGUNG	25
3.1	RISIKOFAKTOREN/PRÄVENTION	25
3.1.1	Zusammenfassung	27
3.2	MEDIZIN	28
3.2.1	Diagnostik – Screeningverfahren, Tests	28
3.2.2	Diagnostik – Bildgebende Verfahren	30
3.2.3	Medikamentöse Behandlung - Antidementiva	31
3.2.4	Zusammenfassung	32
3.3	LEITLINIEN, RICHTLINIEN, KONSENSUSPAPIERE	32
3.3.1	Internationale Leitlinien (Auszug)	33
3.3.2	Europäische Leitlinien (Auszug)	33
3.3.3	Internationale Konsensuspapiere	34
3.3.4	Europäische Konsensuspapiere	34
3.3.5	Österreichische Konsensuspapiere	34
3.3.6	Clearingberichte	35
3.3.7	Patienten-/Angehörigenleitlinien	35

INHALT

3.3.8	Gegenüberstellung	35
3.3.9	Zusammenfassung	37
3.4	UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE	38
3.4.1	Niedergelassener Bereich	38
3.4.1.1	Niedergelassene Ärzte	38
3.4.1.2	Memory Kliniken	39
3.4.1.3	Professionelle Pflege im extramuralen Bereich	40
3.4.1.4	Laienpflege/Pflege zu Hause	43
3.4.1.5	Selbsthilfe	50
3.4.1.6	Ehrenamtliche Hilfe/Pflege	52
3.4.2	Teilstationärer Bereich	54
3.4.3	Stationärer Bereich	55
3.4.3.1	Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen	55
3.4.3.2	Nicht speziell für Psychiatrie oder Neurologie eingerichtete Abteilungen von Akutkrankenhäusern	56
3.4.3.3	Psychiatrisch/neurologische Abteilungen von Akutkrankenhäusern	57
3.4.3.4	Rehabilitationseinrichtungen	57
3.4.3.5	Geriatrizentren, Wohn- und Pflegeheime	58
3.4.3.6	Kurzzeitpflege	60
3.5	VERSORGUNGSSITUATION	62
3.5.1	Datenauswertung Sozialversicherung	62
3.5.1.1	Einführung	62
3.5.1.2	Anzahl der identifizierten Demenzkranken	63
3.5.1.3	Demenzkranken je 10.000 Einwohner im Kassenvergleich	64
3.5.1.4	Altersstruktur der Demenzkranken	66
3.5.1.5	Geschlechtsverteilung der Demenzkranken	67
3.5.1.6	Verordnungen von Antidementiva	68
3.5.1.7	Heilmittelkosten von Demenzkranken für alle Medikamente	71
3.5.1.8	Heilmittelkosten für Antidementiva	72
3.5.1.9	Vergleich der Heilmittelkosten Demenzkranker und Anspruchsberechtigter ohne Demenz	72
3.5.1.10	Anzahl der abgerechneten Arztkontakte von Demenzkranken	73
3.5.1.11	Durchschnittliche Arztkosten Demenzkranker	75
3.5.1.12	Vergleich Arztkosten von Demenzkranken und Versicherten ohne Demenz	76
3.5.1.13	Durchschnittliche Gesamtkosten für Demenzkranken	77
3.5.2	Zusammenfassung	79
3.5.3	Datenauswertung Krankenanstalten (Quelle: BIQG, WGKK)	80
3.5.3.1	Haupt- und Nebendiagnosen Demenz österreichweit	80
3.5.3.2	Haupt- und Nebendiagnosen Demenz für Wien	82
3.5.3.3	Spitalsaufenthalte der identifizierten Demenzkranken (WGKK)	83
3.5.4	Zusammenfassung	85
3.5.5	Expertenbefragung zur Versorgungssituation	86
3.5.5.1	Konsensus-Statements/Expertenpapiere	87
3.5.5.2	Qualität der Versorgungssituation	87
3.5.5.3	Aufklärungsstand der Bevölkerung	90
3.5.5.4	Konkrete Anliegen zum Auftrag des BIQG (Bundesqualitätsleitlinie)	90
3.5.5.5	Kriterien für eine erfolgreiche Umsetzung	91
3.5.6	Workshop zur Ist-Analyse der Versorgung von Demenzkranken	91
3.5.7	Ablauf und Teilnehmer	91
3.5.8	Diskussion und Ergebnisse	93
3.5.8.1	Datenauswertung des CC IV	93
3.5.8.2	Defizite in der Versorgung Demenzkranker	95
3.5.8.3	Potentiale bzw. Erfolgskriterien für die Umsetzung eines IV-Modells	96
3.5.8.4	Eckpunkte eines Modells der integrierten Versorgung Demenz	96
3.5.9	Zusammenfassung	97
3.6	MANAGEMENT/STRUKTUR DER VERSORGUNG	98
4	ÖKONOMIE	100
4.1	KRANKHEITSKOSTEN-ANALYSE	100
4.1.1	Ansätze	101
4.1.1.1	Berechnungen nach dem top down-Ansatz	102

INHALT

4.1.1.2	Zusammenfassung Ergebnisse top down-Ansatz	109
4.1.1.3	Berechnungen nach dem bottom up- Ansatz	111
4.1.1.4	Zusammenfassung Ergebnisse bottom up-Ansatz	118
4.1.2	Ergebnisvergleich der beiden Ansätze	120
4.1.3	Fallbeispiel	123
4.2	WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE	125
4.2.1	Prognoseszenarien	125
4.2.1.1	Prävalenzansatz	125
4.2.1.2	Inzidenzansatz	127
4.3	KRANKENKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	128
4.3.1	Ökonomische Belastung durch AD in den USA	128
4.3.2	Ökonomische Belastung in Kanada	129
4.3.3	Ökonomische Belastung durch Demenz in den Niederlanden	131
4.3.4	Ökonomische Belastung durch Demenz in Deutschland	133
4.3.5	Ökonomische Belastung durch Demenz in Schweden, Dänemark, Norwegen und Finnland	134
4.3.6	Internationale Kosten im Vergleich	135
4.4	ÖKONOMISCHE ASPEKTE DER MEDIKAMENTENVERSORGUNG	135
4.4.1	Kosten-Nutzen-Vergleiche für Antidementiva	136
4.4.2	Einsparungen im Bereich der Pflege und Betreuung	137
4.4.3	Finanzierungs- und Abgrenzungsproblematik	138
4.4.4	Zusammenfassung	139
5	RECHT	140
5.1	EINFÜHRUNG	140
5.2	GESETZLICHE REGELUNGEN ZUR FREIHEITSBESCHRÄNKUNG	140
5.2.1	Heimaufenthaltsgesetz	140
5.2.1.1	Erfahrungen in der Praxis	141
5.2.1.2	Bedeutung für Betroffene und Angehörige	142
5.2.2	Unterbringungsgesetz	143
5.2.2.1	Erfahrungen in der Praxis	144
5.2.2.2	Bedeutung für Betroffene und Angehörige	144
5.3	WEITERE RECHTLICHE REGELUNGEN	145
5.3.1	Sicherheitspolizeigesetz	145
5.3.2	Führerscheingesetz	145
5.4	GESETZLICHE REGELUNGEN ZUR DURCHSETZUNG DES EIGENEN WILLENS	146
5.4.1	Sachwalterschaft	146
5.4.1.1	Erfahrungen in der Praxis	147
5.4.1.2	Bedeutung für Betroffene und Angehörige	147
5.4.2	Patientenverfügung	148
5.4.2.1	Verbindliche Patientenverfügung	148
5.4.2.2	Beachtliche Patientenverfügung	149
5.4.2.3	Erfahrungen in der Praxis	149
5.4.2.4	Bedeutung für Betroffene und Angehörige	149
5.4.3	Vorsorgevollmacht	149
5.4.3.1	Erfahrungen in der Praxis	150
5.4.3.2	Bedeutung für Betroffene und Angehörige	150
5.5	RECHTLICHE REGELUNGEN ZUR FINANZIELLEN ABSICHERUNG	151
5.5.1	Pflegegeldgesetz	151
5.5.2	Regelungen zur stationären Unterbringung von Pflegebedürftigen und deren Finanzierung	152
5.5.3	Finanzierung der Pflege zu Hause	154
5.5.3.1	24h-Betreuung zu Hause	155
5.5.3.2	Zuwendungen für pflegende Angehörige	157
5.5.3.3	Pilotprojekt: Unterstützung für pflegebedürftige Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren pflegende Angehörige	158
5.5.4	Pensionsversicherung für pflegende Angehörige	158
5.5.4.1	Weiterversicherung für pflegende Angehörige	159
5.5.4.2	Selbstversicherung für pflegende Angehörige	159
5.5.5	Mitversicherung in der Krankenversicherung	160

INHALT

5.6	ZUSAMMENFASSUNG	160
6	ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG	161
6.1	BEURTEILUNG DER PROJEKTE AUS DEN USA	161
6.1.1	Cleveland Alzheimer's Managed Care Demonstration	163
6.1.2	Caregivers Alternatives to Running on Empty	164
6.1.3	Maine Alzheimer's Project	165
6.1.4	Interdisciplinary consensus teams	166
6.1.5	Kaiser Permanente-Alzheimer's Association Dementia Care Project	167
6.1.6	Chronic Care Networks for Alzheimer's Disease	168
6.1.7	Community Outreach Education Program	169
6.1.8	Alzheimer's Disease Education Program	170
6.1.9	Partners in Caregiving	171
6.1.10	„Guided Care“ für ältere, multimorbide PatientInnen	172
6.1.11	Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonen zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte von PflegeheimbewohnerInnen	173
6.1.12	Interdisziplinäre Sturzpräventionsteams	174
6.2	BEURTEILUNG DER PROJEKTE AUS KANADA	174
6.2.1	Interdisziplinäre Schulung zur Reduktion der Neuroleptikagabe	175
6.2.2	Integrierte Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen	176
6.2.3	Gemeinsames Assessment-Instrument als Grundlage zu Integrierter Versorgung Demenzkranker	177
6.2.4	Probleme bei der Rehabilitation demenzkranker PatientInnen nach einer Schenkelhalsfraktur	177
6.2.5	Mahlzeiten in der Langzeitpflege Demenzkranker als interdisziplinäre Aufgabe	177
6.3	BEURTEILUNG DER PROJEKTE AUS GROßBRITANNIEN	177
6.3.1	Care Management mit demenzkranken Personen	178
6.3.2	Spezialisierte Unterstützungsdienst im häuslichen Bereich	179
6.3.3	„Patient care teams“ für das Management chronischer Erkrankungen	180
6.3.4	Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit als Grundlage zu Integrierter Versorgung	180
6.3.5	positive Umgebung für demenzkranke HeimbewohnerInnen	180
6.4	BEURTEILUNG DER PROJEKTE AUS DEUTSCHLAND	180
6.4.1	Hausärzte arbeiten mit anderen Berufsgruppen in der Versorgung demenzkranker Menschen zusammen (Projekt IDA)	181
6.4.2	Rehabilitation demenzkranker Menschen	182
6.4.3	„Netzwerk Demenz“ in Bad Kreuznach	183
6.4.4	Pflegestützpunkte	184
6.4.5	Seniorenbüros in Dortmund	185
6.4.6	Überbrückung der Schnittstellenproblematik Krankenhaus-extramurale Versorgung bei älteren PatientInnen	186
6.4.7	Hilfen für alte Menschen im Alltag - HALMA	187
6.4.8	Ehrenamtliche Hospizhelfer bei der Begleitung Demenzkranker	188
6.4.9	Tandempraxen-Konzept	188
6.5	BEURTEILUNG DER PROJEKTE AUS DEN NIEDERLANDEN	189
6.5.1	Integrierter multidisziplinärer diagnostischer Zugang zur Versorgung Demenzkranker	189
6.5.2	Dutch Geriatric Intervention Program - DGIP	190
6.5.3	Unterstützung der Angehörigen Demenzkranker durch Freiwillige	191
6.5.4	Kultursensible Unterstützung pflegender Angehöriger in Migrantenfamilien	192
6.6	BEURTEILUNG DER PROJEKTE AUS ÖSTERREICH	193
6.6.1	Demenzservicestellen der österreichischen M.A.S. Alzheimerhilfe in Oberösterreich	194
6.6.2	Gerontopsychiatrisches Zentrum Wien	195
6.6.3	Gerontopsychiatrisches Zentrum Graz	196
6.6.4	Mobile gerontopsychiatrische Assistenz in Graz	197
6.6.5	Gerontopsychiatrische Wohnbetreuung im Industrieviertel NÖ	198
6.6.6	Gerontopsychiatrische Versorgung in Wien - INDIBET	199
6.6.7	Übergangspflege Tirol	200
6.6.8	Mobile Demenzbetreuung – Aufsuchendes multiprofessionelles Demenzteam (AMD) Pinzgau	201
6.6.9	Demenzprojekt Burgenland	202
6.6.10	„Entlastung bei Demenz (Family Community Networking)“ in der Steiermark	203

INHALT

6.6.11	Tagesklinik Otto Wagner Spital (Pavillon 14)	204
7	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	205
7.1	IDENTIFIZIERTE PROBLEMBEREICHE BEI DER BETREUUNG UND VERSORGUNG DEMENZERKRANKTER	205
7.1.1	Kommunikation	205
7.1.1.1	Schnittstellenproblematik	205
7.1.1.2	Kommunikationsdefizite bei den Leistungserbringern	206
7.1.1.3	Späte Diagnose	207
7.1.1.4	Mangelnde Compliance bei Patienten und Angehörigen	208
7.1.2	Information	208
7.1.2.1	Informationsdefizit (Patienten, Angehörige, Leistungserbringer)	208
7.1.2.2	Fehlende Handlungsanleitungen (Angehörige, Leistungserbringer)	209
7.1.2.3	Angst vor der Erkrankung	210
7.1.2.4	Stigmatisierung	210
7.1.2.5	Mangelnde Sensibilisierung für Symptome	210
7.1.2.6	Nicht geregelte Informationsflüsse	210
7.1.2.7	Fehlen einer strukturierten Öffentlichkeitsarbeit	211
7.1.3	Struktur	211
7.1.3.1	Zunahme an Erkrankten	211
7.1.3.2	Teilweise strukturelle Unterversorgung	212
7.1.3.3	Mangelnde Angehörigenbetreuung	212
7.1.3.4	Keine Angebote zur Krisenintervention	213
7.1.3.5	Mangelnde Interdisziplinarität	213
7.1.3.6	Kurzfristig angelegte Projekte und mangelnde Vernetzung	214
7.1.4	Versorgung	214
7.1.4.1	Fragmentiertes Leistungsangebot	214
7.1.4.2	Medikamentöse Unterversorgung	215
7.1.4.3	Unkoordinierte Arztbesuche	215
7.1.4.4	Schnittstellenproblematik	215
7.1.4.5	Hohe Zugangsschwellen	215
7.1.4.6	Mangelnde Früherkennung	216
7.1.5	Lehre und Forschung	216
7.1.5.1	Mangelnde Forschungstätigkeit in Österreich	216
7.1.5.2	Mangelnde Datengrundlage	217
7.1.5.3	Thematik in der Lehre unterrepräsentiert (bei allen Leistungserbringern)	217
7.2	EXKURS: SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER	217
7.3	EMPFEHLUNGEN	219
	LITERATUR	221

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 - Bevölkerungspyramide für Österreich 2006 und 2030	1
Abbildung 2 - Häufigkeit der Demenz zugrunde liegenden Erkrankungen in Prozent	4
Abbildung 3 - Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen nach Stadium.....	10
Abbildung 4 - Anstieg der Demenzprävalenz zwischen 1960 und 2005 in Österreich.....	14
Abbildung 5 - Prozentuelle Verteilung der Bevölkerung inkl. Demenzkranke (eigene Darstellung)	19
Abbildung 6 - Vergleich Prävalenz lt. Wancata et al. und aktuelle Hochrechnung (eigene Darstellung)	20
Abbildung 7 - Grob-Aufbau der Demenzfrüherkennung	29
Abbildung 8 - Anzahl identifizierte Demenzerkrankte (WGKK).....	64
Abbildung 9 - identifizierte Demenzerkrankte je 10.000 EW nach Kassen	65
Abbildung 10 - Altersstruktur der Demenzerkrankten im Kassenvergleich	67
Abbildung 11 - Geschlechtsverteilung der Demenzerkrankten je 10.000 EW (WGKK)	68
Abbildung 12 - Verhältnis Demenzerkrankte zu Anzahl der Verordnungen (WGKK).....	69
Abbildung 13 - Verhältnis der Demenzerkrankten zur Anzahl der Verordnungen (NÖGKK) ..	69
Abbildung 14 - Verhältnis der Demenzkranke zur Anzahl der Verordnungen pro Jahr (STGKK).....	70
Abbildung 15- Verhältnis der Demenzerkrankten zur Anzahl der Verordnungen (OÖGKK) ..	71
Abbildung 16 - Heilmittelkosten (alle Medikamente) der identifizieren Demenzkranke.....	71
Abbildung 17 - Heilmittelkosten (Antidementiva) pro identifiziertem Demenzerkrankten	72
Abbildung 18 - Vergleich Heilmittelkosten (WGKK)	73
Abbildung 19 - Anzahl der abgerechneten Arztkontakte nach Fachgruppen (WGKK).....	74
Abbildung 20 - Arztkontakte nach Facharztgruppen (NÖGKK)	74
Abbildung 21 - Arztkosten nach Facharztgruppen (STGKK)	75
Abbildung 22 - durchschnittliche Arztkosten je Demenzerkranktem nach Kassen	76
Abbildung 23 - Vergleich Arztkosten (WGKK).....	76
Abbildung 24 - durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzkrankem (WGKK).....	77
Abbildung 25 - Durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzkrankem (STGKK)	77
Abbildung 26 - Durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzkrankem (OÖGKK).....	78
Abbildung 27 - durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzkrankem (NÖGKK).....	78
Abbildung 28 - Gesamtkosten je Demenzerkranktem nach Kassen.....	79
Abbildung 29 - Hauptdiagnosen Demenz Fälle/Jahr	80
Abbildung 30 - Haupt- und Nebendiagnosen Demenz Fälle/Jahr	81
Abbildung 31 - Hauptdiagnosen Demenz nach Geschlecht	81
Abbildung 32 - Durchschnittliche Belagsdauer Demenz	82
Abbildung 33 - Haupt- und Nebendiagnose Demenz Wien Fälle/Jahr (WGKK)	82
Abbildung 34 - Haupt- und Nebendiagnose Demenz WGKK-Versicherte Fälle/Jahr.....	83
Abbildung 35 - Versorgungs- und Behandlungskette Demenz (eigene Darstellung).....	99
Abbildung 36 - jährliche Kosten pro Demenzpatient nach dem top down-Ansatz - Szenario Pflege zu Hause	109
Abbildung 37 - jährliche Kosten pro Demenzpatient im top down-Ansatz - Szenario Pflegeheim	110
Abbildung 38 - Kostenverteilung bei Demenzerkrankten in häuslicher Pflege nach dem bottom up-Ansatz (eigene Darstellung)	118
Abbildung 39 - Kostenverteilung stationäre Pflege nach dem bottom up-Ansatz (eigene Darstellung)	119
Abbildung 40 - Kostenverteilung ohne Pflegekosten nach dem bottom up-Ansatz (eigene Darstellung)	120
Abbildung 41 - Kostenverteilung Pflege zu Hause versus Pflegeheim pro Demenzkrankem (eigene Darstellung)	123
Abbildung 42 - Prognose Gesamtkosten - Prävalenzansatz	126
Abbildung 43 - Prognose Gesamtkosten - Inzidenzansatz.....	127

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 44 - Studien zur ökonomischen Bewertung von Donepezil	137
Abbildung 45 - Kosteneffekte nach MMSE-Punkten	138
Abbildung 46 - Freiheitsbeschränkungen bzw. -einschränkungen in Alten- und Pflegeheimen pro 100.000 Einwohner.....	142
Abbildung 47 - gerichtlich gemeldete Unterbringungen (nach UbG)	144
Abbildung 48 - Anzahl der Sachwalterschaften in Österreich 1993 - 2005.....	147
Abbildung 49 - Identifizierte Problembereiche	205

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Ausmaß der Beeinträchtigung und des Unterstützungsbedarfs nach Schweregrad 9	
Tabelle 2 - Prävalenzraten lt. EURODEM-Studie.....	12
Tabelle 3 - Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich 2005.....	14
Tabelle 4 - Anzahl von Demenzerkrankten in 1.000 in Österreich	15
Tabelle 5 - Relation Erwerbsfähige vs. Demenzkranke (eigene Berechnung).....	16
Tabelle 6 - Inzidenzraten nach Altersgruppen	16
Tabelle 7 - Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen in Österreich je 1.000 Einwohner	17
Tabelle 8 - Demenzerkrankte bis 2050 (eigene Hochrechnung nach Wancata et al.)	18
Tabelle 9 - Demenzerkrankte bis 2050 (eigene Hochrechnung nach EURODEM).....	20
Tabelle 10 - Demenzinzidenz bis 2050 (eigene Hochrechnung)	21
Tabelle 11 - Antidementiva - Übersicht.....	32
Tabelle 12 - identifizierte Demenzerkrankte versus Prävalenz (eigene Berechnung).....	63
Tabelle 13 - Demenzerkrankte je 10.000 Einwohner (Gegenüberstellung)	65
Tabelle 14 - Altersstruktur Demenzerkrankte in % (WGKK).....	66
Tabelle 15 - identifizierte Demenzerkrankte nach Geschlecht und Kassen (Gegenüberstellung)	68
Tabelle 16 - KH-Häufigkeit der identifizierten Demenzerkrankten (WGKK).....	83
Tabelle 17 - Durchschnittliche KH-Tage der identifizierten Demenzerkrankten (WGKK).....	84
Tabelle 18 - Anzahl der Entlassungsdiagnosen der identifizierten Demenzerkrankten nach Krankheitskapiteln der ICD	84
Tabelle 19 - Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 1 (Quelle: WGKK) ...	103
Tabelle 20 - Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 2 (Quelle: WGKK) ...	103
Tabelle 21 - Heilmittelkosten Antidementiva nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK) .	104
Tabelle 22 - Anzahl der Verordnungen pro Demenzpatient (Quelle: WGKK)	104
Tabelle 23 - Überblick Kosten Heilbehelfe nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)	106
Tabelle 24 - Überblick Transportkosten nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)	107
Tabelle 25 - Institutionelle Pflege versus Pflege zu Hause (Quelle: WGKK)	108
Tabelle 26 - Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 1	111
Tabelle 27 - Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 2	112
Tabelle 28 - Kosten für Antidementiva im Überblick	113
Tabelle 29 - jährliche Kosten für Heilbehelfe	114
Tabelle 30 - Transportkosten nach dem bottom up-Ansatz.....	115
Tabelle 31 - stationäre Kosten nach bottom up-Ansatz.....	117
Tabelle 32 - direkte Pflegekosten nach Pflegestufen	118
Tabelle 33 - Vergleich häusliche Pflege top down-Ansatz versus bottom up-Ansatz	120
Tabelle 34 - Prognose Gesamtkosten - Prävalenzansatz	126
Tabelle 35 - Prognose Gesamtkosten - Inzidenzansatz.....	127
Tabelle 36 - Formelle und informelle jährliche Kosten nach Stadien in den USA in USD; Preisbasis 1996 (Kurs vom 15.09.2008: 1 USD = 0,701234 Euro).....	129
Tabelle 37 - Zusatzkosten für Demenz in Kanada - Preisbasis 1991 (Kurs vom 15.09.2008: 1 CAN\$ = 0,655803 Euro)	131
Tabelle 38 - Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in Deutschland - Preisbasis 1998 (Umrechnungsfaktor € 1 = 1,95583 DM)	133
Tabelle 39 - Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in den skandinavischen Ländern (Kurs vom 15.09.2008: 1 SKR = 0,103838 Euro)	134
Tabelle 40 - Zusammenfassung internationaler Kostenvergleich.....	135
Tabelle 41 - Pflegegeld nach Pflegestufen	151
Tabelle 42 - Pflegekosten für die Angehörigen in den einzelnen Bundesländern.....	154

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AD	Alzheimer-Demenz
AMD	Aufsuchendes multiprofessionelles Demenzteam
ATC-Code	Anatomisch-therapeutisches-chemisches Klassifikationssystem für Arzneistoffe
B-VG	Österreichisches Bundesverfassungsgesetz
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
CCIV	Competence Center für Integrierte Versorgung
CDR	Clinical Dementia Rating
CT	Computertomographie
DGIP	Dutch Geriatric Intervention Programme
DLB	Lewy-Körper-Demenz
DGKS/P	Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
EURODEM	European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FDG-PET	Fluorodeoxyglucose-Positron Emission Tomography
fMRT	Funktionelle Magnetresonanztomographie
FOKO	Folgekosten
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
HM-VO	Heilmittelverordnung
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
KV-Träger	Krankenversicherungsträger
LBD	Lewy-Körper-Demenz
LIMA	Lebensqualität im Alter
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MMSE	Mini-Mental State Examination
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
MRT	Magnetresonanztomographie
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖZVV	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis
PatVR	Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariats
PET	Positronenemissionstomographie
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
SPG	Sicherheitspolizeigesetz
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SWRÄG	Sachwalterrechts-Änderungsgesetz
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
UbG	Unterbringungsgesetz
VD	Vaskuläre Demenz
WHO	Weltgesundheitsorganisation

MANAGEMENT SUMMARY

1. Grundlagen

Aufgrund der **demographischen Alterung der Gesellschaft** rücken auch im Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems verstärkt jene Problematiken in den Fokus, welche mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auftreten. Eine dieser großen Herausforderungen ist die **Demenz**.

Der **Begriff Demenz** umschreibt keine einheitliche Erkrankung, sondern umfasst vielmehr eine **Vielzahl geistiger Degenerationserscheinungen**. Typisch ist bei den Betroffenen eine Verschlechterung der Gedächtnisleistungen, des Denkvermögens, der Sprache und des praktischen Geschicks, jedoch keine Trübung des Bewusstseins. Die **Erkrankung ist progressiv** und verläuft über mehrere Stadien bis hin **zum Tod** des Erkrankten. Grund dafür ist nicht die Erkrankung selbst, sondern motorische Symptome, die zur Immobilität, Schluckbeschwerden, etc. führen. Mit **Fortschreiten der Erkrankung** werden die persönlichen **Beeinträchtigungen immer stärker**. Am Beginn stehen lediglich geringere Probleme bei alltäglichen Handlungen, danach werden die Einschränkungen aber immer größer, wodurch der Erkrankte zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen ist, bis im fortgeschrittenen Stadium eine dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung erforderlich ist.

2. Epidemiologie

Die **Prävalenz** der Demenz beträgt in Österreich geschätzt **1,15 bis 1,27 Prozent**, was einer Gesamtzahl von rund **100.000 Erkrankten** entsprechen würde. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Prävalenz stark zu. Im Zuge der demographischen Alterung ist daher lt. Literatur, ausgehend von einem kontinuierlichen Anstieg der Prävalenzraten seit 1960 (annähernde Verdoppelung der Prävalenzraten) mit einem starken Anstieg der Zahl der Betroffenen auf rund **235.000 Erkrankte bis zum Jahr 2050** zu rechnen. **Eigene Hochrechnungen** anhand aktueller Bevölkerungszahlen prognostizieren für das Jahr **2050** schon rund **270.000 bis 290.000 Erkrankte**.

Die Relation zwischen Erwerbsfähigen und Demenzerkrankten wird sich Prognosen zufolge von 56 : 1 im Jahr 2000 auf nur mehr 17 : 1 im Jahr 2050 verringern. Auch die **Inzidenz** der Demenz wird sich bis ins Jahr **2050** auf rund **60.000** verdoppeln. Aktuelle **Hochrechnungen** gehen hier sogar von rund **75.000 Neuerkrankungen im Jahr 2050** aus, während durch die Steigung der Einwohnerzahl die Relation von Erwerbsfähigen und Demenzkranken auf 21 zu 1 im Jahr 2050 gegenüber früheren Publikationen leicht anwachsen würde.

Es sind in Summe **mehr Frauen als Männer betroffen**. In der Literatur wird dies primär auf das höhere Erkrankungsrisiko im fortgeschrittenen Lebensalter zurückgeführt, welches zusammen mit der höheren Lebenserwartung der Frauen dazu führt, dass gesamt betrachtet mehr Frauen erkranken. Einige Quellen berichten zudem davon, dass in jüngeren Kohorten Männer stärker gefährdet sind, während dieses Verhältnis dann kippt und in den älteren Kohorten das Erkrankungsrisiko für Frauen höher ist.

3. Versorgung

3.1. Risikofaktoren/Prävention

Das **Alter** stellt den stärksten Risikofaktor einer Demenzerkrankung dar. Außerdem erhöhen **kardiovaskuläre Erkrankungen** das Risiko für die Entwicklung einer Demenz, weshalb auch in diesem Bereich präventive Maßnahmen gesetzt werden sollten. Als soziodemographische Faktoren ist die **Schulbildung** und in Folge die **Art der Berufsausübung** – geistig oder manuell – von Bedeutung. Geistige und körperliche Aktivität stellen eine entscheidende Präventionsmaßnahme dar. Generell muss gesagt werden, dass für präventive Ansätze im Bereich der Demenz bislang nur mäßige Evidenz vorliegt.

3.2 Medizin

Da Vergesslichkeit bei älteren Menschen ein häufiges Symptom mit den verschiedensten Ursachen ist, kommt der **Früherkennung und der Diagnose einer Demenzerkrankung** eine **besondere Bedeutung** zu. Dabei spielt der **Hausarzt eine der wichtigsten Rollen**. Im Hinblick auf zeitliche und ökonomische Ressourcen unterstützen Leitlinien und Patientenpfade die Mediziner bei einer raschen Diagnostik bzw. Differentialdiagnostik und in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

3.3 Leitlinien

Auf **internationaler Ebene** liegen **zahlreiche Leitlinien** im Bereich Demenz vor. Es finden sich zunehmend Papiere, welche nicht nur an Mediziner, sondern auch an andere im Behandlungsprozess beteiligte Gesundheitsdienstleister sowie auch an Angehörige gerichtet sind. Zudem decken viele der in den letzten Jahren publizierten Papiere mehrere Bereiche der Versorgungskette (Früherkennung, Diagnostik, Therapie etc.) ab. Aus der Tatsache, dass 2008 mehrere neue Leitlinien publiziert wurden, lässt sich die **Aktualität des Themas** erkennen. Die aktuellsten in **Österreich** erstellten **Konsensuspapiere** stammen aus dem **Jahr 2006**, wodurch eine Aktualisierung in den nächsten Jahren wahrscheinlich ist.

3.4 Unterstützungsangebote

Es sind in Österreich bislang **viele punktuelle Projekte und Initiativen** eingerichtet worden. Diese sind **zumeist regional und zeitlich begrenzt**- nur vereinzelt wurden solche Initiativen in die Regelversorgung umgesetzt. Dies ist meist nur bei Angeboten mit implementierten

MANAGEMENT SUMMARY

Anlaufstellen der Fall. Generell zeigt sich, dass die betroffenen Erkrankten nicht immer Zugang zu solchen Modellvorhaben bekommen bzw. dass diese Initiativen nicht immer gut in die Regelversorgung eingebunden sind. Problematisch ist häufig auch die begrenzte Finanzierung der Projekte, welche dazu führen kann, dass vielversprechende Ansätze und Erfolge zunichte gemacht werden.

In Summe zeigt sich aber, dass viele von Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern geforderte Angebote und Konzepte teilweise schon umgesetzt sind und hier lediglich der **Zugang zu und die Information über solche Angebote fehlen**. Eine Vernetzung von speziellen Angeboten und der Regelversorgung sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Information wäre jedenfalls wünschenswert. Zudem sollten Modellprojekte dringend evaluiert werden, um deren Erfolg nachweisen zu können und die **Evaluationsergebnisse** einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, was heute leider kaum passiert. Nur so bietet sich die Möglichkeit, aus Erfolg und Misserfolg zu lernen und die Modelle entsprechend dieser Erfahrungen zu adaptieren.

3.5 Versorgungssituation

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aus den Auswertungen der **Daten der Krankenversicherungsträger** abgeleitet werden kann, dass derzeit **nur ein Teil der Demenzkranken** in Österreich **mit Antidementiva behandelt** wird. Die Heilmittelkosten für identifizierte Demenzkranke liegen deutlich über jenen von nicht erkrankten Anspruchsberechtigten derselben Altersgruppe. Im Bereich der Antidementiva konnte ein beachtlicher Anteil an **Einmalverordnungen bzw. den Jahresbedarf nicht deckenden Verordnungen** identifiziert werden. Hier eröffnet sich ein Ansatzpunkt für etwaige Verbesserungen. Demenzkranke verzeichnen eine **Vielzahl von Arztkontakten**, insbesondere bei Ärzten für Allgemeinmedizin. Auch hier zeigen sich im Vergleich zu nicht Erkrankten deutlich höhere Kosten. Es drängt sich für einen Teil der Patienten der Schluss auf, dass diese extrem häufigen Arztkontakte durch bessere Koordination bzw. alternative Angebote teilweise zu vermeiden wären.

Die Auswertungen der **Spitalsdaten** lassen zwei wesentliche Schlussfolgerungen zu. Einerseits sind Spitalsentlassungen mit den **Haupt- und Nebendiagnosen Demenz** österreichweit einer **starken Zunahme** unterworfen. So hat sich die Anzahl dieser Fälle zwischen 1992 und 2002 mehr als verdreifacht und auch der weitere Trend ist steigend. Die **durchschnittliche Belagsdauer** für diese Diagnosegruppen war **bis zum Jahr 2000 rückläufig** und bleibt **seither relativ konstant** bei etwa 15 bis 17 Tagen. Betrachtet man als zweiten Punkt die Spitalsaufenthalte der als **demenzkrank identifizierten Versicherten** der WGKK, ohne Einschränkung der Diagnose, so zeigt sich eine **durchschnittliche jährliche Belagsdauer von 22 bis 35 Tagen** je nach Beobachtungszeitraum.

MANAGEMENT SUMMARY

Auswertungen der Entlassungsdiagnosen zeigen, dass als demenzkrank identifizierte Patienten **größtenteils wegen anderer Beschwerden** in die **stationäre Pflege** aufgenommen werden. So finden sich vor allen Dingen Diagnosen wie Herzinsuffizienzen und andere Herzerkrankungen, Pneumonien, Schenkelhalsfrakturen, Gehirnerschütterungen, Bluthochdruck, Schlaganfälle, Morbus Parkinson, Grauer Star, Harnwegsinfekte, Exsikkosen, Synkopen und Rückenschmerzen.

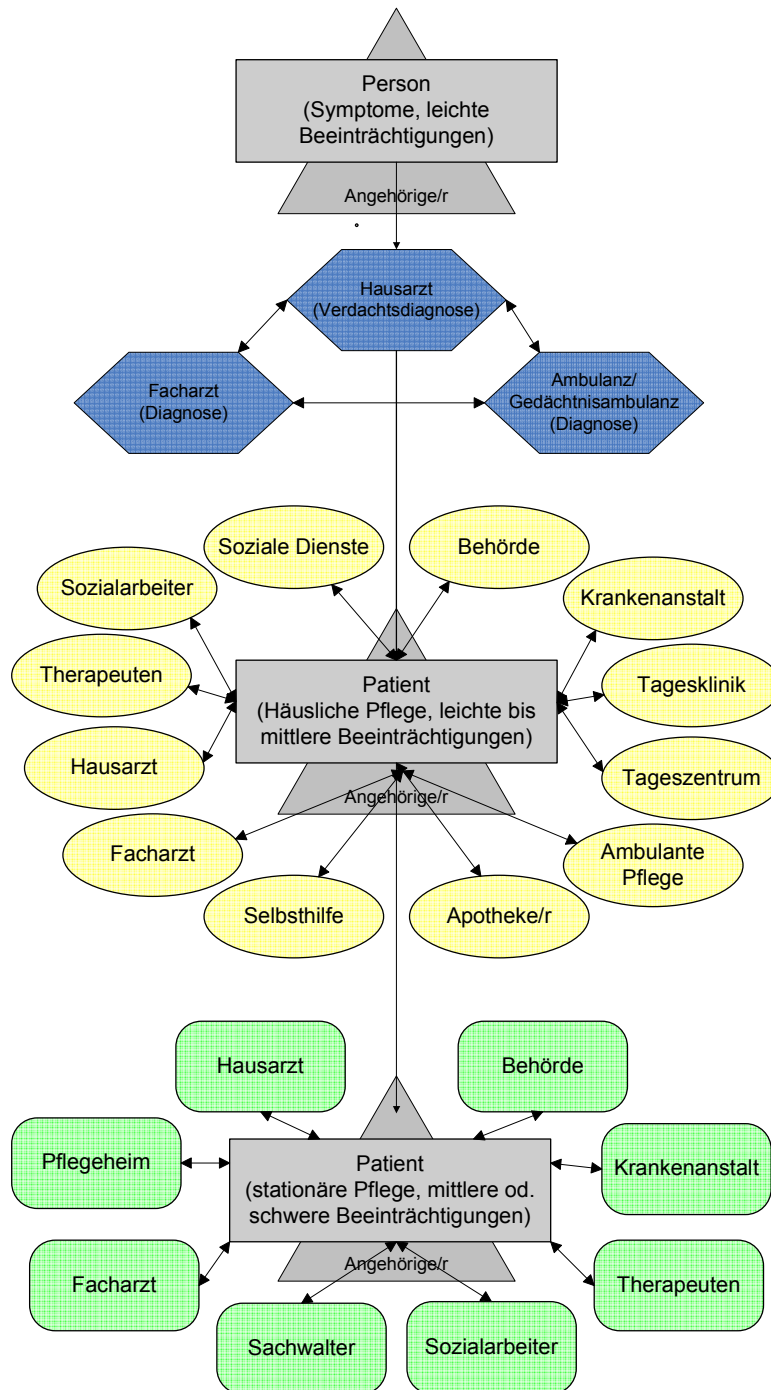
Aus der Expertenbefragung sowie den Diskussionen im Rahmen des Workshops konnten insbesondere Informationen zum Bedarf in der künftigen Versorgung Demenzkranker gewonnen werden. Der fachspezifische Fokus der einzelnen Professionisten zeigte sich in der individuellen Prioritätensetzung, generell wurde aber ein **Bedarf im Ausbau der Betreuungsangebote und –möglichkeiten** (u.a. einzelne Therapien, Tageszentren, etc.) gesehen, welcher auch entsprechend finanziert werden müsste.

Hervorzuheben ist zudem der Bedarf der Betroffenen und Angehörigen, **langfristig einen kompetenten Ansprechpartner zur Verfügung** zu haben. Dieser sollte kurzfristig auch in Krisensituationen eingreifen und unterstützen können. Des Weiteren zeigt sich ein intensiver **Bedarf an Ausbildung und Schulung**, sowohl im Bereich der Professionisten, als auch im Bereich ehrenamtlich Tätiger. Es kristallisierte sich ebenso ein genereller Wunsch nach klaren Vorgaben hinsichtlich der Abläufe und Werkzeuge in der Betreuung und Behandlung heraus, durch die auch der Patientenpfad sowie der Informationsfluss durch alle Versorgungsebenen besser strukturiert wird. Um dem großen Informationsdefizit, auch hinsichtlich bestehender Angebote, zu begegnen, wären entsprechende Informationsmaterialien und –kampagnen erforderlich.

3.6 Management/Struktur der Versorgung

Aus dem skizzierten Versorgungs- und Behandlungspfad für Demenzerkrankte, welcher nach 3 Stadien gegliedert ist, lässt sich erkennen, dass es **unzählige Schnittstellen** im Bereich der Demenzversorgung gibt. Durch **mangelnde Kooperation und Koordination** der einzelnen Beteiligten entstehen **Informationsdefizite** bis hin zur **Störung der Kontinuität der Versorgung**.

MANAGEMENT SUMMARY



4. Ökonomie

Aus **ökonomischer Sicht** liegen nur sehr **wenige Publikationen** zum Krankheitsbild Demenz vor. Speziell für Österreich sind derzeit nur Schätzungen verfügbar. Der Versuch, die ökonomische Belastung durch die Demenzerkrankung zu ermitteln, gestaltet sich ebenfalls schwierig, da **nur wenige Kostendaten verfügbar** sind. Die **Gesamtkosten pro Patient und Jahr** können in einer äußerst konservativen eigenen Berechnung je nach Ansatz mit rund **€ 10.000 – 11.000,- in häuslicher Pflege** und rund **€ 25.000 – 43.000,- in stationärer Pflege** angegeben werden. Daraus ergeben sich **jährliche Durchschnittskosten** von rund **€ 17.000,-** pro Demenzerkranktem. Anhand dieser Zahlen

MANAGEMENT SUMMARY

kann eine für Österreich geschätzte **Gesamtkostenbelastung von € 1,7 – 4,6 Mrd.** im Prävalenzansatz bzw. von **€ 3,3 – 7,1 Mrd.** im Inzidenzansatz ermittelt werden. Diese eigenen Berechnungen stellen eine Diskussions- und Arbeitsgrundlage für weitere Arbeiten und Berechnungen dar.

Es liegen zahlreiche internationale Studien vor, die belegen, dass durch eine **rechtzeitige und ordnungsgemäße medikamentöse Versorgung** im Bereich der Antidementiva **kosteneffektive Auswirkungen** zu erwarten sind. Im Bereich der direkten medizinischen Kosten und somit im **Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung** sowie teilweise der **Länder** (Krankenanstalten) kommt es in vielen Studien zumindest zu **kostenneutralen Effekten** bei besserem Gesundheitszustand der Betroffenen bzw. sogar zu **Einsparungen**. Bei **volkswirtschaftlicher Betrachtung** der Problematik zeigen sich in der überwiegenden Mehrzahl der Studien **große Einsparungen**.

5. Recht

Im Bereich der rechtlichen Regelungen ist hervorzuheben, dass viele jener Bereiche, die im Verlauf einer Demenzerkrankung betroffen sein können, bereits in entsprechenden Gesetzen geregelt wurden (z.B. freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Aufenthalt, etc.). Zudem stehen den Patienten Möglichkeiten zur Verfügung, den eigenen Willen zum Beginn der Erkrankung verbindlich festzuhalten. Allerdings bleibt anzumerken, dass es für die Erkrankten bzw. Angehörigen aufgrund der **Vielzahl von Rechtsquellen**, welche im Verlauf einer Demenzerkrankung berührt werden können, äußerst schwierig ist, ohne Unterstützung alle notwendigen Informationen zu erhalten. Es scheint hier dringend erforderlich, **für Laien aufbereitete Informationsangebote** zur Verfügung zu stellen.

Im Bereich der Pflege erschwert insbesondere die **Kompetenzverteilung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden** die Antragstellung.

6. Erfahrungen mit integrierter Versorgung

International gibt es (insbesondere aus den USA) schon **langjährige Erfahrungen** im Bereich der integrierten Versorgung Demenzerkrankter. Ein **Großteil** der Programme basiert auf dem **Case-Management**, wobei die Rolle des Case-Managers in unterschiedlichen Projekten durchaus vielfältig besetzt ist (z.B. Hausarzt, Facharzt, Krankenpflegekraft, Sozialarbeiter, Psychologe etc.) oder sogar durch eine spezielle „Servicestelle“ eingenommen wird. Erfolgreiche Modelle beziehen in der Regel mehrere Berufsgruppen im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit (z.B. Teams) ein und bieten neben Handlungsanleitungen und Schulungen für Fachpersonal ebensolche Angebote für Betroffene und insbesondere pflegende Angehörige an.

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Anhand der erhobenen Daten und Informationen konnten folgende **zentrale Problembereiche** bei der Betreuung und Versorgung Demenzerkrankter identifiziert werden:



Schlussendlich lässt sich darauf basierend folgende Empfehlung für ein mögliches Modell der integrierten Versorgung für Demenzerkrankte ableiten:

Eine Intervention für Demenzerkrankte sollte sich am **Case-Management-Ansatz** orientieren. Dies ergibt sich einerseits aufgrund der speziellen Situation der Betroffenen (Ko- und Multimorbiditäten, familiäre Situation, persönliche Situation etc.) und andererseits aufgrund der Spezifika des Krankheitsverlaufes und der Vielzahl an eingebundenen Personen/Stellen. Durch die Implementierung des **Case-Managers als zentrale Ansprechperson und Koordinierungsstelle** wird eine durchgängige, an einem vorgegebenen strukturierten Ablauf orientierte und auf die Bedürfnisse der Einzelperson abgestimmte, Versorgung und Betreuung erreicht. Bewährt hat sich in zahlreichen Modellen und Projekten, die Betreuung und Versorgung an **grundlegenden Handlungsanweisungen** zu orientieren und basierend darauf für den Betroffenen ein **individuelles Hilfs- bzw. Betreuungsschema** zu entwickeln. An diesem Schema orientieren sich alle in die Betreuung und Versorgung eingebundenen Leistungserbringer, der Erkrankte selbst sowie seine Angehörigen. Rund um dieses spezifische Schema ist es erforderlich, dass mit Hilfe des Case-Managers alle Leistungserbringer miteinander vernetzt sind und koordiniert zusammenarbeiten. Durch die Orientierung an Handlungsanweisungen sowie an einen adäquaten **Informations- und Wissenstransfer** ist gewährleistet, dass Erkrankte von allen Leistungserbringern sowie Angehörigen auf einem **kontinuierlich hohen Qualitätsstandard** unter Bedachtnahme eines **effizienten Ressourceneinsatzes** versorgt werden.

1 Grundlagen

1.1 Demographische Entwicklungen des 21. Jahrhunderts - Herausforderung Demenz

Wie die meisten Industrienationen ist auch Österreich einem demographischen Wandel unterworfen. Während der Anteil junger und im Arbeitsleben stehender Personen an der Gesamtbevölkerung stetig abnimmt, wächst die Bevölkerungsgruppe der Über-60-jährigen immer weiter an. Von rund 22,5 % der Gesamtbevölkerung im Jahr 2008 wird diese Bevölkerungsgruppe auf prognostizierte 26 % im Jahr 2020 und 34 % im Jahr 2050 anwachsen.¹ Die folgende Darstellung der Bevölkerungspyramide für Österreich in den Jahren 2006 und 2030 verdeutlicht diese Entwicklung graphisch:

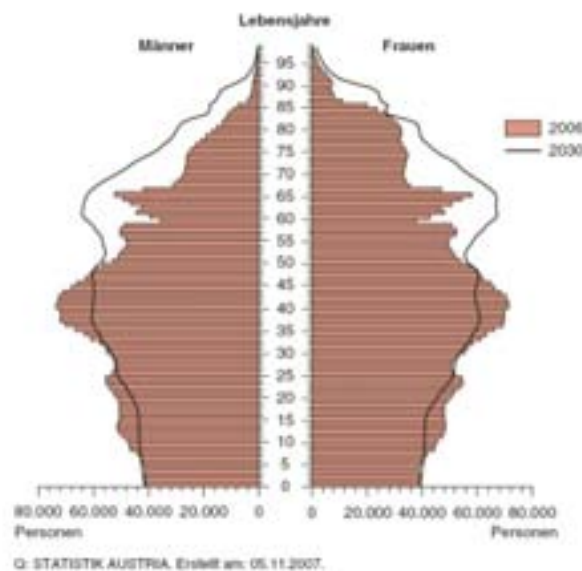


Abbildung 1- Bevölkerungspyramide für Österreich 2006 und 2030²

Deutlich ist aus dieser Abbildung zu erkennen, dass die heute mengenmäßig am stärksten ausgeprägte Bevölkerungsgruppe der Erwerbstätigen zwischen 15 und 60 Jahren in den kommenden Jahrzehnten anteilmäßig zu Gunsten der Über-60-jährigen abnehmen wird. Die Prognose für das Jahr 2030 zeigt bereits einen leichten Überhang dieser Bevölkerungsgruppe. Es kann demzufolge von einer prognostizierten Alterung der Bevölkerung gesprochen werden. Im Zuge dieses demographischen Alterungsprozesses gewinnen Themen, die speziell mit den Bedürfnissen älterer Personengruppen zusammen hängen, zunehmend an Bedeutung. Auch im Bereich des Gesundheitswesens ist man verstärkt gefordert, sich mit den spezifischen Folgen der demographischen Alterung und damit verbunden insbesondere mit Erkrankungen, welche mit einem höheren Lebensalter assoziiert sind, auseinander zu setzen. Neben den medizinischen Aspekten rückt in diesem Zusammenhang auch das Thema der Pflegebedürftigkeit in den Fokus der öffentlichen Diskussion. In diesem Kontext wird zunehmend auch die Demenz als Erkrankung diskutiert,

welche primär ältere Bevölkerungsgruppen betrifft und die, in Zusammenhang mit den dargestellten demographischen Veränderungen, nicht nur immer häufiger auftritt, sondern auch in der Öffentlichkeit zunehmend stärker wahrgenommen wird. Nicht nur in Österreich, sondern auch in zahlreichen anderen Nationen hat man die Herausforderung erkannt, welche diese Erkrankung für das Gesundheits- und Sozialsystem darstellt.^{3 4 5} Aus diesem Grund scheint es dringend indiziert, sich intensiv mit der Demenz in all ihren Ausprägungen und Folgen auseinander zu setzen, um dieser Herausforderung adäquat begegnen zu können.

1.2 Definition der Demenz

Dem Begriff Demenz liegt keine einheitliche Definition zugrunde, er stellt vielmehr den Überbegriff für eine ganze Reihe von geistigen Degenerationserscheinungen, die zu den häufigsten Erkrankungen im Alter zählen und massive Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft haben, dar. Aus diesem Grund wird Demenz von verschiedenen Experten und Institutionen unterschiedlich definiert, wie die folgende willkürliche Aufzählung belegt:

1. „Die Demenz zeichnet sich durch einen fortschreitenden Verlust früher erworbener Fähigkeiten des Gehirns aus. Hierzu gehören Gedächtnisfunktionen, Urteilsfähigkeit, Orientierung und Denkvermögen. Streng genommen ist die Demenz keine eigenständige Krankheit, sondern ein Syndrom.“⁶
2. “Dementia is the clinical syndrome characterised by acquired losses of cognitive and emotional abilities severe enough to interfere with daily functioning and quality of life. It is not a specific diagnosis but includes more than 55 illnesses, some of which are non-progressive.”⁷
3. “A generic term indicating a loss of intellectual functions including memory, significant deterioration in the ability to carry out day-to-day activities, and often, changes in social behaviour.”⁸
4. “Dementia is defined as an acquired syndrome of decline in memory and at least one other cognitive domain such as language, visuo-spatial, or executive function sufficient to interfere with social or occupational functioning in an alert person.”⁹
5. „Als Demenz bezeichnet man Symptome, die aufgrund der Schädigung und Zerstörung von Nervenzellen im Gehirn zu einer kognitiven und physischen Leistungsminderung führen.“¹⁰
6. “The term "dementia" refers to a range of symptoms commonly found in people with brain diseases which result in the damage and loss of brain cells. Losing brain cells is a natural process but with dementia this occurs at a much faster rate and involves a gradual and slow deterioration of a person's ability to function, affecting memory, attention, concentration, language and thinking. There are numerous forms of dementia.”¹¹

GRUNDLAGEN

Nach der allgemein anerkannten ICD-10-Klassifikation ist Demenz (F00-F03)¹²: „*ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.*“

Da in österreichischen Publikationen¹³ und Konsensuspapieren¹⁴ primär auf die Definition der ICD-10-Klassifikation verwiesen bzw. mit dieser gearbeitet wird, sollte diese auch in weiterführenden Ausführungen herangezogen werden, um eine einheitliche Arbeitsgrundlage zu schaffen.

1.3 Demenzformen

Demenz ist, wie aus den vorangehenden Ausführungen ersichtlich, ein Überbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen. Derzeit sind etwa 50 Krankheiten bekannt, welche zu einer demenziellen Erkrankung führen können (u.a. Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Epilepsie, Multiple Sklerose, Gefäßerkrankungen des Gehirns, Gehirntumore etc.).¹⁵ Unabhängig von den zugrunde liegenden Erkrankungen kommt es im Verlauf zu einem Verlust besonderer geistiger Fähigkeiten (Intelligenz). Typisch ist eine Verschlechterung der Gedächtnisleistungen, des Denkvermögens, der Sprache und des praktischen Geschicks, jedoch keine Trübung des Bewusstseins. Diese Veränderungen haben zur Folge, dass Menschen mit Demenz ihre alltäglichen Aufgaben nicht mehr ausführen können. Die Demenz ist keineswegs eine normale Alterserscheinung, die jeden mehr oder minder betrifft, sondern eine Erkrankung, die typischerweise im Alter auftritt.¹⁶

Es gibt demzufolge unterschiedliche Formen von Demenzen, die in Häufigkeit und Ursachen stark voneinander abweichen. Prinzipiell gilt es primäre und sekundäre Demenzformen zu unterscheiden, wobei primäre Demenzen durch Schädigung des Hirngewebes entstehen und sekundäre Demenzen durch pathologische Geschehnisse und physiologische Störungen, die nicht primär im Gehirn zu suchen sind, ausgelöst werden.¹⁷ Typische Ursachen sind hier Schädel-Hirn-Traumen, Medikamente, Alkohol oder Stoffwechselveränderungen. Es lassen sich weiters degenerative (fortschreitende) und nichtdegenerative (nicht fortschreitende) Demenzen unterscheiden. Entscheidend ist hier, ob sich der Abbauprozess des Gehirns kontinuierlich verstärkt oder ob eine einmalige Schädigung zugrunde liegt.¹⁸

GRUNDLAGEN

Beschäftigt man sich mit Daten zu den zugrunde liegenden Erkrankungen, so zeichnet sich rasch ab, dass primäre Demenzen den überwiegenden Großteil der Demenzerkrankungen darstellen. Folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit von den der Demenz zugrunde liegenden Erkrankungen bei 675 autopsierten Patienten und unterstreicht diese Schlussfolgerung¹⁹ :

Tabelle 1: Der Demenz zugrunde liegende Erkrankungen bei 675 autopsierten Patienten (160)	
Ursachen	Häufigkeit (%)
Alzheimer-Demenz	60
Vaskuläre Demenz	16
Alzheimer-Demenz + vaskuläre Demenz	8
Alzheimer-Demenz + Morbus Parkinson	8
Morbus Parkinson	1
Fronto-temporale Demenz (Morbus Pick)	1
Lewy-Körper-Demenz	1
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung	1
Andere Ursachen	4

Abbildung 2 - Häufigkeit der Demenz zugrunde liegenden Erkrankungen in Prozent

Ähnliche Angaben finden sich auch in diversen Leitlinien und Konsensuspapieren, welche als häufigste Erkrankungsursachen die Alzheimer Demenz mit 60 bis 80 %, vaskuläre Demenzen und Lewy-Körper-Demenz (LBD) mit 7 bis 25 % sowie frontemporale Demenz mit rd. 5 % angeben. Andere Formen sind eher selten.^{20 21 22} Mischformen, insbesondere Alzheimer Demenzen und vaskuläre Demenzen, treten bei bis zu 20 % der Fälle auf.^{23 24} In der Folge werden die häufigsten Erkrankungsursachen näher erläutert:

1.3.1 Alzheimer-Demenz (AD)

Die Alzheimer-Demenz ist die klinisch und epidemiologisch häufigste Form der Demenz. Liegt das Erkrankungsalter unter 65 Jahren, so spricht man von präseniler AD, darüber von seniler AD. Präsenile AD macht etwa 5 % der gesamten AD Fälle aus²⁵ und tritt mit einer Häufigkeit von rund 15 bis 35 Fällen je 100.000 Einwohner auf.²⁶ Sie tritt in der Regel gehäuft in einzelnen, genetisch hoch belasteten Familien auf und ist assoziiert mit Mutationen im APP-Gen bzw. Mutationen in den Presenilin-1 und Presenilin-2-Genen.²⁷

Als Risikofaktoren zur Entwicklung einer Alzheimer-Demenz sind folgende Einflüsse assoziiert^{28 29 30}:

- Alter (das Alter gilt als stärkster Risikofaktor für das Auftreten einer AD)
- Geschlecht (Die Prävalenz und Inzidenz der AD ist für Frauen im fortgeschrittenen Lebensalter höher)

GRUNDLAGEN

- Östrogene (Östrogene scheinen einen protektiven Effekt hinsichtlich AD zu haben)
- Bildung (höhere Bildung führte in Studien zu signifikant niedrigeren AD-Raten)
- Genetische Faktoren (neben den oben angeführten genetischen Zusammenhängen mit präseniler Demenz konnte auch bei seniler Demenz das Gen ApoE4 als wichtiger genetischer Risikofaktor identifiziert werden)
- Vorerkrankungen (Erkrankungen wie Diabetes, speziell Altersdiabetes sowie Insulinresistenz, und das Parkinson-Syndrom, Depression sowie Schädel-Hirn-Traumen korrelieren positiv mit dem Auftreten einer AD)
- Rauchen, Fehlernährung und Alkoholkonsum

Alzheimer ist eine chronisch degenerative Erkrankung, welche als unheilbar gilt. Der Krankheitsverlauf ist relativ typisch und beginnt häufig mit Störungen der Emotion. Die weiteren Symptome der Erkrankung betreffen den Verlust kognitiver und geistiger Fähigkeiten, wie beispielsweise der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens oder des abstrakten Denkvermögens sowie Orientierungslosigkeit, Sprach- und Kommunikationsstörungen. Später treten auch motorische Einschränkungen bis hin zu Bewegungsstörungen, Inkontinenz und gestörter Nahrungsaufnahme auf. Schlussendlich führen diese Beeinträchtigungen zum Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie des sozialen Rollenbildes. Relativ häufig treten im Krankheitsverlauf Verhaltens- bzw. Persönlichkeitsveränderungen, wie Angst- und Erregungszustände, Unruhe, Launenhaftigkeit, ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus bis hin zu Paranoia auf, auf die Patienten mit Alzheimer-Demenz in weiterer Folge mit Feindseligkeit und Gewalt reagieren. Dies erschwert die Betreuung und Pflege der Erkrankten enorm.^{31 32}

Die Erkrankung verläuft progressiv und führt letztlich zum Tod. Es werden Krankheitsverläufe zwischen 2 und 10 Jahren beschrieben, wobei auch die Auswirkungen der Erkrankungen auf den Einzelnen stark differieren.³³ Während früher von einem schnellen Verlauf von bis zu 7 Jahren ausgegangen wurde, zeigte sich mit dem Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters, dass die Erkrankung bei älteren Betroffenen in vielen Fällen weniger rasch voranschreitet.³⁴ Im Allgemeinen versterben Patienten mit Alzheimer-Demenz nicht unmittelbar an dieser Erkrankung, sie führt aber mittelbar zu allgemeiner Inaktivität, Schluckstörungen und weiteren Beschwerdebildern. Unmittelbare Todesursachen sind häufig Herz-Kreislauf-Versagen oder eine Infektion³⁵ bzw. mitunter auch die Folgen verminderter Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsaufnahme.³⁶

Alzheimer ist insbesondere durch folgende morphologische Veränderungen gekennzeichnet^{37 38}:

- allgemeiner Verlust der Neuronen und synaptischer Verbindungen,

GRUNDLAGEN

- globale Atrophie des Gehirns mit Zellstrukturdegeneration und Bildung von Plaques,
- Neurofibrillen (sogenannte „Alzheimer-Fibrillen“)

1.3.2 Vaskuläre Demenz (VD)

Im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz, die einen langsamen und progressiven Verlauf aufweist, ist die vaskuläre Demenz häufig durch einen plötzlichen Beginn – in der Regel in Zusammenhang mit einem oder mehreren Hirninfarkt(en) – und einer weiteren stufenweisen Verschlechterung, in Verbindung mit weiteren ischämischen Ereignissen, gekennzeichnet.³⁹ Ein Hirninfarkt kann sowohl ein einzelnes Blutgefäß als auch mehrere Gefäße betreffen (Multiinfarkt).⁴⁰ Die vaskuläre Demenz stellt kein eigenständiges Krankheitsbild dar, sondern ein Syndrom mit unterschiedlichen Ursachen (Schlaganfall, Risikofaktoren etc.) und klinischen Manifestationen.⁴¹

Folgende Faktoren stellen Risikofaktoren für eine vaskuläre Demenz dar^{42 43 44}:

- Alter (ebenso wie bei der AD tritt die VD verstärkt im höheren Lebensalter auf)
- Geschlecht (im Gegensatz zur AD betrifft die VD mehr Männer als Frauen)
- Bildung (niedrige Bildung bedeutet ein höheres Risiko für eine VD)
- Komorbiditäten (Arteriosklerose und damit zusammenhängend Faktoren wie Ernährung, Diabetes und Hypertonie sind Risikofaktoren einer VD)
- Genetische Faktoren
- Depressionen

Durch die Unterbrechung des Blutflusses im Gehirn kommt es zur Minderdurchblutung und in weiterer Folge zum Absterben ganzer Gehirnregionen. Vaskuläre Demenzen sind gekennzeichnet durch die phasenweise Stabilisierung und sogar Besserung des Zustandes der Betroffenen, welche dann bei erneutem Eintreten von Hirninfarkten wieder eine plötzliche (daher stufenförmige) Verschlechterung erfahren. Je nach Ort der Hirnschädigung sind die Symptome unterschiedlich und können sowohl einzelne kognitive oder motorische Defizite als auch globale neuropsychologische Funktionseinbußen umfassen. Häufig treten unilaterale Schwäche oder Ungeschicklichkeit, Sprachstörungen, Amnesien, Aprasien und Störungen exekutiver Funktionen auf.^{45 46} Die Unterscheidung zwischen vaskulären Demenzen und Alzheimer-Demenz aufgrund der psychischen Symptome gestaltet sich schwierig, wobei bei der VD neurologische Einschränkungen wie Gangstörungen und Inkontinenz häufig früher auftreten. Eine Unterscheidung der beiden Demenzformen ist in frühen Stadien mittels bildgebender Diagnostik des Gehirns möglich, da ein Hirninfarkt hier erkennbar ist, welcher im Zusammenhang mit dem plötzlichen Auftreten der Beschwerden auf eine VD hinweist. Im fortgeschrittenen Verlauf lassen sich Alzheimer-Demenz und

GRUNDLAGEN

vaskuläre Demenz nicht mehr sicher unterscheiden – hier spricht man in der weiteren Folge von Mischformen.⁴⁷

Die durchschnittliche Lebenserwartung scheint bei vaskulären Demenzen geringer zu sein als bei der Alzheimer-Demenz. Dies steht in Zusammenhang mit einer höheren vaskulären Komplikationsrate (Herzinfarkte, Rezidiv-Schlaganfälle, etc.).⁴⁸ Da die vaskuläre Demenz im Zusammenhang mit einer zerebrovaskulären Erkrankung und der daraus resultierenden mangelnden Blutzufuhr in Bereichen des Gehirns auftritt, gibt es je nach betroffenen Hirnanteilen und Gefäßen mehrere Formen der Gefäßpathologie⁴⁹:

- Häufig treten Verschlüsse durch Ablagerungen von Amyloid (ähnlich der neuritischen Plaques) in kleineren und größeren Arterien und Kapillaren auf.
- Ebenso häufig findet man vaskulär bedingte Schäden der grauen Hirnsubstanz.
- Leukokariose (Schäden der weißen Hirnsubstanz) sind möglich.
- Bei der Multiinfarktdemenz sind Gefäßschädigungen ähnlich einer Abfolge winziger Hirninfarkte kennzeichnend.
- Häufig geht die Gefäßpathologie mit einer Hirnatrophie und einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems einher.

1.4 Demenzstadien – Schweregrad der Erkrankung

Die Diagnostik demenzieller Erkrankungen gestaltet sich insbesondere in frühen Stadien schwierig, da erste Anzeichen von Patienten und deren Angehörigen oft nicht wahrgenommen bzw. bagatellisiert werden.⁵⁰ Teilweise versuchen Betroffene selbst wahrgenommene Schwächen durch Kompensationsverhalten zu überspielen. Hinzu kommt, dass erste Symptome häufig dem „normalen“ Alterungsprozess zugeschrieben werden und erst bei zunehmenden Beschwerden die Möglichkeit einer demenziellen Erkrankung in Betracht gezogen wird. Beeinträchtigungen im Alltag stellen sich demnach schon vor Diagnose der Erkrankung ein.

Das Krankheitsbild Demenz selbst wurde von zahlreichen Autoren eingeteilt bzw. klassifiziert, wobei solche Skaleneinteilungen zwar bei der genauen Diagnose und Verlaufsbeobachtung hilfreich sein können, gleichzeitig aber auch sehr differenziert zu betrachten sind, da der individuelle Fall und Verlauf nicht immer ausreichend berücksichtigt werden kann. Insbesondere bei mehrstufigen Skalen ist eine genaue Zuordnung aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungen und Symptome der Erkrankung häufig schwierig. Die unterschiedlichen in der Praxis angewendeten Skalen finden sich im dritten Kapitel. An dieser Stelle sollen lediglich grob die Schweregrade der Erkrankung und deren

Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Angehörige skizziert werden. Gängig ist hierzu die Einteilung in drei Stufen: leichte, mittlere und schwere Demenz^{51 52 53}.

1.4.1 Leichte Demenz

Das Anfangsstadium der Erkrankung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen zwar in der Arbeit bzw. bei sozialen Aktivitäten beeinträchtigt sind, sie aber grundsätzlich noch alleine zurecht kommen und ein weitgehend unabhängiges Leben führen können. Anfangs fällt es den Erkrankten fallweise schwer, Gesprächen zu folgen bzw. sind die Merkfähigkeit und das Gedächtnis leicht eingeschränkt (Personen werden nicht wiedererkannt, Termine werden vergessen, Dinge werden verlegt etc.). In Gesprächen sind insbesondere Wortfindungsstörungen bzw. die Wiederholung von Gesprächsinhalten markant. Häufig werden länger zurückliegende Inhalte besser erinnert. Im häuslichen Umfeld kommt es zu ersten Fehlhandlungen, tendenziell eher bei komplexen Aufgaben, wie der Bedienung von Geräten oder der Haushaltsführung. Beruflich lässt sich häufig eine Leistungsverschlechterung wahrnehmen, die von den Betroffenen zunehmend schlechter kompensiert werden kann.

1.4.2 Mittlere Demenz

Im zweiten Stadium der Demenz ist eine selbstständige Lebensführung nur mehr mit Schwierigkeiten möglich. Ein vollständig unabhängiges Leben kann nicht mehr geführt werden, ein gewisses Maß an Hilfestellung bzw. Aufsicht wird notwendig, um den Alltag bewältigen zu können. Die Erkrankten sind nunmehr deutlich beeinträchtigt, es treten verstärkt Probleme bei einfachen Abläufen – wie der Auswahl von Kleidungsstücken oder dem Einkaufen – auf, die ohne Unterstützung nicht bewältigt werden können. Häufig wird die Körperpflege vernachlässigt. Zudem treten in dieser Phase verstärkte psychische Symptome auf, wie z.B. Angst, wahnhaftes Erleben, Rastlosigkeit sowie weitere Verhaltensstörungen. Die Betroffenen unterliegen meist einer starken inneren Unruhe, die in Kombination mit Orientierungsstörungen zu ziellosem Herumirren bzw. „Weglaufen“ führt. Versuche, das fehlerhafte Verhalten von außen zu korrigieren, führen zu gereiztem bzw. aggressivem Verhalten von Seiten der Erkrankten, wodurch Familienmitglieder in dieser Phase häufig mit der Betreuung des Angehörigen überfordert sind. Hinzu kommt häufig ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus bzw. eine kognitive Harninkontinenz (Betroffene finden nicht mehr rechtzeitig die Toilette oder benützen irrtümlicherweise Stühle und Mülleimer).

1.4.3 Schwere Demenz

Im Stadium der schweren Demenz ist eine eigenständige Lebensführung nicht mehr möglich. Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind derart beeinträchtigt, dass die Betroffenen eine kontinuierliche Hilfe und Unterstützung benötigen.

GRUNDLAGEN

Diese letzte Phase der Demenz ist gekennzeichnet durch körperlich-neurologische Symptome. Die Erkrankten können selbst einfache Tätigkeiten, wie waschen oder ankleiden, nicht mehr alleine ausführen. Zunehmend treten auch motorische Störungen (z.B. Gangstörungen) auf, die schlussendlich zur Bettlägerigkeit führen. Auftretende Geschmacks- und Geruchsstörungen sowie Schluckbeschwerden führen zu einer verminderten Nahrungsaufnahme. Die Betroffenen können schlussendlich ihre Körperfunktionen nicht mehr kontrollieren, was in Harn- und Stuhlinkontinenz resultiert. Sprachstörungen erschweren die Kommunikation, wodurch es Angehörigen und Pflegenden zunehmend schwerer fällt, die Bedürfnisse der Betroffenen wahrzunehmen. Hier gewinnen emotionale Bindung und Körperkontakt als Kommunikationsmittel an Bedeutung.

1.4.4 Praktische Auswirkungen der Schweregrade

Es zeigt sich, dass je nach Schweregrad der Erkrankung die Lebensführung der Patienten unterschiedlich stark beeinträchtigt ist. Daraus lässt sich auch das Ausmaß der benötigten Hilfestellung im Alltag bzw. in weiterer Folge der Pflegebedürftigkeit ableiten. Die folgende Übersicht fasst das Ausmaß der Beeinträchtigung bzw. der Symptome sowie deren Auswirkungen auf die Lebensführung der Betroffenen nach den oben dargestellten Schweregraden nochmals zusammen und zeigt das damit zusammenhängende Ausmaß der benötigten Hilfe bzw. Pflege:

Tabelle 1 Ausmaß der Beeinträchtigung und des Unterstützungsbedarfs nach Schweregrad⁵⁴

Schwere-grad	Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung	Lebensführung	Störungen von Antrieb und Affekt	Ausmaß der benötigten Hilfe/Pflege
Leicht	Komplexe tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden; leichte Beeinträchtigung bei alltäglichen Handlungen.	Die selbstständige Lebensführung (Alltag) wird zwar beeinflusst, ein unabhängiges Leben ist dennoch möglich.	<ul style="list-style-type: none"> • Aspontanität • Depression • Antriebsmangel • Reizbarkeit • Stimmungsschwankungen 	Hilfestellung von Außen ist fallweise notwendig.
mittel	Einfache Tätigkeiten können selbständig ausgeführt werden, andere werden nicht mehr vollständig oder angemessen ausgeführt.	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Eine selbständige Lebensführung kann nur durch externe Anleitung und Hilfe aufrechterhalten werden.	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhe • Wutausbrüche • Aggressive Verhaltensweisen 	Hilfestellung von Außen ist notwendig; jedoch keine ununterbrochene Betreuung oder Beaufsichtigung.
schwer	Gedankengänge können nicht mehr nachvollziehbar kommuniziert werden, selbst einfache alltägliche Aufgaben können nicht gelöst werden.	Es ist keine unabhängige, selbständige Lebensführung möglich.	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhe • Schreien • Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus • Nesteln 	Dauerhafte Betreuung und Beaufsichtigung ist notwendig.

GRUNDLAGEN

Es ist deutlich ersichtlich, dass das Ausmaß der Betreuung mit zunehmendem Schweregrad ebenfalls zunimmt, wobei nicht jeder Patient zwangsläufig jedes Stadium durchläuft. Auch ist die Dauer der einzelnen Stadien vom individuellen Fall und der zugrunde liegenden Erkrankung abhängig. Während bei der Alzheimer-Demenz ein „schleichender“ Verlauf mit stetig zunehmender Verschlechterung beobachtet wird, kann bei der vaskulären Demenz durchaus ein „stufenförmiger“ Verlauf auftreten. Hier können Defizite über die Zeit stabil bleiben, wobei man auch hier festhalten kann, dass – in Abhängigkeit von Faktoren wie Geschlecht und Alter der Erstmanifestation – die Symptome mit der Zeit zunehmen bzw. sich die Beeinträchtigungen ausdehnen.⁵⁵ Es ist davon auszugehen, dass im Endstadium bei allen Formen der Demenz eine schwere Beeinträchtigung mit der Notwendigkeit einer dauerhaften Betreuung und Beaufsichtigung eintritt. Dies ist insbesondere für die Lebensplanung der Betroffenen und deren Angehörigen von Bedeutung (u.a. rechtzeitige Regelung rechtlicher und persönlicher Angelegenheiten). Die folgende Grafik verdeutlicht notwendige Maßnahmen für Patienten und Angehörige in Anlehnung an die dargestellten Schweregrade:



Abbildung 3 - Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen nach Stadium⁵⁶

Anmerkung:

Die in diesem Kapitel dargestellten Ausführungen dienen lediglich einer ersten Definition und Umschreibung demenzieller Erkrankungen und deren Auswirkungen. Ziel ist es, den diesem Bericht zugrunde liegenden Krankheitsbegriff und seine Ausprägungen zu definieren. Dies ist als weitere Arbeitsgrundlage zu verstehen. Detaillierte Ausführungen zur Diagnostik, Skaleneinteilung und Ausprägung der Demenz anhand von Skalen sowie deren Auswirkungen auf die Betroffenen und Angehörigen finden sich in den folgenden Kapiteln.

1.5 Zusammenfassung

Aufgrund der **demographischen Alterung der Gesellschaft** rücken auch im Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems zunehmend jene Problematiken in den Fokus, welche mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auftreten. Eine dieser großen Herausforderungen ist die **Demenz**.

Der **Begriff Demenz** umschreibt keine einheitliche Erkrankung, sondern umfasst vielmehr eine **Vielzahl geistiger Degenerationserscheinungen**, die allerdings im Verlauf sehr ähnlich sind. Die **Erkrankung ist progressiv** und verläuft über mehrere Stadien **bis hin zum Tod** des Erkrankten. Mit **Fortschreiten der Erkrankung** werden die persönlichen **Beeinträchtigungen durch die Erkrankung immer stärker**. Am Beginn stehen lediglich geringere Probleme bei alltäglichen Handlungen, danach werden die Einschränkungen aber immer größer, wodurch der Erkrankte zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen ist, bis im Endstadium eine dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung erforderlich ist.

2 Epidemiologie

Demenzen sind schon heute in Österreich mit 43,2 % der häufigste Grund für die Einweisung in ein Pflegeheim.⁵⁷ Zahlreiche Publikationen belegen, dass aufgrund demographischer Entwicklungen die Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich und auch in ganz Europa weiter zunehmen wird.^{58 59} Dies bedeutet große Herausforderungen an das Gesundheits- und Sozialsystem, welches nicht nur die medizinische Versorgung der Erkrankten sicherstellen muss, sondern vielmehr auch durch die notwendige Betreuung und Pflege an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit gerät.

In der Folge soll anhand aktueller epidemiologischer Daten sowie diverser Hochrechnungen dargestellt werden, welches Ausmaß Demenzerkrankungen derzeit in Österreich einnehmen und mit welchen künftigen Entwicklungen in diesem Bereich zu rechnen ist.

2.1 Prävalenz

2.1.1 Internationale Prävalenzdaten

Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen wurde in zahlreichen Studien untersucht. Die wohl größte und umfangreichste Europäische Erhebung ist jene der *European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia* group (kurz EURODEM). Hier wurden im Rahmen eines Reviews Prävalenzraten für zehn europäische Länder erhoben. Nach Altersgruppen ergab sich folgende durchschnittliche Prävalenz:

Tabelle 2 - Prävalenzraten lt. EURODEM-Studie⁶⁰

Altersgruppe	Prävalenzrate in %
30-59	0,1
60-64	1,0
65-69	1,4
70-74	4,1
75-79	5,7
80-84	13,0
85-89	21,6
90-94	32,2
95-99	34,7

Es zeigt sich, dass die Prävalenz der Demenz mit dem Alter stark ansteigt. Erst ab dem 60. Lebensjahr steigt die Prävalenz über ein Prozent, danach steigt sie allerdings rasch an, bis

sie in der Altersgruppe der Über-95-Jährigen mit mehr als einem Drittel ihren Höchststand erreicht.⁶¹ Diese exponentielle Zunahme der Prävalenz mit dem Alter wird auch in zahlreichen außereuropäischen Publikationen beobachtet,^{62 63 64 65} wobei allerdings regionale Unterschiede in den Prävalenzraten auftreten.

Da die Daten der EURODEM Studie auf die Jahre 1980 bis 1990 zurückgehen, ist es für eine umfassende Darstellung des Ausmaßes der Demenzerkrankungen jedenfalls erforderlich, aktuellere Erhebungen einzubeziehen, welche mitunter auch Hochrechnungen für künftige Entwicklungen enthalten.

Eine im Jahr 2005 von Ferri et al. im Lancet publizierte Studie wählte den Ansatz, mittels einer Delphi-Erhebung die derzeitige Prävalenz der Demenz inklusive Schätzungen für die Jahre 2020 und 2040 zu ermitteln. Zunächst wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, welche bislang publizierte Studien zu Prävalenzraten zwischen 1980 und 2004 einbezog. Die Qualität der Studien sowie deren Ergebnisse wurden dann von einem 12 Mitglieder umfassenden Expertenpanel anhand der Delphi-Methode diskutiert und ergänzt, bis ein Konsens für die Prävalenzraten nach WHO-Regionen gefunden wurde. Die ermittelten Prävalenzraten beruhen hier demnach auf einer empirischen Analyse. Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit jenen der EURODEM-Studie, wobei hier lediglich sechs Altersgruppen (von 60 Jahren bis > 85 Jahren) gebildet wurden. Abweichungen in den gleichen Altersgruppen bewegen sich bei weniger als einem Prozent. Die geschätzte Prävalenzrate in der Bevölkerungsgruppe der über 60-jährigen in Westeuropa betrug hier 5,4 % der hochgerechnete Anstieg der Prävalenz wurde bis 2020 mit rund 43 % und bis 2040 mit rund 102 % beziffert. Dies würde bedeuten, dass sich die Zahl der Demenzkranken in Westeuropa bis zum Jahr 2040 mehr als verdoppeln wird.⁶⁶

Global betrachtet lebten im Jahr 2001 rund 60 % aller Demenzkranken in Entwicklungsländern. Dieser Anteil wird künftig weiter zunehmen und im Jahr 2040 schon geschätzte 70 % betragen. Auf einzelne Staaten heruntergebrochen war China 2001 mit etwa 5 Millionen Demenzkranken gemeinsam mit der EU jene Region mit den meisten Betroffenen, gefolgt von den USA und Russland mit jeweils 2,9 Millionen Erkrankten. Die höchsten Zuwachsraten bis zum Jahr 2040 werden Lateinamerika (393 %) sowie Nord-Afrika und dem Mittleren Osten (je 385 %) prognostiziert.⁶⁷

2.1.2 Österreichische Prävalenzdaten

Bislang gibt es in Österreich keine explizite Erhebung der Prävalenz demenzieller Erkrankungen, weshalb in diesem Bereich auf Hochrechnungen und Schätzungen zurückgegriffen werden muss. Die Initiative *Alzheimer-Europe* publizierte in ihrem Jahrbuch 2006 Prävalenzdaten für alle EU-Mitgliedsstaaten. Für Österreich wurden anhand der Daten

EPIDEMIOLOGIE

der EURODEM-Studie bzw. der von Ferri et al. durchgeführten Erhebung folgende Prävalenzzahlen für 2005 ermittelt:

Tabelle 3 - Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich 2005⁶⁸

Age group	Eurodem			Ferri et al.
	Men with dementia	Women with dementia	Total number of people with dementia	Total number of people with dementia
30-59	2,852	1,601	4,453	
60-64	3,720	1,198	4,918	4,414
65-69	3,777	2,172	5,948	5,572
70-74	6,344	6,754	13,099	11,254
75-79	5,485	11,432	16,918	16,814
80-84	7,966	20,631	28,597	26,663
85-89	3,798	12,717	16,515	29,725
90-94	3,276	10,704	13,981	
Total	37,218	67,210	104,428	94,441

Es würde sich hier eine bevölkerungsbezogene Gesamtprävalenz von 1,15 % (Ferri et al.) bzw. 1,27 % (EURODEM) ergeben, was dem EU-Durchschnitt entspricht. Gleichzeitig wurde in dem Bericht aber festgehalten, dass aufgrund der mangelnden Datenqualität (insbesondere der Bevölkerungsdaten für Personen über 95 Jahre) hier von einer Unterschätzung des tatsächlichen Ausmaßes der Prävalenz auszugehen ist. Gleichzeitig wurde dargestellt, dass sich die Prävalenz demenzieller Erkrankungen in Österreich zwischen 1960 und 2005 annähernd verdoppelt hat, wie die folgende Abbildung belegt:

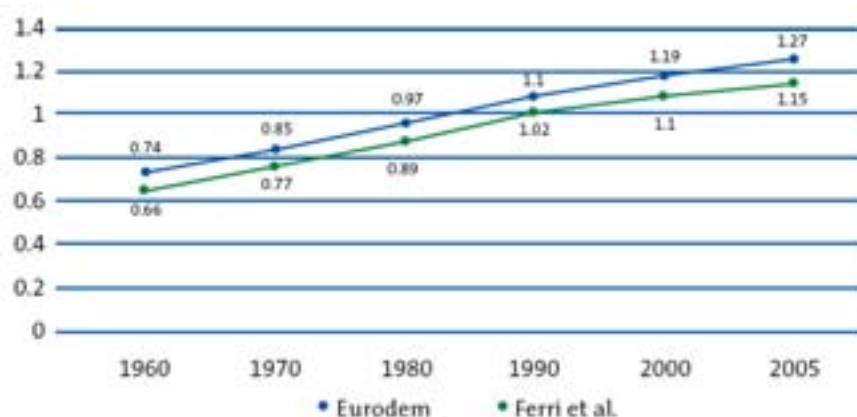


Abbildung 4 - Anstieg der Demenzprävalenz zwischen 1960 und 2005 in Österreich⁶⁹

Dieser Anstieg lässt vermuten, dass die Prävalenz demenzieller Erkrankungen auch in Österreich weiter stark zunehmen wird. Wacanta et al. haben hier die wohl umfassendsten Berechnungen angestellt. Sie geben die Prävalenz demenzieller Erkrankungen zwischen 1951 und 2050, basierend auf internationalen epidemiologischen Studien sowie Daten des Österreichischen Statistischen Zentralamtes, wie folgt an:

Tabelle 4 - Anzahl von Demenzerkrankten in 1.000 in Österreich⁷⁰

Jahr	Anzahl von Demenz- kranken in 1.000
1951	35,5
2000	90,5
2010	108,4
2020	129,6
2030	163,4
2040	199,8
2050	233,8

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass im Jahr 1951 in Österreich nur 35.500 Menschen an einer Demenz litten, während es um die Jahrtausendwende bereits 90.500 waren. Hochgerechnet auf das Jahr 2050 ist mit einem Anstieg auf etwa 233.800 Demenzkranke zu rechnen.⁷¹

2.1.3 Demenzkranke in Relation zu Erwerbsfähigen

Ein wesentliches Indiz für die gesellschaftliche Belastung durch eine bestimmte Erkrankung ist die Relation zwischen Erkrankten und erwerbstätigen Personen. Insbesondere bei der Demenz, die im Krankheitsverlauf in der Regel dazu führt, dass die Erkrankten pflegebedürftig werden, ist diese Relation ein wesentlicher Indikator. Dies beruht einerseits darauf, dass professionelle Pflegende immer und Laienpflegende häufig der Personengruppe der Erwerbstätigen angehören und auch darauf, dass Kosten für Pflege, Pflegeheime etc., welche das Einkommen der Erkrankten oft übersteigen, vielfach von den erwerbstätigen Verwandten getragen werden. Als Erwerbstätige werden dabei zumeist Personen im Alter zwischen 15 und 60 Jahren definiert.

Wancata et al. untersuchten die Relation zwischen Demenzkranken und erwerbstätiger Bevölkerung und bezifferten diese im Jahr 1951 mit 120 Erwerbstätigen je Demenzkranken. Für 2000 wurde dieses Verhältnis mit 60 Erwerbstätigen je Demenzkranken beziffert. Künftig wird sich diese Relation noch weitaus stärker dezimieren. So prognostizieren die Forscher im Jahr 2020 nur mehr rund 39 Erwerbstätige, die auf einen Demenzkranken kommen und im Jahr 2050 werden sogar nur mehr 15 Erwerbstätige je Demenzkranken erwartet.^{72 73} Selbst unter Einbeziehung aktueller Bevölkerungsprognosen der Statistik Austria, die eine von Wancata et al. noch nicht berücksichtigte Bevölkerungszunahme vorhersagen, wird die Relation auf nur 15 Erwerbstätige je Demenzkranken im Jahr 2050 hochgerechnet, wie die folgende Abbildung zeigt:

Tabelle 5 - Relation Erwerbsfähige vs. Demenzkranke (eigene Berechnung)

Jahr	Erwerbsfähige Bevölkerung (15 bis 64)	Demenz-kranke	Belastungs- quote	Erwerbsfähige pro Demenzkrankem
2000	3.811.145	90.493	2,37	42
2010	4.103.910	108.983	2,66	38
2020	4.186.904	131.347	3,14	32
2030	4.102.718	165.078	4,02	25
2040	4.019.463	211.071	5,25	19
2050	3.963.473	269.603	6,80	15

Diese Zahlen unterstreichen nochmals die große gesellschaftliche Bedeutung der Demenz sowie die Herausforderungen, welche künftig mit einem Anstieg der Zahl der Demenzkranken entstehen werden.

2.2 Inzidenz

2.2.1 Internationale Inzidenzdaten

Während die Prävalenz der demenziellen Erkrankungen bereits in zahlreichen Meta-Analysen und Reviews untersucht wurde, stehen im Bereich der Inzidenz weniger Studien zur Verfügung. Dennoch kann auf einige Quellen zurückgegriffen werden, denen eine gewisse Aussagekraft zuzuschreiben ist. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Inzidenzzahlen unterschiedlicher Studien aus Deutschland, der EURODEM-Studie sowie einer weiteren Meta-Analyse (Daten aus Europa, den USA, China und Japan). Es zeigen sich in allen drei Erhebungen relativ ähnliche Inzidenzraten, die auch mit jenen anderer Erhebungen übereinstimmen:

Tabelle 6 - Inzidenzraten nach Altersgruppen

Altersgruppe	Deutschland ⁷⁴	EURODEM ⁷⁵	Meta-Analyse ⁷⁶
65 – 69	0,4	0,2	0,3
70 – 74	0,9	0,6	0,8
75 – 79	1,9	1,6	1,8
80 – 84	4,1	3,1	3,4
85 – 89	6,5	4,6	5,3
90 und älter	10,1	6,1	7,2 (90 – 94) 8,7 (95+)

Grundsätzlich kann beobachtet werden, dass auch die Inzidenz der Demenz mit zunehmendem Lebensalter ansteigt. Der Anstieg ist dabei stetig und selbst in sehr hohem

Lebensalter kann keine Entspannung in dieser Zunahme beobachtet werden, wobei in diesen Altersgruppen aufgrund der niedrigen Fallzahlen nur wenige Daten vorhanden sind. Jedenfalls kann eine besonders stark ausgeprägte Zunahme der Inzidenz ab dem 80. Lebensjahr beobachtet werden. Die Neuerkrankungsrate liegt in der Altersgruppe der 80 bis 84-jährigen schon zehnfach über jener der 65- bis 69-jährigen. In der Altersgruppe Über-95-Jahren liegt sie sogar 25-fach darüber.

Regional betrachtet scheint die Inzidenz der Demenz in südost-asiatischen Staaten niedriger zu sein als in Europa.⁷⁷ In den westlichen Industrieländern scheint es hingegen kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern zu geben.⁷⁸

2.2.2 Österreichische Inzidenzdaten

Analog zur Prävalenz (siehe 1.2.2) wurden durch Wancata et al. auch Inzidenzdaten für demenzielle Erkrankungen in Österreich bis ins Jahr 2050 hochgerechnet. Die Anzahl der Neuerkrankungen lag im Jahr 2000 noch bei rund 24.000 Fällen, wird sich bis ins Jahr 2050 aber mehr als verdoppeln. Die gesamte Hochrechnung in 10-Jahres-Schritten stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 7 - Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen in Österreich je 1.000 Einwohner⁷⁹

Jahr	Anzahl der Neuerkrankungen in Tausend
1951	9,6
2000	23,6
2010	28,1
2020	33,5
2030	42,0
2040	51,8
2050	59,5

Die jährlichen Neuerkrankungen werden sich diesen Berechnungen zufolge auf beinahe 60.000 im Jahr 2050 erhöhen.⁸⁰ Dies entspricht den in anderen europäischen Ländern beobachteten Entwicklungen bzw. Hochrechnungen. Zu beachten ist jedoch, dass diese Hochrechnungen auf Schätzungen der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung beruhen. Würde das durchschnittliche Lebensalter (wie in den vergangenen Jahrzehnten) auch künftig stärker steigen als prognostiziert, so wäre von einer weitaus höheren Erkrankungsrate auszugehen.

2.3 Aktuelle Prävalenz- und Inzidenzdaten für Österreich – eigene Berechnungen^{81 82}

Die oben angeführten Prävalenz- und Inzidenzdaten, welche für Österreich ermittelt werden konnten, beziehen sich primär auf die Publikationen von Wancata et al. aus den Jahren 1999 bis 2001. Die Autoren bezogen sich bei ihren Berechnungen auf die zum damaligen Zeitpunkt verfügbaren Bevölkerungszahlen und –prognosen der Statistik Austria. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt haben sich diese Prognosen aber nur teilweise erfüllt, in manchen Bereichen ist es – u.a. zurückgeführt auf die vermehrte Zuwanderung – zu Änderungen gekommen. Um ein aktuelles Bild der Prävalenz- und Inzidenzraten für Demenz zu zeichnen, werden in der Folge die Daten von Wancata et al. anhand der aktuellen statistischen Kennzahlen und Daten der Statistik Austria hochgerechnet. Grundlage für diese Berechnungen sind die folgende aktuelle Bevölkerungsprognose der Statistik Austria sowie die anhand dieser Zahlen berechnete Anzahl an Demenzkranken gemäß der Angaben von Wancata et al.:

Tabelle 8 - Demenzerkrankte bis 2050 (eigene Hochrechnung nach Wancata et al.)

Jahr	Österr. Bevölkerung	Bevölkerung 60+	% Demenz 60+	Demenzkranke 60+
1981	7.553.326	1.453.700	4,64	67.452
1991	7.710.882	1.564.700	5,06	79.174
2000	8.002.186	1.672.700	5,41	90.493
2010	8.395.315	1.939.208	5,62	108.983
2020	8.689.447	2.280.338	5,76	131.347
2030	8.978.511	2.807.443	5,88	165.078
2040	9.280.413	3.059.004	6,90	211.071
2050	9.514.363	3.256.074	8,28	269.603

Die nachfolgende Grafik zeigt die prozentuelle Verteilung der österreichischen Bevölkerung anhand dieser Hochrechnung und soll der besseren Veranschaulichung des Anteils der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und insbesondere auch der Gruppe der Demenzkranken dienen:

EPIDEMIOLOGIE

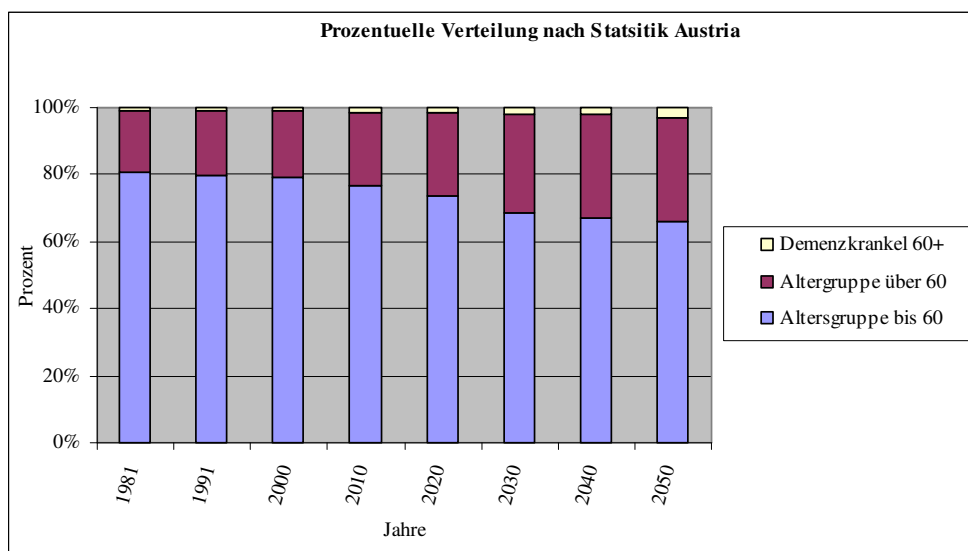


Abbildung 5 - Prozentuelle Verteilung der Bevölkerung inkl. Demenzkranke (eigene Darstellung)

Der wesentlichste Unterschied, zu den von Wancata et al. publizierten Daten ergibt sich durch die weiterhin steigende Einwohnerzahl. Während ausgehend von den Daten zur Jahrtausendwende von einer Stagnation der Bevölkerungszahl ausgegangen wurde, wird nunmehr eine kontinuierliche Steigerung prognostiziert. Daraus ergibt sich auch eine Zunahme der Zahl der Demenzkranken. Der Unterschied zwischen den von Wancata et al. publizierten Prävalenzdaten und den hier hochgerechneten beträgt rund 15 % im Jahr 2050. Während man 1999 noch von rund 234.000 Erkrankten im Jahr 2050 ausging, sind es lt. den aktuellen Hochrechnungen schon rund 270.000.

Die nachfolgende Grafik soll verdeutlichen, wie sich die Differenz für die von Wancata et al. verwendeten Daten von 1999 und den aktuellen Bevölkerungszahlen und –prognosen für alle Demenzen, Alzheimer-Demenz und Vaskuläre Demenz darstellt:

EPIDEMIOLOGIE

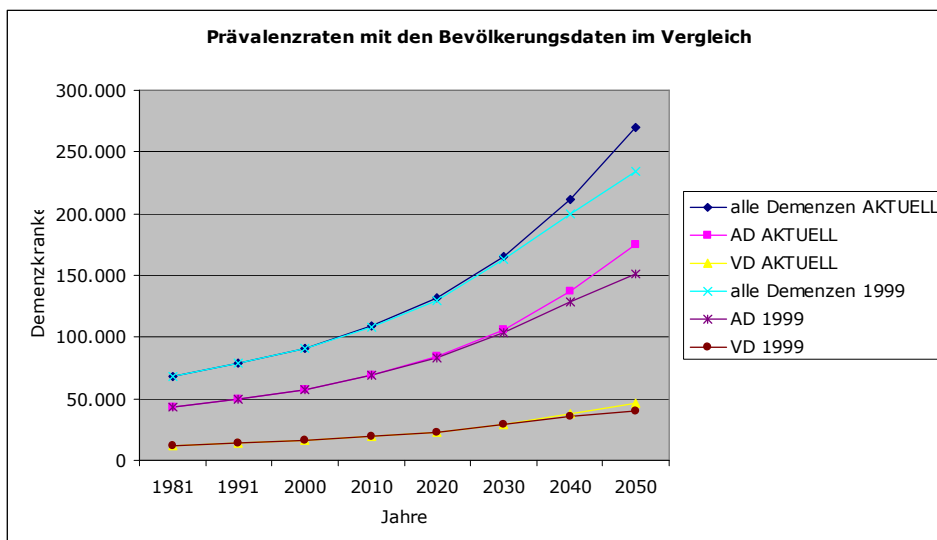


Abbildung 6 - Vergleich Prävalenz lt. Wancata et al. und aktuelle Hochrechnung (eigene Darstellung)

Zur Verifizierung dieser Daten wurde eine weitere Hochrechnung anhand der aktuellen Bevölkerungsprognose der Statistik Austria unter Zugrundelegung der europäischen Prävalenzraten der EURODEM (vgl. Kap. 2.1.1) durchgeführt. Auch hier zeigt sich, dass durch die aktuell prognostizierte Bevölkerungsentwicklung entgegen früherer Publikationen mit einer noch größeren Zunahme an Demenzerkrankten zu rechnen ist und hier sogar von über 290.000 Erkrankten im Jahr 2050 ausgegangen werden kann. Aufgrund des genaueren Zahlenmaterials wird in der Folge aber weitgehend jene Hochrechnung verwendet, welche auf den Publikationen von Wancata et al. beruht.

Tabelle 9 - Demenzerkrankte bis 2050 (eigene Hochrechnung nach EURODEM) ⁸³

Altersgruppe	Prävalenzrate lt. EURODEM	progn. Prävalenz Österreich		
		2008	2020	2050
30-59	0,1	3.624	3.692	3.500
60-64	1,0	4.425	5.660	5.784
65-69	1,4	6.658	6.414	7.863
70-74	4,1	12.333	16.802	20.697
75-79	5,7	15.750	20.639	28.293
80-84	13,0	28.401	33.653	63.390
85-89	21,6	26.935	30.591	80.256
90-94	32,2	10.463	21.354	58.711
95+	34,7	3.963	7.040	23.267
		112.554	145.845	291.760

Eine analoge Hochrechnung anhand der Publikation von Wancata et al. wurde auch im Bereich der Inzidenzraten vorgenommen. Den Bevölkerungsstand der Altersgruppe 60+ vom

Jahr 2007 sowie die aktuellen Prognosen herangezogen, ergeben sich bezüglich Neuerkrankungen folgende Zahlen:

Tabelle 10 - Demenzzinzidenz bis 2050 (eigene Hochrechnung)

Jahr	Bevölkerung 60+	% Inzidenz 60+	Inzidenz absolut 60+
1981	1.453.700	1,31	19.043
1991	1.564.700	1,41	22.062
2000	1.672.700	1,49	24.923
2010	1.939.208	1,54	29.864
2020	2.280.338	1,58	36.029
2030	2.807.443	1,61	45.200
2040	3.059.004	1,94	59.345
2050	3.256.074	2,29	74.564

Das Bild hat sich bezüglich Neuerkrankungen dahingehend geändert, dass anstatt der von Wancata et al. für das Jahr 2030 prognostizierten 42.000 jährlichen Neuerkrankungen nunmehr von 45.200 auszugehen ist, was einem Plus von circa 7,5 % entspricht. Für das Jahr 2050 ergibt sich diesbezüglich eine Differenz von 15.064 Neuerkrankungen.

2.4 Erkrankungsrisiko nach Geschlecht

Neben dem Alter als wesentlichstem Faktor scheint auch das Geschlecht Einfluss auf die Prävalenzraten zu haben. So waren in der EURODEM Studie in jüngeren Altersgruppen mehr Männer (z.B. 1,6 % Männer vs. 0,5 % Frauen zwischen 60 und 65 Jahren) betroffen, während das Verhältnis ab dem 75. Lebensjahr kippte und dann die Prävalenz bei den Frauen je nach Altersgruppe bis zu 5 % höher war.⁸⁴

Auch andere Autoren beobachteten, dass das Erkrankungsrisiko, ab dem 65. Lebensjahr an einer Form von Demenz zu erkranken, für Frauen höher ist als für Männer.^{85 86} Hebert et al. beschäftigten sich 2001 im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) mit der Frage, ob das Risiko einer Alzheimererkrankung für Frauen höher ist, als für Männer. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass sich das Erkrankungsrisiko von Männern und Frauen bezogen auf das jeweilige Lebensjahr nicht signifikant unterscheidet, während das Lebenszeitrisiko der Frauen mit 32 % deutlich über dem der Männer mit 18 % liegt. Begründet wird dies durch die höhere Lebenserwartung der Frauen⁸⁷ (dadurch sind in den Altersgruppen mit dem höchsten Erkrankungsrisiko mehr Frauen vertreten) sowie durch den Faktor, dass diese durchschnittlich länger mit der Krankheit leben.⁸⁸ Diese Begründung wird dadurch unterstrichen, dass sich die höheren Prävalenzdaten für Frauen nicht zwangsläufig in den Inzidenzdaten widerspiegeln.⁸⁹

2.5 Morbidität

Die Morbidität umschreibt die Erkrankungswahrscheinlichkeit des einzelnen, in Bezug auf die Gesamtbevölkerung. Zudem erlaubt sie Aussagen darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Person an Demenz erkrankt, wenn sie ein bestimmtes Lebensalter erreicht. Natürlich kann dieses Risiko nur geschätzt werden. Verwendet man hierzu Inzidenzraten der größeren Studien und Meta-Analysen, so ergibt sich, dass bis zu einem Alter von 70 Jahren etwa 2 % der Bevölkerung an einer Demenz erkranken würden. Bis zu einem Alter von 75 Jahren wären es schon 5 %. Darüber nimmt das Morbiditätsrisiko stark zu: mit 80 Jahren liegt der mittlere Erwartungswert bei 12 %, mit 85 Jahren bereits um die 30 % und mit 90 Jahren bei nahezu 50 %. Dehnt man die Schätzung bis zum Alter von 100 Jahren aus, so beläuft sich das Risiko je nach Studie auf rund 75 bis 90 %.⁹⁰

Basierend auf diesen Daten ist anzunehmen, dass alterungsbezogene Prozesse bei der Entstehung von Demenzen den ausschlaggebenden Faktor darstellen. Es kann daraus gefolgert werden, dass fast jeder eine Demenz entwickelt, wenn er nur ein hohes bzw. sehr hohes Lebensalter erreicht. Dieses Faktum untermauert die Annahme, dass, in Zusammenhang mit den in Kapitel 1 dargestellten demographischen Entwicklungen, mit zunehmender Lebenserwartung die Zahl der Demenzerkrankungen stark zunehmen wird.

2.6 Hospitalisierung

Ein interessanter Parameter zur Einschätzung der Belastungen durch Demenz ist die Hospitalisierung. Sehr häufig führt nicht die demenzielle Erkrankung selbst zu einem Spitalsaufenthalt, dieser wird durch Komorbiditäten oder mittelbare Folgen der Demenz (Stürze, Flüssigkeits-/Nahrungsmangel, etc.) ausgelöst. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass jene Fälle, die mit der Hauptdiagnose Demenz (F00 – F03) codiert wurden, nur einen Bruchteil der tatsächlich in Krankenanstalten behandelten Personen mit einer demenziellen Erkrankung umfassen. In den USA wurde nachgewiesen, dass Patienten mit Alzheimer-Demenz häufiger in Krankenanstalten eingewiesen werden, als vergleichbare Kontrollpersonen ohne Demenz.⁹¹ Daraus kann abgeleitet werden, dass Demente tendenziell häufiger in Krankenanstalten versorgt werden müssen, als Personen ohne Demenz und dadurch auch höhere Kosten im Spitalsbereich verursachen.

Im Jahr 2005 wurden in Österreich 9.654 Spitalsentlassungen mit der Hauptdiagnose Demenz erfasst. Davon waren rund zwei Drittel Frauen und nur rund ein Drittel Männer. 95 % der dokumentierten Spitalsentlassungen betrafen Personen über 65 Jahre, wobei insgesamt rund 2,5 % der Betroffenen in der Krankenanstalt verstarben. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 15 Tage.⁹²

2.7 Mortalität

Demenzielle Erkrankungen sind nicht heilbar und enden mit dem Tod des Erkrankten. Die Patienten sterben nicht unmittelbar an der demenziellen Erkrankung, sondern häufig an mittelbar oder unmittelbar durch die Krankheit verursachten Zuständen oder Folgeerkrankungen. Als unmittelbare Todesursachen werden häufig kardiovaskuläre Erkrankungen oder Infektionen dokumentiert^{93 94}, aber auch andere Ursachen, wie Sturzverletzungen, Mangelernährung etc. sind denkbar.

Die Mortalität Dementer ist im Vergleich zu Nicht-Dementen um das 2 bis 3-fache erhöht. Insbesondere bei zunehmendem Schweregrad der Erkrankung sowie dem Vorliegen von Komorbiditäten (wie Diabetes oder Herzinsuffizienz) bedeutet die Diagnose Demenz eine stark verkürzte verbleibende Lebenserwartung, wobei bei Frauen durchschnittlich eine längere Überlebenszeit beobachtet wurde, als bei Männern.⁹⁵ Die gesamte Krankheitsdauer ist stark unterschiedlich und kann in Einzelfällen mehr als 20 Jahre betragen⁹⁶, wobei die durchschnittliche Erkrankungsdauer in der Literatur mit rund 7 Jahren für Frauen und 5,5 Jahren für Männer angegeben wird.⁹⁷

Auch im höheren Lebensalter resultiert eine Demenz in einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Eine schwedische Longitudinalstudie von Demenzerkrankten im Alter von 85 Jahren zeigte, dass etwa die Hälfte der Frauen ohne Demenz das 92. Lebensjahr erreichten, während dies nur auf 10 % der an Demenz erkrankten Frauen zutraf. Zudem verkürzte Demenz die 50%ige Überlebenszeit um 3,7 Jahre für Frauen und 2,6 Jahre für Männer.

Eine englische Studie erhob, wo Personen mit demenziellen Erkrankungen verstorben sind. Es zeigte sich, dass der überwiegende Teil (mehr als 50 %) im Krankenhaus, gefolgt von Pflegeheimen verstarb, nur rund 15 % verstarben zu Hause. Im Zeitverlauf konnte eine Verlagerung der Todesfälle vom Krankenhaus zu Pflegeheimen beobachtet werden, was deren zunehmende Bedeutung unterstreicht.⁹⁸

2.8 Zusammenfassung

Die **Prävalenz** der Demenz beträgt in Österreich geschätzt **1,15 bis 1,27 Prozent**, was einer Gesamtzahl von rund **100.000 Erkrankten** entsprechen würde. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Prävalenz stark zu. Im Zuge der demographischen Alterung ist daher lt. Literatur, ausgehend von einem kontinuierlichen Anstieg der Prävalenzraten seit 1960 (annähernde Verdoppelung der Prävalenzraten), mit einem starken Anstieg der Zahl der Betroffenen auf rund **235.000 Erkrankte bis 2050** zu rechnen. **Eigene Hochrechnungen** anhand aktueller Bevölkerungszahlen prognostizieren für das Jahr **2050** schon rund **270.000 Erkrankte**.

EPIDEMIOLOGIE

Die Relation zwischen Erwerbsfähigen und Demenzerkrankten wird sich Prognosen zufolge von 56 : 1 im Jahr 2000 auf nur mehr 17 : 1 im Jahr 2050 verringern. Auch die **Inzidenz** der Demenz wird sich bis ins Jahr **2050** auf rund **60.000** verdoppeln. Aktuelle **Hochrechnungen** gehen hier sogar von rund **75.000 Neuerkrankungen im Jahr 2050** aus, während die Gesamteinwohnerzahl ebenfalls weiterhin steigt, wodurch anhand dieser Zahlen die Relation von Erwerbsfähigen und Demenzkranken auf 21 zu 1 im Jahr 2050 gegenüber früheren Publikationen leicht steigen würde.

Es sind in Summe **mehr Frauen als Männer betroffen**. In der Literatur wird dies primär auf das höhere Erkrankungsrisiko im fortgeschrittenen Lebensalter zurückgeführt, welches zusammen mit der höheren Lebenserwartung der Frauen dazu führt, dass gesamt betrachtet mehr Frauen erkrankt sind. Einige Quellen berichten zudem davon, dass in jüngeren Kohorten Männer stärker gefährdet sind, während dieses Verhältnis mit zunehmendem Alter kippt und in den älteren Kohorten das Erkrankungsrisiko für Frauen höher ist.

3 Versorgung

3.1 Risikofaktoren/Prävention

In der Literatur werden sowohl Risikofaktoren als auch Präventionsansätze sehr unterschiedlich beschrieben. Einige Punkte weisen dabei auch Inkonsistenzen auf. Grundsätzlich kann man nicht modifizierbare und modifizierbare Risikofaktoren unterscheiden.

Als stärkster nicht modifizierbarer Risikofaktor kann das **Alter** identifiziert werden. Je höher das Alter, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken. Vor allem für die Alzheimer-Demenz ist dem Alter das größte Risikopotential zuzuschreiben.^{99 100 101 102 103 104} Hier findet sich auch gehäuft ein **geschlechtsspezifischer Effekt**. Frauen erkranken demnach öfter als Männer,^{105 106} hingegen erkranken mehr Männer als Frauen an vaskulärer Demenz.¹⁰⁷ Den dritten Risikofaktor, bei dem eine Prävention nicht möglich ist, stellen **genetische Ursachen** dar. Jedoch kann nur eine kleine Anzahl von Demenzerkrankungen ausschließlich aufgrund von genetischen Faktoren erklärt werden (autosomal dominante Demenzen). Diese tragen allerdings speziell bei spät beginnenden Formen stark zum Erkrankungsrisiko bei. Vor allem die genetische Variante des Apolipoprotein-E-Gens trägt zu einer signifikanten Risikoerhöhung bzw. Risikosenkung bei.^{108 109} Als ein weiterer Risikofaktor konnte Trisomie 21 bzw. das Down-Syndrom eruiert werden.¹¹⁰ Es handelt sich dabei um eine spezielle Genommutation, bei der das 21. Chromosom verdreifacht ist. In der Regel sind die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt, wodurch es zu einer geistigen Behinderung kommen kann.

Der Prävention der Demenz wird für die Zukunft verstärkt Bedeutung zugemessen, da sich Versorgungsaufgaben ergeben werden, die mit vorhandenen Ressourcen nur schwer zu bewältigen bzw. zu managen sind. Kann durch Prävention das Auftreten einer Erkrankung verzögert werden, kann dies zur Folge haben, dass Erkrankungen nicht mehr oder erst in sehr hohem Alter ausbrechen. Es ist jedoch noch nicht genauer wissenschaftlich erforscht, wie lange das Auftreten einer Demenz durch präventive Ansätze verzögert werden kann bzw. wie viele Erkrankungen „erspart“ bleiben.¹¹¹

Als aussichtsreicher Präventionsansatz wird die regelmäßige Kontrolle von **kardiovaskulären Risikofaktoren** gesehen. Dabei stehen vor allem Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie und Hyperhomozysteinämie im Blickpunkt. In Langzeitstudien stieg das Risiko für Demenz bei unbehandelter Hypertonie um das 2- bis 5-fache und bei erhöhtem Cholesterinspiegel um das 2- bis 3-fache. Diabetes mellitus und Hyperhomozysteinämie verdoppeln das Demenzrisiko zudem. Hypertonie stellt vor allem für die vaskuläre Demenz einen Risikofaktor dar. Bei Hypertonie im mittleren Alter erhöht sich

VERSORGUNG

das Demenzrisiko sowohl für die vaskuläre als auch für die Alzheimer-Demenz. Einer antihypertensiven Therapie wird in der Literatur daher in dieser Altersgruppe eine präventive Wirkung gegen Demenz unterstellt. Die genauen Auswirkungen müssen aber noch in kontrollierten Interventionsstudien untersucht werden. Für die Risikofaktoren Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie und Hyperhomozysteinämie stellt eine ausgewogene Ernährung in Studien eine Chance auf Risikoverminderung dar. Die Aufnahme von ungesättigten Fettsäuren (z.B. durch den vermehrten Verzehr von Fisch), eine ausreichende Vitaminzufuhr bzw. eine kalorien- und fettarme Ernährung sind dabei zu erwähnen. Die erhöhten Blutparameter können außerdem mit Hilfe von Medikamenten (z.B. Statine) behandelt werden. Der genaue Zusammenhang der Mechanismen der verschiedenen Krankheiten konnte auch hier noch nicht genau eruiert werden, bei Behandlung der Risikofaktoren in Studien zeigen sich jedoch positive Veränderungen des Demenzrisikos. Bezüglich Ernährung stellte fallweise auch die vermehrte Aufnahme von Antioxidantien eine präventive Maßnahme dar. Vor allem die Aufnahme von Vitamin C und E als Radikalfänger kann positiv gesehen werden, auch wenn es Studien gibt, die keine positive Wirkung nachweisen.^{112 113 114 115}

Als **soziodemographischer Faktor**, der dem Demenzrisiko lt. Literatur zugeordnet werden kann, ist die Schulbildung zu erwähnen. Grundsätzlich haben weniger gut Gebildete ein höheres Risiko an Demenz zu erkranken als besser Gebildete. In diesem Zusammenhang steht auch das Risikopotential des beruflichen Werdegangs. Hat man einen Beruf, in dem vor allem körperliche Arbeit im Vordergrund steht, ist das Risiko an Demenz zu erkranken größer als bei Personen, die einen Beruf ausüben, in dem hauptsächlich geistig gearbeitet wird. Geistig aktiv zu sein, stellt demnach eine Möglichkeit dar, der Demenz präventiv entgegenzuwirken. Die genauen Gründe sind aber auch hier unklar.^{116 117 118 119}

Als weiterer Risikofaktor wurde in einer Studie das **soziale Networking** identifiziert. Fehlt oder erlebt man ein soziales Netzwerk als unbefriedigend, erhöht sich das Demenzrisiko um 60 %. Für Determinanten wie „Single sein“ oder „alleine leben“ ergab sich ein doppelt so hohes Demenzrisiko. Das Risiko wächst grundsätzlich mit der Abnahme von sozialen Kontakten.¹²⁰

Bei anderen Faktoren kann ebenfalls keine gesicherte Für- oder Wider-Position eingenommen werden, da Studien unterschiedliche Ergebnisse zeigen. Erstens wird **Alkohol** in manchen Studien bei mäßigem Genuss eine präventive Wirkung zugesprochen, wobei die Menge und Art nicht genauer spezifiziert wurde. Im Gegensatz dazu haben aber starke Trinker mit einem ansteigenden Risiko zu rechnen. Auch beim **Rauchen** widersprechen sich Studien. Einerseits wird bei mäßigem Rauchen ein geringeres Risiko nachgewiesen, andererseits wird keine Wirkung beobachtet. Zu beachten sind auf jeden Fall aber Nachfolgeerkrankungen, die aufgrund von Alkohol- und Nikotinkonsum entstehen. Es müsste dabei auch auf jeden Fall eine Risikoabwägung erfolgen.^{121 122}

VERSORGUNG

Auch die **Hormonsubstitution** wird konträr diskutiert. Einerseits wurde in Prospektivstudien eine präventive Wirkung entdeckt, die jedoch mit Ergebnissen aus jüngeren Untersuchungen nicht bestätigt werden konnte. Ein weiteres Problem bei der Prävention mit Hormonsubstitution sind die gravierenden Nebenwirkungen (erhöhtes Krebsrisiko), wodurch diese Variante obsolet geworden ist.^{123 124 125 126}

Ein weiterer medikamentöser Faktor bei der Demenzprävention ist die Einnahme von nicht-steroidalen Antiphlogistika. Diesen wird vor allem für die Alzheimer-Demenz eine präventive Wirkung zugeschrieben, für die vaskuläre Demenz konnte hingegen bislang keine derartige Wirkung festgestellt werden. Auch ist nicht klar, über welchen Zeitraum diese eingenommen werden sollen und wie hoch die Dosierung sein soll.^{127 128 129}

Als Risikofaktor für Alzheimer-Demenz wird auch das Schädel-Hirn-Trauma genannt, wobei die Ergebnisse widersprüchlich sind. In retrospektiven Studien konnte ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden, wogegen bei prospektiven Studien keiner nachgewiesen wurde.^{130 131}

Eine Vorerkrankung, die ebenfalls zu einer Erhöhung des Demenzrisikos beiträgt, ist die Depression. Auch begünstigt ein Schlaganfall das Risiko, an vaskulärer Demenz zu erkranken.¹³²

Abschließend sollen noch Präventionsansätze erwähnt werden, die nur in wenigen Studien untersucht wurden. Demnach kann regelmäßiger Kaffeekonsum mit einem signifikant geringeren Risiko bezüglich der Entwicklung von Alzheimer-Demenz in Verbindung gebracht werden. Diese wurde in einer 20-jährigen retrospektiven und einer 5-jährigen prospektiven Untersuchung dargestellt. Auch die aktive bzw. passive Immunisierung mit Beta-Amyloid wird als Möglichkeit für die Zukunft gesehen. Derzeit sind Nebenwirkungen aufgrund der Unverträglichkeit der Immunisierung das Problem. Es konnte dem Beta-Amyloid jedoch eine präventive Wirkung nachgewiesen werden.^{133 134}

Grundsätzlich empfehlen sich präventive Maßnahmen im Jugendalter und im Alter zwischen 60 und 80 Jahren. Vor allem der Erziehung im Vorschulalter kommt zunehmende Bedeutung für die Hirnreifung als Prävention gegen Demenz im späteren Lebensalter zu.¹³⁵

3.1.1 Zusammenfassung

Das **Alter** stellt den stärksten Risikofaktor bei einer Demenzerkrankung dar. Außerdem erhöhen **kardiovaskuläre Erkrankungen** das Risiko für die Entwicklung einer Demenz.

Daher sollten auch in diesem Bereich präventive Maßnahmen gesetzt werden. Als soziodemographische Faktoren ist die **Schulbildung** und in Folge die **Art der Berufsausübung** – geistig oder manuell – von Bedeutung. Geistige und körperliche Aktivität stellen eine entscheidende Präventionsmaßnahme dar. Generell muss gesagt werden, dass für präventive Ansätze im Bereich der Demenz bislang nur mäßige Evidenz vorliegt.

3.2 Medizin

3.2.1 Diagnostik – Screeningverfahren, Tests

Für die Früherkennung und Diagnostik stehen dem Mediziner eine Vielzahl von Verfahren, Tests, Skalen und dergleichen zur Verfügung. Vor allem der Früherkennung bzw. Frühdiagnose sollte verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden, sodass durch geeignete Interventionen das Auftreten von schweren Symptomen und in der Folge eventuell eine Institutionalisierung hinausgezögert werden kann. Therapeutische Maßnahmen können wahrscheinlich den Krankheitsverlauf umso schlechter beeinflussen, je später sie begonnen werden.^{136 137} Mit Verdachtsmomenten einer Demenzerkrankung muss möglichst behutsam und sensibel umgegangen und Angst auslösende Begriffe sollen vermieden werden, da trotz eines positiven Screening-Tests die Diagnose nicht als gesichert betrachtet werden kann.

Die Diagnosekriterien nach ICD-10 stellen sich wie folgt dar:

- Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses sowie des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, anderer höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie, Apraxie oder Agnosie oder Persönlichkeitsveränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens führen
- Fehlen einer Bewusstseinsstrübung
- Verminderung der Affektkontrolle sowie eine Störung des Antriebs- oder des Sozialverhaltens
- Dauer von mehr als 6 Monaten¹³⁸

Im Folgenden werden nun die Schritte der Diagnostik sowie die zu den einzelnen Schritten dazugehörigen Verfahren bzw. Tests genauer betrachtet. Bei den Verfahren und Tests werden die gängigsten dargestellt. Im Anhang 1 befindet sich eine Übersicht zu Screeningverfahren, Testbatterien, Beurteilungsskalen und Funktionstests zur Demenzdiagnose, die allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Nach dem ÖGAM-Konsensuspapier sollte die Basisdiagnostik aus neurologischer und psychiatrischer Sicht folgendes umfassen: neurologische, psychiatrische und internistische

VERSORGUNG

Untersuchungen, Fremdanamnese, Mini-Mental State Examination (MMSE), Labordiagnostik, kraniale CT und EKG. Des Weiteren können spezielle diagnostische Maßnahmen wie etwa Ultraschalldiagnostik der das Gehirn versorgenden Gefäße, MRT, Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) sowie evtl. Fluorodeoxyglucose-Positron Emission Tomography (FDG-PET) angewendet werden.¹³⁹

Die folgende Abbildung stellt einen Grobaufbau für die Demenzfrüherkennung und somit die Basis für die Demenzdiagnostik dar.

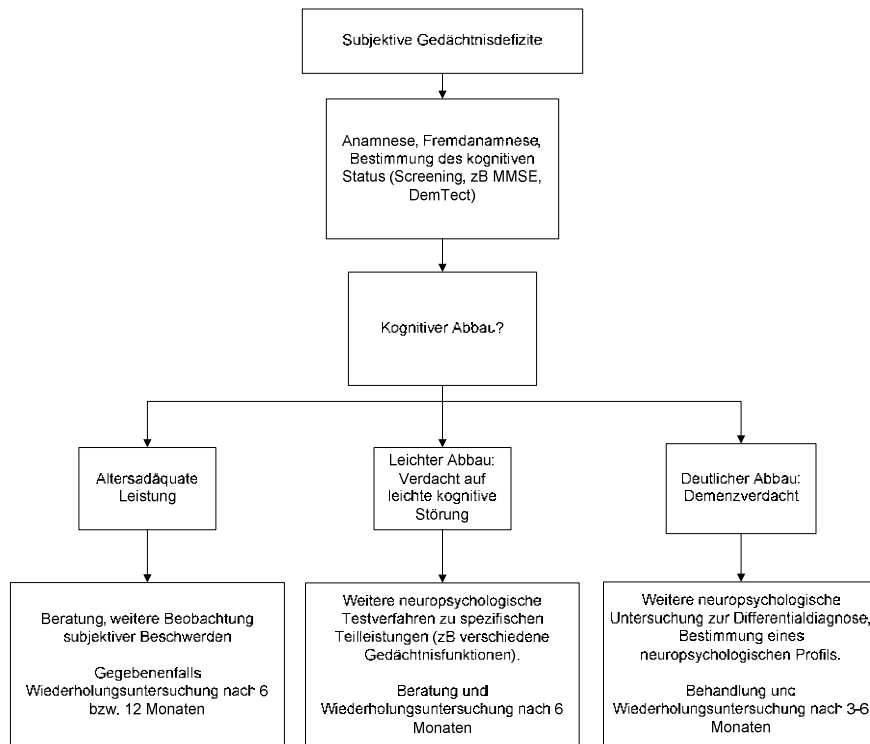


Abbildung 7 - Grob-Aufbau der Demenzfrüherkennung¹⁴⁰

Wie aus Abbildung 1 erkennbar, stellt die Bestimmung des kognitiven Abbaus eine wichtige Rolle in der Erkennung bzw. Diagnose von Demenz dar. Aus diesem Grund gibt es auch sehr viele unterschiedliche Verfahren, Tests und Skalen. Einige Testverfahren, die in der allgemeinmedizinischen Praxis zur Anwendung kommen, werden hier kurz angeführt. Die Beschreibung zu diesen Tests befindet sich im Anhang 1.

Der Test mit der bisher besten Evidenz ist die „Mini-Mental State Examination“ (MMSE), welche allerdings eher für eine Verlaufsdokumentation und für eine Stadieneinteilung bereits bekannter Demenzerkrankungen geeignet ist, als für eine Früherkennung. Er erhebt die kognitiven Beeinträchtigungen. Der „Functional Activities Questionnaire“ (FAQ) erfasst die alltagsrelevanten Defizite durch die Demenz. Der modernste Test im deutschen Sprachraum ist der „Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung“ (TFDD), der speziell für die hausärztliche Praxis konzipiert wurde. Ein bereits fixer Bestandteil der Demenzdiagnostik stellt der „Uhrentest“ dar. Dessen qualitative Beurteilung kann leicht und

VERSORGUNG

schnell vom Allgemeinmediziner erfolgen. Durch den „Zehn-Wort-Test mit Einspeicherhilfe“ kann die Gedächtnisleistung von Patienten ebenfalls schnell erfasst werden. Der Fragebogen „Mac-Q“ erhebt Gedächtnisstörungen weitgehend unabhängig von Depressionen und kann vom Patienten oder einem Angehörigen selbständig ausgefüllt werden. Der „Mini-Cog“ eignet sich zur Demenzfrüherkennung. Seine Aussagekraft wird durch kulturelle, sprachliche und bildungsrelevante Unterschiede nicht beeinträchtigt. Eine deutschsprachige Adaption des „Mini-Cog“ stellt der „Drei-Wörter Uhren-Test“ dar, der als Schnelltest für die hausärztliche Praxis konzipiert wurde.¹⁴¹

Die Gütekriterien dieser Tests sind Validität, Reliabilität, Objektivität und Normen. Diese Kriterien müssen bei der Auswahl des Tests eine wichtige Rolle spielen.¹⁴² Zu beachten ist nach der Auswahl eines Verfahrens, dass eine Anpassung des Schwierigkeitsgrades des Tests vorgenommen werden muss, um eine Überforderung bzw. Frustration bei leistungsschwachen Patienten zu vermeiden.¹⁴³

Ergab der Screeningtest einen Verdacht auf das demenzielle Syndrom, muss nach der Diagnosesicherung in einem Folgeschritt die Ursache ermittelt werden. Dabei muss zuerst eine körperliche Untersuchung durchgeführt werden. Der Patient muss auf internistische Risikofaktoren wie etwa Hypertonie, Diabetes, oder Hypercholesterinämie untersucht werden. Des Weiteren sollten laborchemische Parameter erhoben werden. Obligat ist auch die Durchführung eines Elektrokardiogramms und eines Thoraxröntgens.¹⁴⁴

3.2.2 Diagnostik – Bildgebende Verfahren

Eine wichtige Rolle kommt dann den bildgebenden Verfahren, wie der Computer- (CT) bzw. Magnetresonanztomographie (MRT) zu, um eine eindeutige Diagnose zu stellen.^{145 146}

Grundsätzlich müssen die bildgebenden Verfahren in funktionell bildgebende (SPECT = Singlephotonenemissionstomographie, PET = Positronenemissionstomographie, fMRT = funktionelle Magnetresonanztomographie) und strukturell bildgebende (CT, MRT) Verfahren unterschieden werden. Die strukturellen Verfahren stellen den Aufbau des Gehirns dar, während die funktionellen Verfahren aufgrund verschiedener Parameter Rückschlüsse auf die Hirnaktivität geben. Diesen Verfahren kommt auch eine wichtige Rolle bei der Abklärung hinsichtlich anderer Ursachen für die kognitiven Symptome zu. Funktionelle Verfahren haben den Vorteil, dass sich Stoffwechselfopathologien schon im Frühstadium darstellen lassen. Aus diesem Grund haben sie in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Als wichtigste Parameter gelten der allgemeine Glukosestoffwechsel, der zerebrale Blutfluss und die Messung der Acetylcholinesteraseaktivität.¹⁴⁷

Das CT stellt die weitverbreitetste und günstigste Methode dar. Jedoch hat das CT im Vergleich zum MRT einige Nachteile. Das MRT besticht z.B. durch die fehlende Strahlenbelastung. Als negativen Punkt beim MRT ist das fallweise Auftreten von

VERSORGUNG

Angstzuständen bei den Patienten anzuführen (hervorgerufen durch das lange Stilliegen, ungewohnte Geräusche etc.). Die funktionellen Verfahren sind sensitiver, wodurch sie auch teurer und deshalb weniger verfügbar sind. Die „Methode der Wahl“ stellt dabei die SPECT dar, auch wenn sie nur in großen Kliniken verfügbar ist und routinemäßig verwendet wird.

Fälle, in denen jedenfalls ein CT oder MRT gemacht werden soll, definierten Foster et al.:

- Bei akutem Krankheitsbeginn
- Bei kurzer Anamnese (weniger als 12 Monate)
- Bei mäßiger und leichter Demenz (MMSE > 15)
- Bei untypischem Verlauf (z.B. sehr schnelle Progression)
- Bei Auftreten von (fokalen) neurologischen Symptomen (z.B. Halbseitenbefunde, Aphasie, Apraxie, Papillenunschärfe, Kopfschmerz, Krampfanfälle)
- Bei Gangataxie und/oder Inkontinenz bereits in frühen Demenzstadien
- Nach einem Schädel-Hirn-Trauma (auch „banal“) in den letzten Wochen vor Beginn der Symptome und
- Bei anamnestisch zerebrovaskulärem Insult.¹⁴⁸

Als fakultative Methode ist die Erstellung des Elektroenzephalogramms (EEG) zu sehen, da es in Leitlinien unterschiedlich empfohlen wird. Sie soll vor allem dazu dienen, zerebrale Ausfälle und Enzephaliten zu erkennen. Auch die SPECT (Sensitivität 71-89 % - Spezifität 76-91 %¹⁴⁹) und PET (Sensitivität 84-86 % - Spezifität 86-93 %¹⁵⁰) sind als fakultative Methoden anzusehen, da sie klassische bildgebende Verfahren nicht wesentlich in ihrer Sensitivität und Spezifität übertreffen. Bei Verdacht auf eine vaskuläre Demenz kann außerdem eine Dopplersonographie der hirnversorgenden Gefäße erwogen werden. Die Sonographie wird aber nur sehr selten durchgeführt. Als weitere fakultative Untersuchung wird in machen Quellen eine Liquoruntersuchung empfohlen.^{151 152 153}

3.2.3 Medikamentöse Behandlung - Antidementiva

Die medikamentöse Behandlung der Demenz stellt sich komplex dar, wobei die unterschiedlichen Demenzstadien und Begleitsyndrome die Gründe für verschiedene therapeutische Ansätze sind. Prinzipiell unterscheidet man die Behandlung von kognitiven und nicht-kognitiven Symptomen. Erstere versucht die vorhandenen kognitiven Fähigkeiten zu erhalten, mit dem Ziel, das Voranschreiten der Erkrankung zu verzögern.¹⁵⁴ Die nachfolgende Übersicht wichtiger Substanzklassen (sogenannter Antidementiva) konnte dem Konsensusstatement der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

VERSORGUNG

entnommen werden und soll einen Überblick über die Medikation bei dementiellen Erkrankungen geben:

Tabelle 11 - Antidementiva - Übersicht¹⁵⁵

Spezifische Pharmaka (antidementive Therapie)	Indikation
Acetylcholinesterasehemmer:	
Donepezil (5–10mg)* (Aricept®)	* AD, vaskuläre Demenz
Rivastigmin (9–12mg)** (Exelon®)	** Lewy-Body-Demenz
Galantamin (16–24mg)*** (Reminyl®)	*** vaskuläre Demenz
Glutamatantagonist:	
Memantin (20mg) (Ebixa®, Axura®)	mittelschwere bis schwere AD und vaskuläre Demenz

Bei Demenz werden abhängig von Stadium und Verträglichkeit Acetylcholinesterase-Hemmer und/ oder Glutamatantagonisten (Memantin) gegeben. Auch Pflanzenextrakte wie Ginkgo-Extrakt EGb 761 werden zur Verbesserung der Mikrozirkulation eingesetzt, wobei deren Wirkung umstritten ist.¹⁵⁶ Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf eine vertiefte Darstellung dieser Wirkstoffe verzichtet.

Zur Behandlung nicht-kognitiver Symptome, wie Wahn, Unruhe, Ängste, Depressionen Aggressionen usw., sind medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien sinnvoll. Zum Einsatz kommen Substanzen der Gruppe Neuroleptika, Benzodiazepine, Antidepressiva, Antipsychotika und Schlafmittel.^{157 158} Aufgrund der Komplexität der medikamentösen Therapie wird auf diverse Leitlinien verwiesen, die dieses Thema in umfassender und evidenzbasierter Form erarbeitet haben (siehe Kapitel 3.3).

3.2.4 Zusammenfassung

Da Vergesslichkeit bei älteren Menschen ein häufiges Symptom mit den verschiedensten Ursachen ist, kommt der **Früherkennung und der Diagnose einer Demenzerkrankung** eine **besondere Bedeutung** zu. Dabei spielt der **Hausarzt eine der wichtigsten Rollen**. Im Hinblick auf zeitliche und ökonomische Ressourcen unterstützen Leitlinien und Patientenpfade die Mediziner bei einer raschen Diagnostik und Differentialdiagnostik und in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

3.3 Leitlinien, Richtlinien, Konsensuspapiere

Demenzerkrankungen sind in zahlreichen Staaten Gegenstand von Leitlinien, Richtlinien und/oder Konsensuspapieren. Dies unterstreicht die Bedeutung, die dieser Erkrankung auf internationaler Ebene zugewiesen wird. Viele der aktuellen Leitlinien wurden innerhalb der

letzten 5 Jahre erstellt bzw. publiziert, was einerseits auf eine rasche (medizinische) Entwicklung und andererseits auf die zunehmende Bedeutung der Erkrankung hinweist. Aufgrund der auf europäischer und internationaler Ebene unterschiedlichen Verwendung der Termini wird in der Folge zwischen Leitlinien, Richtlinien, Konsensuspapieren und Clearingberichten unterschieden. Der folgende Überblick erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da zahlreiche Publikationen nur auf nationaler Ebene verfügbar sind bzw. aufgrund von Innovationen stetig neue Papiere publiziert werden. Zudem wurde eine Einschränkung auf online verfügbare Leitlinien getroffen. Die Darstellung ist chronologisch.

3.3.1 Internationale Leitlinien (Auszug)

American Academy of Family Physicians:

- Current Pharmacologic Treatment of Dementia (2008)¹⁵⁹
- Pharmacologic Treatment of Alzheimer's Disease (2003)¹⁶⁰

California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management:

- Guideline for Alzheimer's Disease Management (2008)¹⁶¹

American Academy of Neurology:

- Diagnosis of Dementia (2001/2004)¹⁶²
- Early Detection of Dementia and Mild Cognitive Impairment (2001/2003)¹⁶³
- Management of Dementia (2001/2003)¹⁶⁴

Department of Neurology Ottawa:

- A Guideline for the Treatment of Dementia in Japan (2004)¹⁶⁵

Registered Nurses Association of Ontario:

- Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression (2004)¹⁶⁶

Royal Australian College of Family Practitioners/NSW Department of Health:

- Care of Patients with Dementia in General Practice (2003)¹⁶⁷

US Preventive Services Task Force:

- Screening for Dementia (2003)¹⁶⁸

New Zealand Guidelines Group:

- Guidelines for the Support and Management of People with Dementia (1997)¹⁶⁹

3.3.2 Europäische Leitlinien (Auszug)

National Collaborating Centre for Mental Health (Großbritannien):

- Guideline Dementia (2007)¹⁷⁰

National Institute for Health and Clinical Excellence (Großbritannien):

VERSORGUNG

- Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (2006/2007)¹⁷¹

Scottish Intercollegiate Guidelines Network:

- Management of patients with dementia (2006)¹⁷²

Universität Witten/Herdecke (Deutschland):

- Leitlinie Diagnose, Therapie und Versorgung bei Demenz (2005)¹⁷³

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN):

- Neurodegenerative Demenzen (2005)¹⁷⁴
- Vaskuläre Demenz (2002)¹⁷⁵
- Diagnostik degenerativer Demenzen¹⁷⁶

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft:

- Therapieempfehlung Demenz (2004)¹⁷⁷

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN):

- Behandlungsleitlinie Demenz (2000)¹⁷⁸

3.3.3 Internationale Konsensuspapiere

Canadian Medical Association:

- Diagnosis and treatment of dementia (2008)^{179 180}
- Management of Dementing Disorders (1999)¹⁸¹
- Dementia: A physician's guide to using the recommendations (1999)¹⁸²

3.3.4 Europäische Konsensuspapiere

Alzheimer Forum (Schweiz):

- Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz (2008)¹⁸³

3.3.5 Österreichische Konsensuspapiere

Österreichische Alzheimergesellschaft und Österreichische Parkinson Gesellschaft:

- Lewy-Körper-Demenz und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung von Alzheimer'scher Erkrankung (2007)¹⁸⁴

Österreichische Alzheimergesellschaft:

- Konsensusstatement „Demenz“ (Update 2006)¹⁸⁵

Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie:

- Konsensus-Statement zur medikamentösen Therapie der Alzheimer-Demenz (2006)¹⁸⁶

Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin:

- Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis. Konsensus Statement (2004 – Update geplant)¹⁸⁷

3.3.6 Clearingberichte

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Deutschland):

- Leitlinien Clearingbericht „Demenz“ (2005)¹⁸⁸

3.3.7 Patienten-/Angehörigenleitlinien

Universität Witten/Herdecke (Deutschland):

- Demenzkrankheit. Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende (2005)¹⁸⁹

Techniker Krankenkasse (Deutschland):

- Demenz. Patientenleitlinie (2002)¹⁹⁰

3.3.8 Gegenüberstellung

Aus der Fülle der Leitlinien ist ersichtlich, dass das Thema Demenz sowohl international, als auch im europäischen Raum sehr präsent ist.

Um einen Überblick über die Zielgruppen und Inhalte der einzelnen Leitlinien und Konsensuspapiere zu geben, werden in der Folge jene Papiere, die zwischen 2005 und 2008 publiziert wurden (Anspruch der Aktualität), nochmals rasterförmig gegenübergestellt. Zu den Literaturquellen der einzelnen Leitlinien siehe oben.

VERSORGUNG

Herausgeber	Titel	Jahr	Zielgruppe				Inhalte				
			Ärzte	Pflege	Pat./Angeh.	Sonst.	Früherk./Screening	Diagn.	Therapie medik.	Therapie sonst.	Sonst.
American Academy of Family Physicians	Current Pharmacologic Treatment of Dementia	2008	x						x		
California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management	Guideline for Alzheimer's Disease Management	2008	x	(x)		(x)			x	x	x
Canadian Medical Association	Diagnosis and treatment of dementia	2008	x						x		
Alzheimer Forum Schweiz	Konsensus zur Diagnostik und Behandlung von Demenzkranken in der Schweiz	2008	x						x	x	x
National Collaborating Centre for Mental Health	Guideline Dementia	2007	x	x	x	(x)	x	x	x	x	x
National Institute for Health and Clinical Excellence	Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease	2006/2007	x							x	
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Management of patients with dementia	2006	x						x	x	x
Österreichische Alzheimergesellschaft, Österreichische Parkinson Gesellschaft	Lewy-Körper-Demenz und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung von Alzheimer'scher Erkrankung	2007	x						x	x	(x)
Österreichische Alzheimergesellschaft	Konsensusstatement „Demenz“	2006 (Update)	x	x		x			x	x	x
Österr. Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie	Konsensus-Statement zur medikamentösen Therapie der Alzheimer-Demenz	2006	x							x	
Universität Witten/Herdecke	Leitlinie Diagnose, Therapie und Versorgung bei Demenz	2005	x	x		(x)	x	x	x	x	x
Universität Witten/Herdecke	Demenzkrankheit. Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende	2005				x	x	x	x	x	x
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Neurodegenerative Demenzen	2005	x							x	x

VERSORGUNG

Aus dieser Übersicht ist klar zu erkennen, dass sich der überwiegende Teil der Leitlinien primär an Ärzte richtet. Nur wenige Leitlinien schließen anderes medizinisches Fachpersonal (zumeist Pflegepersonen oder Sozialarbeiter) explizit in die Zielsetzung ein. Lediglich eine der aktuellen Leitlinien ist ausschließlich an Patienten und Angehörige gerichtet, ebenso schließt nur eine Leitlinie Patienten und Angehörige in die Zielgruppe mit ein. Hier kann ein klares Defizit an Information für Betroffene und (pflegende) Angehörige identifiziert werden. Mitunter mag der Mangel an sogenannten „Patientenleitlinien“ aber auch darauf zurückzuführen sein, dass der Terminus „Leitlinie“ in diesem Zusammenhang nicht immer verwendet wird, sondern häufig auch von „Ratgebern“, „Handbüchern“ und ähnlichem gesprochen wird.

Nur wenige der aktuellen Leitlinien schließen auch die Früherkennung der Demenz bzw. ein etwaiges Demenzscreening mit ein. Hingegen stellt die Diagnostik in zwei Dritteln der untersuchten Leitlinien ein Thema dar. Auffallend ist insbesondere, dass die medikamentöse Therapie in allen dargestellten Leitlinien behandelt wird und so deutlich als eines der wesentlichsten Themen für Leitlinien hervorgehoben wird. Aufgrund der Tatsache, dass sich fast ein Drittel der Leitlinien explizit auf die pharmakologische Therapie beschränken, findet sich die nicht-medikamentöse Therapie nur im verbleibenden Rest der Papiere. Es ist allerdings hervorzuheben, dass diese Form der Therapie in allen allgemeinen Leitlinien behandelt wird und somit zunehmend einen annähernd ebenbürtigen Stellenwert einnimmt. Sonstige Themen, welche in rund der Hälfte der Papiere vorkommen, beschäftigen sich insbesondere mit spezifischen Themenstellungen, wie Unterbringung, Fähigkeit zum Autofahren oder Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie.

Es konnten lediglich zwei österreichische Konsensuspapiere identifiziert werden, welche sich an medizinisches Fachpersonal richten, jedoch keine Leitlinie, welche an Patienten und/oder Angehörige bzw. Pflege- und Sozialberufe gerichtet ist. Dies folgt zwar jener Wertigkeit, welche auch international zu beobachten ist, vor dem Hintergrund, dass, unter anderem in einer aktuellen Studie des Forschungszentrums des Wiener Roten Kreuzes, von Mitarbeitern der Gesundheits- und Sozialdienste ein Bedarf an zusätzlicher Unterstützung durch Richtlinien identifiziert wurde¹⁹¹ (in diesem Zusammenhang in Bezug auf den Umgang mit Gewalt) ist hier allerdings ein Informationsdefizit gegeben. Auch im Bereich der Patienten und Angehörigen zeigen nationale Erhebungen, dass ein großer Bedarf nach Information und Unterstützung gegeben ist.¹⁹²

3.3.9 Zusammenfassung

Auf **internationaler Ebene** liegen **zahlreiche Leitlinien** im Bereich Demenz vor. Es finden sich zunehmend Papiere, welche nicht nur an Mediziner, sondern auch an andere im Behandlungsprozess beteiligte Gesundheitsdienstleister, sowie auch an Angehörige gerichtet sind. Zudem decken viele der in den letzten Jahren publizierten Papiere mehrere Bereiche der Versorgungskette (Früherkennung, Diagnostik, Therapie etc.) ab. Aus der

Tatsache, dass 2008 mehrere neue Leitlinien publiziert wurden, lässt sich die **Aktualität des Themas** erkennen.

Die aktuellsten, in **Österreich** verfügbaren, **Konsensuspapiere** stammen aus dem **Jahr 2006**, was eine Aktualisierung in den nächsten Jahren wahrscheinlich macht. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen im Bereich der medikamentösen Therapie sowie sonstiger Innovationen. Von Seiten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin ist ein Update der 2004 publizierten Leitlinie geplant, welches noch im Jahr 2008 erscheinen soll.

Wünschenswert wäre auch für Österreich die koordinierte Erstellung einer oder mehrerer Leitlinien, welche in Summe die **Bedürfnisse aller involvierten Personen/Gruppen abdecken** (Ärzte, Pflegekräfte, sonst. Fachpersonal, Erkrankte, Angehörige). Aktuelle Beispiele für die erfolgreiche Umsetzung solcher Leitlinien sind jene des National Collaborating Centre for Mental Health in Großbritannien bzw. der Universität Witten/Herdecke in Deutschland.

3.4 Unterstützungsangebote

3.4.1 Niedergelassener Bereich

3.4.1.1 Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Allgemeinmediziner nehmen in der Behandlung älterer Menschen als so genannte Hausärzte eine zentrale Rolle ein. Dabei kommt ihnen in der Früherkennung von degenerativen Hirnleistungsstörungen eine Schlüsselfunktion zu. Einerseits können ihnen die dafür sprechenden Symptome bei einer Konsultation auffallen, andererseits können Veränderungen von Angehörigen oder Bezugspersonen berichtet werden. Wesentlich ist die Abklärung der Ursache von kognitiven Defiziten, welche sowohl Begleitsymptome neurologischer, psychiatrischer oder internistischer Erkrankungen, als auch Primärsymptome von Demenzen sein können. Um die Demenz-Früherkennung in der Allgemeinmedizinischen Praxis zu fördern und in Folge eine frühzeitige Therapie für die Betroffenen zu ermöglichen, wurde ein Konsensus Statement unter der Ägide der ÖGAM in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Alzheimer Liga, der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft, der Alzheimer Angehörigen Austria und dem Verein Altern mit Zukunft entwickelt.¹⁹³ Dieser Leitfaden wird derzeit überarbeitet und aktualisiert.

Die Empfehlungen des Konsensuspapieres zielen darauf ab, bei niedergelassenen Allgemeinmediziner eine verstärkte Wachsamkeit auf mögliche kognitive oder funktionelle Beeinträchtigungen ihrer älteren Patienten zu erreichen.

VERSORGUNG

Bei Verdacht einer Demenzerkrankung sollte der Allgemeinmediziner gezielt die notwendige Abklärung einleiten und die weitere fachärztliche Untersuchung koordinieren. Nach einer differentialdiagnostischen Abklärung durch den Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie kann die Therapie eingeleitet werden. Die Verordnung der medikamentösen antidementiven Therapie ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden: die Erstverordnung und etwaige Änderung der Therapie obliegen dem Facharzt, es muss ein bestimmtes Ergebnis des MMSE-Tests vorliegen, alle 6 Monate muss eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch den Facharzt durchgeführt werden, es muss eine Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance für den Patienten vorhanden sein und bei einem Nichtansprechen auf die Therapie ist diese abzusetzen.¹⁹⁴ Betrachtet man das gegenwärtige Verschreibungsgebaren, so wurden 2007 bei der WGKK rund 56 % der abgerechneten Verordnungen von Antidementiva von niedergelassenen Allgemeinmediziner getätigt, während Fachärzte für Neurologie bzw. Psychiatrie jeweils rund 14 bzw. 8 % der Verordnungen vornehmen, die restlichen Verordnungen entfallen auf sonstige Vertragspartner (u.a. Kontrollärzte in den Bezirksstellen).¹⁹⁵

Die Basistherapie der Demenz als auch die Betreuung der Betroffenen bei eventuell bestehender Multimorbidität erfolgen durch den Hausarzt.

3.4.1.2 Memory Kliniken

Die Diagnostik und Differentialdiagnostik von kognitiven Hirnleistungsstörungen ist sehr zeitaufwändig, da auch Angehörige in den anamnestischen Prozess einbezogen werden müssen. Auf Grund dieses speziellen Versorgungsbedarfes wurden Spezialambulanzen für Personen mit Gedächtnisstörungen und Demenzkranke etabliert. Sie sind unter den Namen „Memory Klinik“, „Gedächtnissprechstunden“, „Gedächtnisambulanz“ oder „Gedächtniszentrum“ bekannt.

Dabei sind die Angebote und die personelle Ausstattung dieser Zentren national und international sehr verschieden. Zumeist sind es an Spitälern angegliederte ambulante Einrichtungen, welche Diagnostik, medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie (wie z.B. Hirnleistungstraining, Realitätsorientierungstraining, etc.), Management, psychosoziales Service, Schulungsangebote für Angehörige und Forschungsaktivitäten anbieten. Derzeit gibt es in Österreich ca. 20 derartige multidisziplinäre Serviceeinrichtungen.^{196 197}

Das verzögerte Erkennen von Demenzerkrankungen hängt auch mit dem Grad der Stigmatisierung zusammen.¹⁹⁸ Die Ursachen liegen darin, dass die Demenz eine fortschreitende und den Allgemeinzustand verschlechternde Erkrankung ist, die derzeit nicht heilbar ist. Die Diagnose ist daher sehr angstbehaftet. Gerade Patienten mit einer Demenz im Anfangsstadium haben ihre kognitiven Einbußen häufig sehr klar vor Augen. Sie können die bevorstehenden Probleme und Schwierigkeiten erkennen und entwickeln oftmals

depressive Symptome, die bis hin zur Suizidalität reichen können. Neben dem Ziel eines bestmöglichen Betreuungsangebotes für Demenzkranke tragen Memory Kliniken durch die Beratung von Hausärzten, speziellen Fortbildungsveranstaltungen für Professionisten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung der Demenzerkrankung bei.¹⁹⁹

3.4.1.3 Professionelle Pflege im extramuralen Bereich

In der Pflege und Betreuung für daheim lebende demenzkranke Menschen wurden unterschiedliche Lösungen gefunden, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen haben je nach Konzept und Auftrag der Projekte und Einrichtungen, in denen sie tätig sind, unterschiedliche Aufgabenbereiche:

- Als **Einsatzkräfte bei mobilen Diensten** sind zur Betreuung (geronto-) psychiatrischer Klienten einzelne diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger angestellt, um auf die speziellen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen besonders eingehen zu können. Im Rahmen der **Hauskrankenpflege** sind aber vor allem Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit allgemeinem Diplom tätig.
- **Demenzspezialisten:** Das sind zumeist Pflegepersonen mit allgemeinem Diplom, die eine Spezialschulung im Bereich Demenzerkrankungen absolviert haben. Sie werden im Rahmen der Hauskrankenpflege in solchen Fällen eingesetzt, in denen mobile Pflegepersonen ohne Demenzschulung an ihre Grenzen stoßen. Diese für die Beobachtung sensibilisierten und für den Umgang mit den Verhaltensweisen demenzkranker Menschen geschulten Pflegepersonen unterstützen Kollegen und Angehörige bei der Bewältigung des Alltags und können somit als Multiplikatoren dienen.
- In der **Übergangspflege:** Zur Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten sind diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingesetzt, welche aufgrund ihrer spezialisierten Ausbildung besonders qualifiziert sind, die Überleitung vom stationären in den häuslichen Bereich zu koordinieren und die Betreuung der gerontopsychiatrisch erkrankten Personen daheim vornehmen.
- In **gerontopsychiatrischen Zentren:** Hier sind diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beschäftigt, die Beratung und das Assessment für Betroffene und Angehörige im Zentrum durchführen, aber in speziellen Fällen auch Hausbesuche vornehmen. Gerontopsychiatrische Zentren sind für Personen ab 65 Jahren konzipiert, die an psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Demenz, Wahnerkrankungen, etc. leiden.
- **Konsiliardienste** (Konsiliar Liaison): In stationären Einrichtungen werden von mobilen (z.B. in der Übergangspflege beschäftigten) diplomierten psychiatrischen Pflegepersonen Konsiliardienste geleistet, um bei besonderen Problemlagen den in

VERSORGUNG

Krankenhäusern oder Seniorenwohnheimen tätigen Pflegepersonen (und ebenso den Angehörigen) mit Spezialwissen zur Seite stehen. Häufig liegt den Konsiliar-Einsätzen ein Interaktionsproblem mit ängstlichen, verwirrten oder aggressiven Patienten zugrunde, das durch fachliche Beratung gelöst werden kann. In einigen Fällen ist jedoch das Hinzuziehen eines Facharztes unumgänglich.

- **Pflegepersonen mit Spezialkenntnissen** (wie Biografiearbeit, Validation, Abhaltung kognitiver Gruppen, Gedächtnistraining, etc.), die als Honorarkräfte beschäftigt sind, stellen im Rahmen von Hausbesuchen oder in (teil-) stationären Einrichtungen ihr Wissen zur Verfügung.
- Bei **mobilen Projekten für Demenzkranke**, die aufsuchende Beratung und Vernetzung mit ambulanten und stationären Einrichtungen bieten, sind diplomierte Pflegepersonen mit der Koordination des multiprofessionellen Teams, Beratung, Assessment und der Kooperation mit anderen Einrichtungen und Behörden betraut.

Die Rolle der Pflegepersonen in der Betreuung von Demenzkranken und deren Familien ist vor allem beratend, steuernd, anleitend. Folgende **Aufgaben** werden von Pflegepersonen wahrgenommen:

- **Beratung** als pflegerische Aufgabe: Das Ziel der beratenden Tätigkeit ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Personen mit Demenz ermöglichen, ihren Alltag zu bewältigen. Beratende Tätigkeit wird telefonisch oder persönlich in einer Beratungsstelle oder bei den Klienten daheim geleistet. Die Demenzkranken und deren Angehörige benötigen Informationen über:
 - *mobile Dienste* (Pflege, Betreuung daheim, Besuchsdienst, etc.)
 - *soziale Belange* (wie Pflegegeld, Gebührenbefreiung,...)
 - *diagnostische Möglichkeiten zur (Früh-)Erkennung* einer dementiellen Erkrankung
 - *therapeutische Maßnahmen* in der Behandlung von Demenzerkrankungen
 - *ambulante und (teil-) stationäre Betreuungsangebote* (Tageszentren, Kurzzeitpflege, Urlaubsaufenthalte,...)
 - *Transportmöglichkeiten* für die demenzkranken Personen (zu ärztlichen Untersuchungen, in Tageszentren,...)
 - *Hilfestellungen im Alltagsleben und Beseitigung möglicher Gefahren* durch Wohnraumanpassung.
- **Assessment:** Als Instrument zur Erhebung der Informationen werden von den Pflegepersonen meist selbst entwickelte Instrumente eingesetzt. Das Erheben dieser Daten ist zeitaufwändig, jedoch für die weitere Betreuung von hoher Bedeutung, da daraus die Betreuungsziele formuliert und Maßnahmen festgelegt

VERSORGUNG

werden können. Beispielsweise ist die Beurteilung der Wohnsituation und deren Verbesserung, falls große Mängel festgestellt werden, für den Verbleib von Demenzkranken in ihrer eigenen Wohnumgebung entscheidend und sollte daher vor Ort vorgenommen werden. In Österreich wird der Wohnberatung noch wenig Bedeutung zugemessen. Experten berichten, dass die Anpassung der Wohnräume an die veränderten Bedürfnisse demenzkranker Menschen oft erst deren Verbleib im eigenen Heim ermöglicht.

Auch das Wissen um die tatsächliche Medikamentengebarung der dementen Personen ist von hoher Bedeutung, denn erst die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Einnahme erlauben eine Beurteilung der Wirkung der verordneten Arzneimittel.

Im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung wird das Assessment von einer Pflegeperson erhoben, in Einrichtungen und Projekten mit spezieller Aufgabenstellung, wie zum Beispiel der mobilen gerontopsychiatrischen Assistenz oder der mobilen Demenzberatung, wird Wert darauf gelegt, dass verschiedene Berufsgruppen an der Erhebung des Hilfebedarfs und der Diagnosestellung mitarbeiten. Dies soll ermöglichen alle relevanten Aspekte in einem Hilfeplan zusammenzufassen und die Ziele und nötigen Maßnahmen zu formulieren. Wolfs et al. wiesen nach, dass multidisziplinäres Assessment die Pflege und Behandlung demenzkranker Personen verbessert und somit bei den Betreuten und den Angehörigen zu einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt.²⁰⁰ (vgl. Kapitel 6.6.4)

Ein ausführliches Assessment beinhaltet auch die Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit zuständigen Personen (z.B. Fachärzte) und Einrichtungen (z.B. Memory Klinik).

- Die diplomierte Pflegekraft fungiert als **Bezugsperson** für die Demenzkranken und die Angehörigen. Die Beziehung wird einerseits in der praktischen Arbeit mit und für die Klienten (wie Körperpflege, Ankleiden, etc.) hergestellt, andererseits – und bei Demenzkranken häufig zum überwiegenden Teil – durch Gespräche, die den Betroffenen helfen sollen, ihre mitunter ganz neue Rolle als hilfsbedürftige Person zu verarbeiten, und den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sich zu entlasten. Häufig muss durch die pflegerische Beziehung bei den Klienten erst die Bereitschaft geschaffen werden, eine Betreuung anzunehmen. Die Bedeutung der praktischen Tätigkeiten tritt dadurch eher in den Hintergrund, bzw. wird von anderen Betreuungspersonen (wie Pflegehelfer, Heimhelfer) übernommen.

VERSORGUNG

- **Koordination eines Helferteams und Vernetzung nach außen**

Die Betreuung von Personen mit Demenz in multiprofessionellen Teams erfordert einen Mitarbeiter, welcher die Mitglieder des Teams koordiniert und eine Ressourcenbündelung durch intensive Kooperation zwischen der Pflege und niedergelassenen (Fach-)Ärzten, Krankenhäusern, ambulanten Einrichtungen (Demenzambulanzen, Memorykliniken, Tageszentren,...), Ergo- und Physiotherapeuten, der Sachwalterschaft, Behörden, aber auch Handwerkern und Architekten (im Rahmen der Wohnraumanpassung zur Erhöhung der Sicherheit) erwirkt.

- **Anleitung der Mitarbeiter und der Angehörigen**

Diplomierte Pflegepersonen geben an die Mitglieder ihres Teams und an die Angehörigen der Demenzkranken ihr Wissen weiter und leiten diese im Umgang mit den Demenzkranken an. Dies ist für alle Beteiligten eine große Herausforderung. In der mobilen Pflege und Betreuung sind die Mitarbeiter meist einzeln vor Ort und müssen Probleme mit Betroffenen und Angehörigen allein lösen. Sie werden mit Verhaltensbesonderheiten Demenzkranker, mit erschöpften Angehörigen, mit Themen wie Verlust, Einsamkeit, Tod konfrontiert. Der Austausch über schwierige Fälle, regelmäßige Fallbesprechungen und gemeinsame Evaluationen des Pflegeprozesses sind noch nicht Alltag in der Pflegepraxis, dienen aber der Psychohygiene der Mitarbeiter und helfen diesen die Betreuung auch sehr schwieriger Klienten zu leisten. Dienstgeber in der mobilen Pflege und Betreuung müssen immer wieder die Erfahrung machen, dass Mitarbeiter wegen Burnout lange Zeit ausfallen oder den Arbeitsplatz kündigen. Um hier Maßnahmen setzen zu können, und Beratungs- und Entlastungsgesprächen für stark geforderte Mitarbeiter mehr Raum zu geben, bedarf einer stärkeren Wahrnehmung durch die Verantwortlichen im Gesundheitssystem.

- **Diagnostische Maßnahmen:** In den multiprofessionellen Teams gehört die Durchführung des MMSE (Mini-Mental Status Examination, einem einfachen Screeningverfahren zur Demenzerkennung) oder anderer einfacher Tests (3-Wörter-Uhren-Test...) je nach Aufgabenteilung zu den Tätigkeiten, die von Ärzten, von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Psychologen oder Sozialarbeitern durchgeführt werden.

3.4.1.4 Laienpflege/Pflege zu Hause

Ein hoher Prozentsatz der demenzkranken Personen wird von den Familienangehörigen daheim betreut. Seidl, Labenbacher und Ganaus (2007) sind in ihrer Untersuchung davon ausgegangen, dass Unterstützungsangebote nur dann geeignet sind, pflegende Angehörige

VERSORGUNG

zu entlasten, wenn sich die Angebote an den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegenden orientieren.

In folgenden Bereichen wurden **Anliegen Angehöriger** festgestellt:

- **Gesellschaftliche Anerkennung:** hier wird vor allem ein Wertwandel hin zu mehr Menschlichkeit gefordert sowie eine Entstigmatisierung des Themas Demenz, damit die Auseinandersetzung mit der Erkrankung kein Tabu-Thema bleibt.
- **Familie und Freunde:** von diesen wird eine Hinwendung zu den pflegenden Angehörigen, die Bereitschaft zu Gesprächen und die zeitweilige Übernahme der Pflege erwartet.
- **Sozialleistungen:** Es ist den Angehörigen nur mit sozialer und finanzieller Absicherung möglich, existierende Sozialleistungen (wie z.B. die Pflegekarenz) in Anspruch zu nehmen. Außerdem wird eine transparentere und adäquatere Begutachtungspraxis bei der Einstufung des Pflegegeldes gefordert. Bezüglich der Beschaffung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln wünschen sich die pflegenden Familienmitglieder einen einfachen und unbürokratischen Zugang.
- **Mobile Dienste:** Die Angehörigen erwarten, dass das Betreuungsangebot und die Betreuungszeiten flexibel gestaltet werden können, sodass eine Anpassung an die einzelnen Krankheitsstadien und eine kurzfristige oder auch kurzzeitige Betreuungsübernahme möglich sind. Neben qualifizierten Pflege- und Betreuungspersonen wird auch hauswirtschaftliche Unterstützung benötigt. Außerdem fordern die Angehörigen eine Kostensenkung für die Inanspruchnahme sozialer Dienste.
- **Information** über rechtliche Aspekte, Sozialleistungen und soziale Dienste: Bereits im Anfangsstadium wäre den Erkrankten und den Angehörigen die Aufklärung über rechtliche Aspekte wie Vollmachten, Sachwalterschaft, Vermögensüberschreibungen wichtig. In diesem Stadium können die meisten Betroffenen ihre finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten noch selbst regeln und für die Zukunft planen. Ebenso ist eine einfach zugängliche Information zu Fragen der sozialen Absicherung, Pflegegeld, etc. gewünscht. In diesem Zusammenhang wird das Pflegetelefon sehr gut bewertet.
- **24-Stunden-Betreuung:** Die Autoren haben ermittelt, dass die Angehörigen sich für diese Betreuungsform einen „sicheren offiziellen Status“ wünschen.
- **Private, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung:** Angehörige bedauern einerseits, dass die Bereitschaft zum Ehrenamt und zur Nachbarschaftshilfe gering ist, andererseits erleben sie in manchen Fällen eine Überforderung der freiwilligen Helfer.
- **Tageszentren:** Angehörige wünschen sich eine Tagesbetreuung, die in der Wohnumgebung liegt und gut erreichbar ist, flexible Öffnungszeiten hat, individuelle Betreuung bietet und auch Angebote für Ehepartner bereithält. Außerdem würden die Familien Demenzkranker kombinierte Angebote von Tageszentren mit

VERSORGUNG

Einrichtungen für Kinder und junge Erwachsene (Kindergarten, Hort, Lehrwerkstätten) begrüßen.

- **Ärztliche Betreuung:** Pflegende Angehörige möchten als Gesprächspartner der Ärzte gesehen werden, sie erwarten eine rasche Diagnose und eine adäquate medizinische Behandlung. Ein weiteres Anliegen ist die Verzahnung zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Bereich.²⁰¹

Angehörige sehen sich bei der Betreuung der Demenzkranken mit einer Fülle unterschiedlicher Aufgaben konfrontiert. Sie müssen sich informieren, aktiv in der Pflege tätig sein, sich logistischen und administrativen Herausforderungen stellen. In der Folge werden die **Tätigkeitsbereiche der Angehörigen** aufgelistet:

- **Informationsbeschaffung** über soziale Anliegen (Pflegegeld, Gebührenbefreiung,...), mobile Dienste (Pflegerpersonen, Heimhilfen) und informelle Unterstützungsmöglichkeiten (ehrenamtliche Helfer), diagnostische Maßnahmen, therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung der Demenz (Medikamentöse Behandlung, Ergotherapie, Physiotherapie, Gedächtnistraining, etc.), (teil-)stationäre Betreuungsangebote (Tageszentren, Kurzzeitpflege, Heime), Transportmöglichkeiten (zu Untersuchungen, Therapien, Tagesbetreuung), Wohnraumanpassung (Haltegriffe, Bewegungsmelder zur nächtlichen Orientierung, etc.).

Durch das fehlende Wissen vieler Angehöriger zu Anfang der Erkrankung (über soziale Unterstützungen, Erscheinungsformen von Demenzerkrankungen, therapeutische Möglichkeiten und den Umgang mit besonderen Verhaltensweisen der Personen mit Demenz) können sich Schwierigkeiten ergeben. Wegen der fehlenden Kenntnisse über die Erkrankung und über medizinische Möglichkeiten zur Behandlung der Demenz wenden sich Betroffene zu spät oder gar nicht an einen Facharzt, und dadurch erfolgt die medikamentöse Behandlung der Erkrankung zu spät oder gar nicht. Oft besteht auch das Problem, dass Angehörige die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung schon längst erkannt haben, die demenzkranken Personen einen Arztbesuch aber ablehnen. Mangelndes Wissen über Angebote, Zugangswege und die Finanzierung von Pflege und Betreuung führen dazu, dass die Angehörigen die Betreuung der an Demenz erkrankten Person ohne Unterstützung von außen übernehmen. Durch den psychischen und physischen Dauerstress, den die Betreuung Demenzkranker bedeuten kann, ist das gesamte familiäre System belastet. Die Belastung der pflegenden Angehörigen kann sich in Gesundheitsproblemen, höherer Mortalität²⁰² und erhöhter Einnahme von beruhigenden Medikamenten ausdrücken²⁰³.

VERSORGUNG

- **Pflegerische Tätigkeiten** (Körperpflege, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Management der Medikamenteneinnahme, etc.)
- **Psychische Betreuung der Demenzkranken** (Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, depressiven Erscheinungsbildern, etc.)
- **Therapeutischer Bereich:** Gedächtnistraining, Bewegungstraining, Beschäftigung
- **Medizinischer Bereich:** Besuche bei Ärzten und in Ambulanzen, Besorgung von Medikamenten und Heilmitteln, etc.
- **Administrative Tätigkeiten:** Ansuchen um Bewilligungen für Pflegegeld, Medikamente, Therapien, Gebührenbefreiung, schriftliche Ansuchen bei Behörden, Erledigung von Amtswegen, etc.
- **Logistik:** Organisation von Transportdiensten (zu Untersuchungen, ins Tageszentrum,...)
- **Architektur:** Wohnraumanpassung (Installieren von Haltegriffen, Beseitigung von Türschwellen als Sturzprävention, Lampen mit Bewegungsmeldern als nächtliche Orientierungshilfen ...).

Pflegende Angehörige geraten durch diese Ballung von Verpflichtungen oftmals an ihre Grenzen und berichten über Gefühle der Überforderung. Mittelman et al. (2006) haben in einer Studie gezeigt, dass Heimeinweisungen demenzkranker Personen zu einem signifikant späteren Zeitpunkt stattfanden, wenn die Familie mit individueller Beratung und Familienberatung, der Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und einer ständig erreichbaren Telefonberatung unterstützt wurde.²⁰⁴

Um der Vielfalt an Aufgaben gerecht zu werden, wurden unterschiedliche Projekte und Einrichtungen geschaffen, in denen multiprofessionelle Teams die Betroffenen und die pflegenden Angehörigen unterstützen. Mit Beratungstätigkeit, Abklärung der Diagnose und des Versorgungsbedarfs sowie der Koordination und Vernetzung des formellen und informellen Netzwerks unterstützen die mobilen Beratungs- oder Betreuungsteams die Betroffenen und deren Familien. Diese Angebote existieren aber derzeit nicht als flächendeckende Versorgung in ganz Österreich, sondern haben zumeist stark begrenzte Ressourcen.

Zur **Unterstützung der pflegenden Angehörigen** Demenzkranker stehen in Österreich zurzeit folgende **Angebote** zur Verfügung:

- **Pflegetelefon, Demenzhotlines:** Die Erfahrung von in der Praxis Tätigen hat gezeigt, dass sich Betroffene und pflegende Angehörige häufig dann an eine Telefonberatung wenden, wenn sie sich in einer Krise befinden oder befürchten,

VERSORGUNG

dass eine solche bevorsteht. Daher hat es sich als wichtig erwiesen, dass die Anrufer sofort mit einer kompetenten Person sprechen können, welche Hilfestellung gibt.

Im Folgenden werden *Beispiele für telefonische Beratungsangebote* genannt:

Das Pflegetelefon des Bundesministeriums richtet sich an pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige und an alle Personen, die mit Problemen der Pflege befasst sind. Es ist österreichweit gebührenfrei von Montag bis Freitag von 8 bis 16.00 Uhr besetzt und bietet vertrauliche Beratung über Fragen des Pflegegeldes, zur begünstigten Pensionsversicherung für pflegende Angehörige, Betreuungsmöglichkeiten in der eigenen Wohnung, Kurzzeitpflege, stationäre Weiterpflege, Urlaubspflege, Hilfsmittel, Heilbehelfe, Wohnungsadaptierungen, finanzielle Hilfe und Förderungen und Familienhospizkarenz.

An die *lokale Demenzberatungs-Hotline* des oberösterreichischen Vereins M.A.S Alzheimerhilfe wenden sich nicht nur Oberösterreicher, sondern Personen aus ganz Österreich. Der Verein hat Daten und Ansprechpersonen aus allen Bundesländern gesammelt, um bei Bedarf Hilfesuchenden aus anderen Regionen kompetent Auskunft geben zu können und sie an kompetente Personen und passende Angebote zu verweisen. Die Einrichtung eines österreichweiten Demenztelefons ist dem Verein daher ein Anliegen.

- **Internet-Plattform für pflegende Angehörige:** Auf dieser Website des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz finden Angehörige Informationen zum Thema Demenz, 24h-Betreuung, sozialversicherungsrechtliche Absicherung, Recht, soziale Dienste, Hilfsmittel, Therapie, Rehabilitation, Kurse, Finanzielles, Alten- und Pflegeheime, Urlaub, Kinder. (<http://www.pflegedaheim.at/>)
- **Mobile Pflege- und Betreuungsdienste,** die von Montag bis Sonntag auch mehrmals täglich Hilfe in den eigenen vier Wänden bieten. Betreuung durch diplomierte Pflegepersonen, Pflegehelfer, Heimhelfer. Einige Organisationen bieten auch zusätzliche Angebote wie einen Besuchs- oder Reinigungsdienst. Diese Dienste sind in den meisten Regionen Österreichs verfügbar.
- **24-Stunden-Betreuung:** Diese wird von Personen unterschiedlicher Herkunft und unterschiedlichen Ausbildungsgrades angeboten und von diesen meist als Gewerbe („Personenbetreuung“) ausgeübt. Die 24h-Betreuung wird bei Anmeldung der Betreuungspersonen bei der Bezirkshauptmannschaft und der Wirtschaftskammer von den Ländern gefördert. Diese Form der Betreuung ist für viele Familien zu kostenintensiv und daher nicht finanzierbar. Angehörige, die im selben Haushalt mit den demenzkranken Personen leben, beschreiben die Anwesenheit einer 24h-Betreuerin einerseits als starken Eingriff in das Privatleben, andererseits aber auch als enorme Entlastung.

VERSORGUNG

- **Ambulante (geronto-)psychiatrische Betreuung:** Spezielle Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team für gerontopsychiatrisch erkrankte Personen in deren persönlicher Wohnumgebung für Menschen, die mit der herkömmlichen Betreuung durch mobile Dienste nicht das Auslangen finden. Wird in Wien flächendeckend angeboten (Volkshilfe: INDIBET), im übrigen Österreich meist nur stark begrenzte Reichweite der einzelnen Einrichtungen und Projekte.
- **Übergangspflege:** Hilfe bei der Überleitung von stationären (psychiatrischen) Einrichtungen nach Hause, Betreuung durch psychiatrische Pflegepersonen. Wird nur regional angeboten, keine flächendeckende Versorgung.
- **Demenzprojekte:** Dazu gehören Einzelprojekte in verschiedenen Bundesländern, die zum Beispiel in multiprofessionellen Teams aufsuchende Beratung und Unterstützung für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen bieten oder den Aufbau eines Netzwerkes an freiwilligen Helfern in einer Region gestalten.
- **Demenzberatungsstellen:** Diese sind in Österreich noch nicht sehr zahlreich implementiert. Die Beratungen können in der Beratungsstelle oder im Rahmen eines aufsuchenden Dienstes wahrgenommen werden. Zur Abklärung der Diagnose und des Betreuungsbedarfes, der Vernetzung mit pflegerischen und Betreuungsangeboten und dem Training für Betroffene sowie Schulung der Angehörigen sind multiprofessionelle Teams im Einsatz.
- **Gerontopsychiatrische Zentren:** Auch hier wird Abklärung (der Diagnose, des Hilfebedarfes), Beratung und Aufbau eines (formellen und informellen) Hilfesystems angeboten, jedoch nicht nur für demenzkranke Menschen, sondern für alle gerontopsychiatrischen Klienten. Gerontopsychiatrische Zentren müssen im Allgemeinen von den Betroffenen aufgesucht werden, in besonderen Fällen (z.B. bei immobilen Klienten) werden aber auch Hausbesuche vorgenommen. Solche Zentren existieren derzeit in Wien und in Graz.
- **Tagesbetreuung:** In eigens eingerichteten Tageszentren oder in den Räumlichkeiten von Seniorenwohnheimen werden Demenzkranke von Montag bis Freitag tagsüber beschäftigt, gefördert und versorgt. Im städtischen Bereich bereits hohe Dichte an Tagesbetreuung, im ländlichen Raum ist das Angebot hingegen deutlich niedriger.
- **Schulungsprogramme für Angehörige:** Trainingsprogramme können die Einweisung von Personen mit Alzheimer-Demenz verzögern und erhöhen die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen²⁰⁵. Schulungen enthalten meist folgende Elemente:
 - o Vorträge zu medizinischen Grundlagen der Demenz, Entstehung von und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Kommunikationstechniken, Informationen über finanzielle Unterstützung
 - o Einzel- und Gruppensitzungen zur Behandlung spezieller Anliegen der Angehörigen und Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung

VERSORGUNG

- o Beratung in sozialen, pflegerischen und medizinischen Fragestellungen.

Schulungsprogramme für Angehörige werden zum Beispiel in Demenzberatungsstellen organisiert und finden nach Möglichkeit in der Wohnumgebung in Gruppen statt. Es besteht aber auch die Möglichkeit im Rahmen eines zweiwöchigen Hotelaufenthalts, bei dem die dementen Personen gleichzeitig in ein Förderprogramm eingebunden werden, an einer Angehörigenschulung teilzunehmen (Programm des Vereins M.A.S Alzheimerhilfe in OÖ, *vgl. Kapitel 6.6.1*).

Das Angebot an Angehörigenschulungen ist derzeit noch gering.

- **Therapie- und Förderaufenthalt:** Ein einzigartiges Angebot in Österreich bietet der Verein M.A.S Alzheimerhilfe in Bad Ischl. In einem kombinierten Therapie- und Förderaufenthalt in einem Vier-Sterne-Hotel werden Angehörige durch Beratung und Schulung entlastet und Betroffene mit einem speziell entwickelten Programm für demenzkranke Personen gefördert. Ein speziell ausgebildetes Team bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonen, Sozialarbeitern und M.A.S-Trainern (Personen, die eine spezielle Schulung zum Training von Morbus Alzheimer Patienten absolviert haben) steht für Patienten und Angehörige zur Verfügung und inkludiert auch einen Bereitschaftsdienst während der Nacht. Es werden Einzel- und Gruppengespräche für Betroffene und Angehörige, Vorträge über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie ein stadienspezifisches Training für die Betroffenen angeboten (*vgl. Kapitel 6.6.1*).
- **Erholungsaufenthalt zur Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen:** Die Sozialversicherung der Bauern hat eine Leistung für pflegende Angehörige im Programm. Diese wurde 1998 als Projekt begonnen und ist mittlerweile eine Fixeinrichtung in der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Geboten wird ein fünfzehntägiges Programm mit folgenden Inhalten:
 - o Ärztliches Beratungsgespräch zu Beginn
 - o Körperliche Erholung – Aktivprogramm: gezielte dosierte Bewegung für ein umfassendes Wohlbefinden unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit (Nordic Walking, Wirbelsäulengymnastik, Beckenboden- und Venentraining, Spaziergänge, geführte Wanderungen, Gruppen- und Meditationstänze, Schwimmen, Sauna, Massagen)
 - o Seelische Gesundheit – Beratung und Information zu Themen, die für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen von Interesse sind (wie zum Beispiel Mehrfachbelastungen durch die Pflegetätigkeit, Lebenskrisen, sozialer Rückzug, soziale Belastungen, Zusammenleben der Generationen) in Gruppen- und Einzelgesprächen mit Lebens- und Sozialberatern. Außerdem Übungen zur Stärkung des Selbstwertgefühls, Mentaltraining, Entspannungsübungen, Körperwahrnehmung und Körpertraining
 - o Hilfen und Tipps für die Pflege

VERSORGUNG

- o Rahmenprogramm.

Zusätzlich zu dem Turnus werden Nachbetreuungsmaßnahmen geboten. Bisher haben 1460 Personen an dieser Aktion teilgenommen. Die Zufriedenheit, welche mit Fragebögen am Ende des Aufenthaltes ermittelt wird, ist sehr groß.

Ziele

Ziel der Aktion ist es die körperliche und seelische Gesundheit der Teilnehmer langfristig zu erhalten bzw. zu verbessern und die körperlichen und psychischen Belastungen in der Pflege durch Fachberatung auf ein möglichst geringes Maß zu reduzieren.

Zielgruppe

Die Aktion gilt für pflegende Angehörige aus dem bäuerlichen Bereich (der Pflegling muss nicht bei der Sozialversicherung der Bauern versichert sein). Die pflegenden Angehörigen werden über verschiedenste Informationsquellen wie Pflegegeldanträge, Versorgung mit Hilfsmitteln, Meldungen von Vermittlern sozialer Dienste, etc. ermittelt.

Als Kriterien für die Gewährung des Erholungsaufenthaltes gelten körperliche und psychische Belastungssituationen durch die Pflege eines nahen Angehörigen sowie chronische Erschöpfungs- und Ermüdungszustände. Kontraindikationen wären die eigene Pflegebedürftigkeit (Antragsteller darf selbst kein Pflegegeld beziehen), bzw. die geistige oder körperliche Unfähigkeit der Antragsteller, am vorgesehenen Programm teilzunehmen.

3.4.1.5 Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen ermöglichen den informellen Austausch der pflegenden Angehörigen untereinander und sind somit ein wichtiges niederschwelliges Angebot. In Österreich existieren in allen Bundesländern Gruppen für Angehörige von demenzkranken Personen. Die Gruppen sind untereinander kaum vernetzt und haben unterschiedliche Angebote.

Der Versuch einer Vernetzung

Im September 2008 organisierten Frau Bartsch und Fr. Mag. Croy vom Verein „Alzheimer Angehörige Austria“ ein Treffen der Verantwortlichen der Selbsthilfegruppen Österreichs. In einem zwanglosen Austausch beschrieben die Organisatoren aus den einzelnen Bundesländern einander, welche Aktivitäten für pflegende Angehörige und Betroffene sie durchführen. Es wurden Gruppentreffen, Vorträge, Informationsstände auf diversen Veranstaltungen, Ausflüge für Angehörige und Tagesbetreuung für Betroffene genannt.

Modellhafte Beispiele

WIEN

Die Selbsthilfegruppe der „Alzheimer Angehörige Austria“ in Wien trifft sich einmal monatlich in einem Ringstraßencafé (Café Max am Stubenring). Das Besondere an diesem Treffen ist, dass die Personen mit Demenz daran teilnehmen können und sollen. Dadurch sind die Angehörigen von der Verpflichtung entlastet, eine Betreuung für die eigene Abwesenheit während des Gruppentreffens zu organisieren, und die Zusammenkunft nimmt die Gestalt eines normalen Kaffeehausbesuches an, der auch eine Anregung für die demenzkranken Personen bedeutet.

Die Gruppe ist offen organisiert, auch „Erstlinge“ sind bei den Terminen gern gesehen. Selbst Angehörige, deren demenzkranke Familienmitglieder bereits verstorben sind, nehmen daran teil. Im Gespräch herrscht ein reger Austausch an Informationen, die Teilnehmer entlasten sich dadurch, kommen einander näher, und es bilden sich auch neue Freundschaften.

Die Organisatorinnen der „Alzheimer Angehörige Austria“ berichten, dass es in der Gruppe leichter gelingt aus der Isolation herauszutreten, da alle Teilnehmer sich der Pflege demenzkranker Personen widmen oder selbst betroffen sind. Zusätzlich werden fachspezifische Vorträge von Experten in den Räumlichkeiten der Alzheimer Angehörigen Austria geboten, die aber weniger rege besucht sind als die informellen Treffen im Kaffeehaus. Der Verein bietet auch Einzelberatungen nach vorheriger Terminvereinbarung an. Eine der Organisatoren ist Psychotherapeutin und hat eine Gesprächstherapiegruppe für Angehörige in ihrem Programm. Außerdem bilden sich innerhalb der Teilnehmer der Selbsthilfegruppe auch weitere Kleingruppen, die beispielsweise miteinander Sport treiben (z.B. Nordic Walking).

BADEN

In Niederösterreich wurde von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe „Alzheimer Angehörige Baden“ eine Tagesbetreuung für demenzkranke Menschen organisiert. Einmal wöchentlich werden die Betroffenen ganztägig von 8 bis 17 Uhr gefördert, beschäftigt und versorgt. Die Räumlichkeiten stellt die Stadtgemeinde der Gruppe zur Verfügung. Es wird ein Unkostenbeitrag von 50 Euro pro Tag eingehoben (für den Vormittag 30 Euro, ab 13 Uhr nachmittags 20 Euro), der die Betreuung und die Mahlzeiten inkludiert. Die Kosten für die Tagesbetreuung werden durch die eingehobenen Tagsätze nicht gedeckt. Der Verein finanziert diese Einrichtung zusätzlich über die Beiträge der Vereinsmitglieder und über Sponsoring.

VERSORGUNG

Geboten wird ein strukturierter Tagesablauf, Medikamentenverabreichung (nach ärztlicher Verordnung), Inkontinenzversorgung und Kontinenz-Training, Bewegungsübungen, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Gesprächsgruppen und Veranstaltungen. Die Tagesbetreuung wird ehrenamtlich von einer pensionierten Diplomschwester geleitet. Sie wird von einer bezahlten Mitarbeiterin, die eine Validationsausbildung besitzt, unterstützt. Für die Beschäftigungstherapie wird stundenweise eine Seniorenbetreuerin herangezogen. Das Gedächtnistraining wurde früher von einer Ergotherapeutin durchgeführt, jetzt von der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester, welche dafür eine „LIMA“- (Lebensqualität im Alter) Ausbildung bei der Erzdiözese absolviert hat, die ein kombiniertes Gedächtnis- und Bewegungstraining für Personen ab 50 Jahren beinhaltet, jedoch nicht speziell auf demenzkranke Menschen ausgerichtet ist. Das Angebot wird von Personen aus der Region gerne angenommen, da es eine erhebliche Entlastung für pflegende Angehörige darstellt.

3.4.1.6 Ehrenamtliche Hilfe/Pflege

Unter dem klassischen Begriff des Ehrenamtes versteht man eine freiwillige Tätigkeit, die ohne vertragliche Bindung und finanzielle Entlohnung durchgeführt wird und auf Personen außerhalb des eigenen Haushaltes gerichtet ist.

Ehrenamtliche Hilfe kann in einem festgelegten Rahmen stattfinden oder formlos organisiert sein:

- Unter *formellen* Tätigkeiten versteht man die Arbeit innerhalb von Vereinen und Organisationen, einschließlich der unentgeltlichen Funktionsausübung.
- Eine *informelle* Tätigkeit ist zum Beispiel die Nachbarschaftshilfe.

Der Begriff des Ehrenamtes unterliegt einem Bedeutungswandel, das klassische Ehrenamt wird durch neue Begriffe wie „bürgerschaftliches Engagement“ oder „Freiwilligenengagement“ abgelöst. Mit den Begriffen werden unterschiedliche Motive assoziiert:

- Dem *klassischen Ehrenamt* werden altruistische Motive wie Hilfsbereitschaft, Nächstenliebe, Pflichtbewusstsein, der Wille zur Mitverantwortung, Glaube oder moralische Verpflichtung zugeschrieben.
- Die *neuen Formen sozialen Engagements* sind auch durch Motive wie Selbstverwirklichung, persönliche Interessen, Suche nach Sozialkontakten und politischem Veränderungswillen gekennzeichnet.

Organisation ehrenamtlicher Helfer in Österreich

Im Jahr 2003 wurde in Österreich der Österreichische Rat für Freiwilligenarbeit eingerichtet, dessen Aufgabe es ist, beratend und als Interessensvertretung tätig zu sein.

VERSORGUNG

Außerdem kam es in vielen Bundesländern zur Einrichtung von Freiwilligenbörsen, die folgende Aufgaben erfüllen sollen:

- Vermittlung Freiwilliger an Organisationen
- Erheben der Möglichkeiten zum freiwilligen Engagement in regionalen und lokalen Freiwilligenorganisationen
- Beratung für Interessierte über angemessene Tätigkeitsbereiche
- Anlaufstelle für Freiwilligenorganisationen.²⁰⁶

Personen, die ein Ehrenamt ausüben möchten, wenden sich an die Freiwilligenbörsen, um konkrete Informationen über Ansprechpartner, Aufgabenbeschreibungen und sonstige Kontaktinformationen zu erhalten. Damit die Einbindung Ehrenamtlicher erfolgreich verläuft, wird erwartet, dass die Organisationen, die freiwillige Helfer beschäftigen möchten, gewisse Rahmenbedingungen erfüllen. Ehrenamtliche Helfer möchten nicht als „Lückenbüßer“ fungieren, sie erwarten sich klare Strukturen und fixe Ansprechpartner. Einrichtungen, die für die Begleitung der Ehrenamtlichen und den Wissenstransfer an diese ein Budget zur Verfügung stellen können, werden von freiwilligen Helfern als attraktiver empfunden als solche, die keine derartige „Anerkennungskultur“ besitzen.

Organisationen, die freiwillige Mitarbeiter suchen, finden bei den Börsen Kontakt zu Personen, die an einem Ehrenamt Interesse haben. Damit den Organisationen geeignete Personen zugewiesen werden können und potentielle Ehrenamtliche die passende Tätigkeit finden, werden an den Freiwilligenbörsen die Rahmenbedingungen der Einrichtungen erhoben:

- Gemeinnützigkeit der Organisation (nicht gewinnorientiert)
- kein Einsatz ehrenamtlicher Helfer als Ersatz für Hauptamtliche
- Einschulung der freiwilligen Helfer
- Fortbildung für Ehrenamtliche
- Konkrete Aufgabenstellung
- Hauptamtliche Mitarbeiter als Ansprechpartner
- Supervision
- Versicherung (Unfall, Haftpflicht)
- Aufwandsentschädigung, Fahrtkostenersatz.

Manche Freiwilligenbörsen bieten Schulungen zum „Freiwilligenbegleiter“, um den Organisationen zu ermöglichen, den Umgang mit ehrenamtlichen Helfern besser zu

strukturieren, deren Ressourcen gut zu erkennen und sie in einem angemessenen Tätigkeitsbereich einzusetzen.

3.4.2 Teilstationärer Bereich

Zur Unterstützung der Personen mit Demenz und der Entlastung der Angehörigen existieren in Österreich bereits zahlreiche Tagespflegeeinrichtungen. Diese bilden ein wesentliches Element in der Versorgung demenzkranker Menschen und helfen die stationäre Unterbringung in einem Seniorenheim zu verhindern oder zu verzögern.

Tageszentren bieten tagsüber individuelle Betreuung von kranken, gebrechlichen und älteren Personen. Voraussetzung für den Besuch eines Tageszentrums ist eine gewisse, wenn auch möglicherweise eingeschränkte Mobilität. Bettlägerige Personen können nicht versorgt werden. Ein professionell organisierter Transport mit Fahrdiensten, Taxis oder der Krankenbeförderung von und zum Zentrum erleichtert den Betroffenen die Inanspruchnahme und entlastet pflegende Angehörige. Der Aufenthalt in einem Tageszentrum ist üblicherweise kostenpflichtig, die Beiträge sind zumeist nach Einkommen gestaffelt. Tagesbetreuungseinrichtungen können an Seniorenheime angegliedert sein oder als eigenständige Einrichtung geführt werden. Auch privat organisierte Tagesbetreuungen (mit zum Teil eingeschränkten Öffnungszeiten, z.B. nur einmal wöchentlich) existieren in Österreich.

Die Möglichkeit der **Nachtpflege** wird im gesamten deutschsprachigen Raum kaum angeboten. Seidl et al. (2007) beschreiben diese Form der Versorgung demenzkranker Personen als wichtige Ergänzung zu den Tageszentren. Durch die mit der Demenz manchmal auftretenden Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus werden die Angehörigen stark belastet, vor allem dann, wenn sie im selben Haushalt mit den demenzkranken Personen leben und entweder selbst ein hohes Alter erreicht haben oder berufstätig sind. Betreuungsangebote für demenzkranke Menschen während der Nachtstunden bedeuten eine wesentliche Entlastung dieser pflegenden Angehörigen und lassen diese ihre Nachtruhe ungestört genießen.

Das Konzept der Nachtpflege kann als niederschwelliges Angebot in Form eines „Nachtcafés“ angeboten werden, das nur in den Abend- und frühen Nachtstunden zugänglich ist, es können in stationären Einrichtungen Plätze für Externe bereitgestellt werden oder das Nachtpflegezentrum wird nach den gleichen Leitlinien wie die Tagespflege – und eventuell in Kombination mit einem Tagesbetreuungsangebot – geführt. Wenn stationäre Einrichtungen Betten zur Übernachtung zur Verfügung stellen, besteht die Gefahr, dass die Patienten wegen des Mangels an zusätzlichem Personal sediert werden. Nachtpflegeeinrichtungen mit einem speziellen Betreuungskonzept bieten ein den Tageszentren ähnliches Programm. Flexible Öffnungszeiten an sieben Tagen der Woche gelten als wichtige Voraussetzung.²⁰⁷

VERSORGUNG

Die Versorgungsleistungen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen gleichen sich in vielen wesentlichen Punkten. In beiden Betreuungsformen sollten folgende Elemente nach Möglichkeit enthalten sein:

- Fahrtendienst von und zum Tageszentrum/Nachtpflegezentrum
- Durchführung notwendiger Pflegemaßnahmen (Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Kontinenz-Training)
- Bereitstellung von Mahlzeiten
- Prinzip der Bezugspflege
- Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse nach Ruhe und Aktivität
- eine offene Zeiteinteilung für Klienten mit unterschiedlichem Tagesrhythmus.
- Anregung bei Vermeidung von Überforderung: zahlreiche Beschäftigungsmöglichkeiten, Einsatz von Musik und Bewegung
- Biografiearbeit, Validation und weitere spezielle Konzepte zur Betreuung demenzkranker Menschen
- Strukturen, welche die Orientierung erleichtern und dem Bewegungsdrang mancher demenzkranker Personen Raum geben
- Sicherungssysteme zum Schutz vor Gefährdung durch Weglaufen.

3.4.3 Stationärer Bereich

3.4.3.1 Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen

Da ältere, demenzkranke Menschen sehr häufig zusätzlich an verschiedenen anderen Erkrankungen leiden, sind sie auf fast allen Abteilungen der Akutkrankenanstalten anzutreffen. Besonders häufig ist dies auf Abteilungen für Innere Medizin und auf chirurgischen oder internen Notfallstationen der Fall. Stehen akute Symptome der Demenzerkrankung im Vordergrund, werden solche Kranken auf psychiatrischen oder neurologischen Abteilungen von Akutkrankenhäusern behandelt. Eigene „Demenzstationen“ wie in Pflegeheimen gibt es in Akutkrankenhäusern kaum, manchmal jedoch gerontopsychiatrische oder geriatrische Stationen, auf denen auch Demenzkranke versorgt werden.

In psychiatrische Akutkrankenhäuser werden demenzkranke Menschen häufig dann stationär aufgenommen, wenn sie eine akute Symptomatik im Verhaltensbereich aufweisen.

3.4.3.2 Nicht speziell für Psychiatrie oder Neurologie eingerichtete Abteilungen von Akutkrankenhäusern

Auf den verschiedenen Abteilungen der Akutkrankenhäuser stehen prinzipiell zwei Ressourcen zur Verfügung, um demenzkranke Patienten angemessen versorgen zu können: Einerseits in Fortbildungen und/oder Praxis erworbene demenzspezifische Zusatzkenntnisse und -erfahrungen des dort beschäftigten Personals, also der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegehelfer, Ärzte und anderer an der Versorgung der Kranken beteiligten Personen, und andererseits Hilfe von außen. Im Allgemeinen Krankenhaus Wien etwa gibt es drei Möglichkeiten, solche Hilfe von außen – das heißt außerhalb der Abteilung, aber innerhalb des Krankenhauses – zu erhalten.

- Es kann die Unterstützung eines Psychiaters angefordert werden (psychiatrisches Konsilium). Dieser kommt bei akuter Notwendigkeit auch in der Nacht, auf die Abteilung und verordnet nach Untersuchung der Kranken Medikamente oder andere geeignete Maßnahmen. Das Ziel ist dabei die Patienten so lange wie möglich auf der Station zu belassen auf der sie untergebracht sind, und nicht auf die psychiatrische Abteilung zu transferieren.
- Seit ungefähr zwei Jahren kann man im Allgemeinen Krankenhaus Wien tagsüber auch pflegerische Unterstützung bei der Versorgung demenzkranker Menschen anfordern. Eine im Deeskalationsmanagement ausgebildete Pflegeperson begleitet dann den Psychiater bei seinem Besuch und berät die auf der Station tätigen Pflegepersonen in Bezug auf geeignete pflegerische Maßnahmen. Wenn ein Besuch nicht notwendig erscheint, kann diese Pflegeperson auch telefonisch um Rat gefragt werden, was ebenso wie der Besuch als sehr hilfreich empfunden wird.
- Wenn die Sicherheit eines Kranken akut gefährdet ist – etwa durch bereits erfolgtes oder drohendes „Weglaufen“ – kann, auch in der Nacht, jemand von der „Security“ angefordert werden. Diese sucht die Patienten, bleibt eine Zeitlang bei ihnen, versucht sie abzulenken usw. Diese Personen von der Security haben jedoch keine medizinische oder pflegerische Ausbildung.

Ähnliche Einrichtungen gibt es auch in anderen Wiener Krankenhäusern, z.B. im Sozialmedizinischen Zentrum Ost – Donauespital, im Krankenhaus Hietzing, in der Rudolfstiftung oder im Wilhelminenspital. Im Kaiserin-Elisabeth Spital ist eine neurologische Konsiliarambulanz eingerichtet.

Die ärztliche und pflegerische Beratung wird auch als Liaisondienst (Konsiliar-Liaison im stationären Bereich) bezeichnet. Bei den pflegerischen Konsilien handelt es sich meist um Einsätze bei verwirrten, ängstlichen oder aggressiven Patienten, deren Verhalten die Pflegepersonen mit allgemeinem Diplom nicht nachvollziehen können, wenn sie im Umgang damit nicht geschult sind. Häufig ist eine fachliche Beratung (Erläuterung der möglichen Hintergründe des Verhaltens der Patienten, Ratschläge zur Verbesserung der

VERSORGUNG

Kommunikation) für die Pflegepersonen ausreichend, manchmal müssen auch räumliche Veränderungen vorgenommen werden, um das Pflegeproblem zu lösen.²⁰⁸

Darüber hinaus versuchen die leitenden Pflegepersonen etwa der internen Abteilungen auch, möglichst viele ihrer Mitarbeiter an geeigneten Fortbildungskursen teilnehmen zu lassen.

In den übrigen Bundesländern stehen den größeren Krankenhäusern meist Psychiater oder Neurologen als Konsiliarärzte zur Verfügung.

3.4.3.3 Psychiatrisch/neurologische Abteilungen von Akutkrankenhäusern

Zusätzlich zur psychiatrischen Ausbildung des auf psychiatrischen Stationen arbeitenden Personals gibt es in Wien seit dem Jahr 2004 ein Schulungsprojekt für Experten im Deeskalationsmanagement. Diese haben in einem einjährigen Kurs das Basiswissen erlernt und besitzen auch die Kompetenz, Schulungen für weiteres Personal durchzuführen. Dieses Training wiederum umfasst eine Dauer von 40 Stunden, in denen im Rahmen von Workshops Sicherheitsmaßnahmen, auch Körper- und Abwehrtechniken erlernt werden. Mit eigenen Instrumenten soll das Aggressionspotential von Patienten erfasst werden.

Geschult werden nicht nur diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, sondern alle auf psychiatrischen Abteilungen tätigen Personen wie Abteilungshelfer, Ärzte, Sozialpädagogen, Ergo- und Physiotherapeuten. Auf den psychiatrischen Stationen im Allgemeinen Krankenhaus Wien wurde bereits eine 90prozentige Durchschulungsrate erreicht. Auch Auffrischkurse werden angeboten.

3.4.3.4 Rehabilitationseinrichtungen

Hier ist zwischen Rehabilitationsmaßnahmen, die auf die Demenzerkrankung selbst ausgerichtet sind, und solchen, die der Rehabilitation Demenzkranker nach anderen Erkrankungen oder Unfällen, etwa nach einem Schlaganfall oder Schenkelhalsbruch, dienen sollen zu unterscheiden.

In Österreich ist es, im Gegensatz zu internationalen Trends, noch kaum üblich, von der Rehabilitation Demenzkranker zu sprechen. In Deutschland etwa existieren bereits entsprechende Einrichtungen – eine davon wird im Abschnitt über die Literaturrecherche geschildert. Es ist dabei allerdings zu bemerken, dass die Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Behandlung im Fall der Demenzerkrankung schwierig ist. In deutschen Publikationen wird in diesem Zusammenhang manchmal von „erhaltender Rehabilitation“ gesprochen, um keine unrealistischen Erwartungen zu wecken. Vom medizinisch-

VERSORGUNG

pathologischen Gesichtspunkt aus ist dies sicher richtig. Wie weit jedoch etwa bestimmte Verhaltensweisen der Kranken dadurch verändert werden können, dass negative Einwirkungen der sozialen und materiellen Umwelt gezielt durch positive ersetzt werden, ist erst Gegenstand der Erforschung. Manche Ergebnisse internationaler Studien, vor allem zum Person-Sein demenzkranker Menschen, lassen vermuten, dass man in diesem Bereich durchaus von Rehabilitation im eigentlichen Wortsinn sprechen könnte, wenn etwa ein Kranker wieder zu früheren Verhaltensweisen zurück („Re-“) findet.

Was die Rehabilitation demenzkranker Menschen in Einrichtungen betrifft, die beispielsweise der Wiederherstellung bestimmter Funktionen nach einem Schenkelhalsbruch oder Schlaganfall betrifft, so ist zu betonen, dass Demenzkranke keinesfalls von einer Aufnahme in die entsprechenden Einrichtungen ausgeschlossen werden sollten. Dazu ist allerdings eine Unterstützung des dort tätigen Personals nötig, etwa in Form von Fortbildungen oder der Möglichkeit, sich im konkreten Fall rasch und unkompliziert von Fachleuten beraten zu lassen.

3.4.3.5 Geriatrizentren, Wohn- und Pflegeheime

In Bezug auf die Versorgung demenzkranker Personen im stationären Langzeitpflegebereich kann man folgende Betreuungsformen unterscheiden:

- **Heime mit Demenzstationen**, wo in spezieller Weise auf die Bedürfnisse Demenzkranker eingegangen werden kann. Ein besonderes Angebot unter den Heimen bietet das Haus der Barmherzigkeit in Wien-Ottakring. Die beiden Demenzstationen dieses Geriatrischen Pflegekrankenhauses nehmen vor allem demenzkranke Patienten auf, die zusätzlich Verhaltensauffälligkeiten zeigen und polymorbid erkrankt sind. An der Abteilung für Gerontoneurologie und neurologische Rehabilitation und der Abteilung für Innere Medizin mit allgemeiner Geriatrie und Palliativmedizin sind rund um die Uhr Ärzte anwesend, und es können viele medizinische Probleme und Krankheiten direkt im Haus behandelt werden. Das hauseigene Diagnosezentrum verfügt über Röntgen, Ultraschall, 24h-EKG und Langzeitblutdruckmessungen, Magen- und Darmspiegelungsmöglichkeiten. Ebenso können kleine chirurgische Eingriffe durchgeführt werden. Damit diese kostenaufwändige Betreuung Bewohnern vorbehalten bleibt, die diese auch wirklich benötigen, ist das Haus dabei, eine Kategorisierung („Nascher-Score“) zu entwickeln, die es zuweisenden Stellen erleichtern soll, diejenigen Patienten auszuwählen, die auf eine medizinische Betreuung rund um die Uhr angewiesen sind. Das Assessment erfolgt multiprofessionell, es werden medizinische, psychologische, pflegerische, ergotherapeutische und physiotherapeutische Aspekte berücksichtigt und in einer interdisziplinären Teamsitzung besprochen. Im Therapieangebot sind unterschiedliche pflegerische Konzepte (Validation, basale

VERSORGUNG

Stimulation, etc.), Physio-, Ergo-, Tier-, Kunst- und Musiktherapie, sowie Logopädie und palliative Betreuung enthalten.

- **Heime mit spezieller Tagesbetreuung** für demenzkranke Bewohner (Modell „Oase“ oder „Stube“): In den Seniorenwohnheimen werden die demenzkranken Menschen tagsüber zur Entlastung des Stationsbetriebes in speziell gestalteten Räumen beschäftigt. In einigen Heimen wird nicht nur ein Beschäftigungsprogramm angeboten, sondern in manchen „Oasen“ werden von den Bewohnern auch Auftragsarbeiten für Firmen erledigt.
- **Heime mit Hausgemeinschaften, bzw. Wohngemeinschaften** für Demenzkranke: die Besonderheit an dieser Wohnform ist der Umstand, dass die Bewohner dabei von Alltagsmanagern dabei unterstützt werden, ihren Alltag (Kochen, Haushaltstätigkeiten, etc.) selbst zu bewältigen. Wohngemeinschaften können auch außerhalb von Seniorenwohnheimen eingerichtet sein.
- Heime, die sich auf die Betreuung **(geronto-)psychiatrischer oder demenzkranker Bewohner** spezialisiert haben.
- Heime **ohne eine spezielle Widmung**.

Bei schwierigen pflegerischen Problemstellungen in Heimen werden psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger (welche zumeist aus dem ambulanten Bereich kommen) herangezogen, um die im Heim tätigen Pflegepersonen zu beraten.

Die Verantwortlichen einiger Einrichtungen vertreten die Meinung, dass ein ganzheitliches Betreuungskonzept, mit dem alle Mitarbeiter (z.B. auch Reinigungs- und Küchenpersonal) vertraut sind, die Grundvoraussetzung einer hohen Versorgungsqualität bildet. Andere gehen davon aus, dass wegen der Heterogenität der Gruppe der Bewohner ein Mix an Konzepten die beste Lösung darstellt.

In Heimen werden folgende Konzepte verwendet:

- Basale Stimulation
- Eden-Alternative
- gerontopsychosoziale Betreuung
- integrationsbegleitende Altenpflege
- Mäeutik
- OASE-Normalitätsprinzip
- personenzentrierter Ansatz nach Kitwood
- psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm
- Snoezelen

VERSORGUNG

- Validation nach Naomi Feil
- validierende Pflege nach Scharb
- wahrnehmende Pflege und Betreuung
- hauseigene Betreuungskonzepte (wie das „Langenloiser Modell“).²⁰⁹

3.4.3.6 Kurzzeitpflege

Unter „Kurzzeitpflege“ versteht man einen vorab zeitlich limitierten Aufenthalt pflegebedürftiger Menschen in einer Institution, die für eine Zeit die Betreuung übernimmt, die sonst von Angehörigen zu Hause durchgeführt wird. Diese Maßnahme soll in erster Linie der zeitweiligen Entlastung der Angehörigen dienen, damit diese beispielsweise Urlaub machen oder einen Kuraufenthalt in Anspruch nehmen können. Die obere Grenze der Aufenthaltsdauer beträgt meistens vier bis sechs Wochen.

Das Wort „Urlaubspflege“ wird öfters synonym für Kurzzeitpflege gebraucht, zu beachten ist jedoch, dass die Wiener städtischen Pflegeheime eine andere Terminologie verwenden. Hier wird unter Kurzzeitpflege ein Angebot zur Rehabilitation und Überbrückung der Zeit nach einem Krankenhausaufenthalt bis zur Entlassung in häusliche Pflege mit maximaler Aufenthaltsdauer von drei Monaten verstanden; die Kurzzeitpflege im oben definierten Sinn heißt hier Urlaubspflege.

In Österreich wird Kurzzeitpflege fast ausschließlich von Einrichtungen für Langzeitpflege angeboten. Entweder steht ein fixes Bettenkontingent zur Verfügung, oder es werden gerade frei werdende Plätze für Kurzzeitpflege vergeben. Letzteres bringt wegen der schlechten Planbarkeit häufig große Probleme für die Angehörigen mit sich.

Eine im Jahr 2005 veröffentlichte Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) ergab, dass Kurzzeitpflege von pflegenden Angehörigen relativ wenig in Anspruch genommen wurde (von nur fünf Prozent der befragten Personen). Gründe dafür waren das mangelnde Angebot, insbesondere auf dem Land, das fehlende Wissen darüber sowie finanzielle Gründe. Fast 40 Prozent der befragten Angehörigen lehnten Kurzzeitpflege prinzipiell ab.²¹⁰

In Zukunft soll Kurzzeitpflege in Österreich vermehrt angeboten werden. Aus dem „Demenzhandbuch“ von 2008 ist ersichtlich, dass die meisten der speziell auf die Betreuung demenzkranker Personen ausgerichteten stationären Einrichtungen in Österreich Kurzzeitpflege entweder bereits anbieten oder ein solches Angebot für möglich halten.²¹¹

Mit den Beweggründen pflegender Angehöriger, die von Kurzzeitpflege Gebrauch gemacht hatten, beschäftigte sich eine qualitative Untersuchung des Instituts für Pflegewissenschaft

VERSORGUNG

der Universität Wien. Im Wesentlichen zeigten sich zwei Motive. Ein Teil der befragten Angehörigen sprach in den Interviews von einer „Notlösung“, die sich aus dem Mangel an Alternativen ergab. „Für die andere Gruppe ist Kurzzeitpflege ein gewohnter und wesentlicher Teil ihres Unterstützungssystems, das ihnen ermöglicht, in ihrem pflegerischen Alltag die Balance halten zu können.“²¹² Eine der Forderungen, die sich aus der Auswertung der Interviews ergaben, ist, dass sich die Betreuung an der Lebenswelt der Kranken orientieren muss, wenn sie angenommen werden soll. Je mehr der Alltag jenem zu Hause ähnelt, je mehr Gewohnheiten beibehalten werden können, desto eher ist zu erwarten, dass die Betreuten sich wohlfühlen können und die Angehörigen sich entlastet fühlen, was für alle Betreuten, mehr jedoch noch für demenzkranke Menschen gilt.²¹³ Dies erfordert unter anderem gute Information des Heimpersonals von Seiten der Angehörigen und ein Umdenken der professionell Pflegenden.

3.5 Versorgungssituation

Derzeit finden sich in der Literatur nur wenige Hinweise auf die aktuelle Versorgungssituation von Demenzerkrankten in Österreich. Internationale Daten sind hingegen nur bedingt auf Österreich umlegbar. Aus diesem Grund wurden zur vollständigen Abbildung der Ist-Situation Datenauswertungen in der österreichischen Sozialversicherung sowie aus den bundesweiten Krankenanstaltendaten vorgenommen. Zur Ergänzung und Erfassung der Situation der Betroffenen, Angehörigen und der Leistungserbringer wurden eine Expertenbefragung sowie ein Workshop zur Ist-Analyse der Versorgung von Demenzerkrankten veranstaltet. In der Folge findet sich eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Erhebungen.

3.5.1 Datenauswertung Sozialversicherung

3.5.1.1 Einführung

Den Krankenversicherungsträgern stehen in Österreich insbesondere Daten aus dem niedergelassenen Bereich zur Verfügung. Die in weiterer Folge angeführten Auswertungen beziehen sich daher primär auf die im System FOKO erfassten Daten der bei österreichischen Krankenversicherungsträgern anspruchsberechtigten Personen (d.h. der Versicherten sowie der mitversicherten Angehörigen).

Niedergelassene Mediziner erfassen in ihrer Leistungsdokumentation keine Diagnosen, wodurch eine eindeutige Identifizierung von Patienten mit einer bestimmten Erkrankung häufig nicht möglich ist. Erfasst wird allerdings, welche Medikamente welchen Versicherten verordnet wurden. Dies ermöglicht teilweise Rückschlüsse über die Häufigkeit von Erkrankungen, sofern es sich um bestimmte „krankheitstypische“ Medikamente handelt, welche nur im Falle einer bestimmten Erkrankung verordnet werden. Im Falle der Demenz kann hier auf die Gruppe der Antidementiva (ATC-Codes N06D) zurück gegriffen werden, welche ausschließlich dementen Personen verordnet werden sollen. Dieser Schlüssel wurde angewandt, um die in der Folge in diesem Kapitel als „identifizierte Demenzkranke“ bzw. „Demenzkranke“ bezeichneten Anspruchsberechtigten zu identifizieren.

Zu den in der Folge ausgewerteten Daten ist anzumerken, dass jene für das Jahr 2004 aufgrund von Änderungen in der Erfassung sowie der Datenhaltung gegenüber den Jahren ab 2005 nicht völlig identisch sind. Die Vergleiche zwischen den einzelnen Krankenkassen beruhen grundsätzlich auf demselben Algorithmus, es sind allerdings inhaltliche Abweichungen aufgrund von unterschiedlicher Datenerfassung nicht völlig auszuschließen.

VERSORGUNG

3.5.1.2 Anzahl der identifizierten Demenzkranken

Wie in der Einführung dargestellt, wurde anhand der Verschreibung von Demenzmedikamenten die Anzahl jener Anspruchsberechtigten identifiziert, welche aufgrund der Tatsache, dass sie Antidementiva bezogen haben, vermutlich an einer Demenz leiden. Die identifizierten Demenzkranken beziehen sich lediglich auf die jeweilige Gebietskrankenkasse, nicht einbezogen sind Anspruchsberechtigte der Sondersversicherungsträger, die im jeweiligen Bundesland versichert sind.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der identifizierten Demenzerkrankten sowie die Prävalenz, die aufgrund von Publikationsdaten für das jeweilige Bundesland anhand der für Österreich prognostizierten Gesamtprävalenz von rund 100.000 Erkrankten und der aktuellen Bevölkerungszahlen der Statistik Austria hochgerechnet wurden (vgl. Kap. 2.3).

Tabelle 12 - identifizierte Demenzerkrankte versus Prävalenz (eigene Berechnung)

Bundesland	Identifizierte Demenzerkrankte der Gebietskrankenkasse	Progn. Prävalenz bezogen auf Wohnbevölkerung	Id. Demenzerkrankte in % der Prävalenz
Wien	6.846	20.000	34 %
Oberösterreich	4.623	17.000	27 %
Niederösterreich	5.614	19.200	29 %
Steiermark	3.443	14.500	24 %
Burgenland		3.400	
Kärnten		6.700	
Salzburg		6.400	
Tirol		8.400	
Vorarlberg		4.400	
gesamt		100.000	

Die dargestellten, auf das Jahr 2007 bezogenen Daten zeigen, dass je nach Bundesland nur rund 1/4 bis 1/3 der aufgrund der Prävalenzraten ermittelten Demenzerkrankten von den Gebietskrankenkassen mit Antidementiva versorgt werden. Selbst unter Berücksichtigung eines geringen Anteils von Erkrankten, die sich aufgrund der Schwere der Erkrankung in einem Stadium befinden, in dem lt. Erstattungskodex keine Antidementiva mehr erstattet werden, ist hier demnach von einer medikamentösen Unterversorgung auszugehen.

Es kommt jährlich zu einer Zunahme der identifizierten Demenzerkrankten bei allen untersuchten Gebietskrankenkassen. Im Jahr 2007 konnten beispielsweise aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten der WGKK rund 6.850 Demenzerkrankte ermittelt werden. Im Zeitverlauf stieg die Zahl der Demenzerkrankten – mit einem jährlichen Zuwachs von 750 bis

VERSORGUNG

1.200 Personen – kontinuierlich an. Dies kann allerdings, da die Erkrankten aufgrund der Medikamentenverordnungen identifiziert wurden, neben einer Zunahme der Prävalenz auch auf eine verstärkte Verordnung von Demenzmedikamenten hindeuten. Gleichzeitig zeigt diese Auswertung allerdings auf, dass Demenzerkrankungen auch im Bereich der Krankenkasse ein tendenziell stark zunehmendes Phänomen darstellen.

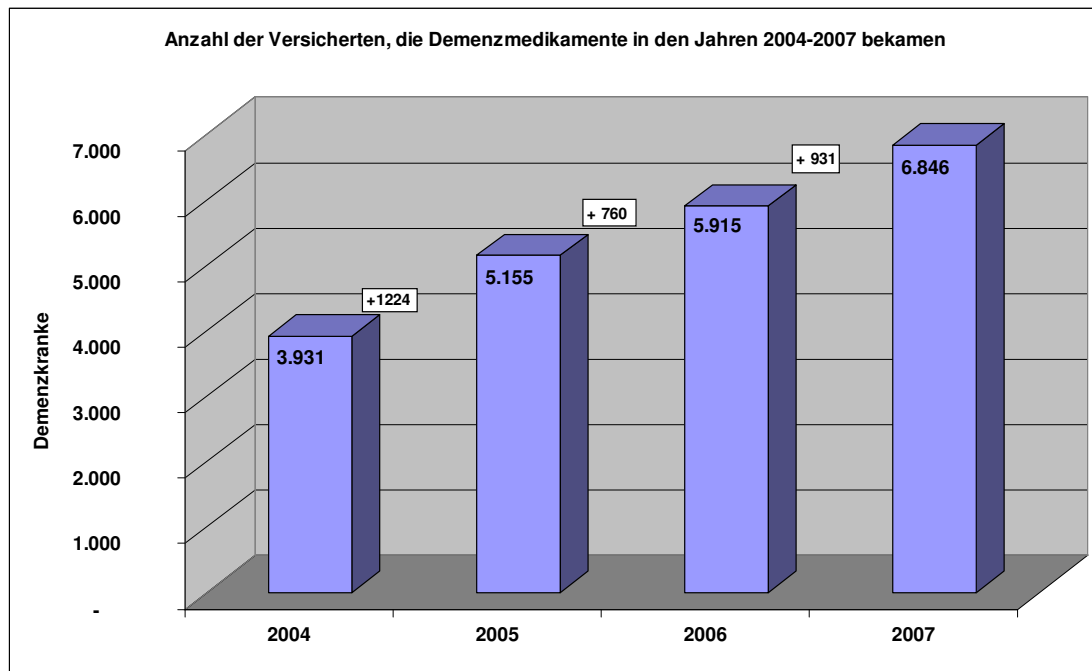


Abbildung 8 - Anzahl identifizierte Demenzerkrankte (WGKK)

Exkurs:

Auf Basis der von der Initiative Alzheimer Europe publizierten Schätzung, dass in Österreich rund 30 % der an einer Demenz Erkrankten medikamentös versorgt werden²¹⁴, können anhand der Versichertenstruktur für Wien, ausgehend von den 6.850 medikamentös versorgten Versicherten, rund 23.000 Betroffene bzw. für ganz Österreich rund 110.000 Erkrankte hochgerechnet werden. Diese Zahl deckt sich mit den in Kapitel 2.1. dargestellten, von Experten publizierten Hochrechnungen und wurde im Rahmen eines Expertenworkshops von Fachexperten für plausibel erachtet (siehe dazu auch Kap. 3.5.6.1.).

3.5.1.3 Demenzkrankte je 10.000 Einwohner im Kassenvergleich

Aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungs- und Versichertenzahlen in den einzelnen Bundesländern bzw. bei den einzelnen Krankenkassen muss - zur besseren Vergleichbarkeit der Daten - ein Referenzwert gebildet werden. Die Zahl der Demenzkrankten je 10.000 Einwohner ermöglicht einen Vergleich unterschiedlicher Bundesländer. Der folgenden Abbildung ist zu entnehmen, dass von der WGKK mit mehr als 40 Personen im Jahr 2007 mehr Anspruchsberechtigte mit Antidementiva versorgt wurden, als von der NÖGKK bzw. der OÖGKK. Dieser Umstand kann allerdings auch auf einer unterschiedlichen Verschreibungshäufigkeit von Antidementiva bei den Fachärzten zurückgeführt werden.

VERSORGUNG

Gleichzeitig unterstreicht die Darstellung nochmals, dass es jährlich bei allen Kassen zu einer Zunahme der mit Antidementiva versorgten Personen kommt.

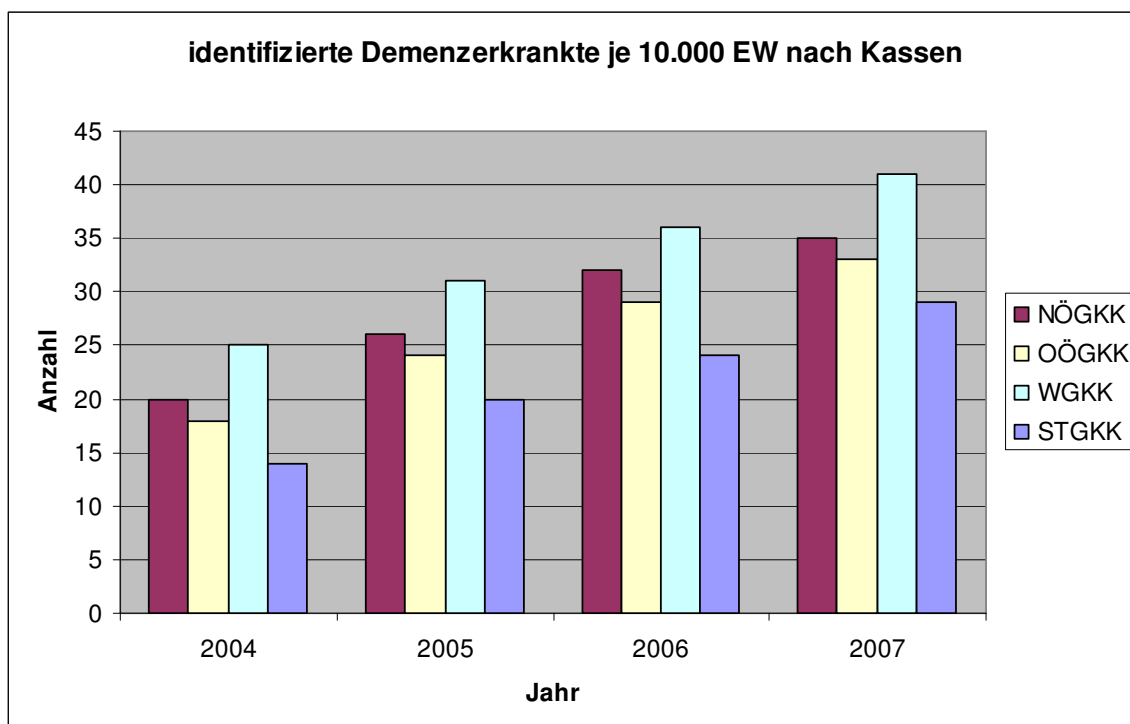


Abbildung 9 - identifizierte Demenzerkrankte je 10.000 EW nach Kassen

Um den Unterschied in der Dichte der versorgten Demenzerkrankten sowie in dem Anstieg dieser Personengruppe nochmals zu verdeutlichen, wird in der folgenden Tabelle die Zahl der identifizierten Demenzerkrankten je 10.000 Einwohner aus den Jahren 2005 und 2007 sowie die prozentuelle Zunahme gegliedert nach Kassen dargestellt. Es lässt sich hier deutlich erkennen, dass die WGKK die höchste Zahl an Demenzerkrankten mit Antidementiva versorgt, während die STGKK die wenigsten Demenzerkrankten aufgrund der Verordnungen von Antidementiva identifizieren konnte. Gleichzeitig ist der Anstieg an identifizierten Demenzerkrankten aber – mit Ausnahme der STGKK – in jenen Kassen mit einer niedrigeren Anzahl an versorgten Personen am höchsten. Sollte demzufolge die Diagnoserate in ländlichen Gebieten noch geringer sein, als im städtischen Raum, so scheint sich dies in den letzten Jahren zunehmend an- bzw. auszugleichen.

Tabelle 13 - Demenzerkrankte je 10.000 Einwohner (Gegenüberstellung)

Krankenkasse	Demenzerk./10.000 EW 2005	Demenzerkr./10.000 EW 2007	Anstieg in %
NÖGKK	20	35	75 %
OÖGKK	18	33	83 %
WGKK	25	41	64 %
STGKK	20	29	45 %

VERSORGUNG

3.5.1.4 Altersstruktur der Demenzerkrankten

Betrachtet man die Altersverteilung der identifizierten Demenzerkrankten der WGKK, so wird deutlich, dass der Großteil in der Altersgruppe über 60 Jahren liegt, wobei mehr als die Hälfte der Erkrankten zwischen 80 und 89 Jahre alt sind. Im Zeitverlauf nimmt der Anteil der Erkrankten in höheren Altersgruppen tendenziell zu.

Tabelle 14 - Altersstruktur Demenzerkrankte in % (WGKK)

Jahr	0 – 39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80-89 Jahre	90-99 Jahre
2004	0,45	0,48	1,53	6,26	31,26	48,10	11,91
2005	0,40	0,58	1,69	6,52	28,28	50,81	11,74
2006	0,33	0,37	1,37	7,08	25,95	52,97	11,92
2007	0,35	0,35	1,37	6,97	23,66	54,50	12,78

Verglichen mit den in der Literatur berichteten Prävalenzzahlen (vgl. Kap. 2.1.1 und 2.1.2) fällt auf, dass sich in diesen Auswertungen weniger Personen in der Altersgruppe über 90 Jahre befinden. Da allerdings im Krankheitsverlauf häufig die medikamentöse Behandlung abgesetzt wird und bei vielen Erkrankten über 90 Jahre von einem fortgeschrittenen Stadium ausgegangen werden kann, scheint diese Beobachtung relativ leicht argumentierbar.

Vergleicht man die Alterstruktur der identifizierten Demenzerkrankten zwischen den einzelnen Bundesländern, so zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Zwischen 2005 und 2007 ging der Anteil der Erkrankten in den Altersgruppen zwischen 60 und 79 Jahren in allen Bundesländern zurück, während der Anteil der >80-jährigen Demenzerkrankten zugenommen hat. Zwischen Wien und Niederösterreich gibt es stärkere Unterschiede in der Altersgruppe zwischen 70 und 79 Jahren. Während bei der STGKK rund 32 % der identifizierten Demenzerkrankten dieser Altersgruppe angehören, sind es bei der WGKK nur rund 24 %. Der Gruppe der Über-90-Jährigen hingegen konnten in Wien mit rund 13 % mehr Erkrankte zugeordnet werden als in Niederösterreich mit rund 7 % bzw. in der Steiermark mit lediglich rund 6 %. Die folgende Abbildung, welche sich jeweils auf das Jahr 2007 bezieht, verdeutlicht nochmals, dass die medikamentös versorgten Demenzerkrankten der WGKK tendenziell älter sind, als jene der anderen Kassen. Insbesondere in der Altersgruppe der Über-90-jährigen finden sich bei der WGKK deutlich mehr Demenzerkrankte.

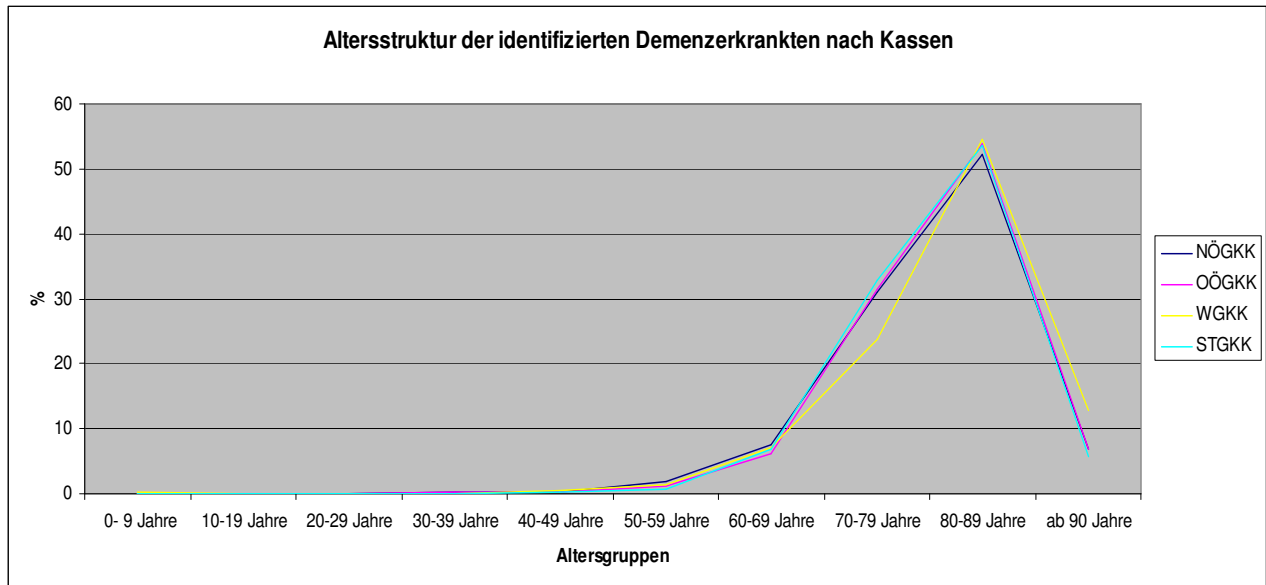


Abbildung 10 - Altersstruktur der Demenzerkrankten im Kassenvergleich

3.5.1.5 Geschlechtsverteilung der Demenzerkrankten

International wird berichtet, dass in Summe mehr Frauen als Männer von einer Demenz betroffen sind. Dies wird insbesondere dadurch argumentiert, dass die Prävalenz mit dem Alter zunimmt und daher Frauen – basierend auf der höheren Lebenserwartung gegenüber Männern – häufiger betroffen sind. Die Datenauswertungen der Gebietskrankenkassen untermauern diese Theorie, da Frauen insbesondere in den älteren Alterskohorten häufiger betroffen sind als Männer. Zudem zeigte sich bei den Frauen in den letzten 4 Jahren eine deutliche Verlagerung der Krankheitslast insbesondere von den Über-70- auf die Über-80-Jährigen; eine Entwicklung, die sich bei den Männern zwar auch, aber deutlich weniger stark ausgeprägt präsentierte. Für die Anspruchsberechtigten der WGKK, welche in den Jahren 2004 bis 2007 Antidementiva erhielten, zeigt die Geschlechtsverteilung je 10.000 Einwohner, dass mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen sind. Zu erwähnen ist jedoch, dass ein etwaiges geschlechtsspezifisches Verordnungsverhalten der Ärzte hier nicht völlig ausgeschlossen werden kann.

VERSORGUNG

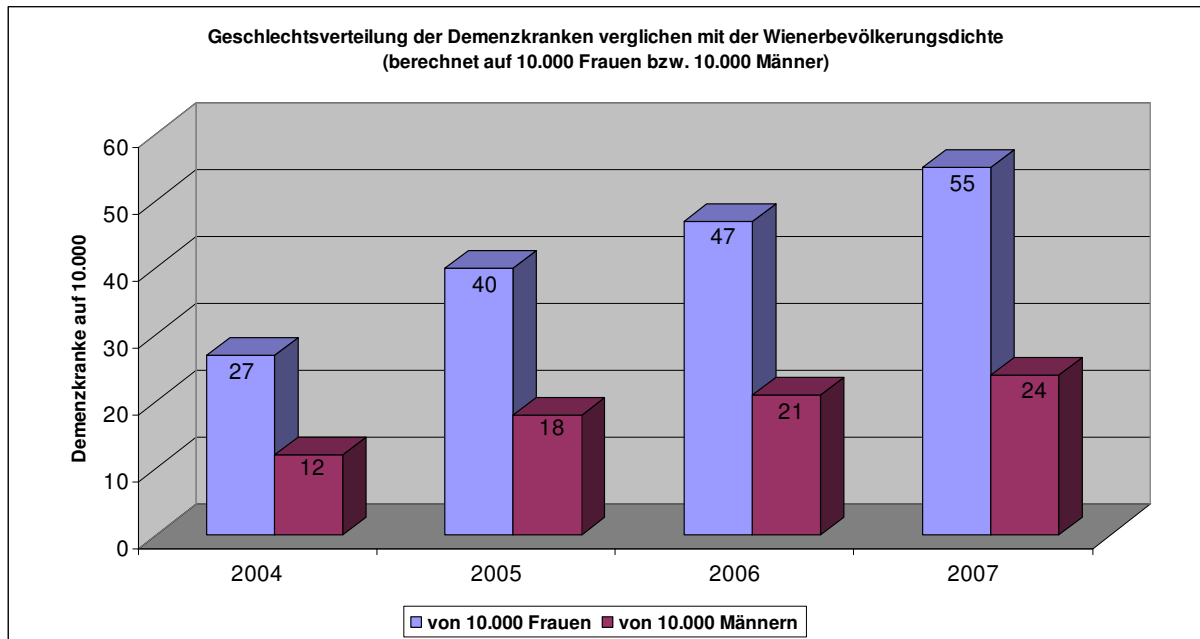


Abbildung 11 - Geschlechtsverteilung der Demenzerkrankten je 10.000 EW (WGKK)

Die Daten der anderen Krankenversicherungsträger zeigen eine annähernd idente Relation zwischen Männern und Frauen. Bei allen Kassen ist der Anteil der identifizierten weiblichen Demenzerkrankten bedeutend höher.

Tabelle 15 - identifizierte Demenzerkrankte nach Geschlecht und Kassen (Gegenüberstellung)

Krankenkasse	Identifizierte Demenzerkrankte je 10.000 Frauen im Jahr 2007	Identifizierte Demenzerkrankte je 10.000 Männer im Jahr 2007
NÖGKK	48	21
OÖGKK	36	17
WGKK	55	24
STGKK	38	17

3.5.1.6 Verordnungen von Antidementiva

Die Datenauswertungen der WGKK zeigten im Bereich der Antidementiva, dass diese Medikamentengruppe (ATC Codes NO6D) im Jahr 2007 mehr als 10 % der Patienten nur einmal pro Jahr verordnet wird. In Leitlinien wird empfohlen, eine Behandlungsdauer bei Ersteinstellung – falls nicht Nebenwirkungen zum Absetzen zwingen – von mindestens 12 bis 24 Wochen einzuhalten.²¹⁵ Daher sind solche einmaligen Verordnungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht abzulehnen. Zudem erhielten 2007 weitere rund 15 % der Patienten weniger als vier Verordnungen pro Jahr, was ebenfalls auf eine teilweise Fehl- oder Unterversorgung hinweist. Hier muss allerdings jener Anteil der Patienten berücksichtigt werden, welcher erst gegen Jahresende die erste(n) Verschreibung(en) erhalten bzw. jene, bei denen ein Präparat aufgrund der Nebenwirkungen bzw. anderen medizinischen Indikationen wieder abgesetzt werden muss.

VERSORGUNG

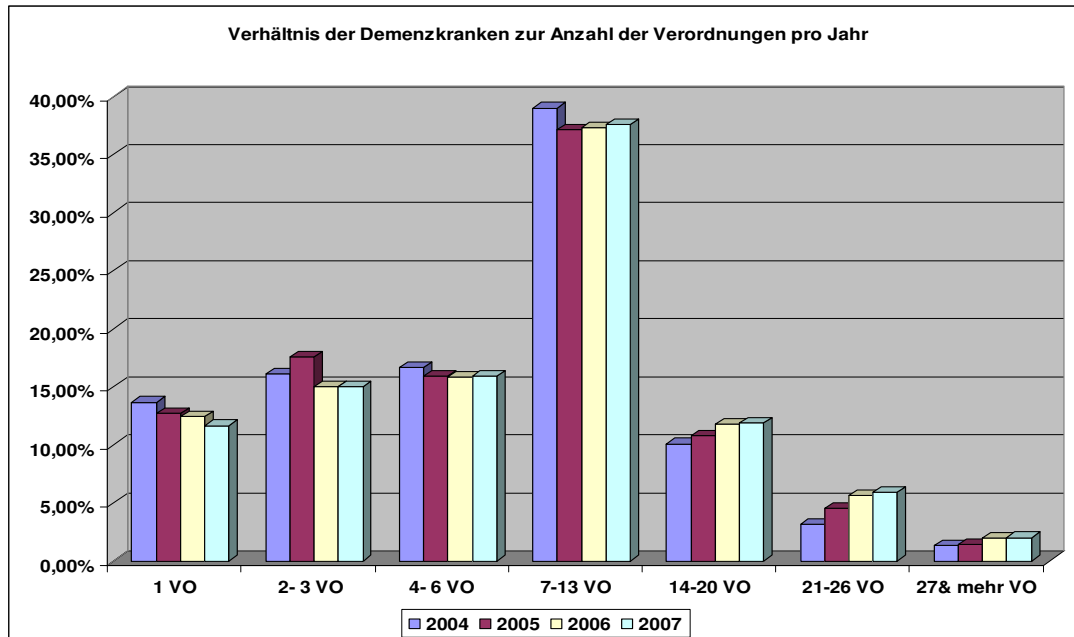


Abbildung 12 - Verhältnis Demenzerkrankte zu Anzahl der Verordnungen (WGKK)

Basierend auf den Hochrechnungen, nach denen in Wien mehr als 20.000 Demenzerkrankte leben, muss darauf hingewiesen werden, dass im Jahr 2007 nur rund 7.000 Erkrankte Antidementiva erhielten. Auch bei Beachtung der Tatsache, dass eine Antidementiva-Gabe nur in eingegrenzten Stadien von den Krankenversicherungsträgern getragen wird, ist von einer Unterversorgung eines beachtlichen Teils der Patienten auszugehen.

Bei der NÖGKK war im Vergleich der Anteil der Einmalverordnungen im Jahr 2007 mit rund 8 % und jener der Erkrankten mit weniger als vier Verordnungen mit rund 12,5 % etwas geringer. Sowohl bei der WGKK als auch bei der NÖGKK nimmt der Anteil der Einmalverordnungen in den letzten Jahren aber stetig ab.

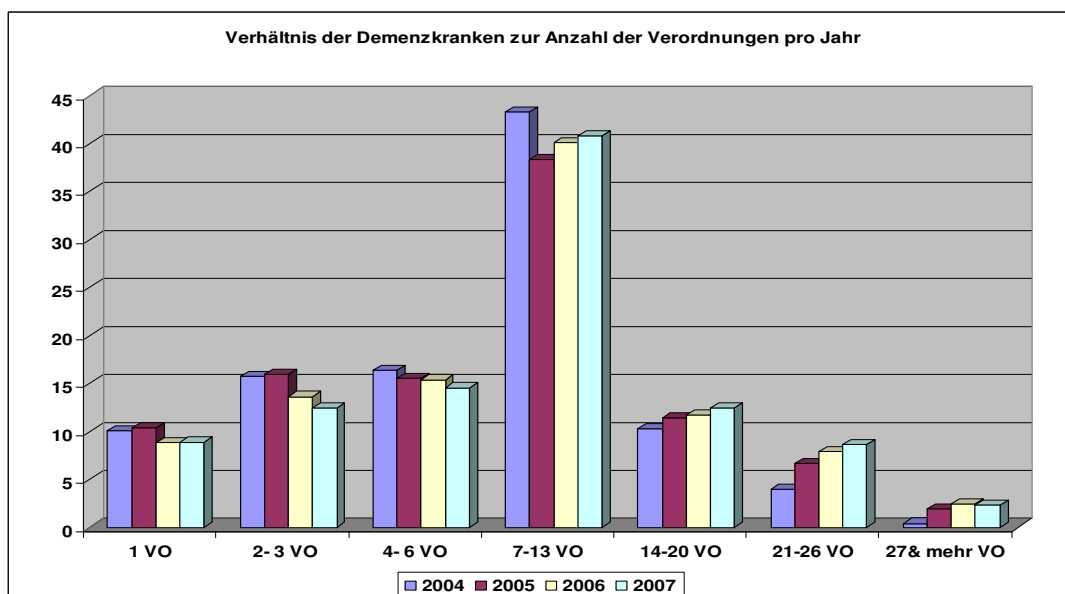


Abbildung 13 - Verhältnis der Demenzerkrankten zur Anzahl der Verordnungen (NÖGKK)

VERSORGUNG

Die Auswertung der STGKK präsentiert sich sehr ähnlich und zeigt lediglich im mittleren Bereich mit rund 44 % der Verordnungen im Ausmaß von 7 bis 13 pro Jahr eine etwas stärkere Ausprägung als bei den vorangehenden Kassen. Es werden hier demzufolge tendenziell etwas mehr Patienten mit einem durchschnittlichen Jahresbedarf an Antidementiva versorgt.

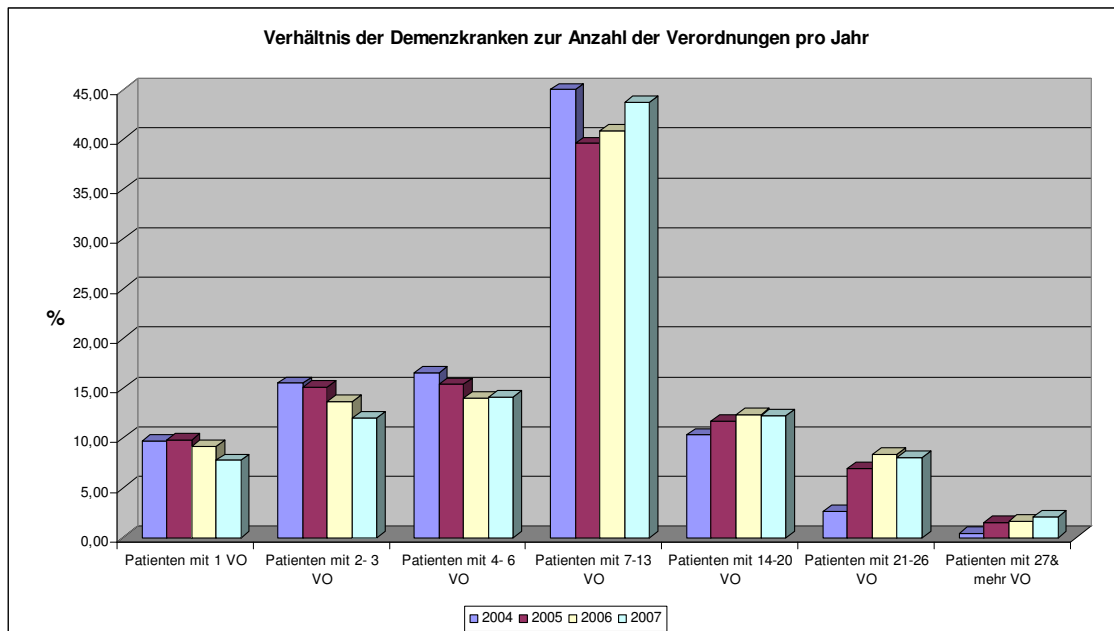


Abbildung 14 - Verhältnis der Demenzkranken zur Anzahl der Verordnungen pro Jahr (STGKK)

Auch bei der OÖGKK zeigt sich, dass die Frequenz von Einmalverordnungen in den Jahren 2005 bis 2007 stetig leicht abgenommen hat. Gleichzeitig zeigte sich bei Patienten, die nur 2 bis 3 Verordnungen erhalten haben ein Rückgang, während der Anteil jener, die mehr als 14 Verordnungen erhalten haben, angestiegen ist. Aufgrund der Logik der Auswertung, dass sich jene Patienten, die bereits im Jahr 2004 in die Auswertung aufgenommen wurden, im Jahr 2007 durchschnittlich schon in einem schwereren Stadium der Erkrankung befinden, ist diese Zunahme bei den Verordnungen erklärbar. Im Vergleich zur Auswertung der STGKK sind bei der OÖGKK allerdings generell weniger Patienten der Gruppe mit mehr als 14 Verordnungen zuzuordnen.

VERSORGUNG

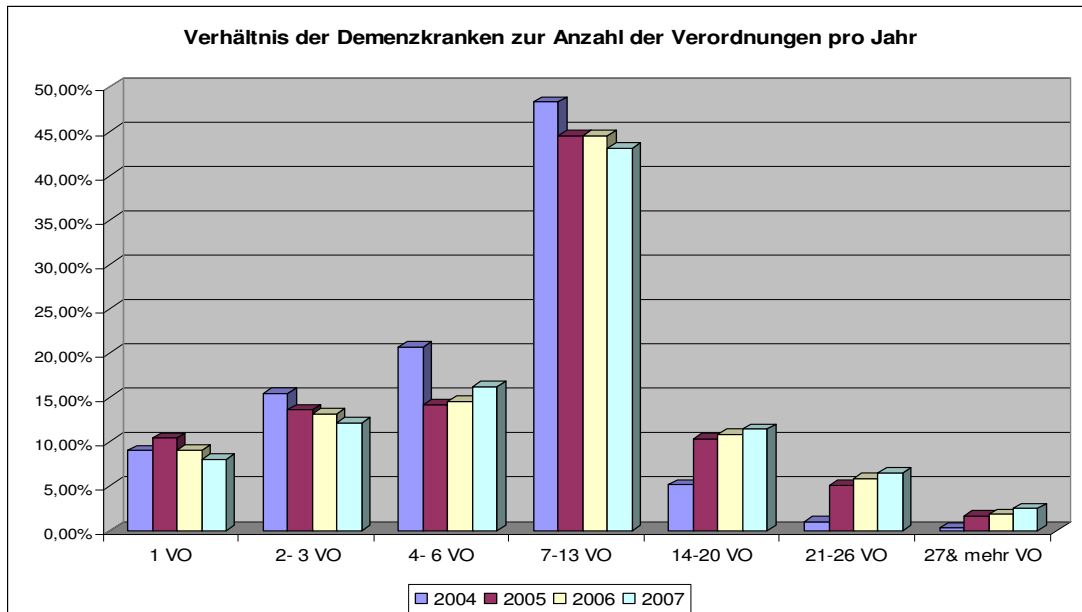


Abbildung 15- Verhältnis der Demenzerkrankten zur Anzahl der Verordnungen (OÖGKK)

3.5.1.7 Heilmittelkosten von Demenzerkrankten für alle Medikamente

Betrachtet man die durchschnittlichen Heilmittelkosten, die für identifizierte Demenzerkrankte pro Jahr abgerechnet werden, so zeigt sich, dass diese Kosten in den letzten 4 Jahren bei allen Krankenkassen kontinuierlich angestiegen sind. Im Jahr 2007 wurden von der NÖGKK und der STGKK durchschnittliche Heilmittelkosten von rund € 1.700,-- pro Erkranktem und Jahr verzeichnet, während sich diese Kosten bei der WGKK und der OÖGKK im Bereich von € 1.500,-- bewegten.

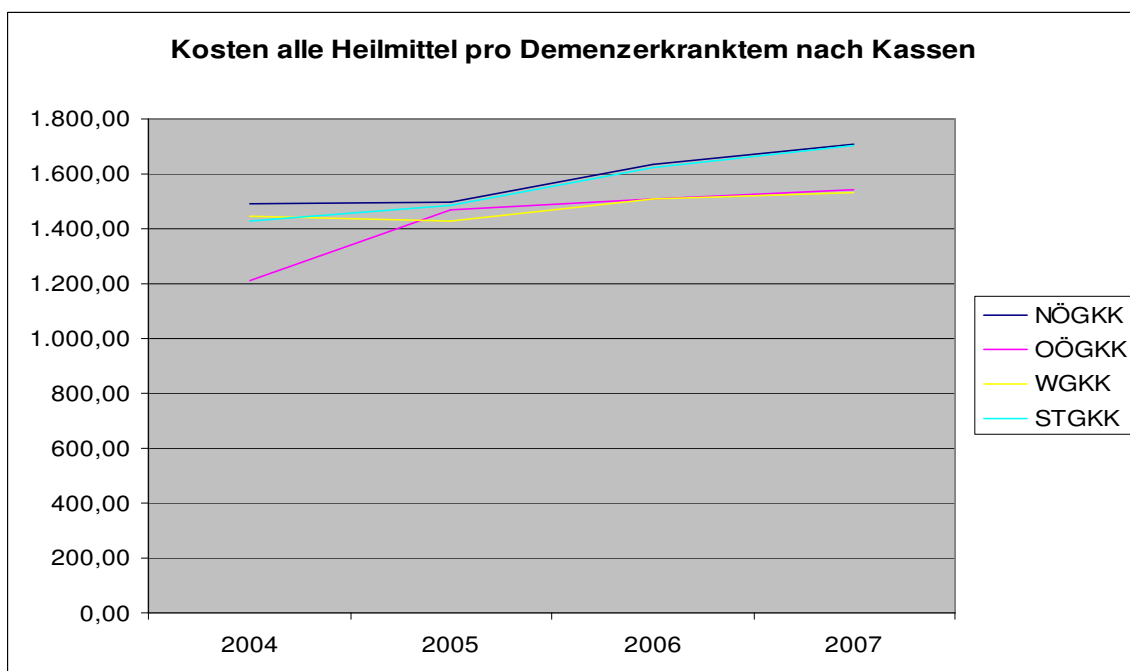


Abbildung 16 - Heilmittelkosten (alle Medikamente) der identifizieren Demenzerkrankten

3.5.1.8 Heilmittelkosten für Antidementiva

Um zu verifizieren, ob die höheren Medikamentenkosten auf die Antidementiva oder auf andere Heilmittel zurückzuführen sind, wurde eine weitere Auswertung vorgenommen. Ausschließlich auf die Gruppe der Antidementiva bezogen ergeben sich aus den Daten der NÖGKK und der STGKK durchschnittliche Heilmittelkosten von rund € 990,- je identifiziertem Demenzerkranktem im Jahr 2007, während die Kosten der OÖGKK mit rund € 950,- etwas darunter liegen. Hingegen verzeichnete die WGKK hier nur Kosten von durchschnittlich € 870,- pro Jahr. Beachtet man aber, dass bei der NÖGKK jeweils der Anteil jener Patienten mit mehr als 7 Verordnungen im Jahr etwas höher ist, als bei der WGKK, lassen sich die durchschnittlich höheren Kosten pro Patient argumentieren.

Auch bei den Antidementiva ist bei allen Kassen in den letzten 4 Jahren eine kontinuierliche Kostensteigerung zu beobachten. In Summe zeigt sich, dass Antidementiva rund die Hälfte der durchschnittlichen Heilmittelkosten von Demenzerkrankten einnehmen.

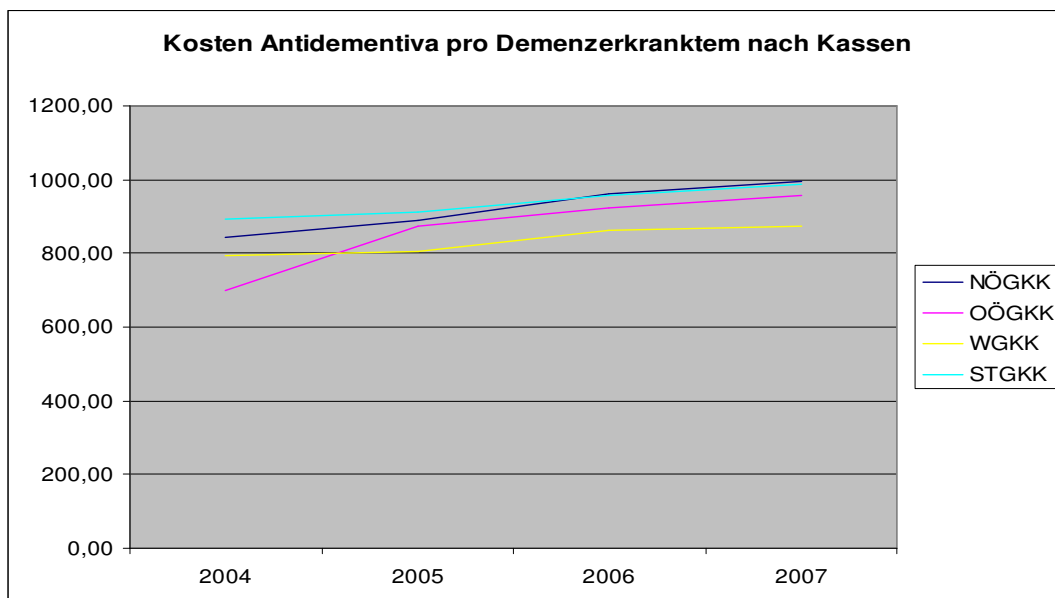


Abbildung 17 - Heilmittelkosten (Antidementiva) pro identifiziertem Demenzerkranktem

3.5.1.9 Vergleich der Heilmittelkosten Demenzkranker und Anspruchsberechtigter ohne Demenz

Um eine Aussage über die Höhe der Heilmittelkosten Demenzkranker treffen zu können, muss eine Vergleichsgruppe herangezogen werden. Es wurden hier für die WGKK alle Anspruchsberechtigten der jeweiligen Altersgruppe herangezogen, die in den Jahren 2004 bis 2007 keine Verordnungen von Antidementiva erhalten haben, unabhängig davon, ob sie überhaupt Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht (d.h. Vergleich auch mit „gesunden“ Personen). Aus diesem Vergleich wird deutlich, dass Demenzkranke deutlich höhere Heilmittelkosten verursachen. Selbst unter der Berücksichtigung der Antidementiva bleiben die Heilmittelkosten der Demenzerkrankten höher als jene der Vergleichsgruppe. Die folgende Grafik zeigt den Vergleich begrenzt auf Personen über 50 Jahre.

VERSORGUNG

Es zeigt sich hier auch, dass der jährliche Kostenanstieg in den letzten 4 Jahren bei Demenzerkrankten durchschnittlich höher war, als bei nicht dementen Personen.

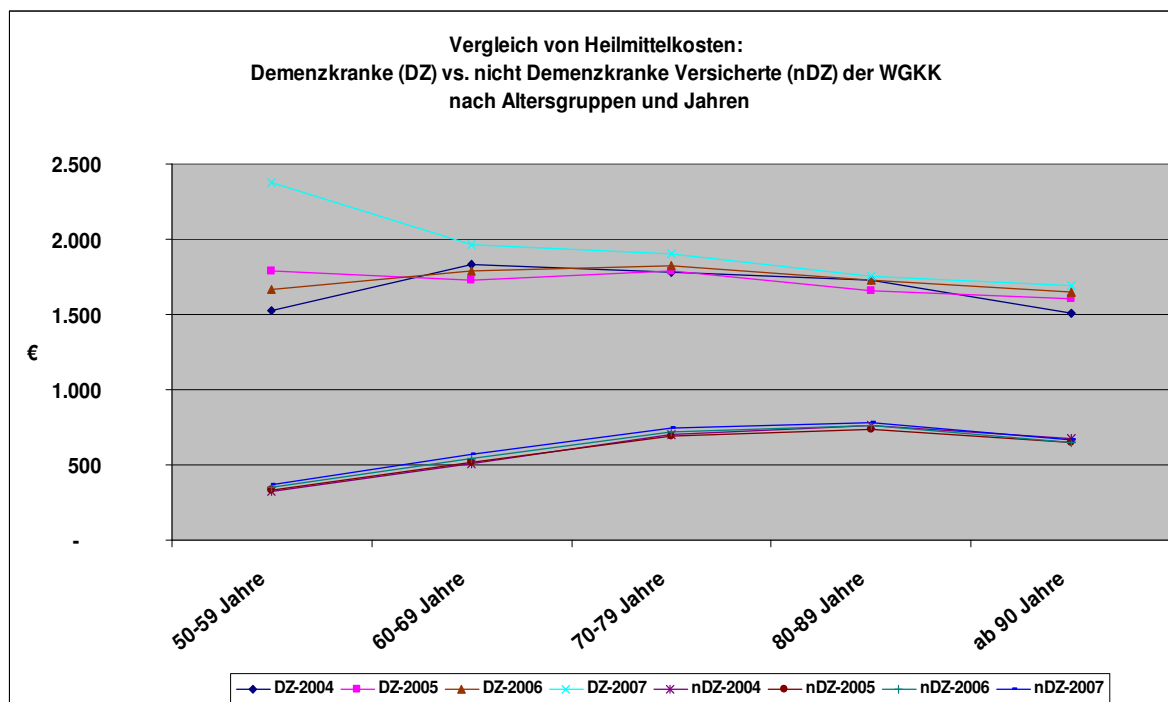


Abbildung 18 - Vergleich Heilmittelkosten (WGKK)

3.5.1.10 Anzahl der abgerechneten Arztkontakte von Demenzerkrankten

In Bezug auf die Arztkontakte konnte aus den Daten der Krankenkassen festgestellt werden, dass die aufgrund der Heilmittelverordnungen identifizierten Demenzerkrankten äußerst viele Arztkontakte aufweisen. Aufgrund der Spezifika der Verrechnung (Fallpauschale) wurden für die rund 6.800 identifizierten Demenzerkrankten der WGKK rund 196.000 Arztkontakte im Jahr 2007 abgerechnet, was deutlich unter jenen Werten der anderen Kassen liegt. Die NÖGKK verrechnete im Jahr 2007 bei rund 5.600 identifizierten Demenzerkrankten rund 222.000 Arztkontakte und die OÖGKK bei rund 4.600 Demenzerkrankten immerhin 188.000 Arztkontakte, wobei bei diesen Kassen grundsätzlich jede Konsultation vergütet wird. Die STGKK verzeichnete bei nur rund 3.400 identifizierten Demenzerkrankten immerhin rund 152.000 abgerechnete Arztkontakte was in Relation zu der Zahl der Erkrankten ebenfalls deutlich mehr Kontakte ergibt, als bei der WGKK. Die Vergleichbarkeit dieser Daten ist aufgrund der unterschiedlichen Erfassung und Verrechnung der Arztkontakte bei den einzelnen Kassen stark eingeschränkt. Aus diesem Grund wird auf eine direkte Gegenüberstellung an dieser Stelle verzichtet.

Bei den abgerechneten Arztkontakten dominieren deutlich die Kontakte bei Ärzten für Allgemeinmedizin. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der abgerechneten Arztkontakte bei der WGKK nach Fachgruppen inklusive Allgemeinmedizin und verdeutlicht nochmals die Dominanz dieser Gruppe:

VERSORGUNG

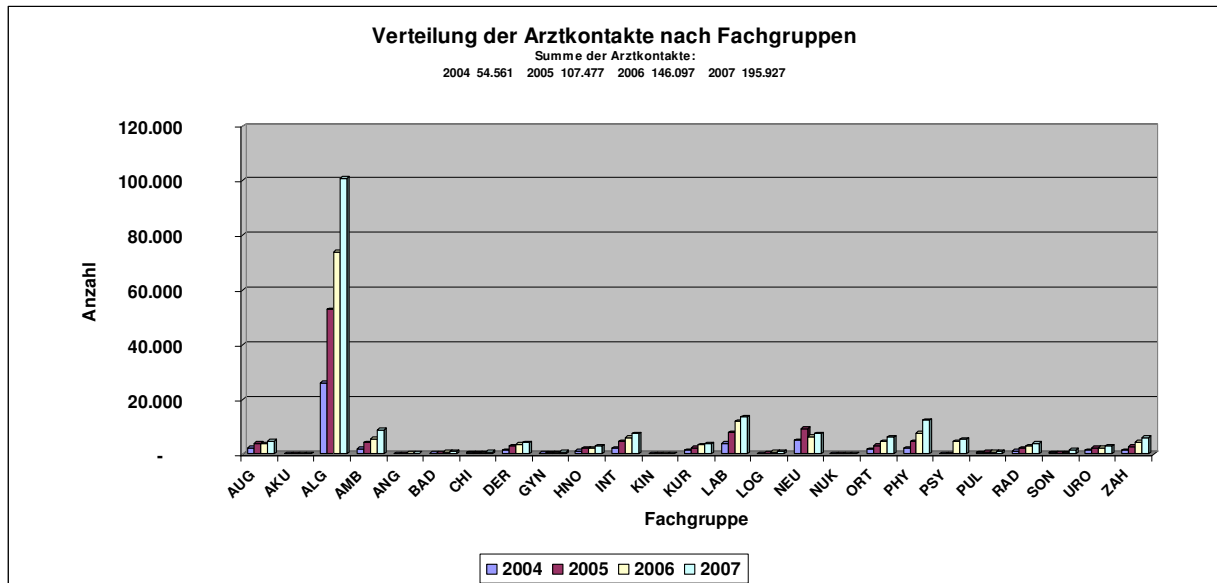


Abbildung 19 - Anzahl der abgerechneten Arztkontakte nach Fachgruppen (WGKK)

Der Anteil der Facharztkontakte differiert stark zwischen den Bundesländern und es zeigt sich, dass die identifizierten Demenzerkrankten in Wien deutlich häufiger einen Facharzt in Anspruch nehmen, als in Niederösterreich oder in Oberösterreich. Bei den Fachärzten dominieren insbesondere die Kontakte bei Fachärzten für Neurologie jene für Psychiatrie (ab 2006). Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Facharztkontakte der identifizierten Demenzerkrankten der NÖGKK. Es zeigt sich, dass die Anzahl der Facharztkontakte im Zeitverlauf kontinuierlich bei allen Fachgruppen zunimmt, insbesondere aber bei den erwähnten Fachgruppen Neurologie und Psychiatrie, was auch auf die Notwendigkeit der fachärztlichen Verordnung von Antidementiva zurückzuführen ist.

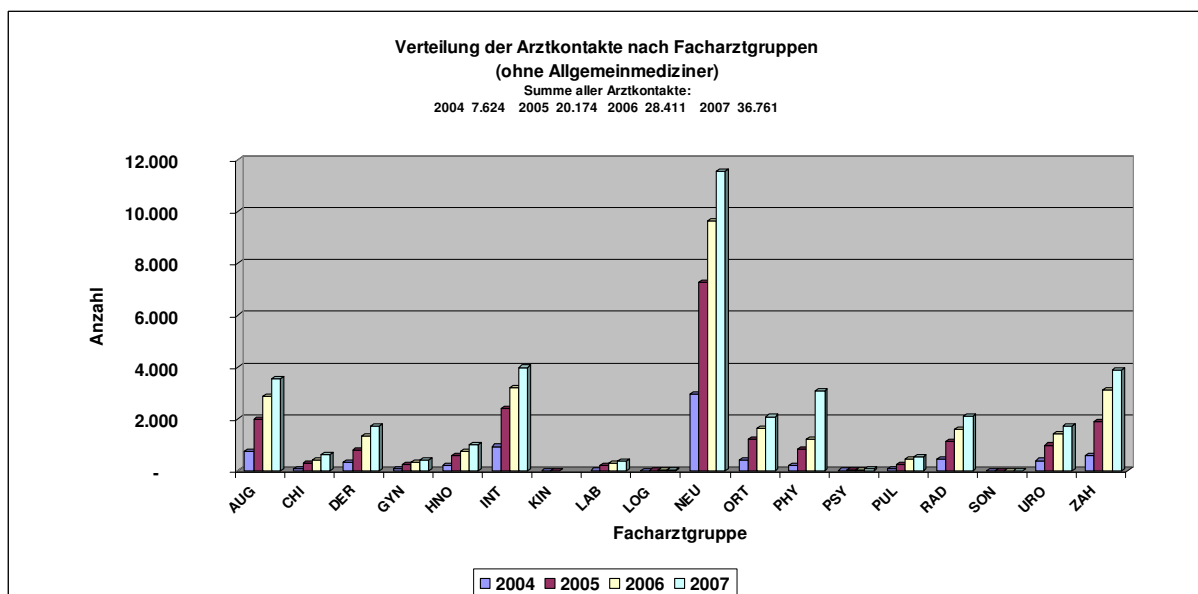


Abbildung 20 - Arztkontakte nach Facharztgruppen (NÖGKK)

VERSORGUNG

3.5.1.11 Durchschnittliche Arztkosten Demenzerkrankter

Auf der Kostenseite verursachten diese Arztkontakte im Jahr 2007 Kosten zwischen rund € 4 Mio. bei der OÖGKK, € 4,5 Mio. bei der NÖGKK und rund € 6,7 Mio. bei der WGKK. Während bei der OÖGKK und bei der NÖGKK rund die Hälfte der abgerechneten Kosten auf Fachärzte entfallen, nehmen die abgerechneten Kosten für Fachärzte bei der WGKK rund zwei Drittel der gesamten Arztkosten ein. Bei der STGKK wurden von den gesamten € 3,1 Mio., welche von Ärzten abgerechnet wurden, mit € 1,35 Mio. etwa 40 % von Fachärzten eingenommen. Beispielhaft wird in der Folge die Kostenverteilung der STGKK auf die einzelnen Facharztgruppen ohne Allgemeinmediziner dargestellt:

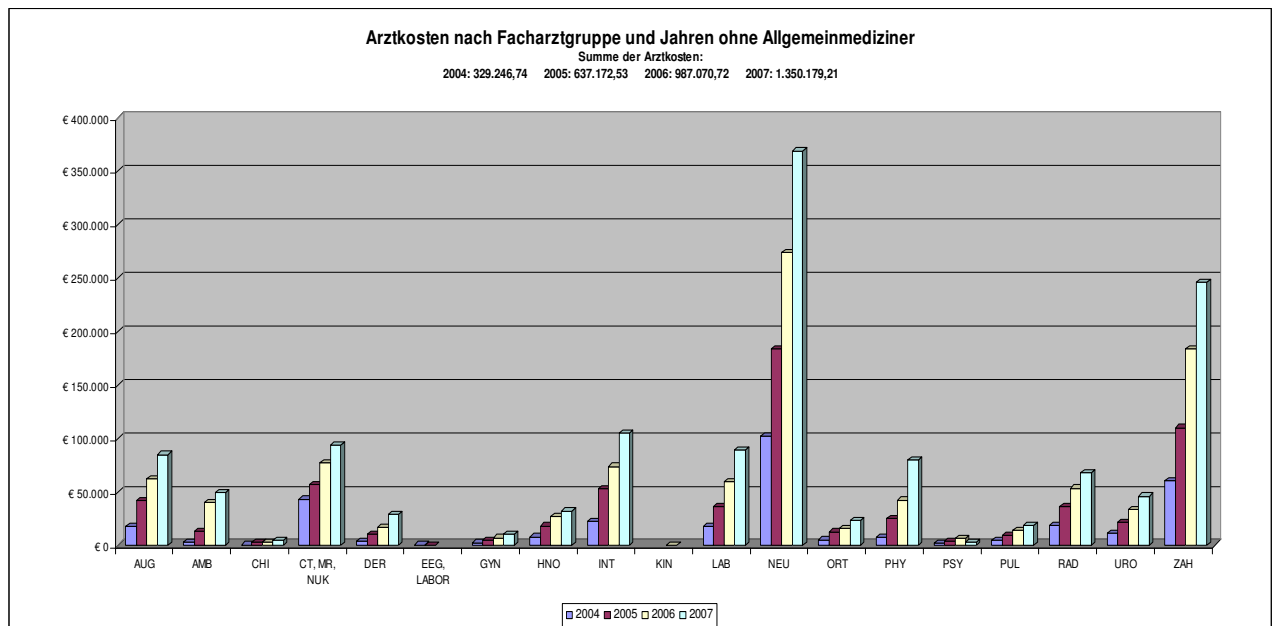


Abbildung 21 - Arztkosten nach Facharztgruppen (STGKK)

Auffällig sind hier insbesondere die – im Vergleich zur Anzahl der Kontakte – hohen Kosten im Bereich der Zahnmedizin, die sich auf diese Weise auch in den Daten der OÖGKK und der WGKK und in geringerer Form auch in jenen der NÖGKK wieder finden.

Um die abgerechneten Arztkosten der einzelnen Kassen direkt vergleichen und um deren Anstieg nachvollziehen zu können, ist eine Angabe in Kosten je Erkranktem notwendig. Im Vergleich zwischen den bei den unterschiedlichen Kassen erfassten Kosten zeigt sich, dass die durchschnittlichen Arztkosten pro Patient und Jahr in Wien am höchsten und in Niederösterreich am niedrigsten sind. Es ist hier anzumerken, dass, wie schon im vorangegangenen Kapitel erwähnt, die identifizierten Demenzerkrankten der WGKK deutlich häufiger einen Facharzt in Anspruch nehmen, als jene der anderen Kassen.

VERSORGUNG

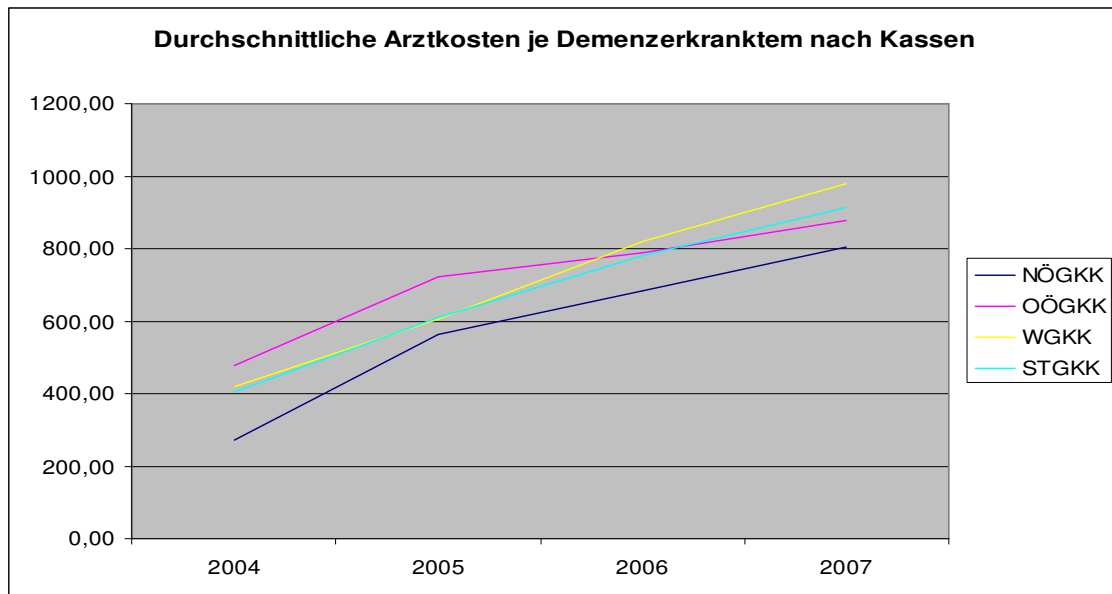


Abbildung 22 - durchschnittliche Arztkosten je Demenzerkranktem nach Kassen

3.5.1.12 Vergleich Arztkosten von Demenzerkrankten und Versicherten ohne Demenz

Auch im Bereich der Arztkosten muss, um eine Aussage über die Höhe der Kosten treffen zu können, ein Vergleich mit nicht an Demenz erkrankten Anspruchsberechtigten erfolgen. Die Eingrenzung erfolgte analog zum Vergleich der Heilmittelkosten (vgl. Kapitel 3.5.1.11). Es zeigt sich, dass die durchschnittlichen Arztkosten der Demenzerkrankten deutlich über jenen der nicht Erkrankten liegen. Besonders deutlich ist dieser Unterschied in jüngeren Altersgruppen, wobei die folgende Abbildung die Arztkosten der Altersgruppen über 50 Jahre widerspiegelt.

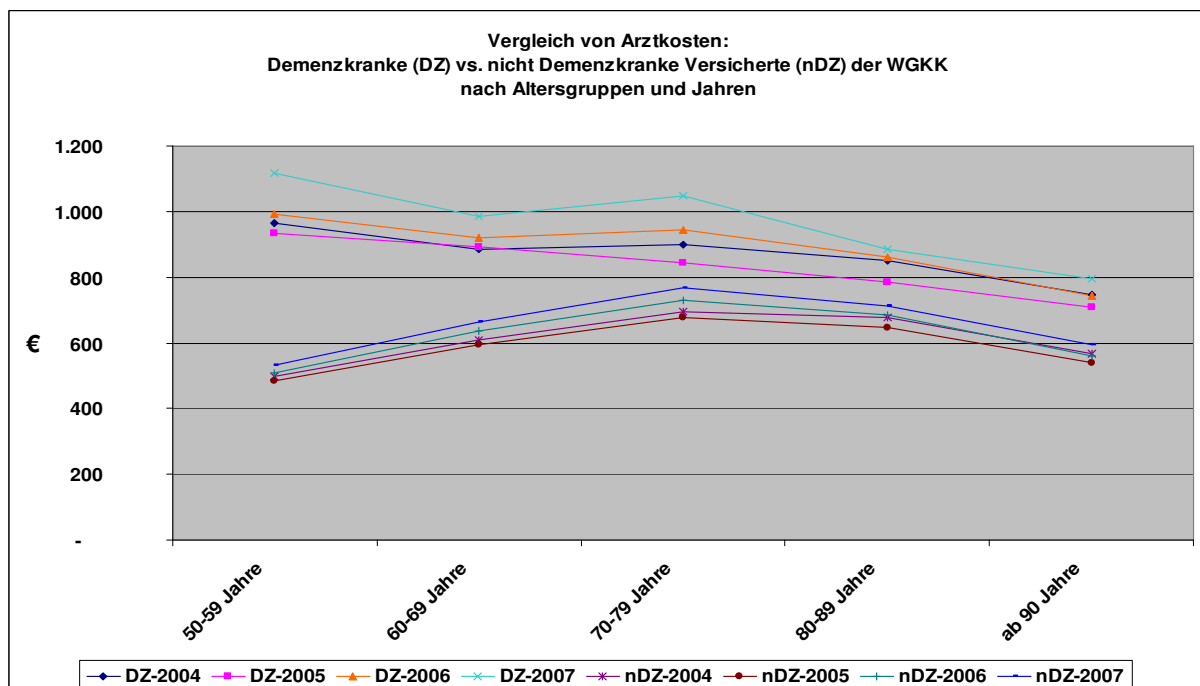


Abbildung 23 - Vergleich Arztkosten (WGKK)

VERSORGUNG

3.5.1.13 Durchschnittliche Gesamtkosten für Demenzerkrankte

Da sich die Versorgung der Demenzerkrankten aus Sicht der Krankenkasse nicht nur auf die ärztliche und medikamentöse Versorgung beschränkt, wurden im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch die Kosten für Heilbehelfe sowie die abgerechneten Transportkosten einbezogen. Betrachtet man die daraus erwachsende Kostenzusammenstellung im Einzelnen, so wird deutlich, dass die größten Unterschiede zwischen den Kassen im Bereich der Arztkosten (bei WGKK am höchsten), Heilmittel (bei NÖGKK am höchsten) und Heilbehelfen (bei WGKK am höchsten) liegen.

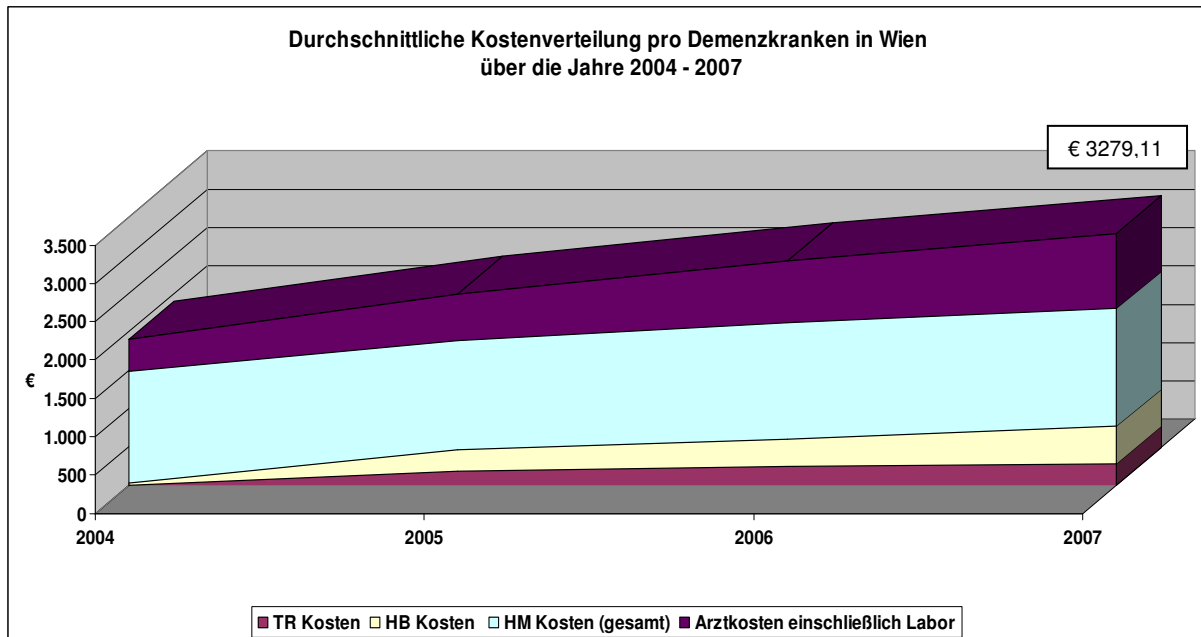


Abbildung 24 - durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzerkranktem (WGKK)

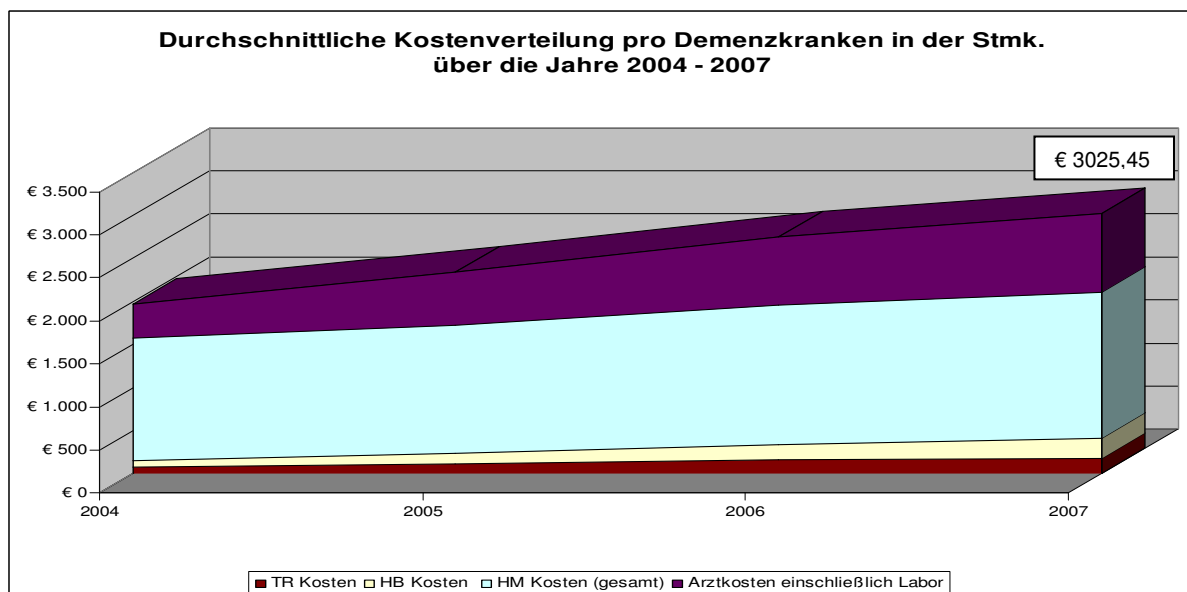


Abbildung 25 - Durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzerkranktem (STGKK)

VERSORGUNG

Die STGKK und die OÖGKK liegen in Bezug auf die Gesamtkosten ident bei rund € 3.025,--, wobei die Heilmittelkosten der STGKK höher sind als jene der OÖGKK. Dies gleicht sich allerdings durch höhere Kosten bei Heilbehelfen und Transporten, welche die OÖGKK verzeichnet, in Summe aus.

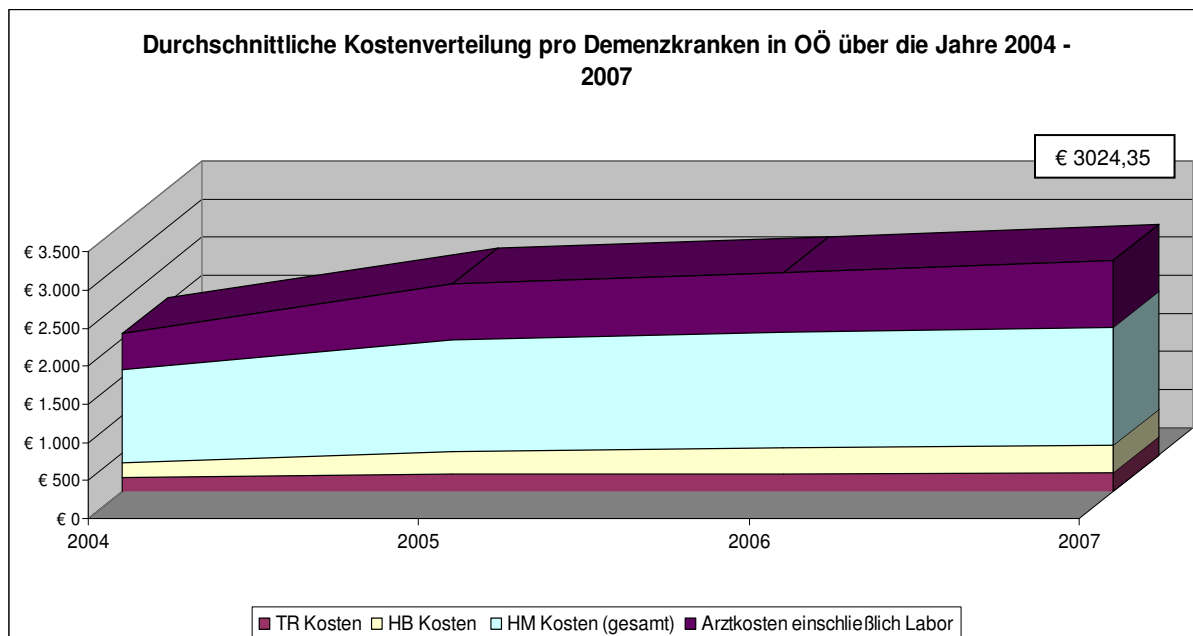


Abbildung 26 - Durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzkranken (OÖGKK)

Die NÖGKK verzeichnet im Durchschnitt die niedrigsten Kosten je Demenzkranken. Im Vergleich höhere Kosten im Heilmittelbereich können durch niedrigere Kosten bei Arztbesuchen, Heilbehelfen und Transporten ausgeglichen werden.

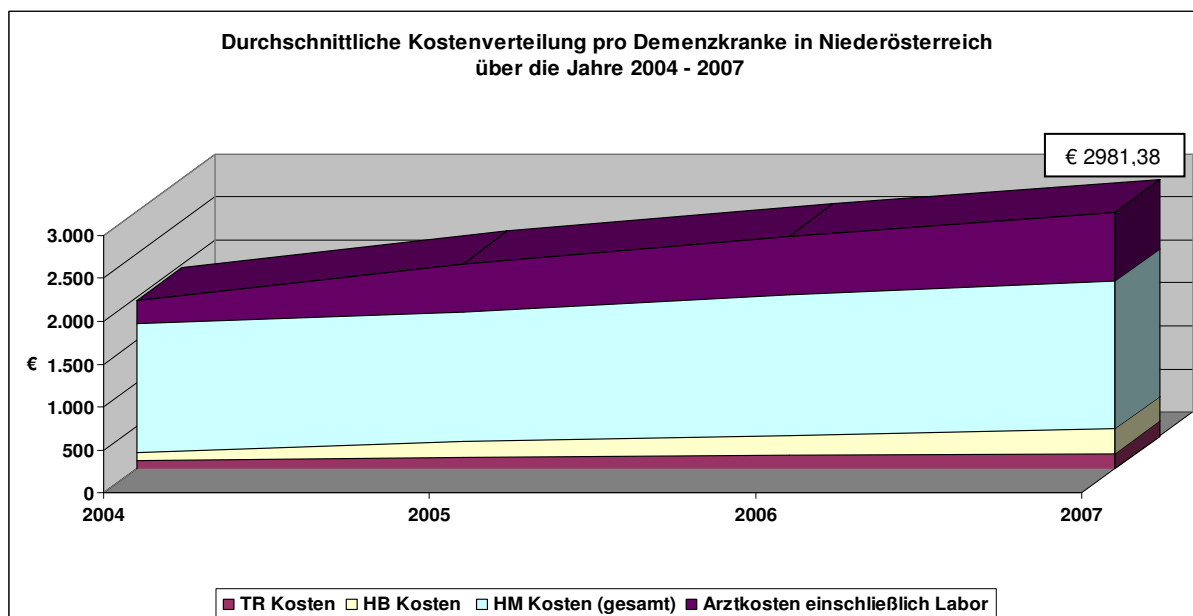


Abbildung 27 - durchschnittliche Gesamtkosten je Demenzkranken (NÖGKK)

VERSORGUNG

Es zeigt sich ein kontinuierlicher Kostenanstieg bei allen Positionen über alle Kassen hinweg, der besonders deutlich auch die Bereiche Arztkosten und Heilbehelfe umfasst. Bei den Heilbehelfen kann aufgrund des Auswertungsalgorithmus (Erkrankte werden jeweils im Jahr der Erstverordnung eingeschlossen) ein Teil dieses Anstieges darauf zurückgeführt werden, dass die identifizierten Erkrankten im Zeitverlauf ein höheres Erkrankungsstadium erreichen. Dies spiegelt sich auch im Bereich der Antidementiva wieder – allerdings weniger deutlich.

Im direkten Vergleich liegen die Gesamtkosten der WGKK über jenen der OÖGKK und der STGKK, während die NÖGKK noch etwas darunter liegt. Bezogen auf die Gesamtkosten ist ein Unterschied von durchschnittlich rund € 300,- je identifiziertem Demenzerkranktem zwischen der Kasse mit den höchsten und jener mit den niedrigsten Kosten zu verzeichnen. Die etwas höheren Kosten der WGKK sind auf deutlich höhere Kosten bei Heilbehelfen sowie Transporten sowie durchschnittlich ebenfalls höhere Kosten für Arztbesuche zurückzuführen.

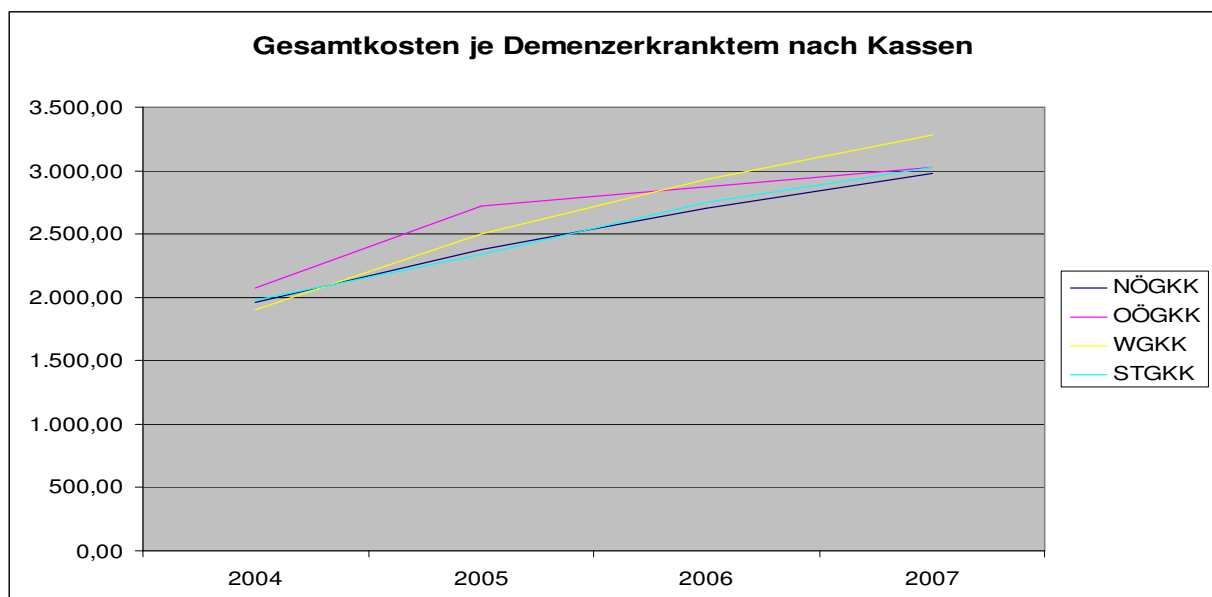


Abbildung 28 - Gesamtkosten je Demenzerkranktem nach Kassen

3.5.2 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann aus den Auswertungen der Daten der Krankenversicherungsträger abgeleitet werden, dass derzeit nur ein Teil der Demenzkranken in Österreich mit Antidementiva behandelt wird. Die Heilmittelkosten für identifizierte Demenzkranke liegen deutlich über jenen von nicht erkrankten Anspruchsberechtigten derselben Altersgruppe. Im Bereich der Antidementiva konnte ein beachtlicher Anteil an Einmalverordnungen bzw. den Jahresbedarf nicht deckenden Verordnungen identifiziert werden. Hier bietet sich jedenfalls ein Ansatzpunkt für etwaige Verbesserungen. Demenzkranke verzeichnen eine Vielzahl von Arztkontakten, insbesondere bei Ärzten für Allgemeinmedizin. Auch hier zeigen sich im Vergleich zu nicht Erkrankten deutlich höhere Kosten. Es drängt sich für einen Teil der

VERSORGUNG

Patienten der Schluss auf, dass diese extrem häufigen Arztkontakte durch bessere Koordination bzw. alternative Angebote teilweise zu vermeiden wären.

3.5.3 Datenauswertung Krankenanstalten (Quelle: BIQG, WGKK)

Im Bereich der stationären Aufenthalte kann die Entlassungsdiagnose als Schlüssel und möglicher Rückschluss auf eine Demenzerkrankung herangezogen werden. Die Diagnosegruppe F00 – F03 klassifiziert eine Demenz, welche sowohl als Haupt- als auch als Nebendiagnose codiert werden kann. In Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen wurden für die letzten Jahre diese Diagnosen sowohl österreichweit, als auch für Wien ausgewertet.

Es muss an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen werden, dass die Codierung der Haupt- bzw. Nebendiagnose Demenz in Krankenanstalten nicht zwangsläufig auch in einer korrekten medikamentösen Betreuung des Patienten hinsichtlich seiner Demenzerkrankung im niedergelassenen Bereich resultiert. Aus diesem Grund wurden auch die im Rahmen der FOKO-Auswertungen der WGKK identifizierten Demenzerkrankten hinsichtlich ihrer bei der WGKK erfassten Spitalsaufenthalte untersucht.

3.5.3.1 Haupt- und Nebendiagnosen Demenz österreichweit

Aus den vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen ausgewerteten Spitalsdaten ist ersichtlich, dass die Anzahl der mit der Hauptdiagnose Demenz codierten Fälle im stationären Bereich in den letzten 15 Jahren auffallenden Schwankungen unterworfen war, der Trend ist allerdings linear und ist im Steigen. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Spitalsentlassungen mit der Hauptdiagnose Demenz tendenziell zunimmt, wie die folgende Abbildung belegt:

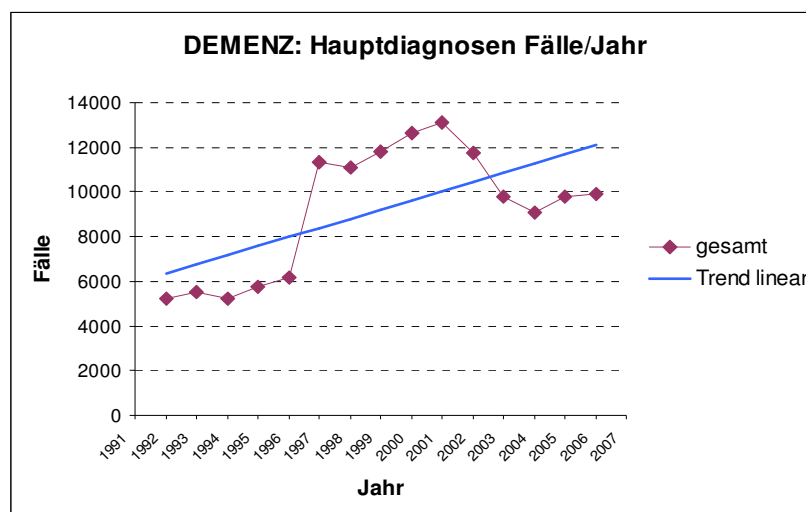


Abbildung 29 - Hauptdiagnosen Demenz Fälle/Jahr

VERSORGUNG

Noch deutlicher lässt sich dieser ansteigende Trend anhand der Haupt- und Nebendiagnosen beobachten. Hier zeigen sich deutlich geringere Schwankungen und ein tendenziell starkes Ansteigen der Fallzahlen:

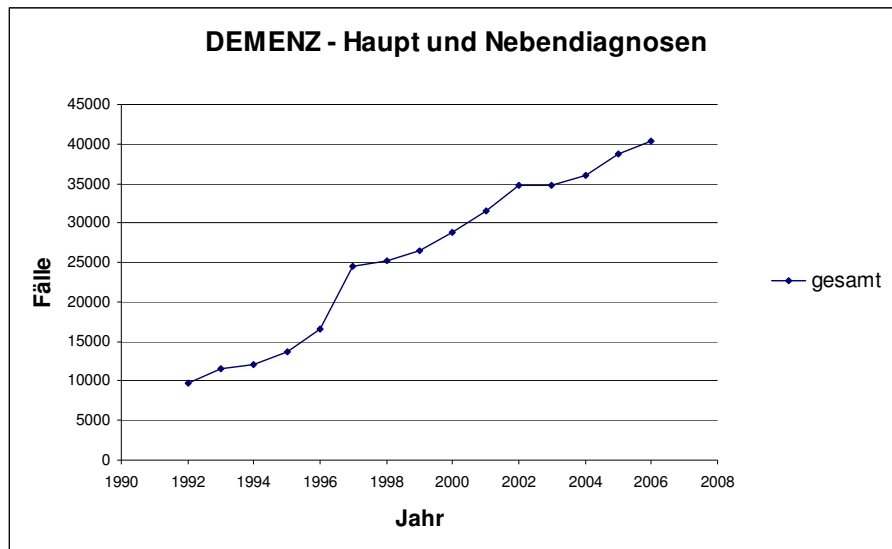


Abbildung 30 - Haupt- und Nebendiagnosen Demenz Fälle/Jahr

Analog zu den Auswertungen der Krankenkassen kann auch hier hinsichtlich der Geschlechtsverteilung beobachtet werden, dass die Anzahl der weiblichen Erkrankten überwiegt. Bezogen auf die Hauptdiagnosen zeigt sich folgendes Bild, welches insbesondere im linearen Trend für beide Geschlechter einen Anstieg der Fallzahlen nachweist, dieser fällt bei den Frauen allerdings sehr viel deutlicher aus als bei den Männern:

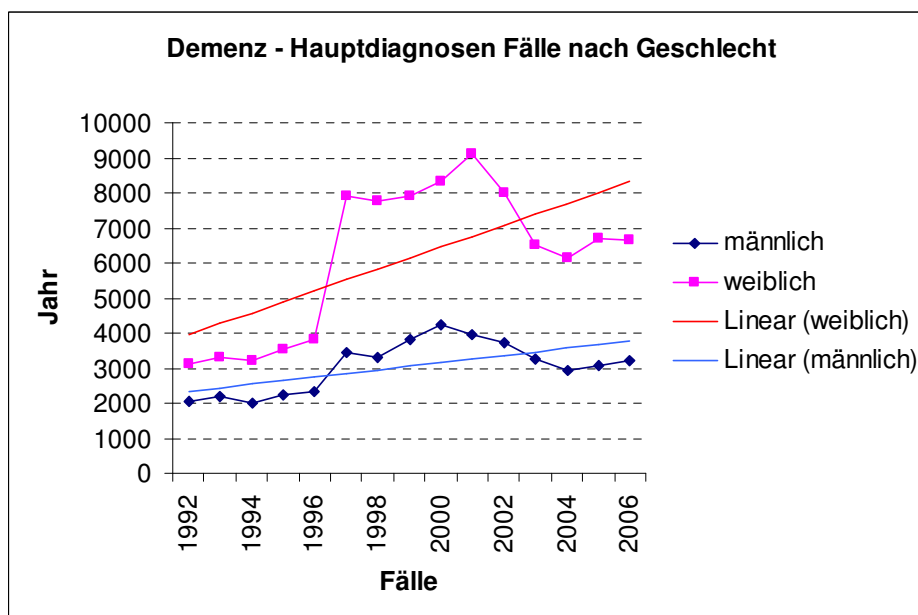


Abbildung 31 - Hauptdiagnosen Demenz nach Geschlecht

VERSORGUNG

Betrachtet man die durchschnittliche Belagsdauer der Patienten mit einer Demenzdiagnose so zeigt sich, dass diese in den letzten 15 Jahren stark gesunken ist und sich annähernd halbiert hat. 2005 betrug die durchschnittliche Belagsdauer rund 15 Tage.

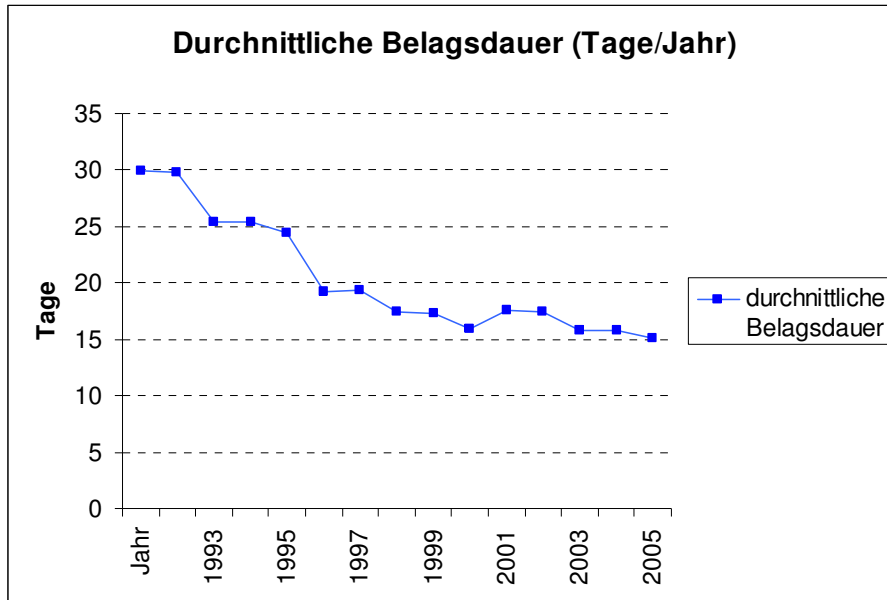


Abbildung 32 - Durchschnittliche Belagsdauer Demenz

3.5.3.2 Haupt- und Nebendiagnosen Demenz für Wien

Betrachtet man die Anzahl der Spitalsentlassungen mit der Haupt- und Nebendiagnose Demenz nur für das Bundesland Wien, so ergibt sich folgendes Bild:

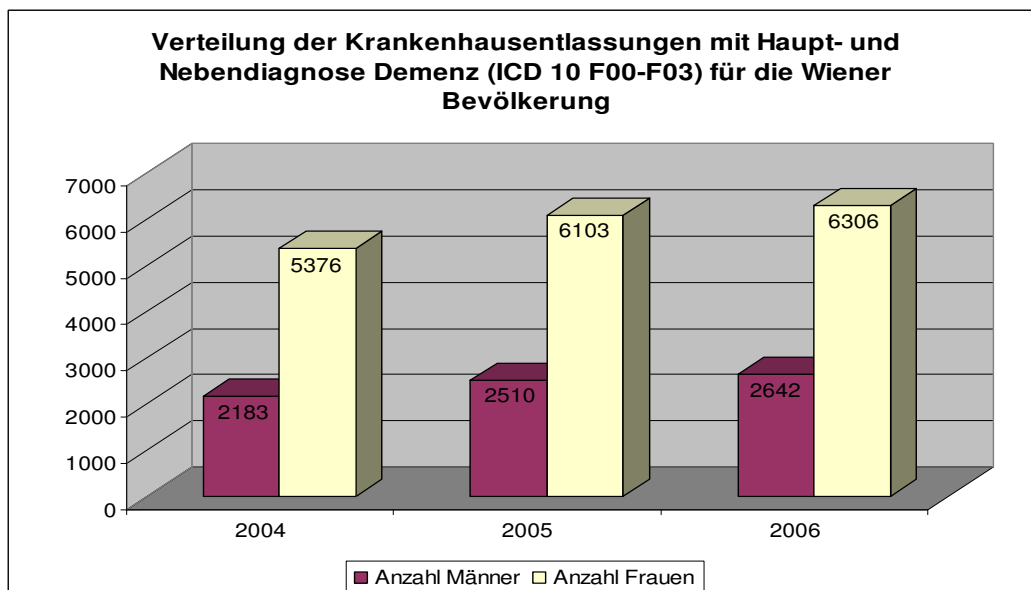


Abbildung 33 - Haupt- und Nebendiagnose Demenz Wien Fälle/Jahr (WGKK)

Die Anzahl der die Demenz betreffenden Entlassungsdiagnosen nimmt im Zeitverlauf stetig zu. Die Zahl der Frauen mit der Diagnose Demenz ist deutlich höher als jene der Männer,

VERSORGUNG

wobei es bei den Männern mit 21 Prozent eine deutlichere Zunahme der Fälle gab als bei den Frauen mit rund 17 Prozent.

Heruntergebrochen auf Versicherte der WGKK, welche mit der Haupt- und Nebendiagnose Demenz entlassen wurden, zeigt sich derselbe Trend:

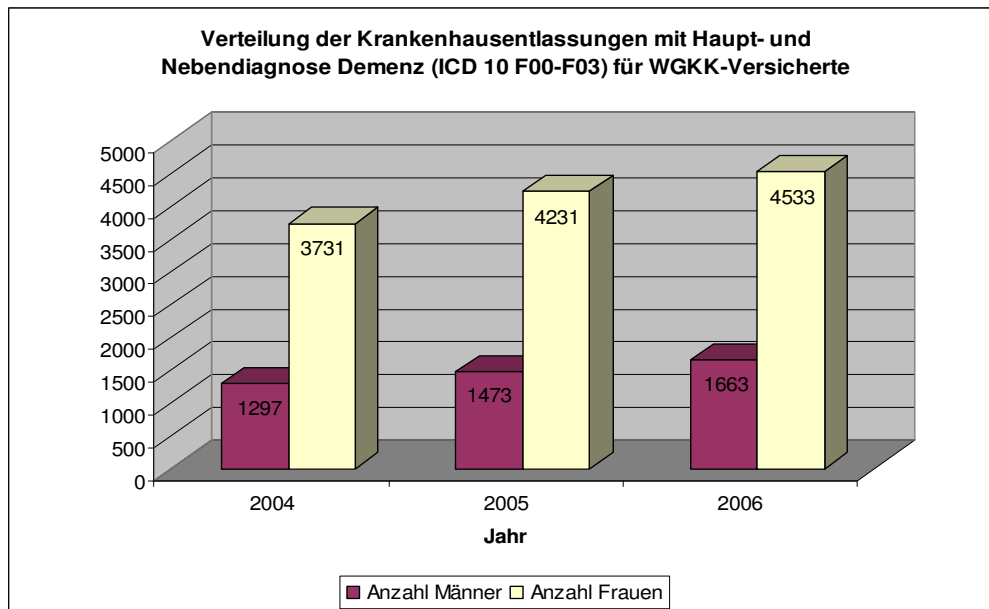


Abbildung 34 - Haupt- und Nebendiagnose Demenz WGKK-Versicherte Fälle/Jahr

3.5.3.3 Spitalsaufenthalte der identifizierten Demenzerkrankten (WGKK)

Aufgrund der Auswertungen der WGKK kann verfolgt werden, wie oft Personen, welche aufgrund der Verschreibung von Antidementiva als demenzerkrank identifiziert wurden, in eine Krankenanstalt aufgenommen werden. Dabei wurden die Demenzerkrankten jeweils ab dem Jahr in die Auswertung mit einbezogen, in dem sie erstmals ein Antidementivum erhalten haben. Es wurde keine Einschränkung hinsichtlich der Entlassungsdiagnosen vorgenommen. Hier zeigt sich, dass jeweils rund zwei Drittel der Personen, denen ein Antidementivum erstmals verschrieben wird, in diesem Jahr auch in eine Krankenanstalt aufgenommen werden. Im Zeitverlauf nach der Erstverschreibung sinkt diese Zahl dann auf etwa die Hälfte bzw. ein Drittel.

Tabelle 16 - KH-Häufigkeit der identifizierten Demenzerkrankten (WGKK)

Start der Krankheit	Summe Versicherte mit Verordnungsstart im lfd. Jahr	Summe KH-Tage 2004	Anzahl der VS mit KH-Aufenth. in 2004	Summe KH-Tage 2005	Anzahl der VS mit KH-Aufenth. in 2005	Summe KH-Tage 2006	Anzahl der VS mit KH-Aufenth. in 2006	Summe KH-Tage 2007	Anzahl der VS mit KH-Aufenth. in 2007
2004	3.227	60.031	2.099	40.675	1.694	31.707	1.368	23.990	1.101
2005	1.961			47.471	1.403	27.078	1.022	19.284	848
2006	1.900					49.427	1.419	25.824	1.049
2007	2.161							56.860	1.681

VERSORGUNG

Betrachtet man die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, so beträgt die durchschnittliche Anzahl der KH-Tage pro Demenzerkranktem im ersten Jahr einer Verschreibung von Antidementiva zwischen 29 und 34 Tagen, wobei die Aufenthaltsdauer zwischen 2004 und 2007 leicht gestiegen ist. In den auf das Jahr der Erstverordnung folgenden Jahren geht die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dann zurück. Allerdings zeigt sich auch hier, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Folgejahren tendenziell steigt. Das bedeutet, dass Personen, welche ein Antidementivum erhalten, in den letzten Jahren durchschnittlich länger in stationärer Betreuung waren, als vergleichbare Personen in den Jahren davor.

Tabelle 17 - Durchschnittliche KH-Tage der identifizierten Demenzerkrankten (WGKK)

Start der Krankheit	Summe der Versicherten mit Verordnungsstart im laufenden Jahr	Durchschnittliche KH-Tage 2004	Durchschnittliche KH-Tage 2005	Durchschnittliche KH-Tage 2006	Durchschnittliche KH-Tage 2007
2004	3227	28,60	24,01	23,18	21,79
2005	1961		33,84	26,50	22,74
2006	1900			34,83	24,62
2007	2161				33,83

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der häufigsten Entlassungsdiagnosen auf Basis der Krankheitskapitel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der von der WGKK identifizierten Demenzerkrankten. Für die Jahre 2004 bis 2006 erfolgte die Erfassung der Diagnosen in der Version ICD 9, die im Jahr 2007 im FOKO auf ICD 10 umgestellt wurde.

Tabelle 18 - Anzahl der Entlassungsdiagnosen der identifizierten Demenzerkrankten nach Krankheitskapiteln der ICD

Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen		Anzahl der Entlassungsdiagnosen			
Bezeichnung ICD 9 2004-2006	Bezeichnung ICD 10 2007	2004	2005	2006	2007
Krankheiten des Kreislaufsystems	Krankheiten des Kreislaufsystems	1962	2158	2004	1669
Verletzungen und Vergiftungen	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	937	1060	1072	1168
Psychiatrische Erkrankungen	Psychische und Verhaltensstörungen	499	564	587	991
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	Krankheiten des Nervensystems	1050	932	939	740
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1050	932	939	298
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	936	1131	1208	875

VERSORGUNG

Krankheiten der Verdauungsorgane	Krankheiten des Verdauungssystems	557	566	561	596
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	431	546	617	596
Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten des Atmungssystems	384	507	539	553
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	710	740	655	539
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	Krankheiten des Urogenitalsystems	324	360	413	489
Neubildungen	Neubildungen	364	339	331	314
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	154	158	196	197

Aufgrund der Umstellung der ICD sind die Zahlen nur bedingt vergleichbar. So finden sich beispielsweise die Krankheiten des Auges bis 2006 bei den Krankheiten des Nervensystems. In der Version ICD 10 erhielten die Erkrankungen des Auges ein eigenes Kapitel. Die Diagnose „Alzheimer Syndrom“ wurde im ICD 9 in dem Kapitel Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane erfasst, im ICD 10 als „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ im Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen.

Dennoch zeigen die Zahlen, dass die Patienten größtenteils wegen anderer Beschwerden in die Spitalsstationäre Pflege aufgenommen werden. Betrachtet man die Entlassungsdiagnosen auf der Ebene einzelner Diagnosecodes, so zeigen sich für das Jahr 2007 vor allen Dingen Erkrankungen wie Herzinsuffizienzen und andere Herzerkrankungen, Pneumonien, Schenkelhalsfrakturen, Gehirnerschütterungen, Bluthochdruck, Schlaganfälle, Morbus Parkinson, grauer Star, Harnwegsinfekte, Exsikkosen, Synkopen und Rückenschmerzen.

3.5.4 Zusammenfassung

Die Auswertungen der Spitalsdaten lassen zwei wesentliche Schlussfolgerungen zu: Einerseits sind Spitalsentlassungen mit den Haupt- und Nebendiagnosen Demenz österreichweit einer starken Zunahme unterworfen. So hat sich die Anzahl dieser Fälle zwischen 1992 und 2002 mehr als verdreifacht und auch der weitere Trend ist steigend. Die durchschnittliche Belagsdauer für diese Diagnosegruppen war bis zum Jahr 2000 rückläufig und bleibt seither relativ konstant bei etwa 15 bis 17 Tagen.

Betrachtet man als zweiten Punkt die Spitalsaufenthalte der als demenzkrank identifizierten Versicherten der WGKK ohne Einschränkung der Diagnose, so zeigt sich eine durchschnittliche jährliche Belagsdauer von 22 bis 35 Tagen je nach Beobachtungszeitraum. Die Auswertungen ergeben, dass Demenzerkrankte häufig auch mit anderen Diagnosen als Demenz in stationäre Einrichtungen aufgenommen werden.

3.5.5 Expertenbefragung zur Versorgungssituation

Die Experteninterviews bzw. –befragungen wurden anhand eines von den Mitarbeiterinnen des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) erstellten Leitfadens geführt, wodurch Umfang und Inhalt der Ergebnisse gesteuert werden konnten. Es wurden sechs mündliche und sechs schriftliche Meinungen eingeholt. Folgende Institutionen wurden in dieser ersten Erhebung befragt:

- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
- MTD-Austria: Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs
 - RT Austria, Verband der RadiologietechnologInnen Österreichs
 - Physio Austria, Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs
 - Verband der DiätologInnen Österreichs
 - Verband der ErgotherapeutInnen Österreichs
 - Verband der OrthoptistInnen Österreichs
- NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- Österreichische Alzheimer Gesellschaft und Fachgruppe Neurologie
- Österreichische Alzheimer Liga
- Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Österreichische Gesellschaft für Neurologie
- Verein M.A.S.

Die mündlichen Interviews wurden in Anlehnung an den zuvor erstellten Interviewleitfaden durchgeführt, für die schriftliche Befragung wurde ein Fragebogen versendet. Beide Erhebungen enthielten dieselben Themenbereiche und konkreten Fragestellungen, wodurch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse bzw. deren Zusammenfassung gewährleistet wurde. Die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung wurden im Rahmen einer Kooperation dem CCIV zur Verfügung gestellt.

Folgende Themenbereiche wurden behandelt:

- Entstehung des Konsensus-Statements „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft und der Österreichischen Alzheimer Liga 2006 sowie weiterer nationaler und internationaler Arbeiten
- Gegenwärtige Versorgungssituation
- Konkrete Anliegen zum Auftrag des BIQG
- Notwendige Einbindung von Partnern
- Erfolgskriterien für die Umsetzung

VERSORGUNG

Die Inputs der Experten zu diesen Themengebieten wurden wie folgt zusammengefasst. Die dargestellte Reihenfolge lässt keinen Rückschluss auf die Priorität der genannten Themen zu.

3.5.5.1 Konsensus-Statements/Expertenpapiere

Für Österreich konnten von den befragten Experten folgende Konsensus-Statements bzw. Expertenpapiere identifiziert werden:

- Alzheimerkrankheit, Management aus multidisziplinärer Sicht – Experten-Statement der Österreichischen Alzheimer Liga, 2007
- Lewy-Körper-Demenz und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung von Alzheimer'scher Erkrankung – Konsensus-Statement der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft und der Österreichischen Parkinson Gesellschaft, 2007
- Konsensusstatement „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft, Update 2006
- Demenzerkrankungen, Medikamentöse Therapie – Konsensus-Statement, Vorsitz: O.Univ.Prof.Dr.Dr. Siegfried Kasper et al., 2006
- Parkinson-Demenz – Konsensus-Statement, unter Patronanz der Österreichischen Parkinson-Gesellschaft, 2006
- Demenz-Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis – Konsensus-Statement unter der Ägide der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, 2004
- Konsensusstatement „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer Liga, 2004
- Demenzen Focus Cholinesterasehemmer – Experten-Meeting, Vorsitz Univ.-Prof.DDr. Peter Fischer, 2003

Wesentlich für die Experten ist die Unterscheidung zwischen Expertenpapier und Konsensusstatement. Während ersteres die Meinungen bestimmter Experten zu einem gewissen Zeitpunkt wiedergibt, stellt zweiteres das Ergebnis eines Konsensusprozesses – in der Regel unter Einbeziehung internationaler Publikationen – dar. Dadurch ist auch die Wertigkeit der Papiere aus wissenschaftlicher Sicht unterschiedlich zu beurteilen.

3.5.5.2 Qualität der Versorgungssituation

Die Qualität der Versorgungssituation wurde anhand konkreter Fragestellungen abgebildet. Die folgende Zusammenfassung spiegelt die Meinung der befragten Experten wieder.

3.5.5.2.1 *Durch wen und wie wird „Demenz“ diagnostiziert?*

Zunächst ergibt sich ein Verdacht häufig durch Angehörige und/oder den Allgemeinmediziner. Die weitere Diagnostik sollte durch einen Facharzt für Neurologie oder

VERSORGUNG

Psychiatrie erfolgen, der den Patienten dann wieder zurück an den Allgemeinmediziner verweist.

Zur Abklärung des Demenzverdachttes können schon einfache Fragen am Beginn dienen, wie z.B. „Welches Datum haben wir heute?“, „Wo sind Sie jetzt?“ oder „Wie spät ist es jetzt?“. Valide Instrumente zur Diagnosesicherung sind der 3-Wörter-Uhrentest, die Mini-Mental State Examination (MMSE), welche als derzeitiger Standard gilt, sowie der MOCA-Test für Erstdiagnosen (Montreal Cognitive Assessment). Zusätzlich sollte eine strukturierte Befragung nach den CDR (clinical dementia rating) erfolgen. Hier wird u.a. erfragt, welche Symptome auftreten, seit wann diese bestehen und wie sie sich über die Zeit verändert haben. Für die Diagnostik der Lewy-Body-Demenz liegt ein klinischer Erhebungsbogen zur Differentialdiagnose vor (DLB/AD), dieser ist allerdings nicht validiert.

Um eine „Demenz“ zu diagnostizieren bzw. den Verdacht auf die Diagnose Demenz zu erhärten, nennen Experten außerdem den verzögerten Wort-Erinnerungstest, den Memo-Test sowie die Testung von Alltagsaktivitäten und -fähigkeiten differenziert nach Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung. Weiterführende medizinische Untersuchungen sind Laborwerte sowie im Bereich der bildgebenden Diagnostik die Computertomografie oder Magnetresonanztomografie.

Aus Expertensicht wird die Diagnose „Demenz“ häufig zu spät gestellt, in der Regel dauert es 3 bis 5 Jahre, bis eine erste fachärztliche Diagnose vorliegt. Zudem wird vermutet, dass bis zu 30 % der Patienten eine falsche Diagnose erhalten. Einige Experten finden in diesem Zusammenhang auch, dass der standardmäßig verwendete MMSE für die Diagnosestellung teilweise in Frage zu stellen ist, da das Testergebnis von vielen Variablen (u.a. auch vom Bildungsstand) abhängig sein kann.

3.5.5.2.2 Was funktioniert in der Versorgung gut?

Positiv gesehen wird die Kooperation zwischen Allgemeinmediziner und Fachärzten bzw. zwischen Allgemeinmediziner und Hauskrankenpflege. Mobile Dienste werden generell als sehr positiv erachtet. Die Einrichtung von Memory-Kliniken und Gedächtnisambulanzen insbesondere als kompetente Stellen zur Diagnostik und Beratung wird als großes Potential gesehen.

Einrichtungen, die ebenso als besonders positiv wahrgenommen werden, sind Tageszentren sowie Angebote zur Kurzzeitpflege (soweit vorhanden und finanzierbar). Auch die Entwicklung im Heimbereich in den letzten 10 Jahren wird fortschrittlich gesehen. Es kommt zunehmend zu mehr Bewohnerorientierung sowie einem aktiven Einsatz und der Einbindung von ehrenamtlichen Helfern.

VERSORGUNG

Die Angehörigen sind aus Expertensicht viel besser über das Krankheitsbild informiert, als noch vor einigen Jahren. Dies wird insbesondere auf die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit sowie die Diskussion des Themas in der Öffentlichkeit zurückgeführt.

Im Bereich der Therapien ist in Österreich – im Vergleich zu anderen Ländern – der Anteil jener betroffenen Menschen, die eine Therapie erhalten, relativ hoch.

3.5.5.2.3 Was funktioniert in der Versorgung schlecht?

Die zur Verfügung stehende Zeit von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen wird als zu kurz eingeschätzt. Im Durchschnitt werden rund 7 Minuten aufgewendet - ein Demenzpatient benötigt allerdings in der Regel mehr Zeit als ein „Routinepatient“. Zudem sind die ärztlichen Zuständigkeitsbereiche nicht klar definiert und abgegrenzt. Teilweise werden falsche Medikamente verschrieben und die Richtlinien der KV-Träger im Bereich der medikamentösen Versorgung (Übernahme der Behandlungskosten ab MMSE 16) werden problematisch eingeschätzt.

Es stehen derzeit zu wenige Akut-Anlaufstellen (mit qualifiziertem Personal) sowie zu wenig Tageszentren (insbesondere im ländlichen Bereich) zur Verfügung bzw. sind vorhandene Angebote häufig zu wenig bekannt. Dies geht einher mit einem von den Experten identifizierten Mangel an De-Eskalationsstellen für familiäre Betreuungssituationen sowie zu wenig Informationsangeboten für Angehörige und Betroffene.

Innovative Betreuungsformen, wie Wohngemeinschaften und Hausgemeinschaften im Heim sind derzeit noch nicht im notwendigen Ausmaß verfügbar. Auch kombinierte Angebote für Angehörige und Patienten, welche von Betroffenen sehr positiv aufgenommen werden, stehen nicht flächendeckend zur Verfügung. Das Fehlen eines ehrenamtlichen Dienstes für pflegebedürftige Menschen wird als Defizit erachtet. Weiters wird die Pflegegeldeinstufung für Demenzkranke als zu niedrig beurteilt.

Generell wird von den Experten die Meinung vertreten, dass die Kompetenzen und Zuständigkeiten in der Versorgung Demenzkranker unklar sind und dass eine Vernetzung bzw. Koordination der Angebote fehlt. Eine strukturierte langfristige Gesamtplanung (Gesundheit und Soziales) findet in der Demenzversorgung nicht statt.

3.5.5.2.4 Wo werden Verbesserungspotentiale in der Versorgung gesehen?

Den Experten scheint die Forcierung von raschen Informationswegen zwischen allen Betreuern wesentlich zu sein. Zudem eine Verstärkung der Schulung und Beratung von Ärzten, Pflegekräften und pflegenden Angehörigen im Umgang mit den Erkrankten.

Im Bereich der Einrichtungen wird der Ausbau der Memory-Kliniken und Gedächtnisambulanzen sowie die Aufstockung des dort tätigen Personals (zur Reduktion der Wartezeiten) gefordert. Zudem gibt es kaum geeignete Strukturen für allein lebende demenziell Erkrankte, die aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmen werden. Des Weiteren wird ein Ausbau alternativer, zeitgerechter Wohnformen gefordert.

Im Bereich der Daten werden die Verbesserung der Datensituation und der Ausbau von Forschung gefordert.

Therapien, welche über die medikamentöse Therapie hinausgehen, sollten aus Sicht der Experten forciert und von der KV übernommen werden (Lichttherapie, Infusionstherapie, kognitives Training, Physio- und Ergotherapie, diätologische Betreuung, Training im Alltag etc.).

Generell wird eine Präambel gefordert, damit die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen und damit insbesondere auch von Demenzkranken als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen wird.

3.5.5.3 Aufklärungsstand der Bevölkerung

Es wurde hinterfragt, wie die Experten den Aufklärungsstand der Bevölkerung und dessen Entwicklung beurteilen. Hier wurde deutlich, dass die Erkrankung „Demenz“ nach wie vor stark angstbesetzt ist, obwohl der Informationsstand generell besser eingeschätzt wird, als noch vor 10 Jahren. Es lässt sich aber generell ein Manko in der Aufklärung über den Umgang mit demenziell Erkrankten feststellen. Aus Sicht der Experten sollte die Öffentlichkeitsarbeit daher noch verstärkt und auf spezifische Themen fokussiert werden.

3.5.5.4 Konkrete Anliegen zum Auftrag des BIQG (Bundesqualitätsleitlinie)

Aufgrund der fehlenden Datensituation darf eine solche Leitlinie aus Sicht der Experten nicht verbindlich sein. Es sollte aber klar eine bestimmte Richtung vorgegeben werden. In die Erstellung sind alle Beteiligten einzubinden – ein breiter Konsens ist zu suchen. Zudem müssen Spielräume für regionale Unterschiede und Entwicklungen geschaffen werden.

VERSORGUNG

Themen, die aus Sicht der Experten jedenfalls mitzubehandeln sind, sind Angehörigenbetreuung, ehrenamtliche Unterstützung sowie qualitativ hochwertige und flächendeckende Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich. Unnötige Dokumentation bzw. zusätzlicher Verwaltungsaufwand sollten vermieden werden. Defizite sollen aufgezeigt und Lösungen vorgegeben werden (z.B. zur Verbesserung der Datensituation). Klar geht der Wunsch hervor, dass neben praktischen Umsetzungsschritten auch die Möglichkeiten zur tatsächlichen Umsetzung geschaffen werden müssen (d.h. Finanzierung der Umsetzung muss geregelt sein).

3.5.5.5 Kriterien für eine erfolgreiche Umsetzung

Aus Expertensicht ist es wesentlich, dass dem „Papier“ Konsequenzen folgen müssen, d.h. die Umsetzung in die Praxis durch konkrete Initiativen muss das Ergebnis sein. Die Erarbeitung sollte durch Einbindung aller Professionisten erfolgen, zudem sollten vorhandene Ressourcen (wie die laufende Demenzdatenbank) eingebunden werden. Ziel könnte es sein, den Heimeintritt für die Betroffenen zu verzögern. Wissenschaftliche Forschungsaufträge könnten hier ebenso eine Rolle spielen, wie die Einbindung der Medien, um das Thema auf umfassende Art und Weise aufzugreifen.

3.5.6 Workshop zur Ist-Analyse der Versorgung von Demenzerkrankten

Zur Abbildung der aktuellen Situation der Versorgung von Demenzerkrankten wurde auf die Methodik eines interaktiven Workshops zurückgegriffen, um möglichst viele Informationen zu gewinnen. Der Workshop wurde in Kooperation zwischen dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) und dem Competence Center für Integrierte Versorgung der Österreichischen Sozialversicherung (CC IV) organisiert, da beide Institutionen sich derzeit mit dem Krankheitsbild Demenz beschäftigen. Als Termin wurde der 25. Juni 2008 gewählt, wodurch der Workshop bewusst in die Anfangsphase der Datenerhebung verschoben wurde, um die Ergebnisse noch adäquat zu verwerten und etwaige dort auftretende zusätzliche Fragestellungen bearbeiten zu können.

3.5.7 Ablauf und Teilnehmer

Der Ablauf des Workshops wurde in drei Phasen gegliedert:

1. Begrüßung, Einleitung und Präsentation der ersten Ergebnisse inkl. Diskussion
2. Erarbeitung der Leitfragen
3. Abschluss und weitere Vorgehensweise

VERSORGUNG

Ad. 1:

Im ersten Teil wurden neben den Projektaufträgen erste Ergebnisse der Recherchen des CC IV sowie die ersten Auswertungen der FOKO-Daten der WGKK präsentiert. In der Diskussion wurden diese Daten auf ihre Plausibilität und Aussagekraft beurteilt und Anregungen für weitere Auswertungen gegeben.

Von Seiten des BIQG wurden in diesem Teil die Ergebnisse der vorangegangenen ExpertInnenbefragung sowie erste Ergebnisse der Auswertung der Krankenanstaltenstatistik vorgestellt.

Ad. 2:

Der Schwerpunkt des Workshops lag auf der interaktiven Erarbeitung folgender Leitfragen in Kleingruppen mit anschließender Diskussion im Plenum:

- Welche Potentiale und Defizite in der Versorgungssituation von Demenzerkrankten lassen sich aus Ihrer Sicht identifizieren?
- Kennen Sie bestehende Initiativen/Modelle/Projekte zum Themenbereich „integrierte Versorgung Demenzerkrankter?“ Können Sie diese kurz beschreiben?
- Welche möglichen Wege der Bearbeitung bestehender Defizite bzw. zur Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzerkrankten in Österreich wären für Sie wünschenswert?
- Kooperation mit Stakeholdern und Experten/Expertinnen zur Bearbeitung der Defizite: Wer/Welche Organisation muss noch eingebunden werden?
- Welche wesentlichen Eckpunkte müsste ein Modell der integrierten Versorgung von Patienten/Patientinnen mit Demenzerkrankungen beinhalten?

Ad. 3:

Abschließend wurde die weitere Vorgehensweise in beiden Projekten skizziert. Insbesondere wurde in diesem Teil den Experten die Möglichkeit gegeben, zu den Datenauswertungen Stellung zu nehmen und zusätzliche Fragestellungen zur Bearbeitung vorzuschlagen.

Es folgten in Summe 28 Teilnehmer der Einladung zum Workshop, welche folgende Institutionen bzw. Berufsgruppen repräsentierten (in alphabetischer Reihenfolge):

VERSORGUNG

- Abteilung Pflegeforschung des Institutes für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz
- Alzheimer Angehörige Austria
- Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend, Strukturpolitik und Qualität
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
- Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreich
- Ergo Austria
- Gesundheit Österreich GmbH, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
- Hanusch-Krankenhaus
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Institut für Evidence Based Medicine
- Memory Clinic an der Psychiatrischen Abteilung des SMZ-Ost
- Morbus Alzheimer Selbsthilfe
- Orthoptik Austria
- Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- Patientenanwaltschaft
- Physio Austria
- Universitätsklinik für Neurologie
- Verband der Diätologen in Österreich
- Wiener Gebietskrankenkasse, Competence Center Integrierte Versorgung
- Wirtschaftsuniversität Wien

3.5.8 Diskussion und Ergebnisse

Ein Ergebnisprotokoll des Workshops kann bei den Veranstaltern nachgefragt werden. In weiterer Folge wird eine thematische Zusammenfassung der Ergebnisse vorgenommen:

3.5.8.1 Datenauswertung des CC IV

Der Workshop wurde als Möglichkeit genutzt, die bislang angefertigten Datenauswertungen und deren mögliche Interpretation im Expertenkreis zu diskutieren, sowie Anregungen für weitere Auswertungen zu erhalten, welche aus Sicht der Fachexperten jedenfalls noch anzufertigen wären. Gezeigt wurden Rechercheergebnisse zu epidemiologischen Daten sowie FOKO-Auswertungen der WGKK zu den Themen Anzahl (inkl. Hochrechnung gemäß der Schätzung der Versorgung von Alzheimer Europe), Geschlecht und Alter der identifizierten Erkrankten, Verordnungen von Demenzmedikamenten und Anzahl von Arztkontakten. Speziell wurden anhand der beim Workshop präsentierten Daten folgende Fragestellungen diskutiert:

VERSORGUNG

- Sind die epidemiologischen Daten plausibel?
- Kann man die Hochrechnung der Alzheimer Europe auf Österreich anwenden?
- Gibt es aktuellere Prognosen zur Epidemiologie?
- Wieso bekommen ca. 60 % der Erkrankten nur eine Verordnung pro Jahr?
- Wie erklärt sich die hohe Zahl an Arztkontakten?
- Wie kann der Rückgang der Arztkontakte bei Fachärzten für Neurologie angesichts der steigenden Prävalenz erklärt werden?
- Gibt es weitere Auffälligkeiten der Daten?

Die Plausibilität der Daten zur Anzahl der Betroffenen, insbesondere der Hochrechnung anhand der Versorgungsschätzung der Initiative Alzheimer Europe (30 % der Erkrankten werden medikamentös versorgt) wurde von einigen Experten kritisch gesehen. Letztlich wurde sie jedoch für realistisch befunden, da sich die Ergebnisse anderer Datenquellen und Projekte, welche von Teilnehmern genannt wurden, mit den hier erhobenen Daten deckten.

Die Problematik einmaliger Verordnungen wurde auf mehrere Gründe zurückgeführt, insbesondere wurde jedoch auf die fehlende Compliance der Patienten verwiesen. Diese ist wohl zum Teil auf den progredienten Verlauf der Erkrankung zurückzuführen, da trotz ordnungsgemäßer Medikamenteneinnahme eine Verschlechterung des Zustandes nicht verhindert werden kann. Dies führt in weiterer Folge dazu, dass die Patienten Medikamente nicht mehr einnehmen bzw. den Arzt wechseln. In diesem Bereich wurde auch von Kommunikationsproblemen bzw. der schwierigen Situation der Ärzte berichtet. Des Weiteren kann teilweise nicht davon ausgegangen werden, dass die Patienten aufgrund der Erkrankung noch in der Lage sind, ihre Medikamente ordnungsgemäß einzunehmen.

Weiters konnten Probleme in der Schnittstelle zwischen Facharzt und Hausarzt identifiziert werden. Diese können zum Teil auf mangelnde Information zurückgeführt werden, wodurch die durch den Facharzt verschriebene Medikation vom Hausarzt eventuell nicht weitergeführt wird. Auch wurde berichtet, dass insbesondere im ländlichen Raum Erkrankte nicht oder erst sehr spät dazu bereit wären, überhaupt einen Facharzt aufzusuchen.

Die Häufigkeit der Arztkontakte wurde in Zusammenhang mit der Multimorbidität vieler Betroffener gebracht bzw. wurde argumentiert, dass schon für die Diagnosestellung rund 3 bis 4 Arztkontakte notwendig wären. Zudem wurde hervorgehoben, dass manchen Ärzten bzw. Leistungsanbietern häufig die Information über die demenzielle Erkrankung fehlen würde, wodurch möglicherweise nicht adäquat auf die Situation des Erkrankten eingegangen werden kann.

VERSORGUNG

In Pflegeheimen wurde ein Versorgungsdefizit hinsichtlich der medikamentösen Versorgung vermutet.

Als Anregung für weitere Auswertungen wurde genannt, dass man auch die Daten anderer GKKs und somit anderer Bundesländer anhand derselben Gesichtspunkte auswerten sollte. Um die Beurteilung der Ergebnisse zu erleichtern wäre es sinnvoll, eine altersmäßig entsprechende Population als Vergleichsgruppe heranzuziehen.

3.5.8.2 Defizite in der Versorgung Demenzkranker

Bestehende Defizite in der Versorgung Demenzkranker wurden ausführlich herausgearbeitet und diskutiert. Zusammengefasst können die folgenden Defizite genannt werden:

- Aus Sicht der Leistungserbringer (Ärzte, Pflege, Therapeuten etc.) steht zu wenig Zeit für die Betreuung der Demenzpatienten zur Verfügung, wodurch auf deren spezielle Bedürfnisse nicht adäquat eingegangen werden kann.
- Im Bereich der Therapie wird bemängelt, dass erhaltende Therapien von den Kassen nicht vorgesehen sind und daher nicht übernommen werden. Verbesserungen lassen sich jedoch durch diese Therapien im progredienten Krankheitsverlauf nicht immer erzielen.
- Die Diagnose Demenz ist nach wie vor angstbehaftet, wodurch Betroffene vielfach auch Arztbesuche hinauszögern. Hier fehlt es an breiter Information für die Öffentlichkeit.
- Als Defizit wurden mangelnde Angebote zur stationären Kurzzeitpflege genannt, welche aufgrund der starken Auslastung der Pflegeheime kaum zur Verfügung stehen. Des Weiteren gibt es kaum Angebote zur Kurzzeitpflege zu Hause.
- Die Zusammenarbeit aller involvierten Berufsgruppen wurde als zum Teil verbesserungswürdig betrachtet, wobei insbesondere der Informationsaustausch optimiert und der Informationsfluss definiert werden sollte. Hier muss auch eine rechtliche Klärung hinsichtlich der Weitergabe von Daten stattfinden.
- Problematisch wurde die Situation von besachwalteten Personen gesehen, da die Verfahren zur Einsetzung von Sachwaltern sehr lange dauern bzw. teilweise Personen als Sachwalter eingesetzt werden, die im Umgang mit Dementen nicht geschult sind.
- Die Flexibilität der Anbieter sozialer Dienste wird in der Praxis als nicht ausreichend beurteilt.
- Die soziale Situation der Angehörigen jener Erkrankten, die in ein Pflegeheim ziehen müssen ist teilweise sehr angespannt.
- Die Situation von Demenzkranken, die alleine leben, wird nicht ausreichend berücksichtigt. Es gibt kaum spezielle Angebote für diese Personen.

VERSORGUNG

- Das Angebot des kognitiven Trainings wird derzeit nicht als Therapie von den Kassen übernommen, was als problematisch erachtet wird.
- In vielen spezialisierten Betreuungseinrichtungen (Pflegeheime, Memory-Kliniken, Ambulanzen etc.) stehen zu wenige Ressourcen zur Verfügung, dadurch entstehen lange Wartezeiten.

3.5.8.3 Potentiale bzw. Erfolgskriterien für die Umsetzung eines IV-Modells

Auf globaler Ebene wurden hier jene Kriterien gesammelt, welche insbesondere den Erfolg eines IV-Modells in der Praxis sichern.

- Vernetzung aller Versorgungsebenen, dadurch auch bessere Koordination und Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungserbringern;
- Gewährleistung eines strukturierten Zuganges zum Gesundheits- und Sozialwesen für Betroffene sowie ein niederschwelliger Zugang zu den Angeboten;
- Qualitätsentwicklung zur besseren Versorgung der Patienten;
- Integration anderer Berufsgruppen um differenzierte Meinungen einzubinden;
- keine punktuellen und zeitlich begrenzten Interventionen setzen; die Betroffenen brauchen langfristig Unterstützung, daher muss die Langfristigkeit der Initiativen gewährleistet sein;
- Strukturierte Öffentlichkeitsarbeit forcieren und klare Botschaften an die breite Öffentlichkeit transportieren;
- Empowerment, d.h. Angehörige und Ehrenamtliche intensiv einbeziehen;
- Schaffung von Anreizsystemen, um die Mitarbeit an etwaigen Initiativen zu forcieren;
- Integration von Public Health bzw. Konzepten von Public Health (siehe auch Empowerment);

3.5.8.4 Eckpunkte eines Modells der integrierten Versorgung Demenz

Schlussendlich wurde konkret umschrieben, welche Eckpunkte bzw. Elemente ein Modell der integrierten Versorgung Demenz aus Sicht der Experten beinhalten sollte, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden.

- Alle Angebote sollten stadienspezifisch abgestimmt werden, um eine adäquate Hilfestellung zu leisten.
- Die Betreuung von Demenzkranken und deren Angehörigen sollte durch multidisziplinäre Teams erfolgen, der Informationsaustausch innerhalb des Teams muss lückenlos und rasch erfolgen. Die Verfügbarkeit muss kurzfristig gegeben sein.
- Schulungs- und Supervisionsangebote für Angehörige und Ehrenamtliche, die in die Betreuung Demenzkranker involviert sind. Zudem sind rechtliche Aspekte insbesondere

VERSORGUNG

im Bereich der ehrenamtlichen Pflege zu klären bzw. entsprechende Strukturen zu schaffen.

- Ausbildungsangebote auch für Hilfs- und Pflegekräfte sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich. Eventuell wäre eine in Krisensituationen erreichbare Unterstützung sinnvoll (De-Eskalation).
- Der reibungslose Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung bzw. dem Leben zu Hause könnte durch ein entsprechendes Entlassungsmanagement bzw. durch Übergangspflege erleichtert werden.
- Eine nach Möglichkeit rund um die Uhr verfügbare Anlaufstelle („Krisentelefon“) für Betroffene und Angehörige wird als große Hilfestellung gesehen. Insbesondere kann hier auch De-Eskalation betrieben und dadurch unnötige Maßnahmen verhindert werden.
- Zugehende Angebote werden insbesondere von Seiten der Angehörigen sehr positiv wahrgenommen. Häusliche Beratung kann zur Prävention und zur Bewältigung von Krisen beitragen.
- Entlastungsangebote, wie Urlaubsaufenthalte oder Tageszentren sollten ausgeweitet werden, wobei ein massives Informationsdefizit über bestehende Angebote identifiziert werden kann. Durch entsprechende strukturierte Informationen könnte diese Lücke geschlossen werden.
- Information und Schulung für ärztliches Fachpersonal insbesondere zur Kommunikation und dem Umgang mit Erkrankten sowie über die Verfügbarkeit von Angeboten, um den ärztlichen Umgang mit den Patienten und Angehörigen zu erleichtern.
- „Handwerkszeuge“ in der Betreuung sollten definiert werden, sodass Betreuende Hilfestellung bei der Auswahl erhalten. Hier sind nur evidenzbasierte Werkzeuge zu übernehmen.

3.5.9 Zusammenfassung

Aus der Expertenbefragung sowie den Diskussionen im Rahmen des Workshops konnten insbesondere Informationen zum Bedarf in der künftigen Versorgung Demenzkranker gewonnen werden. Der Fokus einzelner Professionisten zeigte sich in der Prioritätensetzung, generell wurde aber ein **Bedarf im Ausbau der Betreuungsangebote und –möglichkeiten** (u.a. einzelne Therapien, Memory-Kliniken, etc.) gesehen, welcher auch entsprechend zu finanzieren wäre.

Hervorzuheben ist zudem der Bedarf der Betroffenen und Angehörigen, **langfristig einen kompetenten Ansprechpartner zur Verfügung** zu haben. Dieser sollte kurzfristig auch in Krisensituationen eingreifen und unterstützen können. Des Weiteren zeigt sich ein intensiver **Bedarf an Ausbildung und Schulung**, sowohl im Bereich der Professionisten, als auch im Bereich ehrenamtlich Tätiger. Es kristallisierte sich ebenso der Wunsch nach klaren

Vorgaben hinsichtlich der Abläufe und Werkzeuge in der Betreuung und Behandlung heraus, durch die auch der Patientenpfad sowie der Informationsfluss über alle Versorgungsebenen besser strukturiert wird. Um dem großen Informationsdefizit, auch hinsichtlich bestehender Angebote, zu begegnen, wären entsprechende Informationsmaterialien und –kampagnen erforderlich.

3.6 Management/Struktur der Versorgung

Wie aus den vorangehenden Kapiteln hervorgeht, sind in die Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Therapie der Demenzerkrankung sowie in die Begleitung und Betreuung der Erkrankten und deren Angehörigen zahlreiche Personen, Professionen und Institutionen eingebunden. Daraus ergibt sich eine Vielzahl von Schnittstellen in der Versorgung, welche einerseits den Informationsfluss behindern und andererseits die Kontinuität der Versorgungskette stören bzw. gefährden. Die folgende Darstellung soll diese Problematik verdeutlichen. Es wurde eine schematische Gliederung in drei Stufen vorgenommen: symptomatische Person, Patient mit leichter bis mittlerer Demenz, Patient mit mittlerer bis schwerer Demenz.

VERSORGUNG

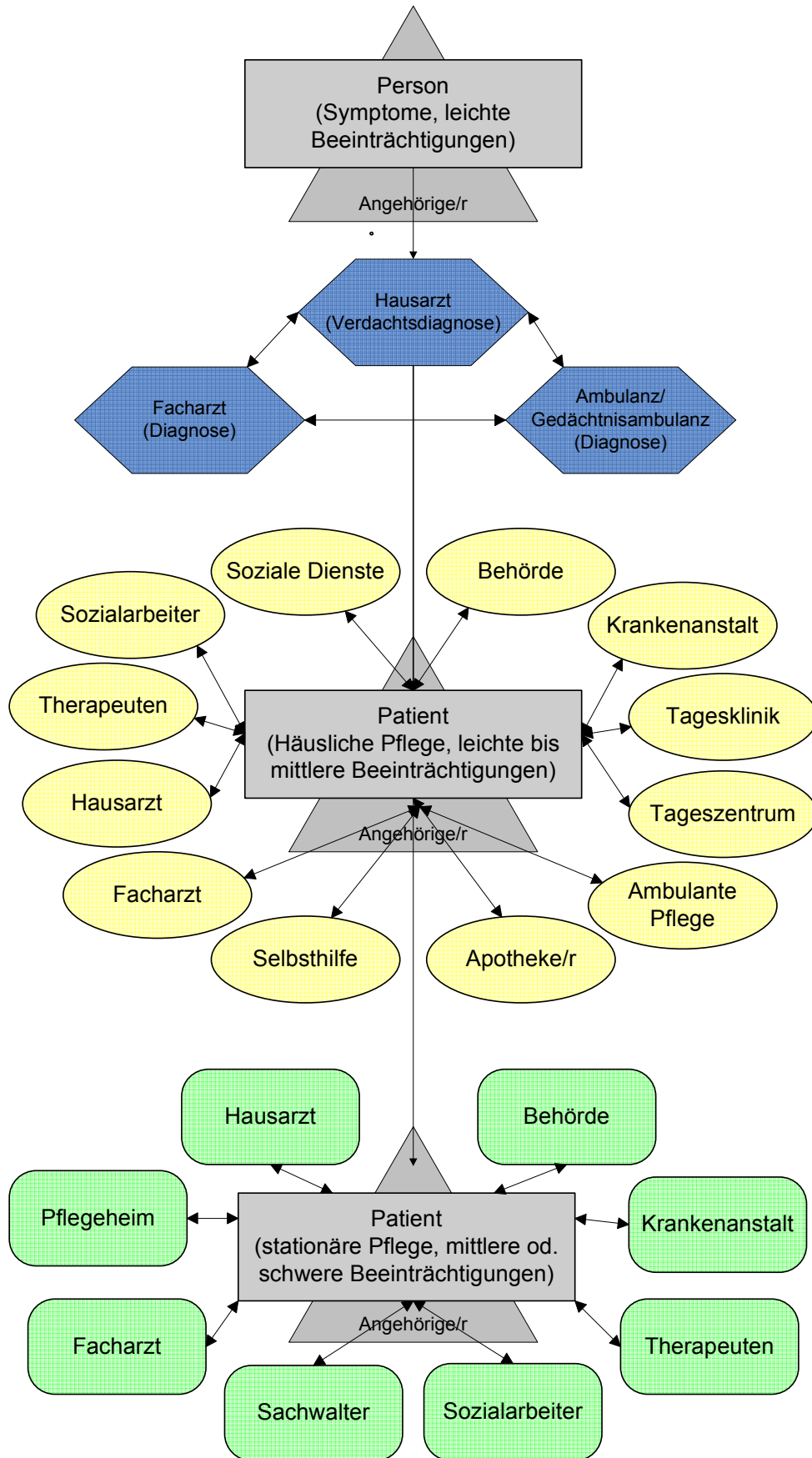


Abbildung 35 - Versorgungs- und Behandlungskette Demenz (eigene Darstellung)

4 Ökonomie

Die im Folgenden dargestellten Hochrechnungen wurden im Rahmen einer Diplomarbeit an der Wirtschaftlichen Universität Wien in enger Kooperation mit dem Competence Center Integrierte Versorgung erarbeitet. Die Daten beruhen auf den in Kapitel 2.3 dargestellten Hochrechnungen zur Bevölkerungs- und Prävalenzentwicklung sowie auf den von der WGKK ausgewerteten FOKO-Daten (vgl. Kapitel 3.5.1). Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die hier dargestellten Daten einen Auszug aus der Gesamtarbeit darstellen, welche bei Interesse bei den Autoren nachgefragt werden kann. Sämtliche Daten stellen Hochrechnungen dar und erheben daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit, sondern sollten vielmehr eine Diskussionsgrundlage darstellen. Da die Demenzversorgung hinsichtlich ökonomischer Studien und Erhebungen leider nach wie vor unterrepräsentiert ist, stellen die vorliegenden Daten einen ersten Ansatzpunkt dar, der die Möglichkeit bieten soll zu erahnen, welche enorme volkswirtschaftliche Belastung diese Erkrankung für Österreich darstellt.

4.1 Krankheitskosten-Analyse

In Österreich gibt es bislang keine eigenen Erhebungen zu den Kosten der Behandlung und Betreuung Demenzkranker. Die vorliegenden Hochrechnungen stützen sich meist auf Daten anderer europäischer Studien. Wancata et al. publizierten zum Beispiel für das Jahr 2000 je nach zugrunde liegender Hochrechnung (Großbritannien beziehungsweise Schweden) € 0,57 Milliarden beziehungsweise € 1,24 Milliarden an angefallenen Kosten. Demzufolge verursacht ein Demenzpatient Kosten zwischen € 6.300,- und € 13.700,- pro Jahr. Berücksichtigt man weiters die demographischen Entwicklungen, werden demnach im Jahr 2050 die Kosten auf € 1,47 Milliarden beziehungsweise € 3,20 Milliarden ansteigen.²¹⁶

Berechnungen aus dem Jahr 2005, durchgeführt von Jönnsön und Berr, haben für Österreich eine jährliche Kostenbelastung von € 1,1 Milliarden ergeben. Dabei nehmen die medizinischen Kosten rund ein Viertel und die medikamentöse Behandlung circa ein Sechstel der Gesamtkosten ein. Pro Patient und Jahr ergeben sich daraus Kosten in der Höhe von circa € 11.000,-.²¹⁷

Abhängig davon, welche Studie als Ausgangspunkt gewählt wird, kommt man im Zuge von Recherchen zu unterschiedlichsten Ergebnissen, die teilweise noch höher liegen als die oben erwähnten Kosten.²¹⁸ Auffällig ist auch, dass ein Großteil der Kosten von Familienmitgliedern zu tragen ist. Berücksichtigt man nun die rückläufige Relation der erwerbsfähigen Bevölkerung zu Demenzkranken, wird die Belastung der Familie noch stärker zunehmen.²¹⁹

Um eine möglichst getreue Demenzkostenbelastung für Österreich berechnen zu können, müssen prinzipiell zwei Herangehensweisen unterschieden werden; und zwar der bottom up- und der top down-Ansatz, die im folgenden Kapitel 4.1.1 beschrieben werden. Beide Ansätze werden in der Folge vergleichend und ergänzend zur Berechnung herangezogen.

An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass nicht für alle Bereiche die tatsächlichen Kosten eruiert werden können, folglich wird stattdessen auf Tarife beziehungsweise Pauschalen zurückgegriffen. Weiters stellt die Multimorbidität, die für den unterschiedlichen Krankheitsverlauf verantwortlich ist, bei der Kostenermittlung eine große Hürde dar. Diesbezüglich wird versucht, diese so gut es geht auszublenden beziehungsweise extra anzuführen. Die in dieser Arbeit so ermittelten Demenzkosten spiegeln somit das absolute Minimum wider. Um dies zu bestätigen, beziehungsweise die Auswirkungen der Multimorbidität ebenfalls zu berücksichtigen, wird abschließend in diesem Kapitel ein reales Beispiel einer dementen Person im mittleren Stadium mit zusätzlichen Erkrankungen angeführt.

4.1.1 Ansätze

Bei der Krankheitskosten-Analyse handelt es sich um eine Besonderheit der Kosten-Analyse, die häufig verwendet wird, um die volkswirtschaftliche Belastung einer Krankheit feststellen zu können. Dabei stehen quantitative Relationen im Mittelpunkt. Prinzipiell unterscheidet man zwei verschiedene Ansätze.²²⁰

1. bottom up-Ansatz: ausgehend von Durchschnittspatienten, die zum Beispiel anhand von Behandlungsrichtlinien oder Patientenstichproben kreiert werden, werden die Behandlungskosten ermittelt. Von einer kleinen repräsentativen Patientengruppe wird dabei auf die Gesamtheit geschlossen, wobei auch Schweregrade über den Krankheitsverlauf erfasst werden können. Der Nachteil dieser Methode liegt eindeutig im damit verbundenen großen zeitlichen Aufwand. In dieser Arbeit werden modellhafte Annahmen getroffen, die Experteninterviews entstammen.
2. top down-Ansatz: bei diesem Ansatz werden durch volkswirtschaftlichen Daten (wie zum Beispiel Krankheitsstatistiken oder Sterbetafeln) die Gesamtkosten für bestimmte Krankheiten ermittelt. Diese werden wiederum durch die Anzahl der Betroffenen geteilt und ergeben so die Kostenbelastung pro Patient. Die Nachteile dieser Methode liegen im hohen Aggregationsgrad der Daten und der Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben in Österreich statistisch nicht krankheitsbezogen erfasst werden. Weiters können die Kosten nur im Durchschnitt ermittelt werden, also nicht für die einzelnen Schweregrade.

Da beide Ansätze ihre Berechtigung haben und auch in der Literatur empfohlen wird, diese zu kombinieren, kommen in der Folge beide Methoden zur Anwendung. Zuerst werden anhand der von der Wiener Gebietskrankenkasse ausgewerteten Daten nach dem top down-Ansatz die Kosten für jeden einzelnen Demenzpatienten ermittelt, die dann anschließend mittels dem bottom up-Ansatz verifiziert werden.²²¹

Weiters sollen an dieser Stelle auch die Einteilungen der Kostenarten angeführt werden:

1. direkt erfassbare Kosten: diese Kosten sind ausgabenwirksam, das bedeutet es handelt sich um tatsächliche Geldflüsse.²²² In der vorliegenden Arbeit wird der Schwerpunkt auf die Ermittlung dieser gelegt, wobei folgende Kosten für das Krankheitsbild Demenz aufgrund der verfügbaren Daten eindeutig identifiziert werden konnten:
 - Ärztliche Leistungen (Diagnose, Behandlung)
 - Heilmittel
 - Heilbehelfe
 - Transportkosten
 - Stationäre Kosten
 - Pflegekosten
2. Kosten der Betreuung: diese Kosten sind nicht einnahmewirksam. Man versteht darunter den unentgeltlichen Betreuungsaufwand der Angehörigen und den dadurch entstandenen Wertschöpfungsentgang.²²³ Diese Kosten beinhalten Basistätigkeiten, wie beispielsweise Hilfestellungen im täglichen Leben (unter anderem: Waschen, Anziehen, Essen usw.).²²⁴ Durch die Multimorbidität der Demenzerkrankten gestaltet sich die Ermittlung dieser Kosten besonders schwierig und wird folglich außer Acht gelassen.

4.1.1.1 Berechnungen nach dem top down-Ansatz

Zur Ermittlung der Kosten nach dem top down-Ansatz werden primär die statistischen Auswertungen der Abrechnungsdaten der Wiener Gebietskrankenkasse herangezogen, wobei die Berechnungen auf Preisbasis des Jahres 2007 durchgeführt werden und die Selbstbehalte sowie Kostenbeteiligungen der Betroffenen nicht inkludiert sind. Ebenfalls werden die Daten der Jahre 2004 bis 2006 abgebildet. Zur Berechnung der Pflegekosten dienen einerseits die Pflegegeldstufen, die das absolute Kostenminimum darstellen, und andererseits die recherchierten Pflegeheimkosten. Die Aufschlüsselung der Kosten erfolgt nach den Kriterien, die schon vorangegangenen Kapitel angeführt wurden, in:

- Kosten ärztlicher Leistungen (Diagnose, Behandlung)
- Heilmittel
- Heilbehelfe
- Transportkosten

ÖKONOMIE

- Stationäre Kosten
- Pflegekosten

Ad Kosten ärztlicher Leistungen²²⁵

Zu den Kosten, die die ärztlichen Leistungen abbilden, zählen all jene, die der Diagnosesicherung und Weiterbehandlung dienen, also einerseits die Laborkosten und andererseits die Kosten, die durch den Arztbesuch anfallen. Eine Zusammenfassung der Auswertung der Daten der Wiener Gebietskrankenkasse, in der die abgerechneten Arztkontakte aufgelistet sind, befindet sich in Tabelle 18 und 19:

Tabelle 19 - Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 1 (Quelle: WGKK)

Jahr	Patienten	Anzahl abgerechnete Arztkontakte	Kosten ärztliche Leistungen	Kosten ärztliche Leistungen pro Patient
2004	3.931	54.561	€ 1.645.464,45	€ 418,59
2005	5.155	107.477	€ 3.114.016,86	€ 604,08
2006	5.915	146.097	€ 4.846.502,11	€ 819,36
2007	6.846	195.927	€ 6.699.508,27	€ 978,60

Tabelle 20: Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 2 (Quelle: WGKK)

Jahr	Patienten	Kosten abger. Arztkontakte gesamt	Kosten abger. Arztkontakte pro Patient	Laborkosten gesamt	Laborkosten pro Patient
2004	3.931	€ 1.521.612,85	€ 387,08	€ 123.851,60	€ 31,50
2005	5.155	€ 2.913.998,34	€ 565,28	€ 200.018,52	€ 38,80
2006	5.915	€ 4.571.051,02	€ 772,78	€ 275.487,09	€ 46,57
2007	6.846	€ 6.320.687,87	€ 923,27	€ 378.820,40	€ 55,33

Aus den Tabellen ist nun die Kostenentwicklung der Jahre 2004 bis 2007 ersichtlich. Für die einzelnen Jahre bedeutet dies folgendes: Im Jahr 2004 sind durchschnittlich € 418,59 für einen behandelten Demenzpatienten aufgebracht worden, wobei sich die Kosten mit € 387,08 für Arztkontakte und € 31,50 für Laborkosten zusammensetzen. Im Jahr 2005 sind Mehrkosten um € 185,46 pro Patient entstanden, also € 604,08. Im Jahr 2006 sind die Auszahlungen im Gegensatz zum Vorjahr um 36 % auf € 819,36 gestiegen. Das Jahr 2007, das als Berechnungsgrundlage für unsere weiteren Hochrechnungen dient, verzeichnet Kosten für ärztliche Leistungen in der Höhe von € 978,60 pro behandelten Patienten.

Bezüglich des Kostenstieges sowohl bei den Kosten pro Arztkontakt als auch bei den Laborkosten kann folgendes festgestellt werden: Betrachtet man die in der ersten Tabelle angeführte Anzahl der abgerechneten Arztkontakte ist ersichtlich, dass Demenzpatienten im Jahr 2004 durchschnittlich 13 Mal Ärzte kontaktierten, hingegen im Jahr 2007 circa 29 Mal Ärzte aufsuchten. Das bedeutet die Anzahl der Arztkontakte stieg über die Jahre

ÖKONOMIE

kontinuierlich, wobei anzumerken ist, dass es im Jahr 2006 eine Änderung in der Erfassung der Leistungsdaten gegeben hat. Seit diesem Zeitpunkt werden auch Leistungen erfasst, die keine Vergütung zur Folge haben, was bedeutet, eine vergleichbare Datenqualität ist erst ab dem Jahr 2006 gegeben. Betrachtet man nun den Kostenanstieg von 2006 auf 2007, ist der Anstieg um den Faktor 1,38 geringer, als in den Jahren zuvor (2004 auf 2005: 1,89; 2005 auf 2006: 1,56).

Ein weiterer Grund für den Kostenanstieg mag wohl auch in der Multimorbidität und im fortschreitenden Krankheitsverlauf liegen, denn Patienten, die im Jahr 2004 über die Auswertung erfasst wurden, werden auch – soweit sie nicht verstorben sind – im Jahr 2007 erfasst.

Ad Heilmittelkosten²²⁶

Zur Ermittlung der durchschnittlichen Heilmittelkosten, die Medikamente und Verbandmaterialien enthalten, werden die Kosten der Heilmittelverordnungen der Wiener Gebietskrankenkasse der Jahre 2004 bis 2007 genauer unter die Lupe genommen. Die aus der statistischen Abfrage gewonnenen Informationen sind in Tabelle 20 und 21 zusammengefasst.

Tabelle 21 - Heilmittelkosten Antidementiva nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenz-kranken	HM- Kosten nur für Demenz-medikamente	Kosten pro Demenz-kranken nur Antidementiva	Kosten aller Heilmittel-VO	Kosten pro Demenzkranken alle Medikamente
2004	3.931	€ 3.119.389,40	€ 793,54	€ 5.693.480,59	€ 1.448,35
2005	5.155	€ 4.157.658,15	€ 806,53	€ 7.355.709,29	€ 1.426,91
2006	5.915	€ 5.095.778,85	€ 861,50	€ 8.914.871,18	€ 1.507,16
2007	6.846	€ 5.975.469,35	€ 872,84	€ 10.498.040,61	€ 1.533,46

Tabelle 22 - Anzahl der Verordnungen pro Demenzpatient (Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenz-kranken	Anzahl der Pat. mit 1er VO	Anzahl der Pat. mit 2-3 VO	Anzahl der Pat. mit 4-6 VO	Anzahl der Pat. mit 7-13 VO	Anzahl der Pat. mit 14-20 VO	Anzahl der Pat. mit 21-26 VO	Anzahl der Pat. mit 27 und mehr VO
2004	3.931	537	634	655	1533	397	124	51
2005	5.155	655	904	819	1914	554	235	74
2006	5.915	735	888	938	2207	699	333	115
2007	6.846	798	1029	1089	2574	815	403	138

ÖKONOMIE

Ausgehend von den in Tabelle 20 angegebenen Kosten bedeutet dies, dass im Betrachtungszeitraum 2004 bis 2007 pro Demenzkranken zwischen € 793,54 und € 872,84 für Antidementiva ausgegeben wurden. Um auch der Multimorbidität Beachtung zu schenken, werden in Tabelle 20 die gesamten Heilmittelkosten inklusive Antidementiva angeführt. Daraus ist ersichtlich, dass die durchschnittliche jährliche Kostenbelastung pro Patient bei circa € 1.478,97 liegt. Das bedeutet, dass Antidementiva mehr als die Hälfte dieser Kosten ausmachen und somit einen großen Kostenfaktor darstellen.

Da sich über den Betrachtungszeitraum die Kosten der Antidementiva laut Wiener Gebietskrankenkasse nicht erhöht haben, aber dennoch über die Jahre ein Kostenanstieg verzeichnet wird, haben wir in Tabelle 21 die Anzahl der Verordnungen pro Demenzpatient zusammengefasst. Gut ersichtlich ist daraus die Tatsache, dass viele Demenzpatienten 2004 weniger Verordnungen erhalten, als die ärztlichen Empfehlungen aufzeigen, denn für eine sinnvolle beziehungsweise wirkungsvolle Behandlung sind abhängig von der Medikamentenpackung mindestens sieben bis dreizehn Verordnungen pro Jahr erforderlich.²²⁷ Mit zunehmender Schwere der Erkrankung nimmt auch der Bedarf an Verordnungen (je nach Medikament unterschiedlich) zu. Betrachtet man nun das Jahr 2004 im Detail, ergibt sich folgendes Bild:

- circa 14 % haben eine Verordnung,
- 16 % haben zwei bis drei Verordnungen,
- 17 % haben vier bis sechs Verordnungen,
- 39 % sieben bis dreizehn Verordnungen,
- 10 % haben vierzehn bis zwanzig Verordnungen,
- rund 3 % haben einundzwanzig bis sechsundzwanzig Verordnungen und
- rund 1 % haben siebenundzwanzig und mehr Verordnungen erhalten.

Im Vergleich dazu sieht das Bild für 2007 wie folgt aus:

- beinahe 12 % haben eine Verordnung,
- 15 % haben zwei bis drei Verordnungen,
- 16 % haben vier bis sechs Verordnungen,
- 38 % sieben bis dreizehn Verordnungen,
- 12 % haben vierzehn bis zwanzig Verordnungen,
- rund 6 % haben einundzwanzig bis sechsundzwanzig Verordnungen und
- rund 2 % haben siebenundzwanzig und mehr Verordnungen erhalten.

Die beiden Jahre nun betrachtet ist ein Trend hin zu mehr Verordnungen zu bemerken, wodurch sich der Kostenanstieg erklären lässt.

ÖKONOMIE

Um der Realität in diesem Ansatz Rechnung zu tragen, werden die für das Jahr 2007 ermittelten durchschnittlichen Kosten von € 872,84 angesetzt. Für die weiteren Berechnungen werden die Heilmittelkosten dahingegen korrigiert, indem die Kosten des bottom up-Ansatzes herangezogen werden.

Ad Kosten für Heilbehelfe²²⁸

Bezüglich der Heilbehelfe, die zum Beispiel Gehhilfen, Windeln usw. beinhalten, ergeben die Auswertungen der Wiener Gebietskrankenkasse über den angenommenen Betrachtungszeitraum die in Tabelle 22 zusammengefassten Zahlen:

Tabelle 23 - Überblick Kosten Heilbehelfe nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenzkranken	Kosten für Heilmittelbehelfe	Kosten Heilmittelbehelfe pro Patient und Jahr	Prozentueller Anstieg zum Vorjahr
2004	3.931	nicht verfügbar	nicht verfügbar	
2005	5.155	€ 1.475.482,66	€ 286,22	
2006	5.915	€ 2.152.561,82	€ 363,92	27,1%
2007	6.846	€ 3.336.157,17	€ 487,31	34,0%

Auch hier ist ein kontinuierlicher Kostenanstieg für Heilbehelfe erkennbar, der dadurch erklärbar ist, dass Patienten erst im späteren Krankheitsverlauf vermehrt Heilbehelfe benötigen, wobei wiederholt anzumerken ist, dass die Multimorbidität ebenfalls Auswirkung auf den Kostenanstieg hat.

Im Detail sehen die Jahre nun wie folgt aus: Im Jahr 2005 wurden pro Demenzpatient € 286,22 ausgegeben. Von 2005 auf 2006 kann eine prozentuelle Steigerung von 27,1% verzeichnet werden, was durchschnittliche Kosten in der Höhe von € 363,92 bedeutet. Von 2006 auf 2007 stiegen die Ausgaben um 34,0 % auf € 487,31. Für die weiteren Berechnungen werden nun die durchschnittlichen Kosten des Jahres 2007 von € 487,31 herangezogen, da darin sowohl Patienten im Anfangs- als auch im fortgeschrittenen Stadium enthalten sind und somit eher die Kostenwahrheit abbilden.

Ad Transportkosten²²⁹

Transportkosten werden von den Kassen dann übernommen, wenn die Anspruchsberechtigten durch ihren Gesundheitszustand nicht in der Lage sind, ein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit Begleitung) zu benutzen, aber einen Transport in die nächstgelegene und geeignete Krankenanstalt innerhalb Österreichs benötigen. Weiters muss die Art und Weise des Transportes durch einen Arzt bestätigt werden.²³⁰ In Tabelle 23

sind die von der Wiener Gebietskrankenkasse verzeichneten Transportkosten für die Jahre 2004 bis 2007 gelistet.

Tabelle 24 - Überblick Transportkosten nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenz-Kranken	Transportkosten gesamt	Transportkosten pro Patient	Prozentueller Anstieg zum Vorjahr
2004	3.931	nicht verfügbar	nicht verfügbar	
2005	5.155	€ 930.790,22	€ 180,56	
2006	5.915	€ 1.422.497,49	€ 240,49	33 %
2007	6.846	€ 1.915.083,84	€ 279,74	16 %

Die geringen Transportkosten von € 180,56 pro Demenzpatient im Jahr 2005 könnten demzufolge so erklärt werden, dass Patienten im Anfangsstadium der Krankheit durchaus noch mobil sind. Erst mit zunehmender Verschlechterung können die Erkrankten die Transporte nicht mehr selbständig bewerkstelligen und benötigen so vermehrt Hilfe von Dritten. Im Jahr 2005 auf 2006 sind die Transportkosten um 33 % auf € 240,49 gestiegen. Für das Jahr 2007 können Kosten in der Höhe von € 279,74 eruiert werden, was einen prozentuellen Anstieg zum Vorjahr um 16 % bedeutet. Für die weiteren Berechnungen gehen die durchschnittlichen jährliche Kosten pro Demenzpatient des Jahres 2007 in der Höhe von € 279,74 ein, da in diesem Fall die Realität gut abgebildet wird. Auch an dieser Stelle soll nochmals auf die Multimorbidität als Mitverursacher des Kostenanstiegs hingewiesen werden.

Ad stationäre Kosten

Die Ermittlung der stationären Kosten stellt in diesem Ansatz eine besonders große Hürde dar, denn die Multimorbidität und die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung²³¹, die ein kompliziertes Punktevergabesystem zur Abrechnung der stationären Krankenhausaufenthalte ist, machen eine Kostenaufschlüsselung unmöglich. Demzufolge sind in diesem Ansatz diese Kosten nicht verfügbar.

Ad Pflegekosten

Eine Kostenabschätzung bezüglich direkter Pflegekosten gestaltet sich aus mehreren Gründen als äußerst schwierig, wie zum Beispiel die Identifikation der unterschiedlichen Zahlungsströme oder die Multimorbidität, die für den unterschiedlichen Krankheitsverlauf verantwortlich ist. Diese Barrieren machen es beinahe unmöglich eine authentische Aussage treffen zu können. Die direkt erfassbaren Kosten werden aus diesem Grund in einem ersten Ansatz rein über die Einstufung der Pflegestufen abgebildet und sollen somit das absolute Minimum der anfallenden Aufwände darstellen, denn berechnet man beispielsweise den Stundensatz für die Pflegestufe 1, bekommt die betreuende Person nicht einmal € 3,- pro

ÖKONOMIE

Stunde. Die tatsächlichen Kosten sind um ein Vielfaches höher als das angenommene Pflegegeld. In einem zweiten Ansatz werden die Kosten, die durch institutionelle Pflege entstehen, abgebildet.

Pflegegeld: Eine aktuelle Aufschlüsselung der Pflegegeldstufen gemäß Bundes- und Landespflegegeldgesetz findet sich in Kapitel 5.5.1, daher werden diese an dieser Stelle nicht nochmals gesondert dargestellt. Zur Berechnung der direkten Pflegekosten werden nun die Stufen 2 bis 6 herangezogen, aus denen der Durchschnitt berechnet wird. Folglich kann mit einer durchschnittlichen monatlichen direkt erfassbaren Kostenbelastung von € 671,78 gerechnet werden, was einer jährlichen Summe von € 8.061,36 entspricht.

Institutionelle Pflegekosten: Im Rahmen dieser Arbeit wurden durchschnittliche Pflegeheimkosten recherchiert, wobei nach Angabe von Experten aktuell von € 100,- pro Bett und Tag in einem Pflegeheim ausgegangen werden kann.²³² Betrachtet man nun den Krankheitsverlauf von durchschnittlich 7 Jahren, wird für die folgende Berechnung angenommen, dass die ersten drei Jahre noch im häuslichen Umfeld durch die Unterstützung der Angehörigen und mobilen Diensten verbracht werden. Für die Berechnung der Kosten im häuslichen Umfeld werden die Pflegegeldstufen zwei, drei und vier herangezogen. Weiters wird modellhaft davon ausgegangen, dass die verbleibenden vier Jahre im Pflegeheim verbracht werden. Dementsprechend ergeben sich Kosten in der Höhe von € 23.133,54.

Um einen besseren Überblick zu bekommen, wie viele Patienten aktuell in Pflegeheimen beziehungsweise zu Hause betreut werden, soll die nachfolgende Tabelle mit Daten der Wiener Gebietskrankenkasse Aufschluss geben. Die so ermittelten Zahlen wurden anhand der sogenannten Stempelnummern der Heime, die eine Vertragspartnernummer darstellt, identifiziert.²³³

Tabelle 25 - Institutionelle Pflege versus Pflege zu Hause (Quelle: WGKK)

Jahr	Summe der Patienten die über HM-VO identifiziert wurden	Anzahl der Patienten, die im laufenden Jahr auf der Bettenstation eines Pensionistenheimes betreut wurden	Verhältnis der Patienten, die im laufenden Jahr auf der Bettenstation eines Pensionistenheimes betreut wurden zur Summe der Patienten, die über HM-VO identifiziert wurden	nicht im Pensionistenheim betreut
2004	3.931	328	8,34%	91,66%
2005	5.155	423	8,21%	91,79%
2006	5.915	514	8,69%	91,31%
2007	6.846	708	10,34%	89,66%

Es ist ersichtlich, dass bedingt durch die Auswertung über den Betrachtungszeitraum 2004 bis 2007 die institutionelle Pflege zunimmt, da besonders die Patienten im letzten und schwersten Stadium vermehrt in Pflegeheimen betreut werden. Bestätigt wird dieser Trend

ÖKONOMIE

auch von Wancata et al. im Artikel *Epidemiologie und Versorgung von Demenzkranker*, wo angeführt wird, dass in Österreich 20 bis 25 % der Demenzkranken in Heimen gepflegt werden.²³⁴ Für die in Kapitel 7 durchgeführten Hochrechnungen bis 2050 wird nun davon ausgegangen, dass 80 % der Demenzpatienten im häuslichen Umfeld und 20 % in Pflegeheimen betreut werden.

4.1.1.2 Zusammenfassung Ergebnisse top down-Ansatz

Zusammenfassend können nun folgende durchschnittliche jährliche Kosten **pro Patient in der häuslichen Pflege** nach dem top down-Ansatz für das Krankheitsbild Demenz zusammengefasst werden:

Ärztl. Leistungen:	€ 978,60
Heilmittelkosten:	€ 872,84
Heilbehelfe:	€ 487,31
Transportkosten:	€ 279,74
Pflegekosten zu Hause:	€ 8.061,36
<hr/>	
Insgesamt:	€ 10.679,85

Basierend auf den Daten der Wiener Gebietskrankenkasse und den anderen ermittelten Kostendaten fallen nach dem top down-Ansatz jährlich mindestens € 10.679,85 für einen Demenzpatienten in Österreich an Kosten an. Die prozentuelle Verteilung ist in der folgenden Abbildung dargestellt:

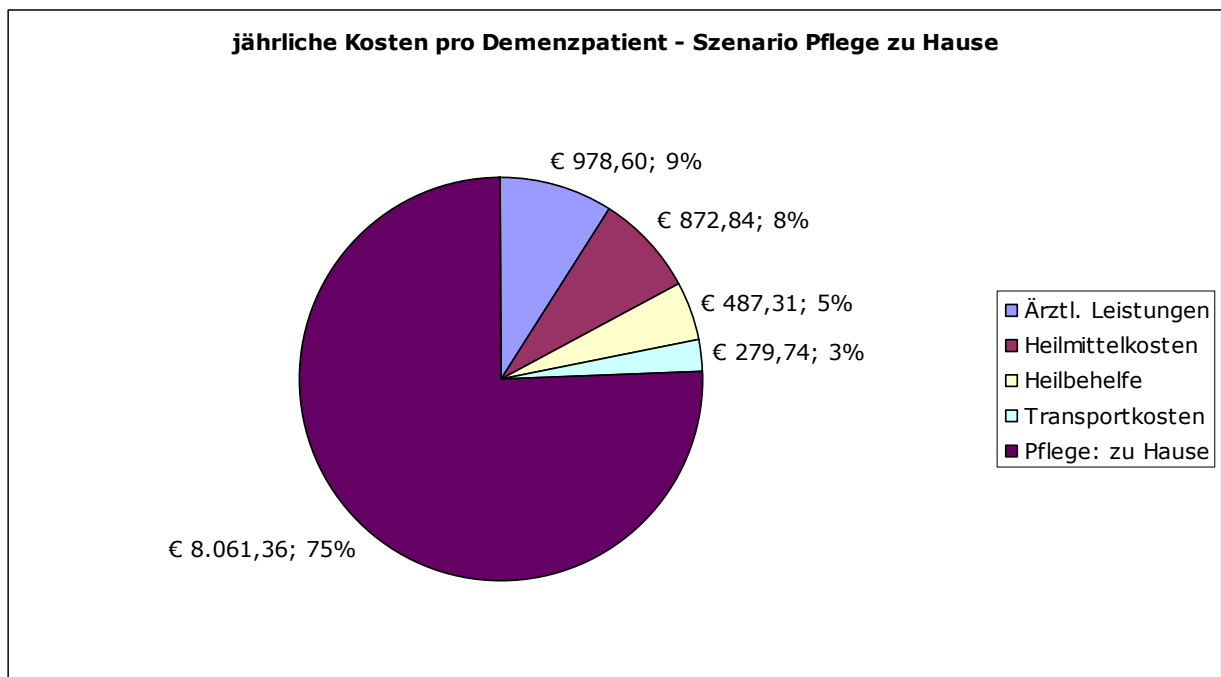


Abbildung 36 - jährliche Kosten pro Demenzpatient nach dem top down-Ansatz - Szenario Pflege zu Hause

ÖKONOMIE

Den größten Anteil mit 75 % und circa € 8.060,- nimmt dabei die Pflege zu Hause in Anspruch, gefolgt von den ärztlichen Leistungen mit 9 %, also rund € 980,-. Die Heilmittelkosten gehen mit ungefähr 8 % und € 875,- in die Gesamtrechnung mit ein. Die Heilbehelfe und Transportkosten machen dabei nur einen Bruchteil von 5 % beziehungsweise 3 % oder ungefähr € 490,- und beinahe € 280,- aus.

Die durchschnittlichen jährlichen Kosten **pro Demenzpatient im Pflegeheim** nach dem top down-Ansatz stellen sich wie folgt dar:

Ärztl. Leistungen:	€ 978,60
Heilmittelkosten:	€ 872,84
Transportkosten:	€ 279,74
Pflegekosten Pflegeheim:	€ 23.133,54
<hr/>	
Insgesamt:	€ 25.264,72

Die Heilbehelfe werden in diesem Ansatz vernachlässigt, da diese in den monatlichen Kosten von € 100,- pro Bett enthalten sind.

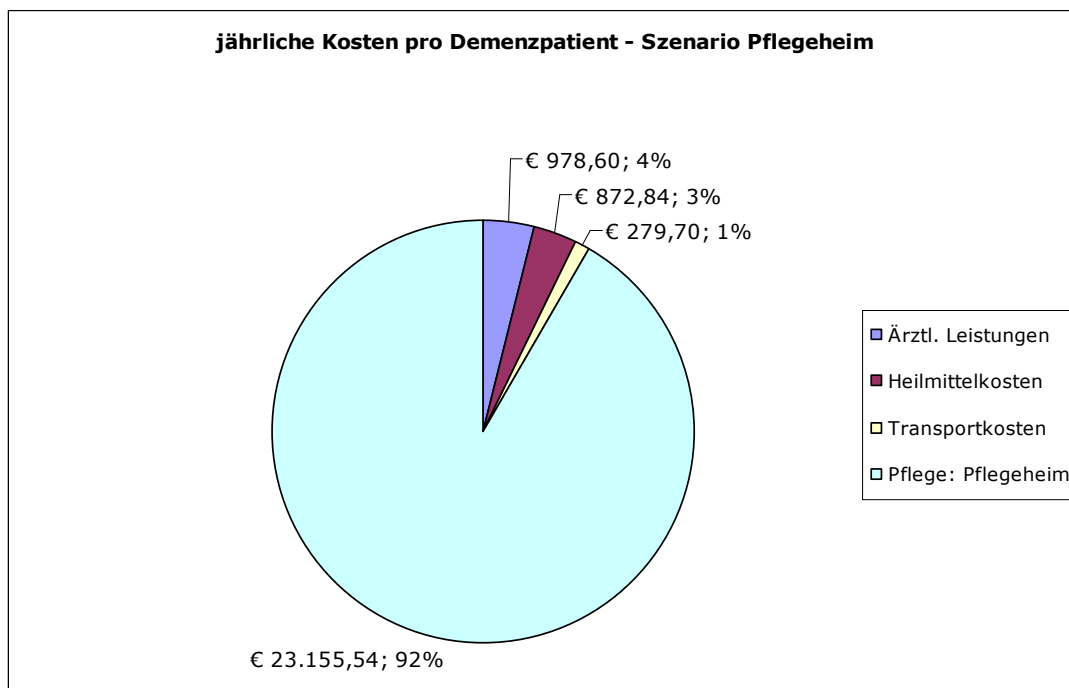


Abbildung 37 - jährliche Kosten pro Demenzpatient im top down-Ansatz - Szenario Pflegeheim

Den größten Kostenanteil mit 92 % und rund € 23.156,- nehmen die Aufwände im Pflegeheim ein, gefolgt von den ärztlichen Leistungen, die mit 4 % beziehungsweise mit ungefähr € 980,- in die Gesamtrechnung mit eingehen. Nur ungefähr 3 % beziehungsweise 1 % entfallen auf Heilmittelkosten und Transportkosten. Vergleicht man nun rein die

Pflegekosten miteinander, so machen die Kosten, die durch die Pflege im häuslichen Umfeld anfallen ungefähr ein Drittel der Kosten die im Pflegeheim entstehen aus.

4.1.1.3 Berechnungen nach dem bottom up- Ansatz

Zur Ermittlung der Kosten nach dem bottom up-Ansatz werden primär die direkt ermittelten Kosten pro Demenzpatient und Jahr verwendet. Nur in Ausnahmefällen wird auf Tarife beziehungsweise auf Pauschalen zurückgegriffen, wobei im Einzelnen darauf hingewiesen wird. Weiters wird von einer Krankheitsdauer von 7 Jahren ausgegangen, wobei die Einteilung in leicht - 2 Jahre, mittel - 3 Jahre und schwer - 2 Jahre vorgenommen wird. Es werden einerseits die Kosten der momentanen Behandlungssituation in Österreich ermittelt und andererseits die Behandlungsrichtlinien beziehungsweise Empfehlungen der österreichischen Demenzexperten berücksichtigt. Die Aufschlüsselung der Kosten erfolgt nach dem gleichen Schema wie im top down-Ansatz. Da in Österreich die überwiegende Mehrheit der Demenzpatienten zu Hause gepflegt werden²³⁵, werden zunächst die Kosten im häuslichen Umfeld berechnet. Da in der Literatur oft davon ausgegangen wird, dass das familiäre Pflegepotenzial durch hohe Scheidungsraten, niedrige Geburtenraten usw. zurückgehen wird²³⁶, werden zusätzlich auch ab der mittleren und schweren Stufe die Kosten einer demenzgerechten Heimpflege ermittelt.

Ad ärztliche Leistung

Die Kosten bezüglich ärztlicher Leistungen, die eindeutig dem Krankheitsbild Demenz zugeordnet werden können, umfassen hauptsächlich Tätigkeiten die mit der Diagnosestellung verbunden sind. Folgende Einzelkosten konnten in Verbindung mit den einzelnen Jahren und Schweregraden identifiziert werden:^{237 238 239 240}

Tabelle 26 - Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 1

Demenz	1. Jahr: Leicht	2. Jahr: Leicht	3. Jahr: Mittel
Diagnose:			
	Neurologischer Status: € 73,58 (1 x MMSE-Test inkludiert)	MMSE-Test: 2 x € 11,48	MMSE-Test: 2 x € 11,48
	Anamneseerhebung: € 90,14	jährl. Fallpauschale: € 72,-	jährl. Fallpauschale: € 72,-
	Labor: € 163,51		
	EKG: € 104,65		CT: € 249,44
	CT: € 249,44		
	MMSE- Test: € 11,48		
durchschnittliche Kosten pro Jahr:	€ 692,80	€ 94,96	€ 344,40

ÖKONOMIE

Tabelle 27 - Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 2

Demenz	4. Jahr: Mittel	5. Jahr: Mittel	6. Jahr: Schwer	7. Jahr: Schwer
Diagnose:				
	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl.	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl.	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl. Fallpauschale: € 72,-	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl. Fallpauschale: € 72,-
	Fallpauschale: € 72,-	Fallpauschale: € 72,-	CT: € 249,44	
durchschnittliche Kosten pro Jahr:	€ 94,96	€ 94,96	€ 344,40	€ 94,96

Die Kosten für den MMSE-Test entstammen dem Tarifkatalog der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für Fachärzte der Neurologie und/oder Psychiatrie, wobei dieser Test 2 x jährlich zu wiederholen ist.²⁴¹ Die Kosten bezüglich CT, EKG und Labor werden der Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge für die Wiener städtischen Krankenanstalten aus dem Jahr 2008²⁴² entnommen, dabei gehen folgende Laborparameter in die Berechnung mit ein: Folsäure/Folat (Vitamin B12), GGT, HbA1c, Glukose, Chlorid, Kalium, Natrium, komplettes Blutbild, ASAT, ALAT, T4, TSH, Alkalische Phosphatase, Harnstoff/Harnstoff-N und Kreatinin. Labor und EKG dienen zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen und fallen so folglich nur zu Beginn der Krankheit an. Schädel-CTs werden in Spezialkliniken jährlich durchgeführt, wobei die Praxis eher davon absieht.²⁴³ Folglich gehen die CT-Kosten pro Stadium als angenommener Durchschnittswert in die Gesamtrechnung mit ein. Die Fallpauschale stellt jenen Betrag dar, der von den Allgemeinmedizinern pro Quartal und Patientenkontakt verrechnet werden kann.²⁴⁴

Das leichte Demenzstadium betreffend entstehen nach dieser Berechnung im Diagnosejahr jährliche Kosten in der Höhe von ungefähr € 692,80. Das Folgejahr betrachtet fallen Kosten in der Höhe von € 94,96 an. Im Durchschnitt bedeutet dies eine jährliche Kostenbelastung im ersten Stadium von € 393,88. Im mittleren und längsten Stadium fallen im 3. Jahr Diagnosekosten in der Höhe von € 344,40 an. Im 4. und 5. Jahr belaufen sich diese auf € 94,96,-. Durchschnittlich verursacht dieses Stadium Kosten in der Höhe von € 178,11 pro Jahr. Demenzpatienten im letzten und schwersten Stadium verursachen im 6. Jahr Diagnosekosten in der Höhe von € 344,40. Im 7. Jahr sind diese € 94,96 oder sogar geringer, wenn zustandsbedingt auf die MMSE-Tests verzichtet wird. Daraus ergeben sich durchschnittliche Kosten in der Höhe von € 219,68 pro Jahr.

An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass diese Kosten rein das Krankheitsbild Demenz betreffen und eine modellhafte Annahme aufgrund von Beispielsdaten darstellen. Auf die Multimorbidität kann an dieser Stelle keine Rücksicht

genommen werden, da sich ansonsten die Darstellungen und Recherchen als zu komplex erwiesen hätten.

Ad Heilmittelkosten

Bezüglich Heilmittelkosten wurden die Tarife des Erstattungskodex herangezogen. Folgende Medikamentenkosten, die rein Antidementiva betreffen, können für die unterschiedlichen Stadien pro Monat ermittelt werden:²⁴⁵

Tabelle 28 - Kosten für Antidementiva im Überblick

<i>Demenz</i>	<i>Leicht und Mittel (1. bis 5. Jahr)</i>	<i>Schwer (6. & 7. Jahr)</i>
Medikamente: durchschnittliche Kosten pro Monat		
	Acetylcholinesterasehemmer:	Glutamatantagonist und Acetylcholinesetraserhemmer
	<ul style="list-style-type: none"> • Donepezil 10mg: € 102,75 oder • Rivastigmin 1,5/3/4,5/6mg: €49,35 oder • Galantamin: 8/16/24mg: € 72,35 	Donepezil 10 mg: € 102,75
	bei Unverträglichkeit oder keiner Wirkung: Memantin 20 mg: € 49,80	Memantin 20 mg: € 49,80
durchschnittliche Kosten pro Jahr: € 823,20		€ 1.830,60

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Medikamentenkosten bei leichter und mittlerer Demenz pro Patient und Monat im Durchschnitt bei rund € 68,60 liegen, daraus ergibt sich wiederum eine jährliche Medikamentenkostenbelastung von circa € 823,20. Für schwere Demenz werden aktuell pro Patient und Monat ungefähr € 152,55 ausgegeben, was einer Jahresbelastung von € 1.830,60 gleichkommt.

Ad Kosten für Heilbehelfe

Bezüglich Heilbehelfe, die vorwiegend in den Stadien mittel und schwer bei der häuslichen Pflege zur Anwendung kommen (im Pflegeheim sind diese Kosten im monatlichen Preis inkludiert), konnten folgende Werte identifiziert werden:^{246 247}

ÖKONOMIE

Tabelle 29 - jährliche Kosten für Heilbehelfe

<i>Demenz</i>	<i>Mittel</i>	<i>Schwer</i>
Heilmittelbehelfe: jährliche Kosten		
	Gehhilfe: € 7,-	Gehgestell/Rollmobil: € 67,-
	Windeln: € 360,-	Windeln: € 900,-
	Einlagen: € 360,-	Toilettenstuhl: € 52,-
	Toilettensitzerhöhung: € 19,-	Toilettensitzerhöhung: € 19,-
	Toilettenstuhl: € 52,-	Dekubitus-Matratze: € 60,-
	Dekubitus-Matratze: € 60,-	Pflegebett: € 600,-
	Duschhilfe: € 40,-	Duschhilfe: € 40,-
Durchschnittliche Kosten pro Jahr: € 898,-		€ 1.738,-

Die Bewertung der Anschaffungen erfolge anhand der Abschreibung über die statistische noch verbleibende Lebenszeit. Die angeführten Preise entstammen Internetrecherchen und persönlichen Gesprächen mit Fachpersonal.^{248 249} Folgende Durchschnittspreise konnten somit ermittelt werden:

- Gehhilfen werden mit einem Anschaffungspreis von € 21,- angesetzt und über drei Jahre linear abgeschrieben. Folglich gehen € 7,- als jährliche Kosten in die Gesamtrechnung ein.
- Gehgestelle oder Rollmobile können zu einem durchschnittlichen Preis von € 134,- erworben werden. Diese werden linear über zwei Jahre abgeschrieben und schlagen somit mit € 67,- zu Buche.
- Eine Toilettensitzerhöhung kostet circa € 95,- und wird über 5 Jahre linear abgeschrieben, wodurch jährliche Kosten von € 19,- entstehen.
- Ein Toilettenstuhl wird mit einem Anschaffungspreis von durchschnittlich € 135,- gerechnet, wobei die Abschreibung ebenfalls linear über 5 Jahre erfolgt. Folglich ergibt sich eine jährliche Kostenbelastung von € 27,-.
- Eine Dekubitus-Matratze kann mit einem durchschnittlichen Anschaffungspreis von € 300,- bewertet werden. Auch hier erfolgt eine lineare Abschreibung über 5 Jahre, die somit zu Kosten in der Höhe von € 60,- im Jahr führen.
- Das Pflegebett, welches im letzten Stadium meist angeschafft werden muss, geht mit € 1.200,- in die Kostenaufstellung mit ein und wird über 2 Jahre linear abgeschrieben.
- Bezüglich Windeln konnte ein Preis von circa € 15,- für 35 Stück und für Einlagen inkl. Netzhöschen ein Preis von € 30,- pro Monat ermittelt werden.
- Eine Duschhilfe beziehungsweise ein Badewannensitz wurden im Durchschnitt mit € 200,- bewertet. Auch diese werden linear über 5 Jahre abgeschrieben und gehen somit mit € 40,- in die Gesamtrechnung ein.

ÖKONOMIE

Ausgehend von den oben angeführten Kosten kommt es zu durchschnittlichen jährlichen Kostenbelastungen im mittleren Stadium von € 898,- und im schweren von € 1.738,-. Im leichten Stadium werden Heilbehelfe meist noch nicht benötigt und folglich in der Berechnung vernachlässigt.

Ad Transportkosten

Recherchen bezüglich Transportkosten ergaben, dass zum Beispiel in Wien abhängig von der Art des Transportes und eventueller Mitgliedschaften bei Sanitätsdiensten Pauschalen zwischen € 76,- und € 95,- pro Fahrt bei normalen Krankentransporten beziehungsweise € 208,- bis € 260,- bei Rettungsfahrten verrechnet werden.²⁵⁰ Da Demenzpatienten im leichten Stadium durchaus mobil sind, dient in diesem Stadium zur Ermittlung der Transportkosten eine 8-Tage-Karte der Wiener Linien zum Preis von € 27,20, wobei sich ein Tag folglich auf € 3,40 beläuft.²⁵¹ Weiters werden für Fahrten, die das mittlere Stadium betreffen, normale Krankentransporte als Berechnungsgrundlage herangezogen. Da Demenzpatienten im letzten Stadium meist bettlägerig sind, werden hierfür Rettungsfahrten veranschlagt. Zur Bestimmung der Häufigkeit der benötigten Transporte werden pro Jahr für das leichte und mittlere Stadium vier, also pro Quartal einmal, und für das letzte Stadium ein Transport berechnet (siehe ärztliche Leistungen). Weiters erfolgt die Differenzierung bezüglich Pflege zu Hause und im Pflegeheim. Da Pflegeheime von Ärzten betreut werden, werden in diesem Fall weniger Transportkosten angenommen. Eine genauere Aufschlüsselung erfolgt in der nachfolgenden Tabelle.

Tabelle 30 - Transportkosten nach dem bottom up-Ansatz

<i>Demenz</i>	<i>Leicht</i>	<i>Mittel</i>	<i>Schwer</i>
Transportkosten: jährliche Kosten			
Pflege zu Hause	4 Fahrten (8-Tage-Karte) ad € 3,40: € 13,60	8 Fahrten (hin und retour) ad € 85,50: € 684,-	2 Fahrten (hin und retour) ad € 234,-: € 468,-
Pflegeheim		2 Fahrt (hin und retour) ad € 85,50: € 171,-	2 Fahrten (hin und retour) ad € 234,-: € 468,-

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass Personen mit leichter Demenz die geringsten Kosten von € 13,60 verursachen. Das mittlere Stadium, das gekennzeichnet ist durch Verwirrung und Rastlosigkeit, schlägt bei der Pflege im häuslichen Umfeld mit € 684,- zu Buche. Pflegeheime werden regelmäßig von Ärzten betreut, was sich positiv in der Höhe der Transportkosten mit € 171,- auswirkt. Im schwersten Stadium können mindestens Kosten in der Höhe von € 468,- ermittelt werden.

Ad stationäre Kosten

Die Schwierigkeit in diesem Ansatz stellt ebenfalls die Multimorbidität dar. Um dennoch Aussagen bezüglich stationärer Kosten tätigen zu können, werden anschließend zwei 80-Jährige Musterpatienten mit folgenden Symptomen, die mehr oder weniger dem Krankheitsbild Demenz zuordenbar sind, kreiert:

1. Patient:

- Hauptdiagnose Demenz (ICD 10: F00.9)
- Nebendiagnose Harnwegsinfekt (ICD 10: N39.0)
- Aufenthaltsdauer 10 Tage (innerhalb der Verweildauergrenze, werden diese Tage über- oder unterschritten, werden Auf- beziehungsweise Abschlüsse berechnet)
- Keine medizinischen Einzelleistungen

Für den ersten Musterpatienten würden über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) 2.338 Punkte²⁵² vergeben werden. Im Hanuschkrankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse wird ein Punkt derzeit mit rund € 0,70 bis € 0,80²⁵³ bewertet, wobei der genaue Punktwert sich jeweils aus dem Budget der Landesgesundheitsfonds und den jeweils in dem Jahr abgerechneten LKF- Punkten ergibt. Anhand durchgeführter Recherchen konnte für das Hanuschkrankenhaus für das Jahr 2007 für einen Punkt € 0,78 ermittelt werden. Folglich ergeben sich für diesen Musterpatienten Kosten in der Höhe von € 1.824.

2. Patient:

- Hauptdiagnose Schenkelhalsfraktur (ICD 10: S72.0)
- Nebendiagnose Demenz (ICD 10: F00.9)
- Medizinische Einzelleistung 4236²⁵⁴ (Osteosynthese des Schenkelhalses)
- Aufenthaltsdauer 15 Tage (innerhalb der Verweildauergrenze)

Bei diesem Musterpatienten ist aufgrund der Diagnose eine Operation nötig, die im LKF-System mit einer medizinischen Einzelleistung abgegolten wird. Für diesen Patienten würde man 6.166²⁵⁵ Punkte erhalten, die einer Vergütung bei einem Punktwert von € 0,78 von € 4.809,- entsprechen würde.

Weiters konnte durch interne Datenauswertungen der Wiener Gebietskrankenkasse für das Jahr 2007 eine durchschnittlich Krankenhausaufenthaltsdauer von 33,83 Tagen ermittelt werden, wobei circa zwei Drittel der Demenzpatienten in eine Krankenanstalt eingewiesen wurden. Folglich wird nun zur Ermittlung der stationären Kosten alle Stadien betreffend der erste Musterpatient herangezogen, wobei die Kosten von € 1.824,- mit zwei Drittel angesetzt werden. Infolgedessen können jährlich stationäre Kosten von € 1.216,- errechnet werden.

ÖKONOMIE

Da es im weiteren Krankheitsverlauf durch das Krankheitsbild Demenz durchaus zu schweren Stürzen kommen kann, wird nun diese Vermutung im mittleren und schweren Stadium ebenfalls berücksichtigt. Die Auswertungen der Wiener Gebietskrankenkasse ergaben bezüglich Frakturen nun folgendes Bild: Im Jahr 2007 erlitten 284 medikamentös behandelte Demenzpatienten eine Schenkelhalsfraktur, was einer prozentuellen Wahrscheinlichkeit von circa 4 % gleichkommt. Demzufolge werden nun die Kosten des zweiten Musterpatienten mit 4 %, also € 192,- im mittleren und schweren Stadium angenommen, woraus sich eine Kostenbelastung von insgesamt € 1.408,- ergibt.

Folglich ergibt sich eine stationäre Kostenbelastung für die einzelnen Stadien:

Tabelle 31 - stationäre Kosten nach bottom up-Ansatz

<i>Demenz</i>	<i>Leicht</i>	<i>Mittel</i>	<i>Schwer</i>
Stationäre Kosten: jährliche Kosten			
	€ 1.216,-	€ 1.408,-	€ 1.408,-

Ad Pflege

Eine Kostenabschätzung bezüglich direkt erfassbarer Kosten gestaltet sich auch bei diesem Ansatz als schwierig, dementsprechend werden bei den Patienten, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, ebenfalls die Pflegegeldstufen als Berechnungsgrundlage genommen. So werden im ersten Stadium die Pflegestufen 1 und 2 zur Kostenermittlung herangezogen. Im zweiten Stadium dienen die Pflegestufen 3 und 4 beziehungsweise im letzten Stadium die Pflegegeldstufen 5 und 6 als Grundlage. Die Pflegestufe 7 wird nicht in die Berechnung miteinbezogen, da diese Stufe die totale Bettlägerigkeit ohne Bewusstsein voraussetzt und dies aber im häuslichen Bereich höchst unwahrscheinlich ist.²⁵⁶

Durch den demographischen Wandel wird zukünftig der institutionelle Bereich immer bedeutender. Demzufolge werden auch die durchschnittlichen Pflegekosten in einem Pflegeheim ermittelt. Zur Ermittlung der durchschnittlichen Kosten, die das mittlere Stadium anbelangen, werden die Preise einer Demenzstation in Wien als Berechnungsgrundlage genommen. Die Besonderheit dieser Abteilung liegt darin, dass die zu pflegenden Personen eine spezielle Demenztherapie (Ergotherapie und Physiotherapie) erhalten um länger mobil zu bleiben. Sobald die Patienten das letzte Stadium erreicht haben, kommen diese auf normale Pflegestationen, die um einiges günstiger sind.^{257 258} Infolgedessen können die Pflegekosten wie folgt zusammengefasst werden:

ÖKONOMIE

Tabelle 32 - direkte Pflegekosten nach Pflegestufen

<i>Demenz</i>	<i>Leicht</i>	<i>Mittel</i>	<i>Schwer</i>
Pflegekosten: jährliche Kosten			
Pflege zu Hause	Pflegestufen 1 & 2: € 2.530,20	Pflegestufen 3 & 4: € 6.273,-	Pflegestufen 5 & 6: € 12.186,-
Pflegeheim	Pflegestufen 1 & 2: € 2.530,20	Demenzstation: € 66.430,-	normalen Bettstation: € 36.500,-

4.1.1.4 Zusammenfassung Ergebnisse bottom up-Ansatz

Zusammenfassend können nun nach dem bottom up-Ansatz folgende jährliche Kosten für **Demenzkranke, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden**, ermittelt werden:

	Leicht	Mittel	Schwer
Ärztl. Leistungen:	€ 393,88	€ 178,11	€ 219,68
Heilmittelkosten:	€ 823,20	€ 823,20	€ 1.830,60
Heilbehelfe:	€ -	€ 898,-	€ 1.739,-
Transportkosten:	€ 13,60	€ 684,-	€ 468,-
Stationäre Kosten:	€ 1.216,-	€ 1.408,-	€ 1.408,-
Pflegekosten			
dargestellt über Pflegegeld:	€ 2.530,20	€ 6.273,-	€ 12.186,-
Insgesamt:	€ 5.029,88	€ 10.264,31	€ 17.851,28

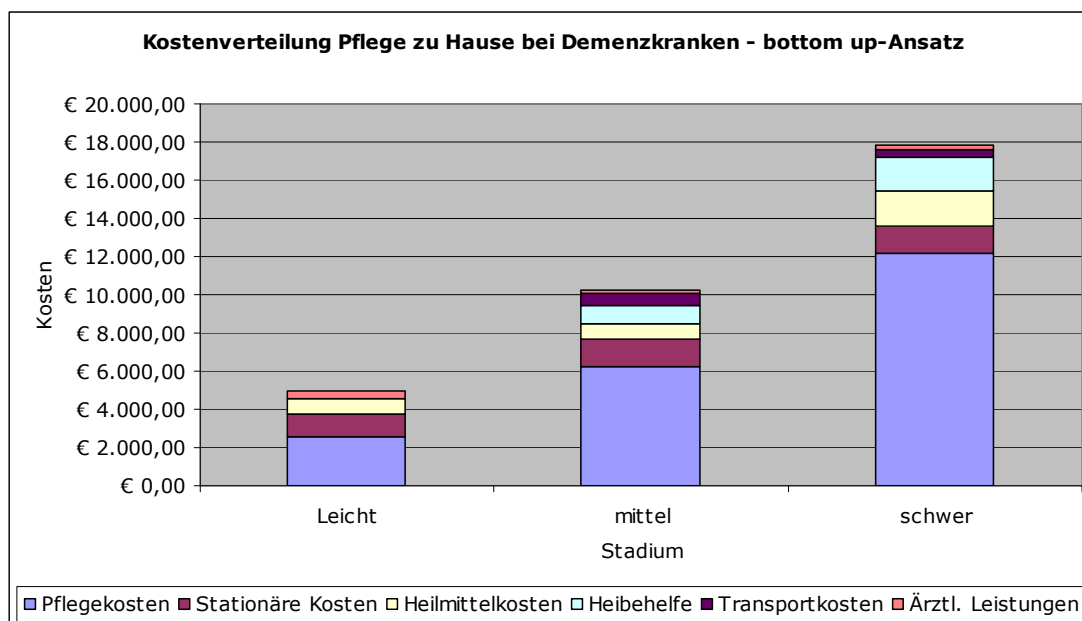


Abbildung 38 - Kostenverteilung bei Demenzerkrankten in häuslicher Pflege nach dem bottom up-Ansatz (eigene Darstellung)

ÖKONOMIE

Im Durchschnitt verursacht das Krankheitsbild Demenz, im Falle, dass die Pflege im häuslichen Umfeld erfolgt, im bottom up Ansatz Gesamtkosten von mindestens € 10.935,- pro Patient und Jahr. Hochgerechnet auf die Krankheitsdauer von 7 Jahren sind derzeit mit Gesamtkosten in der Höhe von mindestens € 76.555,- pro Demenzpatient zu rechnen.

Die Kostenstruktur nach dem bottom up-Ansatz von **Demenzkranken, die in Pflegeheimen betreut werden**, sieht wie folgt aus:

	Leicht	Mittel	Schwer
Ärztl. Leistungen:	€ 393,88	€ 178,11	€ 219,68
Heilmittelkosten:	€ 823,20	€ 823,20	€ 1.831,-
Heilbehelfe:	€ -	€ -	€ -
Transportkosten:	€ 13,60	€ 171,-	€ 468,-
Stationäre Kosten:	€ 1.216,-	€ 1.408,-	€ 1.408,-
Pflegekosten:			
Pflegeheim	€ 2.530,20	€ 66.430,-	€ 36.500,-
Insgesamt:	€ 4.976,88	€ 69.010,31	€ 40.426,68

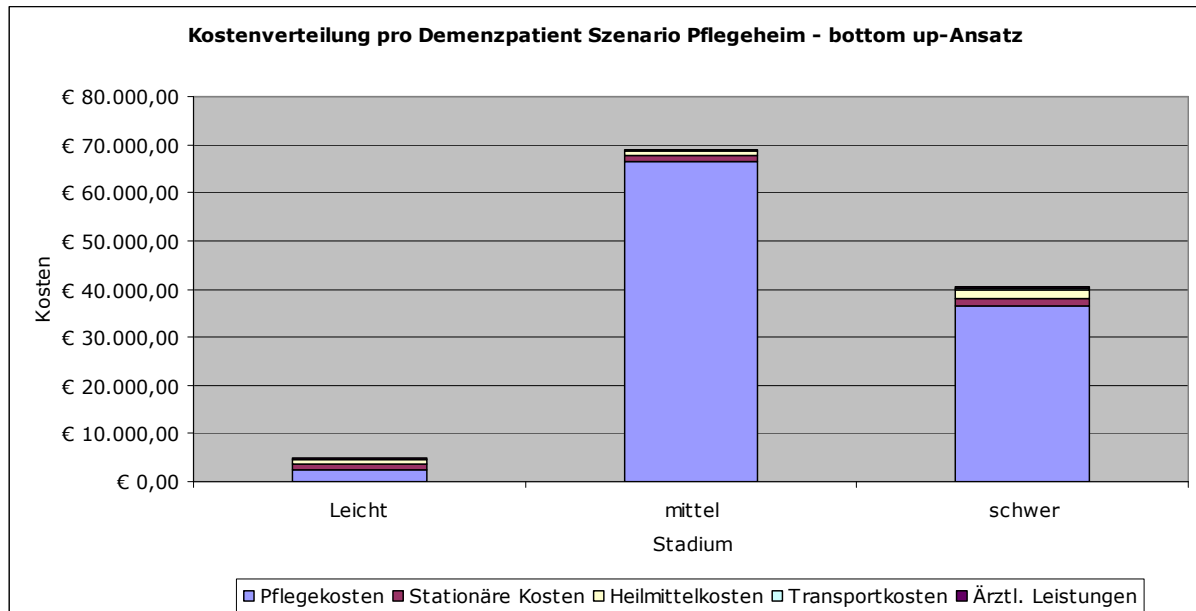


Abbildung 39 - Kostenverteilung stationäre Pflege nach dem bottom up-Ansatz (eigene Darstellung)

ÖKONOMIE

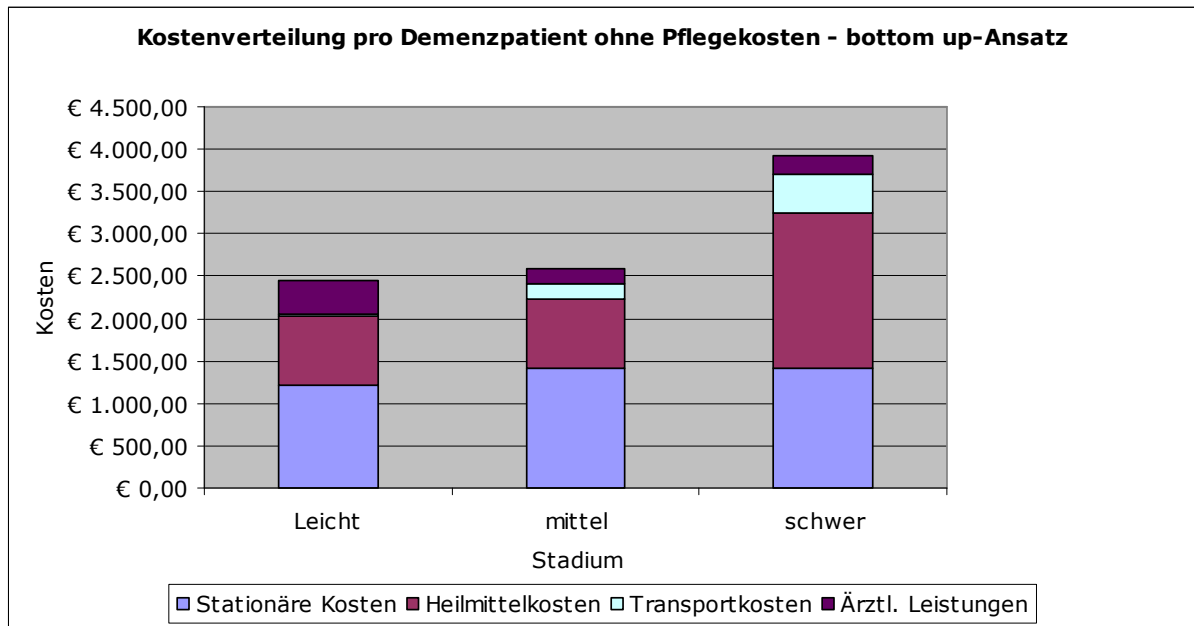


Abbildung 40 - Kostenverteilung ohne Pflegekosten nach dem bottom up-Ansatz (eigene Darstellung)

Demenzkranke, die ab dem mittleren Stadium in einem Pflegeheim betreut werden, verursachen im Durchschnitt eine jährliche Kostenbelastung von rund € 42.450,- pro Patient. Insgesamt entstehen Gesamtkosten von ungefähr € 297.838,- über die Krankheitsdauer von 7 Jahren.

4.1.2 Ergebnisvergleich der beiden Ansätze

In der folgenden Tabelle sind die durchschnittlich ermittelten Kosten der unterschiedlichen Ansätze gegenübergestellt. Im Detail stellt sich die Kostenaufschlüsselung wie folgt dar:

Tabelle 33 - Vergleich häusliche Pflege top down-Ansatz versus bottom up-Ansatz

	top down-Ansatz		bottom up-Ansatz	
Ärztl. Leistungen:	€ 978,60		€ 251,64	
Heilmittelkosten:	€ 872,84		€ 1.111,03	
Heilbehelfe:	€ 487,31	-	€ 881,71	-
Transportkosten:	€ 279,74		€ 430,74	
Stationäre Kosten:	nicht verfügbar		€ 1.353,14	
Pflegekosten:	dargestellt über Pflegegeld: € 8.061,36	Pflegeheim: € 23.133,54	dargestellt über Pflegegeld: € 6.893,06	Pflegeheim: € 39.621,49
Summe:	€ 10.679,85	€ 25.286,68	€ 10.921,32	€ 42.768,04

ÖKONOMIE

Bezüglich Kosten, die die ärztlichen Leistungen betreffen, können die € 251,64 des bottom up-Ansatzes eindeutig als absolutes Minimum angesehen werden, da ausschließlich die Diagnosekosten und die geforderten Arztkontakte (um Antidementiva verordnet zu bekommen) in die Rechnung mit aufgenommen wurden. Da bei der Auswertung der Daten der Wiener Gebietskrankenkasse die Multimorbidität sowie sonstige Arztkontakte (zum Beispiel aufgrund akuter mit der Demenz im Zusammenhang stehender Ereignisse wie Verletzungen durch Stürze) nicht ausgeblendet werden konnte, erklären sich die im top down-Ansatz ermittelten höheren Kosten von € 978,60. Da Personen mit dem Krankheitsbild Demenz durch ihre Verwirrtheit dazu neigen, öfters den Arzt aufzusuchen, wird der Mittelwert mit € 615,12 für weitere Berechnungen herangezogen.

Die Heilmittelkosten des top down-Ansatzes repräsentieren die Realität, spiegeln aber nicht die tatsächliche Kostenbelastung bei einer optimalen Demenzversorgung wider. Aus diesem Grund werden die Heilmittelkosten von € 1.111,03 des bottom up-Ansatzes für die weiteren Berechnungen herangezogen.

Im top down-Ansatz belaufen sich die Kosten der Heilbehelfe auf € 487,31 was im Vergleich zu den Kosten im bottom up-Ansatz einer Differenz von € 394,40 entspricht. Eine mögliche Erklärung liegt wohl darin, dass die Wiener Gebietskrankenkasse nur Teile der Kosten der Heilbehelfe übernimmt. Des Weiteren sind im Durchschnittswert der Wiener Gebietskrankenkasse aufgrund der notwendigen Einschränkung der Auswertung auf die letzten vier Jahre viele Fälle leichter Demenz, aber nur wenige mit schwerer Demenz enthalten. Infolgedessen scheinen die ermittelten € 881,71 eher die Realität abzubilden und gehen somit in die weitere Berechnungen ein.

Die berechneten Transportkosten von durchschnittlich € 279,74 des top down-Ansatzes stellen ebenfalls einen Durchschnittswert dar, der – wie bei den Heilbehelfen angeführt – bestimmten Einschränkungen unterworfen ist. Die im bottom up-Ansatz angeführten € 430,74 spiegeln eher die Realität wider und werden deshalb in die weiteren Hochrechnungen berücksichtigt.

Da im top-down Ansatz keine stationären Kosten ermittelt werden konnten, werden die Werte des bottom up-Ansatzes mit € 1.353,14 in die weiteren Berechnungen aufgenommen.

Da die direkt erfassbaren Kosten, die über das Pflegegeld dargestellt sind, nach beiden Modellen der gleichen Berechnungsgrundlage unterliegen, sind hier natürlich auch fast identische Kosten zu erwarten. In die Prognosen werden die Kosten des top down-Ansatzes aufgenommen, da sie eher die Kostenwahrheit abbilden.

ÖKONOMIE

Die für die weiteren Hochrechnungen angesetzten Pflegeheimkosten stellen das Mittel der beiden Ansätze dar, da die im bottom up-Ansatz ermittelten Kosten von der optimalen Demenzversorgung ausgehen und die im top-down Ansatz ermittelten Kosten eher die Realität widerspiegeln.

Zusammenfassend können nun folgende Kosten für die Pflege zu Hause, die für weitere Kalkulationen von Bedeutung sind, angeführt werden:

Ärztl. Leistungen:	€ 615,12
Heilmittelkosten:	€ 1.111,03
Heilbehelfe:	€ 881,71
Transportkosten:	€ 430,74
Stationäre Kosten:	€ 1.353,14
Pflegekosten dargestellt über Pflegegeld:	€ 8.051,36
Insgesamt:	€ 12.443,10

Bezüglich der Kosten bei der Unterbringung in einem Pflegeheim sieht die Verteilung wie folgt aus:

Ärztl. Leistungen:	€ 615,12
Heilmittelkosten:	€ 1.111,03
Transportkosten:	€ 430,74
Stationäre Kosten:	€ 1.353,14
Pflegekosten Pflegeheim:	€ 31.377,52
Insgesamt:	€ 34.887,55

Die Kostenverteilung, die die Pflege zu Hause beziehungsweise die Pflege im Heim betrifft, wird in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt:

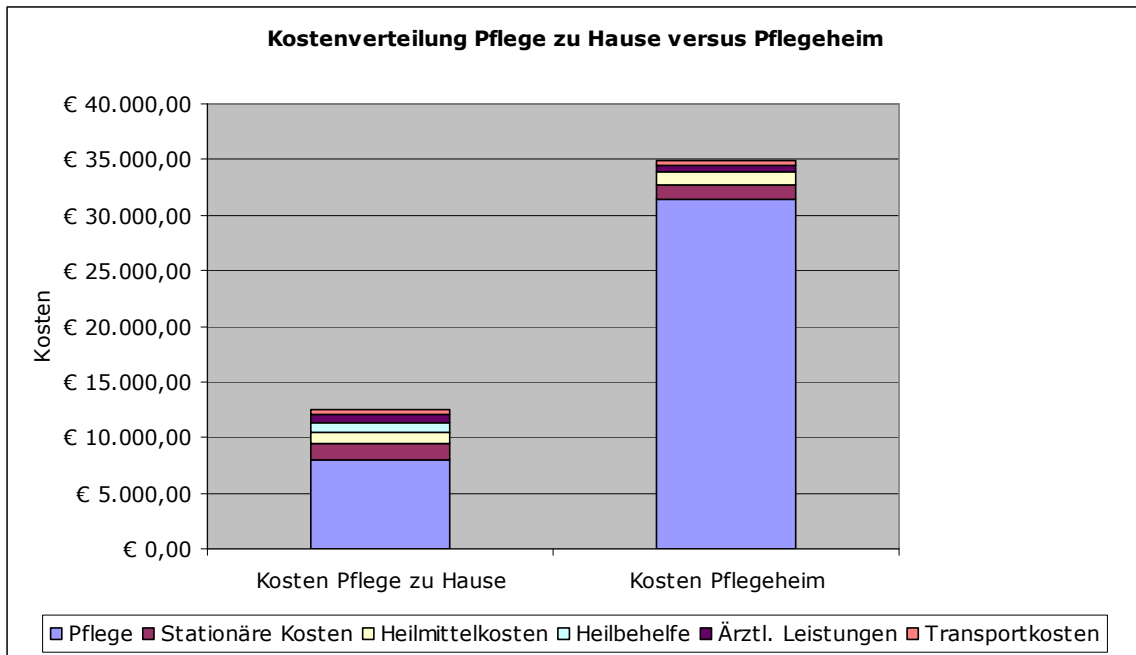


Abbildung 41 - Kostenverteilung Pflege zu Hause versus Pflegeheim pro Demenzkranken (eigene Darstellung)

Es wird beim Szenario Pflegeheim davon ausgegangen, dass im Krankheitsverlauf die Demenzpatienten 2 Jahre im häuslichen Umfeld leben und die durchschnittlich verbleibenden 5 Jahre im Pflegeheim verbracht werden. Dementsprechend sind die durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten, die bei der Pflege zu Hause anfallen und über das Pflegegeld abgebildet werden, um fast drei Viertel geringer, als die Gesamtkosten die durch die Pflege im Pflegeheim verursacht werden. Wie bereits im Kapitel 6.2.1 unter Pflegekosten erwähnt wurde, wird nun in den weiteren Berechnungen davon ausgegangen, dass 80 % der Betroffenen in privaten Haushalten von den Angehörigen gepflegt und 20 % in Pflegeheimen betreut werden. Dementsprechend ergibt sich für Österreich nun eine durchschnittliche Kostenbelastung von ungefähr € 16.930,- pro Jahr und Demenzpatient.

4.1.3 Fallbeispiel

An dem folgenden realen Beispiel soll die Individualität jeder einzelnen Patientengeschichte gezeigt werden. Es werden die Kosten für das Jahr 2007 abgebildet. Sämtliche Daten entstammen einem Interview mit einer Angehörigen der Patientin, welche der weiteren Verwendung in anonymisierter Form zugestimmt hat.

Es handelt sich um eine 84-Jährige Patientin mittlerer Demenzstufe (F03), die zu Hause im familiären Umfeld betreut wird und aktuell Pflegestufe 3 erhält. Die Diagnose Demenz wurde vor 4 Jahren gestellt. Weiters können folgenden Zusatzdiagnosen angeführt werden:

ÖKONOMIE

- Hypothyreose nach Strumektomie (E03.9)
- Zustand nach Myocardinfarkt (I25.2)
- Zustand nach cerebralem Insult (I64)
- Zustand nach cardialer Dekompensation (I51.9)

Von den Angehörigen werden die unten gelisteten Symptome angegeben:

- Inkontinenz (benötigt tagsüber Einlagen und in der Nacht Windeln)
- Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
- Verwirrung
- Benötigt Gehhilfe

Im Krankheitsverlauf waren folgende Anschaffungen und Umbauten zu tätigen: ein Babyphon, ein Toilettenstuhl und ein größerer behindertengerechter Badumbau.

Folgende Kosten konnten für diese Patientin für das Jahr 2007 identifiziert werden, wobei die Anschaffungen linear über die statistische noch verbleibende Lebenszeit abgeschrieben wurden:

erfassbare Kosten:

Ärztl. Leistungen inkl. Labor:	€	409,50
Heilmittelkosten:	Antidementiva	€ 1.233,00 (12 x Aricept 10 mg)
	weitere Heilmittel	€ 536,35
Heilbehelfe:		€ 400,00
Stationäre Kosten:		€ 8.900,00
Pflegestufe 3:		€ 5.061,60
Anschaffungen:	Badumbau	€ 10.000,00
	Babyphon	€ 10,00
	Transportkosten	€ 305,60
	Heimhilfe	€ 587,40
	Toilettenstuhl	€ 30,00
Insgesamt:		€ 27.473,45

Die Kosten, die die ärztliche Leistung inkl. Labor und die Heilmittel betreffen, können dem Leistungsblatt der NÖGKK für das Jahr 2007 entnommen werden. Der Grund für die stationäre Einweisung war eine Oberschenkelhalsfraktur, wobei die Bewertung mit € 8.900,- den angeführten Kosten aus Kapitel 6.2.3 (stationäre Kosten) entsprechen. Die Kosten bezüglich diverser Anschaffungen entstammen den Aussagen der pflegenden Angehörigen, wobei in den Transportkosten ein Liegendtransport durch die Rettung inkludiert ist und zehn Therapiefahrten von 12 km ins nächstgelegene Krankenhaus, welche mit dem Kilometergeld von 2007 mit € 0,38 bewertet werden.

Die Kostenbelastung für das Jahr 2007, die sich aus diesem Fallbeispiel ergibt, liegt bei € 27.473,45. Vergleicht man nun die Anschaffungskosten der Familie von € 10.933,- mit den aus Pflegestufe 3 erhaltenen € 5.061,60 ist ersichtlich, dass nicht einmal die Hälfte der angefallenen Kosten damit abgedeckt sind.

4.2 Wirtschaftliche Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Gesundheitskosten für Demenzkranke

In diesem Abschnitt soll nun der demographischen Entwicklung sowie der prognostizierten Entwicklung der Morbidität Rechnung getragen werden. Es werden nun drei Prognoseszenarien präsentiert, die eine Kostenabschätzung anhand der vorher eruierten durchschnittlichen Gesamtkosten (Preisbasis 2007) bis ins Jahr 2050 vornehmen.

Im Zuge der Arbeiten an den Hochrechnungen wurden des Weiteren Prognosen, welche auf den bereits diskutierten Annahmen bezüglich der demographischen Entwicklungen der Bevölkerungsgruppe der 65+ und der in der Literatur häufig dargestellten Hypothesen zu den Auswirkungen der verlängerten Lebenserwartung (Kompression der Morbidität, Expansion der Morbidität und dynamisches Equilibrium) beruhen, durchgeführt. Diese auch von der EU aufgegriffenen Thesen beschäftigen sich mit der Frage, ob die verlängerte Lebenserwartung zu einer Verkürzung oder Verlängerung der Krankheitsdauer führen werden bzw. ob diese keinen Einfluss auf die Krankheitsdauer hat.²⁵⁹ Aufgrund des großen Umfangs und der inhaltlichen Tiefe dieser Berechnungen werden diese an dieser Stelle nicht im Detail angeführt. Bei Interesse können alle diesbezüglichen Daten und Berechnungsgrundlagen bei den Autoren nachgefragt werden.

Die Kostenentwicklungen werden in der Folge einerseits nach dem Prävalenzansatz und andererseits nach dem Inzidenzansatz berechnet. Im Prävalenzansatz werden die in Kapitel 4.1.3 ermittelten durchschnittlichen Demenzkosten von € 16.930,- mit den für Österreich prognostizierten Demenzkranken multipliziert. Beim Inzidenzansatz hingegen werden alle Kosten dem Zeitpunkt der Diagnose angerechnet und in Relation zu den jährlichen Neuerkrankungen gebracht.²⁶⁰

4.2.1 Prognoseszenarien

4.2.1.1 Prävalenzansatz

In der Folge sind die nach dem Prävalenzansatz prognostizierten Gesamtkosten, die durch die unterschiedliche Krankheitsdauer verursacht werden, noch einmal zusammengefasst. Die Abbildung soll diese Gesamtkostenentwicklung illustrieren.

Tabelle 34 - Prognose Gesamtkosten - Prävalenzansatz

Jahr	Prävalenz Demenz	Gesamtkosten Krankheitsdauer 7 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 5 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 9 Jahre
2007	100.000	€ 1.693.000.000,00	€ 1.185.000.000,00	€ 2.201.000.000,00
2010	108.983	€ 1.845.082.190,00	€ 1.291.448.550,00	€ 2.398.715.830,00
2020	131.347	€ 2.223.704.710,00	€ 1.556.461.950,00	€ 2.890.947.470,00
2030	165.078	€ 2.794.770.540,00	€ 1.956.174.300,00	€ 3.633.366.780,00
2040	211.071	€ 3.573.432.030,00	€ 2.501.191.350,00	€ 4.645.672.710,00
2050	269.603	€ 4.564.378.790,00	€ 3.194.795.550,00	€ 5.933.962.030,00

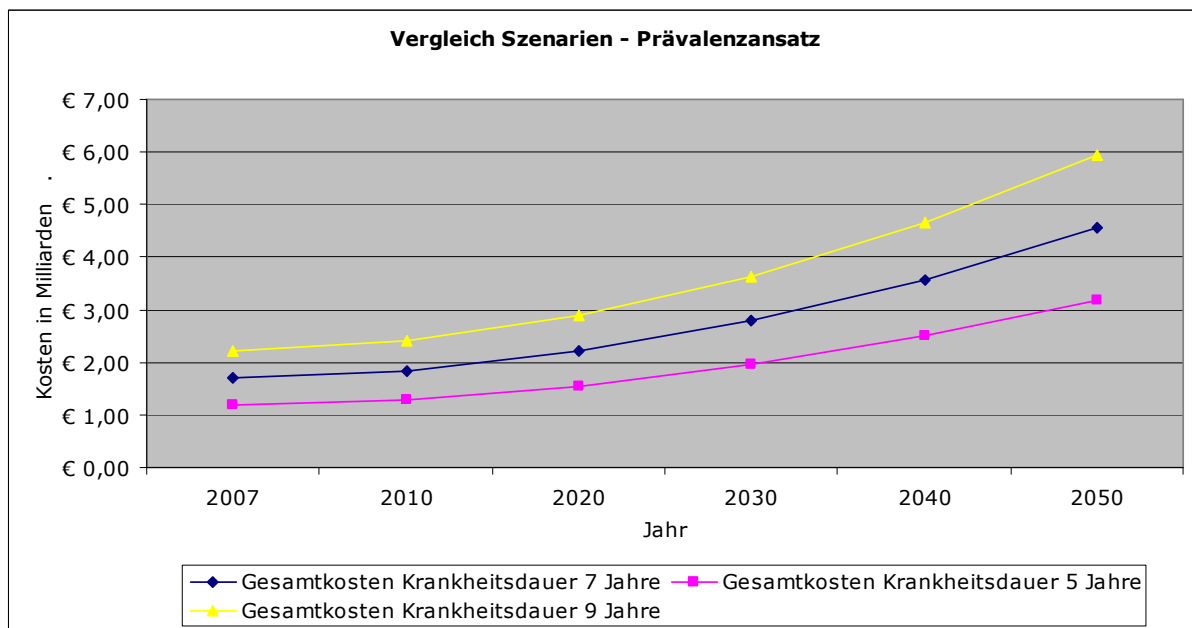


Abbildung 42 - Prognose Gesamtkosten - Prävalenzansatz

Unter Voraussetzung der im vorangehenden Kapitel angeführten Kosten und der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung betragen derzeit nach dem Prävalenzansatz bei einer Krankheitsdauer von 7 Jahren die Demenzassoziierten Kosten rund € 1,6 Mrd. Im Jahr 2030 werden durchschnittlich Kosten in der Höhe von € 2,79 Milliarden zu erwarten sein. Die Kosten können bei einem Krankheitsverlauf von 5 Jahren mit € 1,56 Milliarden angesetzt werden und gehen demzufolge mit ungefähr € 838 Millionen weniger in die Gesamtrechnung mit ein. Eine verlängerte Krankheitsdauer auf insgesamt 9 Jahre schlägt im Jahr 2030 mit € 3,63 Milliarden zu Buche.

Für das Jahr 2050 ergeben sich demnach im Mittel, also ausgehend von einer Krankheitsdauer von 7 Jahren, Kosten in der Höhe von € 4,56 Milliarden. Abhängig von der angenommenen Krankheitsdauer streut dieser Wert um bis zu € 1,37 Milliarden.

4.2.1.2 Inzidenzansatz

Legt man die Inzidenzraten zugrunde und rechnet diesen die Gesamtkosten zu, so ergibt sich das folgende Bild, welches zeigt, dass unter der Berechnung nach dem Inzidenzansatz weitaus höhere Kosten prognostiziert werden.

Tabelle 35 - Prognose Gesamtkosten - Inzidenzansatz

Jahr	Jährliche Neuerkrankungen	Gesamtkosten Krankheitsdauer 7 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 5 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 9 Jahre
2010	28.100	€ 3.330.131.000,00	€ 2.378.665.000,00	€ 4.281.597.000,00
2020	33.500	€ 3.970.085.000,00	€ 2.835.775.000,00	€ 5.104.395.000,00
2030	42.000	€ 4.977.420.000,00	€ 3.555.300.000,00	€ 6.399.540.000,00
2040	51.800	€ 6.138.818.000,00	€ 4.384.870.000,00	€ 7.892.766.000,00
2050	59.500	€ 7.051.345.000,00	€ 5.036.675.000,00	€ 9.066.015.000,00

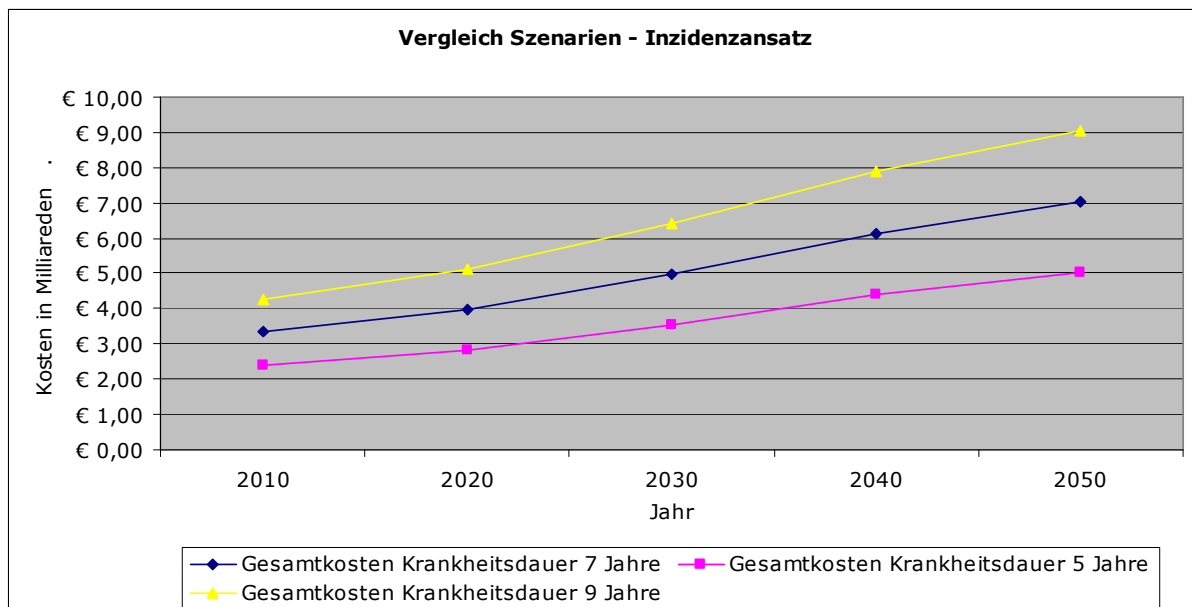


Abbildung 43 - Prognose Gesamtkosten - Inzidenzansatz

Unter den getroffenen Annahmen werden die jährlichen Neuerkrankungen von 28.100 im Jahre 2010 während ihres Krankheitsverlaufes Kosten in der Höhe von € 3,33 Milliarden verursachen. Dieser Wert schwankt bei geänderter Krankheitsdauer um bis zu € 952 Millionen. Im Jahr 2030 werden nach dem Inzidenzansatz und geschätzten 42.000 Neuerkrankungen Kosten von € 4,98 Milliarden entstehen, wobei sich die Kosten bei einer Krankheitsdauer von 5 Jahren um € 1,42 Milliarden auf € 3,56 Milliarden reduzieren. Bei einer Verlängerung der Krankheitsdauer auf 9 Jahre werden die Kosten hingegen auf € 6,40 Milliarden anwachsen. Für das Jahr 2050 sehen die Zahlen noch dramatischer aus: bei einem unveränderten Krankheitsverlauf und geschätzten Neuerkrankungen von 59.500 werden Kosten bis zu € 7,05 Milliarden zu erwarten sein. Dabei sind Schwankungen bei Veränderung der Krankheitsdauer von bis zu € 2,01 Milliarden möglich.

Zusammenfassend kann nun festgestellt werden, dass, unabhängig nach welchem Ansatz die Kostenentwicklung des Krankheitsbildes Demenz abgebildet werden, die zu erwartenden Gesamtkosten werden bis ins Jahr 2050 einen enormen Umfang annehmen und sich annähernd verdoppeln bzw. sogar verdreifachen werden. Demzufolge sollten auch hinsichtlich der ökonomischen Entwicklungen zielführende Interventionen, welche sich in Bezug auf Kostenentwicklungen in der Regel erst mittel- bis langfristig niederschlagen, schon heute gesetzt werden.

4.3 Krankenkosten im internationalen Vergleich

In zahlreichen internationalen Studien wurde die durchschnittliche jährliche ökonomische Belastung des Krankheitsbildes Demenz dokumentiert, wobei ein direkter Vergleich dieser oft nicht möglich ist, da unterschiedliche Methodenansätze und Untersuchungsgegenstände (zum Beispiel nur Diagnose AD) verwendet werden. Auch die unterschiedlichen nationalen Versorgungssysteme und Kostenbewertungen machen eine Gegenüberstellung äußerst schwierig. Dennoch kann man beobachten, dass die Kosten der Betreuung, die in den Krankenkostenstudien als indirekte oder informelle Kosten bezeichnet werden, meist deutlich über den direkt erfassbaren Kosten, die formelle oder direkte Kosten genannt werden, liegen.²⁶¹

In diesem Abschnitt der Arbeit werden einige bedeutende internationale Studien vorgestellt. Die Kriterien der Auswahl der nachfolgenden Studien bilden entweder die Aktualität (Publikation 2008) oder in der Studie zusätzlich berechnete Parameter ab.

4.3.1 Ökonomische Belastung durch AD in den USA

In der für die USA ausgewählten und oft zitierten Studie von Leon et al.: *Alzheimer's Disease Care: Costs And Potential Savings* aus dem Jahr 1998 befinden sich Hinweise bezüglich Kosteneinsparungsmöglichkeiten die den teuren Betreuungsaufwand (Pflegeheime) betreffen. Diese Studie ermittelt anhand des bottom up-Ansatzes nur die Kosten der Alzheimer-Demenz, was einen Nachteil darstellt. Zusätzlich wird auch noch der Artikel *Prevalence, Costs, and Treatment of Alzheimer's Disease and Related Dementia: A managed Care Perspective* von Rice et al. aus dem Jahr 2001 angeführt.

Die formellen und informellen Kosten bezüglich Alzheimer Demenz werden, abhängig von der verwendeten Berechnungsmethode und Prävalenzrate, in den USA mit \$ 50 bis \$ 100 Milliarden pro Jahr angegeben.²⁶²

Im Jahr 1996 wurden in einer sechsmonatigen Studie von Leon et al. die Kosten von 697 AD-Patienten genauer beobachtet. Im abschließenden Artikel aus dem Jahre 1998 werden diese Kosten, die wiederum in die Demenzstadien leicht, mittel und schwer sowie in formelle

und informelle Kosten aufgeschlüsselt werden, abgebildet. Die nachfolgende Tabelle 42 soll einen Überblick über die errechneten AD-Kosten geben, wobei keine Anpassung an die entsprechende Preissteigerung erfolgte:

**Tabelle 36 - Formelle und informelle jährliche Kosten nach Stadien in den USA in USD;
Preisbasis 1996 (Kurs vom 15.09.2008: 1 USD = 0,701234 Euro^{263,264})**

Stadium	Formelle Kosten	Informelle Kosten	Gesamtkosten
Leicht	\$ 12.192,- (€ 8.549,44)	\$ 6.216,- (€ 4.358,87)	\$ 18.408,- (€ 12.908,32)
Mittel	\$ 23.448,- (€ 16.442,53)	\$ 6.648,- (€ 4.661,80)	\$ 30.096,- (€ 21.104,34)
Schwer	\$ 31.968,- (€ 22.417,05)	\$ 4.164,- (€ 2.919,94)	\$ 36.132,- (€ 25.336,99)
Kostendurchschnitt	\$ 21.924,- (€ 15.373,85)	\$ 5.748,- (€ 4.030,69)	\$ 27.672,- (€ 19.404,55)

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die formellen Kosten für einen Patienten in den USA im Jahr 1996 durchschnittlich bei \$ 21.924,- und die informellen Kosten bei \$ 5.748,- liegen, folglich ergibt sich eine durchschnittliche Gesamtkostenbelastung pro Patient, Jahr und alle Stadien betreffend von \$ 27.672,-. Hochgerechnet auf die AD betroffene Bevölkerung bedeutet dies eine Belastung von \$ 14,9 Milliarden für milde Demenz und \$ 36,4 Milliarden für mittlere / schwere Demenz – im Durchschnitt also \$ 51,3 Milliarden für alle Demenzformen. Die Kostendifferenz (\$ 18.408,- versus \$ 36.132,-) die zwischen leichter und schwerer Demenz besteht, wird hauptsächlich durch die Kosten der Pflegeeinrichtungen verursacht, da leichte und mittlere Demenzen eines weit geringeren Pflegeaufwandes bedürfen.²⁶⁵

Weiters konnte gezeigt werden, dass die informellen und formellen Pflegekosten mit dem Schweregrad der Demenz positiv korrelieren. Ebenfalls beschäftigt sich diese Studie mit möglichen Einsparungspotentialen, wobei man zum Ergebnis kam, dass man bei den formellen Kosten monatlich bis zu \$ 2.029,- und bei den informellen Kosten jährlich bis zu \$ 9.132,- einsparen könnte, wenn man anstatt der teuren Pflegeheime betreutes Wohnen wählen würde, da die Kosten für diese Einrichtungen um 21 % bis 30 % geringer sind.²⁶⁶

4.3.2 Ökonomische Belastung in Kanada²⁶⁷

Die wohl bedeutendste kanadische Kostenstudie stammt von Ostbye und Cross mit Publikationsjahr 1994, die sich vorwiegend dadurch auszeichnet, dass sie über eine große Stichprobe verfügt, alle Demenzformen miteinbezieht und die „Netto- beziehungsweise Zusatzkosten“, die durch Demenzen entstehen, ermittelt. In Anlehnung an diese Studie werden zum Beispiel die Daten für die Schweiz aufbereitet. Die Nachteile sind eindeutig

ÖKONOMIE

darin zu sehen, dass die Daten auf das Jahr 1991 zurückgehen, der ökonomische Wertschöpfungsentgang, der durch die Pflege der Angehörigen entsteht, nicht berücksichtigt wird und die Vergleichbarkeit mit anderen Quellen sehr schwer ist.

Die Studie mit dem Titel *Net economic costs of dementia in Canada* ermittelt die direkten und indirekten Kosten nach dem bottom up-Ansatz und versucht die Multimorbidität gänzlich auszublenden, indem nur die Kosten, die durch das Krankheitsbild Demenz verursacht werden, in die Gesamtrechnung miteinbezogen werden. Dementsprechend werden die Kosten von insgesamt 10.263 Personen mit und ohne Demenz sowohl im häuslichen Umfeld, als auch im Pflegeheim untersucht. Weiters werden die Zusatzkosten, soweit es die Daten erlaubten, für die Schweregrade leicht, mittel und schwer beziehungsweise für Geschlecht und Altersgruppen (65 – 74 Jahre; 75 – 84 Jahre und 85 und darüber) ermittelt.

Zu den *direkten Kosten* zählen alle kostenverursachenden Aufwände wie zum Beispiel:

- Pflegeheime: die Zusatzkosten (CAN\$ 19.100,-) für einen Demenzkranken werden aus den durchschnittlichen vorgeschriebenen Pflegeheimkosten (CAN\$ 77) minus der Kosten der zu Hause gepflegten Personen (Kosten laut Statistik) errechnet.
- Diagnosen: Um Diagnosekosten zu berechnen, werden die für das Jahr 1991 berechnete Inzidenzrate und Prävalenzrate (252.600 Patienten) herangezogen und mit den durchschnittlich errechneten Kosten pro Patient multipliziert (CAN\$ 250,-).
- Spitalsaufenthalte: Die Durchschnittskosten pro Demenzpatient werden errechnet, indem man die Differenz der Aufenthaltsdauer demenzkranker und nicht-demenzkranker Patienten mit CAN\$ 507,- multipliziert (entspricht den täglichen kanadischen Krankenhauskosten pro Patient im Jahre 1991).
- Medikamente: Die durchschnittlichen Medikamentenkosten ergeben sich, indem die Medikation der Demenzpatienten minus die Medikation der Nicht-Demenzpatienten ermittelt und anschließend mit den berechneten Kostenfaktor von CAN\$ 200,- multipliziert werden. Die CAN \$ 200,- entstammen dem Medikamentenplan aus dem Jahre 1992 und der erwarteten Medikamentenverschreibungen der über 65-Jährigen (mit und ohne Demenz).
- Rehabilitation und
- Forschung: Informationen diesbezüglich entstammen öffentlichen Stellen – um nicht öffentlich finanzierte Forschungskosten abzudecken, werden 50 % auf die ermittelten öffentlichen Kosten aufgeschlagen.

Als volle Kosten der Betreuung oder *indirekte Kosten* werden die unbezahlten Leistungen der Familie und Freunde herangezogen und mit CAN\$ 10,- bewertet, wobei die entgangene ökonomische Wertschöpfung nicht berücksichtigt wird. Die Einteilung dieser erfolgt in die Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Toilette, Essenzubereitung) und die restlichen

ÖKONOMIE

Aktivitäten. Erstere werden maximal mit 90 Stunden pro Monat bewertet – letztere mit maximal 30 Stunden pro Monat, wobei die Zeiten, in denen die Patienten professionelle Pflege erhalten, abgezogen werden. Weiters wird der Anteil der Patienten, die an präseniler Demenz leiden, mit 10 % angenommen. Die Kostenbewertung für diese Gruppe erfolgt mit den gleichen Kosten wie zuvor.

Daraus ergeben sich nun für 1991 die jährlichen „Nettokosten“ für Demenz mit circa 3,9 Milliarden CAN\$ (€ 2,26 Milliarden), die sich wie folgt aufschlüsseln, wobei die Darstellung in Euro nur informativ ohne Anpassung an die entsprechende Preissteigerung erfolgt:

Tabelle 37 - Zusatzkosten für Demenz in Kanada - Preisbasis 1991
(Kurs vom 15.09.2008: 1 CAN\$ = 0,655803 Euro²⁶⁸)

	CAN\$	Euro
- Kosten für die häusliche Betreuung (615 Millionen \$CAN direkte Kosten – 636 Millionen CAN\$ indirekte Kosten)	1,25 Milliarden	0,82 Milliarden
- Kosten für Pflegeheime	2,18 Milliarden	1,45 Milliarden
- Kosten für Medikamente, Spitalsaufenthalte und Diagnosen	74 Millionen	48,53 Millionen
- Kosten für Forschung	10 Millionen	6,56 Millionen
- Kosten für Patienten unter 65 Jahren	389 Millionen	155,11 Millionen

Die jährlichen Zusatzkosten für Demenz pro Person werden laut dieser Studie für Kanada mit CAN\$ 13.900,- angegeben. Die Kosten für die Versorgung in Pflegeheimen machen dabei mehr als ein Drittel der gesamten jährlichen Zusatzkosten aus. Die Kostenbelastung bei zu Hause betreuten Patienten nimmt mit Schweregrad zu und bewegt sich bei leichter Demenz im Bereich von circa CAN\$ 3.500,- und bei schwerer Demenz bei CAN\$ 9.500,- pro Patient. Bei der Ermittlung der Zusatzkosten für Medikamente ist festzustellen, dass pro demenzkrankem Patienten im Durchschnitt um 1,2 Rezepte mehr ausgestellt werden, als bei Patienten ohne Demenz. Die Zusatzkosten bezüglich der Spitalsaufenthalte werden mit Null angegeben, da keine signifikanten Abweichungen zwischen Demenzerkrankter und Nicht-Demenzerkrankter festgestellt werden konnte.

4.3.3 Ökonomische Belastung durch Demenz in den Niederlanden²⁶⁹

Eine sehr aktuelle Kostenstudie mit Publikationsdatum November 2007 stammt aus den Niederlanden von Graff et al. mit dem Titel: *Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study*. Darin werden die Einsparungspotenziale, die durch eine entsprechende Demenztherapie erreicht werden können, berechnet.

ÖKONOMIE

In den Niederlanden wurden für das Jahr 2003 die gesamten Gesundheitskosten mit € 57 Milliarden angegeben - für das Jahr 2025 werden Kosten in der Höhe von € 70 Milliarden erwartet, davon werden geschätzte € 10 Milliarden der älteren Bevölkerung durch altersspezifische Erkrankungen, wie zum Beispiel Demenz, zugeschrieben.

Im Jahr 2002 werden bezüglich Demenzkranker folgende Daten veröffentlicht:

- 39 % benötigen regelmäßige Betreuung,
- 38 % benötigten tägliche Pflege zu Hause und
- 23 % gelegentliche häusliche Pflege.

Weiters wird davon ausgegangen, dass die informellen Kosten ein Drittel der Demenzgesamtkosten ausmachen und mit dem Schweregrad korrelieren, wobei für Demenz im Durchschnitt im Jahr 2004 € 14.854,- ausgegeben werden.²⁷⁰

Als weitere Grundlage dient die im Jahre 2005 von Graff et al. veröffentlichte Studie über die nachweislich positive Wirkung einer unterstützenden Demenztherapie. Dabei wird anhand zweier Gruppen (Gruppe mit unterstützender Therapie und Kontrollgruppe) die positive Wirkung dieser speziellen Demenztherapie untersucht. Insgesamt werden 135 Über-65-Jährige an Demenz erkrankte und deren Pflegenden untersucht, wobei diese anhand vorher festgelegter Kriterien (Schweregrad der Demenzerkrankung: leicht und mittel; Diagnosestellung: mittels MMSE-Test usw.) ausgewählt wurden. Ziel dieser Erhebung war es, festzustellen, ob die Funktionen des täglichen Lebens verbessert werden und das Wohlbefinden der betroffenen Personen sowie der pflegenden Personen erhöht werden könne.

Folgende Einsparungen werden nun im Artikel veröffentlicht, die der dreimonatigen Therapie zuzuschreiben sind:

- Hauskrankenpflege - € 417,-
- Häusliche Pflege - € 91,-
- Sozialarbeiter - € 8,-
- Physiotherapeuten - € 36,-
- Tagespflege - € 197,-
- Essen auf Räder - € 8,-
- Kosten für Krankenhaus - € 242,-
- Pflegeheimen und Altersheime - € 172,-
- Kosten für Angehörige - € 1.762,-

4.3.4 Ökonomische Belastung durch Demenz in Deutschland²⁷¹

Der von Bickel aus dem Jahre 2001 veröffentlichte Artikel *Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten* fasst bedeutende nationale und internationale Studien zusammen und versucht einen Überblick über die Demenzsituation in Deutschland zu geben. Bezüglich Alzheimer Demenzkosten zitiert er die von Hallauer et al. 2000 publizierte Studie, in der die direkten beziehungsweise indirekten Kosten und auch die Gesamtkostenverteilung der unterschiedlichen Schweregrade genauer betrachtet werden. Der Nachteil dieser Kostenstudie besteht darin, dass diese Berechnungen bereits 10 Jahre alt sind und nur für AD-Patienten recherchiert wurden.

Für die Versorgung von Alzheimer-Patienten ergibt sich demzufolge eine jährliche Gesamtkostenbelastung von circa € 25,6 Milliarden. Die Aufschlüsselung der direkten Kosten erfolgt anhand folgender Kostenträger: gesetzliche Krankenversicherungen (Spitalsaufenthalte, ärztliche Leistungen und Medikamente), gesetzliche Pflegeversicherungen (ambulante und stationäre Pflege) und Patienten beziehungsweise deren Angehörige. Die indirekten Kosten werden mittels Pflegeaufwand der Familie bewertet und mit dem Durchschnittseinkommen (25 DM entspricht 12,80 Euro) der Arbeitnehmer multipliziert. Die nachfolgende Tabelle 44 soll einen genauen Überblick über die Kosten, die in vier Schweregrade eingeteilt werden, geben:

Tabelle 38 - Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in Deutschland - Preisbasis 1998 (Umrechnungsfaktor € 1 = 1,95583 DM²⁷²)

Schweregrad	Gesamtkosten pro Patient und Jahr
Frühe Phase	< DM 10.000,- / < € 5.100,-
Mittelschwere Demenz	> DM 50.000,- / > € 25.500,-
Schwere Demenz	> DM 120.000,- / > € 61.000,-
Schwerste Stadien	ca. DM 180.000,- / ca. € 92.000,-

Die durchschnittliche jährliche AD-Demenzkostenbelastung wird in Deutschland mit rund € 43.750,- angegeben. Die Kostenverteilung auf die verschiedenen Kostenträger sieht wie folgt aus: auf die gesetzliche Krankenversicherung für Medikamente, Spitalsaufenthalte, ärztliche Konsultationen usw. entfallen nur circa 2,5 % der Gesamtkosten. Die gesetzlichen Pflegeversicherungen übernehmen rund 29,6 % der Gesamtkosten und die höchste Kostenbelastung haben mit 67,9 % die Familien zu tragen, wobei 90 % wiederum auf die indirekten Kosten entfallen.

4.3.5 Ökonomische Belastung durch Demenz in Schweden, Dänemark, Norwegen und Finnland²⁷³

Jönsson et al. haben für Schweden, Finnland, Dänemark und Norwegen die sehr aktuelle Studie aus dem Jahre 2006 mit dem Titel *Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease* veröffentlicht. Darin werden die direkt erfassbaren Kosten und die vollen Kosten der Betreuung nach dem bottom up-Ansatz mittels einer umfangreichen Feldstudie ermittelt. Die Stichprobe enthält insgesamt 272 an Alzheimer-Demenz in unterschiedlichen Stadien leidenden Patienten und deren Betreuende, wobei, um einen Krankheitsverlauf beobachten zu können, die Teilnehmer der Studie nach sechs und zwölf Monaten wiederholt befragt wurden. Die nachfolgende Tabelle 45 soll einen genaueren Überblick über die so eruierten Kosten geben, wobei keine Preisanpassung erfolgte:

Tabelle 39 - Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in den skandinavischen Ländern (Kurs vom 15.09.2008: 1 SKR = 0,103838 Euro²⁷⁴)

Schweregrad	Kosten pro Patient und Jahr
MMSE 26-30	SEK 60.730,- / € 6.306,08
MMSE 21-25	SEK 93.959,- / € 9.756,51
MMSE 15-20	SEK 184.081,- / € 19.114,60
MMSE 10-14	SEK 226.876,- / € 23.558,35
MMSE 0-9	SEK 374.962,- / € 38.935,30

Die so ermittelten durchschnittlichen jährlichen AD-Gesamtkosten liegen somit bei SEK 172.000,-, wobei für leichte Demenz Kosten in der Höhe von SEK 60.700,- und schwere Demenz Kosten von SEK 375 000,- berechnet werden. Bei der Aufschlüsselung der Gesamtkosten stellt sich nun folgendes Bild dar: unterstützende Tätigkeiten des täglichen Lebens (Essen auf Rädern, Heimhilfe usw.) verursachen ungefähr die Hälfte der Kosten, wobei diese positiv mit dem Schweregrad korrelieren. Die indirekten Pflegekosten, die mittels Zeitaufwandes der Pflegenden ermittelt werden, machen dabei ein Drittel der Gesamtkosten aus und steigen ebenfalls mit dem Schweregrad stark an. Die Kosten für die medizinische Versorgung (Kosten für Heilmittel, ambulante und stationäre Pflege) bleiben über die Schweregrade eher konstant.

Weiters wird durch Regressionsanalysen der Zusammenhang zwischen Kosten und kognitiven Funktionen sowohl von Patient zu Patient als auch der einzelnen Patienten über den Krankheitsverlauf bestätigt. Ebenfalls wird darin festgestellt, dass Verhaltensstörungen einen Einfluss auf die Kosten haben. Auch zeigen Sensitivitätsanalysen, dass abhängig davon, welche Methode zur Analyse der informellen Kosten eingesetzt werden, diese einen enormen Einfluss auf das Ergebnis haben.

4.3.6 Internationale Kosten im Vergleich

Zusammenfassend können nun folgende durchschnittliche jährliche Gesamtkosten pro Patient aus den angeführten internationalen Studien, im Vergleich zu den in diesem Kapitel ermittelten Kosten für Österreich, angeführt werden.

Tabelle 40 - Zusammenfassung internationaler Kostenvergleich

Land (Preisbasis)	Durchschnittliche jährliche Gesamtkosten pro Demenzpatient
Österreich (2007)	Demenzkosten: € 16.930,-
Kanada (1991)	Demenzkosten: € 9.115,66
Niederlande (2004)	Demenzkosten: € 14.854,-
Deutschland (1998)	AD-Kosten: € 43.750,-
Skandinavische Länder (2006)	AD-Kosten: € 17.860,14
USA (1996)	AD-Kosten: € 19.404,55

Betrachtet man nun die aktuelleren Demenzkosten aus den Niederlanden beziehungsweise die AD-Kosten aus den skandinavischen Ländern ist ersichtlich, dass die für Österreich ermittelten € 16.930,- durchaus dem Durchschnitt entsprechen und demzufolge plausibel erscheinen.

Da die ermittelten Kosten von Kanada, Deutschland und den USA nun schon vor mehr als 10 Jahren berechnet wurden, sollten diese nur als ungefähre Richtwerte dienen. Diese Studien wurden deswegen in die Arbeit aufgenommen, da die Art der Berechnung aufgrund der Tiefe interessant ist und sie sehr oft zitiert wurden. Man sollte aber davon ausgehen, dass die aktuellen Kosten weit höher liegen als angegeben.

4.4 Ökonomische Aspekte der Medikamentenversorgung

Im Bereich der Verordnungen von Antidementiva ist auffällig, dass ein beachtlicher Anteil der aus den FOKO Daten der WGKK identifizierten Personen lediglich eine Verordnung für ein solches Antidementivum pro Jahr erhalten haben. In Leitlinien wird jedoch empfohlen, eine Behandlungsdauer bei Ersteinstellung – falls nicht Nebenwirkungen zum Absetzen zwingen – von mindestens 12 bis 24 Wochen einzuhalten.²⁷⁵ Daher sind solche einmaligen Verordnungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht abzulehnen.

Zudem liegen Schätzungen vor, dass lediglich rund 30 % der Demenzerkrankten in Österreich medikamentös behandelt werden.²⁷⁶ Auch aufgrund der angestellten Datenauswertungen bestätigt sich diese Vermutung. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass im Bereich der Demenzerkrankungen in Österreich sowohl eine Fehl- als auch eine Unterversorgung mit Antidementiva vorliegen. Da die medikamentöse Versorgung primär in

den Kompetenzbereich der sozialen Krankenversicherung fällt, soll diese Thematik in der Folge besonders hervorgehoben werden.

Aus diesem Grund wird, basierend auf internationalen Recherchen, dargestellt, welche Kosteneffekte eine zeitgerechte und zielgerichtete Behandlung mit Antidementiva haben könnte. Es ist nicht das Ziel, hier eine vollständige Bewertung der medizinischen und ökonomischen Effekte vorzunehmen. Dies ist Aufgabe eines Expertengremiums im Rahmen der Erstellung von etwaigen Konsenspapieren, Richt- oder Leitlinien bzw. im Zuge der Konkretisierung eines Projekt- oder Modellvorhabens. Es wäre unseriös eine Kostenschätzung abzugeben, ohne die konkrete Intervention zu kennen. An dieser Stelle sollen lediglich mögliche Ansätze zur ökonomischen Betrachtung und Bewertung von Interventionen im Bereich der Demenzerkrankung aufgezeigt werden, welche als Entscheidungsgrundlage für konkrete Umsetzungsvorhaben dienen können.

4.4.1 Kosten-Nutzen-Vergleiche für Antidementiva

Eine im Jahr 2000 publizierte amerikanische Studie beschäftigte sich mit den Gesamtkosten der Versorgung Alzheimerdemenzkranker. Zunächst wurden die Kosten ohne die Einnahme von Antidementiva ermittelt, danach die Kosten derselben Patienten mit Einnahme von Donepezil. Es ergab sich eine summierte Kostenreduktion von rund einem Drittel, obwohl die Kosten des Medikamentes selbst voll eingerechnet wurden. Diese Angaben sind sogar als eher konservativ zu betrachten, da durch die Datenerhebung im Zeitverlauf von einem Fortschreiten der Erkrankung und somit einer zunehmenden Schwere in der Phase der Donepezil-Einnahme auszugehen ist.²⁷⁷ Die folgende Übersicht zeigt die Ergebnisse mehrerer ökonomischer Studien für die Behandlung mit Donepezil bei Alzheimerdemenz, wobei sich unterschiedliche Effekte beobachten ließen. Nur in zwei Studien wurden geringfügig höhere direkte Kosten ermittelt, in den anderen Erhebungen konnten teils massive Auswirkungen auf Faktoren wie Akuteinweisungen oder Institutionalisierung beobachtet werden. Die Medikamentenkosten für die Donepezilbehandlung wurden in diesen Studien durch Einsparungen in anderen Bereichen ausgeglichen.

Study	Type of Cost	Method	Findings
Small et al, ⁴⁸ 1998	Direct	Longitudinal survey of caregivers	50% less institutionalization in donepezil-treated patients; cost of drug was completely offset by savings in treatment costs
Fillit et al, ⁴⁹ 1999	Direct	Retrospective claims analysis of managed care organization patients	Total treatment costs were \$1.37 per day higher for the donepezil-treated group
Fillit et al, ⁵⁰ 2000	Indirect	Longitudinal survey of caregivers	Significantly less emergency department use in the donepezil-treated group compared with controls (28.8% vs 20.1%); caregivers of donepezil-treated patients reported less caregiver burden but no less time engaged in caregiving activities
West et al, ⁵¹ 2000	Direct	Retrospective claims analysis of Veteran's Health Administration patients	Total treatment costs were \$58 per year higher for the donepezil-treated group
Neumann et al ⁵²	Direct/indirect	Markov model using longitudinal databases	Donepezil costs were partially offset by a reduction in costs of care; if the drug effect exceeds 2 y, donepezil would pay for itself in terms of cost offsets for patients with mild AD

Abbildung 44 - Studien zur ökonomischen Bewertung von Donepezil²⁷⁸

Auch für Memantine ergaben sich in einer Studie gesamt betrachtet Einsparungen, selbst bei Patienten mit mittlerer bis schwerer Alzheimerdemenz. Einsparungen wurden primär im Bereich der Pflegekosten sowie im Bereich der medizinischen Kosten erzielt, wobei die Medikamentenkosten naturgemäß höher waren. In Summe ergab sich bezogen auf die Gesamtkosten eine Einsparung trotz der höheren Medikamentenkosten durch die Einnahme von Memantinen.²⁷⁹

Auch für Galantamine wurden bereits ökonomische Analysen vorgenommen. In einer 2008 publizierten, einjährigen, randomisierten Studie über die Kosteneffekte von Galantaminen versus Placebo konnte durch die medikamentöse Behandlung eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Probanden im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachtet werden. Es konnten durch die medikamentöse Versorgung bezogen auf die Gesamtkosten statistisch signifikante Einsparungen beobachtet werden, wobei diese primär durch eine Reduktion des Pflegeaufwandes und der Pflegekosten bedingt waren.²⁸⁰

4.4.2 Einsparungen im Bereich der Pflege und Betreuung

Mehrere Studien konnten nachweisen, dass Patienten, die regulär mit Antidementiva versorgt werden, im Vergleich zu einer Placebo-Gruppe weniger Pflegebedarf haben. Hier scheint sich regelmäßig die größte Auswirkung eines gezielten Einsatzes von Antidementiva

zu zeigen, wodurch dieser Bereich nochmals speziell hervorgehoben werden soll. So konnte bei fortgeschrittener Alzheimerdemenz bei einer Therapie mit Memantinen versus Placebo eine Reduktion des monatlichen Betreuungs- und Pflegebedarfs von rd. 46 Stunden²⁸¹ bzw. in einer weiteren Studie von rund. 50 Stunden²⁸² nachgewiesen werden. Eine andere Studie, ebenfalls mit Alzheimerdementen, wies unter Einnahme von Donepezil versus Placebo einen jährlich um 400 Stunden geringeren Pflegeaufwand nach (d.h. monatlich rd. 33 Std.) sowie eine um durchschnittlich 21 Monate hinausgezögerte Einweisung in ein Pflegeheim. Unter Galatamin konnte in einer anderen Studie der tägliche Betreuungsaufwand um knapp eine Stunde pro Tag (d.h. monatlich rd. 30 Std.) gesenkt sowie die Aufnahme in ein Heim hinausgezögert werden.²⁸³ In einer weiteren Studie mit Rivastigminen wurde im 2-Jahres-Verlauf durch die medikamentöse Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe eine gesamt Einsparung beim Betreuungsaufwand von 691 Stunden ermittelt.

4.4.3 Finanzierungs- und Abgrenzungsproblematik

Die oben angeführten Daten und Studien belegen, dass eine ausreichende medikamentöse Therapie von Demenzerkrankten eine kosteneffektive Verbesserung in der Versorgung darstellen kann. Folgende, von Fillit publizierte Berechnung verdeutlicht nochmals, dass durch eine Verbesserung des MMSE-Wertes bzw. durch die Verhinderung seiner Verschlechterung, gesamt betrachtet gravierende Einsparungen möglich sind:

Initial MMSE Score	Annual Cost Savings if MMSE Is Raised by:			
	+10	+5	+2	+1
20	\$1965	\$1242	\$ 587	\$ 312
15	\$3666	\$2424	\$1186	\$ 638
12	\$5630	\$3805	\$1876	\$1008
Initial MMSE Score	Annual Cost Savings if MMSE Is Prevented from Falling by:			
	-10	-5	-2	-1
20	\$ 365	\$ 765	\$2424	\$7537
15	\$ 744	\$1611	\$5113	\$13,733
12	\$1164	\$2494	\$7407	\$16,125

MMSE = Mini-Mental State Examination.

Abbildung 45 - Kosteneffekte nach MMSE-Punkten²⁸⁴

Eine solche Verbesserung bzw. Verhinderung der Verschlechterung lässt sich erwiesenermaßen durch die medikamentöse Therapie erreichen. Die Problematik der meisten Kosten-Nutzen-Studien im Bereich der Demenz ist allerdings jene, dass im Gesundheitswesen eine ganzheitliche Betrachtung unter Einbeziehung der direkten und indirekten Kosten aus Sicht der Financiers kaum vorgenommen wird. Vielmehr herrscht in Österreich sogar die Tendenz, selbst die direkten Kosten aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten im Bereich der Finanzierung zu splitten.

Eine Intervention im Bereich der medikamentösen Versorgung von Demenzpatienten im ambulanten Setting wird allerdings primär dem stationären Bereich sowie dem Pflege- und Sozialbereich zu Gute kommen. Dasselbe Ergebnis werden vermutlich jene Interventionen haben, welche zumeist auf eine Verbesserung bzw. eine Verzögerung der Verschlechterung des Zustandes der Erkrankten abzielen, um so in weiterer Folge primär stationäre Aufenthalte, Pflegeaufwendungen und Einweisungen in Pflegeheime reduzieren. Erst danach folgt (insbesondere hinsichtlich des Aufwandes) der ambulante Bereich mit Einsparungen bei anderen Medikamenten und ambulanten Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Allgemeinmediziner).

Durch die Möglichkeit, im Rahmen von Reformpoolprojekten den Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Setting Rechnung zu tragen, ergibt sich jedoch eine auch für die Financiers attraktive Möglichkeit, Interventionen für Demenzkranke zu setzen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Vernetzungsgedankens, von dem die integrierte Versorgung getragen ist, sollten in diesem Zusammenhang zunehmend auch Modelle und Projekte aufgegriffen werden, welche über die Grenzen der stationären und ambulanten Versorgung hinaus Vorteile für die betroffenen Erkrankten bieten.

4.4.4 Zusammenfassung

Aus **ökonomischer Sicht** liegen nur sehr **wenige Publikationen** zum Krankheitsbild Demenz vor. Speziell für Österreich sind derzeit nur Schätzungen verfügbar. Der Versuch, die ökonomische Belastung durch die Demenzerkrankung zu ermitteln, gestaltet sich ebenfalls schwierig, da **nur wenige Kostendaten verfügbar** sind. Die **Gesamtkosten pro Patient und Jahr** können in einer äußerst konservativen eigenen Berechnung je nach Ansatz mit rund **€ 10.000 – 11.000,-- in häuslicher Pflege und rund € 25.000 – 43.000,-- in stationärer Pflege** angegeben werden. Daraus ergeben sich **jährliche Durchschnittskosten** von **rund € 17.000,--** pro Demenzerkranktem. Anhand dieser Zahlen kann eine für Österreich geschätzte **Gesamtkostenbelastung von € 1,7 – 4,6 Mrd.** im Prävalenzansatz bzw. von **€ 3,3 – 7,1 Mrd.** im Inzidenzansatz ermittelt werden. Diese eigenen Berechnungen stellen eine Diskussions- und Arbeitsgrundlage für weitere Arbeiten und Berechnungen dar.

Es liegen zahlreiche internationale Studien vor, die belegen, dass durch eine **rechtzeitige und ordnungsgemäße medikamentöse Versorgung** im Bereich der Antidementiva **kosteneffektive Auswirkungen** zu erwarten sind. Im Bereich der direkten medizinischen Kosten und somit im **Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung** sowie teilweise der **Länder** (Krankenanstalten) kommt es in vielen Studien zumindest zu **kostenneutralen Effekten** bei besserem Gesundheitszustand der Betroffenen bzw. zu **Einsparungen**. Bei **volkswirtschaftlicher Betrachtung** der Problematik zeigen sich in der überwiegenden Mehrzahl der Studien **große Einsparungen**.

5 Recht

5.1 Einführung

Wie im ersten Kapitel ausführlich dargestellt, kommt es im Krankheitsverlauf der Demenz zu zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten und -veränderungen, welche die unabhängige Lebensführung des Betroffenen immer weiter einschränken und im Endstadium der Erkrankung zunehmend unmöglich machen. Aus diesem Grund sind mit der Diagnose Demenz zahlreiche rechtliche Fragen assoziiert. In der Folge sollen die wesentlichsten gesetzlichen bzw. rechtlichen Regelungen im Zusammenhang mit Demenz näher erläutert werden.

5.2 Gesetzliche Regelungen zur Freiheitsbeschränkung

Demenzkranke in fortgeschrittenen Stadien neigen zu einem verstärkten Bewegungsdrang, der zusammen mit dem nachlassenden Orientierungssinn zu ziellosem „Umherwandern“ oder sogar Weglaufen führen kann, was darin endet, dass der Erkrankte ohne fremde Hilfe nicht mehr zurück findet. Durch den Verlust bzw. die Umkehrung des Tag-Nacht-Rhythmus wird diese Problematik bzw. die Gefährlichkeit der dadurch entstehenden Situationen häufig noch verstärkt. Wenn ihr Fehlverhalten korrigiert wird, zeigen die Erkrankten im mittleren Stadium der Demenz häufig auch gereiztes oder aggressives Verhalten, was die Beaufsichtigung erschwert. Aus diesem Grund erscheint es in manchen Fällen erforderlich, die Freiheit von Demenzerkrankten durch die Unterbringung in geeigneten Einrichtungen bzw. durch andere Maßnahmen einzuschränken. Sollte es dennoch zur Abgängigkeit des Betroffenen kommen, muss die Suche durch die Exekutive geregelt sein.

5.2.1 Heimaufenthaltsgesetz²⁸⁵

Das Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthaltes in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, kurz Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG), ist mit 1. Juli 2005 in Kraft getreten. Es regelt die Voraussetzungen und die Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen sowie in anderen Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können. Anzuwenden ist es lediglich für jene Personen, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege und Betreuung bedürfen (§ 2, Abs. 1). Sinngemäß bedeutet dies, dass etwaige Freiheitsbeschränkungen von Dementen in Alten- und Pflegeheimen hier geregelt sind. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund eines etwaigen unkontrollierten Bewegungsdranges und der Orientierungslosigkeit von Bedeutung, da diese Maßnahmen in der Regel mit dem Ziel angewandt werden, den Erkrankten vor einem mit dem Weglaufen oder Verlaufen verbundenen Schaden zu bewahren.

RECHT

Die hier geregelten Maßnahmen zur Freiheitsbeschränkung umfassen alle physischen Mittel, insbesondere mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, sowie deren Androhung, durch welche eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen unterbunden wird (§ 3, Abs. 1).

Das Heimaufenthaltsgesetz regelt weiters, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur bei drohender Gefahr für den Betroffenen oder anderer Personen angewendet werden dürfen und zudem nur dann, wenn schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen nicht ausreichen (§ 4, Abs. 1 und 3). Die Maßnahme ist jeweils von einer dazu befugten Person (in der Regel leitender Arzt oder Leitung des Pflegedienstes bzw. DGKS/P) anzuordnen. Sollte eine Maßnahme wiederholt bzw. länger als 24 Stunden erforderlich sein, darf sie nur von einem Arzt angeordnet werden. Dasselbe gilt für medikamentöse Maßnahmen (§ 5, Abs. 1 und 2).

Ein wesentlicher Aspekt der im Heimaufenthaltsgesetz geregelten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist die Verpflichtung zur unverzüglichen Verständigung eines Vertreters bzw. einer Vertrauensperson des Bewohners. Diesem ist die Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Auch von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit sind diese Personen unverzüglich zu verständigen (§ 7, Abs. 1 und 2).

Die Vertretung des Bewohners kann ein von ihm dafür schriftlich bestellter naher Angehöriger, Rechtsanwalt oder Notar sein. Zudem ist jedenfalls der für die Namhaftmachung von Sachwaltern zuständige Verein zu verständigen, welcher kraft Gesetzes Vertreter des Bewohners wird, sobald eine Freiheitsbeschränkung angewandt oder in Aussicht gestellt wird. Diese Vertretung berührt die Vertretungsbefugnis eines anderen gesetzlichen Vertreters nicht (§ 8, Abs. 1 und 2). Es liegt somit eine doppelte Kontrollfunktion vor.

Die Bewohnervertreter sind berechtigt, die Einrichtung unangemeldet zu besuchen, um sich einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Zudem können sie Einsicht in alle Aufzeichnungen über den Bewohner nehmen und bei Bedarf Beschwerde bei Behörden einlegen bzw. einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung der Freiheitsbeschränkung stellen (§§ 10 und 11).

5.2.1.1 Erfahrungen in der Praxis

Seit Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes im Juli 2005 sind rund 60 professionelle Bewohnervertreter (48 Vollzeitstellen) österreichweit im Namen der Sachwaltschaftsvereine tätig. Durchschnittlich wurden im ersten Jahr monatlich rund 2.400 Meldungen über neue

RECHT

Freiheitsbeschränkungen gemacht. Nur in wenigen Fällen musste das Gericht mit einem Antrag betraut werden, nämlich bei besonders massiven, in Dauer und Intensität unverhältnismäßigen sowie körpernahen Beschränkungen, zum Beispiel Bauchgurt- und Mehrfachfixierungen, medikamentöse Beschränkungen, versperrte Türen oder den Einsatz von Netzbetten. In der Regel kann eine außergerichtliche Einigung herbeigeführt und dadurch eine Besserung für die Betroffenen erreicht werden.²⁸⁶ In weniger als einem Prozent der Fälle musste in den ersten eineinhalb Jahren nach Einführung des Gesetzes das Gericht betraut werden.²⁸⁷

Die Anzahl der gemeldeten Freiheitsbeschränkungen bzw. -einschränkungen ist bundesländerspezifisch stark unterschiedlich. Im Westen Österreichs liegt sie deutlich unter den im Osten gemeldeten Zahlen. Dies kann einerseits auf die tendenziell weniger häufige Anwendung solcher Maßnahmen, andererseits aber auch auf eine mangelnde Meldekultur zurückzuführen sein. Die folgende Grafik zeigt eine Übersicht der Meldungen zum 31.12.2006:

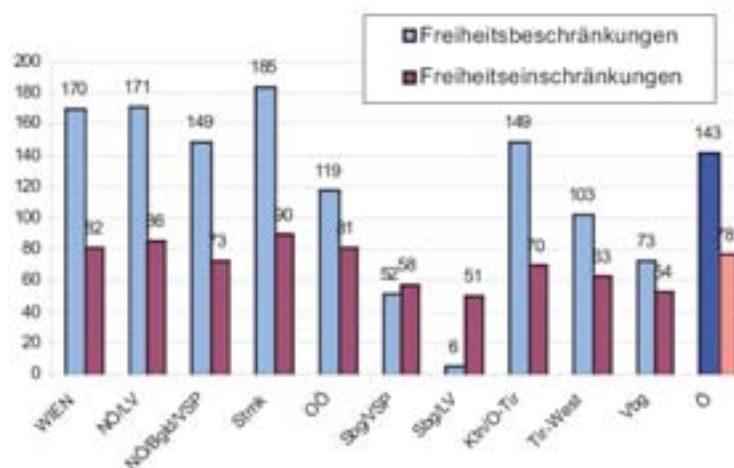


Abbildung 46 - Freiheitsbeschränkungen bzw. -einschränkungen in Alten- und Pflegeheimen pro 100.000 Einwohner²⁸⁸

Betrachtet man die Aufhebung der Maßnahmen, so werden rund ein Drittel der Maßnahmen durch andere Gründe als den Tod oder den Auszug des Betroffenen aus der Einrichtung wieder aufgehoben. Hier zeigt sich, dass in jenen Bundesländern mit unterdurchschnittlich vielen Betroffenen gleichzeitig die meisten Aufhebungen gemeldet werden.

5.2.1.2 Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Das Heimaufenthaltsgesetz stellt sicher, dass etwaige Freiheitseinschränkungen bei der Unterbringung von Patienten in speziellen Einrichtungen nur in bestimmten Fällen angewandt und auf das nötige Ausmaß beschränkt werden. Durch die Kontrollfunktion der Bewohnervertreter ist zudem ein externes Einschreiten vorgesehen und möglich. Eine genaue Kenntnis dieser Regelungen ermöglicht es Betroffenen, zeitgerecht einen Vertreter

(z.B. naher Angehöriger) zu benennen, der dann den Willen des Betroffenen durchsetzen kann. Jedenfalls sollten solche Absprachen in einem Erkrankungsstadium erfolgen, in dem der Betroffene etwaige Folgen seines Handelns bzw. seiner Entscheidungen ausreichend überdenken kann.

Durch das Recht, den Betroffenen jederzeit zu besuchen und dadurch Einsicht in seine Situation und die angewandten Maßnahmen zu nehmen, ist demnach von einer lückenlosen Kontrolle auszugehen. Eine gerichtliche Überprüfung der Maßnahmen wird hingegen nur dann durchgeführt, wenn dies von den Bewohnervertretern beantragt wird. Zudem ist eine ausführliche außergerichtliche Abklärung möglich, sodass gerichtliche Anträge nur dann gestellt werden müssen, wenn auf diesem Weg im Vorfeld keine zufrieden stellende Lösung gefunden werden konnte. Diese Regelung dient auch dem Schutz der Überlastung der Gerichte. Zudem ist eine außergerichtliche Einigung in der Regel schneller herbeizuführen als ein gerichtlicher Antrag.

5.2.2 Unterbringungsgesetz²⁸⁹

Analog zum Heimaufenthaltsgesetz, welches Alten- und Pflegeheime betrifft, regelt das Unterbringungsgesetz (UbG) die Beschränkung der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in einer Krankenanstalt bzw. in einer Abteilung für Psychiatrie aufgenommen wurden und dort in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonstigen Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden (§ 1, Abs. 1 und 2). Das Gesetz ist bereits im März 1991 in Kraft getreten und befindet sich damit bedeutend länger in Anwendung als das Heimaufenthaltsgesetz. Auch beim Unterbringungsgesetz ist der wesentliche Hintergrund, den Betroffenen durch die Unterbringung vor einem etwaigen Schaden durch sein eigenes Verhalten zu bewahren.

Im Bereich Demenz ist eine Einschränkung aufgrund des Unterbringungsgesetzes zwar seltener als jene aufgrund des Heimaufenthaltsgesetzes, dennoch ist auch dieser Bereich nicht unwesentlich.

Das Unterbringungsgesetz unterscheidet zwischen Unterbringung auf Verlangen und Unterbringung ohne Verlangen. Bei Unterbringung ohne Verlangen darf eine Person nur dann in einer Anstalt angehalten werden, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt sie untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen (§ 8). Die betroffene Person muss vom Abteilungsleiter und einem weiteren Facharzt untersucht werden und beide müssen, unabhängig voneinander, bescheinigen, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen (§ 10, Abs. 1). Zudem sind unverzüglich der Patientenanwalt sowie – wenn der Kranke nicht widerspricht – Angehörige und auf Verlangen des Kranken dessen Rechtsbeistand von der Unterbringung zu verständigen (§ 10, Abs. 3). Der Patientenanwalt wird mit der Aufnahme ohne Verlangen

kraft Gesetzes zum Vertreter des Erkrankten (§ 14). Weiters ist unmittelbar das zuständige Gericht zu verständigen. Innerhalb von vier Tagen ab Kenntnis der Unterbringung des Erkrankten hat sich das Gericht einen persönlichen Eindruck in der Anstalt zu verschaffen. Es ist bei der Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz bei andauernder Anhaltung somit jedenfalls eine gerichtliche Anhörung anzuberaumen (§ 19).

5.2.2.1 Erfahrungen in der Praxis

Da das Unterbringungsgesetz bereits 1991 in Kraft getreten ist, kann auf beinahe zwei Jahrzehnte seiner Anwendung zurückgeblickt werden. Aufzeichnungen über gerichtlich gemeldete Unterbringungen gibt es schon seit 1971. Es kann hier eine stark sinkende Tendenz zwischen 1971 und 1991 beobachtet werden. Nach der Einführung des Unterbringungsgesetzes kam es zu einer Trendumkehr und die Zahl der Meldungen stieg wieder an. Allerdings wurden im Jahr 2000 mit rund 14.600 Meldungen zwar fast doppelt so viele wie im Jahr 1991, aber nur rund halb so viele wie im Jahr 1971 erreicht, wie die folgende Grafik belegt:

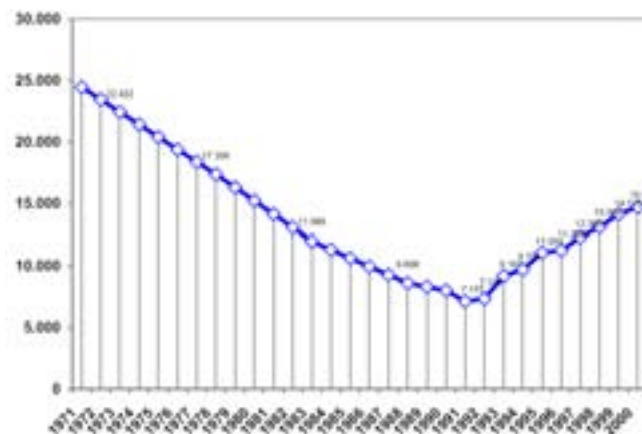


Abbildung 47 - gerichtlich gemeldete Unterbringungen (nach UbG)²⁹⁰

Im Jahr 2005 wurden 18.800 Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz registriert, was belegt, dass sich der ansteigende Trend fortgesetzt hat.²⁹¹

Es gibt keine detaillierten Aufzeichnungen darüber, welcher Anteil der gerichtlich gemeldeten Unterbringungen Demenzkranke betrifft. Da allerdings bei dieser Erkrankung in der Regel keine fortdauernde Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt bzw. diese durch andere Mittel ausgeschlossen werden kann, ist von einer eher geringeren Zahl auszugehen.

5.2.2.2 Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Das Unterbringungsgesetz regelt die Anhaltung von Personen insbesondere im stationären Bereich (Psychiatrie). Analog zum Heimaufenthaltsgesetz geht es auch hier um Freiheitsbeschränkung bzw. -einschränkung, wobei Kontroll- und Schutzbestimmungen hier

in umfassenderer Weise geregelt sind. Durch diese Schutzbestimmungen ist, in Bezug auf das Krankheitsbild Demenz, sichergestellt, dass z.B. im Rahmen des Auffindens verwirrter Personen und der Unterbringung dieser in einer Anstalt unverzüglich die Patientenanzweltschaft sowie Angehörige informiert werden. Weiters ist durch die zwingende gerichtliche Anhörung eine genaue Prüfung jeder Anhaltung nach dem Unterbringungsgesetz gewährleistet. Aufgrund der Spezifika der Erkrankung ist das Unterbringungsgesetz für Demenz zwar von Bedeutung, im Vergleich zum Heimaufenthaltsgesetz allerdings in geringerem Ausmaß.

5.3 Weitere rechtliche Regelungen

5.3.1 Sicherheitspolizeigesetz²⁹²

Das Sicherheitspolizeigesetz (SPG) ist im Jahr 1993 in Kraft getreten und umfasst zahlreiche rechtliche Regelungen im Bereich der öffentlichen Sicherheit. Für das Krankheitsbild Demenz von besonderer Bedeutung ist der § 24, welcher besagt, dass den Sicherheitsbehörden die Ermittlung des Aufenthalts eines Menschen obliegt (Personenfahndung), wenn befürchtet wird, dass dieser Mensch aufgrund einer psychischen Behinderung hilflos ist oder Leben bzw. Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet.

Dieser Paragraph ist somit auch für die Suche nach abgängigen demenzkranken Personen anzuwenden und erlaubt demnach die polizeiliche Suche nach diesen Personen.

5.3.2 Führerscheingesetz²⁹³

Eine Problematik, welche sich im Verlauf der Demenzerkrankung ergibt, ist die Frage der Fahrtüchtigkeit der Erkrankten. Während im Anfangsstadium der Erkrankung die Fahrtüchtigkeit durchaus noch gegeben ist, kann bei Fortschreiten von zunehmend problematischen Einschränkungen ausgegangen werden.

Das Führerscheingesetz regelt im § 4 die Notwendigkeit eines ärztlichen Gutachtens über die Fahrtüchtigkeit, welches zwingende Voraussetzung für die Ausstellung eines Führerscheines ist. Wurde die gesundheitliche Eignung festgestellt, so wird nach derzeitiger Praxis für die Klasse B eine unbefristete Lenkberechtigung ausgestellt, was bedeutet, dass sich der Kraftfahrer in seinem weiteren Leben keiner ärztlichen Überprüfung mehr unterziehen muss. Ausnahmen gibt es dann, wenn der Fahrer besonders auffällt, sodass die Behörde Bedenken hinsichtlich seiner Fahrtauglichkeit bekommt. Hier kann eine ärztliche Überprüfung zwingend angeordnet werden. In diesem Fall ist bei der Diagnose Demenz im Anfangsstadium von einer befristeten neuerlichen Zuerkennung der Fahrtauglichkeit, in fortgeschrittenen Stadien von einer Aberkennung der Fahrtauglichkeit auszugehen.²⁹⁴

Den Führerscheinbesitzer selbst trifft grundsätzlich keine Meldepflicht über etwaige Verschlechterungen seines Gesundheitszustandes, welche seine Fahrtüchtigkeit schmälern. Da die freiwillige Abgabe bzw. der Verlust des Führerscheins von Betroffenen häufig als massive Einschränkung empfunden wird, ist hier ein sensibles Vorgehen von Seiten der behandelnden Ärzte bzw. der Angehörigen vonnöten, um rechtzeitig Gefährdungssituationen zu erkennen und entsprechend auf den Betroffenen einzuwirken.

5.4 Gesetzliche Regelungen zur Durchsetzung des eigenen Willens

5.4.1 Sachwalterschaft²⁹⁵

Ist ein Mensch mit einer psychischen Krankheit, wie einer Demenz, nicht mehr in der Lage, bestimmte Angelegenheiten selbst zu erledigen, ohne dabei Gefahr zu laufen, benachteiligt zu werden, so braucht er eine gesetzliche Vertretung. In diesem Fall ist nach eingehender Prüfung ein Sachwalter zu bestellen. Der Sachwalter übernimmt die Vertretung des Erkrankten in jenen Bereichen, die er selbst nicht mehr wahrnehmen kann. In allen anderen Bereichen kann der Betroffene weiterhin unabhängig handeln. Im Falle der Demenz kann es somit im Krankheitsverlauf vorkommen, dass zunächst nur ein Sachwalter für finanzielle Angelegenheiten bestellt wird, da diese (z.B. Überweisungsaufträge etc.) häufig schon früh nicht mehr bewältigt werden können.

Ein gerichtlicher Sachwalter ist dabei nur dann zu bestellen, wenn vom Betroffenen keine andere Person mittels Vorsorgevollmacht zum Vertreter ernannt wurde. Es ist hier auch auf eine bestehende gesetzliche Vertretungsbefugnis eines nächsten Angehörigen oder eine verbindliche Patientenverfügung Rücksicht zu nehmen. Ein Sachwalter wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit bestellt. Sollten die Voraussetzungen für die Sachwalterschaft nicht mehr gegeben sein, so ist sie zu beenden. Im Bereich der Demenz ist allerdings in der Regel von einer dauerhaften Besserung der Erkrankung nicht mehr auszugehen, sodass eine eingesetzte Sachwalterschaft zumeist bis zum Lebensende fortzuführen ist.

Wesentlich ist die Regelung, dass mittels einer Sachwalterverfügung der Betroffene schon vor Eintreten einer Sachwalterschaft eine geeignete Person für diese Aufgabe nennen kann. Diese Verfügung kann im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert werden und ist jedenfalls bei der Bestellung eines Sachwalters vom Gericht einzubeziehen. Demenzkranke können somit in einem frühen Stadium selbst entscheiden, wer sie im Falle der Notwendigkeit einer Sachwalterschaft vertreten wird. Diese Regelung muss allerdings rechtzeitig in einem Stadium erfolgen, in dem der Erkrankte noch den Umfang und die Folgen dieser Entscheidung abschätzen kann.

RECHT

Eine Person, für welche ein Sachwalter bestellt wurde, ist – bei ausreichender Einsichts- und Urteilsfähigkeit – bei wichtigen Entscheidungen (z.B. Zustimmung zu medizinischen Eingriffen, Verkauf einer Immobilie etc.) rechtzeitig hinzuzuziehen und der Sachwalter hat die Wünsche und Absichten der Person zu berücksichtigen. Persönliche Grund- und Freiheitsrechte, wie Briefgeheimnis, Hausrecht, Glaubensfreiheit und Wahlrecht werden durch die Sachwalterschaft nicht berührt. Ein Testament muss eine Person, für die ein Sachwalter bestellt wurde, zumeist bei Gericht oder bei einem Notar mündlich zu Protokoll geben (Ausnahme: Nottestamente). Es empfiehlt sich, hierzu Rücksprache mit dem zuständigen Bezirksgericht zu halten bzw. bei Absehbarkeit des Krankheitsverlaufes schon vorher ein Testament zu erstellen.

5.4.1.1 Erfahrungen in der Praxis

Eine gesetzliche Vertretung ist im Verlauf der Demenzerkrankung für die Erkrankten in der Regel unumgänglich. Es zeigt sich, dass Sachwalter primär für Personen in höherem Lebensalter eingesetzt werden. Insbesondere ab dem 70. bzw. 80. Lebensjahr werden besonders viele Personen besachwaltet. Generell zeigte sich in den letzten beiden Jahrzehnten eine starke Zunahme, sowohl bei den Vereinssachwalterschaften als auch bei sonstigen Sachwalterschaften, wie die folgende Abbildung belegt:

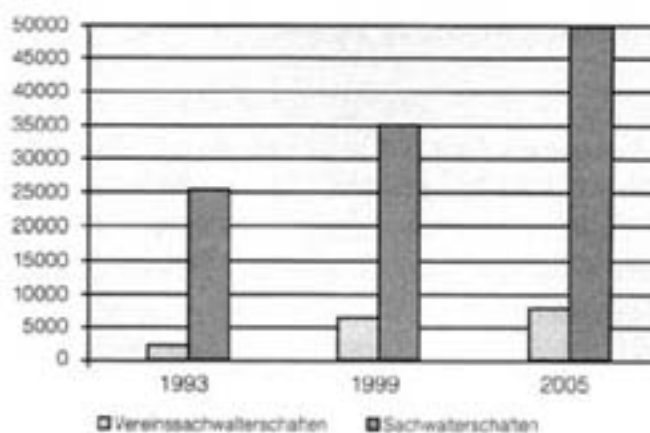


Abbildung 48 - Anzahl der Sachwalterschaften in Österreich 1993 - 2005²⁹⁶

5.4.1.2 Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Die Bestellung eines Sachwalters ist im mittleren Stadium der Erkrankung für Teilbereiche sowie im Endstadium für alle Bereiche zumeist unumgänglich. Da die Erkrankten nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Angelegenheiten zu regeln, muss ein gesetzlicher Vertreter ernannt werden.

Durch die Möglichkeit, mittels Vorsorgevollmacht bzw. anderer Regelungen selbst einen Vertreter zu ernennen, kann der Erkrankte Vorsorge dafür treffen, dass in seinem Willen

gehandelt wird. Zudem kann er eine vertraute Person als Sachwalter vorschlagen bzw. einsetzen. Es ist dringend anzuraten, diese Regelungen schon zu Beginn der Erkrankung zu treffen, wenn der Betroffene noch alle Folgen seines Handelns und seiner Entscheidungen abschätzen kann.

5.4.2 Patientenverfügung^{297 298}

Eine Patientenverfügung ist eine Willenserklärung, mittels derer ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er zum Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist. Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Zum Zeitpunkt der Errichtung muss der Patient einsichts- und urteilsfähig sein. Dies bedeutet, dass eine Person nur dann eine Patientenverfügung erstellen kann, wenn sie geistig noch in der Lage ist, den Umfang und die Folgen des eigenen Handelns zu überdenken. Gleichzeitig ist aber nicht ausgeschlossen, dass eine bereits erkrankte Person eine Patientenverfügung erstellt, sofern sie die Einsichts- und Urteilsfähigkeit noch besitzt. Ein Demenzkranker im Anfangsstadium ist in der Regel noch fähig, eine gültige Patientenverfügung zu erstellen.

Das Gesetz unterscheidet die verbindliche Patientenverfügung und die beachtliche Patientenverfügung.

5.4.2.1 Verbindliche Patientenverfügung

In der verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die vom Patienten abgelehnt werden, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Es muss auch aus der Verfügung hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.

Eine verbindliche Patientenverfügung muss schriftlich, unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen errichtet werden. Der Patient muss vorher eine umfassende ärztliche Aufklärung mit medizinischen Informationen die Folgen der Patientenverfügung erhalten, welche mittels eigenhändiger Unterschrift des Arztes auf den Unterlagen zu dokumentieren ist. Der Arzt belegt dadurch auch, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung richtig einschätzt. Die verbindliche Verfügung ist jeweils für fünf Jahre gültig und muss dann wieder bestätigt werden, wobei der Patient jederzeit widerrufen kann.

5.4.2.2 Beachtliche Patientenverfügung

Eine beachtliche Patientenverfügung liegt dann vor, wenn ein Betroffener eine Patientenverfügung erstellt, diese aber nicht alle Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Daher handelt es sich bei der beachtlichen Patientenverfügung um eine schriftliche Willenserklärung bzw. eine Richtlinie für das Handeln des Arztes, welche in die Entscheidungsfindung einzufließen hat, welche aber letztlich nicht verpflichtend befolgt werden muss. Eine beachtliche Patientenverfügung kann auch daraus entstehen, dass eine verbindliche Patientenverfügung nach Ablauf der 5-Jahres-Frist nicht wieder bestätigt wurde.

5.4.2.3 Erfahrungen in der Praxis

Da nicht alle Patientenverfügungen öffentlich registriert werden, lässt sich keine vollständige Aufstellung aller erstellten Verfügungen sowie deren Einteilung in verbindliche und beachtliche Verfügungen vornehmen.

5.4.2.4 Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Mittels Patientenverfügung kann ein Erkrankter bestimmte Maßnahmen und Behandlungen im Verlauf seiner Erkrankung ausschließen. Rechtlich bindend ist in einem solchen Fall allerdings nur die – auf umfassenden Auflagen beruhende – verbindliche Patientenverfügung. Seit 1. Juli 2007 können Patientenverfügungen auf Verlangen im Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariats (PatVR) registriert werden. In Kooperation mit dem österreichischen Roten Kreuz ist so eine rund um die Uhr verfügbare Einsichtsmöglichkeit für Krankenanstalten gegeben.

Problematisch ist die nach 5 Jahren erforderliche Bestätigung der Patientenverfügung. Da gerade Demenzerkrankungen langsam und schleichend verlaufen, kann es vorkommen, dass ein Patient nicht mehr über die psychischen Fähigkeiten zur neuerlichen Erstellung verfügt, jene Phase der Erkrankung, für die er mit der Patientenverfügung vorsorgen wollte, allerdings noch bevor steht. Hier ist der Übergang zur beachtlichen Verfügung eine Absicherung, dass der Wille des Patienten zumindest einbezogen wird.

5.4.3 **Vorsorgevollmacht**²⁹⁹

Mittels einer Vorsorgevollmacht kann eine Person schon vor dem Verlust der Geschäftsfähigkeit, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit selbst bestimmen, wer als Bevollmächtigter für sie entscheiden und wer sie vertreten kann. Dies macht die Vorsorgevollmacht für Personen mit einer fortschreitenden Erkrankung wie der Demenz zu einer probaten Möglichkeit, schon früh die eigenen Angelegenheiten im eigenen Willen zu regeln. Zum Zeitpunkt des Abschlusses der Vorsorgevollmacht muss die betroffene Person noch geschäftsfähig oder einsichts- und urteilsfähig sein. Die Vollmacht kann im

RECHT

Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registriert werden. Die rechtliche Grundlage ist das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 (SWRÄG 2006).

Die Vorsorgevollmacht kann auf zwei Arten erteilt werden:

- Die Wirksamkeit der Vollmacht tritt erst bei Verlust der Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder Äußerungsfähigkeit ein oder
- die Wirksamkeit der Vollmacht tritt sofort ein.

Die Vorsorgevollmacht sollte jedenfalls folgende Punkte enthalten:

- Name, Geburtsdatum, Adresse der Vertrauensperson (bzw. Vertrauenspersonen)
- Aufgabenbereiche, für die die betroffenen Vertrauenspersonen zuständig sind
- Zeitpunkt, ab welchem die Vorsorgevollmacht wirksam wird und wie lange sie gilt
- Individuelle Wünsche und Vorstellungen des Betroffenen über seine Zukunft, z.B.
 - Pflegeleistungen
 - Heimaufenthalt bzw. –einweisung
 - Medizinische Versorgung
 - Freizeitgestaltung

Wenn eine Vorsorgevollmacht Regelungen zur Einwilligung in gravierende medizinische Behandlungen beinhaltet bzw. wenn sie Entscheidungen über eine dauernde Änderung des Wohnortes oder die Besorgung von wichtigen Vermögensangelegenheiten umfasst, muss sie vor einem Notar oder Rechtsanwalt bzw. vor Gericht errichtet werden. Die Vorsorgevollmacht kann vom Betroffenen jederzeit widerrufen werden.

5.4.3.1 Erfahrungen in der Praxis

Es gibt zwar das Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV), allerdings ist die Eintragung in dieses Verzeichnis nicht verpflichtend. Aus diesem Grund kann keine Aussage über die Gesamtzahl der erstellten Vorsorgevollmachten getroffen werden, zumal diese unterschiedlich umfassende Regelungen enthalten.

5.4.3.2 Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Die Vorsorgevollmacht stellt eine gute und umfassende Möglichkeit für Betroffene dar, die eigenen Angelegenheiten und die eigene Zukunft zu regeln. Insbesondere vor dem Gesichtspunkt einer beginnenden Demenz kann hier sowohl eine künftige Sachwalterschaft geregelt bzw. abgewendet werden, indem eine oder mehrere Personen für alle wesentlichen persönlichen Angelegenheiten bevollmächtigt werden, als auch eine bestimmte medizinische Behandlung ausgeschlossen werden. Vorteil der Vorsorgevollmacht gegenüber der Patientenverfügung ist, dass es keine fünfjährige Verjährungsfrist gibt.

5.5 Rechtliche Regelungen zur finanziellen Absicherung

5.5.1 Pflegegeldgesetz^{300 301 302}

Das Pflegegeld ist im Bundespflegegeldgesetz (BPGG) geregelt. Sofern eine Person aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung einen ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) von mehr als 50 Stunden monatlich hat, welcher mindestens sechs Monate andauern wird oder würde, besteht ein Anspruch auf Pflegegeld. Das Ausmaß des Pflegegeldes richtet sich dabei nach der Anzahl der monatlich zu leistenden Stunden, wobei es in sieben verschiedene Stufen gestaffelt ist und ab der Geburt geleistet werden kann. Des Weiteren besteht unabhängig von Einkommen und Vermögen ein Rechtsanspruch auf die Gewährung des Pflegegeldes.

Die folgende Übersicht zeigt, welcher Pflegebedarf für die Zuerkennung des Pflegegeldes nach den einzelnen Stufen erforderlich ist und welcher Betrag an Pflegegeld in der jeweiligen Stufe zusteht.

Tabelle 41- Pflegegeld nach Pflegestufen

Stufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Betrag
Stufe 1	mehr als 50 Stunden	€ 148,30
Stufe 2	mehr als 75 Stunden	€ 273,40
Stufe 3	mehr als 120 Stunden	€ 421,80
Stufe 4	mehr als 160 Stunden	€ 632,70
Stufe 5	mehr als 180 Stunden sowie außergewöhnlicher Pflegeaufwand (dauernde Bereitschaft, nicht jedoch dauernde Anwesenheit der Pflegeperson erforderlich)	€ 859,30
Stufe 6	mehr als 180 Stunden <ul style="list-style-type: none"> - Wenn regelmäßig während des Tages und der Nacht zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen zu erbringen sind, oder - Die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson erforderlich ist, weil eine Eigen- oder Fremdgefährdung wahrscheinlich ist 	€ 1.171,70
Stufe 7	mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> - Keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder - Ein vergleichbarer Zustand vorliegt 	€ 1.562,10

Bestimmte Gruppen von behinderten Personen haben aufgrund ihrer Behinderung einen weitgehend gleichartigen Pflegebedarf. Sie werden daher bestimmten Pflegestufen zugeordnet. Zusätzliche Leiden werden entsprechend berücksichtigt, sodass allenfalls ein höheres Pflegegeld gewährt werden kann.

RECHT

Um Pflegegeld zu bekommen muss ein Antrag gestellt werden. Dies kann durch den Betroffenen selbst oder durch Familienmitglieder und Angehörige erfolgen. Bei einem Heimaufenthalt und Übernahme eines Teils der Heimkosten durch die Sozialhilfe kann der Antrag auch durch den Sozialhilfeträger erfolgen. Bei Pflegebedürftigkeit durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit kann auch der Unfallversicherungsträger das Verfahren einleiten. Pensions- bzw. Rentenbezieher reichen ihren Antrag beim zuständigen Versicherungsträger ein. In diesen Fällen besteht Anspruch auf Pflegegeld aus dem Bundespflegegesetz. Ist man jedoch berufstätig, mitversicherter Angehöriger, Bezieher von Sozialhilfe oder Bezieher einer Beamtenpension, kann das Pflegegeld nach dem jeweiligen Landespflegegesetz bei der Bezirkshauptmannschaft bzw. dem Magistrat, der Landesregierung oder dem Gemeindeamt beantragt werden. Der Aufwand für das Pflegegeld wird somit von Bund und Ländern im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche getragen.

Der Bezug des Pflegegeldes ruht grundsätzlich während des Aufenthalts in einem Krankenhaus, da für diesen Zeitraum andere Einrichtungen für die pflegebedingten Mehraufwendungen aufkommen. In bestimmten Fällen wird das Pflegegeld jedoch auf Antrag weiter geleistet (z.B. bei Anstellung einer Pflegeperson, wenn dadurch auch während des Krankenhausaufenthalts Kosten entstehen).

5.5.2 Regelungen zur stationären Unterbringung von Pflegebedürftigen und deren Finanzierung^{303 304 305 306}

Die ambulante, teilstationäre und stationäre Unterbringung von Pflegebedürftigen ist durch eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen an die Länder übertragen worden. Die Länder verpflichten sich, einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten (soziale Dienste) für pflegebedürftige Personen aufzubauen, wobei sie sich bei der Erbringung dieses Standards auch Dritter bedienen können. Ferner hat dieser Mindeststandard dem Leistungskatalog und den Qualitätskriterien für ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste zu entsprechen. Die Qualitätskriterien teilen sich in zwei Kategorien. Erstens in Qualitätskriterien für den offenen Bereich und zweitens in Qualitätskriterien für Heime (Neu- und Zubauten).

Qualitätskriterien für den offenen Bereich sind etwa:

- Die freie Wahl der sozialen Dienste nach den Grundsätzen der Sozialhilfe
- Ganzheitliche Erbringung von Leistungen und möglichst fließende Übergänge zwischen mobilen und stationären Diensten
- Betreuungsdienste auch an Sonn- und Feiertagen
- Sicherung der Qualität und Kontrolle der Dienste.

RECHT

Die Qualitätskriterien für Heime befassen sich mit Heim- und Zimmergrößen, dem Besuchsrecht, der Infrastruktur, dem Standort und der Umgebung, dem Personal, der ärztlichen Versorgung und den Aufsichtsregeln. Die Finanzierung der Mindeststandards ist nach Artikel 10 der 15a-Vereinbarung von den Ländern zu tragen.

Neben den Kosten der sozialen Dienste (z.B. Heime), die aus allgemeinen Steuermitteln getragen werden, stellt sich noch die Frage, wer die Kosten für den Heimaufenthalt einer pflegebedürftigen Person übernimmt. Dabei kommen verschiedene Gesetze zum Tragen und in den Bundesländern sind einige Punkte der Finanzierung unterschiedlich geregelt.

Grundsätzlich trägt die pflegebedürftige Person die Kosten für den Aufenthalt im Pflegeheim selbst. In Österreich wird dabei das Vermögen und Einkommen des Pflegebedürftigen inklusive des Pflegegeldes herangezogen. Reicht beides nicht aus um die Kosten zu decken, kann unter bestimmten Voraussetzungen ein Kostenzuschuss nach Sozialhilfegesetz des jeweiligen Bundeslandes gewährt werden. In solchen Fällen bleiben dem Pflegebedürftigen 20 % der Pension, die Sonderzahlungen und 10 % der Pflegestufe 3 als Taschengeld.

Bei nicht ausreichendem Einkommen können auch die näheren Verwandten (Ehepartner, Kinder) zur Finanzierung des Pflegeheimaufenthaltes herangezogen werden. Dies ist wiederum in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Des Weiteren gibt es in den Bundesländern vereinbarte Vermögensvolumina, die nicht für eine Finanzierung der Pflege herangezogen werden dürfen. Man spricht hier vom „Schonvermögen“.

Die durchschnittlichen monatlichen Kosten für einen Heimbewohner liegen bei € 1.937,-. Stellt man dem die Medianpension von € 674,7 bei Frauen und € 1.428,8 bei Männern und das durchschnittliche Pflegegeld von € 408,- bei Frauen und € 430,- bei Männern gegenüber, ist ersichtlich, dass in fast allen Fällen der Sozialhilfebezug bzw. das Einspringen der Verwandten als Finanzierungshilfen unvermeidlich ist.

Grundsätzlich gilt, dass zuerst die näheren Verwandten (Ehepartner, Kinder) bezüglich der Kosten für das Pflegeheim belangt werden und erst wenn dies nicht ausreicht, die Sozialhilfe einbezogen wird.

Die Regelungen hinsichtlich der Pflegekostenübernahme der Angehörigen sehen in den Bundesländern wie folgt aus:

RECHT

Tabelle 42 - Pflegekosten für die Angehörigen in den einzelnen Bundesländern³⁰⁷

Bundesland	Ersatzpflicht Ehepartner	Ersatzpflicht Kinder	Rückgriff auf Schenkungen	Schonvermögen (bleibt Pflegling)
Wien	Keine	Keine	3 Jahre vor der Hilfeleistung	€ 3.000,-
NÖ	Keine	Keine	5 Jahre vor, während und 3 Jahre nach der Hilfeleistung	€ 10.000,-
Burgenland	33-40 %	10-25 %	5 Jahre vor und während der Hilfeleistung	ca. € 4.500,-
OÖ	33-40 %	Keine	5 Jahre vor der Hilfeleistung	€ 7.300,-
Steiermark	33-40 %	bis 16 %	3 Jahre vor, während und 3 Jahre nach der Hilfeleistung	€ 2.770,-
Kärnten	33-40 %	4-16 %	3 Jahre vor, während und 3 Jahre nach der Hilfeleistung	€ 3.430,-
Salzburg	35-40 %	Keine	5 Jahre vor, während und nach der Hilfeleistung	€ 4.490,-
Tirol	bis 33 %	bis 11 %	30 Jahre	€ 4.000,-
Vorarlberg	40 %	Keine	Kein Verfalldatum	€ 10.000,-

5.5.3 Finanzierung der Pflege zu Hause^{308 309 310 311 312 313}

Aufgrund der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen haben die Länder für einen Mindeststandard an ambulanten sozialen Diensten zu sorgen und diesen zu finanzieren.

In Österreich besteht ein breites Angebot an solchen Diensten, jedoch ist dieses regional bzw. von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Grundsätzlich sollen ambulante soziale Dienste das Leben erleichtern und ermöglichen, dass die pflegebedürftige Person weiter selbständig in einer Wohnung bleiben kann. Diese Dienste werden vor allem von freien Wohlfahrtsverbänden angeboten, aber auch von Ländern und Gemeinden gibt es verschiedene Angebote.

Nachfolgend einige Beispiele von sozialen Diensten in Österreich und deren Aufgaben:

- Heimhilfe: betreut und unterstützt betreuungsbedürftige Menschen aller Altersstufen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens.
- Altenhilfe: mobile Hilfe und Betreuung sowie die Sorge für das soziale und körperliche Wohl des Menschen in allen Altersstufen durch ganzheitliche Hilfestellung mit dem Ziel, alle Fähigkeiten der betreuten Menschen zu fördern, zu stützen, zu erhalten und zu ergänzen.
- Familienhilfe: dient zur Überbrückung schwieriger familiärer Situationen. Hilft bei der täglichen Lebens- und Haushaltsführung und übernimmt die Betreuung der Kinder.

RECHT

- Hauskrankenpflege: ist die Pflege von Patienten in deren Wohnbereich. Die Pflege umfasst Erkrankungen aller Art und aller Altersstufen. Sie beinhaltet auch Anleitung, Beratung und Begleitung von Angehörigen. Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von maximal vier Wochen gewährt. Darüber hinaus muss eine chef- bzw. kontrollärztliche Bewilligung vorliegen. Liegt diese der Krankenkasse vor, werden die Kosten von ihr übernommen. Ansonsten muss die Höhe der Kosten mit dem jeweiligen Anbieter abgestimmt werden.
- Angehörigenberatung: umfasst die Hilfe zur Selbsthilfe für Angehörige von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen; sie beinhaltet praktische Pflegeanleitungen, Informationen über Pflege- und Betreuungsangebote, finanzielle Unterstützung etc.

Die Kosten für die sozialen Dienste sind von der Art des Dienstes und dem Einkommen der pflegebedürftigen Person abhängig, wobei auch das Pflegegeld berücksichtigt wird. Weiters unterscheiden sich die Kosten auch nach Anbietern und unterliegen wiederum starken regionalen Schwankungen. Durchschnittlich liegt der Kostenbeitrag der pflegebedürftigen Personen an der Finanzierung von mobilen sozialen Diensten in Österreich bei 27 % und die Gesamtkosten je Einsatzstunde liegen durchschnittlich bei € 37,70.

5.5.3.1 24h-Betreuung zu Hause

In Österreich gibt es grundsätzlich drei Möglichkeiten die 24h-Betreuung zu Hause zu organisieren. Erstens kann man eine unselbständige Betreuungskraft anstellen. Zweitens kann man die Betreuung mithilfe einer Betreuungskraft bewerkstelligen, die bei einem gemeinnützigen Anbieter angestellt ist und drittens kann die 24h-Betreuung durch eine selbständige Betreuungskraft mit Gewerbeschein gewährleistet werden.

Um die 24h-Betreuung mithilfe einer unselbständigen Betreuungskraft in Anspruch nehmen zu dürfen, müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Die zu betreuende Person ist mindestens in der Pflegegeldstufe 3 eingereicht oder hat eine nachweisliche Demenzerkrankung und ist mindestens in Pflegegeldstufe 1 eingereicht.
- Es besteht ein ständiger Betreuungsbedarf.
- Die Betreuungskraft hat das 18. Lebensjahr vollendet.
- Nach einer Höchst-Arbeitsperiode von 14 Tagen muss eine durchgehende Freizeit von der gleichen Dauer gewährt werden.
- Die vereinbarte Arbeitszeit muss mindestens 48 Stunden/Woche und darf maximal 128 Stunden/2 Wochen betragen.
- Die Betreuungskraft wird während der Arbeitsperiode in die Hausgemeinschaft aufgenommen (Wohnraum und volle Verpflegung).

RECHT

- Es dürfen nur bestimmte definierte Betreuungstätigkeiten geleistet werden.

Um die Finanzierung der 24h-Betreuung zu gewährleisten bzw. zu erleichtern, kann um eine Förderung angesucht werden. Der Erhalt einer Förderung ist an Mindestanforderungen gekoppelt, die wie folgt aussehen und wovon mindestens eine erfüllt sein muss:

- Die Ausbildung der Betreuungskraft soll im Wesentlichen der theoretischen Ausbildung einer Heimhelferin entsprechen.
- Eine sechs Monate dauernde, sachgerechte Betreuung des Förderwerbers durch die Betreuungskraft muss gegeben sein.
- Eine Delegation von pflegerischen oder ärztlichen Aufgaben an die Betreuungskraft ist gegeben.

Des Weiteren können finanzielle Förderungen zur 24h-Betreuung nur gewährt werden, wenn ein Betreuungsverhältnis im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes vorliegt, der zu Betreuende mindestens in Pflegegeldstufe 3 eingereiht ist und eine Notwendigkeit der 24h-Betreuung besteht (bei Pflegestufe 3 und 4 ist die Notwendigkeit durch einen Facharzt bzw. Experten zu bestätigen).

Für den Erhalt der Förderung gibt es Einkommensgrenzen für die zu betreuende Person. Diese Grenze liegt bei einem monatlichen Netto-Einkommen von € 2.500,-, wobei sich diese bei einem unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 400,- und bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 600,- erhöht. Nicht zum Einkommen zählen z.B. Pflegegeld, Kinderbetreuungsgeld, Sonderzahlungen, Studiengebühren, etc. Das Vermögen bis € 7.000,- sowie das Eigenheim bleiben unberücksichtigt. Abweichende Bestimmungen gibt es seit 01.03.2008 in Niederösterreich, Vorarlberg und Tirol. In Niederösterreich und Vorarlberg wird das gesamte Vermögen nicht berücksichtigt und in Tirol liegt die Vermögensgrenze bei € 10.000,-.

Die Förderung wird monatlich ausgezahlt und die Höhe ist davon abhängig, ob eine selbständige oder unselbständige Betreuungskraft beschäftigt wird. Erfolgt die Betreuung durch eine angestellte unselbständige Betreuungskraft, erhält man eine monatliche Förderung von € 400,-, und € 800,- wenn zwei Betreuungskräfte angestellt sind. Beschäftigt man jedoch eine selbständige Betreuungskraft beträgt die Förderung € 112,50 und für zwei Betreuungskräfte wiederum das Doppelte (€ 225,-).

In Niederösterreich besteht zur Höhe der Förderung seit 01.01.2008 eine neue Richtlinie, wodurch die Förderung erhöht wurde. Wird zur Pflege eine unselbständige Betreuungskraft angestellt, beträgt die Förderung € 500,- (2 Betreuungskräfte € 1.000,-) und wird eine

RECHT

selbständige Betreuungskraft zur Pflege angestellt, beträgt die Förderung € 250,- (2 Betreuungskräfte € 500,-) im Monat.³¹⁴

Übersteigt das monatliche Nettoeinkommen die Einkommensgrenze, gibt es trotzdem die Möglichkeit, eine Förderung zu erhalten. Denn wenn das Nettoeinkommen die Einkommensgrenze um weniger als die maximale Zuwendung übersteigt, dann kann der Differenzbetrag trotzdem als Zuwendung gewährt werden, wenn dieser mindestens € 50,- beträgt. Beispiel: Nettoeinkommen € 2.600,-, eine unselbständige Betreuungskraft -> Förderung von € 300,-.

Die gesamten Betreuungskosten sind gänzlich als außergewöhnliche Belastungen steuerlich absetzbar, wobei sich die Höhe der außergewöhnlichen Belastungen aus den Aufwendungen und Ausgaben abzüglich Pflegegeld und Förderung ergibt.

Anmerkung:

Derzeit wird die 24-h-Betreuung auf Bundes- sowie auf Landesebene heftig diskutiert und es gibt einige Verbesserungswünsche bzw. -vorschläge, die vor allem im Bundesland Salzburg immer konkreter werden. Diese betreffen vor allem die Höhe der Förderung sowie die Aufhebung der Einkommensgrenze.

5.5.3.2 Zuwendungen für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige, die ihren nahen Angehörigen seit mindestens einem Jahr hauptsächlich pflegen und nun an Erbringung der Pflegeleistung (z.B. wegen Krankheit, Urlaub) verhindert sind, erhalten eine finanzielle Unterstützung. Voraussetzung dafür ist der Bezug des Pflegegeldes nach dem Bundespflegegeldgesetz ab Stufe 4. Die Mindestdauer der Unterstützung ist eine Woche und die maximale Dauer sind vier Wochen. Die Zuwendung stellt eine Leistung aus dem Bundespflegegeldgesetz dar.

Folgende Zuwendungen werden geleistet:

Pflegegeldstufe 4	€ 1.400,-
Pflegegeldstufe 5	€ 1.600,-
Pflegegeldstufe 6	€ 2.000,-
Pflegegeldstufe 7	€ 2.200,-

In einigen Bundesländern werden analoge Zuwendungen für Bezieher des Landespflegegesetzes angeboten.

Bei Verhinderung der Erbringung der Pflegeleistung kann die pflegebedürftige Person in Pflegeheim untergebracht werden. Viele Pflegeheime bieten so genannte Urlaubsbetten für eine stationäre Aufnahme an.

5.5.3.3 Pilotprojekt: Unterstützung für pflegebedürftige Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren pflegende Angehörige

Das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz führt das Pilotprojekt „Unterstützung für pflegebedürftige Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren pflegende Angehörige“ durch. Im Rahmen dieses Projektes sollen pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Personen eine finanzielle Unterstützung erhalten. Diese wird für die Zeit einer Verhinderung (Urlaub, Krankheit, etc.) an der Pflege von mindestens vier Tagen ausbezahlt. Die Voraussetzungen für die Unterstützung sind, dass ein Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundespflegegesetz ab der Stufe 1 vorliegt und die monatliche Nettoeinkommensgrenze des Antragstellers bei Pflegegeld der Stufe 1-5 € 2.000,- bzw. bei Pflegegeld der Stufen 6-7 € 2.500,- nicht überschreiten darf. Die Einkommensgrenze erhöht sich je unterhaltsberechtigtem Angehörigen um € 400,- bzw. bei behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 600,-. Des Weiteren muss die Pflege überwiegend durch die Angehörigen und seit mindestens einem Jahr erfolgen.

Maximale Höhe der jährlichen Zuwendung:

Pflegegeldstufe 1-3	€ 1.200,-
Pflegegeldstufe 4	€ 1.400,-
Pflegegeldstufe 5	€ 1.600,-
Pflegegeldstufe 6	€ 2.000,-
Pflegegeldstufe 7	€ 2.200,-

Um eine Zuwendung zu erhalten muss ein Antrag beim Bundessozialamt gestellt werden.

5.5.4 Pensionsversicherung für pflegende Angehörige^{315 316}

Im Rahmen der Pflege naher Angehöriger kann es dazu kommen, dass der Pflegende seinen Beruf nicht mehr im bisherigen Ausmaß ausüben kann bzw. ganz aufgeben muss. Der Gesetzgeber hat hier Regelungen geschaffen, um eine Absicherung der pflegenden Angehörigen, insbesondere hinsichtlich der Pensionsversicherungszeiten zu schaffen. Sowohl bei teilweiser als auch bei völliger Aufgabe der Berufstätigkeit gelten verminderte Beitragssätze für die Selbstversicherung sowie ab einer bestimmten Pflegestufe eine Bezuschussung bzw. Übernahme der Beiträge durch den Bund.

5.5.4.1 Weiterversicherung für pflegende Angehörige

Personen, welche aufgrund ihrer Pflege Tätigkeit ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben haben und dadurch aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, können sich in der Pensionsversicherung weiterversichern.

Voraussetzungen für eine solche Weiterversicherung sind:

- Pflege eines nahen Angehörigen
- Anspruch des pflegebedürftigen Angehörigen auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3
- Gänzliche Beanspruchung der Arbeitskraft durch die Pflege in häuslicher Umgebung
- Bestimmte Vorversicherungszeiten

Der Beitragssatz für die Pflegeperson beträgt 10,25 % der Beitragsgrundlage für Weiterversicherte, wodurch ein Monat der freiwilligen Weiterversicherung hier zwischen 65,59 und 469,96 Euro kostet. Der monatliche Beitrag kann auf Antrag herabgesetzt werden, wenn es die wirtschaftlichen Verhältnisse rechtfertigen. Der Bund trägt für längstens 48 Kalendermonate 50 % der auf den Pflegenden entfallenden Beiträge bei Pflege eines nahen Angehörigen mit Pflegestufe 4 bzw. die Beiträge zur Gänze bei Pflege eines nahen Angehörigen mit der Pflegestufe 5, 6 oder 7.

Diese Begünstigung kann pro Pflegefall nur von einer Person in Anspruch genommen werden, sie bleibt allerdings auch während eines zeitweiligen stationären Krankenhausaufenthaltes der zu pflegenden Person aufrecht.

5.5.4.2 Selbstversicherung für pflegende Angehörige

Die Selbstversicherung kann für Zeiten der Pflege naher Angehöriger in Anspruch genommen werden, wenn zwar eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, die pflegende Person aber nicht voll erwerbstätig ist.

Voraussetzungen für die Selbstversicherung eines pflegenden Angehörigen sind somit:

- Pflege eines nahen Angehörigen
- Anspruch des pflegebedürftigen Angehörigen auf ein Pflegegeld zumindest der Stufe 3
- Wohnsitz im Inland
- Erhebliche Beanspruchung der Arbeitskraft durch die Pflege in häuslicher Umgebung

Der Beitrag zur Selbstversicherung beträgt 10,25 % der Beitragsgrundlage von 1.456,62 Euro und somit 149,30 Euro pro Monat. Die Differenz auf den vollen Pensionsversicherungsbeitrag wird vom Bund getragen. Zudem leistet der Bund bei einem Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 4 die Hälfte des Beitrages, der auf die versicherte

Pflegeperson entfällt und bei einem Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 5 und darüber den gesamten Beitrag. Diese Leistung des Bundes kann für maximal 48 Kalendermonate beansprucht werden.

5.5.5 Mitversicherung in der Krankenversicherung³¹⁷

Für mitversicherte Angehörige ist in der Krankenversicherung unter folgenden Voraussetzungen kein Beitrag zu leisten:

- Wenn der Angehörige selbst Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 hat oder
- wenn er einen Versicherten mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in der Höhe der Stufe 4 pflegt.

5.6 Zusammenfassung

Im Bereich der rechtlichen Regelungen ist hervorzuheben, dass viele Bereiche, die im Verlauf einer Demenzerkrankung betroffen sein können, bereits in entsprechenden Gesetzen geregelt wurden (z.B. freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Aufenthalt, etc.). Zudem stehen den Patienten Möglichkeiten zur Verfügung, den eigenen Willen zum Beginn der Erkrankung verbindlich festzuhalten. Allerdings bleibt anzumerken, dass es für die Erkrankten bzw. Angehörigen aufgrund der **Vielzahl von Rechtsquellen** äußerst schwierig ist, ohne Unterstützung alle notwendigen Informationen zu erhalten. Es scheint hier dringend erforderlich, **für Laien aufbereitete Informationsangebote** zur Verfügung zu stellen.

Im Bereich der Pflege erschwert insbesondere die **Kompetenzenverteilung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden** die Antragstellung. Auch hier wäre aus Sicht der Betroffenen eine **zentrale Anlauf- bzw. Auskunftsstelle** hilfreich, da die Zuständigkeiten in den Bereichen Pflegegeld, Pflege zu Hause und stationäre Pflege für den Laien nicht immer schlüssig nachzuvollziehen sind. Auch sind manche Angebote (z.B. Bezuschussung einer Ersatzpflege durch das BMSK) teilweise nicht bekannt (vgl. dazu Kapitel 3.5).

6 Erfahrungen mit Integrierter Versorgung

International gibt es teilweise schon langjährige Erfahrungen im Bereich der integrierten Versorgung. Es ist daher sinnvoll, bei der Konzeption neuer Projekte und Modelle auf diese Erfahrungen zurückzugreifen und diese zu nutzen. Es wurde deshalb für den Bereich Demenz in Zusammenarbeit mit der Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz eine umfassende Recherche hinsichtlich internationaler Projekte durchgeführt, die Elemente der integrierten Versorgung beinhalten. Zudem wurden auch auf österreichischer Ebene ebensolche Projekte und Angebote erhoben.

Auf die Darstellung des Gesamtberichtes des Instituts, der eine detaillierte Darstellung aller erhobenen Projekte und Angebote enthält, wird aufgrund des großen Umfangs an dieser Stelle verzichtet. Die in diesem Bericht angeführten Projekttitel wurden zur Vereinfachung analog zum Gesamtbericht gewählt, um die Durchgängigkeit und Vergleichbarkeit zu wahren. Der Gesamtbericht liegt dem Competence Center für Integrierte Versorgung vor. Detailliertere Informationen zu den einzelnen Projekten und den verwendeten Literaturstellen können bei Bedarf nachgefragt werden. Die Zusammenstellung der Projekte erhebt insbesondere aufgrund der Dynamik neuer Initiativen keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

An dieser Stelle wird nachfolgend eine Beurteilung aller erhobenen Projekte und Angebote anhand der vom Bundesverband Manged Care e.V. entwickelten BMC-Matrix angeführt. Die Beurteilung der Projekte wurde in Anlehnung an vom Bundesverband vorgenommene Beurteilungen von den Autoren vorgenommen und spiegelt somit primär deren Einschätzung wider.³¹⁸ Anhand der Beurteilung kann nachvollzogen werden, welche Projekte und Angebote aufgrund der Konzeption und der vorliegenden (Evaluations-)Ergebnisse vom Autorenteam als besonders zielführend bzw. erfolgreich betrachtet werden.

6.1 Beurteilung der Projekte aus den USA

Besonders in den USA wurden schon sehr früh Modelle der integrierten Versorgung implementiert. Auch im Bereich der Demenzerkrankung sind daher schon zahlreiche Publikationen vorhanden. Es wird hier häufig ein Case-Management-Ansatz verfolgt bzw. werden multiprofessionelle Teams zur Betreuung der Erkrankten eingesetzt. Angehörige stehen zumeist ebenso im Fokus der Projekte wie die Erkrankten selbst bzw. richten sich viele Angebote auch direkt an die Angehörigen, welche dadurch entlastet werden sollen. Von medizinischer Seite wird häufig versucht, das Fachpersonal durch Schulungen entsprechend fortzubilden und zur Vernetzung zu animieren.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Evaluationsergebnisse sind nicht von allen Initiativen publiziert worden. Zumeist finden sich aber positive Ergebnisse die neben der qualitativen Verbesserung der Versorgung auch ökonomische Effekte berichten.

6.1.1 Cleveland Alzheimer's Managed Care Demonstration

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential				X	
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz					X
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize			X		
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential				X	
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer			X		
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Das Programm zeichnet sich durch einen – aufgrund der gewählten Kooperation – vergleichsweise geringen Mitteleinsatz bei dennoch beachtlichen Erfolgen aus. Die Berater, welche als Ansprechpersonen zur Verfügung standen, sowie die Erstellung der individuellen Pflege- und Betreuungspläne entsprachen den Bedürfnissen der Probanden. Es konnten in der Evaluierung beträchtliche kostenwirksame Ergebnisse beobachtet werden.

6.1.2 Caregivers Alternatives to Running on Empty

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen		X			
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen	X				
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung		X			
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit		X			
Risiko/Vulnerabilität				X	
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Der Ansatz der Familienberater basiert auf dem bottom-up-Approach und versucht aus der Gemeinde heraus Hilfsangebote zu kreieren. Durch den niederschweligen Zugang können auch solche ProbandInnen erreicht werden, die andere Angebote nicht in Anspruch nehmen (können). Der Erfolg der Maßnahme ist allerdings stark von der Person des Familienberaters und dessen Engagement abhängig. Die Übertragbarkeit des Modells auf andere Regionen ist daher – nachweislich – nicht sicher gegeben.

6.1.3 Maine Alzheimer's Project

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential	n.b.				
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen			X		
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Durch die Entlastungsangebote durch „respite-Dienste“ wurden die pflegenden Angehörigen wesentlich und dauerhaft entlastet. Die multidisziplinären Teams arbeiten in enger Kooperation mit dem niedergelassenen Arzt und ermöglichen so eine individuelle und nachhaltige Betreuung der Kranken. Durch die Fortbildungsangebote für niedergelassene Ärzte wurde auch im Bereich der Qualität der medizinischen Versorgung angesetzt. In Summe ergibt sich ein mannigfaltiges Angebot, welches hinsichtlich des ökonomischen Potentials bislang leider noch nicht beurteilt wurde.

6.1.4 Interdisciplinary consensus teams

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize	n.b.				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Der Ansatz der multiprofessionellen Teams, die den niedergelassenen Mediziner in seiner Diagnose und Tätigkeit beraten und unterstützen wird nach anfänglicher Skepsis gut angenommen. Die Betreuung der Erkrankten und deren Familien durch eine Pflegeperson ergänzt die medizinische Betreuung sowohl aus Sicht der Betroffenen, als auch aus Sicht der niedergelassenen Ärzte. Die Evaluation läuft derzeit.

6.1.5 Kaiser Permanente-Alzheimer's Association Dementia Care Project

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential	n.b.				
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung					X
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse					X
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen	n.b.				
Wahlmöglichkeiten und Zugang	n.b.				
Finanzielle Anreize	n.b.				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad				X	
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize					X
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Durch die Entwicklung von Richtlinien und die entsprechende Schulung von Ärzten und Sozialarbeitern konnte die Diagnosestellung und medizinische Versorgung nachhaltig verbessert werden. Die Sozialarbeiter werden von allen Beteiligten als ergänzende und unterstützende Kräfte wahrgenommen.

6.1.6 Chronic Care Networks for Alzheimer's Disease

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen	n.b.				
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer			X		
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Das Programm basiert auf vier wesentlichen Kernelementen. Die Bereiche Identifikation und Diagnosestellung setzen im medizinischen Bereich an und versuchen dort Verbesserungen herbeizuführen. Daneben finden Krankheitsmanagement und Information und Unterstützung für pflegende Angehörige ihren Platz. Unterstützt wird die Umsetzung von einer multidisziplinären „advisory group“, welche Erfahrungswerte in die praktische Umsetzung einbringen konnte.

6.1.7 Community Outreach Education Program

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential	n.b.				
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen			X		
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz		X			
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen			X		
Wahlmöglichkeiten und Zugang			X		
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität				X	
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Mittels breit angelegten Schulungsprogrammen wurde die Information von Leistungserbringern und Betroffenen verbessert und versucht, deren Vernetzung und Kooperation zu verbessern. Auch nach Projektende werden Aktivitäten teilweise selbsttätig weitergeführt, wobei der Erfolg und die Nachhaltigkeit von regionalen Gegebenheiten und Einzelpersonen abhängig sind.

6.1.8 Alzheimer's Disease Education Program

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad		X			
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit		X			
Risiko/Vulnerabilität			X		
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Durch sehr niederschweligen Zugang soll die Früherkennung und Diagnostik im Rahmen so genannter „clinics“ (Screening-Tage) im Gemeindeforum unterstützt werden. Angehörige werden telefonisch bis etwa ein Jahr nach der Diagnose beraten. Es zeigt sich eine positive Wirkung, allerdings wird dieser Ansatz ohne wirkliche Anknüpfung an die Regelversorgung dem Anspruch der integrierten Versorgung nicht völlig gerecht. Es bleibt dennoch zu bedenken, dass ein solcher Ansatz dazu beitragen kann, Personengruppen zu erreichen, die sich ansonsten keiner professionellen Stelle zuwenden.

6.1.9 Partners in Caregiving

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang			X		
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit					X
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Schulungen im stationären Bereich werden hier eingesetzt, um die Kommunikation zwischen Kranken und Pflegenden sowie zwischen Angehörigen und professioneller Pflege zu verbessern. Durch die gemeinsame Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen durch Professionisten und Angehörige wird eine hohe Zufriedenheit erreicht. Sowohl Pflegende als auch Angehörige zeigten geringere Stress- und Belastungssymptome bzw. –Erkrankungen und es konnten in weiterer Folge positive Auswirkungen auf die Erkrankten beobachtet werden.

6.1.10 “Guided Care” für ältere, multimorbide PatientInnen

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential				X	
Innovationsgrad					X
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung					X
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse					X
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz					X
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit					X
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Das Modell der Guided Care, bei der Erkrankte und deren Angehörige direkt durch eine speziell geschulte Pflegekraft beraten und unterstützt werden, zeigt sowohl im Bereich der subjektiven, als auch der objektiven bzw. ökonomischen Evaluierung klare Vorteile. Die enge Zusammenarbeit zwischen Pflegekraft und niedergelassenem Mediziner sowie die gemeinsame Erstellung eines individuellen Hilfsplanes, der auch mit den Angehörigen abgestimmt wird bzw. in den die Angehörigen einbezogen werden, sowie die Koordinierung aller Gesundheitsberufe durch die Pflegekraft entsprechen genau den Bedürfnissen der Beteiligten. Eine rund um die Uhr verfügbare Hotline ergänzt das Angebot.

6.1.11 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonen zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte von PflegeheimbewohnerInnen

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential				X	
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz		X			
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen		X			
Wahlmöglichkeiten und Zugang		X			
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential				X	
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer				X	
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Durch die Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Krankenanstalten kann die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus deutlich reduziert werden. Patienten können wesentlich früher wieder ins Pflegeheim transferiert und z.B. die Rehabilitation dort durchgeführt werden. Schulungen und Leitlinien im Bereich der Pflegeheime können nachweislich dazu beitragen, bestimmte medizinische Komplikationen bzw. Erkrankungen zu verhindern und so Einweisungen in Krankenanstalten zu vermeiden.

6.1.12 Interdisziplinäre Sturzpräventionsteams

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential				X	
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz		X			
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz		X			
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung		X			
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen		X			
Wahlmöglichkeiten und Zugang		X			
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer				X	
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Durch die Etablierung von Sturzpräventionsprogrammen, welche von speziellen Teams entwickelt und durchgeführt werden, können – in älteren Altersgruppen häufig beobachtete – Stürze und daraus resultierende Folgekomplikationen vermieden werden.

6.2 Beurteilung der Projekte aus Kanada

Im Kanadischen Raum konnten nur wenige Projekte identifiziert werden, daher sind keine allgemeinen Rückschlüsse auf die dortige Praxis möglich.

6.2.1 Interdisziplinäre Schulung zur Reduktion der Neuroleptikagabe

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang		X			
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad		X			
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Es wurde in einem Geriatriezentrum untersucht, inwieweit Bewusstmachung und Schulungen die Gabe von Neuroleptika an demenzkranke Personen reduzieren. Mit einbezogen wurden ÄrztInnen, Pflegepersonen, Pharmazeuten, private Betreuungspersonen, Personen aus dem Verwaltungsapparat und die Patienten selbst. Nach der siebenmonatigen Laufzeit konnte der Anteil der Patienten mit Neuroleptika-Behandlung um 50 % gesenkt werden und bei knapp 14 % konnte die Dosis reduziert werden, wobei sich keine Begleitumstände signifikant negativ veränderten.

6.2.2 Integrierte Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential				X	
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz					X
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential				X	
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

In diesem umfangreichen Projekt war das zentrale Element ein Case Management. Die Case Manager hatten die Verantwortung über die Patienten – egal auf welcher Versorgungsebene sie sich befanden. Die behandelnden Haus- bzw. Fachärzte der Patienten wurden miteingebunden. Durch das Projekt kam es zu einer Verschiebung eines Teils der Versorgung vom stationären in den extramuralen Bereich und die Wartezeiten auf Pflegeplätze konnten verkürzt werden, wodurch auch die Krankenhauskosten reduziert werden konnten.

6.2.3 Gemeinsames Assessment-Instrument als Grundlage zu Integrierter Versorgung Demenzkranker

Keine Bewertung, da lediglich die Entwicklung eines Instruments zu Erfassung des Sicherheitsrisikos demenzkranker Personen

6.2.4 Probleme bei der Rehabilitation demenzkranker PatientInnen nach einer Schenkelhalsfraktur

Keine Bewertung, da lediglich eine Fragebogenerhebung

6.2.5 Mahlzeiten in der Langzeitpflege Demenzkranker als interdisziplinäre Aufgabe

Keine Bewertung, da nur Verhaltensweise von Demenzkranken bei der Einnahme von Mahlzeiten untersucht wurde

6.3 Beurteilung der Projekte aus Großbritannien

Auch in Großbritannien konnten nur vereinzelte Projekte und Initiativen ausfindig gemacht werden. Diese setzen stark auf den Einsatz von interdisziplinären Bereuungsteams.

6.3.1 Care Management mit demenzkranken Personen

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential					X
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung					X
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung				X	
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad				X	
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit					X
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Interdisziplinäre Teams erarbeiten hier individuelle Pläne für die Pflege und Versorgung der Demenzkranken. Hinzu kommen spezielle Angebote zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Insbesondere der Einsatz von „support workers“ zur Unterstützung direkt vor Ort entlastet die Angehörigen. Primäres Ziel ist es, Demenzerkrankten ein längeres Leben zu Hause zu ermöglichen, was aus gesundheitsökonomischer Sicht die getätigten Investitionen jedenfalls ausgleicht.

6.3.2 Spezialisierter Unterstützungsdienst im häuslichen Bereich

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad		X			
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität	X				
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer			X		
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Ein spezialisierter Unterstützungsdienst für die häusliche Versorgung demenzerkrankter Personen entlastet sowohl Erkrankte selbst als auch deren Angehörige. Die geschulten Mitarbeiter können sich besser auf die Spezifika der Erkrankung und der Patienten einstellen, die Versorgung wird flexibler und dadurch aus der Sicht der Betroffenen hochwertiger. Eine ökonomische Evaluation wurde nicht vorgenommen.

6.3.3 „Patient care teams“ für das Management chronischer Erkrankungen

Nicht beurteilt, da weitgehend Überschneidung mit Projekt „Guided Care“

6.3.4 Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit als Grundlage zu Integrierter Versorgung

Nicht beurteilt, da rein wissenschaftlicher Ansatz ohne relevante Umsetzungstendenzen

6.3.5 positive Umgebung für demenzkranke HeimbewohnerInnen

Nicht beurteilt, da primär punktuell Aktionsforschungsprojekt in spezifischem Setting

6.4 Beurteilung der Projekte aus Deutschland

In Deutschland konnten vergleichsweise viele Projekte und Initiativen für Demenzkranke erhoben werden. Hier setzt man einerseits sehr stark auf die Implementierung von speziellen Beratungs- und Servicestellen, andererseits finden sich aber auch Netzwerk-Projekte bzw. Case-Management-Ansätze. Besonders interessant scheint das als Studie angelegte Projekt IDA, welches insbesondere auch darüber einen Nachweis erbringen soll, wie sich Interventionen für pflegende Angehörige auswirken.

6.4.1 Hausärzte arbeiten mit anderen Berufsgruppen in der Versorgung demenzkranker Menschen zusammen (Projekt IDA)

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential				X	
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz					X
Übertragbarkeit auf andere Regionen			X		
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung				X	
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential				X	
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer			X		
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe				X	

Das IDA-Projekt fokussiert auf medizinischer Seite auf die Schulung von Hausärzten im Bereich Früherkennung, Diagnostik und Behandlung. Daneben werden DemenzberaterInnen eingesetzt, welche einen Hilfeplan für die Betroffenen erstellen und weitere Hilfs- und Entlastungsangebote vermitteln. Das Projekt ist als dreiarmlige Studie angelegt, wobei mit ersten Ergebnissen Anfang 2009 zu rechnen ist.

6.4.2 Rehabilitation demenzkranker Menschen

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung				X	
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen			X		
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer	n.b.				
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Der Ansatz der Rehabilitation für Demenzerkrankte hat sich in Deutschland mehr und mehr etabliert. Es zeigt sich, dass trotz des progressiven Krankheitsverlaufes Verbesserungen erzielt werden können. Die Intervention stützt sich auch auf die Schulung und Unterstützung Angehöriger und kann eingeschränkt Erfolge erzielen. Die Kosteneffektivität der Intervention ist nicht abschließend geklärt.

6.4.3 „Netzwerk Demenz“ in Bad Kreuznach

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen			X		
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Durch den Netzwerk-Ansatz ist es gelungen, diverse Berufsgruppen und Einrichtungen miteinander zu verbinden und zur Zusammenarbeit zu motivieren. Umgesetzt wurden aus dieser Struktur heraus diverse Kleinprojekte sowie ein zentrales Büro als Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige. Durch die Weiterführung und -finanzierung nach Projektende ist die Nachhaltigkeit gesichert.

6.4.4 Pflegestützpunkte

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen			X		
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung		X			
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer			X		
Nicht-monetäre Anreize		X			
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Pflegestützpunkte sollen eine zentrale Anlaufstelle für die Inanspruchnahme und Information von Pflegediensten darstellen. Dies ergibt sich aus der Vielfalt unterschiedlicher Angebote in diesem Bereich. Für die Betroffenen ergibt sich die Bündelung der Ressourcen und Informationen in einer möglichst wohnortnahen Stelle. Derzeit befinden sich diese Pflegestützpunkte noch in Planung, sie sollen nach ihrer Einrichtung evaluiert werden.

6.4.5 Seniorenbüros in Dortmund

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung					X
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize			X		
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit					X
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer			X		
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe					X

Die Seniorenbüros betreuen Betroffene und deren Angehörige nach dem Case Management Ansatz und versuchen auf die Bedürfnisse des einzelnen zugeschnittene Lösungen anzubieten. Alle wesentlichen Dienstleister und Stakeholder werden eingebunden, wodurch die Akzeptanz des Modells sehr hoch ist. Die Inanspruchnahme des Angebotes durch Betroffene ist ausgesprochen hoch. Das Modell wird derzeit erweitert und ausgebaut.

6.4.6 Überbrückung der Schnittstellenproblematik Krankenhaus-extramurale Versorgung bei älteren PatientInnen

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential				X	
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential				X	
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer			X		
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Der Ansatz basiert auf dem Konzept der Überleitungspflege kombiniert mit einer entsprechenden Nach- und Weiterbetreuung. Hervorzuheben ist, dass im Rahmen der Evaluierung nachgewiesen werden konnte, dass Betroffene kürzer im Krankenhaus waren und auch Folgeeinweisungen kürzer waren. Zudem waren die Zahl der unmittelbaren PflegeheimEintritte kleiner und die direkten Kosten geringer. Die Intervention ist somit erwiesenermaßen kosteneffektiv.

6.4.7 Hilfen für alte Menschen im Alltag - HALMA

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung		X			
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe				X	

Der Aufbau einer Beratungsstelle für Ältere und pflegende Angehörige unter Einbindung wesentlicher Stakeholder dient neben der Information auch der Koordinierung freier Pflegeplätze in der Region. Die Beratungsstellen stehen einer steigenden Nachfrage gegenüber und werden stark frequentiert.

6.4.8 Ehrenamtliche Hospizhelfer bei der Begleitung Demenzkranker

Nicht beurteilt, es handelt sich um ein Projekt, welches primär der Entwicklung eines Ausbildungskurrikulums diene und nicht um ein Projekt zur Regelversorgung.

6.4.9 Tandempraxen-Konzept

Nicht beurteilt, da Zielgruppe nicht primär Demenzkranke sind.

6.5 Beurteilung der Projekte aus den Niederlanden

6.5.1 Integrierter multidisziplinärer diagnostischer Zugang zur Versorgung Demenzkranker

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad			X		
Komplexität				X	
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Die Diagnostik sowie Therapievor schläge beruhen auf einem umfassenden Assessment durch ein multidisziplinäres Team. Beides wird mit dem Hausarzt abgestimmt und schlussendlich ein Behandlungsplan erstellt. Eine Evaluierung dieser randomisierten Kontrollstudie zeigte eine relevante klinische Verbesserung bei der Interventionsgruppe sowie eine verbesserte soziale Funktion und Lebensqualität.

6.5.2 Dutch Geriatric Intervention Program - DGIP

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad			X		
Komplexität				X	
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Der Interventionsansatz beruht hier primär auf einer geriatrisch ausgebildeten Pflegeperson, welche in Zusammenarbeit mit Ärzten ein Assessment sowie einen individuellen integrierten Plan zur Versorgung der Kranken erstellte. Auch die Umsetzung war primäre Aufgabe der Pflegeperson, wobei die Entscheidungsverantwortung beim behandelnden Arzt lag, der somit in alle Entscheidungen einbezogen war. Eine Kostenanalyse ergab, dass die Intervention keine massiven Zusatzkosten bei gleichzeitiger signifikanter Verbesserung des physischen Status und der Lebensqualität brachte.

6.5.3 Unterstützung der Angehörigen Demenzkranker durch Freiwillige

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize			X		
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer	X				
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe				X	

Das Projekt basiert hier auf dem Ansatz der Freiwilligenarbeit. Freiwillige und Angehörige werden gemeinsam geschult und übernehmen in der Folge gemeinsam die Pflege des Erkrankten, wobei die freiwilligen Helfer die Angehörigen bei ihrer Pflegeaufgabe unterstützen und entlasten. Der Freiwilligenansatz hat hier gut funktioniert und stellt ein nachhaltiges und kosteneffizientes System zur Entlastung Pflegender dar.

6.5.4 Kultursensible Unterstützung pflegender Angehöriger in Migrantenfamilien

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential	X				
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen			X		
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz	n.b.				
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung		X			
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen	n.b.				
Wahlmöglichkeiten und Zugang			X		
Finanzielle Anreize	n.b.				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential	X				
Organisationsgrad		X			
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität			X		
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer	n.b.				
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Der kultursensible Ansatz von Angehörigenschulungen mit Fokus auf deren Herkunft/Religion birgt das Potential, auch jene pflegende Angehörige zu erreichen, welche mit herkömmlichen Programmen kaum angesprochen werden. Es ist wenig über den Erfolg bzw. die Auswirkungen der Maßnahme bekannt, die grundsätzlich gut angenommen wurde.

6.6 Beurteilung der Projekte aus Österreich

Auch in Österreich lassen sich erste Projekte mit integrativem Charakter ausfindig machen, die sich teilweise auch speziell an Demenzkranke richten. Insbesondere durch die Initiative des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz konnten Modellprojekte auf Basis interdisziplinärer Teams in drei Bundesländern implementiert werden, deren Evaluierung sicherlich hilfreich für künftige Interventionen sein wird. Hervorzuheben sind sicherlich auch die durch den Verein M.A.S. in Oberösterreich betriebenen Demenzservicestellen.

6.6.1 Demenzservicestellen der österreichischen M.A.S. Alzheimerhilfe in Oberösterreich

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung					X
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen					X
Verbesserung der Behandlungsprozesse					X
Komplexität der Versorgung				X	
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung					X
Verstehbarkeit und Transparenz					X
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential			X		
Organisationsgrad				X	
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit					X
Risiko/Vulnerabilität			X		
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe				X	

Die Errichtung spezialisierter Demenzservicestellen bietet für die Patienten und deren Angehörige einen niederschweligen Zugang zur Versorgung. Die Patienten werden stadienspezifisch anhand eines strukturierten Prozesses betreut. Angebote richten sich sowohl an Patienten als auch an Angehörige. Lediglich die Vernetzung zum niedergelassenen Mediziner muss noch ausgebaut werden. Erste Evaluationsergebnisse berichten von positiven Auswirkungen der Intervention, die Servicestellen werden derzeit in Oberösterreich ausgebaut.

6.6.2 Gerontopsychiatrisches Zentrum Wien

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen					X
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung		X			
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad				X	
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Das Gerontopsychiatrische Zentrum ist eine zentrale erste Anlaufstelle zur Diagnostik und Erstbetreuung Demenzerkrankter und deren Angehöriger. Die Zusammenarbeit von Fachärzten, Psychologen und Pflegekräften stellt eine umfassende Betreuung sicher. Das Angebot (telefonische und persönliche Betreuung, Betreuung zu Hause) richtet sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen. Da die Intervention auf 3 Monate begrenzt ist, bleibt der Anspruch einer kontinuierlichen Betreuung allerdings unerfüllt.

6.6.3 Gerontopsychiatrisches Zentrum Graz

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen					X
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen				X	
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad				X	
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Beurteilung weitgehend analog zum Gerontopsychiatrischen Zentrum Wien. Hervorzuheben ist der besonders niederschwellige Zugang (Aufsuchender Ansatz nach dem Erstkontakt) sowie die Erstellung des individuellen Hilfeplanes durch das gesamte Team in Absprache mit den formellen und informellen Helfern und Angehörigen.

6.6.4 Mobile gerontopsychiatrische Assistenz in Graz

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität			X		
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Die gerontopsychiatrische Assistenz versteht sich als Ergänzung zum gerontopsychiatrischen Zentrum und betreut jene Patienten, die einen Besuch des Zentrums ablehnen bzw. denen ein solcher Besuch nicht möglich ist. Durch begrenzte Ressourcen kann das Angebot nicht flächendeckend zur Verfügung gestellt werden. Das Programm ist gut vernetzt und arbeitet mit wesentlichen Stakeholdern zusammen, wodurch die Nachhaltigkeit der Interventionen forciert wird.

6.6.5 Gerontopsychiatrische Wohnbetreuung im Industrieviertel NÖ

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz					X
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize	n.b.				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Ein klassischer integrierter Versorgungsansatz, der primär auf die Vermeidung bzw. Verzögerung der Aufnahme in stationäre Pflegeeinrichtungen zielt und einen starken Fokus auf Empowerment und Selbsthilfe legt. Auch hier findet ein individueller Hilfeplan Anwendung, welcher laufend adaptiert wird. Einbezogen werden auch Angehörige sowie sonstige freiwillige Helfer, sofern dies notwendig ist. Das gesamte Modell reagiert flexibel auf die Bedürfnisse des einzelnen Klienten.

6.6.6 Gerontopsychiatrische Versorgung in Wien - INDIBET

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung			X		
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen			X		
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen	n.b.				
Verbesserung der Behandlungsprozesse	n.b.				
Komplexität der Versorgung	n.b.				
Transparenz	n.b.				
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung		X			
Verstehbarkeit und Transparenz			X		
Einbindung in die Entscheidungen			X		
Wahlmöglichkeiten und Zugang		X			
Finanzielle Anreize	X				
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit		X			
Risiko/Vulnerabilität	X				
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer	X				
Nicht-monetäre Anreize	X				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Das Projekt zielt auf eine sehr stark eingegrenzte Zielgruppe von schwer psychisch erkrankten Menschen. Durch den niederschweligen Zugang und die Intervention der geschulten MitarbeiterInnen können diese in die Regelversorgung durch mobile Pflegedienste übergeführt werden. Ein spezieller Fokus auf Demenzerkrankte liegt nicht vor.

6.6.7 Übergangspflege Tirol

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz					X
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize		X			
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	n.b.				

Der Ansatz der Übergangspflege durch speziell geschulte Pflegekräfte entspricht dem Anspruch vieler Erkrankter, kontinuierlich von einer Betreuungsperson unterstützt zu werden. Der Betreuungsansatz ist vielschichtig und bezieht medizinische und pflegerische Komponenten sowie therapeutische Interventionen mit ein. Die Vernetzung mit wichtigen Stakeholdern ist gegeben.

6.6.8 Mobile Demenzbetreuung – Aufsuchendes multiprofessionelles Demenzteam (AMD) Pinzgau

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad					X
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz				X	
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse				X	
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz				X	
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung				X	
Verstehbarkeit und Transparenz					X
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit				X	
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize				X	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe				X	

Das Projekt arbeitet mit dem Case-Management Ansatz. Ziel der AMD ist es die Situation der Betroffenen durch Verbesserung der Betreuung mithilfe von Vernetzung und Sammlung von Erfahrungen mit gültigen Betreuungsmustern, Unterstützungsmöglichkeiten etc. zu verbessern. Die Vernetzung ist nach fünfmonatiger Laufzeit gut entwickelt und das Projekt wird von den KlientInnen gut angenommen.

6.6.9 Demenzprojekt Burgenland

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad				X	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen					X
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität			X		
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität		X			
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe				X	

Das Demenzprojekt Burgenland ist der mobilen Demenzbetreuung im Pinzgau ähnlich, wobei zu Beginn der Fokus mehr auf Aufklärung und Information gelegt wurde. Es werden in den verschiedenen Regionen des Burgenlandes Vorträge und Filmvorführungen zum Thema Demenz angeboten und auch die kostenlosen Hausbesuche zum Assessment und den diagnostischen Maßnahmen gut angenommen.

6.6.10 „Entlastung bei Demenz (Family Community Networking)“ in der Steiermark

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential		X			
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				X	
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen				X	
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen		X			
Verbesserung der Behandlungsprozesse		X			
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang				X	
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad			X		
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit			X		
Risiko/Vulnerabilität			X		
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			X		

Wie auch die Projekte im Pinzgau und Burgenland wurde dieses Projekt vom BMSK beauftragt. Es wird der Aufbau eines Netzwerkes von freiwilligen Helfern angestrebt, die im Zuge von Informationsveranstaltungen zur Sensibilisierung rekrutiert werden sollen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter sollen nach einer intensiven Schulung Familien bei der Betreuung von Demenzkranken unterstützen. Zwei DGKS führen Beratungsgespräche zu finanziellen und sozialen Belangen – auf Wunsch auch bei den Betroffenen zu Hause – durch.

6.6.11 Tagesklinik Otto Wagner Spital (Pavillon 14)

A) Gesundheitssystem					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potential			X		
Innovationsgrad			X		
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung	X				
Transparenz			X		
Übertragbarkeit auf andere Regionen		X			
B) Medizinische Versorgung					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Strukturelle Verbesserungen			X		
Verbesserung der Behandlungsprozesse			X		
Komplexität der Versorgung			X		
Transparenz			X		
C) Patienten					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Verbesserung der med. Versorgung			X		
Verstehbarkeit und Transparenz				X	
Einbindung in die Entscheidungen				X	
Wahlmöglichkeiten und Zugang					X
Finanzielle Anreize		X			
D) Management/Betreiber					
	Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Wertschöpfungspotential		X			
Organisationsgrad		X			
Komplexität		X			
Nachhaltigkeit	X				
Risiko/Vulnerabilität			X		
Finanzielle Anreize für Leistungserbringer		X			
Nicht-monetäre Anreize			X		
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	X				

Das Ziel der Tagesklinik bestand darin, Demenzerkrankte in Krisensituationen „abzufangen“ und so Langzeithospitalisierungen zu vermeiden und einen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten. Die Auslastung war trotz Öffentlichkeitsarbeit gering, was auch auf das Image des Krankenhauses zurückgeführt wurde. Es erfolgten kaum Zuweisungen von außerhalb der Klinik, wodurch die Tagesklinik ab dem Jahr 2006 nicht mehr weitergeführt wurde und die Nachhaltigkeit nicht gegeben ist.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

7.1 Identifizierte Problembereiche bei der Betreuung und Versorgung Demenzerkrankter

Anhand der in diesem Bericht erhobenen Daten und Informationen konnten folgende zentrale Problembereiche bei der Betreuung und Versorgung Demenzerkrankter identifiziert werden:



Abbildung 49 - Identifizierte Problembereiche

7.1.1 Kommunikation

7.1.1.1 Schnittstellenproblematik

An der Versorgung und Betreuung von Demenzerkrankten sind über den gesamten Krankheitsverlauf verschiedenste Berufsgruppen in allen Versorgungsebenen beteiligt. Je nach Krankheitsstadium und Allgemeinzustand des Patienten ergibt sich eine Vielzahl von Schnittstellen. An diesen Schnittstellen kommt es häufig zu einem Informationsverlust, wodurch in Folge die Versorgungsqualität beeinträchtigt wird. Solche Schnittstellen kann man anhand der in diesem Bericht erhobenen Daten einerseits innerhalb einer Versorgungsebene (z.B. Überweisung von einem niedergelassenen Allgemeinmediziner zu einem Facharzt, Durchgängigkeit von Medikamentenverordnungen zwischen unterschiedlichen Fachgruppen) und andererseits zwischen den einzelnen Versorgungsebenen (z.B. Übergang von der mobilen Hauskrankenpflege zur stationären Versorgung in eine Akutkrankenanstalt bzw. Übergang zwischen stationärer Versorgung und Nachbetreuung durch den Allgemeinmediziner) identifizieren.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Wird die vorhandene Diagnose Demenz kommuniziert, kann von nachfolgenden Versorgungseinrichtungen entsprechend auf den Patienten eingegangen werden. Es zeigt sich aus der Praxis, dass schon innerhalb derselben Berufsgruppe Schnittstellen zu Tage treten, dass aber insbesondere eine berufsgruppenübergreifende Koordination und Zusammenarbeit derzeit kaum stattfindet. Die häufig multimorbiden Demenzpatienten und deren Angehörige stehen dadurch vor der Problematik, mit zahlreichen verschiedenen Anbietern und Leistungserbringern konfrontiert zu sein. Das Klientel ist selbst nicht immer in der Lage, die Mitglieder einzelner Berufsgruppen adäquat über die Vor- und Krankheitsgeschichte zu informieren (plakatives Beispiel: von Patienten werden einzelne Arztbesuche „vergessen“ und mehrmals wiederholt).

In diesem Sinne bedarf es eines definierten Informationsflusses und einer Vernetzung der Versorgungsebenen, die eine Koordination der einzelnen Leistungserbringer einschließt.

7.1.1.2 Kommunikationsdefizite bei den Leistungserbringern

Die Versorgung und Betreuung von Demenzerkrankten ist sehr zeitintensiv. So beklagen Leistungserbringer, dass für diese spezielle Patientengruppe oftmals zu wenig Zeit zur Verfügung steht. Beispielsweise müssen Angehörige und Bezugspersonen in den Versorgungs- und Betreuungsprozess mit einbezogen werden, da die Betroffenen selbst häufig keine adäquaten Angaben mehr zu ihren Beschwerden, Defiziten und Ressourcen geben können. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass Informationen über Begleiterkrankungen, die häusliche Versorgungssituation, eine eventuelle Sachwalterschaft, etc. allen Leistungserbringern gleichermaßen zur Verfügung stehen. Mangels Informationssammlung und –weitergabe ist dies gegenwärtig nicht der Fall und es stehen einzelnen Leistungserbringern häufig nur selektive Informationen zur Verfügung.

Aber auch innerhalb von Organisationen werden die Bedürfnisse von Demenzerkrankten und Angehörigen zu wenig berücksichtigt. Wie auch schon im Kapitel Schnittstellenmanagement ausgeführt, sind verschiedene Berufsgruppen an der Versorgung von demenziellen Patienten beteiligt. Dabei sind die Zuständigkeitsgrenzen klar definiert, was häufig zu einer klaren Abgrenzung der Kompetenzen und in weiterer Folge zu mangelnder fächerübergreifender Koordination führt. Wichtig für die Betroffenen ist aber eine ganzheitliche Sicht auf ihre spezielle Situation. Außerdem benötigen Angehörige eine Ansprechperson, die sie bei Fragen und Problemen, welche sich aus der Versorgung der Betroffenen ergeben, kontaktieren können. Diese sollte dann über das gesamte Behandlungs- und Betreuungsgeschehen informiert sein, um qualifizierte Auskünfte und Hilfestellungen geben zu können.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

7.1.1.3 Späte Diagnose

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln dieses Berichtes ausgeführt, ist eine frühzeitige Diagnose von demenziellen Erkrankungen für eine wirksame medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie ausschlaggebend. Aus den erhobenen Daten und Erfahrungswerten geht allerdings hervor, dass die Diagnose häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium gestellt wird. Dadurch erhält der Patient wirksame und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussende Medikamente und Therapien im besonders wichtigen Anfangsstadium nicht.

Die Diagnose Demenz ist bei Betroffenen und deren Angehörigen sehr stark angstbehaftet, wodurch Arztbesuche häufig hinausgezögert werden. Letztendlich stellt die Diagnose die Familienverbände vor eine große Herausforderung. So müssen Vorkehrungen getroffen werden, die eine häusliche Versorgung der Betroffenen sichert. Diese reichen von einer eventuellen Berufsaufgabe von Angehörigen, über mögliche Baumaßnahmen in der Wohnung bis hin zur Benennung eines Sachwalters, wenn dieser erforderlich ist. Erfolgt die Diagnosestellung zu spät, fühlen sich Erkrankte und deren Angehörige oftmals überfordert und verzweifelt. Zudem sind manche Regelungen in einem schon stärker fortgeschrittenen Stadium nicht oder nur mehr schwer durchführbar (z.B. rechtliche Absicherung).

Eine zentrale Rolle in der Früherkennung nehmen die Hausärzte als erste Ansprechpersonen bei entsprechenden Beschwerden und Symptomen ein. Sie können durch Beobachtung eventuelle Veränderungen bemerken und diagnostische Maßnahmen veranlassen. Ansätze zur Verbesserung bieten hier die Früherkennung selbst sowie die Kommunikation mit den Patienten, über einen möglichen Krankheitsverdacht sowie die Übermittlung der Diagnose.

Aber auch andere Leistungserbringer sind in ihrer beratenden Funktion gefragt, wenn Sie bei Patienten, Bewohnern und Klienten Veränderungen bemerken, die auf eine kognitive Störung hinweisen. Hier mangelt es jedoch schon in der Ausbildung der unterschiedlichen Leistungserbringer.

Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Übermittlung der Diagnose Demenz als chronische, fortschreitende und letztendlich zum Tod führende Krankheit ein kritisches Ereignis darstellt. Patienten mit beginnender bis leichter Demenz haben ihre kognitiven Einbußen häufig recht klar vor Augen. Sie sind stark gefährdet, depressive Symptome zu entwickeln. So ist die Forderung nach einer frühzeitigen Diagnose untrennbar mit einer Entstigmatisierung und einem öffentlichen Bewusstsein für Demenz verbunden.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

7.1.1.4 Mangelnde Compliance bei Patienten und Angehörigen

In den Datenauswertungen der Versicherungsträger war auffällig, dass ein Großteil der Patienten nur eine einmalige Verordnung eines Antidementivum erhalten hat. Im Hinblick auf medizinische Wirksamkeit als auch auf ökonomische Aspekte ist dies jedoch abzulehnen. Von den Experten wurde als möglicher Grund u.a. die mangelnde Compliance der Betroffenen und Angehörigen genannt. Da die Erkrankung einen progredienten Verlauf aufweist, kann trotz der ordnungsgemäßen Medikamenteneinnahme eine Verschlechterung des Zustandes der Betroffenen nicht immer verhindert werden. Oftmals werde dann auch der Arzt gewechselt und eine Kontinuität in der Versorgung ist nicht mehr gewährleistet. Zudem kann es dazu kommen, dass die Patienten selbsttätig die Medikamente absetzen bzw. aufgrund der Spezifika der Erkrankung die Medikamenteneinnahme nicht regelmäßig erfolgt, sofern keine Betreuungsperson diese kontrolliert.

Von den Experten wurde auch berichtet, dass Erkrankte insbesondere im ländlichen Raum gar nicht oder erst sehr spät bereit sind, einen Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie aufzusuchen. Auch dieses Verhalten trägt zu einer späten Diagnosestellung und damit zu einem verzögerten Therapiebeginn bei. Gerade eine frühzeitige Therapie ist allerdings notwendig, um den Nutzen der medikamentösen Behandlung voll ausschöpfen zu können.

7.1.2 Information

7.1.2.1 Informationsdefizit (Patienten, Angehörige, Leistungserbringer)

Bei einer Demenz kommt es bei den Betroffenen durch einen Abbau der geistigen Fähigkeiten zu einer wachsenden Beeinträchtigung ihrer Alltagskompetenzen bis hin zu einer völligen Abhängigkeit von der Unterstützung und Versorgung durch andere Personen. Zu der eigentlichen kognitiven Beeinträchtigung kommen oftmals psychiatrische Symptome wie Wahnvorstellungen, Angstzustände, Aggressionen und Depressionen. Werden Erkrankte zu Hause betreut, übernehmen die pflegenden Angehörigen diese Unterstützung und organisieren und koordinieren den gesamten Versorgungsprozess für den Betroffenen. Dies bringt oftmals schwerwiegende psychische Belastungen für die Angehörigen mit sich: Entfremdung von der vertrauten Person, die Übernahme von neuen Rollen und einsetzende Trauer durch die starke Veränderung des Betroffenen. Zudem treten im Zuge der häufig jahrelangen Betreuung einzelne Krisen- und Ausnahmesituationen ein, welche für die Betroffenen eine starke Belastung darstellen. Nicht zu vergessen bleibt, dass die Pflege insbesondere im letzten Stadium auch eine schwere körperliche Belastung für die selbst häufig schon älteren Angehörigen darstellt. Dies führt in Summe dazu, dass pflegende Angehörige von Demenzerkrankten in weiterer Folge häufig selbst erkranken (z.B. an Depressionen, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, etc.).

Aus diesem Grund benötigen Patienten und Angehörige mündliche und schriftliche Informationen über die einzelnen Stadien der Erkrankung, Therapiemöglichkeiten,

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Unterstützungsangebote im niedergelassenen und stationären Bereich, finanzielle Unterstützungen, Selbsthilfegruppen, Besuchsdienste, etc. Informationsmaterialien und –übermittlung müssen so gestaltet werden, dass sie von Laien nachvollzogen und angewendet werden können. Nachweislich können Betreuungspersonen, die Informationen über die Erkrankung, deren Verlauf und den Umgang mit Erkrankten erhalten und die über mögliche Hilfs- und Entlastungsangebote Bescheid wissen, mit der Rolle als Pfleger besser umgehen. Dies führt dazu, dass in manchen Projekten und Studien nicht nur eine positive Wirkung auf die Erkrankten, sondern auch auf die pflegenden Angehörigen erwirkt werden konnte, welche in weiterer Folge selbst weniger häufig erkrankt sind.

Da in Österreich viele Menschen mit einem Migrationshintergrund leben, müssen auch Informationsangebote im kulturellen Kontext gestaltet und in mehreren Sprachen verfügbar sein.

Es wurde bereits aufgezeigt, dass an der Versorgung von Demenzerkrankten verschiedenste Berufsgruppen in allen Versorgungsebenen beteiligt sind. Es fehlt derzeit jedoch eine flächendeckende Schulung der Leistungserbringer auf geriatrische, demenziell erkrankte Patienten, deren Symptome sich zumeist verstärken, wenn Sie in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung behandelt bzw. versorgt werden. Der Umgang mit psychisch kranken Menschen stellt auch für Leistungserbringer im Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar, auf die die Betroffenen entsprechend vorbereitet werden sollten.

7.1.2.2 Fehlende Handlungsanleitungen (Angehörige, Leistungserbringer)

Neben den oben beschriebenen Informationen benötigen Angehörige aber auch Handlungsanleitungen zum Umgang mit Stress und belastenden Situationen, zu Kommunikation und Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, Anleitungen bei pflegerischen Tätigkeiten, etc.

Im deutschsprachigen Raum konnte nur eine Leitlinie identifiziert werden, die sich auch an Angehörige und Patienten richtet. Schriftliche Handlungsanleitungen bieten für die Betroffenen eine Hilfestellung im Umgang mit der Erkrankung und den Erkrankten und unterstützen sie bei der individuellen Bewältigung von alltäglichen Situationen und Krisen.

Gerade Personen, die primär andere Patientengruppen versorgen, erfahren mit Leitlinien und Handlungsanleitungen eine Hilfestellung bei der Versorgung von Demenzerkrankten, die spezielle Unterstützung brauchen. Der Umgang mit Demenzerkrankten gestaltet sich teilweise diffizil und das Eintreten von Krisen- und Ausnahmesituationen kann nicht immer verhindert werden. Gerade in solchen Situationen, aber auch im täglichen Umgang bieten Handlungsanweisungen Unterstützung und Sicherheit für die Leistungserbringer. Im Zuge

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

der Daten- und Informationserhebungen wurde von mehreren Berufsgruppen der ausdrückliche Wunsch nach solchen Handlungsanleitungen geäußert.

7.1.2.3 Angst vor der Erkrankung

Die Diagnose Demenz ist in der Bevölkerung in einem starken Maße angstbehaftet. Einerseits gefährdet dieser Umstand eine frühzeitige Diagnose, da Betroffene und Angehörige aus Angst versuchen frühe Symptome zu kompensieren. Ein Arztbesuch wird häufig hinausgezögert bzw. wird auch von ärztlicher Seite die Diagnose häufig erst spät gestellt. Andererseits werden in unserer Gesellschaft Themen wie Demenz, Alter und Tod tabuisiert. Dies bedeutet eine Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen Leben von Erkrankten und pflegenden Angehörigen. Hier wären – auch vor dem Fokus der alternden Gesellschaft – dringend entsprechende Maßnahmen im Bereich der Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

7.1.2.4 Stigmatisierung

Stigmatisierungen erfolgen durch die Zuschreibung von negativ bewerteten Merkmalen. Bei Demenzerkrankten kommt es zu einem zunehmenden Abbau ihrer kognitiven Fähigkeiten, was im Widerspruch zu unserer Leistungsgesellschaft zu stehen scheint. So stößt das auffällige und abweichende Verhalten von Demenzerkrankten in der Öffentlichkeit auf Ablehnung. Aber auch pflegende Angehörige erhalten nicht die ihnen gebührende Wertschätzung, vielmehr werden sie durch ihre Rolle gesellschaftlich ausgegrenzt. Auch hier wären Maßnahmen zur Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit sowie auch eine verstärkte Vernetzung der Betroffenen notwendig.

7.1.2.5 Mangelnde Sensibilisierung für Symptome

Eine mangelnde Sensibilisierung für Symptome, die auf eine degenerative Hirnleistungsstörung deuten, kann man sowohl bei Leistungserbringern als auch bei Betroffenen beobachten. Das könnte einerseits auf Informationsdefizite zurückzuführen sein, andererseits aber auch mit einer Angst vor der Diagnose zusammenhängen. Häufig wird ein auffälliges Verhalten als „normale Alterung“ abgetan, um sich nicht mit einer möglichen Erkrankung und deren Folgen auseinandersetzen zu müssen. Auch hier ist dringend Aufklärungs- und Informationsbedarf gegeben, um – wie schon eingangs angesprochen – nicht wertvolle Zeit für eine früh ansetzende Therapie zu verlieren. Hier wäre es ebenfalls erforderlich, sowohl die Bevölkerung als auch Leistungserbringer im Bereich der Früherkennung von Demenzerkrankungen aufzuklären und zu informieren.

7.1.2.6 Nicht geregelte Informationsflüsse

Es zeigt sich aus der durchgeführten Analyse der Versorgungssituation eindeutig, dass Informationsflüsse zwischen Leistungserbringern bzw. zwischen Leistungserbringern und Betroffenen/Angehörigen nicht geregelt sind. Dies bedeutet, dass die Zuständigkeit für

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Aufklärung und Information nicht klar definiert ist, wodurch Betroffene Informationen teilweise gar nicht oder aufsuchend von unterschiedlichen Personen/Stellen bekommen. Zudem werden Informationen (z.B. Befunde) zwischen den Leistungserbringern oft nicht weitergeleitet, wodurch einerseits wichtige Angaben für die weitere Behandlung und Betreuung fehlen und andererseits manche Untersuchungen mehrmals oder gar nicht durchgeführt werden. Außerdem sind die diversen Berufsgruppen nicht vernetzt, wodurch deren Tätigkeit im Rahmen der Behandlungskette nicht aufeinander abgestimmt werden kann. Diese unregelmäßige Informationsweitergabe führt zu einer unkoordinierten, nicht aufeinander abgestimmten Betreuung und Versorgung, welche geprägt ist von Mangel- und Fehlinformation.

7.1.2.7 Fehlen einer strukturierten Öffentlichkeitsarbeit

Eine flächendeckende Aufklärungskampagne für die Diagnose Demenz ist bisher nicht erkennbar. Punktuelle mediale Berichterstattungen sind zwar zu finden, allerdings fehlen breitenwirksame Aufklärungen zu frühen Symptomen, medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten, Anlaufstellen bis hin zu Handlungsanweisungen, wie man sich beispielsweise verhält, wenn man auf jemanden trifft, der offensichtlich die Orientierung verloren hat und nicht mehr weiß, wie er nach Hause kommt. Wie schon in den vorangehenden Punkten erwähnt, wäre gerade eine solche gezielte Öffentlichkeitsarbeit notwendig, um viele Problembereiche im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen zu minimieren.

7.1.3 Struktur

7.1.3.1 Zunahme an Erkrankten

Auch wenn bisher keine gesicherten Erhebungen zur Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen für Österreich vorliegen, so kann, wie bereits ausgeführt, davon ausgegangen werden, dass derzeit mehr als 100.000 Personen betroffen sind. Hat sich die Prävalenz von 1960 bis ins Jahr 2000 fast verdoppelt, so stellte Wancata et al. Hochrechnungen an, die für 2050 eine Anzahl von rund 240.000 Erkrankten prognostizieren. Basierend auf Datenauswertungen der Versicherten der WGKK, den aktuellen Daten der Statistik Austria und dem Rechenmodell von Wacanta et al. prognostizieren aktuelle Hochrechnungen rund 270.000 Erkrankte. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Demenzerkrankten markant steigen wird. Gleichzeitig wird der Anteil jüngerer Bevölkerungsgruppen sinken, was sich sowohl auf die Finanzierung als auch insbesondere auf die Verfügbarkeit pflegender Angehöriger auswirken wird. Jede Intervention, die Erkrankten länger ein unabhängiges Leben ermöglicht, ist vor diesem Hintergrund jedenfalls hilfreich, um die Folgen des demographischen Wandels abzufedern.

7.1.3.2 Teilweise strukturelle Unterversorgung

Von Experten wurde berichtet, dass in vielen spezialisierten Betreuungseinrichtungen (Memory-Kliniken, Pflegeheime, Ambulanzen, etc.) nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, wodurch es zu langen Wartezeiten kommt. Außerdem gibt es gerade im ländlichen Raum häufig nur mangelnde Angebote z.B. im Bereich der Kurzzeitpflege, die oftmals auf Grund der starken Auslastung der Pflegeheime kaum zur Verfügung stehen. Auch für die Kurzzeitpflege zu Hause gibt es kaum Angebote.

Zudem gibt es im ländlichen Raum auch oftmals eine Unterversorgung im Bereich der Infrastruktur, z.B. Probleme in der Erreichbarkeit von Ärzten, in der Nahversorgung, im Nahverkehr, bei der Bestückung mit Postkästen, etc. Häufig werden demenzkranke Menschen von ihren Ehepartnern betreut und versorgt, was in der gewohnten Umgebung bei derartigen strukturellen Mängeln zusätzlich erschwert wird.

Im Rehabilitationsbereich gibt es derzeit überhaupt keine direkten Angebote für Demenzerkrankte in Österreich, wobei wahrscheinlich gerade für diese Personengruppe die Wiedererlangung der Mobilität und einer gewissen Selbständigkeit von großer Bedeutung wäre.

Aus Sicht der Leistungserbringer (Ärzte, Pflegepersonen, Therapeuten etc.) stehen für die Betreuung der Demenzerkrankten zu wenig Zeit und Ressourcen zur Verfügung, wodurch auf deren spezielle Bedürfnisse nicht adäquat eingegangen werden kann. Gerade für diese Personengruppe ist häufig ein größerer Zeitbedarf für Gespräche und Interventionen gegeben.

Die Situation von allein lebenden demenziell Erkrankten wird gegenwärtig nicht ausreichend berücksichtigt. Es gibt kaum spezielle Angebote für diese Personen, die Inanspruchnahme mancher Leistungen ist erschwert. Vor dem Fokus der eingangs angeführten demographischen Entwicklung in Österreich wird der Anteil allein lebender Erkrankter jedenfalls zunehmen.

7.1.3.3 Mangelnde Angehörigenbetreuung

Werden Demenzerkrankte von Angehörigen in der häuslichen Umgebung versorgt, bedingen der Allgemeinzustand und die Symptomatik des Betroffenen, die Persönlichkeit des Pflegenden und das soziale Umfeld des Familienverbandes die individuelle Pflegesituation. Für die Betreuungsperson bedeutet die Übernahme der Pflege eine dauernde Anwesenheit bei dem Betroffenen, evtl. die Aufgabe der Berufstätigkeit, soziale Ausgrenzung als auch sozialen Rückzug und oftmals eine finanzielle Belastung. Diese Belastungssituation

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

beeinträchtigt in vielen Fällen den Gesundheitszustand der Pflegenden. Daher benötigen auch die pflegenden Angehörigen eine Betreuung und Unterstützung in ihrer Selbstpflege.

Kann die Pflege aufgrund der fortschreitenden Symptomatik des Betroffenen nicht mehr zu Hause übernommen werden und wird der Demenzerkrankte in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen, kann das für die Angehörigen ebenfalls eine belastende Situation sein, bedingt durch Schuldgefühle und das Gefühl, versagt zu haben. Auch in diesen Situationen benötigen die Angehörigen Unterstützung.

Zugehende Angebote werden insbesondere von Seiten der Angehörigen sehr positiv wahrgenommen. Die häusliche Beratung kann zur Prävention und zur Bewältigung von Krisen beitragen. Durch Interventionen für pflegende Angehörige kann indirekt auf den Zustand der Erkrankten Einfluss genommen werden. Häufig ist dann eine Einweisung in stationäre Pflege und Behandlung nicht oder erst später notwendig. Zudem kann direkt ein positiver Einfluss auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand des Angehörigen genommen werden, wodurch Folgeerkrankungen in dieser Personengruppe vermieden werden können.

7.1.3.4 Keine Angebote zur Krisenintervention

Von den Experten und Betroffenen wurde bemängelt, dass es keine rund um die Uhr verfügbare Anlaufstelle für Erkrankte und Angehörige gibt. Insbesondere bedarf es zeitnaher Maßnahmen zur Krisenintervention und Deeskalation. Häufig führen solche Krisen sonst zu stationären Aufnahmen, da die Betroffenen sonst keine andere Möglichkeit sehen, eine solche Krise zu bewältigen. Aus Modellprojekten wurde die Erfahrung gewonnen, dass alleine die Verfügbarkeit einer solchen Krisenintervention (z.B. Hotline) generell einen positiven Effekt auf pflegende Angehörige hat (erhöhtes „Sicherheitsgefühl“ und daher weniger depressive Symptomatiken). Außerdem tragen solche Maßnahmen zur Entlastung ambulanter und stationärer Gesundheitsdienste bei, welche ansonsten in solchen Fällen in Anspruch genommen werden. Auch die langfristige Verfügbarkeit von kompetenten Ansprechpersonen wird als wichtig erachtet.

7.1.3.5 Mangelnde Interdisziplinarität

Die Anwesenden des im Zuge der Datenerhebung durchgeführten Expertenworkshops waren sich einig, dass die Zusammenarbeit der in die Betreuung von Demenzerkrankten involvierten Berufsgruppen verbesserungswürdig ist. Dabei sollte der Fokus auf der Gesamtsituation des Erkrankten und des Familienverbandes liegen. In diesem Zusammenhang steht auch die klare Definition des Informationsflusses unter Bedachtnahme der rechtlichen Voraussetzungen. Die häufig multimorbide Personengruppe der Demenzerkrankten erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, damit ihren

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Bedürfnissen entsprochen wird und Leistungen von jener Berufsgruppe erbracht werden, die diese aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung am kompetentesten und ökonomisch sinnvollsten erbringen kann. Zudem zeigen Erfahrungen aus nationalen Projekten, dass abhängig vom Patienten jeweils andere Berufsgruppen den besten Zugang zum Betroffenen finden bzw. die beste Unterstützung bieten können.

7.1.3.6 Kurzfristig angelegte Projekte und mangelnde Vernetzung

In Österreich gibt es viele punktuelle und zeitlich begrenzte Initiativen und Interventionen, die häufig von Institutionen der Gesundheits- und Sozialpolitik finanziert werden. Bei politischen Veränderungen sind diese Initiativen dann häufig in ihrer Fortführung gefährdet bzw. wird vielfach nur eine einmalige Intervention finanziert, welche dann mangels weiterer Unterstützung nicht fortgeführt werden kann. Da die Betroffenen eine gesicherte, langfristige Unterstützung benötigen, werden Konzepte benötigt, die auf eine dauerhafte Versorgung und Unterstützung angelegt sind. Diese müssen sowohl die Gegebenheiten im ländlichen als auch im städtischen Bereich berücksichtigen und vor dem Fokus begrenzter Finanzmittel eine bestmögliche, kontinuierliche Unterstützung bieten.

7.1.4 Versorgung

7.1.4.1 Fragmentiertes Leistungsangebot

An der Versorgung und Betreuung von Demenzerkrankten sind sowohl verschiedene Berufsgruppen als auch verschiedene Institutionen in den einzelnen Versorgungsebenen beteiligt. Leider gibt es bisher nur ein fragmentiertes Leistungsangebot, welches nicht vernetzt ist und in welchem Einzelleistungen ohne entsprechende Kooperation und Koordination angeboten werden. Dabei benötigen die Erkrankten und deren Angehörige eine aktive Unterstützung zu einem strukturierten Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen, sowie einen niederschweligen Zugang zu den Angeboten. Das derzeitige Angebot kann von vielen Betroffenen nicht in Anspruch genommen werden, da Informationen über die Angebote, Anspruchsvoraussetzungen und den Zugang zu den Angeboten fehlen. Die primär ältere Gruppe der Demenzerkrankten und deren Angehörige sind mit den derzeit angebotenen Informationen teilweise überfordert bzw. nicht in der Lage, sich selbstständig die notwendigen Informationen zu beschaffen. Es ist nötig, Patientepfade und Informationsflüsse durch alle Versorgungsebenen zu definieren, Angebote zu vernetzen und so eine durchgängige Betreuung und Versorgung sicher zu stellen. So ist gewährleistet, dass Angebote von jenen Personen in Anspruch genommen werden, die diese Angebote benötigen. Gleichzeitig würde die derzeit mangels Koordination auftretende mehrmalige Inanspruchnahme gleicher Leistungen eingedämmt.

7.1.4.2 Medikamentöse Unterversorgung

Bei den Auswertungen der Versicherungsdaten war auffällig, dass ein Teil der Patienten nur einmalige bzw. nur wenige, den Jahresbedarf nicht deckende, Verordnungen von Antidementiva erhalten haben. Als Grund dafür wurde von den Experten eine mangelnde Compliance der Patienten und Angehörigen angegeben, die Medikamente absetzen, wenn sie keine Verbesserung ihres Zustandes bemerken. Es wurde aber auch über Probleme und Informationsverluste an der Schnittstelle Hausarzt und Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie berichtet. So würde die vom Facharzt verordnete Medikation u.U. vom Hausarzt nicht weiter geführt, evtl. auch wegen den Vorgaben bei der Weiterverordnung von Antidementiva des Erstattungskodexes der Sozialversicherung. In stationären Pflegeeinrichtungen wird ebenfalls ein Versorgungsdefizit hinsichtlich der medikamentösen Versorgung vermutet. Insgesamt zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Demenzerkrankten in Österreich nicht mit Antidementiva versorgt werden.

7.1.4.3 Unkoordinierte Arztbesuche

Die Auswertungen der Versicherungsdaten der WGKK zeigten, dass über 11 % der identifizierten Demenzerkrankten mehr als 40 Mal pro Jahr einen Arzt konsultieren. Ein hoher Anteil der Erkrankten weist eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Arztkontakten auf. Trotz der Multimorbidität der Patienten sowie der Notwendigkeit einer einwandfreien Abklärung der Demenzdiagnose durch den Facharzt weisen insbesondere die zahlreichen Kontakte zum Allgemeinmediziner auf Probleme in der Versorgung hin. Ein strukturierter Behandlungsablauf, an dem sich auch die notwendigen Arztkontakte orientieren, liegt derzeit nicht vor. Zudem werden Allgemeinmediziner häufig auch dann kontaktiert, wenn für ein Problem kein anderer Ansprechpartner zur Verfügung steht.

7.1.4.4 Schnittstellenproblematik

Auch im Bereich der Versorgung gilt das im ersten Punkt unter Kommunikation Geschilderte. Bei einer Zuweisung von einem Leistungserbringer zu einem anderen bzw. beim Übergang von einer Versorgungsebene in eine andere gehen häufig Informationen verloren, die eine kontinuierliche Versorgungsqualität beeinträchtigen. Eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern ist nicht geregelt. Oftmals müssen Angehörige dieselben Angaben zur Anamnese, Medikation, etc. bei jedem Leistungserbringer neu machen bzw. gehen diese wichtigen Informationen verloren oder müssen mehrmals neu erhoben werden.

7.1.4.5 Hohe Zugangsschwellen

Die Spezifika der Demenzerkrankung bedingen zusammen mit der Stigmatisierung der Erkrankung, dass sich Betroffene nur ungern mit ihren Beschwerden an Ärzte oder andere Stellen wenden. Dadurch ist es umso wichtiger, dass der Zugang zu Angeboten im Bereich der Demenzversorgung möglichst niederschwellig gestaltet ist, dass sie in Wohnortnähe

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

liegen, durch flexible Zugangsmöglichkeiten und eine unbürokratische Inanspruchnahme charakterisiert sind. Solche Angebote liegen derzeit kaum vor. In vielen Bereichen ist zur Erlangung von Unterstützung ein langwieriges Verfahren notwendig, welches Betroffene und Angehörige eher davon abhält, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen. Oftmals ist die Mobilität der Betroffenen und Angehörigen eingeschränkt, was insbesondere im ländlichen Bereich die Inanspruchnahme diverser Einrichtungen erschwert. Von den Experten werden daher auch aufsuchende Angebote gefordert.

7.1.4.6 Mangelnde Früherkennung

Faktoren wie die Angstbehaffung bei Betroffenen, Tabuisierung der Erkrankung und Stigmatisierung von Erkrankten, mangelnde Schulung von Leistungserbringern, eine unzureichende Information der Öffentlichkeit und das Fehlen von Leitlinien und Handlungsanweisungen für Leistungserbringer, Angehörige und Betroffene behindern eine frühzeitige Diagnose der Erkrankung. Es gibt nur wenige spezialisierte Angebote zur Früherkennung (z.B. Gedächtnisambulanzen), welche aufgrund der hohen Auslastung und des eher höherschwelligen Zuganges zudem nicht immer zur Früherkennung herangezogen werden. Hier wäre insbesondere das Ansetzen bei den Leistungserbringern gefordert, sodass Ärzte, Hauskrankenpflege etc., welche frühe Symptome erkennen, diese auch richtig deuten und dem Betroffenen Hilfestellung anbieten können.

Es gilt hier auch das unter dem Punkt „späte Diagnose“ Angeführte.

7.1.5 Lehre und Forschung

7.1.5.1 Mangelnde Forschungstätigkeit in Österreich

Für Österreich wurde von den Experten eine eher schwache universitäre Forschungstätigkeit, die sich mit der Thematik Demenzerkrankungen, Auswirkungen von Interventionen, Angehörigenbegleitung, etc. beschäftigt, festgestellt. Auch die Pflegeforschung steckt noch in den Kinderschuhen. So sind österreichische Publikationen in internationalen Datenbanken selten.

Forschungstätigkeiten sind auch im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung, zur Optimierung der Versorgung von Demenzerkrankten und ihren Angehörigen notwendig. Zahlreiche in den letzten Jahren umgesetzte Projekte haben keine Evaluierung erfahren, wodurch die Möglichkeit zur Datengewinnung hier nicht genutzt wurde. Die wenigen erhobenen Daten werden häufig nicht veröffentlicht und sind dadurch für die Allgemeinheit nicht zugänglich. Dadurch können wertvolle Erfahrungen nicht genutzt werden. Experten beklagen zudem eine mangelnde Vernetzung von Forschung und Praxis.

7.1.5.2 Mangelnde Datengrundlage

Analog zu den Forschungstätigkeiten sind auch die vorhandenen Daten zur Demenzerkrankung mangelhaft. Ein Beispiel hierfür sind Prävalenzzahlen, welche für Österreich lediglich in Form von Schätzungen und Hochrechnungen verfügbar sind, wobei die aktuellsten Publikationen aus dem Jahr 1999 bzw. 2000 stammen. Es zeigt sich, dass der Demenzerkrankung noch nicht jene Bedeutung geschenkt wird, die ihr – auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung – zukommen sollte. Erschwerend kommt hinzu, dass im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich keine Erhebungen zu Diagnosen der Patienten vorliegen bzw. dass vorhandene Daten (z.B. aus dem Spitalsbereich) kaum ausgewertet und publiziert werden.

7.1.5.3 Thematik in der Lehre unterrepräsentiert (bei allen Leistungserbringern)

Im Zuge der Datenerhebungen und Recherchen, vor allem aber auch im Rahmen des Expertenworkshops und der Expertengespräche, konnte ein intensiver Ausbildungs- und Schulungsbedarf sowohl im Bereich der Professionisten als auch im Bereich ehrenamtlich Tätiger geortet werden. Die einzelnen Leistungserbringer benötigen spezifische, auf Ihre Berufsgruppe abgestimmte Ausbildungsinhalte, die sich mit der Thematik der Demenzerkrankung auseinandersetzen. Insbesondere der Bereich Kommunikation ist hier stark unterrepräsentiert.

Dies beinhaltet weiter, dass auch Berufsgruppen, die im Kundenverkehr tätig sind, auf den Umgang mit Demenzerkrankten geschult werden.

7.2 Exkurs: Situation pflegender Angehöriger

Personen, die einen Demenzerkrankten pflegen, sind im Zusammenhang mit dieser Aufgabe zumeist hohen und im Krankheitsverlauf zunehmenden physischen, psychischen und sozialen Belastungen ausgesetzt, die in weiterer Folge zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Erhebungen zeigen, dass aufgrund von starken emotionalen und körperlichen Belastungen durch die Pfllegetätigkeit das Mortalitätsrisiko pflegender Angehöriger um mehr als 60 % höher ist.^{319 320} Weiters lässt sich beobachten, dass Pflegende, die sich um Demenzkranke kümmern, generell höherem Stress ausgesetzt sind, als Pflegende, die Personen ohne Demenz pflegen.³²¹ Je nach Erhebung litten 18 bis 47 % der Pflegenden von Demenzkranken an Depressionen, was deren enorme mentale Belastung unterstreicht.³²²

Die häusliche Pflege Demenzkranker wird überwiegend von Angehörigen, d.h. von deren Ehepartnern, Kindern oder zu einem geringeren Teil auch von deren Eltern übernommen. Dies bedeutet, dass die Pflege zu einem großen Teil von Personen geleistet wird, die im selben bzw. sogar in einem höheren Alter sind, als die Gepflegten. Demographische und

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

sozioökonomische Entwicklungen führen dazu, dass sich die Aufgabe der Pflege künftig noch stärker weg von den Kindern der Erkrankten auf die Ehepartner verschieben wird. Diese Pflegenden sind schon alleine aufgrund ihres Alters körperlich nicht mehr so stark belastbar und/oder leiden fallweise selbst schon an Beeinträchtigungen und Erkrankungen, welche sich durch die Pfllegetätigkeit gegebenenfalls weiter verschlimmern können.

Von Seiten der Pflegenden wird ein großer Bedarf an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten geäußert. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass derartige Angebote bislang in Österreich nur in sehr geringem Ausmaß zur Verfügung stehen und der Zugang häufig eher höherschwellig angelegt ist. Es ist daher bei der Planung von Interventionen für Demenzerkrankte auch ein Fokus auf deren Pflegende bzw. pflegende Angehörige zu legen.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob geeignete Interventionen für Pflegende einen Beitrag dazu leisten können, diese zu entlasten und die Entwicklung physischer und psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen bei den Angehörigen zu verhindern. Es liegen in diesem Bereich leider nur wenige Studien vor, wodurch in der Folge nur ansatzweise anhand einiger Modellprojekte dargestellt werden kann, ob und inwiefern Unterstützungsangebote für Pflegende präventive Wirkung für deren Gesundheitszustand haben können.

Eine im Jahr 2007 publizierte japanische Erhebung untersuchte die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Pflegenden, die sich um pflegebedürftige ältere Personen kümmerten. Die Pflegenden wurden zweimal im Abstand von 12 Monaten befragt, wobei Ihnen als Intervention Unterstützung durch einen Care Manager angeboten wurde, der zumindest einmal im Monat zu den Pflegenden nach Hause kam und diese dort in Fragen der Pflege und Betreuung beriet und unterstützte. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Care Manager und der physischen und mentalen Lebensqualität der Pflegenden nachgewiesen werden.³²³ Dies belegt, dass die beratende Unterstützung durch einen Care Manager die Lebensqualität Pflegender positiv beeinflussen kann.

Ein Review der Universität York beschäftigte sich mit der Frage, inwieweit Information und Unterstützung Einfluss auf die Lebensqualität für Pflegende von Demenzkranken haben. Die Ergebnisse beruhen auf 44 unterschiedlichen Studien, was die Aussagekraft des Reviews stärkt. Es zeigte sich, dass gruppenbasierte Unterstützungsangebote signifikant positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit der Pflegenden haben. Konkret bedeutet dies, dass jene Pflegenden, die eine solche Intervention in Anspruch nehmen, signifikant seltener an Depressionen leiden. Gleichzeitig wurde aber hervorgehoben, dass die Datenlage in diesem Bereich äußerst schwach ist und es dringend erforderlich wäre, entsprechende Interventionen zu evaluieren und die Ergebnisse zu publizieren.³²⁴

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Ein wesentlicher Faktor, welcher die Lebensqualität Pflegender beeinflusst ist der Stress, dem diese durch ihre Pflgetätigkeit ausgesetzt sind. In einer mit rund 20 Personen relativ klein angelegten Erhebung wurde den – ausschließlich weiblichen – Pflegenden ein spezielles Training angeboten, das sich in fünf Einheiten insbesondere dem Thema Stressmanagement widmete. Es konnte eine signifikante Reduktion depressiver Symptomaten, der Müdigkeit und des Aggressionspotentials beobachtet werden. Aber auch andere Parameter, wie Schlafstörungen, Angstzustände und der generelle Gesundheitszustand konnten positiv beeinflusst werden. Trotz der geringen Stichprobengröße zeigte die relativ einfach angelegte Intervention demnach große Erfolge.³²⁵

Mit den ökonomischen Auswirkungen von Interventionen für Pflegende von Demenzerkrankten beschäftigten sich bislang nur äußerst wenige Studien. Eine dieser Erhebungen wurde an einer Memory-Klinik durchgeführt. Dort erhielten Demenzerkrankte und deren Angehörige jeweils 10 Einheiten spezieller Therapieangebote über einen Zeitraum von 5 Wochen. Die Evaluierung erfolgte nach rund 3 Monaten. Schon innerhalb dieser kurzen Zeitspanne konnten Kosteneinsparungen im Bereich der Versorgung der Demenzerkrankten im Ausmaß von durchschnittlich 1.700 Euro beobachtet werden. Die größten Einsparungen bezogen sich dabei auf die Bereiche Pflege und Spitalsversorgung. Nicht erhoben wurden allerdings Veränderungen bzw. Einsparungen im Bereich der Pflegenden selbst.³²⁶

Es zeigt sich aus diesen beispielhaft ausgewählten Studien, dass Interventionen für Pflegende positive Auswirkungen auf deren Gesundheitszustand haben. Derzeit liegen aber kaum Daten vor, die das Ausmaß dieser Beeinflussung einschätzen. Insbesondere auch die ökonomischen Effekte solcher Maßnahmen können derzeit überwiegend nur geschätzt werden. Im Sinne der Prävention und einer umfassend angelegten integrierten Versorgung sollten aber Aspekte der Interventionen für Pflegende und pflegende Angehörige bedacht werden.

7.3 Empfehlungen

Aufgrund der in diesem Bericht angeführten Daten, Schlussfolgerungen und der identifizierten Problembereiche lässt sich folgende Empfehlung für ein mögliches Modell der integrierten Versorgung für Demenzerkrankte ableiten:

Eine Intervention für Demenzerkrankte sollte sich in der Idealausprägung am **Case-Management-Ansatz** orientieren. Dies ergibt sich einerseits aufgrund der speziellen Situation der Betroffenen (Ko- und Multimorbiditäten, familiäre Situation, persönliche Situation, etc.) und andererseits aufgrund der Spezifika des Krankheitsverlaufes und der Vielzahl an eingebundenen Personen/Stellen. Durch die Implementierung des **Case-**

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Managers als zentrale Ansprechperson und Koordinierungsstelle wird eine durchgängige, an einem vorgegebenen strukturierten Ablauf orientierte und auf die Bedürfnisse der Einzelperson abgestimmte Versorgung und Betreuung erreicht. Wer die Rolle des Case-Managers einnimmt und mit welchen Kompetenzen diese Person ausgestattet ist, muss in intensiver Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern definiert werden. Ist aufgrund der divergenten Kompetenzverteilung auch im Bereich der Finanzierung der Einsatz eigener Case-Manager nicht möglich, sollten insbesondere die Elemente der Information und Vernetzung sowie die Schaffung von (z.B. auch telefonischen) Anlaufstellen für Betroffene Niederschlag finden, um auf diese Weise zumindest ansatzweise die notwendige individuelle Betreuung sicherzustellen. Angebote und Interventionen sollten sich gleichermaßen an Erkrankte und Angehörige richten.

Bewährt hat sich in zahlreichen Modellen und Projekten die Betreuung und Versorgung an **Behandlungspfaden und grundlegenden Handlungsanweisungen** zu orientieren und basierend darauf für den Betroffenen ein **individuelles Hilfs- bzw. Betreuungsschema** zu entwickeln. An diesem Schema orientieren sich alle in die Betreuung und Versorgung eingebundenen Leistungserbringer, der Erkrankte selbst sowie seine Angehörigen. Rund um dieses spezifische Schema ist es erforderlich, dass (mit Hilfe des Case-Managers) alle Leistungserbringer miteinander vernetzt sind und koordiniert zusammenarbeiten. Durch die Orientierung an Behandlungspfaden und Handlungsanweisungen sowie einen adäquaten **Informations- und Wissenstransfer** ist gewährleistet, dass Erkrankte von allen Leistungserbringern sowie Angehörigen auf einem **kontinuierlich hohen Qualitätsstandard** unter Bedachtnahme eines **effizienten Ressourceneinsatzes** versorgt werden.

Literatur

- ¹ Statistik Austria: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2006-2075 laut Hauptszenario. In: http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_bevoelkerungsprognose_-_oesterreich_027308.pdf (letzter Zugriff: 18.11.2008).
- ² Statistik Austria: Bevölkerungspyramide für Österreich 2006 und 2030. In: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognose/027331.html (letzter Zugriff: 5.5.2008).
- ³ Cotter, V. T.: The Burden of Dementia. The American Journal of Managed Care 2007; 13: 193 – 197.
- ⁴ Larson, E. B.: Dementia in the Elderly: The „Silent Epidemic“ no more. Transactions of the American Clinical and Climatological Association 2001; Vol. 112: 136 – 148.
- ⁵ Chapman, D. P. et al.: Dementia and Its Implications for Public Health. Preventing Chronic Disease 2006. In: [http://www.cdc.gov/pcd.issues\(2006/apr/05_0167.htm](http://www.cdc.gov/pcd.issues(2006/apr/05_0167.htm) (letzter Zugriff: 25.4.2008).
- ⁶ Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Demenz. Eine Information für Patienten und Angehörige. In: <http://www.akdae.de/45/Demenz.pdf> (letzter Zugriff: 15.4.2008)
- ⁷ New Zealand Guidelines Group (Hrsg.): Guidelines for the Support and Management of People with Dementia. In: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0045/Guidelines_For_People_With_Dementia.pdf (letzter Zugriff: 15.4.2008).
- ⁸ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Management of patients with dementia. A national clinical guideline. In: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf> (letzter Zugriff: 15.4.2008).
- ⁹ Berg, A. et al.: Screening for Dementia. Recommendations and Rationale of the U.S. Preventive Service Task Force. In: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/dementia/dementrr.pdf> (letzter Zugriff: 15.4.2008).
- ¹⁰ Alzheimer Angehörige Austria: Definition der Demenz. In: <http://www.alzheimer-selbsthilfe.at/web/Krankheit/AlzheimerKrankheit1.htm> (letzter Zugriff: 15.4.2008).
- ¹¹ Alzheimer Europe: The prevalence of Dementia in Europe. In: <http://www.dementia-in-europe.eu/?lm1=EMIBLJXSBROI> (letzter Zugriff: 15.4.2008).
- ¹² Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10). Kapitel V. In: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2007/fr-icd.htm> (letzter Zugriff: 14.4.2008).
- ¹³ Z.B. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Demenzhandbuch. Wien 2008.
- ¹⁴ Z.B. Rebhandl, E.; Rieder, A. et al.: Demenz – Früherkennung in der Allgemeinmedizinischen Praxis. 2004. In: http://www.alternitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf (letzter Zugriff: 11.4.2008).
- ¹⁵ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Demenzhandbuch. Wien 2008.
- ¹⁶ Reinshagen, A. et al.: Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende - Demenzkrankheit (Alzheimer und andere Demenz-Formen). Patientenleitlinien der Universität Witten-Herdecke. In: http://www.patientenleitlinien.de/Demenz/body_demenz.html (letzter Zugriff: 14.4.2008).
- ¹⁷ Jerabek, M.-L.: Die Demenz. Österreichische Pflegezeitschrift 2005; 2: 8 – 11.
- ¹⁸ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ¹⁹ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis. 3. Auflage, 2004.
- ²⁰ Alf, C.; Bancher, C.; Benke, T. et al.: Konsensusstatement „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft – Update 2006, Neuropsychiatrie, Band 20, Nr. 4/2006, 221–231.
- ²¹ Schmidtke, K. et al.: Diagnose degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. In: [http://www.dgn.org/34.0.html?&no_cache=1&sword_list\[\]=Demenz](http://www.dgn.org/34.0.html?&no_cache=1&sword_list[]=Demenz) (letzter Zugriff: 5.5.2007).
- ²² Berg, A. et al.: Screening for Dementia. Recommendations and Rationale of the U.S. Preventive Service Task Force. In: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/dementia/dementrr.pdf> (letzter Zugriff: 15.4.2008).
- ²³ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ²⁴ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Demenzhandbuch. Wien 2008.
- ²⁵ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ²⁶ Harvey, R. J.; Skelton-Robinson, M.; Rossor, M. N.: The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74: 1206 – 1209.
- ²⁷ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ²⁸ Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. UNI-MED Verlag, Bremen 2005.
- ²⁹ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ³⁰ Grossman, H.; Bergmann, C.; Parker, S.: Dementia: A Brief Review. The Mount Sinai Journal of Medicine 2006; 73 (7): 985 – 992.

LITERATUR

- ³¹ Guttman, R.; Altman, R. D.; Nielsen, N. H.: Alzheimer Disease. Report of the Council on Scientific Affairs. Arch Fam Med 1999; 8: 347 – 353.
- ³² Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer. München 2007.
- ³³ Guttman, R.; Altman, R. D.; Nielsen, N. H.: Alzheimer Disease. Report of the Council on Scientific Affairs. Arch Fam Med 1999; 8: 347 – 353.
- ³⁴ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ³⁵ Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. UNI-MED Verlag, Bremen 2005.
- ³⁶ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ³⁷ Jerabek, M.-L.: Die Demenz. Österreichische Pflegezeitschrift 2005; 2: 8 – 11.
- ³⁸ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ³⁹ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ⁴⁰ Chapman, D. P. et al.: Dementia and Its Implications for Public Health. Preventing Chronic Disease 2006. In: [http://www.cdc.gov/pcd/issues\(2006/apr/05_0167.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues(2006/apr/05_0167.htm) (letzter Zugriff: 25.4.2008).
- ⁴¹ Riesen, E.: Vaskuläre Demenz. Aus den EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin. PrimaryCare 1007; 7 (11): 178 – 179.
- ⁴² Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. UNI-MED Verlag, Bremen 2005.
- ⁴³ Grossman, H.; Bergmann, C.; Parker, S.: Dementia: A Brief Review. The Mount Sinai Journal of Medicine 2006; 73 (7): 985 – 992.
- ⁴⁴ Chapman, D. P. et al.: Dementia and Its Implications for Public Health. Preventing Chronic Disease 2006. In: [http://www.cdc.gov/pcd/issues\(2006/apr/05_0167.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues(2006/apr/05_0167.htm) (letzter Zugriff: 25.4. 2008).
- ⁴⁵ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ⁴⁶ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ⁴⁷ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ⁴⁸ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ⁴⁹ Jerabek, M.-L.: Die Demenz. Österreichische Pflegezeitschrift 2005; 2: 8 – 11.
- ⁵⁰ Rebhandl, E.; Rieder, A. et al.: Demenz – Früherkennung in der Allgemeinmedizinischen Praxis. 2004. In: http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf (letzter Zugriff: 11.4.2008).
- ⁵¹ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ⁵² Jerabek, M.-L.: Die Demenz. Österreichische Pflegezeitschrift 2005; 2: 8 – 11.
- ⁵³ Monsch, A. U. et al.: Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. Schweizer Medizinisches Forum 2008; 8 (8): 144 – 149.
- ⁵⁴ Vollmar, H. C. et al.: Leitlinie Demenz. Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke. In: http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzImpressum/demenzimdemenzimpressum.html (letzter Zugriff: 2.5.2008).
- ⁵⁵ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ⁵⁶ Monsch, A. U. et al.: Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. Schweizer Medizinisches Forum 2008; 8 (8): 144 – 149.
- ⁵⁷ Schmidtke, K. et al.: Diagnose degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. In: [http://www.dgn.org/34.0.html?&no_cache=1&sword_list\[\]=Demenz](http://www.dgn.org/34.0.html?&no_cache=1&sword_list[]=Demenz) (letzter Zugriff: 5.5.2007).
- ⁵⁸ Wancata, J.; Kaup, B.; Krautgartner, M.: Projections in the incidence of dementia in Austria for the years 1951 to 2050. Wien Klin Wochenschr 2001; 113: 172–180.
- ⁵⁹ Wancata, J.; Musalek, M.; Alexandrowicz, R.; Krautgartner, M.: Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. Eur Psychiatry 2003; 18: 306–313.
- ⁶⁰ Hofman, A. et al.: The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980 – 1990 Findings. International Journal of Epidemiology 1991; 20 (3): 736 – 748.
- ⁶¹ Hofman, A. et al.: The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980 – 1990 Findings. International Journal of Epidemiology 1991; 20 (3): 736 – 748.
- ⁶² Cotter, V. T.: The Burden of Dementia. The American Journal of Managed Care 2007; 13: 193 - 197.
- ⁶³ Zhang, Z.-X. et al.: Dementia Subtypes in China. Arch Neurol 2005; 62: 447 – 453.
- ⁶⁴ Shaji, S.; Bose, S.; Verghese, A.: Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. British Journal of Psychiatry 2005; 186: 136 – 140.
- ⁶⁵ Hebert, L. E. et al.: Alzheimer Disease in the US Population. Arch Neurol 2003; 60: 1119 – 1122.

LITERATUR

- ⁶⁶ Ferri, C. P. et al.: Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112 – 2117.
- ⁶⁷ Ferri, C. P. et al.: Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112 – 2117.
- ⁶⁸ Alzheimer Europe: Dementia in Europe. Yearbook 2006. In: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf (letzter Zugriff: 9.5.2008).
- ⁶⁹ Alzheimer Europe: Dementia in Europe. Yearbook 2006. In: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf (letzter Zugriff: 9.5.2008).
- ⁷⁰ Wancata, J. et al.: Epidemiologie und gesellschaftliche Belastungen von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In: Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ⁷¹ Wancata, J. et al.: Epidemiologie und gesellschaftliche Belastungen von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In: Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ⁷² Wancata, J.; Kaup, B.; Krautgartner, M.: Projections in the incidence of dementia in Austria for the years 1951 to 2050. *Wien Klin Wochenschr* 2001; 113: 172–180.
- ⁷³ Wancata, J. et al.: Epidemiologie und gesellschaftliche Belastungen von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In: Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ⁷⁴ Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz. In: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_01.pdf (letzter Zugriff: 5.5.2008).
- ⁷⁵ Mathers, C.; Leonardi, M.: Global burden of dementia in the year 2000: Summary of methods and data sources. In: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod.dementia.pdf> (letzter Zugriff: 6.5.2008).
- ⁷⁶ Gao, S. et al.: The Relationships Between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer Disease. A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 809 – 815.
- ⁷⁷ Mathers, C.; Leonardi, M.: Global burden of dementia in the year 2000: Summary of methods and data sources. In: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod.dementia.pdf> (letzter Zugriff: 6.5.2008).
- ⁷⁸ Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz. In: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_01.pdf (letzter Zugriff: 5.5.2008).
- ⁷⁹ Wancata, J. et al.: Epidemiologie und gesellschaftliche Belastungen von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In: Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ⁸⁰ Wancata, J.; Kaup, B.; Krautgartner, M.: Projections in the incidence of dementia in Austria for the years 1951 to 2050. *Wien Klin Wochenschr* 2001; 113: 172–180.
- ⁸¹ Wancata, J.; Kaup, B.; Krautgartner, M.: Projections in the incidence of dementia in Austria for the years 1951 to 2050. *Wien Klin Wochenschr* 2001; 113: 172–180.
- ⁸² Statistik Austria, 2007.
- ⁸³ Hofman, A. et al.: The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980 – 1990 Findings. *International Journal of Epidemiology* 1991; 20 (3): 736 – 748.
- ⁸⁴ Hofman, A. et al.: The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980 – 1990 Findings. *International Journal of Epidemiology* 1991; 20 (3): 736 – 748.
- ⁸⁵ Murray, C. J. L.; Lopez, A. D.: The global burden of disease. Global burden of disease and injury series (volume I). Harvard University Press, Harvard, 1996; 201–246.
- ⁸⁶ Gatz, M. et al.: Sex differences in Genetic Risk for Dementia. *Behaviour Genetics* 2003; 33 (2): 95-105.
- ⁸⁷ Staehelin, H. B.: Epidemiologie der Demenzerkrankungen. *Schweizer Medizinisches Forum* 2004; 4: 247 – 250.
- ⁸⁸ Hebert, L. E. et al.: Is the Risk of Developing Alzheimer's Disease Greater for Women than for Men? *American Journal of Epidemiology* 2001; 153 (2): 132 – 136.
- ⁸⁹ Bachman, D. L. et al.: Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer's type in the Framingham Study. *Neurology* 1992; 42: 115–119.
- ⁹⁰ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ⁹¹ Fillit, H. et al.: Opportunities for Improving Managed Care for Individuals with Dementia: Part 1 - The Issues. *The American Journal of Managed Care* 1999; 5: 309 – 315.
- ⁹² Statistik Austria: Spitalsentlassungen 2005 in Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht und Aufenthaltsdauer – Österreich. In: http://www.statistik.at/web_de/static/spitalsentlassungen_2005_in_akutkrankenanstalten_nach_hauptdiagnosen_alter_022088.pdf (letzter Zugriff: 9.5.2008).
- ⁹³ Kay, D. W. K.; Forster, D. P.; Newens, A. J.: Long-term survival, place of death, and death certification in clinically diagnosed pre-senile dementia in northern England. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 156 – 162.

LITERATUR

- ⁹⁴ Aevarsson, Ó.; Svangorg, A.; Skoog, I.: Seven-Year Survival Rate After Age 85 Years. Relation to Alzheimer Disease and Vascular Dementia. *Arch Neurol* 1998; 55: 1226 – 1232.
- ⁹⁵ Helmer, C. et al.: mortality with Dementia: Results from a French Prospective Community-based Cohort. *American Journal of Epidemiology* 2001; 154 (7): 642 – 648.
- ⁹⁶ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ⁹⁷ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ⁹⁸ Kay, D. W. K.; Forster, D. P.; Newens, A. J.: Long-term survival, place of death, and death certification in clinically diagnosed pre-senile dementia in northern England. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 156 – 162.
- ⁹⁹ Kastner, U.; Löbach, R., Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ¹⁰⁰ Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ¹⁰¹ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹⁰² Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹⁰³ Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G.: Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006.
- ¹⁰⁴ Bickel, H.: Demenzerkrankungen - Hinweise zur Prävention und Risikofaktor-Beeinflussung. In: Füsgen, I.: Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren. Medical-Tribune-Verl.-Ges., Wiesbaden 2003.
- ¹⁰⁵ Kastner, U.; Löbach, R.: Handbuch Demenz. Urban & Fischer, München 2007.
- ¹⁰⁶ Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹⁰⁷ Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹⁰⁸ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ¹⁰⁹ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹¹⁰ Bickel, H.: Demenzerkrankungen - Hinweise zur Prävention und Risikofaktor-Beeinflussung. In: Füsgen, I.: Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren. Medical-Tribune-Verl.-Ges., Wiesbaden 2003.
- ¹¹¹ Bickel, H.: Demenzerkrankungen - Hinweise zur Prävention und Risikofaktor-Beeinflussung. In: Füsgen, I.: Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren. Medical-Tribune-Verl.-Ges., Wiesbaden 2003.
- ¹¹² Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ¹¹³ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ¹¹⁴ Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G.: Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006.
- ¹¹⁵ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹¹⁶ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ¹¹⁷ Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ¹¹⁸ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹¹⁹ Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G.: Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006.
- ¹²⁰ Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G.: Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006.
- ¹²¹ Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ¹²² Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹²³ Wancata, J.; Meise, U.; Marksteiner, J.: Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ¹²⁴ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹²⁵ Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G.: Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006.
- ¹²⁶ Martin, .M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.

LITERATUR

- ¹²⁷ Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹²⁸ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ¹²⁹ Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹³⁰ Wallesch, C.-W.; Förstl, H., Demenzen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹³¹ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ¹³² Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹³³ Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G.: Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006.
- ¹³⁴ Füsgen, I.: Alzheimer-Demenz – Prävention und Diagnose. In: Füsgen, I.: Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren. Medical-Tribune-Verl.-Ges., Wiesbaden 2003.
- ¹³⁵ Füsgen, I.: Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren. Medical-Tribune-Verl.-Ges., Wiesbaden 2003.
- ¹³⁶ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹³⁷ Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹³⁸ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹³⁹ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹⁴⁰ Ivemeyer, D.; Zerfaß, R.: Demenztests in der Praxis – Ein Wegweiser. Urban & Fischer, München – Jena 2006.
- ¹⁴¹ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹⁴² Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹⁴³ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ¹⁴⁴ Mahlberg, R., Gutzmann, H.: Diagnostik von Demenzerkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 2005; Jg. 102, Heft 28-29. In: <http://aerzteblatt.Insdata.de/pdf/102/28/a2032.pdf> (letzter Zugriff: 20.6.2008).
- ¹⁴⁵ Ivemeyer, D.; Zerfaß, R.: Demenztests in der Praxis – Ein Wegweiser. Urban & Fischer, München – Jena 2006.
- ¹⁴⁶ Ivemeyer, D.; Zerfaß, R.: Demenztests in der Praxis – Ein Wegweiser. Urban & Fischer, München – Jena 2006.
- ¹⁴⁷ Martin, M.; Schelling, H. R.: Demenz in Schlüsselbegriffen – Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- ¹⁴⁸ Kornhuber, J.; Bleich, S.; Wiltfang, J.: Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer. Uni-Med Verlag, Bremen 2005.
- ¹⁴⁹ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Diagnostik degenerativer Demenzen, 2005. In: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/030-029.htm> (letzter Zugriff: 20.6.2008).
- ¹⁵⁰ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Diagnostik degenerativer Demenzen, 2005. In: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/030-029.htm> (letzter Zugriff: 20.6.2008).
- ¹⁵¹ Mahlberg, R.; Gutzmann, H.: Diagnostik von Demenzerkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 2005; Jg. 102, Heft 28-29. In: <http://aerzteblatt.Insdata.de/pdf/102/28/a2032.pdf> (letzter Zugriff: 20.6.2008).
- ¹⁵² Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹⁵³ Ivemeyer, D.; Zerfaß, R.: Demenztests in der Praxis – Ein Wegweiser. Urban & Fischer, München – Jena 2006.
- ¹⁵⁴ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹⁵⁵ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.

LITERATUR

- ¹⁵⁶ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹⁵⁷ Kasper, S. et. al: Therapie der Demenz; Die ÖGPB hat ein Konsensusstatement zur medikamentösen Therapie der AD vorgelegt. 2006. In: Ärztemagazin 49, bezogen unter http://www.medizin-akademie.at/mm/mm003/Demenz-Konsensus_korr_low.pdf (letzter Zugriff: 18.7.2008).
- ¹⁵⁸ Kaiser, G.: Prüfung der Concurrent Validity eines Instrumentes zur Bedarfs- und Bedürfniserhebung bei Angehörigen von Demenzkranken. Wirtschaftliche Diss. an der Medizinischen Universität Wien, 2006.
- ¹⁵⁹ American Academy of Family Physicians: Current Pharmacologic Treatment of Dementia. *Annals of Internal Medicine* 2008; 148: 370 – 378.
- ¹⁶⁰ American Academy of Family Physicians: Pharmacologic Treatment of Alzheimer's disease. *American Family Physician* 2003; 68: 1365 – 1372.
- ¹⁶¹ California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's disease Management: Guideline for Alzheimer's disease Management. 2008. In: http://www.caalz.org/PDF_files/Guideline-FullReport-CA.pdf (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁶² American Academy of Neurology: Diagnosis of Dementia. *Neurology* 2001; 56: 1143 – 1153. – *nochmals bestätigt 2004.*
- ¹⁶³ American Academy of Neurology: Early Detection of Dementia and Mild Cognitive Impairment. *Neurology* 2001; 56: 1133 – 1142. – *nochmals bestätigt 2003.*
- ¹⁶⁴ American Academy of Neurology: Management of Dementia. *Neurology* 2001; 56: 1154 – 1166. – *nochmals bestätigt 2003.*
- ¹⁶⁵ Nakamura, S. (Department of Neurology Ottawa): A Guideline for the Treatment of Dementia in Japan. *Internal Medicine* 2004; 43: 18 – 29.
- ¹⁶⁶ Registered Nurses Association of Ontario: Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. 2004. In: http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_caregiving_strategies_ddd.pdf (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁶⁷ Royal Australian College of Family Practitioners/ NSW Department of Health: Care of Patients with Dementia in General Practice. 2003. In: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/c/pdf/care_dementia_guide.pdf (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁶⁸ US Preventive Services Task Force: Screening for Dementia. June 2003. In: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/dementia/dementtrr.pdf> (letzter Zugriff: 26.5.2008).
- ¹⁶⁹ New Zealand Guidelines Group: Guidelines for the Support and Management of People with Dementia. 1997. In: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0045/Guidelines_For_People_With_Dementia.pdf (letzter Zugriff: 26.5.2008).
- ¹⁷⁰ National Collaborating Centre for Mental Health: Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. 2007. In: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG42Dementiafinal.pdf> (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁷¹ National Institute for Health and Clinical Excellence: Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. 2006. In: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA111fullversionamendedSept07.pdf> (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁷² Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Management of people with dementia. National Clinical Guideline No. 86. February 2006. In: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf> (letzter Zugriff: 26.5.2008).
- ¹⁷³ Universität Witten/Herdecke: Leitlinie Diagnose, Therapie und Versorgung bei Demenz. Mai 2005. In: http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/demenz_start.html (letzter Zugriff: 26.5.2008).
- ¹⁷⁴ Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Neurodegenerative Demenzen. 2005. In: http://www.dgn.org/fileadmin/leitl05/16NeurodegenerativeDemenzen_Th_mit_TB.pdf (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁷⁵ Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Vaskuläre Demenz. 2002. In: http://www.dgn.org/fileadmin/leitl05/32VaskulaereDemenzen_mitTB.pdf (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁷⁶ Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Diagnostik degenerativer Demenzen. In: <http://www.dgn.org/fileadmin/leitl05/DiagnostikDemenzen.pdf> (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁷⁷ Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Therapieempfehlung Demenz. 3. Auflage 2008. In: http://www.akdae.de/35/70_Demenz_2004_3Auflage.pdf (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁷⁸ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Behandlungsleitlinie Demenz. Kurzversion 2000. In: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/leitlinieebd3demenz.pdf> (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁷⁹ Canadian Medical Association: Diagnosis and treatment of dementia: Introduction. *Journal of the Canadian Medical Association* 2008; 178 (3): 316 – 321.
- ¹⁸⁰ Canadian Medical Association: Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *Journal of the Canadian Medical Association* 2008; 178 (7): 825 – 836.

LITERATUR

- ¹⁸¹ Canadian Medical Association: Management of dementing disorders. *Journal of the Canadian Medical Association* 1999; 160 (12 Suppl.): 1 – 15.
- ¹⁸² Canadian Medical Association: Dementia: A physician's guide to using the recommendations. *Journal of the Canadian Medical Association* 1999; 160 (12): 1738 – 1742.
- ¹⁸³ Monsch, A. U. et al.: Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. *Schweizer Medizinisches Forum* 2008; 8 (8): 144 – 149.
- ¹⁸⁴ Österreichische Alzheimergesellschaft und Österreichische Parkinson Gesellschaft: Lewy-Körper-Demenz und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung von Alzheimer'scher Demenz. Konsensus-Statement. *Neuropsychiatrie* 2007; Band 21 (2): 63 – 74.
- ¹⁸⁵ Österreichische Alzheimergesellschaft: Konsensusstatement „Demenz“. Update 2006. *Neuropsychiatrie* 2006; Band 20 (4): 221 – 231.
- ¹⁸⁶ Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie: Konsensus-Statement zur medikamentösen Therapie der Alzheimer-Demenz. *Ärztetmagazin* 2006; 49: 10 – 14.
- ¹⁸⁷ Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (Hrsg.): Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis. Konsensus Statement. Update Europe – Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 2004; 42.
- ¹⁸⁸ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Leitlinien Clearingbericht „Demenz“. 2005. In: <http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/demenz/09demenz/pdf/llberichtdemenz1.pdf> (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁸⁹ Universität Witten/Herdecke: Demenzkrankheit. Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende. Mai 2005. In: <http://www.patientenleitlinien.de/Patientenleitlinie-Demenz.pdf> (letzter Zugriff: 26.5.2008).
- ¹⁹⁰ Techniker Krankenkasse: Demenz. Eine Information für Patienten und Angehörige. 1. Auflage 2002. In: <http://www.akdae.de/45/Demenz.pdf> (letzter Zugriff: 21.5.2008).
- ¹⁹¹ Kuss, B.; Schopf, A.: Breaking the Taboo. A study of domestic violence against older people in care relations from the perspective of health and care services in Austria. Research Institute of the Viennese Red Cross. December 2007.
- ¹⁹² Seidl, E.; Labenbacher, S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimer 2007.
- ¹⁹³ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin: Demenz – Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement, 2004.
- ¹⁹⁴ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Erstattungskodex – EKO, 2008.
- ¹⁹⁵ Eigene Auswertung der WGKK
- ¹⁹⁶ Lechner, C.: Memory-Kliniken: Mit neuen Konzepten gegen Gedächtnisstörungen. In: *CliniCum neuropsy*, 2/2008. In: <http://www.uro.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=92182&dspaid=700458> (letzter Zugriff: 13.8.2008).
- ¹⁹⁷ Aguirreche, E. et al.: Gedächtnissprechstunden: "Memory-Kliniken" im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2003; 36: 183-188.
- ¹⁹⁸ Vernooij-Dassen, M. J. F. J. et al.: Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 20: 377-386.
- ¹⁹⁹ Diehl, J. et al.: Erkennung und Behandlung der Demenz in den deutschsprachigen Memory-Kliniken: Empfehlungen für die Praxis. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2003; 36: 189-196. In: http://www.memoryclinic.ch/images/stories/Papers/diehl_2003.pdf (letzter Zugriff: 13.8.2008).
- ²⁰⁰ Wolfs, C. A. G. et al.: Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 300-305.
- ²⁰¹ Seidl, E.; Labenbacher, S.; Ganaus, P.: Studie II - Bedürfnisse pflegender Angehöriger. In: Seidl, E.; Labenbacher, S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau-Verlag, Wien, Köln, Weimar 2007.
- ²⁰² Schulz, R.; Beach, S. R.: Caregiving as a risk factor for mortality – the caregiver health effect study. *JAMA* 1999; 282: 2215-2219.
- ²⁰³ Haupt, M.; Bürger, K.; Karger, A.; Hampel, H.: Angehörigen- und Sozialbetreuung. In: Hampel, H.; Padberg, F.; Möller, H. J. (Hrsg.): Alzheimer Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. WVG, Stuttgart 2003, S 414-423.
- ²⁰⁴ Mittelman, M. S.; Haley, W. E.; Clay, O. J.; Roth, D. L.: Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006; 67: 1592-1599.
- ²⁰⁵ Auer, S.; Donabauer, Y.; Zehetner, F.; Span, E.: Entlastung pflegender Angehöriger. Ein Programm der M.A.S Alzheimerhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie* 2007; 20 (2/3): 169-174.
- ²⁰⁶ Reinprecht, C.; Gapp, P.: INVOLVE – Beteiligung von Drittstaatenangehörigen an freiwilligem Engagement als Mittel zur Integrationsförderung. Endbericht Österreich. Institut für Soziologie der Universität Wien, November 2006.

LITERATUR

- ²⁰⁷ Seidl, E.; Walter, I.; Labenbacher, S.; Rossa, M.: Studie III. Interventionen aus internationaler Sicht. In: Seidl, E., Labenbacher S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau-Verlag, Wien, Köln, Weimar 2007.
- ²⁰⁸ Taferner, P.: Psychosoziale Versorgung von stationären Patienten an somatischen Abteilungen aus der Sicht der Pflege. Diplomarbeit an der Universität Wien, 2007.
- ²⁰⁹ Pochobradsky, E.; Bergmann, F.; Nemeth, C.; Preninger, B.: Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch. Hrsg. vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien 2008.
- ²¹⁰ Pochobradsky, E. et al.: Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien 2005.
- ²¹¹ Pochobradsky, E.; Bergmann, F.; Nemeth, C.; Preninger, B.: Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch. Hrsg. vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien 2008.
- ²¹² Seidl, E. et al.: Zu Gast im Pflegeheim: Was erwarten sich pflegende Angehörige von Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme? Endbericht. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien 2006.
- ²¹³ Nagl-Cupal, M.: Loslassen Können. Eine qualitative Analyse wenn pflegende Angehörige ihre Familienmitglieder mit Demenz in Einrichtungen für Kurzzeitpflege geben. Diplomarbeit an der Universität Wien 2005.
- ²¹⁴ Alzheimer Europe: Dementia in Europe. Yearbook 2006. In: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf (letzter Zugriff: 9.5.2008).
- ²¹⁵ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis. 3. Auflage, 2004.
- ²¹⁶ Wancata, J. et al.: Epidemiologie und gesellschaftliche Belastung von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In: Wancata, J.; Meiser, U.; Marksteiner, J. (Hrsg.): Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ²¹⁷ Jönsson, L.; Berr, C.: Cost of dementia in Europe. European Journal of Neurology 2005; Supplement 1, June, 12 (4): 50-53.
- ²¹⁸ Andilin-Sobocki, P. et al.: Cost of disorders of the brain in Europe. European Journal of Neurology 2005; 12 (Suppl. 1): 1-27.
- ²¹⁹ Wancata, J. et al.: Epidemiologie und gesellschaftliche Belastung von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In: Wancata, J.; Meiser, U.; Marksteiner, J. (Hrsg.): Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ²²⁰ Greiner, W.: In: Schöffski, O.; Graf v. d. Schuldenburg, J.-M.: Gesundheitsökonomische Evaluation, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg 2007.
- ²²¹ Schöffski, O.; Graf v. d. Schuldenburg, J.-M.: Gesundheitsökonomische Evaluation, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg 2007.
- ²²² Wallesch, C.-W.; Först, H.: Demenz. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ²²³ Wallesch, C.-W.; Först, H.: Demenz. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ²²⁴ Rice, D. P. et al.: Prevalence, Costs, and Treatment of Alzheimer's Disease and Related Dementia: A Managed Care Perspective. American Journal of Managed Care 2001; 7: Nr 8.
- ²²⁵ Eigene Auswertung der WGKK aus FOKO (2008).
- ²²⁶ Eigene Auswertung der WGKK aus FOKO (2008).
- ²²⁷ Rainer, M.: persönliches Gespräch zur Demenzsituation und -behandlung in Österreich, Leiter der Memory Klinik im SMZ-Ost, Gespräch im Büro von Herrn OA Doz. Dr. Rainer auf Station 38 in Wien am 21.8.2008.
- ²²⁸ Eigene Auswertung der WGKK aus FOKO (2008).
- ²²⁹ Eigene Auswertung der WGKK aus FOKO (2008).
- ²³⁰ Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung Nr. 51 (2006). In: <http://www.avsv.at> (letzter Zugriff: 16.9.2008).
- ²³¹ Vgl. hierzu: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend: leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: LKF – Modell 2008. In: <http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128341915943> (letzter Zugriff: 15.9.2008).
- ²³² Weisser, K.: telefonisches Gespräch mit Dr. Weisser zum Thema Pflegeheimkosten für Demenzpatienten, betreuender Arzt eines Pflegeheims in Wien, Telefonat am 8.9.2008.
- ²³³ Eigene Auswertung der WGKK aus FOKO (2008).
- ²³⁴ Wancata, J.; Hajji, M.; Windhaber, J.: Epidemiologie und Versorgung Demenzkranker. europsychiatrie 1999; Band 13, Nr. 3: 122-132.

LITERATUR

- ²³⁵ Wancata, J. et al.: Epidemiologie und gesellschaftliche Belastung von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In: Wancata, J., Meiser, U.; Marksteiner, J. (Hrsg.): Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Integrative Psychiatrie, Innsbruck 2003.
- ²³⁶ Weyrer, S.: Demenzen- der Preis für die gestiegene Lebenserwartung? Wiener Klinische Wochenschrift 2001; 113/5–6: 149-153.
- ²³⁷ Vgl. Honorarordnung der OÖGKK für Fachärzte der Neurologie und/oder Psychiatrie. 2006.
- ²³⁸ Rainer, M.: persönliches Gespräch zur Demenzsituation und -behandlung in Österreich, Leiter der Memory Klinik im SMZ-Ost, Gespräch im Büro von Herrn OA Doz. Dr. Rainer auf Station 38 in Wien am 21.8.2008.
- ²³⁹ Ambulatoriumsbeitragsverordnung 2008. In: <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2007/pdf/lg2007055.pdf> (letzter Zugriff: 1.9.2008).
- ²⁴⁰ Wiener Gebietskrankenkasse 2006: Tarif für Vertragsfachärzte für Allgemeinmedizin. In: <http://www.wgkk.at/mediaDB/111171.PDF> (letzter Zugriff: 3.8.2008).
- ²⁴¹ Honorarordnung der OÖGKK für Fachärzte der Neurologie und/oder Psychiatrie. 2006.
- ²⁴² Ambulatoriumsbeitragsverordnung 2008. In: <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2007/pdf/lg2007055.pdf> (letzter Zugriff: 1.9.2008).
- ²⁴³ Rainer, M.: persönliches Gespräch zur Demenzsituation und -behandlung in Österreich, Leiter der Memory Klinik im SMZ-Ost, Gespräch im Büro von Herrn OA Doz. Dr. Rainer auf Station 38 in Wien am 21.8.2008.
- ²⁴⁴ Wiener Gebietskrankenkasse 2006: Tarif für Vertragsfachärzte für Allgemeinmedizin. In: <http://www.wgkk.at/mediaDB/111171.PDF> (letzter Zugriff: 3.8.2008).
- ²⁴⁵ Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger: Erstattungskodex – EKO. Wien 2008.
- ²⁴⁶ Pail, C.: persönliches Gespräch mit Fr. Pail, Dipl. Gesundheits- u. Krankenschwester, zum Thema Heilbehelfe, Fachverkäuferin der Firma Frühwald, Gespräch in den Geschäftsräumlichkeiten inkl. Vorführung der Heilbehelfe am AKH Wien, 4.9.2008.
- ²⁴⁷ Sanitätshaus Bandagist Bernhard: Webshop – Recherchen bezüglich Heilbehelfe. In: <http://www.bandagist-bernhard.at/042faf99580a82a02/f3e91c990511c2c02/042faf999d074b206/index.php> (letzter Zugriff: 24.8.2008).
- ²⁴⁸ Pail, C.: persönliches Gespräch mit Fr. Pail, Dipl. Gesundheits- u. Krankenschwester, zum Thema Heilbehelfe, Fachverkäuferin der Firma Frühwald, Gespräch in den Geschäftsräumlichkeiten inkl. Vorführung der Heilbehelfe am AKH Wien, 4.9.2008.
- ²⁴⁹ Sanitätshaus Bandagist Bernhard: Webshop – Recherchen bezüglich Heilbehelfe. In: <http://www.bandagist-bernhard.at/042faf99580a82a02/f3e91c990511c2c02/042faf999d074b206/index.php> (letzter Zugriff: 24.08.2008).
- ²⁵⁰ Quelle: telefonische Auskunft des Roten Kreuzes, 2008.
- ²⁵¹ Tarifbestimmungen Wiener Linien: bezogen unter http://www.wienerlinien.at/wl/ep/downloadTracker.do?path=%2Fmedia%2Ffiles%2F2008%2FTarifbestimmungen_2415.pdf (letzter Zugriff 24.8.2008).
- ²⁵² Berechnet mit: Simulationsprogramm Kdok Version 5.0 (2008), bezogen unter <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128343984496> (letzter Zugriff: 15.10.2008)
- ²⁵³ Abteilung Controlling der Wiener Gebietskrankenkasse: Auskunft zum Thema Punktwert Hanusch-Krankenhaus zur Berechnung der stationären Kosten, Telefonat am 11.9.2008.
- ²⁵⁴ Anlage 6 des LKF Modells: Ermittlung der medizinischen Einzelleistung zur Ermittlung der stationären Kosten. In: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/6/6/8/CH0720/CMS1128341915943/anlage6_-_lgr01-30_mit_zugeordneten_medizinischen_einzelleistungen.pdf (letzter Zugriff: 15.10.2008).
- ²⁵⁵ Berechnet mit: Simulationsprogramm Kdok Version 5.0 (2008), bezogen unter <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128343984496> (letzter Zugriff: 15.10.2008).
- ²⁵⁶ Lehner, E.; Findl, I.: persönliches Gespräch zur Demenzsituation und -behandlung in Österreich, Dr. Lehner und OA DDr. Findl sind Ärztinnen des Hanusch-Krankenhauses in Wien, Gespräch im Ambulanzbereich im Hanusch-Krankenhaus am 20.8.2008.
- ²⁵⁷ Hubmann, G.: persönliches Gespräch mit Dr. Hubmann bezüglich Plausibilität der ermittelten Kosten, Gespräch in den Räumlichkeiten der Wiener Gebietskrankenkasse am 27.8.2008.
- ²⁵⁸ Weisser, K.: telefonisches Gespräch mit Dr. Weisser zum Thema Pflegeheimkosten für Demenzpatienten, betreuender Arzt eines Pflegeheims in Wien, Telefonat am 8.9.2008.
- ²⁵⁹ Economic Policy Committee and the Europea Commission: The impact of aging on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050). Special Report Nr 1. In: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm (letzter Zugriff: 8.8.2008).

LITERATUR

- ²⁶⁰ Greiner, W. In: Schöffski, O.; Graf v. d. Schuldenburg, J.-M.: Gesundheitsökonomische Evaluation. 3. Aufl., Berlin, Heidelberg 2007.
- ²⁶¹ Wallesch, C.-W.; Först, H.: Demenz. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005.
- ²⁶² Rice, D. P. et al.: Prevalence, Costs, and Treatment of Alzheimer's Disease and Related Dementia: A Managed Care Perspective, American Journal of Managed Care 2001; Vol. 7 (8).
- ²⁶³ XE Universal Currency Converter (2008). In: <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi> (letzter Zugriff: 15.9.2008).
- ²⁶⁴ Leon, J.; Cheng, C.-K.; Neumann, P.J.: Alzheimer's Disease Care: Costs And Potential Savings. Health Affairs 1998; 17: Nr 6.
- ²⁶⁵ Leon, J.; Cheng, C.-K.; Neumann, P.J.: Alzheimer's Disease Care: Costs And Potential Savings. Health Affairs 1998; 17: Nr 6.
- ²⁶⁶ Leon, J.; Cheng, C.-K.; Neumann, P.J.: Alzheimer's Disease Care: Costs And Potential Savings. Health Affairs 1998; 17: Nr 6.
- ²⁶⁷ Ostbye, T.; Crosse, E.: Net economic costs of dementia in Canada. CAN MED ASSOC J. 1994; 151 (10).
- ²⁶⁸ XE Universal Currency Converter (2008). In: <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi> (letzter Zugriff: 15.9.2008).
- ²⁶⁹ Graff, M. J. L. et al.: Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. BMJ 2008; Vol. 336: 134-128. In: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7636/134> (letzter Zugriff: 18.07.2008).
- ²⁷⁰ Andilin-Sobocki, P. et al.: Cost of disorders of the brain in Europe. European Journal of Neurology 2005; 12 (Suppl. 1): 1-27.
- ²⁷¹ Bickel, H.: Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2001; 34/2: 108-115.
- ²⁷² European Commission: Umrechnungsfaktor DM / Euro. In: http://ec.europa.eu/economy_finance/the_euro/your_country_euro9112_en.htm (letzter Zugriff: 4.10.2008).
- ²⁷³ Jönsson, L. et al.: Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry 2006; 21/ 5: 449 - 459
- ²⁷⁴ XE Universal Currency Converter (2008). In: <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi> (letzter Zugriff: 15.09.2008)
- ²⁷⁵ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis. 3. Auflage, 2004.
- ²⁷⁶ Alzheimer Europe: Dementia in Europe. Yearbook 2006. In: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf (letzter Zugriff: 9. Mai 2008).
- ²⁷⁷ Fillit, H.: The Pharmacoeconomics of Alzheimer's Disease. The American Journal of Managed Care 2000; Vol. 6 (22), Supplement: 1139 – 1148.
- ²⁷⁸ Rice, D. et al.: Prevalence, Costs, and Treatment of Alzheimer's Disease and Related Dementia: A Managed Care Perspective. American Journal of Managed Care 2001; Vol. 7 (8): 809 – 818.
- ²⁷⁹ Wimo, A. et al.: Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; Vol. 21 (5): 327 – 340.
- ²⁸⁰ Suh, G.-H. et al.: Economic and Clinical Benefits of Galantamine in the Treatment of Mild to Moderate Alzheimer's Disease in a Korean Population: A 52-Week Prospective Study. Journal of the Korean Medical Society 2008; Vol. 23: 10 – 17.
- ²⁸¹ Reisberg, B. et al.: Memantine in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. The New England Journal of Medicine 2003; Vol. 348 (14): 1333 – 1341.
- ²⁸² Wimo, A. et al.: Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; Vol. 21 (5): 327 – 340.
- ²⁸³ Müller, T.: Spezifische Therapien für Alzheimer-Kranke, Ärzte Zeitung, 21.09.2007.
- ²⁸⁴ Fillit, Howard: The Pharmacoeconomics of Alzheimer's Disease. The American Journal of Managed Care 2000; Vol. 6 (22), Supplement: 1139 – 1148.
- ²⁸⁵ Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthaltes in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG). In: <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 6.6.2008).
- ²⁸⁶ Jaquemar, S.; Bürger, C.; Pimon, R.: Heimaufenthaltsgesetz in der Praxis. Erste Erfahrungen der BewohnervertreterInnen. Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht 2006. In: <http://www.sachwalterschaft.at/index.php?id=24> (letzter Zugriff: 9.6.2008).
- ²⁸⁷ Hofinger, V. et al.: Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes – Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege. Studie. Juli 2007. In: http://www.irks.at/downloads/Zur%20Implementation%20des%20HeimAufG_Endbericht.pdf (letzter Zugriff: 9.6.2008).
- ²⁸⁸ Hofinger, V. et al.: Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes – Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege. Studie. Juli 2007. In:

LITERATUR

- http://www.irks.at/downloads/Zur%20Implementation%20des%20HeimAufG_Endbericht.pdf (letzter Zugriff: 9.6.2008).
- ²⁸⁹ Bundesgesetz vom 1.3.1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG). In: <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 9.6.2008).
- ²⁹⁰ Katschnig, H. et al.: Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Wien.
- ²⁹¹ Patientenanwaltschaft (Hrsg.): Patientenrechte in der Psychiatrie. Jänner 2008. In: http://www.bewohnervertretung.at/fileadmin/user_upload/1_SERVICE%20Publikationen/Patientenrechte_08.pdf (letzter Zugriff: 10.6.2008).
- ²⁹² Bundesgesetz über die Organisation der Sicherheitsverwaltung und die Ausübung der Sicherheitspolizei (Sicherheitspolizeigesetz – SPG). In: <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 10.6.2008).
- ²⁹³ Bundesgesetz über den Führerschein (Führerscheingesetz – FSG). In: <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 11.6.2008).
- ²⁹⁴ Auracher-Jäger, B. et al.: Leitlinien für die gesundheitliche Eignung von Kraftfahrzeugslenkern. Ein Handbuch für Amts- und Fachärzte und die Verwaltung. Wien, 2006. In: http://www.bmvit.gv.at/verkehr/strasse/fuehrerschein/downloads/Handbuch_-_Leitlinien_gesundheitliche_Eignung.pdf (letzter Zugriff: 11.6.2008).
- ²⁹⁵ Allgemeines zur Sachwalterschaft. In: <http://help.gv.at/Content.Node/290/Seite.2900100.html> (letzter Zugriff: 13.6.2008).
- ²⁹⁶ Vyslouzil, M.: Neue Aufgaben für die Vereinssachwalterschaft. Zeitschrift für Familienrecht 2006. In: http://www.vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/4_Sachwalter/Neue_Aufgaben_f_r_die_Vereinssachalterschaft_Artikel_FamZ.pdf (letzter Zugriff: 16.6.2008).
- ²⁹⁷ Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG). In: <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 16.6.2008).
- ²⁹⁸ Patientenverfügung. In: <http://www.help.gv.at/Content.Node/79/Seite.791030.html> (letzter Zugriff: 16.6.2008).
- ²⁹⁹ Vorsorgevollmacht. In: <http://www.help.gv.at/Content.Node/290/Seite.2900200.html> (letzter Zugriff: 17.6.2008).
- ³⁰⁰ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Ein Blick 5 – Pflege – Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. 2007. In: http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/4/6/CH0627/CMS1167989460257/5pflegewebfassung_2007.pdf (letzter Zugriff: 10.7.2008).
- ³⁰¹ Bundespflegegesetz (BPGG) idGF. BGBl. Nr. 57/2008, in <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 17.6.2008).
- ³⁰² Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Ein Blick 7 – Finanzielles. 2007. In: http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/1/3/0/CH0699/CMS1153314918836/7finanzielleswebfassung_2007.pdf (letzter Zugriff: 10.7.2008).
- ³⁰³ BGBl. Nr. 866/93: Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für Pflegebedürftige Personen samt Anlagen. Ausgegeben am 21.12.1993. In: <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 10.7.2008).
- ³⁰⁴ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Ein Blick 5 – Pflege – Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. 2007. In: http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/4/6/CH0627/CMS1167989460257/5pflegewebfassung_2007.pdf (letzter Zugriff: 10.7.2008).
- ³⁰⁵ Europäische Kommission: Soziale Dienstleistungen von allgemeinem Interesse – Fragebogenbeantwortung durch die Republik Österreich. Dezember 2004. In: http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/replies/at_de.pdf (letzter Zugriff: 15.7.2008).
- ³⁰⁶ Schneider, U.; Österle, A.; Schober, D.; Schober, C.: Die Kosten der Pflege in Österreich – Ausgabenstruktur und Finanzierung. 2006. In: http://www.s-versicherung.at/sPortal/svers_de_0766_ACTIVE/Downloads/Presse/sVersicherung_Pr20060911_Pflegekostenstudie.pdf (letzter Zugriff: 3.7.2008).
- ³⁰⁷ Gewinn Ausgabe Juni 2008: Alters- und Pflegeheime: Der Trend geht weg von der Seniorenresidenz. Seite 62. In: http://www.gewinn.com/fileadmin/pdfs/0806_048_Titel.1.pdf (letzter Zugriff: 10.7.2008).
- ³⁰⁸ BGBl. Nr. 866/93: Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für Pflegebedürftige Personen samt Anlagen. Ausgegeben am 21.12.1993. In: <http://ris.bka.gv.at> (letzter Zugriff: 10.7.2008).
- ³⁰⁹ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Ein Blick 5 – Pflege – Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. 2007. In: http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/4/6/CH0627/CMS1167989460257/5pflegewebfassung_2007.pdf (letzter Zugriff: 10.7.2008).
- ³¹⁰ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Pilotprojekt: Unterstützung für pflegebedürftige Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren pflegende Angehörige. 2007. In: <https://broschuerenservice.bmsk.gv.at/PubAttachments/Demenz-Info-12112007.indd.pdf> (letzter Zugriff: 14.7.2008).

LITERATUR

- ³¹¹ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Ein Blick 7 – Finanzielles. 2007. In: http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/1/3/0/CH0699/CMS1153314918836/7finanzielles-webfassung_2007.pdf (letzter Zugriff 10.7.2008).
- ³¹² Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: 24-Stunden-Betreuung zu Hause – Neues und Wissenswertes. 2008. In: http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/5/0/9/CH0848/CMS1199964877667/webversion_-_neuaufgabe_200508.pdf (letzter Zugriff: 14.7.2008).
- ³¹³ Schneider, U.; Österle A.; Schober, D.; Schober, C.: Die Kosten der Pflege in Österreich – Ausgabenstruktur und Finanzierung. 2006. In: http://www.s-versicherung.at/sPortal/svers_de_0766_ACTIVE/Downloads/Presse/sVersicherung_Pr20060911_Pflegekostenstudie.pdf (letzter Zugriff: 3.7.2008).
- ³¹⁴ Land Niederösterreich: Richtlinie des Landes Niederösterreich für das NÖ Modell zur 24-Stunden-Betreuung. 2007. In: http://www.noee.gv.at/bilder/d23/Richtlinie_24-Stunden-Betreuung.pdf (letzter Zugriff: 18.7.2008).
- ³¹⁵ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Plattform für pflegende Angehörige. Sozialversicherungsrechtliche Absicherung. In: <http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH0707> (letzter Zugriff: 7.7.08).
- ³¹⁶ Pensionsversicherungsanstalt: Freiwillige Versicherung. In: http://www.pensionsversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=pvportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=5279&p_tabid=4 (letzter Zugriff: 8.7.2008).
- ³¹⁷ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Plattform für pflegende Angehörige. Sozialversicherungsrechtliche Absicherung. In: <http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH0707> (letzter Zugriff: 7.7.2008).
- ³¹⁸ Weatherly, J. et al.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007.
- ³¹⁹ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM): Leitlinie Nr. 6. Pflegende Angehörige. In: <http://www.omikronverlag.de/catalog/3006/pdf/Leseprobe-LL-06.pdf> (letzter Zugriff: 10.11.2008).
- ³²⁰ Karlikaya, G. et al.: Caregiver Burden In Dementia: A Study In The Turkish Population. The Internet Journal of Neurology 2005; Vol. 4 (2). In: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijn/vol4n2/dementia.xml> (letzter Zugriff: 11.11.2008).
- ³²¹ Schulz, R.; Sherwood, P.: Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. American Journal of Nursing 2008; Vol. 108 (9), 23 – 27.
- ³²² Karlikaya, G. et al.: Caregiver Burden In Dementia: A Study In The Turkish Population. The Internet Journal of Neurology 2005; Vol. 4 (2). In: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijn/vol4n2/dementia.xml> (letzter Zugriff: 11.11.2008).
- ³²³ Kuroda, A. et al.: Effect of Care Manager Support on Health-Related Quality of Life of Caregivers of Impaired Elderly: One-Year Longitudinal Study. Industrial Health 2007; Vol. 45: 402 – 408.
- ³²⁴ Thompson, C. A. et al.: Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. BMC Geriatrics 2007; 7:18.
- ³²⁵ Hosaka, T.; Sugiyama, Y.: A Structured Intervention for Family Caregivers of Dementia Patients: A Pilot Study. Tokai Journal Exp Clinical Medicine 1999; Vol. 24 (1): 35 – 39.
- ³²⁶ Maud, J. L. et al.: Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. British Medical Journal 2008; Vol. 336: 134 – 138.

Competence Center Integrierte Versorgung

Erster Österreichischer Demenzbericht

Teil 2:
Gesundheitsökonomische
Aspekte der Demenz



Herausgeber & Druck:

Wiener Gebietskrankenkasse
Wienerbergstraße 15–19
1100 Wien

1. Auflage 2009

Redaktion & Gestaltung:

Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention
Öffentlichkeitsarbeit WGKK

Autorin:

Ilse Grillnberger

Betreuer der Diplomarbeit:

Honorarprofessor Mag. Dr. Leo Walter Chini
Institut für BWL der Klein- und Mittelbetriebe der Wirtschaftsuniversität Wien

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung
der Wiener Gebietskrankenkasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten.

Bildquelle: mattonimages & WGKK

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Demenz.....	9
2.1	Definition Demenz	9
2.2	Demenzarten	10
2.2.1	Alzheimer- Demenz (AD).....	12
2.2.2	Vaskuläre Demenz (VD)	13
2.3	Demenzstadien.....	14
2.3.1	Leichte Demenz	15
2.3.2	Mittlere Demenz.....	15
2.3.3	Schwere Demenz	16
2.3.4	MMSE	16
2.4	Ärztliche Leistungen	16
2.5	Heilmittel.....	18
2.6	Pflege.....	20
2.7	Leitlinien, Richtlinien, Konsensuspapiere.....	21
3	Demographische Faktoren	23
3.1	Wandel der Bevölkerungsstruktur	23
3.2	Entwicklungen des Gesundheitszustandes.....	26
4	Epidemiologie.....	30
4.1	Einleitung.....	30
4.2	Prävalenz- und Inzidenzdaten für Österreich.....	31
4.2.1	Allgemein	31
4.2.2	Aktuelle Demenzprävalenz- und –inzidenzraten für Österreich	37
4.2.3	Demnzerkrankte versus Erwerbspersonen	41
4.2.4	Risikofaktor Geschlecht	44
4.2.5	Erkrankungswahrscheinlichkeit	45
5	Ist-Stands-Erhebung anhand der Daten der Wiener Gebietskrankenkasse	46
5.1	Über die Heilmittelverordnung identifizierte Demenzkranke	46
5.2	Risikofaktor Geschlecht.....	48
6	Krankheitskosten - Analyse.....	54
6.1	Einleitung.....	54
6.2	Ansätze.....	55

INHALTSVERZEICHNIS

6.2.1	Berechnungen nach dem top down-Ansatz.....	56
6.2.2	Zusammenfassung Ergebnisse top down-Ansatz	65
6.2.3	Berechnungen nach dem bottom up- Ansatz	67
6.2.4	Zusammenfassung Ergebnisse bottom up-Ansatz.....	76
6.3	Ergebnisvergleich der beiden Ansätze.....	79
6.4	Fallbeispiel.....	82
7	Wirtschaftliche Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Gesundheitskosten für Demenzkranke.....	84
7.1	Einleitung.....	84
7.2	Prognoseszenarien.....	85
7.2.1	Szenario 1: dynamisches Equilibrium.....	85
7.2.2	Szenario 2: Kompression der Morbidität	87
7.2.3	Szenario 3: Expansion der Morbidität.....	89
7.3	Vergleich Szenarien	92
8	Krankheitskosten im internationalen Vergleich.....	95
8.1	Einleitung.....	95
8.2	Ökonomische Belastung durch AD in den USA	95
8.3	Ökonomische Belastung in Kanada	97
8.4	Ökonomische Belastung durch Demenz in den Niederlanden	99
8.5	Ökonomische Belastung durch Demenz in Deutschland	101
8.6	Ökonomische Belastung durch Demenz in Schweden, Dänemark, Norwegen und Finnland	102
8.7	Zusammenfassung Kosten im internationalen Vergleich.....	103
9	Zusammenfassung und Übersicht der Ergebnisse.....	105
10	Forschungsperspektive	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur 2006 bis 2050 in Österreich (Quelle: nach Statistik Austria)	24
Abbildung 2: Bevölkerungspyramide für Österreich 2006 und 2030 (Quelle: Statistik Austria)	25
Abbildung 3: unterschiedliche Hypothesen bezüglich erhöhter Lebenserwartung (Quelle: nach Economic Policy Committee and the European Commission)	27
Abbildung 4: Demenzprävalenzanstieg zwischen 1960 und 2005 (Quelle: Dementia in Europe Yearbook)	33
Abbildung 5: Prävalenzrate laut Wancata et al. an der Bevölkerungsgruppe 60+ (Quelle: nach Wancata et al.)	35
Abbildung 6: Geschätzte Zahlen der jährlichen Neuerkrankungen an Demenz in Österreich (Angabe in 1.000) (Quelle: nach Wancata et al.)	36
Abbildung 7: Bevölkerungsverteilung über und unter 60 Jahre 1981 bis 2050 nach den aktuellen Prognosen (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)	38
Abbildung 8: Vergleich Hochrechnung mit den Bevölkerungsdaten von 1999 und 2007 (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)	39
Abbildung 9: Altersstruktur der Erwerbspersonen 2001 bis 2050 (Quelle: Statistik Austria)	42
Abbildung 10: Prozentuelle Veränderung der Zahl Demenzkranker, Erwerbsfähiger und der demenzbedingten Belastungsquote (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)	44
Abbildung 11: behandelte versus nicht-behandelte Anspruchsberechtigte, die an Demenz leiden in den Jahren 2004 bis 2007 (Quelle: WGKK)	48
Abbildung 12: Verteilung nach Geschlecht durch die Heilmittelverordnung identifizierten Demenzkranken (Quelle: WGKK)	49
Abbildung 13: Verteilung Demenzkranker nach Altersgruppen und Jahren (Quelle: WGKK)	50
Abbildung 14: Österreichische Bevölkerung 50+ nach Alter und Geschlecht im Zeitraum 2004 – 2007 (Quelle: nach Statistik Austria)	51
Abbildung 15: Hauptdiagnose Demenz laut Statistik Austria (2003 – 2006) (Quelle: Statistik Austria)	52
Abbildung 16: jährlichen Kosten pro Demenzpatient im top down- Ansatz– Szenario Pflege zu Hause (Quelle: WGKK)	66
Abbildung 17: jährlichen Kosten pro Demenzpatient im top down- Ansatz– Szenario Pflegeheim (Quelle: WGKK)	67
Abbildung 18: Kostenverteilung bei Demenzkranken, die zu Hause gepflegt werden nach dem bottom up-Ansatz (Quelle: eigene Darstellung)	77
Abbildung 19: Kostenverteilung dargestellt über Pflegegeld pro Demenzpatient nach dem bottom up-Ansatz (Quelle: eigene Darstellung)	78
Abbildung 20: Kostenverteilung pro Demenzpatient nach dem bottom up-Ansatz ohne Pflegekosten (Quelle: eigene Darstellung)	78

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 21: Kostendarstellung Pflege zu Hause versus Pflegeheim pro Demenzpatient (Quelle: eigene Darstellung)	81
Abbildung 22: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre – Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	86
Abbildung 23: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre – Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	87
Abbildung 24: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre – Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	88
Abbildung 25: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre – Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	89
Abbildung 26: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre nach Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	90
Abbildung 27: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre nach Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	91
Abbildung 28: Vergleich Szenarien – Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	92
Abbildung 29: Vergleich Szenarien – Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit der verschiedenen Demenzen (Quelle: Arzneiverordnung in der Praxis).....	12
Tabelle 2: Wichtige Substanzklassen zur Therapie (Quelle: nach Rebhandl et al.)	19
Tabelle 3: Bevölkerungsprognose 2007 (Quelle: nach Statistik Austria)	23
Tabelle 4: Lebenserwartung im Alter (Quelle: nach Statistik Austria).....	29
Tabelle 5: Prävalenz- und Inzidenzrate laut EURODEM- Studie (Quellen: Hofman et al.; Mathers et al.)	31
Tabelle 6: Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich 2005 (Quelle: Dementia in Europe Yearbook)	32
Tabelle 7: Geschätzte Anzahl von Demenzkranken (alle Demenzen, AD und VD) in Österreich (Angaben in 1.000) (Quelle: nach Wancata et al.).....	34
Tabelle 8: Geschätzte Zahlen der jährlichen Demenzneuerkrankungen (alle Demenzen, AD und VD) in Österreich (Angaben in 1.000) (Quelle: nach Wancata et al.)	35
Tabelle 9: Bevölkerungsverteilung über und unter 60 Jahre 1981 bis 2050 nach den aktuellen Daten der Statistik Austria (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)	38
Tabelle 10: Geschätzte Zahlen der jährlichen Demenzneuerkrankung (alle Demenzen, AD und VD) in Österreich (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata et al.).....	40
Tabelle 11: Demenzkranke in Relation zur erwerbsfähigen Bevölkerung (15–60-Jährige) in Österreich (Quelle: nach Wancata et al.).....	41
Tabelle 12: Demenzkranke in Relation zur erwerbsfähigen Bevölkerung (15-64-Jährige) in Österreich (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)	43
Tabelle 13: Prozentuelle Veränderung der Zahl Demenzkranker, Erwerbsfähiger und der demenzbedingten Belastungsquote (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata).....	43
Tabelle 14: Übersicht über berechnungsrelevante Daten 1 (Quelle: Statistik Austria, Wancata et al.)	47
Tabelle 15: Übersicht über berechnungsrelevante Daten 2 (Quelle: Wancata et al.; WGKK).....	47
Tabelle 16: Verteilung nach Geschlecht der durch die Heilmittelverordnung identifizierten Demenzkranken (Quelle: WGKK)	49
Tabelle 17: Hauptdiagnose Demenz laut Statistik Austria (2003 – 2006) (Quelle: nach Statistik Austria)	52
Tabelle 18: Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 1 (Quelle: WGKK)	57
Tabelle 19: Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 2 (Quelle: WGKK)	57
Tabelle 20: Heilmittelkosten Antidementiva nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)	59
Tabelle 21: Anzahl der Verordnungen pro Demenzpatient (Quelle: WGKK)	59
Tabelle 22: Überblick Kosten Heilbehelfe nach dem top down-Ansatz(Quelle: WGKK)	61
Tabelle 23: Überblick Transportkosten nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK).....	62

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 24: Verteilung des Bundes- und Landespflegegeldes nach Pflegestufen, 2006 (Quelle: BMSK 2008)	63
Tabelle 25: Überblick institutionelle Pflege versus Pflege zu Hause (Quelle: WGKK)	64
Tabelle 26: Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 1 (Quelle: Expertengespräche, OÖGKK & WGKK, Ambulatoriumsbeitragsverordnung)	68
Tabelle 27: Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 2 (Quelle: Experten-gespräche, OÖGKK & WGKK, Ambulatoriumsbeitragsverordnung)	69
Tabelle 28: Kosten für Antidementiva im Überblick (Quelle: WGKK)	70
Tabelle 29: jährliche Kosten für Heilbehelfe (Quelle: Expertengespräch, Internet-recherchen).....	71
Tabelle 30: Transportkosten nach bottom up-Ansatz (Quelle: Wiener Linien, Rotes Kreuz)	73
Tabelle 31: stationäre Kosten nach bottom up-Ansatz (Quelle: Expertengespräch)	75
Tabelle 32: direkte Pflegekosten nach Pflegestufen, 2006 (Quelle: BMSK 2008).....	76
Tabelle 33: Vergleich häusliche Pflege top down-Ansatz versus bottom up-Ansatz	79
Tabelle 34: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre - Prävalenzansatz	85
Tabelle 35: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre - Inzidenzansatz	86
Tabelle 36: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre - Prävalenzansatz	88
Tabelle 37: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre - Inzidenzansatz	89
Tabelle 38: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre - Prävalenzansatz	90
Tabelle 39: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre - Inzidenzansatz	91
Tabelle 40: Vergleich Szenarien - Prävalenzansatz	92
Tabelle 41: Vergleich Szenarien - Inzidenzansatz	93
Tabelle 42: Formelle und informelle jährliche Kosten nach Stadien in den USA in USD Preisbasis 1996 (Quelle: nach Leon et al.) (Kurs vom 15.09.2008: 1 USD = 0,701234 Euro)	96
Tabelle 43: Aufschlüsselung der Zusatzkosten für Demenz in Kanada – Preisbasis 1991 (Quelle: Ostbye et al.) (Kurs vom 15.09.2008: 1 CAN\$ = 0,655803 Euro).....	99
Tabelle 44: Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in Deutschland – Preisbasis 1998 (Quelle: Bickel) (Umrechnungsfaktor € 1 = 1.95583 DM)	102
Tabelle 45: Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in den skandinavischen Ländern (Quelle: Jönsson et al.) (Kurs vom 15.09.2008: 1 SKR = 0,103838 Euro).....	103
Tabelle 46: Zusammenfassung internationaler Kostenvergleich	104
Tabelle 47: Kostenprognosen – Vergleich Prävalenz- und Inzidenzansatz	106

1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Zunahme der chronischen Erkrankungen stellt die Versorgung der alternden Bevölkerung eine enorme medizinische, soziale und gesundheitsökonomische Herausforderung für Österreich dar. Diesbezüglich wird auf internationaler und nationaler Ebene dem Thema Demenz besondere Aufmerksamkeit gewidmet, da dieses Krankheitsbild neben kardiovaskulären und onkologischen Erkrankungen zu den teuersten Krankheiten¹ zählt. Grund dafür ist der damit verbundene hohe Betreuungsaufwand, der mit fortschreitender Krankheit stark zunimmt, und schlussendlich häufig zu einer Einweisung in ein Pflegeheim führt. Schenkt man weiters den epidemiologischen Prognosen Beachtung, ist sowohl mit einer erheblichen volkswirtschaftlichen als auch mit einer erhöhten individuellen Belastung aller Betroffenen zu rechnen.

Die mit dem Krankheitsbild Demenz verbundene Hauptbelastung wird in Österreich aktuell von den pflegenden Angehörigen getragen.² Auch für das Ausland wird diese Aussage von diversen internationalen Studien vertreten. Weiters wird die von den Angehörigen erbrachte Leistung häufig nicht in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung miteinbezogen. Enorme Kosten werden für die Gesellschaft insbesondere dann entstehen, wenn auf die familiäre Unterstützung nicht mehr beziehungsweise nicht mehr im bisherigen Ausmaß zurückgegriffen werden kann. Gründe dafür können vielfältig sein, wie zum Beispiel die Erwerbstätigkeit aller Familienmitglieder, der Trend hin zu einer späteren Elternschaft, durch Scheidung bedingter Solidaritätsverlust oder die Tatsache, dass vermehrt keine direkten Nachkommen vorhanden sind.³ Um zukünftig eine reibungslose Versorgung demenzkranker Menschen garantieren zu können ist es sinnvoll sich heute schon mit dem Thema intensiv auseinanderzusetzen.

Das Ziel dieser Diplomarbeit besteht nun darin, die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Kosten unter Berücksichtigung demographischer Entwicklungen für Demenzkranke zu analysieren. So stellt der erste Teil eine Ist-Stand-Erhebung der österreichischen Demenzsituation dar. Dabei wird einleitend ein Überblick über das Krankheitsbild Demenz, inklusive dem progressiven Verlauf, gegeben. Weiters werden die demographischen Faktoren, also der Wandel der Bevölkerungsstruktur und die Entwicklung des Gesundheitszustandes, näher beleuchtet. Im Kapitel Epidemiologie, werden die Inzidenz- und Prävalenzdaten für Österreich genau recherchiert. Den zweiten und Hauptteil dieser

¹ vgl. Geldmacher D., 2000: 1161

² vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R., 2003: 39

³ vgl. Weyrer S., 2001: 151

EINLEITUNG

Arbeit bilden Kapitel die 6 und 7, die sich mit Krankheitskosten-Analysen und Hochrechnungen beschäftigen. Es werden sowohl nach dem top down-Ansatz, als auch nach dem bottom up-Ansatz die direkt erfassbaren Kosten für das Krankheitsbild Demenz erhoben, die wiederum erste Aussagen bezüglich aktueller Kostenbelastung für Österreich erlauben. Weiters werden die ermittelten Demenzkosten in drei Szenarien bis ins Jahr 2050 prognostiziert. Im dritten Teil werden bedeutende internationale Studien bezüglich Demenzkosten-Analysen vorgestellt, um eine Vorstellung zu bekommen wie präsent dieses Thema auch im Ausland ist. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung und Übersicht über die gewonnenen Kenntnisse.

2 Demenz

2.1 Definition Demenz

Der Überbegriff Demenz bezeichnet eine Reihe von altersbedingten geistigen Degenerationserscheinungen. Eine einheitliche Definition lässt sich in der Literatur nicht finden, da aber viele österreichische Publikationen⁴ und Konsensusstatements⁵ auf die Definition der ICD-10⁶ Codes (F00-F03) verweisen beziehungsweise diese als Arbeitsgrundlage nehmen, soll an dieser Stelle diese Definition angeführt werden:

„Das dementielle Syndrom, als Folge einer Krankheit des Gehirns, verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend unter Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Es finden sich keine qualitativen Bewusstseinsstörungen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation. Diese Symptome gehen auch voran. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Krankheiten und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“⁷

Exkurs: Die ICD-10 (engl.: International Classification of Diseases) oder die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (kurz: WHO) publizierte Nomenklatur, die der internationalen einheitlichen Erforschung von Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit dient.⁸ In den ICD-10 werden in den Abschnitten F00- F03 folgende Demenzen gelistet:

- **„F00 – Demenz bei Alzheimer-Krankheit:**
F00.0 = Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
F00.1 = Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
F00.2 = Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9 = nicht näher bezeichnete Demenzen bei Alzheimer- Krankheit
- **F01 – vaskuläre Demenz**
F01.0 = vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1 = Multiinfarktdemenz

⁴ vgl. z .B.: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 4, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

⁵ vgl. Rebhandl E. et al., 2004: 7, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

⁶ vgl. Krollner B./ Krollner D.M., 2008, <http://www.icd-code.de/icd/code/F05.1.html>

⁷ Dilling H. / Mombour W. / Schmidt M.H. (Hrsg.), 2000: 60

⁸ vgl. World Health Organisation, 2008, <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

DEMENZ

F01.2 = subkortikale vaskuläre Demenz

F01.3 = gemischte (kortikale und subkortikale) vaskuläre Demenz

F01.8 = sonstige vaskuläre Demenz

F01.9 = nicht näher bezeichnete vaskuläre Demenz

- **F02 – Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten**

F02.0 = Demenz bei Pick- Krankheit

F02.1 = Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

F02.2 = Demenz bei Huntington-Krankheit

F02.3 = Demenz bei Parkinson-Krankheit

F02.4 = Demenz bei Krankheit durch das HI- Virus

F02.8 = Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten“⁹

Weiters werden in den ICD-10 die Krankheitsbilder der oben angeführten Demenzen genau beschrieben. Ebenfalls werden die diagnostischen Leitlinien, dazugehörige Begriffe und Differentialdiagnosen genauer angeführt.¹⁰

2.2 Demenzarten

Mit Demenz wird eine Reihe von Krankheitsbildern bezeichnet, die mit verschiedenen Auslösern und unterschiedlichem Ablauf gekennzeichnet sind. Derzeit sind circa 50 Krankheiten, die zu einer Demenzerkrankung führen können, bekannt¹¹ - dazu zählen zum Beispiel: *Alzheimer-Krankheit, Morbus Parkinson, Creutzfeld-Jakob, Epilepsie, Multiple Sklerose, Gefäßerkrankungen des Gehirns, Gehirntumore usw.*¹² Bezüglich der Ursachen für die Entstehung des jeweiligen Krankheitsbildes vermutet man sowohl erbliche Faktoren, aber auch negative Umwelteinflüsse sowie andere schädliche Faktoren.¹³

Charakteristisch für das Krankheitsbild ist eine fortschreitende Störung des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit, des Denkvermögens, der Gemütslage, des Antriebs und des Sozialverhaltens.¹⁴ Diese Veränderungen haben zur Folge, dass an Demenz leidende Menschen den Aufgaben des Alltags nicht mehr gewachsen sind. Zusätzlich stellen

⁹ Dilling H./ Mombour W./ Schmidt M.H., 2000: 61

¹⁰ vgl. World Health Organisation, 2008, <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

¹¹ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 4, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

¹² Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 4, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

¹³ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 4, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

¹⁴ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 4, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

DEMENZ

Demenzen keineswegs normale Alterserscheinungen dar, sondern sind Krankheitsbilder, die gehäuft im Alter auftreten.¹⁵

In der Literatur unterscheidet man nun zwischen primären und sekundären Demenzformen, wobei primäre Demenzen durch direkte Schädigung des Hirngewebes hervorgerufen werden. Bei sekundären Demenzen liegen die Ursachen außerhalb des Gehirns, zum Beispiel akuter Sauerstoffmangel, Alkohol- oder Drogenvergiftungen, Mangelerscheinungen usw., die in weiterer Folge zur Schädigung des Gehirns führen. Eine weitere Unterteilung kann in degenerative und nichtdegenerative Demenzformen erfolgen, also in fortschreitende und nicht fortschreitende Demenzen.¹⁶

Folgende Demenzformen lassen sich nun unterscheiden:¹⁷

1. *Alzheimer-Demenz (AD)*
2. *Vaskuläre Demenz*
3. *Demenz bei Lewy-Körper-Krankheit*
4. *Morbus Parkinson-Demenz*
5. *Fronto- temporale Demenz*
6. *Korsakow-Demenz/ Wernicke-Enzephalopathie*
7. *Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung*
8. *andere Ursachen*

Zur Häufigkeit der auftretenden Demenzformen soll die nachfolgende Tabelle von Jellinger aus dem Jahre 1997, die der Publikation der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft entstammt, Aufschluss geben.¹⁸

¹⁵ vgl. Vollmar H.C./ Koch MB/ Schürer-Maly C./ Löscher S./ Konezny N./ Butzlaff M., 2005: , http://www.patientenleitlinien.de/Demenz/body_demenz.html#DemenzPatLL1

¹⁶ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 29 ff

¹⁷ Rebhandl E. et al., 2004: 7 f, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

¹⁸ siehe Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 2004: 5 ,http://www.akdae.de/35/70_Demenz_2004_3Auflage.pdf

DEMENZ

Tabelle 1: Häufigkeit der verschiedenen Demenzen (Quelle: Arzneiverordnung in der Praxis)

Tabelle 1: Der Demenz zugrunde liegende Erkrankungen bei 675 autopsierten Patienten (160)	
Ursachen	Häufigkeit (%)
Alzheimer-Demenz	60
Vaskuläre Demenz	16
Alzheimer-Demenz + vaskuläre Demenz	8
Alzheimer-Demenz + Morbus Parkinson	8
Morbus Parkinson	1
Fronto-temporale Demenz (Morbus Pick)	1
Lewy-Körper-Demenz	1
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung	1
Andere Ursachen	4

Aus dieser Quelle geht hervor, dass die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen an Alzheimer-Demenz und vaskulären Demenz leiden. Aus diesem Grund sollen in dieser Diplomarbeit diese beiden Formen im Wesentlichen näher beschrieben werden.

2.2.1 Alzheimer- Demenz (AD)

Die mit 60 – 70%¹⁹ häufigste Demenzerkrankung ist die sogenannte Alzheimer-Demenz, die zu den primär degenerativen Demenzerkrankungen zählt.²⁰ Die Einteilung der Alzheimer-Demenz erfolgt abhängig vom Alter in der sie auftritt. Dabei unterscheidet man die präsenile AD, die bei Personen unter 65 Jahren auftritt und die senile AD, die darüber hinaus auftritt. Die präsenile AD, die etwa 1% der gesamten AD-Fälle ausmacht, kommt gehäuft in genetisch disponierten Familien vor und wird mit Genmutationen (Amyloid-Precursor-Proteingen, Präseniline PS-1 und PS-2) assoziiert.²¹

Folgende Risikofaktoren, die AD begünstigen, können identifiziert werden:

- *Hohes Lebensalter*
- *Familienanamnese bzw. genetische Vorbelastung*
- *Vorangegangene Schädelhirntraumen*
- *bestimmte neurologische Hirnerkrankungen*

¹⁹ vgl. Rebhandl E. et al., 2004: 5, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

²⁰ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 5, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

²¹ vgl. Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 152 ff

DEMENZ

- *Geringes Bildungsniveau*
- *Vermehrter Alkoholkonsum²²*
- *Geschlecht – Frauen sind in einem Alter von über 80 Jahren stärker gefährdet*
- *Östrogene – hier wird eine protektive Wirkung vermutet²³*
- *Rauchen*
- *Vorerkrankungen - Kardiovaskuläre Risikofaktoren*
- *Fehlernährung²⁴*

AD zählt zu den unheilbaren, progressiven, chronisch degenerativen Erkrankungen²⁵, die schlussendlich durch unmittelbare Begleiterscheinungen wie Herz-Kreislaufkrankungen oder Infektionen zum Tod führt.²⁶ Der relativ typische Krankheitsverlauf beginnt meist mit Störungen der Emotionen. In Folge tritt der Verlust der kognitiven Fähigkeiten sowie des Urteilsvermögens, Orientierungslosigkeit, sowie Sprach- und Kommunikationsstörungen auf. Im späteren Krankheitsverlauf häufen sich motorische Einschränkungen, Inkontinenz und gestörte Nahrungsaufnahme.²⁷ Zu den weiteren Charakteristika zählen: Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen, Unruhe, Launenhaftigkeit, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus sowie Feindseligkeiten und Gewalt gegenüber dem Pflegepersonal und Dritten.²⁸

2.2.2 Vaskuläre Demenz (VD)

Die zweithäufigste Form mit 20 – 30%²⁹ der Demenzerkrankungen ist die vaskuläre Demenz, die ebenfalls zu den primären degenerativen Demenzformen zählt³⁰ und die mit einer geringeren Lebenserwartung als die AD assoziiert ist³¹. Gekennzeichnet ist diese Demenzform durch einen plötzlichen Beginn, der meist durch ein oder mehrere Schlaganfälle ausgelöst wird. Der weitere Verlauf ist meist geprägt durch eine fortwährende Verschlechterung in Kombination mit weiteren ischämischen Vorfällen.³²

²² Rebhandl E. et al., 2004: 6, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

²³ Kornhuber J./ Bleich S./ Wiltfang et al., 2005: 15

²⁴ Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 155

²⁵ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 32

²⁶ vgl. Kornhuber J./ Bleich S. / Wiltfang J. et al., 2005: 13

²⁷ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 32

²⁸ vgl. Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 157

²⁹ vgl. Rebhandl E. et al., 2004: 5, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

³⁰ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 29

³¹ vgl. Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 222

³² vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 33

DEMENZ

Folgende Risikofaktoren, die AD begünstigen, können identifiziert werden:

- *Bluthochdruck*
- *Diabetes mellitus*
- *Familienanamnese*
- *Hypercholesterinämie*
- *Nikotinabusus*
- *Hyperchromocysteinämie*³³
- *Geschlecht – mehr Männer sind von VD betroffen*
- *Hohes Lebensalter*
- *genetische Vorbelastung*
- *Geringes Bildungsniveau*³⁴

Durch einen oder mehrere Hirninfarkte kommt es zu einer Minderdurchblutung des Gehirns und eventuell zum Absterben ganzer Hirnregionen. Je nachdem in welchen Hirnregionen diese Infarkte auftreten, kommt es zu den unterschiedlichsten Symptomen. Am häufigsten sind dabei kognitive Veränderungen³⁵, *Sprachstörungen, Amnesie, Apraxien und Störungen exekutiver Funktionen*³⁶ zu nennen. (Unter Apraxie werden Störungen der zielgerichteten Bewegungen verstanden.³⁷)

Die Zuordnung zu AD oder VD kann sich durch die ähnlichen Beschwerden durchaus schwierig gestalten, wobei gewisse Symptome wie Gangstörungen und Inkontinenz bei VD früher auftreten als bei AD. In frühen Stadien kann man durch bildgebende Verfahren noch eine Differenzierung vornehmen – in späteren Stadien spricht man dann meist von Mischformen.³⁸

2.3 Demenzstadien

In der Fachliteratur³⁹ herrscht bezüglich der Einteilung der Demenzstadien kein einheitliches System. In mehrstufigen Skaleneinteilungen kann sich die Zuordnung durch den

³³ Rebhandl E. et al., 2004: 5, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

³⁴ Kornhuber J./ Bleich S./ Wiltfang et al., 2005: 17

³⁵ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 33

³⁶ Martin M./ Schelling H. R., 2005: 39

³⁷ vgl. Hildebrandt H., 1994: 96 f

³⁸ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 33

³⁹ z.B.: Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 152 ff

DEMENZ

unterschiedlichen Krankheitsverlauf zudem sehr schwierig gestalten. Eine grobe, anwenderfreundliche und daher sehr gängige Einteilung der Demenzerkrankungen ist eine dreistufige Skalierung in leicht, mittel und schwer⁴⁰, sowie die Punkteinteilung nach MMSE (Mini-Mental State Examination)⁴¹ die an dieser Stelle kurz dargestellt werden sollen:

2.3.1 Leichte Demenz

In diesem Stadium kommen die Betroffenen meist noch gut selbst zurecht.⁴² Auffallend ist das Nachlassen der Gedächtnisleistung, das gekennzeichnet ist durch folgende Charakteristika:

- Vergesslichkeit – Gegenstände des alltäglichen Lebens werden verlegt (Brillen, Medikamente, Schlüssel usw.),
- zeitlich und örtliche Orientierungsstörungen – Datum und Uhrzeit werden vergessen,
- Wortfindungsstörungen beziehungsweise Wiederholungen des Gesagten.⁴³

Reaktionen seitens des Betroffenen sind meistens Beschämung, Angst, Ärger usw.⁴⁴

2.3.2 Mittlere Demenz

In diesem Stadium ist eine selbständige Lebensführung nur mit Hilfe anderer Personen möglich⁴⁵, denn die Gedächtnislücken häufen sich und verursachen Unwohlsein bei den Betroffenen. Weiters treten Ausfälle, die Sprach- und Bewegungsabläufe betreffen, vermehrt auf. Der Tag- Nacht- Rhythmus ändert sich, die Betroffenen irren umher, sind rastlos und launisch. Die psychischen und physischen Belastungen der Angehörigen beziehungsweise Betreuenden nehmen in diesem Stadium extrem zu.⁴⁶

⁴⁰ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 24 ff

⁴¹ vgl. Kastner U./ Löbach R., 2007: 47

⁴² vgl. Jerabek M.-L., 2005: 9

⁴³ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 6, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

⁴⁴ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 6, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

⁴⁵ vgl. Jerabek M.-L., 2005: 9

⁴⁶ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 6, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

DEMENZ

2.3.3 Schwere Demenz

Dieses Stadium wird gekennzeichnet durch die Tatsache, dass eine eigenständige Lebensführung nicht mehr möglich ist⁴⁷ - die betroffenen Personen sind vollständig auf die Unterstützung anderer angewiesen. Im weiteren Krankheitsverlauf treten *Wahnvorstellungen, Stimmungsschwankungen, Inkontinenz, Sprachstörungen, Ess- und Schluckstörungen* auf. Im Endstadium werden die Betroffenen bettlägerig und somit zu sehr betreuungs- und pflegeintensiven Patienten.⁴⁸

2.3.4 MMSE

Diese Screeningmethode von Folstein ist aufgrund ihrer leichten Durchführbarkeit weltweit stark verbreitet. MMSE ermittelt anhand von 11 Fragen, die die zeitliche sowie örtliche Orientierung, die Aufmerksamkeit, die Konzentration und, in begrenztem Maß, das Kurzzeitgedächtnis betreffen, ob kognitive Beeinträchtigungen vorhanden sind. Insgesamt können bei diesem Test 30 Punkte erreicht werden, was zur folgenden Abstufung führt:⁴⁹

- *25 – 30 Punkte = keine Demenz*
- *22 – 24 Punkte = Mäßige Demenz*
- *16 – 21 Punkte = Demenz*
- *< 16 Punkte = Erhebliche Demenz*
- *< 9 Punkte = Schwere Demenz*

2.4 Ärztliche Leistungen

Die medizinische Versorgung der demenzkranken Personen erfolgt in Österreich meist durch Hausärzte, wobei nur wenige Kranke psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen.⁵⁰ Besonders bei der Früherkennung wird den Hausärzten eine besondere Bedeutung zugesprochen, da einerseits der Krankheitsverlauf durch einen rechtzeitigen Therapiebeginn positiv beeinflusst werden kann, und andererseits diese ihre Patienten gut kennen und so kognitive Veränderungen schneller beziehungsweise besser beurteilen können, als Ärzte in Spitälern.⁵¹ Diese These stützt sich auf eine Prävalenzstudie, die anhand bei Hausärzten gestellter Demenzdiagnosen durchgeführt wurde. Dabei erkannte man, dass bei 27,2% bis 46,8% der Demenzpatienten die Diagnose richtig gestellt wurde.⁵² Im Vergleich dazu wird in

⁴⁷ vgl. Jerabek M.-L., 2005: 9

⁴⁸ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 6, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

⁴⁹ siehe Kastner U./ Löbach R., 2007: 47 f

⁵⁰ vgl. Wancata J./ Hajji M. / Windhaber J., 1999: 125 f

⁵¹ vgl. Rebhandl E. et al., 2004: 4, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

⁵² vgl. Wancata J./ Hajji M. / Windhaber J., 1999: 125 f

DEMENZ

allgemeinen Krankenhäusern das Krankheitsbild Demenz nicht so häufig diagnostiziert. Die an Demenz leidenden Personen werden in diesen Spitälern meist in internen oder chirurgischen Stationen behandelt. Bei einer österreichischen Untersuchung aus dem Jahre 2000, an der 480 Patienten teilnahmen, konnte bei der Patientengruppe der 65+ und bei der Durchführung der jeweiligen Untersuchungen in internen Abteilungen nur an circa 22,7% und bei Durchführung der Untersuchungen in chirurgischen Abteilungen an ungefähr 18,1% eine diagnostizierte Demenzerkrankung festgestellt werden.⁵³ Einer weiteren Studie zufolge werden circa 40% aller Demenzerkrankungen nicht erkannt, da die Symptome oft einfach dem Alterungsprozess zugeschrieben werden.⁵⁴

Zur Abklärung und Diagnosesicherstellung werden Fachärzte zu Rate gezogen. Weitere sehr umfangreiche psychologische und medizinische Untersuchungen werden auch in den sogenannten Memory- Kliniken angeboten.⁵⁵

Um Demenz überhaupt diagnostizieren zu können, muss die kognitive Leistung mit dem Untersuchungsergebnis aus jüngeren Jahren des Patienten verglichen werden.⁵⁶ Im Konsensuspapier der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft aus dem Jahre 2006 werden folgende Empfehlungen bezüglich der medizinischen Basisdiagnostik gegeben:⁵⁷

- *neurologische (Mini Mental State Examination = MMSE), psychiatrische und internistische Untersuchungen,*
- *Eigenanamnese,*
- *Außenanamnese,*
- *Familienanamnese – um genetische Vorbelastungen auszuschließen,*
- *Sozialanamnese – um die Lebens- und Beziehungssituation zu beleuchten,*
- *eine umfangreiche Labordiagnostik (Komplettes Blutbild, Elektrolyte: Na⁺, K, Cl, Kalzium Phosphat, Nierenfunktionsparameter, Leberfunktionsparameter, Blutzucker, Schilddrüsenfunktionsparameter: TSH, T4, Vitamin B12/ Folsäure) und*
- *CCT, besser MRT*

⁵³ vgl. Wancata J./ Meise U. / Sachs G., 2000: 27

⁵⁴ vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R., 2003: 39

⁵⁵ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008: 9, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

⁵⁶ vgl. Jerabek M.-L., 2005: 9

⁵⁷ Alf C. et al., 2006: 222

DEMENZ

Zu den erweiterten Untersuchungen, die einer Abgrenzung von anderen Krankheiten dienen sollen, gehören:⁵⁸

- *EEG,*
- *SPECT/PET,*
- *Dopamin Transporter SPECT,*
- *Single Photon Emissions Computed Tomography (SPECT) und*
- *eventuell Fluorodeoxyglucose- Positron Emission Tomography (FDG- PET),*
- *Genetik: Apolipoprotein E, autosomal dominante Mutationen, CADASIL*
- *eventuell Liquordiagnostik – um infektiöse- entzündliche Erkrankungen auszuschließen zu können.*
- *Serologie – HIV, Luesserologie usw.*

In der Praxis werden üblicherweise folgende Tests zur Diagnosestellung durchgeführt.⁵⁹

- 2 x jährlich MMSE-Test
- Schädel - CT
- Erstellung einer umfangreichen Labordiagnose, um andere Erkrankungen auszuschließen
- EKG: um Herz- Kreislauferkrankungen auszuschließen

Um die Wirksamkeit der Therapie zu überprüfen, müssen einige Tests im Krankheitsverlauf ständig wiederholt werden. So werden Schädel-CTs in Spezialkliniken jährlich wiederholt – Kassenärzte hingegen sehen davon ab.⁶⁰

2.5 Heilmittel

Die medikamentöse Behandlung stellt sich als sehr komplex dar, wobei die unterschiedlichen Demenzstadien und Begleitsyndrome die Gründe für verschiedene therapeutische Ansätze sind. Prinzipiell unterscheidet man die Behandlung von kognitiven und nicht-kognitiven Symptomen. Erstere versucht die vorhandenen kognitiven Fähigkeiten zu erhalten mit dem Ziel das Voranschreiten der Erkrankung zu verzögern.⁶¹

⁵⁸ Alf C. et al., 2006: 222

⁵⁹ Expertengespräch: Prof. Dr. Rainer, Memory-Klinik SMZ-Ost, 21.08.2008

⁶⁰ Expertengespräch: Prof. Dr. Rainer, Memory-Klinik SMZ-Ost, 21.08.2008

⁶¹ vgl. Rebhandl E. et al., 2004: 14 ff, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

DEMENZ

Die nachfolgende Übersicht wichtiger Substanzklassen konnte ebenfalls dem Konsensusstatement der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin entnommen werden und soll einen Überblick über die Medikation bei dementiellen Erkrankungen geben.⁶²

Tabelle 2: Wichtige Substanzklassen zur Therapie (Quelle: nach Rebhandl et al.)

Wichtige Substanzklassen zur Therapie der Demenz

Spezifische Pharmaka (antidementive Therapie)	Indikation
Acetylcholinesterasehemmer:	
Donepezil (5–10mg)* (Aricept®)	* AD, vaskuläre Demenz
Rivastigmin (9–12mg)** (Exelon®)	** Lewy-Body-Demenz
Galantamin (16–24mg)*** (Reminyl®)	*** vaskuläre Demenz
Glutamatantagonist:	
Memantin (20mg) (Ebixa®, Axura®)	mittelschwere bis schwere AD und vaskuläre Demenz
Pflanzenextrakt:	
Ginkgo biloba EGb 761 (Tebofortan®)	In einigen Studien zeigte sich eine geringe Wirksamkeit bei AD und vaskulärer Demenz.

Bei Demenz werden abhängig von Stadium und Verträglichkeit Acetylcholinesterase-hemmer und/ oder Glutamatantagonisten (Memantin) gegeben. Auch Pflanzenextrakte wie Ginkgo-Extrakt EGb 761 werden zur Verbesserung der Mikrozirkulation eingesetzt, wobei deren Wirkung umstritten ist.⁶³ An dieser Stelle soll auch darauf hingewiesen werden, dass in Österreich Betroffene mit schwerer Demenz bei einem MMSE < 10 von der medikamentösen Demenztherapie ausgeschlossen werden, da es diesbezüglich seitens des Hauptverbandes eine Erklärung für die Reglementierung im Erstattungskodex des Heilmittelverzeichnis gibt. Laut Expertengespräch entspricht dies aber nicht den wissenschaftlichen Erkenntnissen und wird somit expertenseitig stark kritisiert.⁶⁴

Zur Behandlung nicht- kognitiver Symptome, wie Wahn, Unruhe, Ängste, Depressionen Aggressionen usw., sind medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien sinnvoll. Zum

⁶² vgl. Rebhandl E. et al., 2004: 15, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

⁶³ vgl. Rebhandl E. et al., 2004: 14 ff, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

⁶⁴ Rainer M., 2008, Expertengespräch

DEMENZ

Einsatz kommen Substanzen der Gruppe Neuroleptika, Benzodiazepine, Antidepressiva, Antipsychotika und Schlafmittel.^{65 66}

2.6 Pflege

*In Österreich werden nur circa 15% aller Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen, also in Alten- und Pflegeheimen, betreut.⁶⁷ In der Studie *Epidemiologie und Versorgung Demenzkranker* aus dem Jahre 1999, die in Pflegeheimen an 249 Heimbewohnern durchgeführt wurde, konnte beobachtet werden, dass 63,5% der im Pflegeheim befindlichen Personen an Demenz leiden.⁶⁸*

Der größte Teil, das sind geschätzte 75 bis 80% der österreichischen Demenzbevölkerung, lebt in privaten Haushalten, wo sie von den Angehörigen, von sozialen Diensten und ambulanten Pflegediensten unterstützt werden, gepflegt werden.⁶⁹ Die Unterstützungsmaßnahmen von den diversen Diensten beschränken sich meist auf die Körperpflege beziehungsweise Behandlungspflege (zum Beispiel: Wundpflege) und stellen somit für die Angehörigen nur eine begrenzte Hilfestellung dar.⁷⁰

Bund, Länder und Gemeinden unterstützen die privaten Haushalte durch Geld- und Sachleistungen. Im Jahre 1993 wurde das Bundes- und Landespflegegeld, welches in 7 Pflegestufen eingeteilt ist, eingeführt und an Personen, die mindestens einen ständigen Pflegebedarf von 50 Stunden pro Monat nachweisen können, mit einer Auszahlungssumme von € 148,3 in der geringsten Stufe und € 1.562,1 in der höchsten Stufe ausbezahlt.⁷¹ Recherchen bezüglich Pflegegeldstufen ergaben, dass Demenzkranke der mittleren Stufe meist die 3. oder 4. Pflegestufe erhalten, was Geldleistungen im Monat von € 421,80 beziehungsweise € 632,70 bedeutet.⁷² In welche Pflegestufe der Patient jedoch eingestuft wird, ist von den Beurteilungen des betreuenden Arztes abhängig.⁷³ Genauere Zahlen über Pflege- und Altenbetreuung liegen in Österreich leider nicht vor.⁷⁴

⁶⁵ vgl. Kasper S. et al., 2006: 10 ff, http://www.medizin-akademie.at/mm/mm003/Demenz-Konsensus_korr_low.pdf

⁶⁶ vgl. Kaiser G., 2006: 29 ff

⁶⁷ Marschitz W., 2006: 54

⁶⁸ vgl. Wancata J./ Hajji M./ Windhaber J., 1999: 128

⁶⁹ vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R., 2003: 39

⁷⁰ vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R., 2003: 39

⁷¹ vgl. Mühlberger U./ Knittler K./ Guger A., 2008: 5

⁷² vgl. Help.gv.at, 2008, <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360516.html>

⁷³ Dr. Findl, 2008, Expertengespräch

⁷⁴ vgl. Marschitz W., 2006: 54

2.7 Leitlinien, Richtlinien, Konsensuspapiere

Die Bedeutung des Themas Demenz wird durch die zahlreichen nationalen und internationalen existierenden Leitlinien, Richtlinien und/ oder Konsensuspapiere, wobei davon viele innerhalb der letzten 5 Jahre publiziert beziehungsweise upgedatet wurden, hervorgehoben. Als österreichische Beiträge sind die unten angeführten Konsensuspapiere, Experten-Statements und Ergebnisse von Expertenmeetings, die vor allem an das medizinische Fachpersonal adressiert sind, zu nennen. Leitlinien, die sich an Patienten, Angehörige und Sozialdienste richten, wären in Österreich ebenfalls dringend erforderlich.⁷⁵

Österreichische Beiträge:

1. Experten-Statement: Alzheimerkrankheit, Management aus multidisziplinärer Sicht – Österreichischen Alzheimer Liga (2007)⁷⁶
2. Konsensusstatement: Lewy-Körper-Demenz und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung von Alzheimer'scher Erkrankung – Österreichische Alzheimer Gesellschaft (ÖAG) und der Österreichische Parkinson Gesellschaft (ÖPG) (2007)⁷⁷
3. Konsensusstatement: „Demenz“ der Österr. Alzheimer Gesellschaft (Update 2006)⁷⁸
4. Konsensusstatement: Demenzerkrankungen, Medikamentöse Therapie –Vorsitz: o. Univ. Prof. Dr. Dr. Siegfried Kasper et al. (2006)⁷⁹
5. Konsensusstatement: Parkinsons-Demenz, Österreichische Parkinson-Gesellschaft (2005)⁸⁰
6. Konsensusstatement: Demenz-Früherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis – Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft, Österreichischen Alzheimer Liga. Alzheimer Angehörige Austria und Verein Altern mit Zukunft (2004)⁸¹

⁷⁵ vgl. Seidl E./ Labenbacher S., 2007: 89 ff

⁷⁶ Anditsch M. et al., 2007, <http://www.medizin-medien.at/mm/mm007/alzheimer-web.pdf>

⁷⁷ vgl. Ransmayr G. et al., 2007, http://www.memoriesball.at/fileadmin/Documents/Lewy_Body_Demenz.pdf

⁷⁸ Alf C., 2006, http://www.memoriesball.at/fileadmin/Documents/Konsensuspapier_2006.pdf

⁷⁹ Kasper S. et al, 2006, http://www.medizin-akademie.at/mm/mm003/Demenz-Konsensus_korr_low.pdf

⁸⁰ Poewe W., 2005, http://www.parkinson.at/fileadmin/p-aktuell/2005/P-aktuell_Mai_05.pdf

⁸¹ Rebhandl E. et al., 2004, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

DEMENZ

7. Ergebnisse Expertenmeeting: Demenzen Focus Cholinesterasehemmer – Vorsitz:
Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer (2003)⁸²

⁸² Fischer P. et al., 2003, http://www.medizin-medien.at/mm/Demenzen_09_03.pdf

3 Demographische Faktoren

3.1 Wandel der Bevölkerungsstruktur

Um Bevölkerungsprognosen aufstellen zu können, werden Fertilitätsraten, Migrationsströme und Sterblichkeitsraten zur Berechnung herangezogen. Laut Statistik Austria wird die österreichische Bevölkerung bis zum Jahre 2050 hauptsächlich durch Zuwanderung wachsen. Einen genaueren Überblick über die prognostizierten Bevölkerungszahlen soll die nachfolgende Tabelle geben:⁸³

Tabelle 3: Bevölkerungsprognose 2007 (Quelle: nach Statistik Austria)

Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2006-2075 laut Hauptszenario							
Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre
	Absolut				In %		
2007	8.311.899	1.285.540	5.178.059	1.848.300	15,5	62,3	22,2
2008	8.337.606	1.267.534	5.188.303	1.881.769	15,2	62,2	22,6
2010	8.395.315	1.238.399	5.217.708	1.939.208	14,8	62,2	23,1
2020	8.689.447	1.213.914	5.195.195	2.280.338	14,0	59,8	26,2
2030	8.978.511	1.245.085	4.925.983	2.807.443	13,9	54,9	31,3
2040	9.280.413	1.246.402	4.975.007	3.059.004	13,4	53,6	33,0
2050	9.514.363	1.257.884	5.000.405	3.256.074	13,2	52,6	34,2

Ausgehend vom Jahr 2006, indem Österreich rund 8,28 Millionen EinwohnerInnen zählt, prognostiziert man für das Jahr 2010 bereits 8,39 Millionen Einwohner. Für das Jahr 2030 werden schon 8,98 Millionen EinwohnerInnen errechnet und für das Jahr 2050 rechnet man mit 9,51 Millionen ÖsterreicherInnen.

⁸³ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

In Bezug auf Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur zeigt Abbildung 1, dass der Bevölkerungsanstieg durch einen Anstieg der Alterung begleitet wird.⁸⁴

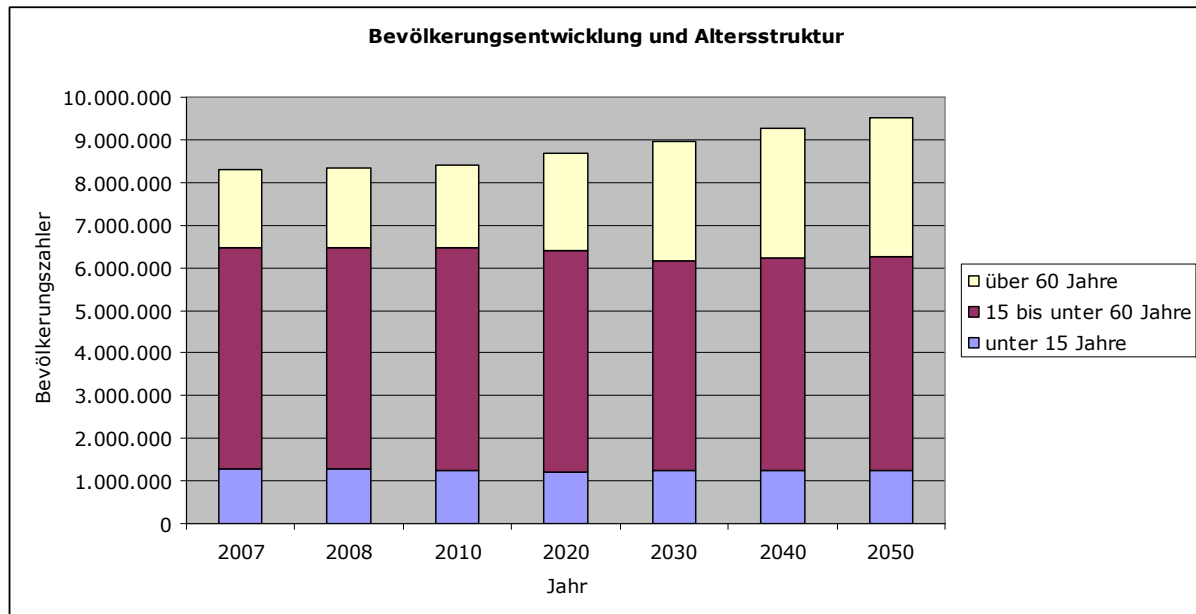


Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur 2006 bis 2050 in Österreich (Quelle: nach Statistik Austria)

Der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen wächst kontinuierlich, wobei die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, also der unter 15-Jährigen, leicht abnimmt. Dieser Vorgang wird durch Zuwanderung etwas abgeschwächt. In Zahlen bedeutet dies für das Jahr 2007, dass in Österreich circa 1,29 Millionen unter 15-Jährige im Vergleich zu 1,85 Millionen über 60-Jährige gezählt werden. Im Jahr 2030 werden rund 1,25 Millionen ÖsterreicherInnen unter 15 Jahre alt sein, im Gegensatz dazu werden 2,81 Millionen über 60 Jahre sein. Im Jahr 2050 kommen 1,26 Millionen unter 15-Jährige auf rund 3,26 Millionen über 60-Jährige.⁸⁵

Eine ähnliche Situation bietet sich bei der Betrachtung der Altersgruppe der zwischen 15-64-Jährigen. Auch der Anteil dieser Gruppe der Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung Österreichs nimmt stetig ab – von 62,3% in 2007, wird dieser auf 52,6% in 2050 schrumpfen.

⁸⁴ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

⁸⁵ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Die nachfolgende Abbildung, die die Bevölkerungspyramide für Österreich jeweils für die Jahre 2006 und 2030 darstellt, soll diese Entwicklung grafisch veranschaulichen:⁸⁶

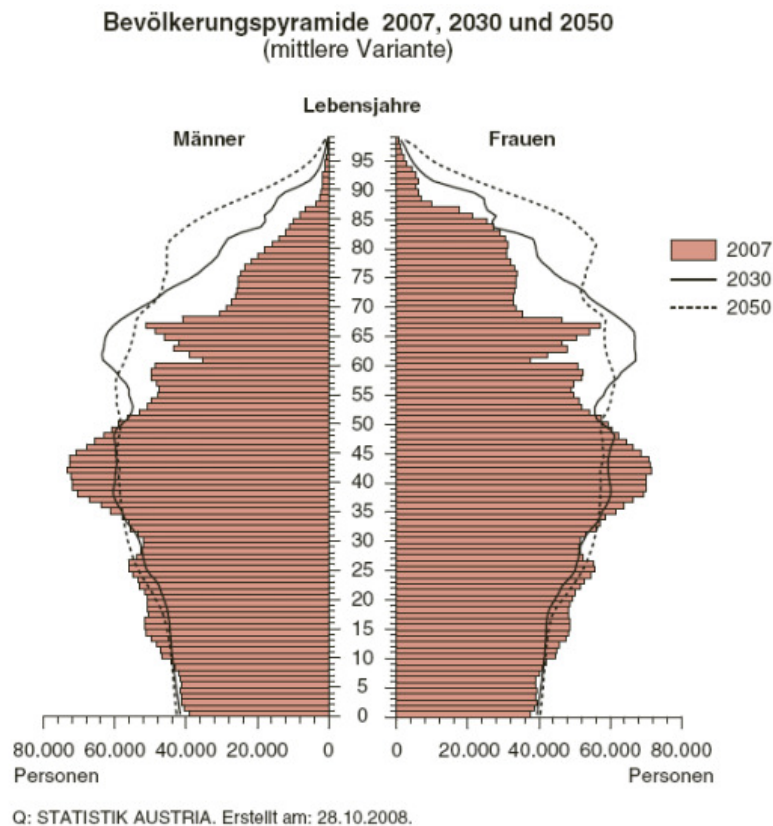


Abbildung 2: Bevölkerungspyramide für Österreich 2006 und 2030 (Quelle: Statistik Austria)

Gut ersichtlich aus der Abbildung ist die Tatsache, dass mehr Menschen als früher ein höheres Alter erreichen werden. Somit wird die Zahl der über 60-Jährigen im Jahr 2030 in Österreich auf 2,81 Millionen anwachsen und folglich um 55% größer sein als noch im Jahr 2006. Heute ist noch jeder Fünfte ÖsterreicherIn über 60 Jahre, bis 2020 prognostiziert man, dass dies jeder Vierte sein wird.⁸⁷

Für das Jahr 2030 wird eine Erhöhung der Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen ausgehend vom Jahr 2006 von 647.000 ÖsterreicherInnen, um 58% auf 1,02 Millionen

⁸⁶ siehe Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html

⁸⁷ vgl. Statistik Austria, 2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Einwohner angenommen, das bedeutet wiederum eine Steigerung des Anteils dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung von 8% auf 17%.⁸⁸

Betrachtet man diese Entwicklung der Bevölkerungszahlen, so kann daraus schon in naher Zukunft für das österreichische Sozial- und Gesundheitswesen eine enorme Belastung vorausgesagt werden.⁸⁹

3.2 Entwicklungen des Gesundheitszustandes

Die Nachfrage nach medizinischer Versorgung ist aber nicht nur vom Alter alleine abhängig, sondern auch vom Gesundheitsstatus sowie dem generellen Befinden der älteren Bevölkerung.⁹⁰

Die Lebenserwartung steigt in Österreich kontinuierlich.⁹¹ Die Frage, die nun gestellt werden muss, ist jene, was diese Tatsache für die betroffene Bevölkerung bedeutet – sind das tatsächliche gewonnene Lebensjahre oder nur die Verlängerung der Morbidität. Vor der Verfügbarkeit genauerer empirischer Daten über dieses Thema ist man davon ausgegangen, dass der Rückgang der Morbiditätsrate auf eine Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung hinwies.⁹² Die nun vorliegenden Informationen widerlegen dies aber. In der Literatur findet man nun drei verschiedene Thesen, die sich mit der Qualität der längeren Lebenserwartung beschäftigen:⁹³

1. *Hypothese des dynamischen Equilibriums*
2. *Hypothese der Expansion der Morbidität*
3. *Hypothese der Kompression der Morbidität*

⁸⁸ vgl. Statistik Austria, 2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

⁸⁹ vgl. Rebhandl E. et. al., 2004: 4, http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf

⁹⁰ vgl. Economic Policy Committee and the European Commission, 2006: 114 ff, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm

⁹¹ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html

⁹² vgl. Economic Policy Committee and the European Commission, 2006: 114 ff, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm

⁹³ Economic Policy Committee and the European Commission, 2006: 114 ff, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm

DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Die nachfolgende Grafik soll der besseren Veranschaulichung der Hypothesen dienen.⁹⁴

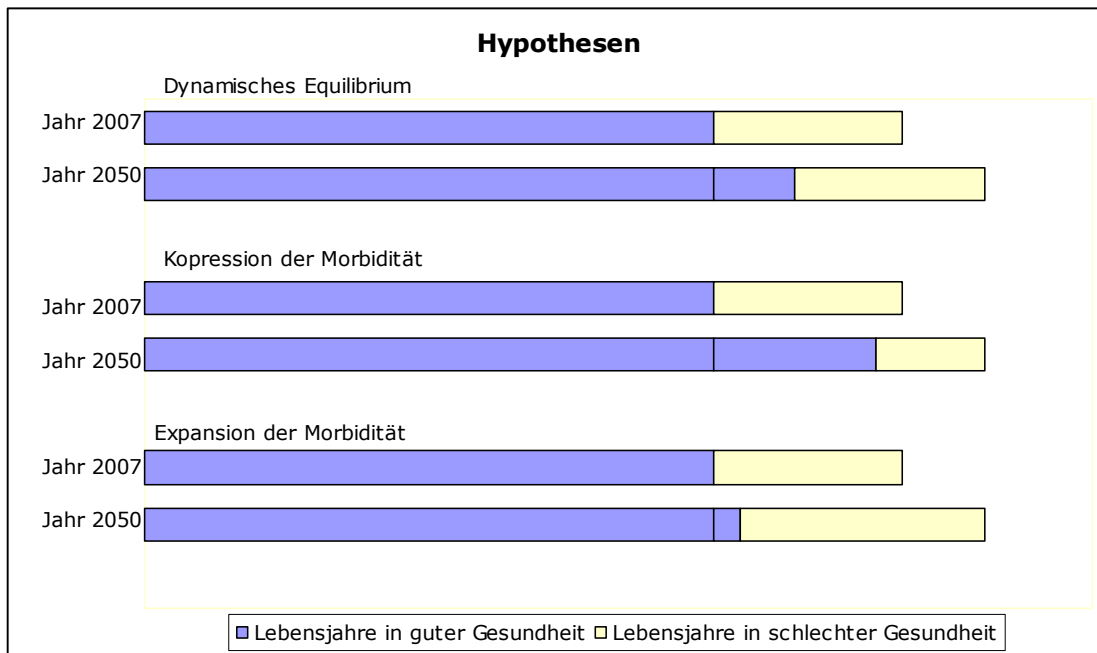


Abbildung 3: unterschiedliche Hypothesen bezüglich erhöhter Lebenserwartung (Quelle: nach Economic Policy Committee and the European Commission)

1. Hypothese des dynamischen Equilibriums:

Diese These stammt von Manton et al. aus dem Jahre 1995 und besagt, dass es durch die Verschiebung des Todeszeitpunkts auf einen späteren Zeitpunkt zu einer Verschiebung der Jahre, die in schlechter Gesundheit verbracht werden, nach hinten und zwar im Ausmaß der erhöhten Lebenserwartung kommt. Dass die Morbidität konstant bleibt, ist auf die medizinische Behandlung zurückzuführen. Die Bezeichnung dynamisches Equilibrium beschreibt die ganzheitlichen Änderungen im Lebenszyklus und ist eine hypothetisch vereinfachte Version der komplizierten früheren Theorie von Manton aus dem Jahre 1982. Trotz der vorher getroffenen Annahme wird nach dieser Hypothese nicht jeder in den Genuss kommen, die erhöhte Lebenserwartung in voller Gesundheit zu erleben. Stattdessen wird das Ziel verfolgt, einen moderaten Gesundheitszustand zu erhalten.⁹⁵

2. Hypothese der Kompression der Morbidität:

Die optimistischste These stammt von Fries und geht davon aus, dass die erhöhte Lebenserwartung in voller Gesundheit verbracht wird beziehungsweise es zu einer

⁹⁴ siehe Economic Policy Committee and the European Commission, 2006: 114 ff, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm

⁹⁵ vgl. Economic Policy Committee and the European Commission, 2006: 115, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm

DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Reduktion der Morbidität kommt. Möglich wird dies durch die besseren Lebensbedingungen, durch den gesünderen Lebensstil und die erhöhte Heilbarkeit von chronischen Erkrankungen.⁹⁶

3. Hypothese der Expansion der Morbidität:

Die Expansion der Morbiditäts-Hypothese wurde von Gruenberg (1977), Verbrugge (1984) und Olshansky et al. (1991) aufgestellt und von Guralnik (1991) empirisch unterstützt. Diese Hypothese besagt, dass der Zugewinn an Lebensjahren auf das Hinauszögern des Todes durch medizinische Interventionen bei älteren Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen zurückzuführen ist. Folglich wird davon ausgegangen, dass ein Großteil des Zugewinns an Lebensjahren in schlechter Gesundheit verbracht wird.⁹⁷

Studien, die sich mit der Lebenserwartung und dem Gesundheitszustand beschäftigen, unterstützen besonders die Hypothese der Kompression der Morbidität. Doblhammer und Kytir haben im Artikel *„Kompression“ oder „Expansion“ der Morbidität? Trends in der Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit 1978 bis 1998* aus dem Jahre 2001 diesbezüglich Berechnungen für Österreich durchgeführt. Sie sind zum Schluss gekommen, dass im Betrachtungszeitraum von 1978 bis 1998 nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die Anzahl der Lebensjahre, die in guter Gesundheit verbracht werden, gestiegen sind. Das bedeutet, dass die Menschen gesünder alt werden.⁹⁸

Im Detail sehen die Daten für Österreich laut Statistik Austria wie folgt aus: Der Zugewinn an Lebensjahren im Zeitraum 1991 bis 2007 liegt bei den Frauen bei 3,7 Jahren und bei den Männern bei 4,8 Jahren, sodass die durchschnittliche Lebenserwartung bei den Frauen aktuell bei 82,7 Jahren und bei den Männern bei 77,1 Jahren liegt.⁹⁹

Im diesem Betrachtungszeitraum profitiert hauptsächlich die Altersgruppe der 65+ vom Mortalitätsrückgang, wobei sich die restliche Lebenserwartung der 65-Jährigen Frauen von 18 auf 20,7 Jahre und die der Männer von 14,4 auf 17,4 Jahre erhöht hat.¹⁰⁰

⁹⁶ vgl. Economic Policy Committee and the European Commission, 2006: 115, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm

⁹⁷ vgl. Economic Policy Committee and the European Commission, 2006: 115, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm

⁹⁸ vgl. Doblhammer / Kytir 1999: 71

⁹⁹ vgl. Statistik Austria, 2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.htm

¹⁰⁰ vgl. Statistik Austria 2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html

DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Um über zukünftige Prognosen einen genaueren Überblick zu bekommen soll Tabelle 4 dienen:¹⁰¹

Tabelle 4: Lebenserwartung im Alter (Quelle: nach Statistik Austria)

Jahr	L e b e n s e r w a r t u n g			
	im Alter von 65 Jahren		Veränderung ausgehend von 2007	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
1991	14,4	18		
2007	17,4	20,7		
2010	17,8	21,1	+ 0,4	+ 0,4
2020	19,2	22,4	+ 1,8	+ 1,7
2030	20,6	23,7	+ 3,3	+ 3,0
2040	21,9	24,9	+ 4,5	+ 4,2
2050	23,1	26,1	+ 5,7	+ 5,4

Tabelle 4 zeigt die verbleibende Lebenserwartung der Bevölkerungsgruppe 65+ bis ins Jahr 2050. Gut ersichtlich ist der kontinuierliche Anstieg der verbleibenden Lebenserwartung sowohl bei den Frauen, als auch bei den Männern.

Wie bereits Doblhammer und Kytir für Österreich in Erfahrung brachten, berichtet auch die Statistik Austria, dass die steigende Lebenserwartung auch mit einer immer besseren Beurteilung der eigenen Gesundheit verbunden ist, wobei sich diese positive Entwicklung besonders seit 1991 erkennen lässt.¹⁰²

¹⁰¹ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=027318

¹⁰² vgl. Statistik Austria, 2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.htm

4 Epidemiologie

4.1 Einleitung

In zahlreichen nationalen und internationalen Publikationen wird darauf hingewiesen, dass durch den demographischen Wandel in den meisten Industrienationen, der gekennzeichnet ist durch den Anstieg der mittleren Lebenserwartung und dem Anstieg der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, die Anzahl der Demenzerkrankungen im Laufe der Zeit zunehmen wird.¹⁰³ Als Gründe für die Veränderung in der Lebenserwartung sowie der Bevölkerungsstruktur kann *der erhöhte Lebensstandard, die Verbesserung der Hygiene sowie die Fortschritte in der präventiven und kurativen Medizin genannt werden.*¹⁰⁴ Dies bedeutet jedoch auch eine besondere Herausforderung für unser Gesundheits- und Sozialsystem.

Hochrechnungen für alle Demenzen wurden bereits vor mindestens 10 Jahren von Haidinger et al. vorgelegt, wobei nur Meta-Analysen über die Epidemiologie aller Demenzen und der Alzheimer–Demenz gemacht wurden. Mittlerweile existieren für Österreich zum Beispiel von Wancata et al. aktuellere Daten und auch neuere Meta-Analysen zur Prävalenz und Inzidenz über die epidemiologische Entwicklung von allen Demenzerkrankungen und den wichtigsten Untergruppen. Dies macht es möglich, präzisere und detailliertere Angaben über die Anzahl der Erkrankten und der Neuerkrankungen zu treffen.¹⁰⁵

An dieser Stelle soll auch darauf hingewiesen werden, dass Datenquellen von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Ärzten nur bedingt für die Berechnung von Demenzerkrankungen geeignet sind, da viele Ärzte die Diagnose Demenz nicht oder erst spät stellen, da sie die Symptome dem Alterungsprozess zuschreiben.¹⁰⁶

In diesem Kapitel sollen mittels aktueller epidemiologischen Daten und diverser Hochrechnungen Demenzerkrankungen in Österreich dargestellt und eventuell zukünftige Entwicklungen abgebildet werden.

¹⁰³ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 172

¹⁰⁴ Weyrer S., 2001: 149

¹⁰⁵ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹⁰⁶ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 173

4.2 Prävalenz- und Inzidenzdaten für Österreich

4.2.1 Allgemein

Unter Prävalenzrate versteht man den Prozentsatz der Demenzerkrankten in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Inzidenzrate hingegen beschreibt die Neuerkrankungen pro Jahr bezogen auf die Zahl der nicht an Demenz erkrankten Personen innerhalb eines Jahres.¹⁰⁷

In den letzten beiden Jahrzehnten wurden weltweit zahlreiche epidemiologische Studien durchgeführt, wobei jede Untersuchung zum Schluss kam, dass die Prävalenz mit dem Alter deutlich zunimmt. In einer quantitativen Analyse, in der 47 Studien genauer untersucht wurden, kommt man zum Ergebnis, dass sich die Prävalenz bei der Altersgruppe 60+ alle 5,1 Jahre verdoppelt.¹⁰⁸

Für Europa haben Hofman et al. 1991 Demenzprävalenzstudien von 12 Ländern aus den 80ziger Jahren genauer untersucht und ihre Ergebnisse in der EURODEM-Studie zusammengefasst.¹⁰⁹ Folgende durchschnittliche Prävalenzraten und Inzidenzraten nach Altersgruppen ergaben sich daraus:^{110 111}

Tabelle 5: Prävalenz- und Inzidenzrate laut EURODEM- Studie
(Quellen: Hofman et al.; Mathers et al.)

Altersgruppe	Prävalenzrate in %	Inzidenzrate in %
60 – 64	1,0	
65 – 69	1,4	0,2
70 – 74	4,1	0,6
75 – 79	5,7	1,6
80 – 84	13,0	3,1
85 – 89	21,6	4,6
90 – 94	32,2	6,1

¹⁰⁷ vgl. Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 2 ff

¹⁰⁸ vgl. Wancata J./ Hajji M./ Windhaber J., 1999: 123

¹⁰⁹ vgl. Wancata J./ Hajji M./ Windhaber J., 1999: 123

¹¹⁰ siehe Hofman A. et al., 1991: 747

¹¹¹ siehe Mathers C./ Leonardi M., 2000: 4, www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_dementia.pdf

EPIDEMIOLOGIE

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass die Demenzprävalenzrate in der Altersgruppe von 60 Jahren bei 1% liegt und alle weiteren 5 Lebensjahre zuerst leicht, ab einem Alter von 80 Jahren dann jedoch überproportional ansteigt und schlussendlich den absoluten Höchststand in der Altersgruppe der über 95-Jährigen mit 32,2% erreicht.¹¹²

Es zeigt sich, dass auch die Inzidenz, also das Neuauftreten einer Demenz mit zunehmendem Alter stark ansteigt. Liegt die Inzidenzrate der 65-69-Jährigen noch bei 0,2%, verzeichnet man bei den über 80-Jährigen bereits 3,1%. Die eindeutige Spitze mit 6,1% nimmt auch hier die Altersgruppe der über 90-Jährigen ein.¹¹³

Neuere Daten bezüglich Prävalenz liefern die von Ferri et al. 2005 publizierte und oft zitierte Erhebung mit dem Titel *Global prevalence of dementia: a delphi consensus study*, die zu ähnlichen Ergebnissen wie die EURODEM- Studie kommt. Dafür werden insgesamt 12 internationale Experten beauftragt weltweit alle Studien und Daten bezüglich Demenz zu sammeln, zusammenzufassen und auszuwerten. In der Studie wird von 24,3 Millionen an Demenz erkrankter Personen innerhalb der Bevölkerung der UN-Mitgliedstaaten ausgegangen, wobei sich diese Zahl in den kommenden 20 Jahren voraussichtlich verdoppeln wird.¹¹⁴ Da es für Österreich keine expliziten Erhebungen in diesem Bereich gibt, muss man auf die Daten dieser anerkannten europäischen Studien zurückgreifen. Veröffentlicht werden im Jahrbuch Alzheimer-Europe für das Jahr 2005 folgende absolute Zahlen:¹¹⁵

Tabelle 6: Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich 2005 (Quelle: Dementia in Europe Yearbook)

Age group	Eurodem			Ferri et al.
	Men with dementia	Women with dementia	Total number of people with dementia	Total number of people with dementia
30-59	2,852	1,601	4,453	
60-64	3,720	1,198	4,918	4,414
65-69	3,777	2,172	5,948	5,572
70-74	6,344	6,754	13,099	11,254
75-79	5,485	11,432	16,918	16,814
80-84	7,966	20,631	28,597	26,663
85-89	3,798	12,717	16,515	29,725
90-94	3,276	10,704	13,981	
Total	37,218	67,210	104,428	94,441

¹¹² vgl. Hofman A. et al., 1991: 747

¹¹³ vgl. Mathers C./ Leonardi M., 2000: 4, www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_dementia.pdf

¹¹⁴ vgl. Ferri et al., 2005: 2112 ff

¹¹⁵ siehe Alzheimer Europe, 2007: 49, http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf

EPIDEMIOLOGIE

Laut EURODEM- Studie leiden im Jahre 2005 37.218 Österreicher und 67.210 Österreicherinnen an Demenz, also insgesamt 104.428 Personen. Den größten Anteil nimmt dabei die Altersgruppe der 80-84-Jährigen mit 7.966 männlichen und 20.631 weiblichen Betroffenen ein. Vergleichbare Zahlen mit 94.441 Demenzkranken präsentierten für Österreich Ferri et al., wobei die Altersgruppe der 85-Jährigen mit jenen der 90-Jährigen zusammengefasst wird und somit den größten Anteil mit 29.725 Betroffenen darstellt. Zusätzlich wird im Jahrbuch auch darauf hingewiesen, dass aufgrund der unzureichenden Datenqualität, die die Altersgruppe der 95- Jährigen betrifft, von einer „Unterschätzung“ der Demenzzahlen auszugehen ist.¹¹⁶

Bezüglich Prävalenzanstieg kann folgende Information dem Jahrbuch Alzheimer - Europe für Österreich entnommen werden:¹¹⁷

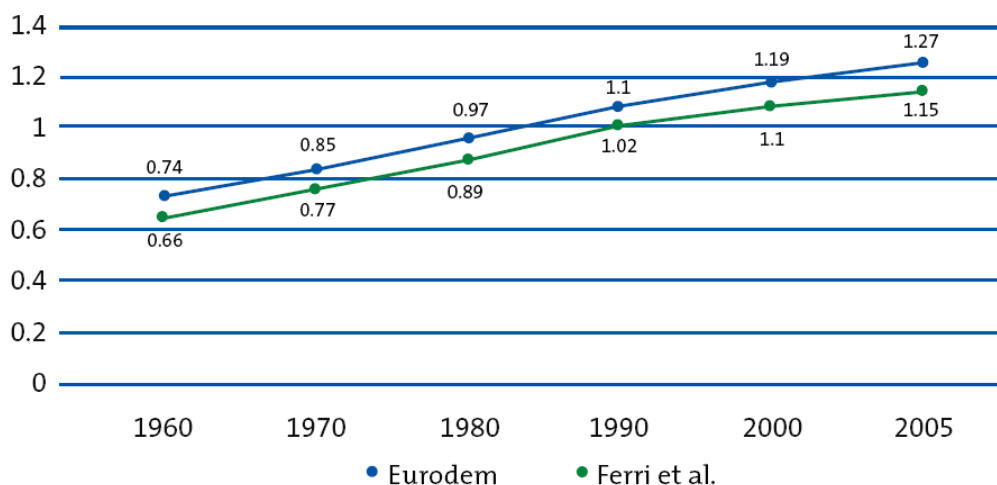


Abbildung 4: Demenzprävalenzanstieg zwischen 1960 und 2005
(Quelle: Dementia in Europe Yearbook)

Nach der EURODEM- Studie kann für Österreich ein beinahe linearer Anstieg der Demenzprävalenz von 0,74% in 1960 auf 1,27% in 2005 berechnet werden. Auch Ferri et al. präsentierten ähnliche Ergebnisse: für 1960 wird ein Prozentsatz von 0,66 angegeben und für 2005 ein Anstieg auf 1,15%. Dieses Ergebnis ist mit dem EU- Durchschnitt kompatibel.¹¹⁸

¹¹⁶ vgl. Alzheimer Europe, 2007: 49 f, http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf

¹¹⁷ siehe Alzheimer Europe, 2007: 49 f, http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf

¹¹⁸ vgl. Alzheimer Europe, 2007: 49 f, http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf

EPIDEMIOLOGIE

Weitere sehr umfangreiche Berechnungen für Österreich finden sich in Wacanta et al. im Artikel *Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050*, welche auch in Tabelle 7 dargestellten sind. Diese Prävalenz- und Inzidenzzahlen liefern Mittelwerte aus verschiedenen internationalen Studien zugrunde (Prävalenz: Jorm et al.: 1987, Hofman et al.: 1991, Ritchie und Kildea: 1995, Lobo et al.: 2000; Inzidenz: Jorm und Jolly: 1998, Gao et al.: 1998, Launer et al.: 1999, Fratiglioni et al.: 2000) sowie Daten des Österreichischen Statistischen Zentralamtes ausgehend von 1951 bis 2050:¹¹⁹

Tabelle 7: Geschätzte Anzahl von Demenzkranken (alle Demenzen, AD und VD) in Österreich
(Angaben in 1.000) (Quelle: nach Wancata et al.)

Jahr	Anzahl von Demenzkranken						
	Österreichische Bevölkerung (60+ Jahre)	Alle Demenzen Mittelwert	Alle Demenzen	AD Mittelwert	AD	VD Lobo 2000	VD Lobo 2000
	N	N	%	N	%	N	%
1981	1.453,7	67,5	4,64	42,8	2,95	12,1	0,83
1991	1.564,7	79,1	5,06	50,1	3,20	13,8	0,88
2000	1.672,7	90,5	5,41	57,1	3,41	15,7	0,94
2010	1.928,2	108,4	5,62	68,6	3,56	19,0	0,99
2020	2.250,8	129,6	5,76	82,7	3,67	22,8	1,01
2030	2.776,5	163,4	5,88	103,9	3,74	28,6	1,03
2040	2.868,1	199,8	6,97	128,8	4,49	35,5	1,24
2050	2.825,3	233,8	8,28	151,4	5,36	40,2	1,42

Aus der Tabelle 7 ist der kontinuierliche Anstieg aller Demenzerkrankungen eindeutig ersichtlich. Waren 1981 nur 67.500 ÖsterreicherInnen an Demenz erkrankt, so werden es 2050 bereits 233.800 Personen sein. Das entspricht einem Anstieg um das 3,4-fache. Betrachtet man nun die Untergruppen, so können im Jahr 1981 42.800 Alzheimer-Demente und 12.100 Vaskuläre Demente gezählt werden. Im Jahr 2050 werden es bereits 151.400 beziehungsweise 40.200 sein.¹²⁰ Zur besseren Veranschaulichung bezüglich Prävalenzraten soll die nachfolgende Grafik dienen:¹²¹

¹¹⁹ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹²⁰ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹²¹ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

EPIDEMIOLOGIE

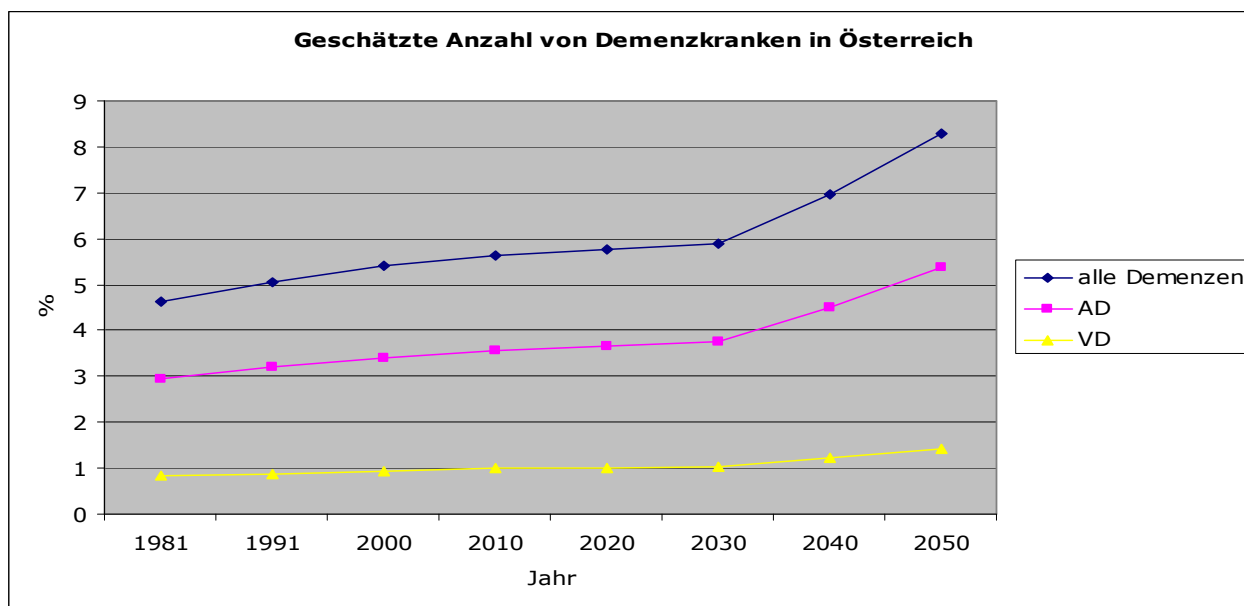


Abbildung 5: Prävalenzrate laut Wancata et al. an der Bevölkerungsgruppe 60+
(Quelle: nach Wancata et al.)

Bezüglich Inzidenz sind im Jahr 1981 etwa 18.200 jährliche Neuerkrankungen zu verzeichnen - bis zum Jahr 2050 werden bereits 59.500 prognostiziert.¹²² Tabelle 8 gibt die von Wancata et al. berechneten jährlichen Neuerkrankungen wieder:¹²³

Tabelle 8: Geschätzte Zahlen der jährlichen Demenzneuerkrankungen (alle Demenzen, AD und VD) in Österreich (Angaben in 1.000) (Quelle: nach Wancata et al.)

Jahr	Jährliche Neuerkrankungen						
	Österreichische Bevölkerung (60+ Jahre at risk)	Alle Demenzen	Alle Demenzen- Mittlere Inzidenz	AD	AD- Mittlere Inzidenz	VD Fratiglioni (2000)	VD Fratiglioni (2000) Inzidenz
	N	N	%	N	%	N	%
1981	1.386,1	18,2	1,31	9,6	0,69	2,5	0,18
1991	1.485,6	20,9	1,41	11,3	0,76	2,8	0,19
2000	1.582,2	23,6	1,49	12,9	0,81	3,0	0,19
2010	1.819,9	28,1	1,54	15,5	0,85	3,6	0,20
2020	2.121,2	33,5	1,58	18,5	0,87	4,3	0,20
2030	2.613,1	42,0	1,61	23,3	0,89	5,3	0,20
2040	2.668,3	51,8	1,94	28,9	1,08	6,6	0,25
2050	2.591,5	59,5	2,29	34,1	1,32	7,2	0,28

¹²² vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹²³ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

Zur besseren Veranschaulichung der jährlichen Neuerkrankungen soll die Abbildung 6 dienen.¹²⁴

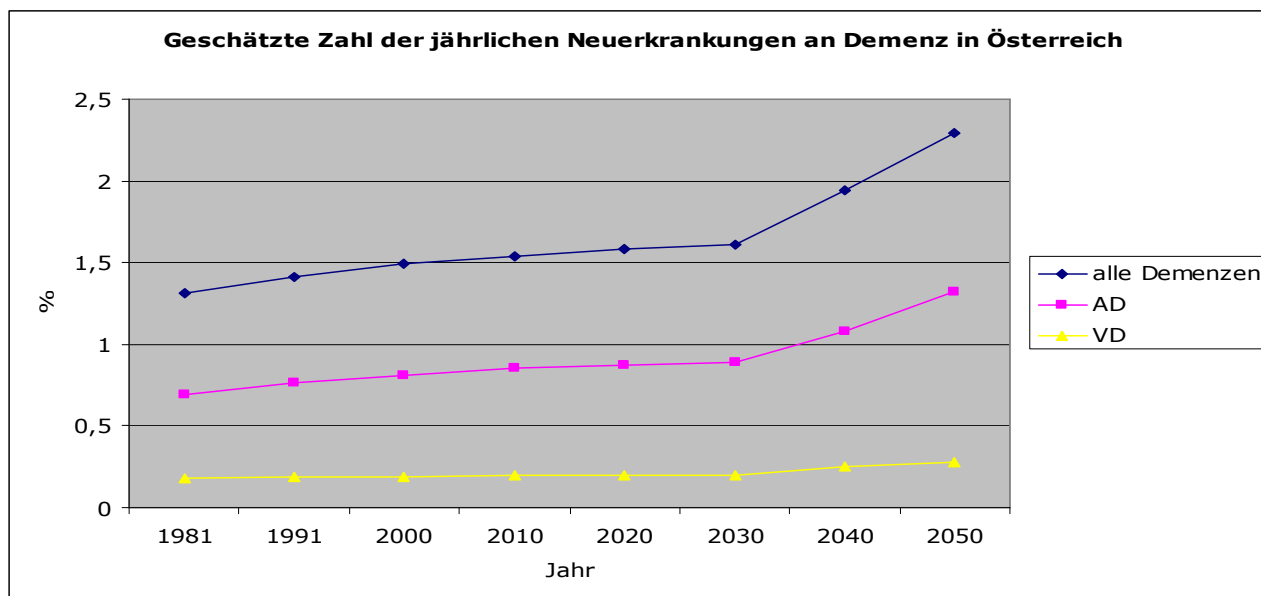


Abbildung 6: Geschätzte Zahlen der jährlichen Neuerkrankungen an Demenz in Österreich (Angabe in 1.000) (Quelle: nach Wancata et al.)

Wenn man die mittleren Absolutzahlen der Inzidenz für alle Demenzen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen betrachtet, so erkennt man, dass diese von 18.200 im Jahr 1981 auf 59.500 im Jahr 2050 steigen, was einem Anstieg um das 3,3-fache entspricht.¹²⁵

Zudem werden in diesem Artikel von Wancata et al. die Bevölkerungsschätzungen der Vereinten Nationen für eine Berechnung der Demenzkranken für Österreich herangezogen, die die oben angeführten Zahlen bestätigen.¹²⁶

Zusammenfassend kann nun festgestellt werden, dass die Zahlen fast ausschließlich von der zu erwartenden Mortalität beeinflusst werden, was laut Hochrechnungen bezüglich der Lebenserwartung in den kommenden Jahren bedeutet, dass mit einer noch älter werdenden Bevölkerung zu rechnen ist.¹²⁷

¹²⁴ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹²⁵ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹²⁶ vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R., 2003: 34

Exkurs: Alternativ- Szenarien

Die Prävalenz kann als eine Funktion von Neuerkrankungen in Abhängigkeit der Krankheitsdauer verstanden werden. Die Annahme der oben vorgestellten Berechnungen ist jene, dass diese beiden Parameter unverändert bleiben. Es könnte aber nun sein, dass sich ein Parameter verändert. Dementsprechend werden von Wancata et al. zwei Alternativ-Szenarien errechnet: ein 10% sowie 20% Zugewinn an Lebensjahren der über 60-Jährigen der Jahre 2010 bis 2050. Die Folge wäre, dass bis 2050 je nach Annahme 263.800 (bei + 10%) beziehungsweise 293.800 (bei + 20%) Demenzkranke mehr zu verzeichnen wären.¹²⁸

Der Vollständigkeit halber müssen auch die Zahlen der präsenilen Demenzen (der unter 60-Jährigen) berücksichtigt werden, wobei es dazu nur sehr wenige Studien gibt. In der Altersgruppe der 40 – 60-Jährigen leiden nur circa 0,1% oder sogar weniger an Demenz. Aus diesem Grund kommt es im Zeitraum zwischen 1951 und 2050 kaum zu Veränderungen in den Prozentzahlen. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies eine Zunahme von 1900 auf 2100 erkrankte Personen in dieser Altersgruppe. Der Anteil der präsenilen Demenz an den gesamten Demenzerkrankungen wird derzeit mit 2% und 3% angegeben. Da aber der Anstieg der restlichen Demenzen so signifikant sein wird, wird sich der ohnehin geringe Anteil im Vergleich auf 1% minimieren.¹²⁹

4.2.2 Aktuelle Demenzprävalenz- und –inzidenzraten für Österreich

Da die Bevölkerungsvorausschätzungen von Wancata et al. aus dem Jahre 1999 stammen, sollen an dieser Stelle die neuesten Bevölkerungsprognosen der Statistik Österreich angeführt werden, die auch als weitere Berechnungsgrundlage dienen:^{130 131}

¹²⁷ vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R., 2003: 34

¹²⁸ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 175

¹²⁹ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 178

¹³⁰ siehe Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_rognoesen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

¹³¹ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

EPIDEMIOLOGIE

Tabelle 9: Bevölkerungsverteilung über und unter 60 Jahre 1981 bis 2050 nach den aktuellen Daten der Statistik Austria (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)

Jahr	Österr. Bevölkerung	Bevölkerung 60+	% Demenz 60+	Alle Demenzkranke 60+	% AD 60+	Absolut AD 60+	%VD 60+	Absolut VD 60+
1981	7.553.326	1.453.700	4,64	67.452	2,95	42.884	0,83	12.066
1991	7.710.882	1.564.700	5,06	79.174	3,2	50.070	0,88	13.769
2000	8.002.186	1.672.700	5,41	90.493	3,41	57.039	0,94	15.723
2010	8.395.315	1.939.208	5,62	108.983	3,56	69.036	0,99	19.198
2020	8.689.447	2.280.338	5,76	131.347	3,67	83.688	1,01	23.031
2030	8.978.511	2.807.443	5,88	165.078	3,77	105.841	1,03	28.917
2040	9.280.413	3.059.004	6,9	211.071	4,49	137.349	1,24	37.932
2050	9.514.363	3.256.074	8,28	269.603	5,36	174.526	1,42	46.236

Die nachfolgende Grafik zeigt die prozentuelle Verteilung der österreichischen Bevölkerung anhand der aktuellen Daten beziehungsweise Hochrechnungen der Statistik Austria und soll der besseren Veranschaulichung dienen: ^{132 133}

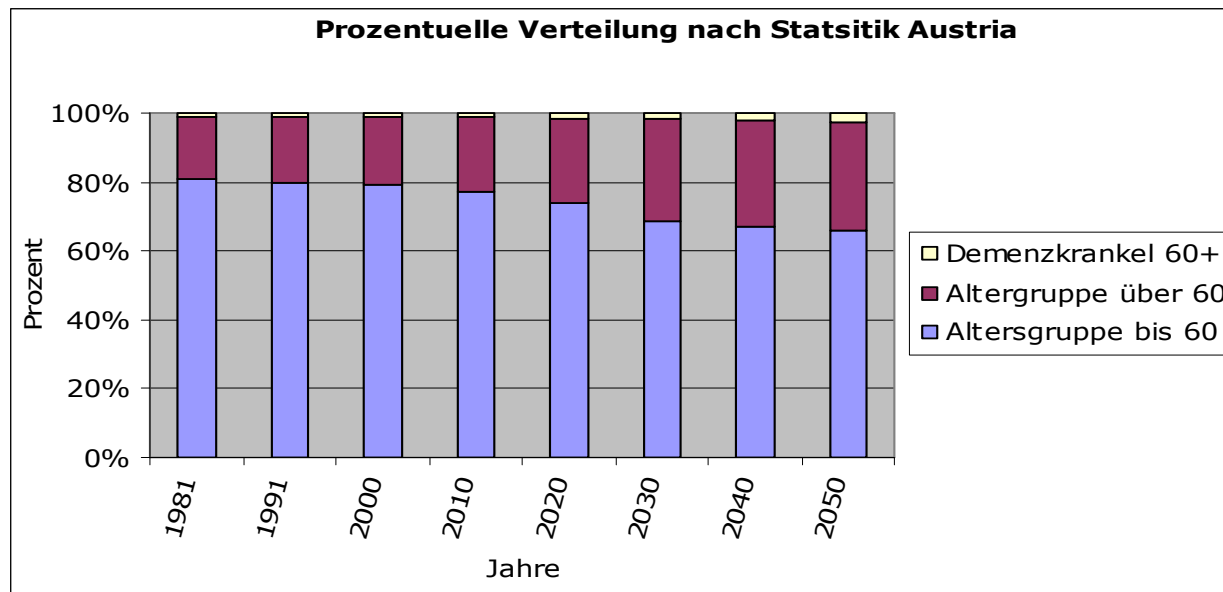


Abbildung 7: Bevölkerungsverteilung über und unter 60 Jahre 1981 bis 2050 nach den aktuellen Prognosen (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)

¹³² siehe Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

¹³³ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

EPIDEMIOLOGIE

Um eine bessere Vorstellung zu erhalten, wie sich die Differenz der von Wancata et al. verwendeten Daten von 1999 und den aktuellen Bevölkerungszahlen und –prognosen für alle Demenzen, Alzheimer-Demenz und Vaskuläre Demenz auswirkt, soll die nachfolgende Grafik dienen.^{134 135}

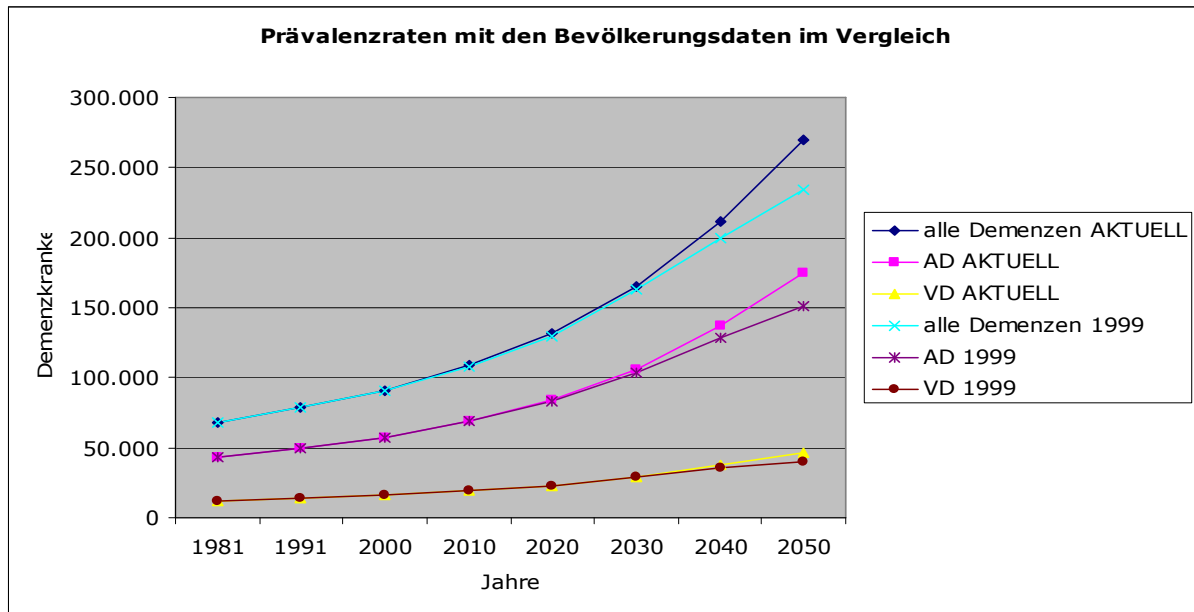


Abbildung 8: Vergleich Hochrechnung mit den Bevölkerungsdaten von 1999 und 2007

(Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)

Im Jahre 2030 werden bereits 2,807.443 ÖsterreicherInnen über 60 Jahre alt sein. Wenn man die für das Jahr 2030 von Wancata et al. prognostizierte Prävalenzrate von 5,88% der über 60-Jährigen Bevölkerung heranzieht, dann werden für diese Altersgruppe 165.078 Demenzkranke in Österreich angenommen. Das bedeutet ein Plus von circa 1% zu den von Wancata et al. für das Jahr 2030 veröffentlichten 163.400 Demenzkranken, also eine Differenz von +1.678 Betroffenen. Für das Jahr 2050 sieht die Situation noch markanter aus: Laut Bevölkerungsprognose der Statistik Austria werden im Jahr 2050 rund 3,256.074 Menschen in Österreich über 60 Jahre alt sein. Wenn auch hier wieder die Prävalenzrate von Wancata et al. mit 8,28% herangezogen wird, werden im Jahre 2050 aus heutiger Sicht 269.603 demenzkranke Personen in Österreich erwartet. Wancata et al. gehen in diesem Jahr von einer Zahl von 233.800 Erkrankten aus, was einer Differenz von +15,3 %, in absoluten Zahlen +35.803 Demenzkranke, bedeutet. Betrachtet man nun die Differenz, die sich bezüglich Alzheimer-Demenz ergibt, so beträgt diese für das Jahr 2030 geschätzte 1.941 Erkrankte mehr und für das Jahr 2050 ein Plus von 23.126 Betroffenen. Bezüglich

¹³⁴ siehe Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

¹³⁵ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

EPIDEMIOLOGIE

Vaskuläre Demenz wird im Jahr 2030 eine Differenz von +317 geschätzten Erkrankten errechnet, für das Jahr 2050 geht man von voraussichtlich +6.036 Dementen aus.^{136 137}

Den aktuellen und prognostizierten Bevölkerungsstand der Altersgruppe 60+ herangezogen, ergeben sich bezüglich Neuerkrankungen nun folgende Zahlen:^{138 139}

Tabelle 10: Geschätzte Zahlen der jährlichen Demenzneuerkrankung (alle Demenzen, AD und VD) in Österreich (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata et al.)

Jahr	Bevölkerung 60+ (Stand 2007)	Alle Demenzen- Mittlere Inzidenz: %	Alle Demenzen- Mittlere Inzidenz: Absolut	AD: Mittlere Inzidenz: %	AD- Mittlere Inzidenz: Absolut	VD Fratiglioni (2000): %	VD Fratiglioni (2000) Inzidenz: absolut
1981	1.453.700	1,31	19.043	0,69	10.031	0,18	2.617
1991	1.564.700	1,41	22.062	0,76	11.892	0,19	2.973
2000	1.672.700	1,49	24.923	0,81	13.549	0,19	3.178
2010	1.939.208	1,54	29.864	0,85	16.483	0,2	3.878
2020	2.280.338	1,58	36.029	0,87	19.839	0,2	4.561
2030	2.807.443	1,61	45.200	0,89	24.986	0,2	5.615
2040	3.059.004	1,94	59.345	1,08	33.037	0,25	7.648
2050	3.256.074	2,29	74.564	1,32	42.980	0,28	9.117

Das Bild hat sich bezüglich Neuerkrankungen, die alle Demenzen betreffen dahingehend geändert, dass anstatt der von Wancata et al. für das Jahr 2030 prognostizierten 42.000 jährlichen Neuerkrankungen es tatsächlich 45.200 sein werden, was einem Plus von circa 7,5% entspricht. Für das Jahr 2050 ergibt sich diesbezüglich eine Differenz von 15.064 Neuerkrankungen.^{140 141}

Zusammenfassend kann nun festgehalten werden, dass sowohl Inzidenz als auch Prävalenz mit dem Alter stark ansteigen. Leiden im Jahr 1951 etwa 3,28% der über 60-Jährigen

¹³⁶ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

¹³⁷ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹³⁸ siehe Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹³⁹ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

¹⁴⁰ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

¹⁴¹ vgl. Statistik Austria 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

EPIDEMIOLOGIE

Bevölkerung in Österreich, was einer Absolutzahl von 35.500 gleichkommt, unter einer dementiellen Erkrankung, so werden es 2050 bereits 8,28%, also rund 269.600 Menschen sein. Die jährlichen Neuerkrankungen der über 60-Jährigen für das Jahr 1951 beträgt 0,91%, also 9.600. Für das Jahr 2000 kann bereits ein Anstieg auf 1,49% - 23.600 Diagnosen verzeichnet werden und für das Jahr 2050 prognostiziert man bereits 2,29% - 74.600 Neuerkrankungen.¹⁴²

4.2.3 Demenzerkrankte versus Erwerbspersonen

Unter Erwerbspersonen versteht man in Österreich alle Personen, die in einem gewissen Ausmaß einer Erwerbstätigkeit nachgehen oder Arbeit suchen und der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen angehören. Bringt man nun die Anzahl der Erwerbsfähigen mit der Anzahl der Demenzerkrankten in Verbindung, so kann die Belastungsquote, die durch das Krankheitsbild Demenz verursacht wird, berechnet werden.¹⁴³

Bezüglich Demenzbelastungsquote kann man ebenfalls dem Artikel *Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050* von Wancata et al. aus dem Jahre 2001 genauere Daten entnehmen. Die Berechnungen stützten sich, wie schon zuvor erwähnt, auf die Daten des statistischen Zentralamtes aus dem Jahre 1999, wobei zur erwerbsfähigen Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt die Altersgruppe der 15-60-Jährigen zählt. Eine genauere Übersicht über die Relation Demenzerkrankter versus erwerbsfähige Bevölkerung soll die nachfolgende Tabelle geben:¹⁴⁴

Tabelle 11: Demenzerkrankte in Relation zur erwerbsfähigen Bevölkerung (15–60-Jährige) in Österreich (Quelle: nach Wancata et al.)

Jahr	Erwerbsfähige	Demenzerkrankte	Belastungsquote (Mittelwert)	Erwerbsfähige pro Demenzerkranktem
	N (in 1.000)	N (in 1.000)	(%)	N
2000	5.064,9	90,5	1,79	56,0
2010	4.987,9	108,4	2,17	46,0
2020	4.762,8	129,6	2,72	36,7
2030	4.246,4	163,4	3,85	26,0
2040	4.099,1	199,8	4,87	20,5
2050	3.905,6	233,8	5,99	16,7

Ausgehend vom Jahr 2000 zählt Österreich circa 5,1 Millionen erwerbsfähige Einwohner und etwa 90.500 Demenzerkrankte. Bringt man diese Zahlen in Relation zueinander, bedeutet dies

¹⁴² vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 175

¹⁴³ vgl. AEIOU online Lexikon, 2008, <http://aeiou.iicm.tugraz.at/aeiou.encyclopedie/e799154.htm>

¹⁴⁴ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 177

EPIDEMIOLOGIE

eine Belastungsquote von 1,79% beziehungsweise in absoluten Zahlen ausgedrückt circa 56 erwerbsfähige ÖsterreicherInnen stehen einem Demenzkranken gegenüber. Nach den Berechnungen von Wancata et al. kommen im Jahr 2050 ungefähr 3,9 Millionen Erwerbsfähige auf 163.400 Betroffene, was wiederum eine Belastungsquote von 5,99% bedeutet. Auf einen Demenzkranken werden folglich nur mehr etwa 17 Erwerbspersonen kommen.¹⁴⁵

Diese Zahlen werden neben der Sterberate auch von der künftigen Fertilität und der Migration beeinflusst. Berücksichtigt man diese in den diversen Alternativszenarien, kommt man dennoch immer wieder zum selben Ergebnis: in Zukunft werden weit weniger Erwerbsfähige für eine deutlich höhere Zahl an Demenzkranken aufkommen müssen.¹⁴⁶

Da sich nun die Altersgrenze der Gruppe der Erwerbspersonen von 60 auf 64 Jahre erhöht hat, ist es notwendig, die Belastungsquote mit den aktuellen und für die weiteren Jahre prognostizierten Daten neu zu berechnen. Die nachfolgende Abbildung 8 zeigt nun die Altersstruktur der prognostizierten Erwerbspersonen von 2001 bis 2050 und soll rein zur Information dienen.¹⁴⁷

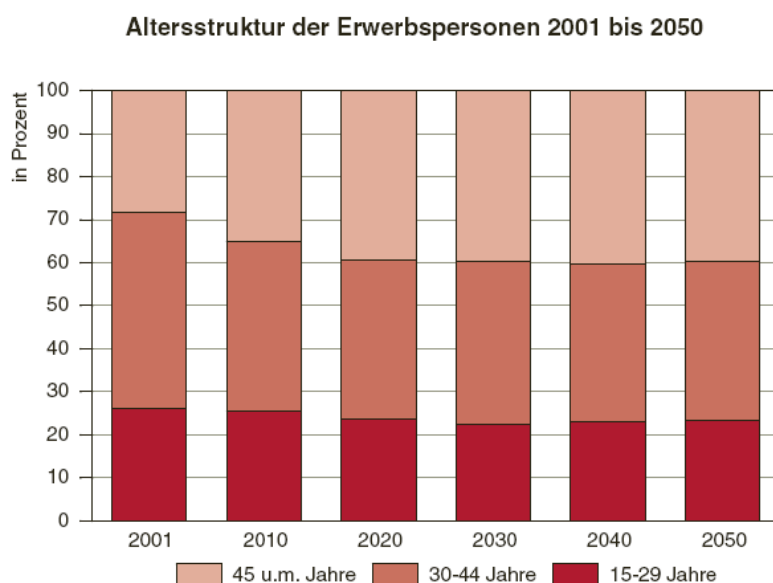


Abbildung 9: Altersstruktur der Erwerbspersonen 2001 bis 2050 (Quelle: Statistik Austria)

¹⁴⁵ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 177

¹⁴⁶ vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J. / Alexandrowicz R., 2003: 37

¹⁴⁷ siehe Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/020791.html

EPIDEMIOLOGIE

Die in Abbildung 9 dargestellte Entwicklung bestätigt nochmals den bereits in Kapitel 3.1 diskutierten Wandel der Bevölkerungsstruktur. In Zukunft werden immer weniger 15-29-Jährige nachkommen, was folglich bedeutet, dass die Altersgruppe der über 45-Jährigen prozentuell mehr zu den Erwerbspersonen beiträgt, als noch im Jahr 2001.¹⁴⁸

Entsprechend der aktuellen Zahlen der Statistik Austria ergibt sich gegenwärtig folgendes Bild:^{149 150}

Tabelle 12: Demenzkranke in Relation zur erwerbsfähigen Bevölkerung (15-64-Jährige) in Österreich
(Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)

Jahr	Erwerbsfähige Bevölkerung (15 bis 64)	Demenzkranken	Belastungsquote	Erwerbsfähige pro Demenzkranken
2001	3.811.145	90.493	2,37	42
2010	4.103.910	108.983	2,66	38
2020	4.186.904	131.347	3,14	32
2030	4.102.718	165.078	4,02	25
2040	4.019.463	211.071	5,25	19
2050	3.963.473	269.603	6,80	15

Tabelle 13: Prozentuelle Veränderung der Zahl Demenzkranker, Erwerbsfähiger und der demenzbedingten Belastungsquote (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)

Jahr	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Demenzkranken	100,0 %	120,4%	145,1%	182,4%	233,2%	297,9%
Erwerbsfähige Bevölkerung	100,0%	107,7%	109,9%	107,7%	105,5%	104,0%
Belastungsquote	100,0%	112,2%	132,5%	169,6%	221,5%	286,9%

¹⁴⁸ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/020791.html

¹⁴⁹ siehe Statistik Austria, 2006, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/023484.html

¹⁵⁰ vgl. Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

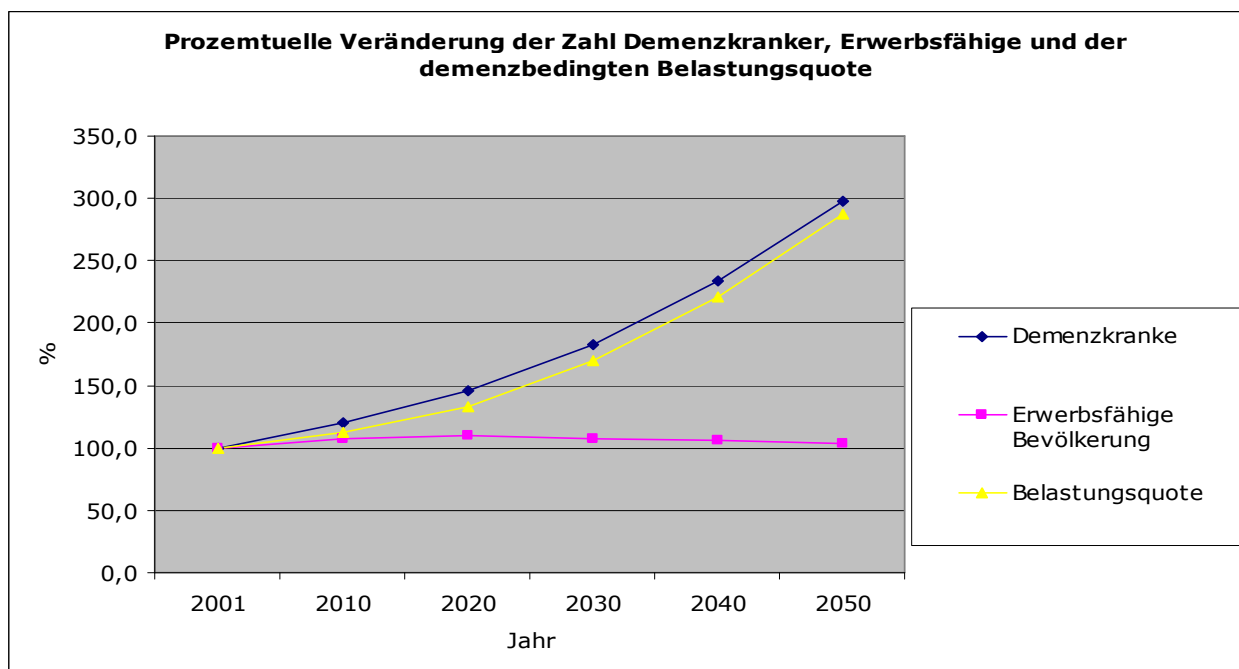


Abbildung 10: Prozentuelle Veränderung der Zahl Demenzkranker, Erwerbsfähiger und der demenzbedingten Belastungsquote (Quelle: Statistik Austria, nach Wancata)

Im Jahr 2001 zählt Österreich circa 3,81 Millionen erwerbsfähige Einwohner und etwa 90.500 Demenzkranke, was einer Belastungsquote von 2,37% entspricht. In absoluten Zahlen ausgedrückt entfallen circa 42 erwerbsfähige ÖsterreicherInnen auf einen Demenzkranken. Für das Jahr 2030 werden rund 4,10 Millionen Erwerbsfähige und ungefähr 165.000 dementielle Erkrankungen für Österreich errechnet. Das entspricht einer Belastungsquote von 4,02% oder anders ausgedrückt, 25 Erwerbsfähige stehen einem an Demenz Erkrankten gegenüber. Im Jahr 2050 kommen ungefähr 3,96 Millionen erwerbsfähige ÖsterreicherInnen auf 269.600 Demenzkranke, was bedeutet, es ist mit einer Belastungsquote von 6,80% zu rechnen. Pro Demenzkranken werden demnach ungefähr 15 Erwerbstätige zu zählen sein. Der Unterschied zu Wancata et al. berechneten Belastungsquoten besteht hauptsächlich darin, dass als Grundlage die in Kapitel 4.2.2 neu berechneten höheren Demenzkrankenzahlen herangezogen werden.¹⁵¹

4.2.4 Risikofaktor Geschlecht

Was den Risikofaktor Geschlecht angeht, so gibt es viele internationale Studien, die jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Allen ist aber gleich, dass Frauen, bedingt durch ihre längere Lebenserwartung, im höheren Alter von 80+ eher an Demenz erkranken als Männer.

¹⁵¹ vgl. Statistik Austria, 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/023485.html

Der EURODEM- Studie von Hofman et al. kann entnommen werden, dass in der Altersgruppe der 65–69-Jährigen insgesamt mehr Männer im Vergleich zu Frauen an Demenz erkranken. Das Verhältnis kehrt sich aber in der Altersgruppe 75+ um, indem sich ab diesem Zeitpunkt die Prävalenzrate des weiblichen Geschlechts beinahe alle 5 Jahre verdoppelt.¹⁵²

Dem Schweizer Medizin Forum aus dem Jahre 2004, dessen Untersuchung sich wiederum auf die kanadische Studie, die in Kapitel 8 näher beschrieben wird, bezogen haben und sich ebenfalls die Frage stellten ob Frauen häufiger an Alzheimer erkranken als Männer, kann man entnehmen, dass dies nicht der Fall sei. Sie gehen davon aus, dass das Risiko für Männer zwischen 65 und 80 Jahren an Demenz zu erkranken deutlich höher sei als für Frauen. Erst ab einem Alter über 80 Jahren gäbe es beinahe identische Inzidenzraten. Die Erklärung ist ebenfalls darin zu finden, dass Frauen bedingt durch die längere Lebenserwartung mit größerer Wahrscheinlichkeit ein höheres Alter, indem sie dann möglicherweise an Demenz erkranken, erreichen als Männer.¹⁵³

4.2.5 Erkrankungs-wahrscheinlichkeit

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit des Einzelnen in Bezug auf die Gesamtbevölkerung (in %) oder kurz Morbidität gestattet Aussagen bezüglich der Wahrscheinlichkeit in einem bestimmten Lebensalter an Demenz zu erkranken. Diesbezüglich gibt es nur Schätzungen. Betrachtet man dafür die umfangreichen Studien und Meta-Analysen, wo zur Berechnung Inzidenzraten herangezogen werden, kommt man zu folgenden Ergebnissen: Bis zu einem Alter von 70 Jahren sind ungefähr 2% der Gesamtbevölkerung davon betroffen. Bis zu einem Alter von 75 Jahren leiden bereits 5% an Demenz. Darüber hinaus steigt das Risiko zu erkranken überproportional an, was bedeutet, dass man im Alter von 80 Jahren mit einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von 12% rechnen muss. Mit 85 Jahren steigt diese sogar auf 30%. Noch dramatischer sind die Zahlen für die 90- und 100-Jährigen, hier liegen die Wahrscheinlichkeiten bereits bei 50% beziehungsweise 75-90%.¹⁵⁴

¹⁵² vgl. Hofmann et al., 1991: 736

¹⁵³ vgl. Staehelin H., 2004: 248

¹⁵⁴ vgl. Wallesch C.-W. / Först H., 2005: 6

5 Ist-Stands-Erhebung anhand der Daten der Wiener Gebietskrankenkasse

5.1 Über die Heilmittelverordnung identifizierte Demenzkranke

Da die niedergelassenen Ärzte gegenüber den Kassen keine Diagnosen dokumentieren, kann nur über Umwege eine erste Schätzung der Demenzdurchseuchung der Anspruchsberechtigten der Wiener Gebietskrankenkasse erfolgen. Da die vorhandene Datenmenge der Wiener Gebietskrankenkasse sehr begrenzt ist, entschieden wir nun über die Heilmittelverordnungen, also die verschriebenen Antidementiva wie Cholinesterasehemmer (Donepezil, Rivastigmin sowie Galantamin) und Memantin, mittels des Verrechnungsprogramms FOKO für eine erste Aussage heranzuziehen. Da wir weiters vermuteten, dass sich die Kosten über den Krankheitsverlauf enorm erhöhen, wurde die Auswertung nun so angelegt, dass die Abfrage mit jenen Patienten im Jahr 2004 startete, die zum allerersten Mal Antidementiva verordnet bekamen. Die auf gleiche Weise ermittelten Neuerkrankten der jeweiligen Folgejahre wurden anschließend aufsummiert. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass durch diese Art der Auswertung es leider zu Verzerrungen kommt, da nur die behandelten Demenzkranken eruiert werden können, nicht aber die unbehandelten Erkrankten. Ebenfalls kann bei dieser Art der Ermittlung die Multimorbidität nicht ausgeblendet werden.

Ausgehend von den aktuellen Daten der Statistik Austria zu den österreichischen Bevölkerungszahlen der Jahre 2004 bis 2007, den Angaben der Wiener Gebietskrankenkasse bezüglich der Anzahl der Anspruchsberechtigten für diesen Zeitraum und den statistischen Abfragen über die behandelten Demenzkranken mit Hilfe der Heilmittelverordnungen, können die nachfolgenden Tabellen erstellt werden, wobei die Berechnung der österreichischen Demenzkranken durch die entsprechenden von Wancata et al. publizierten Prävalenzraten erfolgt.^{155 156 157}

¹⁵⁵ siehe Statistik Austria 2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

¹⁵⁶ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁵⁷ siehe Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M., 2001: 176

IST-STANDS-ERHEBUNG ANHAND DER DATEN DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE

Tabelle 14: Übersicht über berechnungsrelevante Daten 1 (Quelle: Statistik Austria, Wancata et al.)

Jahr	Gesamt- Bevölkerung	Bevölkerung 60+	Demenz- kranke	% Demenz- kranke an Gesamt- bevölkerung	% Demenzkranke an Bevölkerungs-gruppe 60+
2004	8.140.122	1.789.016	98.217	1,21	5,49
2005	8.206.524	1.807.340	99.765	1,21	5,52
2006	8.281.948	1.816.993	100.661	1,21	5,54
2007	8.315.379	1.848.300	102.765	1,23	5,56

Tabelle 15: Übersicht über berechnungsrelevante Daten 2 (Quelle: Wancata et al.; WGKK)

Jahr	Anspruchs- berechtigte	Über Heilmittel- VO identifizierte Demente	geschätzte Zahlen Demenzkranker für den Versicherungsstand WGKK	Verhältnis Diagnosen
2004	1.406.660	3.931	17.021	23,10%
2005	1.433.987	5.155	17.351	29,70%
2006	1.463.115	5.915	17.704	33,40%
2007	1.473.971	6.846	17.835	38,40%

Aus Tabelle 14 ist ersichtlich, dass im Durchschnitt circa 1,2% der österreichischen Gesamtbevölkerung beziehungsweise 5,53% der Bevölkerungsgruppe 60+ an Demenz leiden. Laut dem Workshop österreichischer Experten, die zum Thema Demenz vom Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, der Gesundheit Österreich GmbH und der Wiener Gebietskrankenkasse eingeladen wurden, kann in Österreich aktuell von 100.000 Demenzkranken ausgegangen werden. Diese Zahl entspricht ungefähr dem aus Tabelle 14 errechneten Durchschnitt von 100.352 Erkrankten.

Über die Anzahl der für die Jahre 2004 bis 2007 angegebenen Anspruchsberechtigten kommt man auf die prognostizierten Zahlen der Demenzkranken, die bei der Wiener Gebietskrankenkasse versichert sind. Bringt man nun die über die Heilmittelverordnungen identifizierten behandelten Demenzkranken mit den vorher berechneten Zahlen in Verbindung, ergibt sich folgendes Bild: Wurden im Jahr 2004 nur 23,10% der Erkrankten behandelt, also beinahe jeder Vierte, so sind es im Jahr 2005 bereits 29,70%, also jeder Dritte. Im Jahr 2007 werden 38,40% Demenzkranke und somit jeder 2,6te Betroffene behandelt.¹⁵⁸

Im Jahrbuch Alzheimer Europe 2006 wird angenommen, dass im Jahr 2005 nur rund 32%

¹⁵⁸ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

IST-STANDS-ERHEBUNG ANHAND DER DATEN DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE

der Demenzen diagnostiziert wurden.¹⁵⁹ Umgelegt auf die Daten der Wiener Gebietskrankenkasse, nach denen im Jahr 2007 geschätzte 38,40% der Dementen behandelt werden, bedeutete dies, dass diese Zahlen offenbar sehr nahe an der Realität liegen.

Die nachfolgende Grafik soll die von der Wiener Gebietskrankenkasse berechneten Demenzkranken und die über die Heilmittelverordnungen identifizierten betroffenen Personen in Relation darstellen:¹⁶⁰

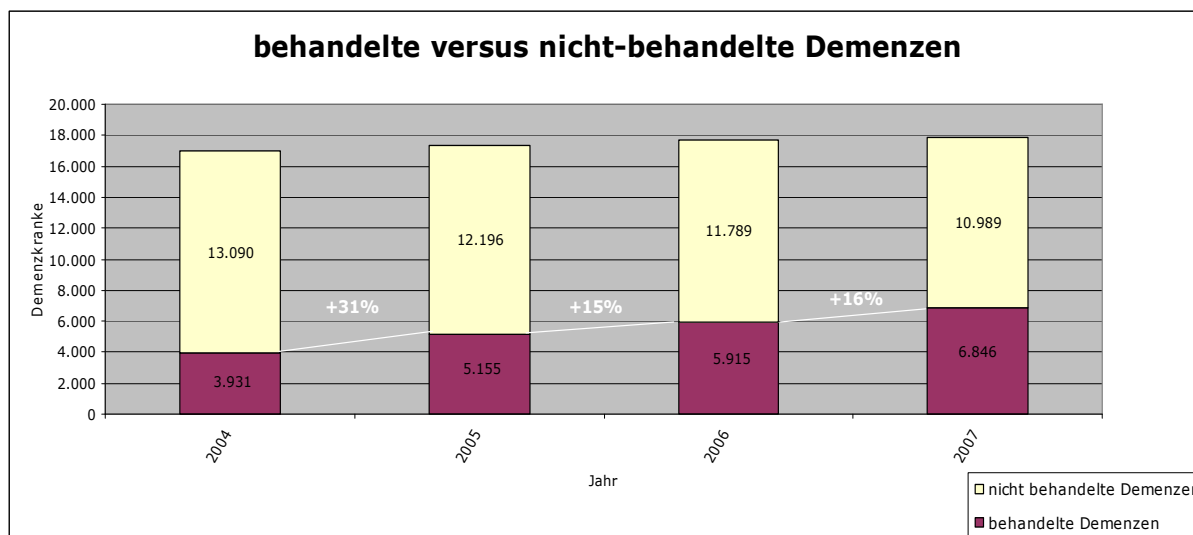


Abbildung 11: behandelte versus nicht-behandelte Anspruchsberechtigte, die an Demenz leiden in den Jahren 2004 bis 2007 (Quelle: WGKK)

Aus dieser Grafik ist ersichtlich, dass die Steigerungsrate jener anspruchsberechtigten Demenzkranken, die über die Heilmittelverordnung identifiziert wurden, von 2004 auf 2005 mit circa 31% überproportional im Vergleich zu den folgenden Jahren ausfiel. Dies lässt sich aber möglicherweise damit erklären, dass im Jahr 2004 die Medikamente in der jetzigen Kombination zur Verschreibung eingeführt wurden. Erfahrungswerte weisen darauf hin, dass eine gewisse Anlaufzeit benötigt wird bis eine Umstellung Wirkung zeigt.

5.2 Risikofaktor Geschlecht

Um für Österreich eine Aussage bezüglich Zusammenhang zwischen Demenzkranken und Geschlechtszuordnung zu erhalten, werden nun die von der Wiener Gebietskrankenkasse über die Heilmittelverordnung bestimmten Demenzkranken genauer betrachtet, wobei eine

¹⁵⁹ vgl. Alzheimer Europe, 2006: 49, http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf

¹⁶⁰ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

IST-STANDS-ERHEBUNG ANHAND DER DATEN DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE

Geschlechterzuordnung einerseits über die Sozialversicherungsnummer und andererseits über die Versichertenstammdaten möglich ist.

Folgende Zahlen konnten eruiert werden:¹⁶¹

Tabelle 16: Verteilung nach Geschlecht der durch die Heilmittelverordnung identifizierten Demenzkranken (Quelle: WGKK)

Jahr	Über die HM-VO identifizierten Demenzkranke	Frauen		Männer		Nicht bekannt	
		N	%	N	%	N	%
2004	3.931	2.392	60,8	976	24,8	563	14,4
2005	5.155	3.496	67,8	1.441	28	218	4,2
2006	5.915	4.091	69,2	1.686	28,5	138	2,3
2007	6.846	4.792	68,0	1.934	28,3	120	3,7

Zur besseren Veranschaulichung soll Abbildung 12 dienen:¹⁶²

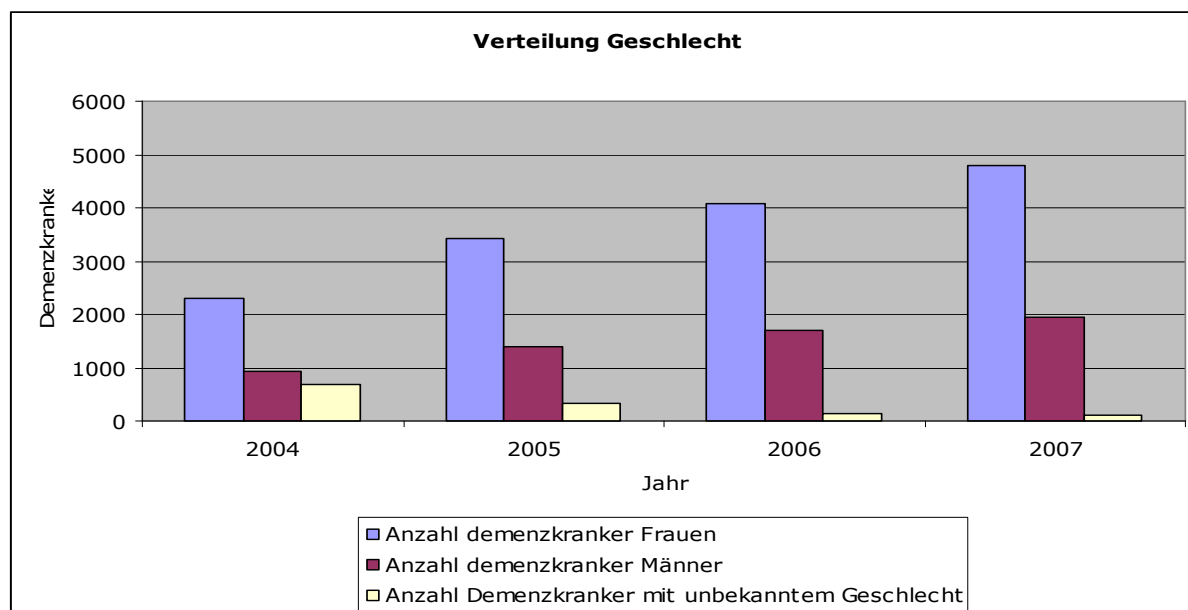


Abbildung 12: Verteilung nach Geschlecht durch die Heilmittelverordnung identifizierten Demenzkranken (Quelle: WGKK)

Aus dieser Grafik ist eindeutig ersichtlich, dass in allen vier beobachteten Jahren die Gesamtprävalenz bei den Frauen höher ist als bei den Männern. Der Frauenanteil ist dabei im Durchschnitt 66%, wobei der Anteil der Männer weniger als 33,5% ist. Um

¹⁶¹ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁶² vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

IST-STANDS-ERHEBUNG ANHAND DER DATEN DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE

herauszufinden, was dazu beiträgt, ist es nun von Bedeutung das Alter mit zu berücksichtigen, da ja in zahlreichen Studien die längere Lebenserwartung der Frauen als Grund vermutet wird.

Die Verteilung der Demenzkranken nach Altersgruppen und Jahren wird in der nachstehenden Abbildung 13 grafisch dargestellt.¹⁶³

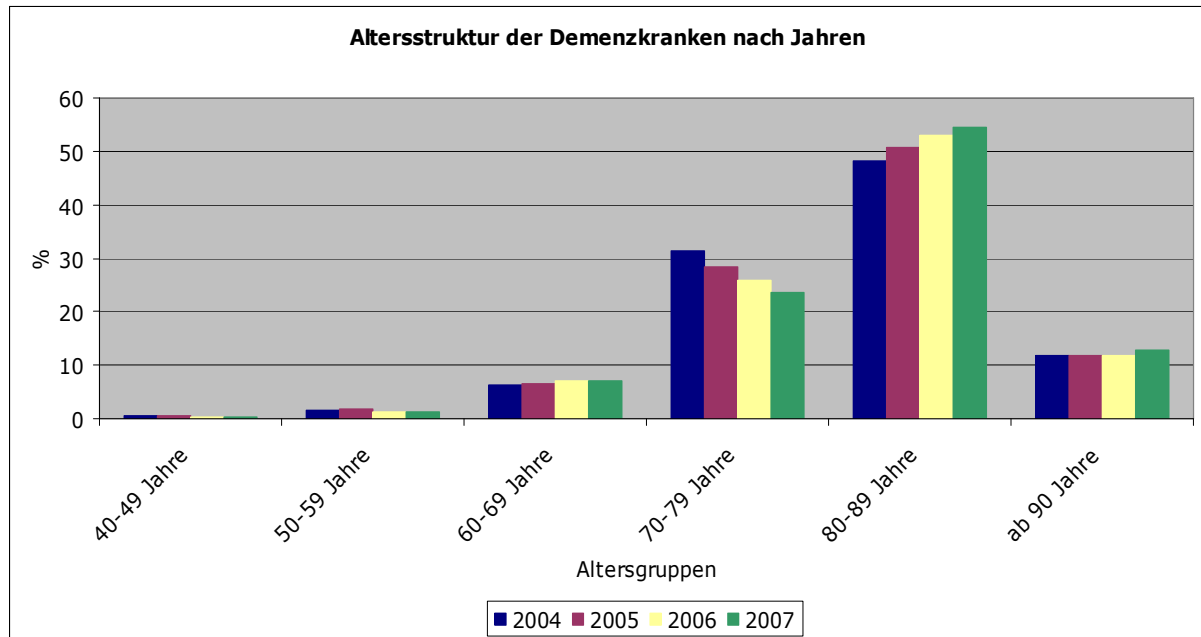


Abbildung 13: Verteilung Demenzkranker nach Altersgruppen und Jahren (Quelle: WGKK)

Die Abbildung 14 zeigt die Verteilung der österreichischen Bevölkerung der Altersgruppe 50+ nach Alter und Geschlecht der Jahre 2004 bis 2007.¹⁶⁴

¹⁶³ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁶⁴ vgl. Statistik Austria, 2008, http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_zu_jahresbeginn_seit_2002_nach_fuenfjaehrigen_altersgruppen_u_023468.pdf

IST-STANDS-ERHEBUNG ANHAND DER DATEN DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE

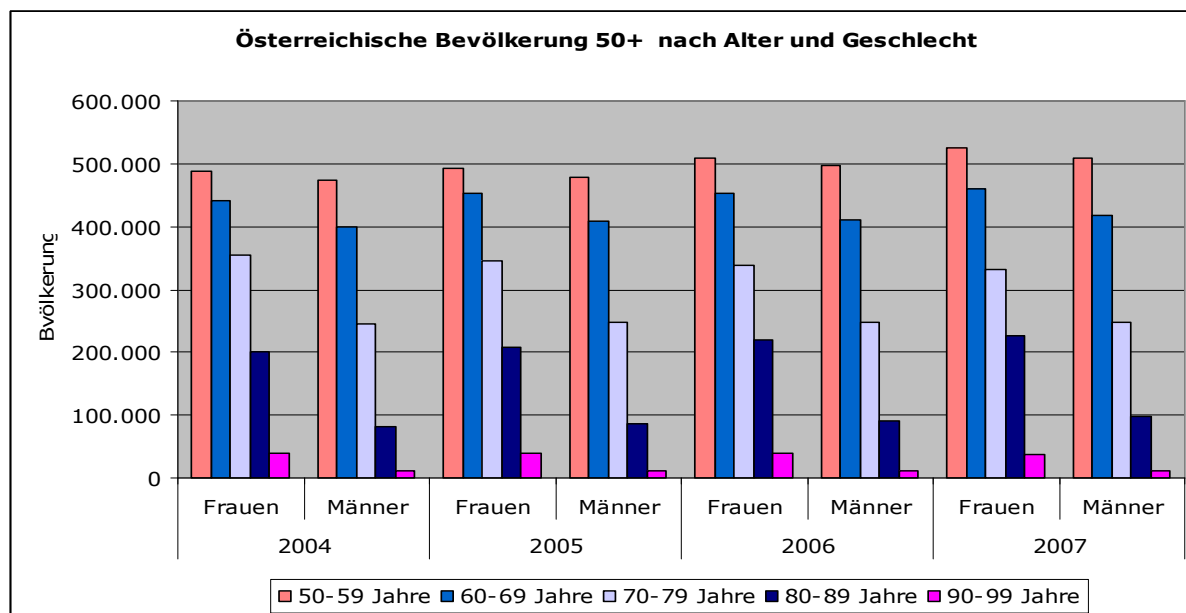


Abbildung 14: Österreichische Bevölkerung 50+ nach Alter und Geschlecht im Zeitraum 2004 – 2007
(Quelle: nach Statistik Austria)

Aus den Abbildungen 12 und 13 lässt sich erkennen, dass der Anteil der weiblichen Demenzkranken den der Männer in allen Altersgruppen ab 71 Jahren vermutlich durch die höhere Lebenserwartung übersteigt. Weiters ist festzustellen, dass die Differenz hinsichtlich Alter, Geschlecht und Jahren in der Altersgruppe der unter 70-Jährigen nicht signifikant ist.¹⁶⁵ Zur Verifizierung der getätigten Aussage soll die Abbildung 14 dienen, die die österreichische Bevölkerung der Altersgruppe 50+ zeigt. Gut ersichtlich ist, dass der Frauenanteil an der Bevölkerung eindeutig ab der Altersgruppe 60+ stetig ansteigt, also je älter die Bevölkerung ist, desto größer ist der Frauenanteil.¹⁶⁶

Um noch weitere Daten diesbezüglich zu analysieren, werden auch die österreichweiten Spitalsentlassungen der Jahre 2003 bis 2006 laut Statistik Austria mit der Hauptdiagnose Demenz (F00-F03) für die Berechnungen herangezogen und in Tabelle 17 zusammengefasst.^{167 168 169 170}

¹⁶⁵ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁶⁶ vgl. Statistik Austria, 2008, http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_zu_jahresbeginn_seit_2002_nach_fuenfjaehrigen_altersgruppen_u_023468.pdf

¹⁶⁷ vgl. Statistik Austria, 2004: 161, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=008879

¹⁶⁸ Vgl. Statistik Austria, 2005: 166, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=018797

¹⁶⁹ vgl. Statistik Austria, 2006: 172, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=028435

¹⁷⁰ vgl. Statistik Austria, 2006:1, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=022088

IST-STANDS-ERHEBUNG ANHAND DER DATEN DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE

Tabelle 17: Hauptdiagnose Demenz laut Statistik Austria (2003 – 2006) (Quelle: nach Statistik Austria)

Spitalsentlassungen mit Diagnose Demenz (F00-F03)		0-14	15-44	45-64	65+
2003	Frauen	1	33	183	6296
	Männer	4	51	295	2934
2004	Frauen	8	37	183	5824
	Männer	10	37	206	2628
2005	Frauen	8	46	165	6393
	Männer	12	46	205	2779
2006	Frauen	8	35	185	6355
	Männer	10	36	206	2936

Zur besseren Illustration soll Abbildung 15 dienen:¹⁷¹ ¹⁷² ¹⁷³ ¹⁷⁴

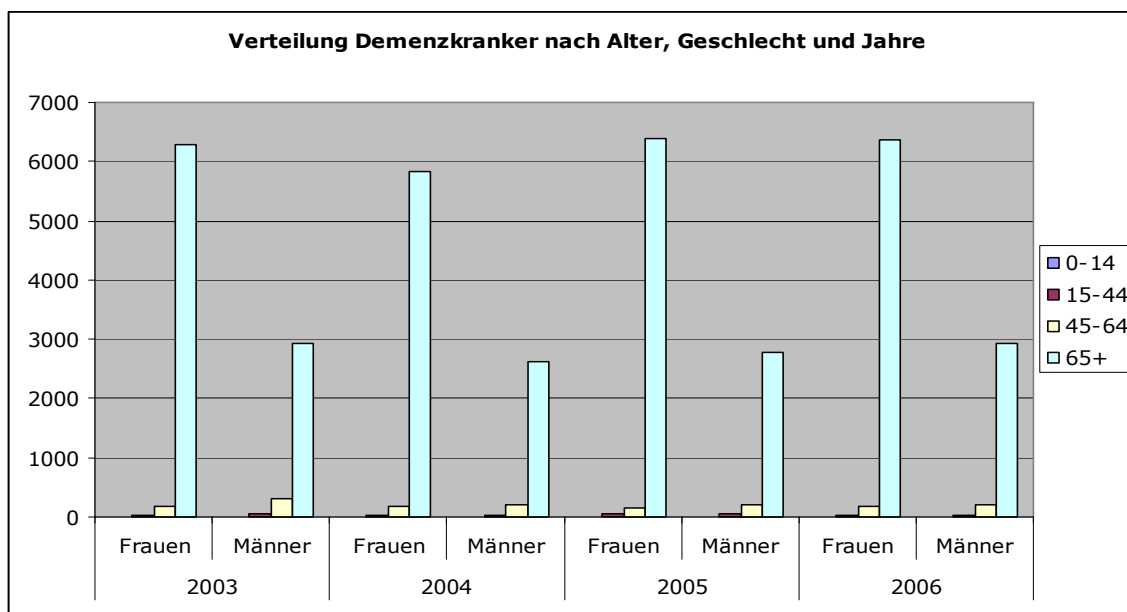


Abbildung 15: Hauptdiagnose Demenz laut Statistik Austria (2003 – 2006) (Quelle: Statistik Austria)

¹⁷¹ vgl. Statistik Austria, 2004: 161, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=008879

¹⁷² vgl. Statistik Austria, 2005: 166, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=018797

¹⁷³ vgl. Statistik Austria, 2006: 172, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=028435

¹⁷⁴ vgl. Statistik Austria, 2006: 1, http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=022088

IST-STANDS-ERHEBUNG ANHAND DER DATEN DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE

Auch auf Basis der Hauptdiagnosedaten der Spitalsentlassungen der Jahre 2003 bis 2006 ergibt sich ein ähnliches Bild wie zuvor. Die Anzahl der demenzkranken Frauen übersteigt die der Männer in der Altersgruppe der 65+ eindeutig um mehr als das Doppelte. Betrachtet man hingegen die Altersgruppe der 45-64-Jährigen, ist besonders auffällig, dass bei den Männern häufiger die Diagnose „Demenz“ gestellt wurde.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bis zu einem Alter von 65 Jahren die Diagnose Demenz sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen gleich oft beziehungsweise ausgehend vom Datenmaterial sogar bei Männern des Öfteren gestellt wird. Ab einer Altersgruppe von 65+ hingegen sind häufiger Frauen betroffen, da durch die höhere Lebenserwartung hier auch die Wahrscheinlichkeit für Frauen größer ist, daran zu erkranken.

6 Krankheitskosten - Analyse

6.1 Einleitung

In Österreich gibt es bislang keine eigenen Erhebungen zu den Kosten der Behandlung und Betreuung Demenzkranker. Die gefundenen Hochrechnungen stützen sich meist auf Daten anderer europäischer Studien. Wancata et al. publizierten zum Beispiel für das Jahr 2000 je nach zugrunde liegender Hochrechnung (Großbritannien beziehungsweise Schweden) € 0,57 Milliarden beziehungsweise € 1,24 Milliarden an angefallenen Kosten. Demzufolge verursacht ein Demenzpatient zwischen € 6.300,- und € 13.700,- an Kosten pro Jahr. Berücksichtigt man weiters die demographischen Entwicklungen, werden demnach im Jahr 2050 die Kosten auf € 1,47 beziehungsweise € 3,20 Milliarden ansteigen.¹⁷⁵

Berechnungen aus dem Jahre 2005, durchgeführt von Jönnsön und Berr, haben für Österreich eine jährliche Kostenbelastung von € 1,1 Milliarden prognostiziert. Dabei nehmen die medizinischen Kosten rund ein Viertel und die medikamentöse Behandlung circa ein Sechstel der Gesamtkosten ein. Pro Patient und Jahr ergeben sich daraus Kosten in der Höhe von circa € 11.000,-.¹⁷⁶

Abhängig davon welche Studie als Ausgangspunkt gewählt wird, kommt man im Zuge von Recherchen zu unterschiedlichsten Ergebnissen, die teilweise noch höher liegen als die oben erwähnten Kosten.¹⁷⁷ Auffällig ist auch, dass ein Großteil der Kosten von den Familienmitgliedern zu tragen ist. Berücksichtigt man nun die rückläufige Relation der erwerbsfähigen Bevölkerung zu Demenzkranken, wird die Belastung der Familien noch stärker zunehmen.¹⁷⁸

Um eine möglichst getreue Demenzkostenbelastung für Österreich berechnen zu können, müssen prinzipiell zwei Herangehensweisen unterschieden werden und zwar der bottom up- und der top down-Ansatz, die unter Punkt 6.2 näher beschrieben werden. Beide Ansätze werden in dieser Arbeit vergleichend und ergänzend zur Berechnung herangezogen.

¹⁷⁵ vgl. Wancata J. / Krautgartner M., Berner J. / Alexandrowicz R., 2003: 41

¹⁷⁶ vgl. Jönsson L. / Berr C., 2005: 50 ff

¹⁷⁷ z.B.: Andilin-Sobocki P./ Jönsson B./ Wittchen H.-U./ Olesen J., 2005: 10

¹⁷⁸ vgl. Wancata J. / Krautgartner M., Berner J. / Alexandrowicz R., 2003: 41

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

An dieser Stelle soll auch angemerkt werden, dass nicht für alle Bereiche die tatsächlichen Kosten eruiert werden können, folglich wird stattdessen auf Tarife beziehungsweise Pauschalen zurückgegriffen. Weiters stellt die Multimorbidität, die für den unterschiedlichen Krankheitsverlauf verantwortlich ist, bei der Kostenermittlung eine große Hürde dar. Diesbezüglich wird versucht diese so gut es geht auszublenden beziehungsweise extra anzuführen. Die in dieser Arbeit so ermittelten Demenzkosten spiegeln das absolute Minimum wider. Um dies zu bestätigen, beziehungsweise die Auswirkungen der Multimorbidität ebenfalls zu berücksichtigen, wird abschließend in diesem Kapitel ein reales Beispiel einer demenzen Person im mittleren Stadium mit zusätzlichen Erkrankungen angeführt.

6.2 Ansätze

Bei der Krankheitskosten-Analyse handelt es sich um eine Besonderheit der Kosten-Analyse, die häufig verwendet wird, um die volkswirtschaftliche Belastung einer Krankheit feststellen zu können. Dabei stehen quantitative Relationen im Mittelpunkt. Prinzipiell unterscheidet man zwei verschiedene Ansätze:¹⁷⁹

1. bottom up-Ansatz: ausgehend von Durchschnittspatienten, die zum Beispiel anhand von Behandlungsrichtlinien oder Patientenstichproben kreiert werden, werden die Behandlungskosten ermittelt. Von einer kleinen repräsentativen Patientengruppe wird dabei auf die Gesamtheit geschlossen, wobei auch Schweregrade über den Krankheitsverlauf erfasst werden können. Der Nachteil dieser Methode liegt eindeutig im damit verbundenen großen zeitlichen Aufwand. In dieser Arbeit werden modellhafte Annahmen getroffen, die Experteninterviews entstammen.
2. top down-Ansatz: bei diesem Ansatz werden durch volkswirtschaftlichen Daten (wie zum Beispiel Krankheitsstatistiken oder Sterbetafeln) die Gesamtkosten für bestimmte Krankheiten ermittelt. Diese werden wiederum durch die Anzahl der Betroffenen geteilt und ergeben so die Kostenbelastung pro Patient. Die Nachteile dieser Methode liegen im hohen Aggregationsgrad der Daten und der Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben in Österreich statistisch nicht krankheitsbezogen erfasst werden. Weiters können die Kosten nur im Durchschnitt ermittelt werden, also nicht für die einzelnen Schweregrade.

Da beide Ansätze ihre Berechtigung haben und auch in der Literatur empfohlen wird diese zu kombinieren, kommen in dieser Arbeit beide Methoden zur Anwendung. Zuerst werden anhand der von der Wiener Gebietskrankenkasse ausgewerteten Daten nach dem top down-

¹⁷⁹ vgl. Greiner W. in Schöffski O./ Graf v. d. Schuldenburg J.-M., 2007: 67 ff

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Ansatz die Kosten für jeden einzelnen Demenzpatienten ermittelt, die dann anschließend mittels dem bottom up-Ansatz verifiziert werden.¹⁸⁰

Weiters sollen an dieser Stelle auch die Einteilungen der Kostenarten angeführt werden:

1. direkte erfassbare Kosten: diese Kosten sind ausgabenwirksam, das bedeutet es handelt sich um tatsächliche Geldflüsse.¹⁸¹ In dieser Arbeit wird der Schwerpunkt auf die Ermittlung dieser gelegt, wobei folgende Kosten für das Krankheitsbild Demenz eindeutig identifiziert werden konnten:
 - Ärztliche Leistungen (Diagnose, Behandlung)
 - Heilmittel
 - Heilbehelfe
 - Transportkosten
 - Stationäre Kosten
 - Pflegekosten
2. Kosten der Betreuung: diese Kosten sind nicht einnahmenwirksam. Man versteht darunter den unentgeltlichen Betreuungsaufwand der Angehörigen und den dadurch entstandenen Wertschöpfungsentgang.¹⁸² Diese Kosten beinhalten Basistätigkeiten, wie beispielsweise Hilfestellungen im täglichen Leben (unter anderem: waschen, anziehen, essen usw.).¹⁸³ Durch die Multimorbidität der Demenzerkrankten gestaltet sich die Ermittlung dieser Kosten besonders schwierig und wird folglich außer Acht gelassen.

6.2.1 Berechnungen nach dem top down-Ansatz

Zur Ermittlung der Kosten nach dem top down-Ansatz werden primär die statistischen Auswertungen der Wiener Gebietskrankenkasse herangezogen, wobei die Berechnungen auf Preisbasis des Jahres 2007 durchgeführt werden und die Selbstbehalte sowie Kostenbeteiligungen der Betroffenen nicht inkludiert sind. Ebenfalls werden die Daten der Jahre 2004 bis 2006 abgebildet. Zur Berechnung der Pflegekosten dienen einerseits die Pflegegeldstufen, die das absolute Kostenminimum darstellen, und andererseits die

¹⁸⁰ vgl. Schöffski O., 2007: 75

¹⁸¹ vgl. Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 12

¹⁸² vgl. Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 12

¹⁸³ vgl. Rice D. P./ Fillit H. M./ Max W., Knopman D.S./ Lloyd J. R./ Duttagupta S., 2001: 812

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

recherchierten Pflegeheimkosten. Die Aufschlüsselung der Kosten erfolgt nach den Kriterien, die schon in Kapitel 6.2 angeführt wurden, in:

- Kosten ärztliche Leistungen (Diagnose, Behandlung)
- Heilmittel
- Heilbehelfe
- Transportkosten
- Stationäre Kosten
- Pflegekosten

Ad Kosten ärztliche Leistungen

Zu den Kosten, die die ärztlichen Leistungen abbilden, zählen all jene, die der Diagnosesicherung und Weiterbehandlung dienen, also einerseits die Laborkosten und andererseits die Kosten, die durch den Arztbesuch anfallen. Eine Zusammenfassung der Auswertung der Daten der Wiener Gebietskrankenkasse, in der die abgerechneten Arztkontakte aufgelistet sind, befindet sich in Tabelle 18 und 19:¹⁸⁴

Tabelle 18: Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 1 (Quelle: WGKK)

Jahr	Patienten	Anzahl Arzt-kontakte	Kosten ärztliche Leistungen	Kosten ärztliche Leistungen pro Patient
2004	3.931	54.561	€ 1.645.464,45	€ 418,59
2005	5.155	107.477	€ 3.114.016,86	€ 604,08
2006	5.915	146.097	€ 4.846.502,11	€ 819,36
2007	6.846	195.927	€ 6.699.508,27	€ 978,60

Tabelle 19: Kosten ärztliche Leistungen nach dem top down-Ansatz 2 (Quelle: WGKK)

Jahr	Patienten	Kosten Arztkontakte gesamt	Kosten Arztkontakte pro Patient	Laborkosten gesamt	Laborkosten pro Patient
2004	3.931	€ 1.521.612,85	€ 387,08	€ 123.851,60	€ 31,50
2005	5.155	€ 2.913.998,34	€ 565,28	€ 200.018,52	€ 38,80
2006	5.915	€ 4.571.051,02	€ 772,78	€ 275.487,09	€ 46,57
2007	6.846	€ 6.320.687,87	€ 923,27	€ 378.820,40	€ 55,33

Aus den Tabellen 18 und 19 ist nun die Kostenentwicklung der Jahre 2004 bis 2007 ersichtlich. Für die einzelnen Jahre bedeutet dies nun folgendes: Im Jahr 2004 sind durchschnittlich € 418,59 für einen behandelten Demenzpatienten aufgebracht worden, wobei sich die Kosten mit € 387,08 für Arztkontakte und € 31,50 für Laborkosten

¹⁸⁴ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

zusammensetzen. Im Jahr 2005 sind Mehrkosten von € 185,46 pro Patient entstanden, also insgesamt € 604,08. Im Jahr 2006 sind die Auszahlungen im Gegensatz zum Vorjahr um 36% auf € 819,36 gestiegen. Das Jahr 2007, das als Berechnungsgrundlage für unsere weiteren Hochrechnungen dient, verzeichnet Kosten für ärztliche Leistungen in der Höhe von € 978,60 pro behandelten Patienten.¹⁸⁵

Bezüglich des enormen Kostenstieges sowohl bei den Kosten pro Arztkontakt als auch bei den Laborkosten kann folgendes festgestellt werden: betrachtet man die in Tabelle 18 angeführte Anzahl der abgerechneten Arztkontakte, ist ersichtlich, dass Demenzpatienten im Jahr 2004 durchschnittlich 13mal Ärzte kontaktierten, hingegen im Jahr 2007 circa 29mal Ärzte aufsuchten. Das bedeutet die Anzahl der Arztkontakte stieg über die Jahre kontinuierlich, wobei anzumerken ist, dass es im Jahr 2006 eine Änderung in der Erfassung der Leistungsdaten gegeben hat. Seit diesem Zeitpunkt werden auch Leistungen erfasst, die keine Vergütung zur Folge haben, was bedeutet eine verlässliche Datenqualität ist erst ab dem Jahr 2006 gegeben. Betrachtet man nun den Kostenanstieg von 2006 auf 2007, ist der Anstieg um den Faktor 1,38 geringer, als in den Jahren zuvor (2004 auf 2005: 1,89; 2005 auf 2006: 1,56).

Ein weiterer Grund für den enormen Kostenanstieg mag wohl auch in der Multimorbidität und im fortschreitenden Krankheitsverlauf liegen, denn Patienten, die im Jahr 2004 über die Auswertung erfasst wurden, werden auch - soweit sie nicht verstorben sind- im Jahr 2007 erfasst.¹⁸⁶

Ad Heilmittelkosten

Zur Ermittlung der durchschnittlichen Heilmittelkosten, die Medikamente und Verbandmaterialien enthalten, werden die Kosten der Heilmittelverordnungen der Wiener Gebietskrankenkasse der Jahre 2004 bis 2007 genauer unter die Lupe genommen. Die aus der statistischen Abfrage gewonnenen Informationen sind in Tabelle 20 und 21 zusammengefasst.¹⁸⁷

¹⁸⁵ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁸⁶ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁸⁷ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Tabelle 20: Heilmittelkosten Antidementiva nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenz-kranken	HM- Kosten nur für Demenz-medikamente	Kosten pro Demenz-kranken nur Antidementiva	Kosten aller Heilmittel-VO	Kosten pro Demenz-kranken alle Medikamente
2004	3.931	€ 3.119.389,40	€ 793,54	€ 5.693.480,59	€ 1.448,35
2005	5.155	€ 4.157.658,15	€ 806,53	€ 7.355.709,29	€ 1.426,91
2006	5.915	€ 5.095.778,85	€ 861,50	€ 8.914.871,18	€ 1.507,16
2007	6.846	€ 5.975.469,35	€ 872,84	€ 10.498.040,61	€ 1.533,46

Tabelle 21: Anzahl der Verordnungen pro Demenzpatient (Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenz-kranken	Anzahl der Pat. mit 1er VO	Anzahl der Pat. mit 2-3 VO	Anzahl der Pat. mit 4-6 VO	Anzahl der Pat. mit 7-13 VO	Anzahl der Pat. mit 14-20 VO	Anzahl der Pat. mit 21-26 VO	Anzahl der Pat. mit 27 und mehr VO
2004	3.931	537	634	655	1533	397	124	51
2005	5.155	655	904	819	1914	554	235	74
2006	5.915	735	888	938	2207	699	333	115
2007	6.846	798	1029	1089	2574	815	403	138

Ausgehend von den in Tabelle 20 angegebenen Kosten bedeutet dies, dass im Betrachtungszeitraum 2004 bis 2007 pro Demenzkranken zwischen € 793,54 und € 872,84 für Antidementiva ausgegeben wurden. Um auch der Multimorbidität Beachtung zu schenken, werden in Tabelle 20 ebenso die gesamten Heilmittelkosten inklusive Antidementiva angeführt. Daraus ist ersichtlich, dass die durchschnittliche jährliche Kostenbelastung pro Patient bei circa € 1.478,97 liegt. Das bedeutet somit, dass Antidementiva mehr als die Hälfte dieser Kosten ausmachen und somit einen großen Kostenfaktor darstellen.¹⁸⁸

Da sich über den Betrachtungszeitraum die Kosten der Antidementiva laut Wiener Gebietskrankenkasse nicht erhöht haben, wir aber dennoch über die Jahre einen Kostenanstieg verzeichnen, haben wir in Tabelle 21 die Anzahl der Verordnungen pro Demenzpatient zusammengefasst. Gut ersichtlich ist daraus die Tatsache, dass viele Demenzpatienten 2004 weniger Verordnung erhalten, als die ärztlichen Empfehlungen entsprechen, denn für eine sinnvolle beziehungsweise wirkungsvolle Behandlung sind, abhängig von der Medikamentenabpackung, mindestens sieben bis dreizehn Verordnungen

¹⁸⁸ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

pro Jahr erforderlich.¹⁸⁹ Betrachtet man nun das Jahr 2004 im Detail, ergibt sich folgendes Bild:

- circa 14% haben eine Verordnung,
- 16% haben zwei bis drei Verordnungen,
- 17% haben vier bis sechs Verordnungen,
- 39% sieben bis dreizehn Verordnungen,
- 10% haben vierzehn bis zwanzig Verordnungen,
- rund 3% haben einundzwanzig bis sechsundzwanzig Verordnungen und
- rund 1% haben siebenundzwanzig und mehr Verordnungen erhalten.

Im Vergleich dazu sieht das Bild für 2007 wie folgt aus:

- beinahe 12% haben eine Verordnung,
- 15% haben zwei bis drei Verordnungen,
- 16% haben vier bis sechs Verordnungen,
- 38% sieben bis dreizehn Verordnungen,
- 12% haben vierzehn bis zwanzig Verordnungen,
- rund 6% haben einundzwanzig bis sechsundzwanzig Verordnungen und
- rund 2% haben siebenundzwanzig und mehr Verordnungen erhalten.

Die beiden Jahre nun betrachtet, ist ein Trend hin zu mehr Verordnungen zu bemerken, wodurch sich der Kostenanstieg erklären lässt.

Um der Realität in diesem Ansatz Rechnung zu tragen, werden die für das Jahr 2007 ermittelten durchschnittlichen Kosten von € 872,84 angesetzt. Für die weiteren Berechnungen werden die Heilmittelkosten dahingegen korrigiert, indem die Kosten des bottom up-Ansatzes herangezogen werden.

Ad Kosten für Heilbehelfe

Bezüglich Heilbehelfe, die zum Beispiel Gehhilfen, Windeln usw. beinhalten, ergeben die Auswertungen der Wiener Gebietskrankenkasse über den angenommenen Betrachtungszeitraum die in Tabelle 22 zusammengefassten Zahlen.¹⁹⁰

¹⁸⁹ Rainer M., 2008, Expertengespräch

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Tabelle 22: Überblick Kosten Heilbehelfe nach dem top down-Ansatz(Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenz-kranken	Kosten für Heilmittelbehelfe	Kosten Heilmittelbehelfe pro Patient und Jahr	Prozentueller Anstieg zum Vorjahr
2004	3.931	nicht verfügbar	nicht verfügbar	
2005	5.155	€ 1.475.482,66	€ 286,22	
2006	5.915	€ 2.152.561,82	€ 363,92	27,1%
2007	6.846	€ 3.336.157,17	€ 487,31	34,0%

Auch hier ist ein kontinuierlicher Anstieg der Kosten für Heilbehelfe erkennbar, der dadurch erklärbar ist, dass Patienten Heilbehelfe erst im späteren Krankheitsverlauf vermehrt benötigen. Wobei wiederholt anzumerken ist, dass die Multimorbidität ebenfalls Auswirkung auf den Kostenanstieg hat.

Im Detail sehen die ausgewerteten Jahre nun wie folgt aus: Im Jahr 2005 werden pro Demenzpatient € 286,22 ausgegeben. Von 2005 auf 2006 kann eine prozentuelle Steigerung von 27,1% verzeichnet werden, was durchschnittliche Kosten in der Höhe von € 363,92 bedeutet. Von 2006 auf 2007 steigen die Ausgaben um 34,0% auf € 487,31. Für die weiteren Berechnungen werden nun die durchschnittlichen Kosten des Jahres 2007 von € 487,31 herangezogen, da darin sowohl Patienten im Anfangs- als auch im fortgeschrittenen Stadium enthalten sind und somit eher die Kostenwahrheit abbilden.

Ad Transportkosten

Transportkosten werden von den Kassen dann übernommen, wenn die Anspruchsberechtigten durch ihren Gesundheitszustand nicht in der Lage sind ein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit Begleitung) zu benutzen, aber einen Transport in die nächstgelegene und geeignete Krankenanstalt innerhalb Österreichs benötigen. Weiters muss die Art und Weise des Transportes durch einen Arzt bestätigt werden.¹⁹¹ In Tabelle 23 sind die von der Wiener Gebietskrankenkasse stammenden Transportkosten für die Jahre 2004 bis 2007 gelistet.¹⁹²

¹⁹⁰ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁹¹ vgl. Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung Nr. 51, 2006: 13, www.avsv.at

¹⁹² vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Tabelle 23: Überblick Transportkosten nach dem top down-Ansatz (Quelle: WGKK)

Jahr	Anzahl der Demenz-Kranken	Transportkosten gesamt	Transportkosten pro Patient	Prozentueller Anstieg zum Vorjahr
2004	3.931	nicht verfügbar	nicht verfügbar	
2005	5.155	€ 930.790,22	€ 180,56	
2006	5.915	€ 1.422.497,49	€ 240,49	33%
2007	6.846	€ 1.915.083,84	€ 279,74	16%

Die geringen Transportkosten von € 180,56 pro Demenzpatient im Jahr 2005 könnten demzufolge so erklärt werden, dass Patienten im Anfangsstadium der Krankheit durchaus noch mobil sind. Erst mit zunehmender Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes können die Erkrankten die Transporte nicht mehr selbständig bewerkstelligen und benötigen so vermehrt Hilfe von Dritten. Im Jahr 2005 auf 2006 sind die Transportkosten um 33% auf € 240,49 gestiegen. Für das Jahr 2007 können Kosten in der Höhe von € 279,74 eruiert werden, was einen prozentuellen Anstieg zum Vorjahr um 16% bedeutet. Für die weiteren Berechnungen gehen die durchschnittlichen jährliche Kosten pro Demenzpatient des Jahres 2007 in der Höhe von € 279,74 ein, da in diesem Fall die Realität gut abgebildet wird. Auch an dieser Stelle soll nochmals auf die Multimorbidität als Mitverursacher des Kostenanstiegs hingewiesen werden.

Ad stationäre Kosten

Die Ermittlung der stationären Kosten stellt in diesem Ansatz eine besonders große Hürde dar, denn die Multimorbidität und die leistungsorientierte Krankenanstalten-finanzierung (LKF)¹⁹³, die ein kompliziertes Punktevergabesystem zur Abrechnung der stationären Krankenhausaufenthalte ist, machen eine Kostenaufschlüsselung unmöglich. Demzufolge sind in diesem Ansatz die Kosten nicht verfügbar.

Ad Pflegekosten

Eine Kostenabschätzung bezüglich direkter Pflegekosten gestaltet sich aus mehreren Gründen als äußerst schwierig, wie zum Beispiel die Identifikation der unterschiedlichen Zahlungsströme oder die Multimorbidität, die für den unterschiedlichen Krankheitsverlauf verantwortlich ist. Diese Barrieren machen es beinahe unmöglich eine authentische Aussage treffen zu können. Die direkt erfassbaren Kosten werden aus diesem Grund in einem ersten Ansatz rein über die Einstufung der Pflegestufen abgebildet und sollen somit das absolute

¹⁹³ vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, <http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128341915943>

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Minimum der anfallenden Aufwände darstellen, denn berechnet man beispielsweise den Stundensatz für die Pflegestufe 1, bekommt die betreuende Person nicht einmal € 3,- pro Stunde. Die tatsächlichen Kosten sind um ein Vielfaches höher, als das angenommene Pflegegeld. In einem zweiten Ansatz werden die Kosten, die durch institutionelle Pflege entstehen abgebildet.

Pflegegeld: Der Homepage des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz sind folgende Informationen bezüglich der aktuellen Verteilung des Bundes- und Landespflegegeldes nach Pflegestufen zu entnehmen:¹⁹⁴

Tabelle 24: Verteilung des Bundes- und Landespflegegeldes nach Pflegestufen, 2006 (Quelle: BMSK 2008)

Pflegegeld	Pflebedarf in Stunden/ Monat	Monatlicher Betrag 2007
Stufe 1:	Über 50 Stunden	€ 148,3
Stufe 2:	Über 75 Stunden	€ 273,4
Stufe 3:	Über 120 Stunden	€ 421,8
Stufe 4:	Über 160 Stunden	€ 632,7
Stufe 5:	Über 180 Stunden	€ 859,3
Stufe 6:	über 180 Stunden: wenn zeitlich unkoordinierbare □etreuungsmaßnahmen und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	€ 1.171,7
Stufe 7:	über 180 Stunden: wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	€ 1.562,1

Zur Berechnung der direkten Pflegekosten werden nun die Stufen 2 bis 6 herangezogen, aus denen der Durchschnitt berechnet wird. Folglich kann mit einer durchschnittlichen

¹⁹⁴ vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

monatlichen direkt erfassbaren Kostenbelastung von € 671,78 gerechnet werden, was einer jährlichen Summe von € 8.061,36 entspricht.

Institutionelle Pflegekosten: Im Rahmen dieser Arbeit, wurden die durchschnittlichen Pflegeheimkosten recherchiert, wobei aktuell € 100,- pro Bett und Tag in einem Pflegeheim angenommen werden können.¹⁹⁵ Betrachtet man nun den Krankheitsverlauf von durchschnittlich 7 Jahren, wird nun angenommen, dass die ersten drei Jahre noch im häuslichen Umfeld durch die Unterstützung der Angehörigen und mobiler Dienste verbracht werden. Für die Berechnung der Kosten im häuslichen Umfeld werden die Pflegegeldstufen zwei, drei und vier herangezogen. Weiters wird modellhaft davon ausgegangen, dass die verbleibenden vier Jahre im Pflegeheim verbracht werden. Dementsprechend ergeben sich Kosten in der Höhe von € 23.133,54.

Um nun einen besseren Überblick zu bekommen, wie viele Patienten aktuell in Pflegeheimen beziehungsweise zu Hause betreut werden, soll die nachfolgende Tabelle der Wiener Gebietskrankenkasse Aufschluss geben. Die so ermittelten Zahlen werden anhand der sogenannten Stempelnummern der Heime, die eine Vertragspartnernummer darstellt, identifiziert.¹⁹⁶

Tabelle 25: Überblick institutionelle Pflege versus Pflege zu Hause (Quelle: WGKK)

Jahr	Summe der Patienten die über HM- VO identifiziert wurden	Anzahl der Patienten, die im laufenden Jahr auf der Bettenstation eines Pensionistenheimes betreut wurden	Verhältnis der Patienten, die im laufenden Jahr auf der Bettenstation eines Pensionistenheimes betreut wurden zur Summe der Patienten, die über HM-VO identifiziert wurden	nicht im Pensionistenheim betreut
2004	3.931	328	8,34%	91,66%
2005	5.155	423	8,21%	91,79%
2006	5.915	514	8,69%	91,31%
2007	6.846	708	10,34%	89,66%

Es ist ersichtlich, dass bedingt durch die Auswertung über den Betrachtungszeitraum 2004 bis 2007 die institutionelle Pflege zunimmt, da besonders die Patienten im letzten und schwersten Stadium vermehrt in Pflegeheimen betreut werden. Bestätigt wird dieser Trend auch von Wancata et al. im Artikel *Epidemiologie und Versorgung von Demenzkranker*, wo angeführt wird, dass in Österreich 20 bis 25% der Demenzkranken in Heimen gepflegt

¹⁹⁵ Weisser K, 2008, Expertengespräch

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

werden.¹⁹⁷ Für die in Kapitel 7 durchgeführten Hochrechnungen bis 2050 wird nun davon ausgegangen, dass 80% der Demenzpatienten im häuslichen Umfeld und 20% in Pflegeheimen betreut werden.

6.2.2 Zusammenfassung Ergebnisse top down-Ansatz

Zusammenfassend können nun folgende **durchschnittliche jährlichen Kosten pro Patient in der häuslichen Pflege nach dem top down-Ansatz** für das Krankheitsbild Demenz zusammengefasst werden:

Ärztl. Leistungen:	€ 978,60
Heilmittelkosten:	€ 872,84
Heilbehelfe:	€ 487,31
Transportkosten:	€ 279,74
Pflegekosten: zu Hause	€ 8.061,36
<hr/>	
Insgesamt:	€ 10.679,85

Basierend auf den Daten der Wiener Gebietskrankenkasse fallen nach dem top down-Ansatz jährlich mindestens € 10.679,85 für einen Demenzpatienten in Österreich an Kosten an. Die prozentuelle Verteilung ist in Abbildung 16 dargestellt:

¹⁹⁶ vgl. WGKK, 2008, interne Unterlagen

¹⁹⁷ vgl. Wancata J./ Hajji M./ Windhaber J., 1999: 125

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

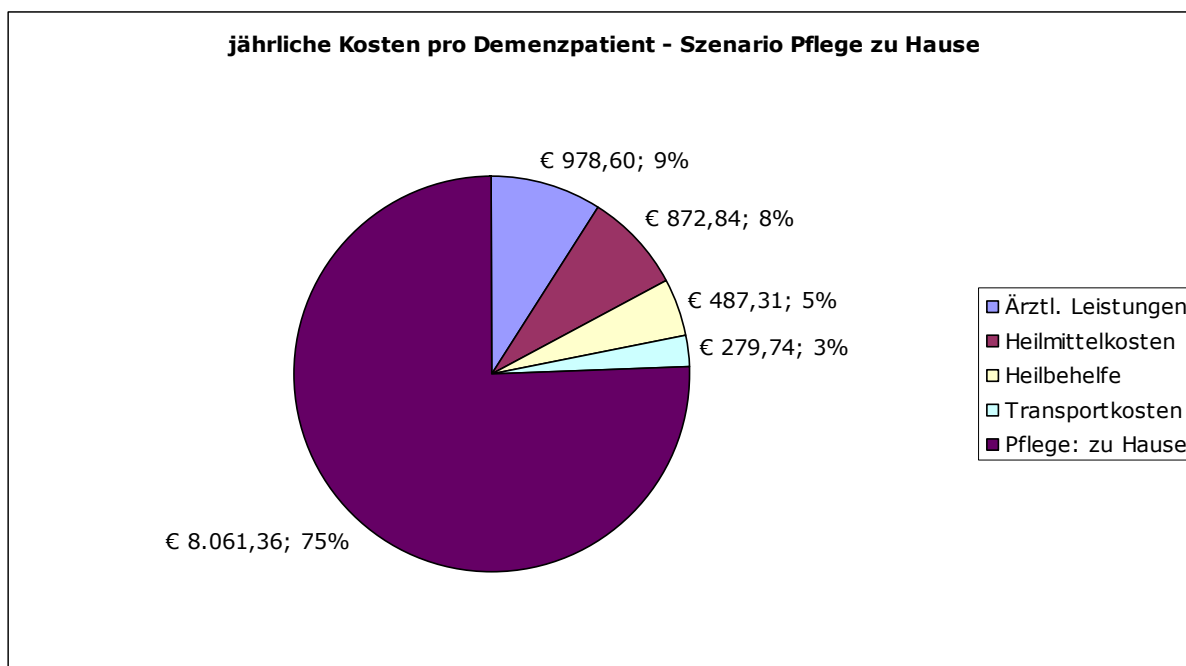


Abbildung 16: jährlichen Kosten pro Demenzpatient im top down- Ansatz– Szenario Pflege zu Hause (Quelle: WGKK)

Den größten Anteil mit 75% und circa € 8.060,- nimmt dabei die Pflege zu Hause in Anspruch, gefolgt von den ärztlichen Leistungen mit 9%, also rund € 980,-. Die Heilmittelkosten gehen mit ungefähr 8% und € 875,- in die Gesamtrechnung mit ein. Die Heilbehelfe und Transportkosten machen dabei nur einen Bruchteil von 5% beziehungsweise 3% oder ungefähr € 490,- und beinahe € 280,- aus.

Die **durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Demenzpatient im Pflegeheim nach dem top down-Ansatz** stellen sich wie folgt dar:

Ärztl. Leistungen:	€ 978,60
Heilmittelkosten:	€ 872,84
Transportkosten:	€ 279,74
Pflegekosten: Pflegeheim	€ 23.133,54
Insgesamt:	€ 25.264,72

Die Heilbehelfe werden in diesem Ansatz vernachlässigt, da diese in den monatlichen Kosten von € 100,- pro Bett enthalten sind.

Abbildung 17 soll ebenfalls die prozentuelle Verteilung der Kosten illustrieren:

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

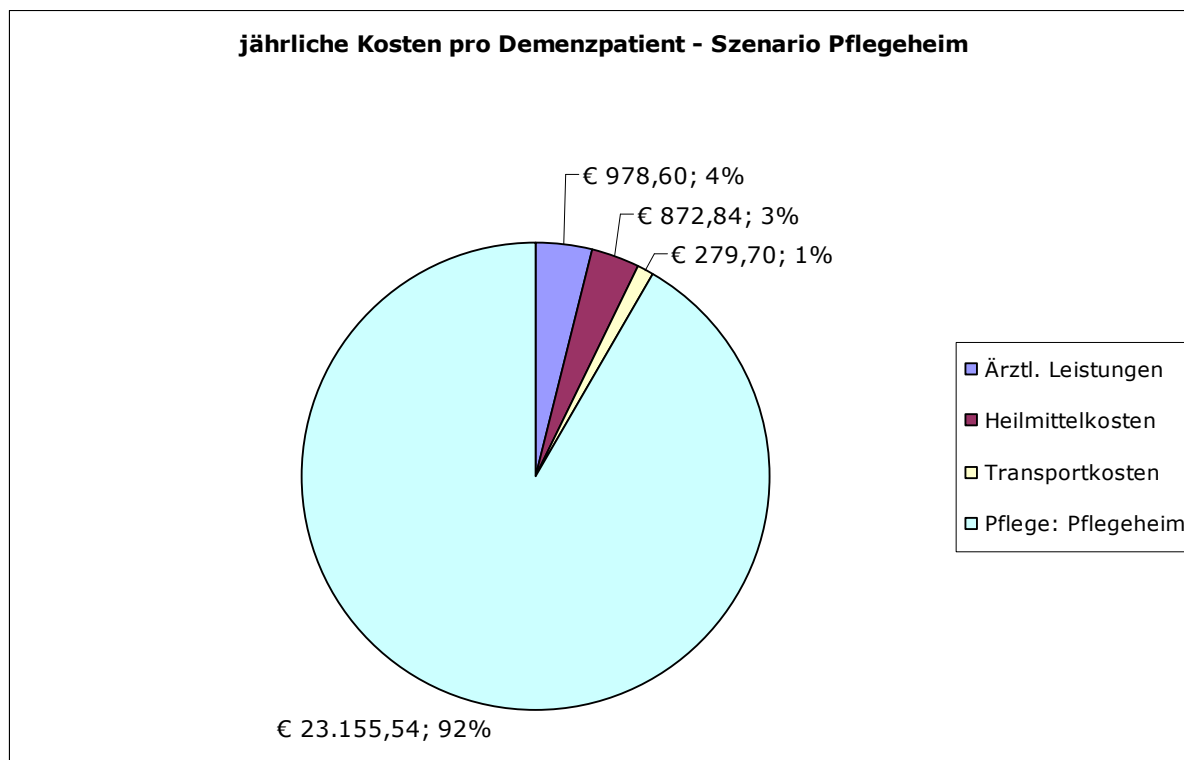


Abbildung 17: jährlichen Kosten pro Demenzpatient im top down- Ansatz– Szenario Pflegeheim
(Quelle: WGKK)

Den größten Kostenanteil mit 92% und rund € 23.156,- nehmen die Aufwändungen im Pflegeheim ein, gefolgt von den ärztlichen Leistungen, die mit 4% beziehungsweise mit ungefähr € 980,- in die Gesamtrechnung mit eingehen. Nur ungefähr 3% beziehungsweise 1% entfallen auf Heilmittelkosten und Transportkosten. Vergleicht man nun rein die Pflegekosten miteinander, so machen die Kosten, die durch die Pflege im häuslichen Umfeld anfallen, ungefähr ein Drittel der Kosten, die im Pflegeheim entstehen, aus.

6.2.3 Berechnungen nach dem bottom up- Ansatz

Zur Ermittlung der Kosten nach dem bottom up-Ansatz werden primär die direkt ermittelten Kosten pro Demenzpatient und Jahr verwendet. Nur in Ausnahmefällen wird auf Tarife beziehungsweise auf Pauschalen zurückgegriffen, wobei im Einzelnen darauf im Text hingewiesen wird. Weiters wird von einer Krankheitsdauer von 7 Jahren ausgegangen, wobei die Einteilung in leicht - 2 Jahre, mittel – 3 Jahre und schwer – 2 Jahre vorgenommen wird. Es werden einerseits die Kosten der momentanen Behandlungssituation in Österreich ermittelt und andererseits die Behandlungsrichtlinien beziehungsweise Empfehlungen der österreichischen Demenzexperten berücksichtigt. Die Aufschlüsselung der Kosten erfolgt nach dem gleichen Schema wie im top down-Ansatz. Da in Österreich die überwiegende

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Mehrheit der Demenzpatienten zu Hause gepflegt werden¹⁹⁸, werden zunächst die Kosten im häuslichen Umfeld berechnet. Da in der Literatur oft davon ausgegangen wird, dass die familiäre Pflegemöglichkeit durch hohe Scheidungsraten, niedrige Geburtenraten usw. zurückgehen wird¹⁹⁹, werden zusätzlich auch ab der mittleren und schweren Stufe die Kosten einer demenzgerechten Heimpflege ermittelt.

Ad ärztliche Leistung

Die Kosten bezüglich ärztlicher Leistungen, die eindeutig dem Krankheitsbild Demenz zugeordnet werden können, umfassen hauptsächlich Tätigkeiten, die mit der Diagnosestellung verbunden sind. Folgende Einzelkosten konnten in Verbindung mit den einzelnen Jahren und Schweregraden identifiziert werden:^{200 201 202 203}

Tabelle 26: Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 1 (Quelle: Expertengespräche, OÖGKK & WGKK, Ambulatoriumsbeitragsverordnung)

Demenz	1. Jahr: Leicht	2. Jahr: Leicht	3. Jahr: Mittel
Diagnose:			
Neurologischer Status:	MMSE-Test:	MMSE-Test:	MMSE-Test:
€ 73,58	2 x € 11,48	2 x € 11,48	2 x € 11,48
(1xMMSE-Test inkludiert)			
Anamneseerhebung:	jährl. Fallpauschale:	jährl. Fallpauschale:	
€ 90,14	€ 72,-	€ 72,-	
Labor: € 163,51			
EKG: € 104,65		CT: € 249,44	
CT: € 249,44			
MMSE- Test: € 11,48			
durchschnittliche Kosten pro Jahr:	€ 692,80	€ 94.96	€ 344,40

¹⁹⁸ vgl. Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R., 2003: 39

¹⁹⁹ vgl. Weyrer S., 2001: 151

²⁰⁰ vgl. Honorarordnung der OÖGKK, 2006: 55

²⁰¹ Rainer M. ,2008, Expertengespräch

²⁰² vgl. Abulatoriumsbeitragsverordnung 2007, <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2007/pdf/lg2007055.pdf>

²⁰³ vgl. Tarifkatalog WGKK, 2007, <http://www.wgkk.at/mediaDB/111171.PDF>

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Tabelle 27: Kosten Diagnosestellung nach dem bottom up-Ansatz 2 (Quelle: Experten-gespräche, OÖGKK & WGKK, Ambulatoriumsbeitragsverordnung)

Demenz	4. Jahr: Mittel	5. Jahr: Mittel	6. Jahr: Schwer	7. Jahr: Schwer
Diagnose:				
	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl. Fallpauschale: € 72,-	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl. Fallpauschale: € 72,-	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl. Fallpauschale: € 72,- CT: € 249,44	MMSE-Test: 2 x € 11,48 jährl. Fallpauschale: € 72,-
durchschnittliche Kosten pro Jahr:	€ 94,96	€ 94,96	€ 344,40	€ 94,96

Die Kostenangaben für den MMSE-Test entstammen dem Tarifikatalog der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für Fachärzte der Neurologie und/oder Psychiatrie, wobei dieser Test 2 x jährlich zu wiederholen ist.²⁰⁴ Die Kosten bezüglich CT, EKG und Labor werden der Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge für die Wiener städtischen Krankenanstalten aus dem Jahr 2008²⁰⁵ entnommen, dabei gehen folgende Laborparameter in die Berechnung mit ein: Folsäure/Folat (Vitamin B12), GGT, HbA1c, Glukose, Chlorid, Kalium, Natrium, komplettes Blutbild, ASAT, ALAT, T4, TSH, Alkalische Phosphatase, Harnstoff/ Harnstoff-N und Kreatinin. Labor- und EKG-Untersuchungen dienen zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen und fallen so folglich nur zu Beginn der Krankheit an. Schädel-CTs werden in Spezialkliniken jährlich durchgeführt, wobei die Praxis eher davon absieht.²⁰⁶ Folglich gehen die CT-Kosten pro Stadium als angenommener Durchschnittswert in die Gesamtrechnung mit ein. Die Fallpauschale stellt jenen Betrag dar, der von den Allgemeinmediziner pro Quartal und Patientenkontakt verrechnet werden kann.²⁰⁷

Das leichte Demenzstadium betreffend entstehen im Diagnosejahr jährliche Kosten in der Höhe von ungefähr € 692,80. Das Folgejahr betrachtet, fallen Kosten in der Höhe von € 94,96 an. Im Durchschnitt bedeutet dies eine jährliche Kostenbelastung im ersten Stadium von € 393,88.

²⁰⁴ vgl. Honorarordnung der OÖGKK, 2006: 55

²⁰⁵ vgl. Ambulatoriumsbeitragsverordnung 2008, <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2007/pdf/lg2007055.pdf>

²⁰⁶ Rainer M., 2008, Expertengespräch

²⁰⁷ vgl. Tarifikatalog WGKK, 2007, <http://www.wgkk.at/mediaDB/111171.PDF>

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Im mittleren und längsten Stadium fallen im 3. Jahr Diagnosekosten in der Höhe von € 344,40 an. Im 4. und 5. Jahr belaufen sich diese auf € 94,96,-. Durchschnittlich verursacht dieses Stadium Kosten in der Höhe von € 178,11 pro Jahr.

Demenzpatienten im letzten und schwersten Stadium verursachen im 6. Jahr Diagnosekosten in der Höhe von € 344,40. Im 7. Jahr sind diese € 94,96 oder sogar geringer, wenn zustandsbedingt auf die MMSE-Tests verzichtet wird. Daraus ergeben sich durchschnittliche Kosten in der Höhe von € 219,68 pro Jahr.

An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass diese Kosten rein das Krankheitsbild Demenz betreffen. Auf die Multimorbidität kann an dieser Stelle keine Rücksicht genommen werden, da sich ansonsten die Darstellungen und Recherchen als zu komplex erwiesen hätten.

Ad Heilmittelkosten

Bezüglich Heilmittelkosten wurden die Tarife des Erstattungskodex herangezogen. Folgende Medikamentenkosten, die rein Antidementiva betreffen, können für die unterschiedlichen Stadien pro Monat ermittelt werden:²⁰⁸

Tabelle 28: Kosten für Antidementiva im Überblick (Quelle: WGKK)

Demenz	Leicht und Mittel (1. bis 5. Jahr)	Schwer (6. & 7. Jahr)
Medikamente: durchschnittliche Kosten pro Monat		
	Acetylcholinesterasehemmer:	Glutamatantagonist und Acetylcholinesetraserhemmer
	<ul style="list-style-type: none"> • Donepezil 10mg: € 102,75 oder • Rivastigmin 1,5/3/4,5/6mg: €49,35 oder • Galantamin: 8/16/24mg: € 72,35 	Donepezil 10 mg: € 102,75
	bei Unverträglichkeit oder keiner Wirkung:	Memantin 20 mg: € 49,80
	Memantin 20 mg: € 49,80	
durchschnittliche Kosten pro Jahr: € 823,20		€ 1.830,60

Aus der Tabelle 10 ist ersichtlich, dass die Medikamentenkosten bei leichter und mittlerer Demenz pro Patient und Monat im Durchschnitt bei rund € 68,60 liegen, daraus ergibt sich wiederum eine jährliche Medikamentenkostenbelastung von circa € 823,20.

²⁰⁸ Erstattungskodex 2008: 360 ff

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Für schwere Demenz werden aktuell pro Patient und Monat ungefähr € 152,55 ausgegeben, was einer Jahresbelastung von € 1.830,60 gleichkommt.

Ad Kosten für Heilbehelfe

Bezüglich Heilbehelfe, die vorwiegend in den Stadien mittel und schwer bei der häuslichen Pflege zur Anwendung kommen (im Pflegeheim sind diese Kosten in im monatlichen Preis inkludiert), konnten folgende Werte identifiziert werden:^{209 210}

Tabelle 29: jährliche Kosten für Heilbehelfe (Quelle: Expertengespräch, Internet-recherchen)

<i>Demenz</i>	<i>Mittel</i>	<i>Schwer</i>
Heilmittelbehelfe: jährliche Kosten		
	Gehhilfe: € 7,-	Gehgestell/Rollmobil: € 67,-
	Windeln: € 360,-	Windeln: € 900,-
	Einlagen: € 360,-	Toilettenstuhl: € 52,-
	Toilettensitzerhöhung: € 19,-	Toilettensitzerhöhung: € 19,-
	Toilettenstuhl: € 52,-	Dekubitus-Matratze: € 60,-
	Dekubitus-Matratze: € 60,-	Pflegebett: € 600,-
	Duschhilfe: € 40,-	Duschhilfe: € 40,-
Durchschnittliche Kosten pro Jahr: € 898,-		€ 1.738,-

Die Bewertung der Anschaffungen erfolge anhand der Abschreibung über die statistische noch verbleibende Lebenszeit. Die angeführten Preise entstammen Internetrecherchen und persönlichen Gesprächen mit Fachpersonal. Folgende Durchschnittspreise konnten somit ermittelt werden:^{211 212}

- Gehhilfen werden mit einem Anschaffungspreis von € 21,- angesetzt und über 3 Jahre linear abgeschrieben. Folglich gehen € 7,- als jährliche Kosten in die Gesamtrechnung ein.
- Gehgestelle oder Rollmobile können zu einem durchschnittlichen Preis von € 134,- erworben werden. Diese werden linear über zwei Jahre abgeschrieben und schlagen somit mit € 67,- zu Buche.

²⁰⁹ Pail C., 2008, Expertengespräch

²¹⁰ z.B.: Sanitätshaus Bandagist Bernhard, 2008, <http://www.bandagist-bernhard.at/042faf99580a82a02/f3e91c990511c2c02/042faf999d074b206/index.php>

²¹¹ z.B.: Sanitätshaus Bandagist Bernhard, 2008, <http://www.bandagist-bernhard.at/042faf99580a82a02/f3e91c990511c2c02/042faf999d074b206/index.php>

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

- Eine Toilettensitzerhöhung kostet circa € 95,- und wird über 5 Jahre linear abgeschrieben, wodurch jährliche Kosten von € 19,- entstehen.
- Ein Toilettenstuhl wird mit einem Anschaffungspreis von durchschnittlich € 135,- gerechnet, wobei die Abschreibung ebenfalls linear über 5 Jahre erfolgt. Folglich ergibt sich eine jährliche Kostenbelastung von € 27,-.
- Eine Dekubitus-Matratze kann mit einem durchschnittlichen Anschaffungspreis von € 300,- bewertet werden. Auch hier erfolgt eine lineare Abschreibung über 5 Jahre, die somit zu Kosten in der Höhe von € 60,- im Jahr führen.
- Das Pflegebett, welches im letzten Stadium meist angeschafft werden muss, geht mit € 1.200,- in die Kostenaufstellung mit ein und wird über 2 Jahre linear abgeschrieben.
- Bezüglich Windeln konnte ein Preis von circa 15,- für 35 Stück und für Einlagen inkl. Netzhöschen ein Preis von € 30,- pro Monat ermittelt werden.
- Eine Duschhilfe beziehungsweise ein Badewannensitz wurden im Durchschnitt mit € 200,- bewertet. Auch diese werden linear über 5 Jahre abgeschrieben und gehen somit mit € 40,- in die Gesamtrechnung ein.
-

Ausgehend von den oben angeführten Kosten, kommt es zu durchschnittlichen jährlichen Kostenbelastungen im mittleren Stadium von € 898,- und im schweren Stadium von € 1.738,-. Im leichten Stadium werden Heilbehelfe meist noch nicht benötigt und folglich in der Berechnung vernachlässigt.

Ad Transportkosten

Recherchen bezüglich Transportkosten ergaben, dass zum Beispiel in Wien abhängig von der Art des Transportes und eventueller Mitgliedschaften bei Sanitätsdiensten Pauschalen pro Fahrt zwischen € 76,- und € 95,- bei normalen Krankentransporten beziehungsweise € 208,- bis € 260,- bei Rettungsfahrt verrechnet werden.²¹³ Da Demenzpatienten im leichten Stadium durchaus mobil sind, dient in diesem Stadium zur Ermittlung der Transportkosten eine 8-Tage-Karte der Wiener Linien zum Preis von € 27,20, wobei sich ein Tag folglich auf € 3,40 beläuft.²¹⁴ Weiters werden für Fahrten, die das mittlere Stadium betreffen, normale Krankentransporte als Berechnungsgrundlage herangezogen. Da Demenzpatienten im letzten Stadium meist bettlägerig sind, werden hierfür Rettungsfahrten veranschlagt. Zur Bestimmung der Häufigkeit der benötigten Transporte werden pro Jahr für das leichte und mittlere Stadium vier, also pro Quartal einmal, und für das letzte Stadium ein Transport berechnet (siehe ärztliche Leistungen). Weiters erfolgt die Differenzierung bezüglich Pflege

²¹² Pail C., 2008, Expertengespräch

²¹³ Rotes Kreuz, 2008, Telefonat

²¹⁴ vgl. Tarifbestimmungen Wiener Linien, 2007, http://www.wienerlinien.at/wl/ep/downloadTracker.do?path=%2Fmedia%2Ffiles%2F2008%2FTarifbestimmungen_2415.pdf

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

zu Hause und im Pflegeheim. Da Pflegeheime von Ärzten betreut werden, werden in diesem Fall weniger Transportkosten angenommen. Eine genauere Aufschlüsselung erfolgt in der nachfolgenden Tabelle 30.

Tabelle 30: Transportkosten nach bottom up-Ansatz (Quelle: Wiener Linien, Rotes Kreuz)

<i>Demenz</i>	<i>Leicht</i>	<i>Mittel</i>	<i>Schwer</i>
Transportkosten: jährliche Kosten			
Pflege zu Hause	4 Fahrten (8-Tage-Karte) ad € 3,40: € 13,60	8 Fahrten (hin und retour) ad € 85,50: € 684,-	2 Fahrten (hin und retour) ad € 234,-: € 468,-
Pflegeheim		2 Fahrten (hin und retour) ad € 85,50: € 171,-	2 Fahrten (hin und retour) ad € 234,-: € 468,-

Aus Tabelle 30 ist ersichtlich, dass Personen mit leichter Demenz die wenigsten Kosten in Höhe von € 13,60 verursachen. Das mittlere Stadium, das gekennzeichnet ist durch Verwirrung und Rastlosigkeit, schlägt bei der Pflege im häuslichen Umfeld mit € 684,- zu Buche. Pflegeheime werden regelmäßig von Ärzten betreut, was sich positiv in der Höhe der Transportkosten mit € 171,- auswirkt. Im schwersten Stadium können mindestens Kosten in der Höhe von € 468,- ermittelt werden.

Ad stationäre Kosten

Die Schwierigkeit in diesem Ansatz stellt ebenfalls die Multimorbidität dar. Um dennoch Aussagen bezüglich stationäre Kosten tätigen zu können, werden anschließend zwei 80-Jährige Musterpatienten mit folgenden Symptomen, die mehr oder weniger dem Krankheitsbild Demenz zuordenbar sind, kreiert:

1. Patient:

- Hauptdiagnose Demenz (ICD 10: F00.9)
- Nebendiagnose Harnwegsinfekt (ICD 10: N39.0)
- Aufenthaltsdauer 10 Tage (innerhalb der Verweildauergrenze, werden diese Tage über- oder unterschritten, werden Auf- beziehungsweise Abschläge berechnet)
- Keine medizinische Einzelleistungen

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Für den ersten Musterpatienten würden über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) 2.338 Punkte²¹⁵ vergeben werden. Im Hanuschkrankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse wird ein Punkt mit € 0,70 bis € 0,80²¹⁶ bewertet, wobei der genaue Punktwert sich jeweils aus dem Budget der Landesgesundheitsfonds und den jeweils in dem Jahr abgerechneten LKF- Punkten ergibt. Anhand durchgeführter Recherchen konnte für das Hanuschkrankenhaus für das Jahr 2007 für einen Punkt € 0,78²¹⁷ ermittelt werden. Folglich ergeben sich für diesen Musterpatienten Kosten in der Höhe von € 1.824.²¹⁸

2. Patient:

- Hauptdiagnose Schenkelhalsfraktur (ICD 10: S72.0)
- Nebendiagnose Demenz (ICD 10: F00.9)
- Medizinische Einzelleistung 4236²¹⁹ (Osteosynthese des Schenkelhalses)
- Aufenthaltsdauer 15 Tage (innerhalb der Verweildauergrenze)

Bei diesem Musterpatienten ist aufgrund der Diagnose eine Operation nötig, die im LKF-System mit einer medizinischen Einzelleistung abgegolten wird. Für diesen Patienten würde man 6.166²²⁰ Punkte erhalten, die einer Vergütung bei einem Punktwert von € 0,78 von € 4.809,- entsprechen würde.

Weiters konnte durch interne Datenauswertungen der Wiener Gebietskrankenkasse für das Jahr 2007 eine durchschnittlich Krankenhausaufenthaltsdauer von 33,83 Tagen ermittelt werden, wobei circa zwei Drittel der Demenzpatienten in eine Krankenanstalt eingewiesen wurden. Folglich wird nun zur Ermittlung der stationären Kosten, alle Stadien betreffend, der erste Musterpatient herangezogen, wobei die Kosten von € 1.824,- mit zwei Drittel angesetzt werden. Infolgedessen können jährlich stationäre Kosten von € 1.216,- errechnet werden.

Da es im weiteren Krankheitsverlauf durch das Krankheitsbild Demenz durchaus zu schweren Stürzen kommen kann, wird nun diese Vermutung im mittleren und schweren

²¹⁵ KDok 2008, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128343984496>

²¹⁶ Auskunft der Abteilung Controlling der WGKK

²¹⁷ Auskunft der Abteilung Controlling der WGKK

²¹⁸ KDok 2008, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128343984496>

²¹⁹ Anlage 6 des LKF Modells 2008, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/6/6/8/CH0720/CMS1128341915943/anlage6_-_lgr01-30_mit_zugeordneten_medizinischen_einzelleistungen.pdf

²²⁰ KDok 2008, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128343984496>

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Stadium ebenfalls berücksichtigt. Die Auswertungen der Wiener Gebietskrankenkasse ergaben bezüglich Frakturen nun folgendes Bild: Im Jahr 2007 erlitten 284 medikamentös behandelte Demenzpatienten eine Schenkelhalsfraktur, was einer prozentuellen Wahrscheinlichkeit von circa 4% gleichkommt. Demzufolge werden nun die Kosten des zweiten Musterpatienten mit 4%, also € 192,- im mittleren und schweren Stadium angenommen, woraus sich eine Kostenbelastung von insgesamt € 1.408,- ergibt.

Folglich ergibt sich eine stationäre Kostenbelastung für die einzelnen Stadien:

Tabelle 31: stationäre Kosten nach bottom up-Ansatz (Quelle: Expertengespräch)

<i>Demenz</i>	<i>Leicht</i>	<i>Mittel</i>	<i>Schwer</i>
Stationäre Kosten: jährliche Kosten			
	€ 1.216,-	€ 1.408,-	€ 1.408,-

Ad Pflege

Eine Kostenabschätzung bezüglich direkt erfassbarer Kosten gestaltet sich auch bei diesem Ansatz als schwierig, dementsprechend werden bei den Patienten, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, ebenfalls die Pflegegeldstufen als Berechnungsgrundlage genommen. So werden im ersten Stadium die Pflegestufen 1 und 2 zur Kostenermittlung herangezogen. Im zweiten Stadium dienen die Pflegestufen 3 und 4 beziehungsweise im letzten Stadium die Pflegegeldstufen 5 und 6 als Grundlage. Die Pflegestufe 7 wird nicht in die Berechnung miteinbezogen, da diese Stufe die totale Bettlägerigkeit ohne Bewusstsein voraussetzt und dies aber im häuslichen Bereich höchst unwahrscheinlich ist.²²¹

Durch den demographischen Wandel wird zukünftig der institutionelle Bereich immer bedeutender. Demzufolge werden auch die durchschnittlichen Pflegekosten in einem Pflegeheim ermittelt. Zur Ermittlung der durchschnittlichen Kosten, die das mittlere Stadium anbelangen, werden die Preise einer Demenzstation in Wien als Berechnungsgrundlage genommen. Die Besonderheit dieser Abteilung liegt darin, dass die zu pflegenden Personen eine spezielle Demenztherapie (Ergotherapie und Physiotherapie) erhalten, um länger mobil zu bleiben. Sobald die Patienten das letzte Stadium erreicht haben, kommen diese auf normale Pflegestationen, die um einiges günstiger sind.^{222 223} Infolgedessen können die Pflegekosten wie folgt zusammengefasst werden:

²²¹ Lehner E./ Findl I., 2008, Expertengespräch

²²² Hubmann G., 2008, Expertengespräch

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Tabelle 32: direkte Pflegekosten nach Pflegestufen, 2006 (Quelle: BMSK 2008)

Demenz	Leicht	Mittel	Schwer
Pflegekosten: jährliche Kosten			
Pflege zu Hause	Pflegestufen 1 & 2: € 2.530,20	Pflegestufen 3 & 4: € 6.273,-	Pflegestufen 5 & 6: € 12.186,-
Pflegeheim	Pflegestufen 1 & 2: € 2.530,20	Demenzstation: € 66.430,-	normalen Bettstation: € 36.500,-

6.2.4 Zusammenfassung Ergebnisse bottom up-Ansatz

Zusammenfassend können nun **nach dem bottom up-Ansatz folgende jährliche Kosten für Demenzkranke, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden**, ermittelt werden:

	Leicht	Mittel	Schwer
Ärztl. Leistungen:	€ 393,88	€ 178,11	€ 219,68
Heilmittelkosten:	€ 823,20	€ 823,20	€ 1.830,60
Heilbehelfe:	€ -	€ 898,-	€ 1.739,-
Transportkosten:	€ 13,60	€ 684,-	€ 468,-
Stationäre Kosten:	€ 1.216,-	€ 1.408,-	€ 1.408,-
Pflegekosten:			
dargestellt über Pflegegeld	€ 2.530,20	€ 6.273,-	€ 12.186,-
Insgesamt:	€ 5.029,88	€ 10.264,31	€ 17.851,28

²²³ Weisser K., 2008, Expertengespräch

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Zur besseren Veranschaulichung soll Abbildung 18 dienen:

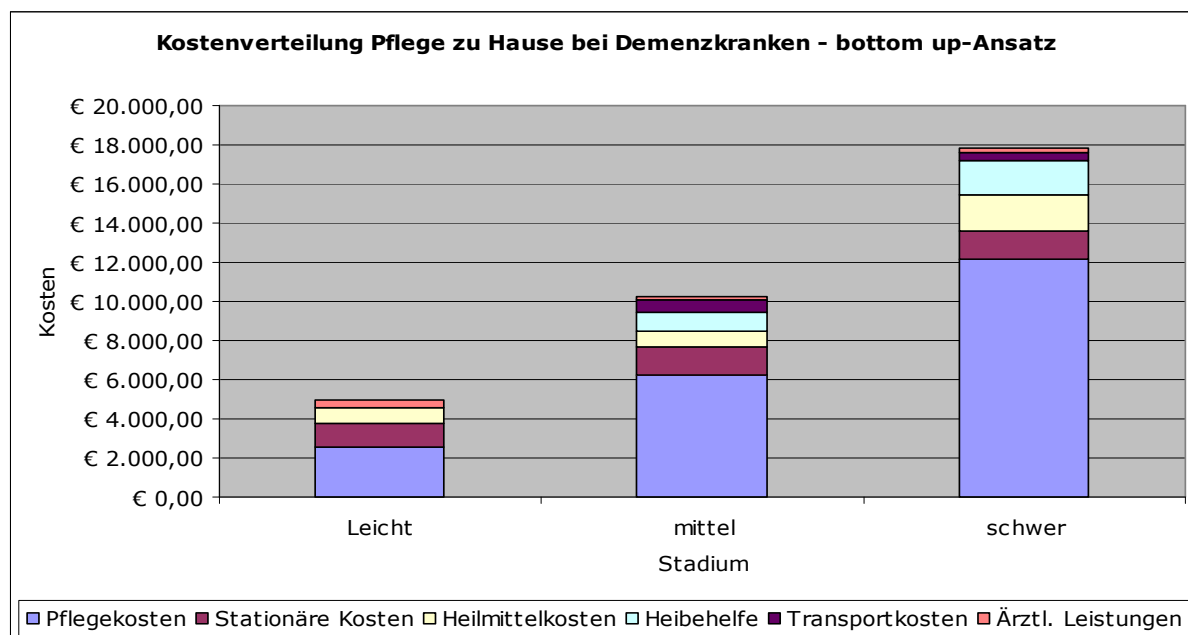


Abbildung 18: Kostenverteilung bei Demenzkranken, die zu Hause gepflegt werden nach dem bottom up-Ansatz (Quelle: eigene Darstellung)

Im Durchschnitt verursacht das Krankheitsbild Demenz, für den Fall, dass die Pflege im häuslichen Umfeld erfolgt, im bottom up Ansatz Gesamtkosten von mindestens € 10.935,- pro Patient und Jahr. Hochgerechnet auf die Krankheitsdauer von 7 Jahren sind derzeit mit Gesamtkosten in der Höhe von mindestens € 76.555,- pro Demenzpatient zu rechnen.

Die Kostenstruktur nach dem **bottom up-Ansatz von Demenzkranken, die in Pflegeheimen betreut werden**, sieht wie folgt aus:

	Leicht	Mittel	Schwer
Ärztl. Leistungen:	€ 393,88	€ 178,11	€ 219,68
Heilmittelkosten:	€ 823,20	€ 823,20	€ 1.831,-
Heilbehelfe:	€ -	€ -	€ -
Transportkosten:	€ 13,60	€ 171,-	€ 468,-
Stationäre Kosten:	€ 1.216,-	€ 1.408,-	€ 1.408,-
Pflegekosten:Pflegeheim	€ 2.530,20	€ 66.430,-	€ 36.500,-
Insgesamt:	€ 4.976,88	€ 69.010,31	€ 40.426,68

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Die nachfolgenden Abbildungen sollen die Kostenverteilung grafisch darstellen:

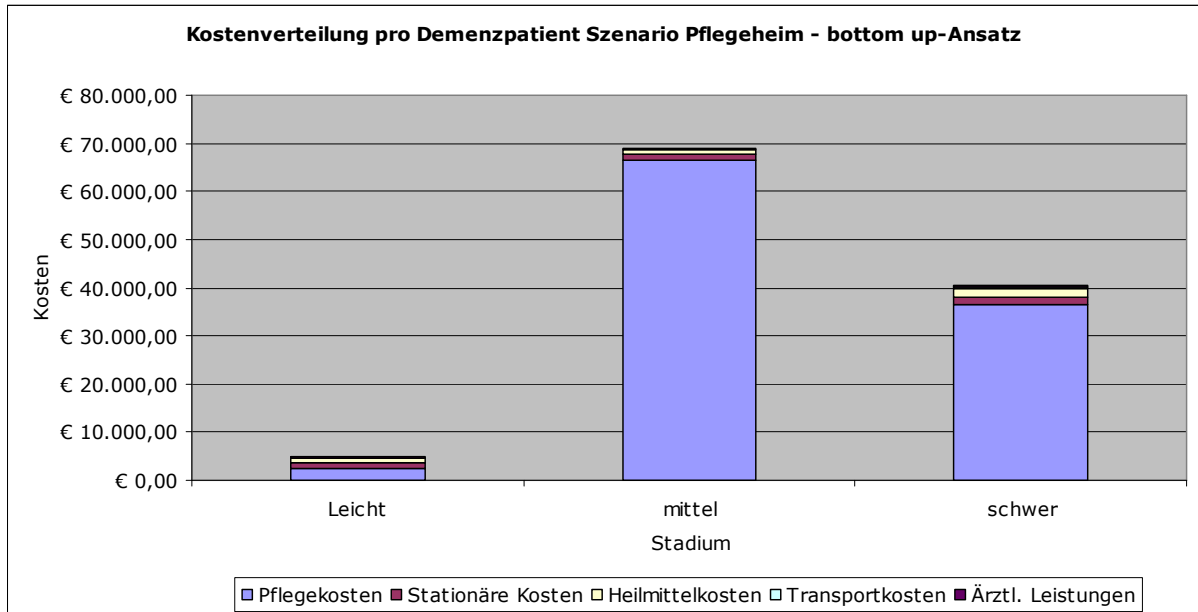


Abbildung 19: Kostenverteilung dargestellt über Pflegegeld pro Demenzpatient nach dem bottom up-Ansatz (Quelle: eigene Darstellung)

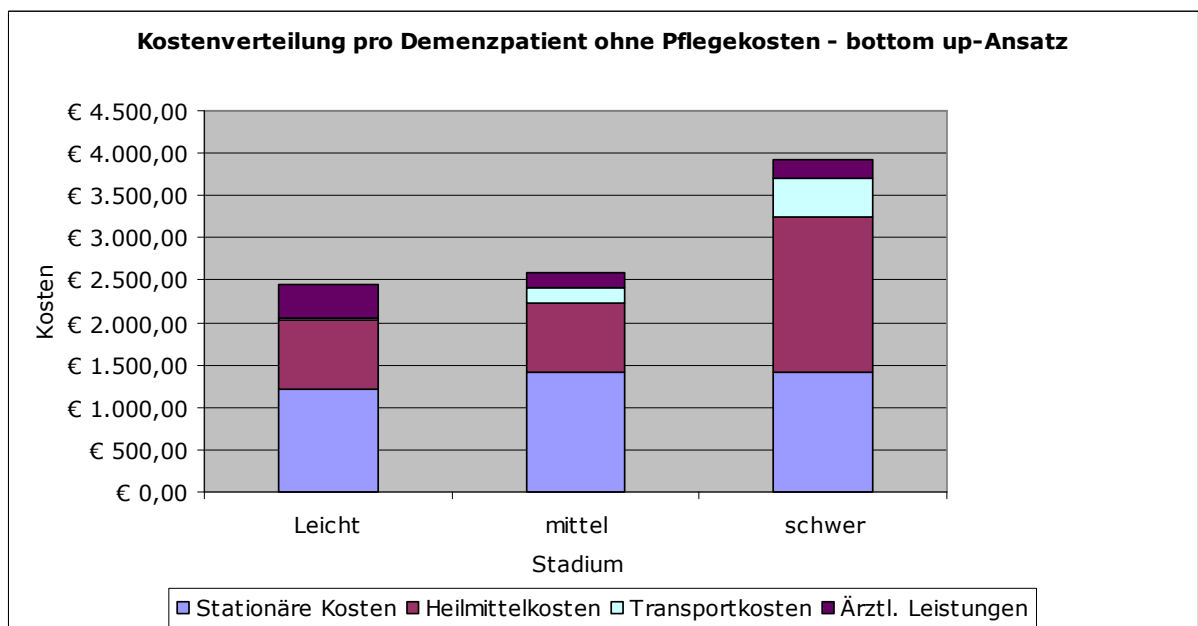


Abbildung 20: Kostenverteilung pro Demenzpatient nach dem bottom up-Ansatz ohne Pflegekosten (Quelle: eigene Darstellung)

Demenzkranke, die ab dem mittleren Stadium in einem Pflegeheim betreut werden, verursachen im Durchschnitt eine jährliche Kostenbelastung von rund € 42.450,- pro Patient.

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Insgesamt entstehen Gesamtkosten von ungefähr € 297.838,- über die Krankheitsdauer von 7 Jahren.

6.3 Ergebnisvergleich der beiden Ansätze

In Tabelle 33 sind die in den unterschiedlichen Ansätzen durchschnittlich ermittelten Kosten dargestellt. Im Detail sieht die Kostenaufschlüsselung wie folgt aus:

Tabelle 33: Vergleich häusliche Pflege top down-Ansatz versus bottom up-Ansatz

	top down-Ansatz		bottom up-Ansatz	
Ärztl. Leistungen:	€ 978,60		€ 251,64	
Heilmittelkosten:	€ 872,84		€ 1.111,03	
Heilbehelfe:	€ 487,31	-	€ 881,71	-
Transportkosten:	€ 279,74		€ 430,74	
Stationäre Kosten:	nicht verfügbar		€ 1.353,14	
Pflegekosten:	dargestellt über Pflegegeld: € 8.061,36	Pflegeheim: € 23.133,54	dargestellt über Pflegegeld: € 6.893,06	Pflegeheim: € 39.621,49
Summe:	€ 10.679,85	€ 25.286,68	€ 10.921,32	€ 42.768,04

Bezüglich Kosten, die die ärztlichen Leistungen betreffen, können die € 251,64 des bottom up-Ansatzes eindeutig als absolutes Minimum angesehen werden, da ausschließlich die Diagnosekosten und die geforderten Arztkontakte (um Antidementiva verordnet zu bekommen) in die Rechnung mit aufgenommen wurden. Da bei der Auswertung der Daten der Wiener Gebietskrankenkasse die Multimorbidität sowie sonstige Arztkontakte (zum Beispiel aufgrund akuter mit der Demenz im Zusammenhang stehender Ereignisse wie Verletzungen durch Stürze) nicht ausgeblendet werden konnten, erklären sich die im top down-Ansatz ermittelten höheren Kosten von € 978,60. Da Personen mit dem Krankheitsbild Demenz durch ihre Verwirrtheit dazu neigen öfters den Arzt aufzusuchen, wird der Mittelwert von € 615,12 für weitere Berechnungen herangezogen.

Die Heilmittelkosten des top down-Ansatzes repräsentieren die Realität, spiegeln aber nicht die tatsächliche Kostenbelastung bei einer optimalen Demenzversorgung wieder. Aus diesem Grund werden die Heilmittelkosten von € 1.111,03 des bottom up-Ansatzes für die weiteren Berechnungen herangezogen.

Im top down-Ansatz belaufen sich die Kosten der Heilbehelfe auf € 487,31 was im Vergleich zu den Kosten im bottom up-Ansatz eine Differenz von € 394,40 ergibt. Eine mögliche Erklärung liegt wohl darin, dass die Wiener Gebietskrankenkasse nur Teile der Kosten der Heilbehelfe übernimmt. Des Weiteren sind im Durchschnittswert der Wiener

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Gebietskrankenkasse aufgrund der notwendigen Einschränkung der Auswertung auf die letzten vier Jahre viele Fälle leichter Demenz, aber nur wenige mit schwerer Demenz enthalten. Infolgedessen scheinen die ermittelten € 881,71 eher die Realität abzubilden und gehen somit in die weitere Berechnungen ein.

Die berechneten Transportkosten von durchschnittlich € 279,74 des top down-Ansatzes stellen ebenfalls einen Durchschnittswert dar, der – wie bei den Heilbehelfen angeführt – bestimmten Einschränkungen unterworfen ist. Die im bottom up-Ansatz angeführten € 430,74 spiegeln eher die Realität wieder und werden deshalb in die weiteren Hochrechnungen berücksichtigt.

Da im top-down Ansatz keine stationären Kosten ermittelt werden konnten, werden die Werte des bottom up-Ansatzes mit € 1.353,14 in die weiteren Berechnungen aufgenommen.

Da die direkt erfassbaren Kosten, die über das Pflegegeld dargestellt sind, nach beiden Modellen der gleichen Berechnungsgrundlage unterliegen, sind hier natürlich auch fast identische Kosten zu erwarten. In die Prognosen werden die Kosten des top down-Ansatzes aufgenommen, da sie eher die Kostenwahrheit abbilden.

Die für die weiteren Hochrechnungen angesetzten Pflegeheimkosten stellen das Mittel der beiden Ansätze dar, da die im bottom up-Ansatz ermittelten Kosten von der optimalen Demenzversorgung ausgehen und die im top-down Ansatz ermittelten Kosten eher die Realität widerspiegeln.

Zusammenfassend können nun folgende Kosten für die Pflege zu Hause, die für weitere Kalkulationen von Bedeutung sind, angeführt werden:

Ärztl. Leistungen:	€ 615,12
Heilmittelkosten:	€ 1.111,03
Heilbehelfe:	€ 881,71
Transportkosten:	€ 430,74
Stationäre Kosten:	€ 1.353,14
Pflegekosten: dargestellt über Pflegegeld	€ 8.051,36
Insgesamt:	€ 12.443,10

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Bezüglich der Kosten bei der Unterbringung in einem Pflegeheim sieht die Verteilung wie folgt aus:

Ärztl. Leistungen:	€ 615,12
Heilmittelkosten:	€ 1.111,03
Transportkosten:	€ 430,74
Stationäre Kosten:	€ 1.353,14
Pflegekosten: Pflegeheim	€ 31.377,52
<hr/>	
Insgesamt:	€ 34.887,55

Die Kostendarstellung, die die Pflege zu Hause beziehungsweise die Pflege im Heim betrifft, wird in Abbildung 21 grafisch dargestellt:

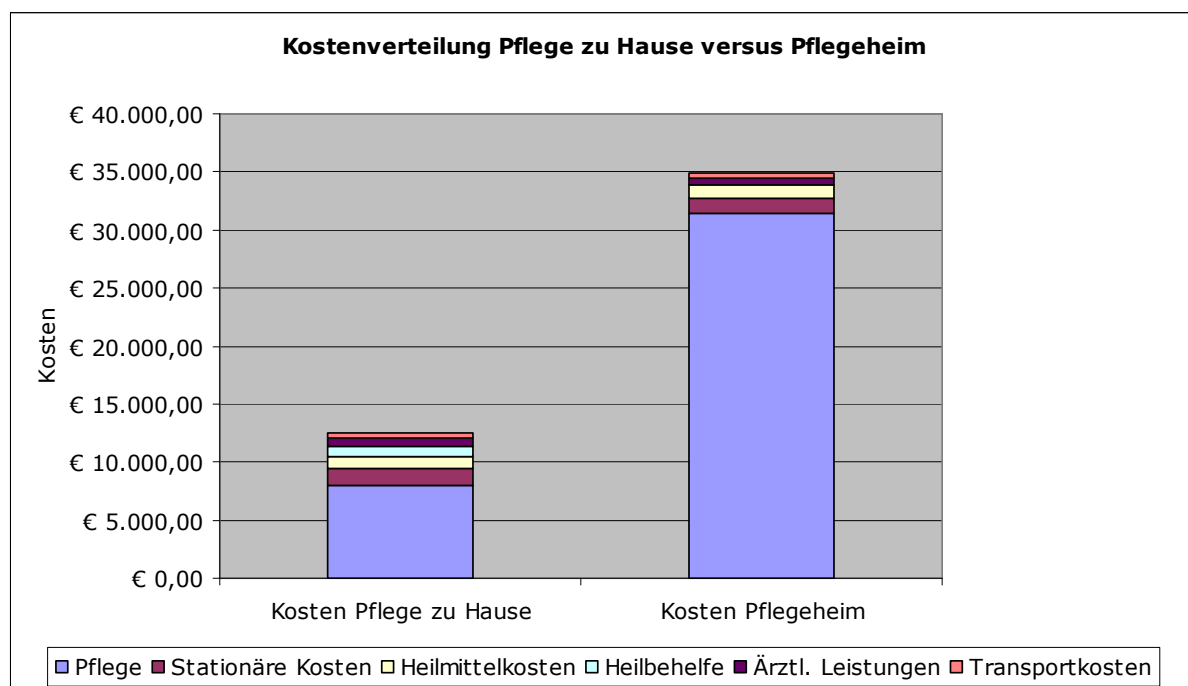


Abbildung 21: Kostendarstellung Pflege zu Hause versus Pflegeheim pro Demenzpatient (Quelle: eigene Darstellung)

Es wird beim Szenario Pflegeheim davon ausgegangen, dass im Krankheitsverlauf die Demenzpatienten die ersten 2 Jahre im häuslichen Umfeld leben und die durchschnittlich verbleibenden 5 Jahre im Pflegeheim verbracht werden. Dementsprechend sind die durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten, die bei der Pflege zu Hause anfallen und über das Pflegegeld abgebildet werden, um fast drei Viertel geringer, als die Gesamtkosten die durch die Pflege im Pflegeheim verursacht werden. Wie bereits im Kapitel 6.2.1 unter Pflegekosten erwähnt wurde, wird nun in den weiteren Berechnungen davon ausgegangen, dass 80% der Betroffenen in privaten Haushalten von den Angehörigen gepflegt und 20% in

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

Pflegeheimen betreut werden. Dementsprechend ergibt sich für Österreich nun eine durchschnittliche Kostenbelastung von ungefähr € 16.930,- pro Jahr und Demenzpatient.

6.4 Fallbeispiel

An diesem realen Beispiel soll die Individualität jeder einzelnen Patientengeschichte gezeigt werden. Es werden die Kosten für das Jahr 2007 abgebildet.

Es handelt sich um eine 84-Jährige Patientin mittlerer Demenzstufe (F03), die zu Hause im familiären Umfeld betreut wird und aktuell Pflegestufe 3 erhält. Die Diagnose wurde vor 4 Jahren gestellt. Weiters können folgenden Zusatzdiagnosen angeführt werden:²²⁴

- Hypothyreose nach Strumektomie (E03.9)
- Zustand nach Myocardinfarkt (I25.2)
- Zustand nach cerebralem Insult (I64)
- Zustand nach cardialer Dekompensation (I51.9)

Von den Angehörigen werden die unten gelisteten Symptome angegeben:²²⁵

- Inkontinenz (benötigt tagsüber Einlagen und in der Nacht Windeln)
- Gestörter Tag– Nacht- Rhythmus
- Verwirrung
- Benötigt Gehhilfe

Im Krankheitsverlauf waren folgende Anschaffungen und Umbauten zu tätigen:²²⁶ ein Babyphone, ein Toilettenstuhl und ein größerer behindertengerechter Badumbau.

Folgende Kosten konnten für diese Patientin für das Jahr 2007 identifiziert werden, wobei die Anschaffungen linear über die statistische noch verbleibende Lebenszeit abgeschrieben wurden:²²⁷

²²⁴ Angehörige, 2008, Interview

²²⁵ Angehörige, 2008, Interview

²²⁶ Angehörige, 2008, Interview

²²⁷ Angehörige, 2008, Interview

KRANKHEITSKOSTEN - ANALYSE

erfassbare Kosten:

Ärztl. Leistungen inkl. Labor:		€ 409,50
Heilmittelkosten:	Antidementiva	€ 1.233,- (12 x Aricept 10 mg)
	weiter Heilmittel	€ 536,35
Heilbehelfe:		€ 400,-
Stationäre Kosten:		€ 8.900,-
Pflegestufe 3:		€ 5.061,60
Anschaffungen:	Badumbau	€ 10.000,-
	Babyphone	€ 10,-
	Transportkosten	€ 305,60
	Heimhilfe	€ 587,40
	Toilettenstuhl	€ 30,-
Insgesamt:		€ 27.473,45

Die Kosten, die die ärztliche Leistung inkl. Labor und die Heilmittel betreffen, können dem Leistungsblatt der NÖGKK für das Jahr 2007 entnommen werden. Der Grund für die stationäre Einweisung war eine Oberschenkelhalsfraktur, wobei die Bewertung mit € 8.900,- den angeführten Kosten aus Kapitel 6.2.3 (stationäre Kosten) entsprechen. Die Kosten bezüglich diverser Anschaffungen entstammen den Aussagen der pflegenden Angehörigen, wobei in den Transportkosten ein Liegendtransport durch die Rettung inkludiert ist und 10 Therapiefahrten von 12 km ins nächstgelegene Krankenhaus, welche mit dem Kilometergeld Stand 2007 mit € 0,38 bewertet werden.

Die Kostenbelastung für das Jahr 2007, die sich aus diesem Fallbeispiel ergibt, liegt bei € 27.473,45. Vergleicht man nun die von der Familie getragenen Anschaffungskosten von € 10.933,- mit den aus Pflegestufe 3 erhaltenen € 5.061,60 ist ersichtlich, dass nicht einmal die Hälfte der angefallenen Kosten damit abgedeckt sind.

7 Wirtschaftliche Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Gesundheitskosten für Demenzranke

7.1 Einleitung

In diesem Abschnitt der Diplomarbeit werden nun drei Prognoseszenarien präsentiert, die anhand der vorher eruierten durchschnittlichen Gesamtkosten (Preisbasis 2007) eine Kostenabschätzung bis ins Jahr 2050 vornehmen. Weiters basieren die Hochrechnungen auf den oben diskutierten Annahmen bezüglich der demographischen Entwicklungen der Bevölkerungsgruppe der 65+ und der in Kapitel 3 dargestellten Hypothesen (Kompression der Morbidität, Expansion der Morbidität und dynamisches Equilibrium).

Die Kostenentwicklungen werden einerseits nach dem Prävalenzansatz und andererseits nach dem Inzidenzansatz berechnet. Im Prävalenzansatz werden die in Kapitel 6.3 ermittelten Demenzkosten von € 16.930,- mit den für Österreich prognostizierten Demenzkranken multipliziert. Beim Inzidenzansatz hingegen werden alle Kosten dem Zeitpunkt der Diagnose zugerechnet und in Relation zu den jährlichen Neuerkrankungen gebracht.²²⁸

Das erste Szenario, dass der Hypothese des dynamischen Equilibriums Rechnung tragen soll, geht von einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 7 Jahren aus und prognostiziert so die Kostenentwicklung bis ins Jahr 2050.

Das zweite Szenario soll der Hypothese Kompression der Morbidität entsprechen. Infolgedessen wird von einer verkürzten Krankheitsdauer von 5 Jahren ausgegangen.

Im dritten Szenario, welches die Expansion der Morbidität repräsentiert, wird die Annahme getroffen, dass es durch die erhöhte Lebensdauer auch zu einer verlängerten Krankheitsdauer von 7 auf 9 Jahren kommt.

²²⁸ Greiner W. in Schöffski O. / Graf v. d. Schuldenburg J.-M., 2007: 67 ff

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

7.2 Prognoseszenarien

7.2.1 Szenario 1: dynamisches Equilibrium

In diesem Prognoseszenario wird, wie schon in der Einleitung erwähnt, von einer Krankheitsdauer von 7 Jahren und den in Kapitel 6.3.3 ermittelten durchschnittlichen jährlichen Kosten von € 16.930,- pro Demenzpatient ausgegangen. Weiters wird angenommen, dass die Pflegestruktur (zu Hause versus Pflegeheim) und die Kosten unverändert bleiben.

Prävalenzansatz

Im Prävalenzansatz werden die € 16.930,- mit den in Kapitel 4.2.2 für Österreich berechneten Demenzkranken multipliziert, wobei Experten aktuell von 100.000 Betroffenen²²⁹ ausgehen. Daraus ergibt sich eine Kostenbelastung von insgesamt € 1,69 Milliarden. Die Kosten, die bis ins Jahr 2050 prognostiziert werden, sind in Tabelle 34 zusammengefasst.

Tabelle 34: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre - Prävalenzansatz

Jahr	Demenzkranke der Altersgruppe 60+	Gesamtkosten Krankheitsdauer 7 Jahre	Prozentuelle Mengenveränderung ausgehend von 2007
2007	100.000	€ 1.693.000.000,00	
2010	108.983	€ 1.845.082.190,00	109,76 %
2020	131.347	€ 2.223.704.710,00	132,29 %
2030	165.078	€ 2.794.770.540,00	166,26 %
2040	211.071	€ 3.573.432.030,00	212,58 %
2050	269.603	€ 4.564.378.790,00	271,53 %

Grafisch dargestellt, sieht die zukünftige Kostenbelastung wie folgt aus:

²²⁹ WGKK: interne Unterlagen

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

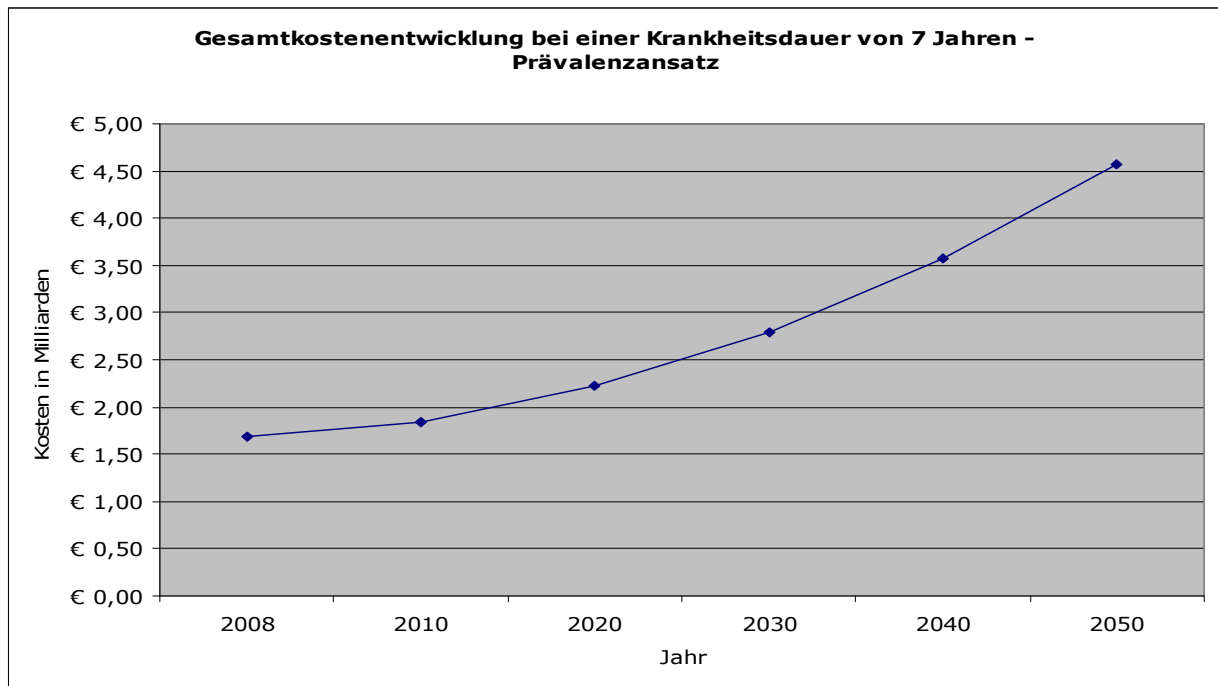


Abbildung 22: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre – Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

Die Kostensteigerungsrate beträgt bis ins Jahr 2030 rund 166,26%, was zu einer Kostenbelastung von rund € 2,79 Milliarden führt. Bis ins Jahr 2050 wird die Steigerung bereits 271,53% ausmachen und somit Kosten in der Höhe von circa € 4,56 Milliarden verursachen.

Inzidenzansatz

Bei diesem Ansatz werden zur Ermittlung der prognostizierten Gesamtkosten einerseits die in Kapitel 6.3 ermittelten Durchschnittskosten und andererseits die für Österreich nach Wancata et al. korrigierten jährlichen Neuerkrankungen herangezogen. Weiters werden die durch die Krankheit verursachten Kosten dem Jahr zugeschrieben, in dem die Krankheit erstmals diagnostiziert wird. Folglich ergeben sich, nach dem Inzidenzansatz Gesamtkosten, die in Tabelle 35 zusammengefasst und in der Abbildung 22 dargestellt sind.

Tabelle 35: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre - Inzidenzansatz

Jahr	Jährliche Neuerkrankungen	Gesamtkosten Krankheitsdauer 7 Jahre	Prozentuelle Mengenveränderung
2010	28.100	€ 3.330.131.000,00	

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

2020	33.500	€ 3.970.085.000,00	119,22 %
2030	42.000	€ 4.977.420.000,00	149,47 %
2040	51.800	€ 6.138.818.000,00	184,34 %
2050	59.500	€ 7.051.345.000,00	211,74 %

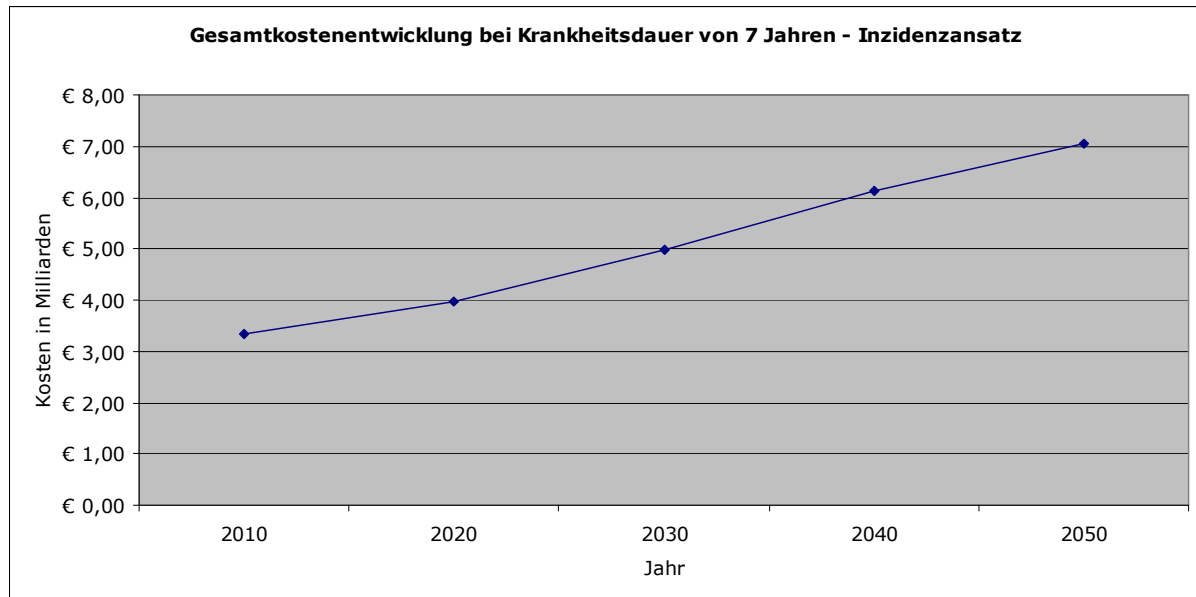


Abbildung 23: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 7 Jahre – Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

Nach dem Inzidenzansatz ergibt sich für das Jahr 2030 demzufolge eine Kostenbelastung von circa € 4,98 Milliarden, was einer prozentuellen Steigerung ausgehend vom Jahr 2010 von 149,47% bedeutet. Für das Jahr 2050 ist demzufolge mit einem Kostenanstieg von 211,74%, also mit beinahe € 7,05 Milliarden zu rechnen.

7.2.2 Szenario 2: Kompression der Morbidität

In diesem Szenario wird die Annahme getroffen, dass durch die erhöhte Lebenserwartung die Demenzdauer von 7 Jahre auf 5 Jahre verringert wird. Auch hier bleiben Pflegestrukturen (zu Hause versus Pflegeheim) und die Kosten, die über die Jahre hochgerechnet werden, unverändert.

Prävalenzansatz

Für die Kostenermittlung im Prävalenzansatz werden die in Kapitel 6.3 eruierten € 16.930,- pro Betroffenen mit rund Minus 30%, also mit € 11.850,- angenommen. Hochgerechnet für Österreich bedeutet dies nun folgendes:

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

Tabelle 36: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre - Prävalenzansatz

Jahr	Demenzranke der Altersgruppe 60+	Gesamtkosten Krankheitsdauer 5 Jahre
2007	100.000	€ 1.185.000.000,00
2010	108.983	€ 1.291.448.550,00
2020	131.347	€ 1.556.461.950,00
2030	165.078	€ 1.956.174.300,00
2040	211.071	€ 2.501.191.350,00
2050	269.603	€ 3.194.795.550,00

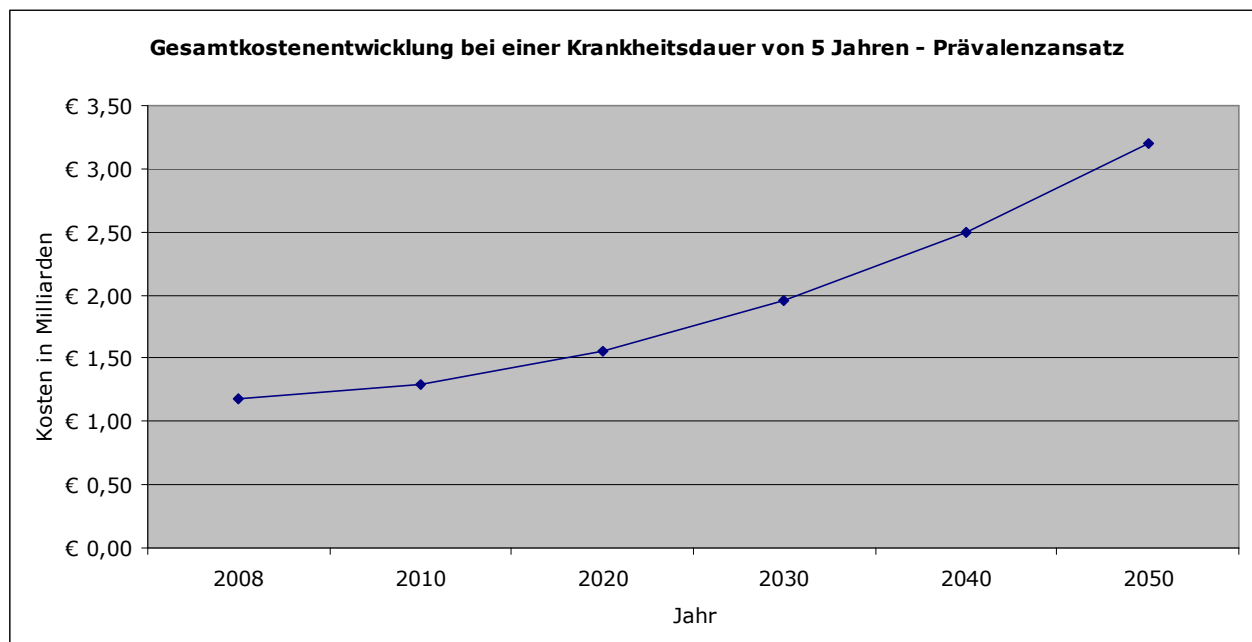


Abbildung 24: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre – Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

Der Abbildung 24 und der Tabelle 36 sind die zu erwartenden Gesamtkosten bei einer Krankheitsdauer von ungefähr 5 Jahren zu entnehmen. Dem Prävalenzansatz zufolge werden im Jahr 2030 geschätzte Kosten in der Höhe von rund € 1,96 Milliarden verursacht. Für das Jahr 2050 ergeben sich demnach Kosten von ungefähr € 3,19 Milliarden.

Inzidenzansatz

Im Inzidenzansatz werden die berechneten durchschnittlichen Kosten von € 16.930,- mit der verkürzten Krankheitsdauer von 5 Jahren multipliziert und anschließend mit den errechneten Inzidenzdaten hochgerechnet. Bezüglich Gesamtkostenentwicklung ergeben sich nun folgende Zahlen:

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

Tabelle 37: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre - Inzidenzansatz

Jahr	Jährliche Neuerkrankungen	Gesamtkosten Krankheitsdauer 5 Jahre
2010	28.100	€ 2.378.665.000,00
2020	33.500	€ 2.835.775.000,00
2030	42.000	€ 3.555.300.000,00
2040	51.800	€ 4.384.870.000,00
2050	59.500	€ 5.036.675.000,00

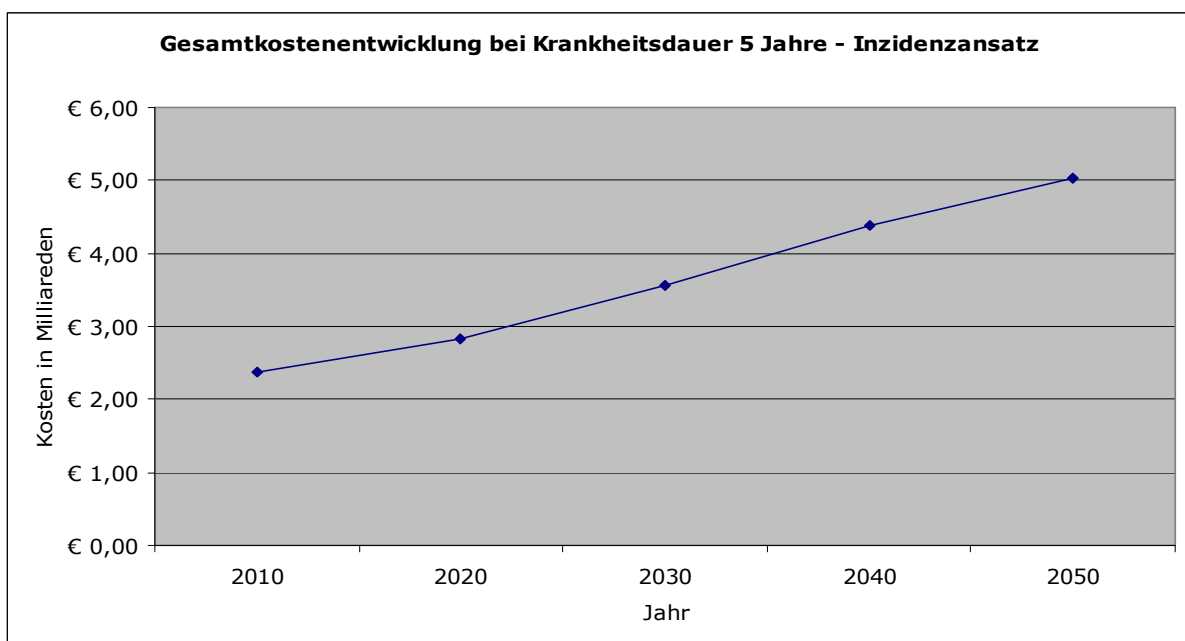


Abbildung 25: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 5 Jahre – Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

Der Tabelle 37 und auch der Abbildung 25 ist zu entnehmen, dass die Gesamtkostenentwicklung auch bei einer reduzierten Krankheitsdauer von 5 Jahren rapide ansteigt. Im Jahr 2030 werden unter dieser Annahme Gesamtkosten in der Höhe von € 3,57 Milliarden für Österreich prognostiziert. Für das Jahr 2050 werden demzufolge bereits € 5,06 Milliarden angenommen.

7.2.3 Szenario 3: Expansion der Morbidität

In diesem Szenario wird nun der Hypothese der Expansion der Morbidität Rechnung getragen, indem die Annahme vertreten wird, dass durch die erhöhte Lebenserwartung sich die Lebensjahre in Krankheit ebenfalls erhöhen. Infolgedessen wird eine Verlängerung der Krankheitsdauer von 7 Jahre auf 9 Jahre vorausgesetzt. In dieser Prognose wird ebenso

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

davon ausgegangen, dass die Pflegestruktur (zu Hause versus Pflegeheim) und die Kosten unverändert bleiben.

Prävalenzansatz

Die durchschnittlich ermittelten Kosten von € 16.930,- pro Patient und Jahr werden im Prävalenzansatz nun mit einem Plus von 30% angenommen und machen folglich rund € 22.010,- aus. Folgende Kosten, die in Tabelle 38 gelistet sind, können so prognostiziert werden.

Tabelle 38: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre - Prävalenzansatz

Jahr	Demenzkranke der Altersgruppe 60+	Gesamtkosten Krankheitsdauer 9 Jahre
2007	100.000	€ 2.201.000.000,00
2010	108.983	€ 2.398.715.830,00
2020	131.347	€ 2.890.947.470,00
2030	165.078	€ 3.633.366.780,00
2040	211.071	€ 4.645.672.710,00
2050	269.603	€ 5.933.962.030,00

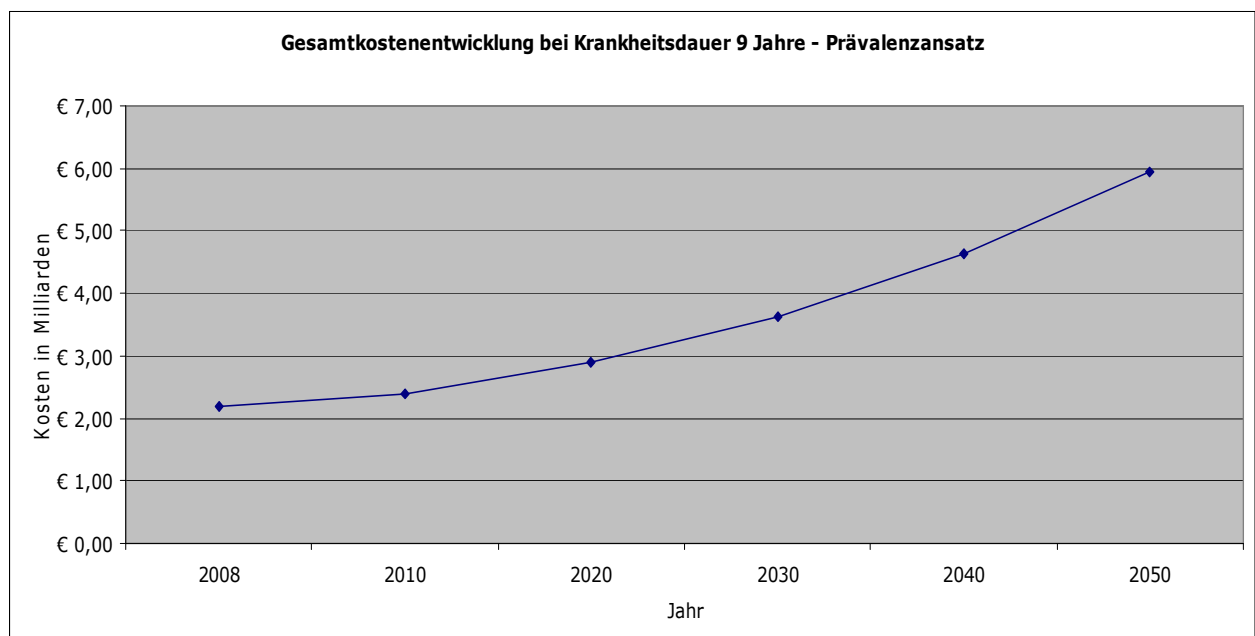


Abbildung 26: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre nach Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

Die in Tabelle 38 und Abbildung 26 dargestellte Kostenentwicklung zeigt nichts Neues. Nach diesem Szenario werden im Jahr 2030 Kosten von annähernd € 3,63 Milliarden und im Jahr 2050 circa € 5,93 Milliarden anfallen.

Inzidenzansatz

Im Inzidenzansatz werden wieder die durchschnittlichen Kosten von € 16.930,- für die Berechnung herangezogen und für die Krankheitsdauer von 9 Jahren aufsummiert, um sie anschließend mit den jährlichen Neuerkrankungen zu multiplizieren. Folglich lassen sich die in Tabelle 39 und Abbildung 27 dargestellten Gesamtkosten eruieren:

Tabelle 39: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre - Inzidenzansatz

Jahr	Jährliche Neuerkrankungen	Gesamtkosten Krankheitsdauer 9 Jahre
2010	28.100	€ 4.281.597.000,00
2020	33.500	€ 5.104.395.000,00
2030	42.000	€ 6.399.540.000,00
2040	51.800	€ 7.892.766.000,00
2050	59.500	€ 9.066.015.000,00

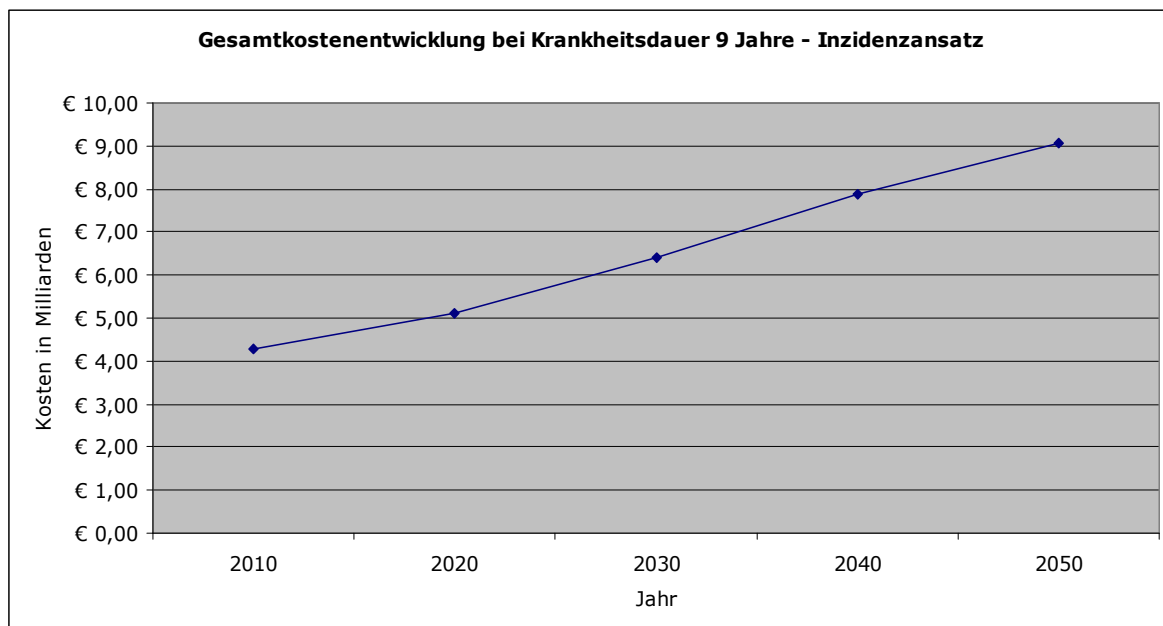


Abbildung 27: Gesamtkostenentwicklung bei Krankheitsdauer 9 Jahre nach Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

Bei einer Verlängerung der Krankheitsdauer auf 9 Jahre ist im Jahr 2030 mit einer Kostenbelastung von beinahe € 6,40 Milliarden zu rechnen. Diese Gesamtkosten werden nach dieser Prognose im Jahr 2050 sogar auf unglaubliche € 9,07 Milliarden ansteigen.

7.3 Vergleich Szenarien

Prävalenzansatz

In Tabelle 40 sind die nach dem Prävalenzansatz prognostizierten Gesamtkosten, die durch die unterschiedliche Krankheitsdauer verursacht werden, noch einmal zusammengefasst. Die Abbildung 28 soll die Gesamtkostenentwicklung illustrieren.

Tabelle 40: Vergleich Szenarien - Prävalenzansatz

Jahr	Demenz- kranke der Altersgruppe 60+	Gesamtkosten Krankheitsdauer 7 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 5 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 9 Jahre
2007	100.000	€ 1.693.000.000,00	€ 1.185.000.000,00	€ 2.201.000.000,00
2010	108.983	€ 1.845.082.190,00	€ 1.291.448.550,00	€ 2.398.715.830,00
2020	131.347	€ 2.223.704.710,00	€ 1.556.461.950,00	€ 2.890.947.470,00
2030	165.078	€ 2.794.770.540,00	€ 1.956.174.300,00	€ 3.633.366.780,00
2040	211.071	€ 3.573.432.030,00	€ 2.501.191.350,00	€ 4.645.672.710,00
2050	269.603	€ 4.564.378.790,00	€ 3.194.795.550,00	€ 5.933.962.030,00

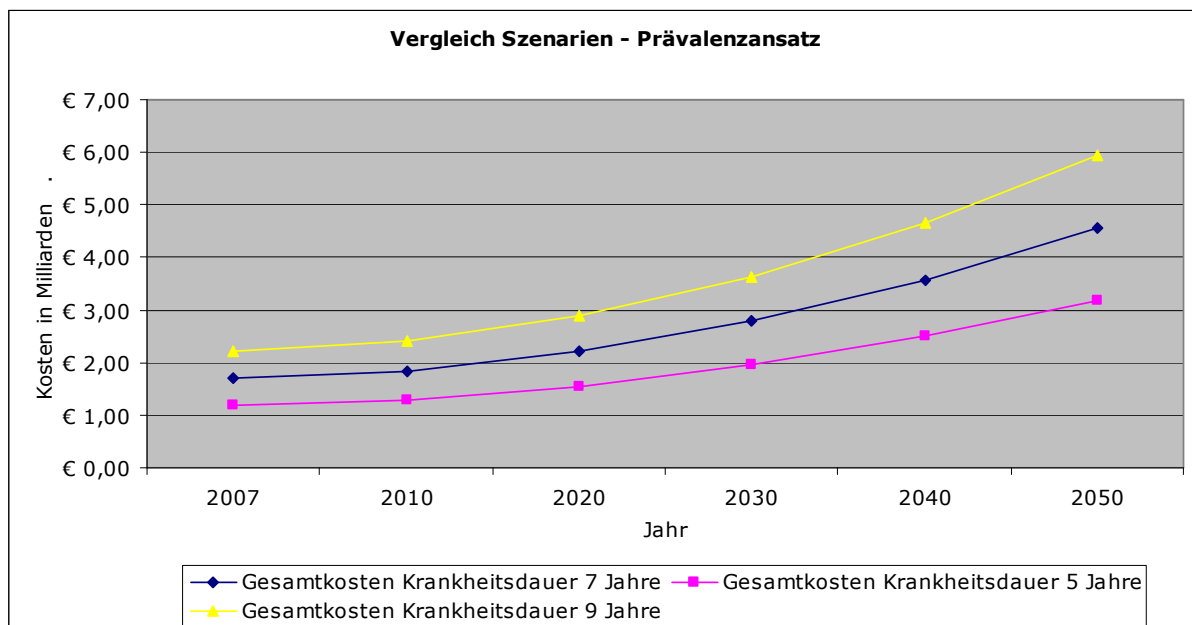


Abbildung 28: Vergleich Szenarien – Prävalenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

Unter den vorher diskutierten Voraussetzungen werden demzufolge nach dem Prävalenzansatz im Jahr 2030 bei einer Krankheitsdauer von 7 Jahren durchschnittlich

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

Kosten in der Höhe von € 2,79 Milliarden zu erwarten sein. Die Kosten können bei einem Krankheitsverlauf von 5 Jahren mit € 1,56 Millionen angesetzt werden und gehen demzufolge mit ungefähr € 838 Millionen weniger in die Gesamtrechnung mit ein. Eine verlängerte Krankheitsdauer auf insgesamt 9 Jahre schlägt im Jahr 2030 mit € 3,63 Milliarden zu Buche.

Für das Jahr 2050 ergeben sich demnach im Mittel, also ausgehend von einer Krankheitsdauer von 7 Jahren, Kosten in der Höhe von € 4,56 Milliarden. Abhängig von der angenommenen Krankheitsdauer streut dieser Wert um bis zu € 1,37 Milliarden.

Inzidenzansatz

In Tabelle 41 werden die geschätzten Gesamtkosten nach dem Inzidenzansatz zusammengefasst. Die Abbildung 29 soll die Kostenbelastungen zusammenfassend nochmals abbilden.

Tabelle 41: Vergleich Szenarien - Inzidenzansatz

Jahr	Jährliche Neuerkrankungen	Gesamtkosten Krankheitsdauer 7 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 5 Jahre	Gesamtkosten Krankheitsdauer 9 Jahre
2010	28.100	€ 3.330.131.000,00	€ 2.378.665.000,00	€ 4.281.597.000,00
2020	33.500	€ 3.970.085.000,00	€ 2.835.775.000,00	€ 5.104.395.000,00
2030	42.000	€ 4.977.420.000,00	€ 3.555.300.000,00	€ 6.399.540.000,00
2040	51.800	€ 6.138.818.000,00	€ 4.384.870.000,00	€ 7.892.766.000,00
2050	59.500	€ 7.051.345.000,00	€ 5.036.675.000,00	€ 9.066.015.000,00

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG DER DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG AUF DIE GESUNDHEITSKOSTEN FÜR DEMENZKRANKE

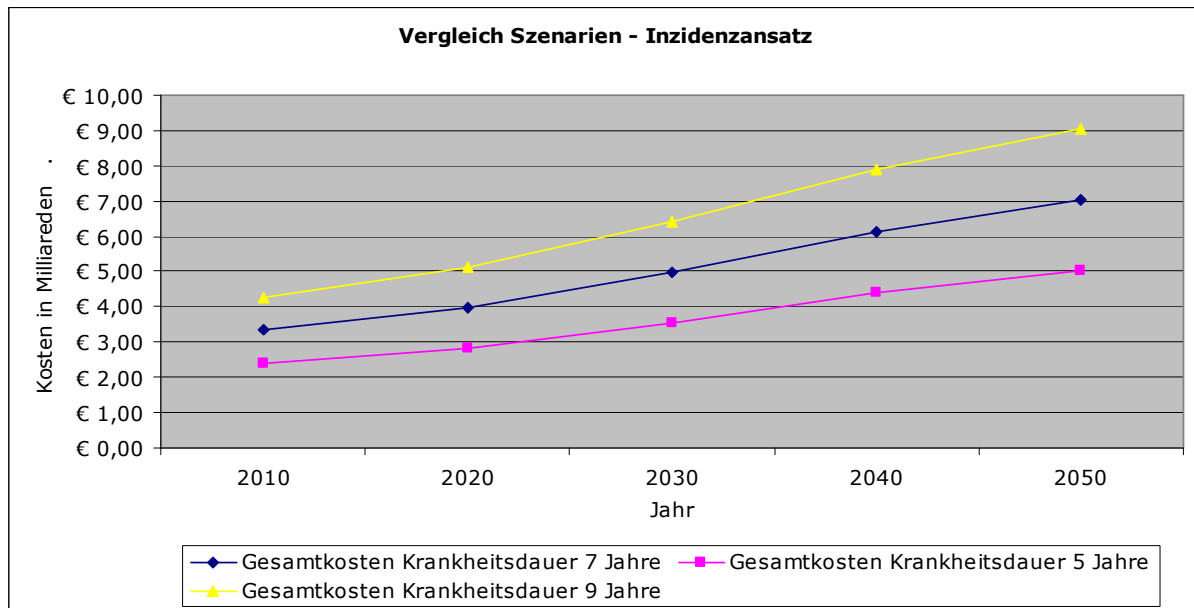


Abbildung 29: Vergleich Szenarien – Inzidenzansatz (Quelle: eigene Darstellung)

Unter den getroffenen Annahmen werden die jährlichen Neuerkrankungen von 28.100 im Jahre 2010 während ihres Krankheitsverlaufes Kosten in der Höhe von € 3,33 Milliarden verursachen. Dieser Wert schwankt bei geänderter Krankheitsdauer um bis zu € 952 Millionen. Im Jahr 2030 wird nach dem Inzidenzansatz und geschätzten 42.000 Neuerkrankungen Kosten von € 4,98 Milliarden entstehen, wobei sich die Kosten bei einer Krankheitsdauer von 5 Jahren um € 1,42 Milliarden auf € 3,56 Milliarden reduzieren. Hingegen bei einer Verlängerung der Krankheitsdauer auf 9 Jahre werden die Kosten auf € 6,40 Milliarden anwachsen. Für das Jahr 2050 sehen die Zahlen noch dramatischer aus: bei einem unverändertem Krankheitsverlauf und geschätzten Neuerkrankungen von 59.500 werden Kosten bis zu € 7,05 Milliarden zu erwarten sein. Dabei sind Schwankungen bei Veränderung der Krankheitsdauer von bis zu € 2,01 Milliarden möglich.

Zusammenfassend kann nun festgestellt werden, unabhängig nach welchem Ansatz die Kostenentwicklung des Krankheitsbildes Demenz abgebildet werden, dass die zu erwartenden Gesamtkosten bis ins Jahr 2050 einen enormen Umfang annehmen werden und sollte demzufolge als Grundlage für effiziente Präventionsmaßnahmen herangezogen werden.

8 Krankheitskosten im internationalen Vergleich

8.1 Einleitung

In zahlreichen internationalen Studien wurde die durchschnittliche jährliche ökonomische Belastung des Krankheitsbildes Demenz dokumentiert. Ein direkter Vergleich dieser ist oft nicht möglich, da unterschiedliche Methodenansätze und Untersuchungs-gegenstände (zum Beispiel nur Diagnose AD) verwendet werden. Auch die

unterschiedlichen nationalen Versorgungssysteme und Kostenbewertungen macht eine Gegenüberstellung äußerst schwierig. Dennoch kann man überall beobachten, dass die Kosten der Betreuung, die in den Krankheitskostenstudien als indirekte oder informelle Kosten bezeichnet werden, meist deutlich über den direkt erfassbare Kosten, die formell oder direkte Kosten genannt werden, liegen.²³⁰

In diesem Abschnitt der Arbeit werden einige bedeutende internationale Studien vorgestellt. Die Kriterien der Auswahl der nachfolgenden Studien bilden entweder die Aktualität (Publikation 2008) oder zusätzlich berechnete Parameter.

8.2 Ökonomische Belastung durch AD in den USA

In der für die USA ausgewählte und oft zitierte Studie von Leon et al.: *Alzheimer's Disease Care: Costs And Potential Savings* aus dem Jahr 1998, befinden sich Hinweise bezüglich Kosteneinsparungsmöglichkeiten die den teuren Betreuungsaufwand (Pflegeheime) betreffen. Diese Studie ermittelt anhand des bottom up-Ansatzes nur die Kosten der Alzheimer- Demenz, was einen Nachteil darstellt. Zusätzlich wird auch noch der Artikel *Prevalence, Costs, and Treatment of Alzheimer's Disease and Related Dementia: A managed Care Perspective* von Rice et al. aus dem Jahr 2001 angeführt.

Die formellen und informellen Kosten bezüglich Alzheimer Demenz werden, abhängig von der verwendeten Berechnungsmethode und Prävalenzrate, in den USA mit \$ 50 bis \$ 100 Milliarden pro Jahr angegeben.²³¹

²³⁰ vgl. Wallesch C.-W./ Först H., 2005: 12

²³¹ vgl. Rice D. P./ Fillit H. M./ Max W./ Knopman D.S./ Lloyd J. R./ Duttagupta S., 2001: 811

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Im Jahr 1996 werden in einer sechsmonatigen Studie von Leon et al. die Kosten von 697 AD-Patienten genauer beobachtet. Im abschließenden Artikel aus dem Jahre 1998 werden diese Kosten, die wiederum nach den Demenzstadien leicht, mittel und schwere sowie in formelle und informelle Kosten aufgeschlüsselt werden, abgebildet. Die nachfolgende Tabelle 42 soll einen Überblick über die errechneten AD-Kosten geben, wobei keine Anpassung an die entsprechende Preissteigerung erfolgte.²³²

Tabelle 42: Formelle und informelle jährliche Kosten nach Stadien in den USA in USD Preisbasis 1996 (Quelle: nach Leon et al.) (Kurs vom 15.09.2008: 1 USD = 0,701234 Euro)²³³

Stadium	Formelle Kosten	Informelle Kosten	Gesamtkosten
Leicht	\$ 12.192,- (€ 8.549,44)	\$ 6.216,- (€ 4.358,87)	\$ 18.408,- (€ 12.908,32)
Mittel	\$ 23.448,- (€ 16.442,53)	\$ 6.648,- (€ 4.661,80)	\$ 30.096,- (€ 21.104,34)
Schwer	\$ 31.968,- (€ 22.417,05)	\$ 4.164,- (€ 2.919,94)	\$ 36.132,- (€ 25.336,99)
Kostendurchschnitt	\$ 21.924,- (€ 15.373,85)	\$ 5.748,- (€ 4.030,69)	\$ 27.672,- (€ 19.404,55)

Der Tabelle 42 ist nun zu entnehmen, dass die formellen Kosten für einen Patienten in den USA im Jahr 1996 durchschnittlich bei \$ 21.924,- und die informellen Kosten bei \$ 5.748,- liegen, folglich ergibt sich eine durchschnittliche Gesamtkostenbelastung pro Patient, Jahr und alle Stadien betreffend von \$ 27.672,-. Hochgerechnet auf die von AD betroffene Bevölkerung bedeutet dies eine Belastung von \$ 14,9 Milliarden für milde Demenz und \$ 36,4 Milliarden für mittlere / schwere Demenz – im Durchschnitt also \$ 51,3 Milliarden für alle Demenzformen. Die Kostendifferenz (\$ 18.408,- versus \$ 36.132,-) die zwischen leichter und schwerer Demenz besteht, wird hauptsächlich durch die Kosten der Pflegeeinrichtungen verursacht, da leichte und mittlere Demenzen einen weit geringeren Pflegeaufwand bedürfen.²³⁴

Weiters konnte gezeigt werden, dass die informellen und formellen Pflegekosten mit dem Schweregrad der Demenz positiv korrelieren.²³⁵ Ebenfalls beschäftigt sich diese Studie mit möglichen Einsparungspotentialen, wobei man zum Ergebnis kam, dass man bei den formellen Kosten monatlich bis zu \$ 2.029,- und bei den informellen Kosten jährlich bis zu \$

²³² siehe Leon J./ Cheng C.-K./ Neumann P. J., 1998: 209

²³³ siehe XE Universal Currency Converter, 2008, <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi>; Zugriff am 15.09.2008; Uhrzeit 23:51

²³⁴ vgl. Leon J./ Cheng C.-K./ Neumann P. J., 1998: 209

²³⁵ vgl. Leon J./ Cheng C.-K./ Neumann P. J., 1998: 212

9.132,- einsparen könnte, wenn man anstatt der Unterbringung in teuren Pflegeheimen betreutes Wohnen wählen würde, da die Kosten für diese Einrichtungen um 21% bis 30% geringer sind.²³⁶

8.3 Ökonomische Belastung in Kanada

Die wohl bedeutendste kanadische Kostenstudie stammt von Ostbye und Cross mit Publikationsjahr 1994, die sich vorwiegend dadurch auszeichnet, dass sie über eine große Stichprobe verfügt, alle Demenzformen miteinbezieht und die „Netto- beziehungsweise Zusatzkosten“, die durch Demenzen entstehen, ermittelt. In Anlehnung an diese Studie werden zum Beispiel die Daten für die Schweiz aufbereitet. Die Nachteile sind eindeutig darin zu sehen, dass die Daten auf das Jahr 1991 zurückgehen, der ökonomische Wertschöpfungsentgang, der durch die Pflege der Angehörigen entsteht, nicht berücksichtigt wird und die Vergleichbarkeit mit anderen Quellen sehr schwer ist.

Die Studie mit dem Titel *Net economic costs of dementia in Canada* ermittelt die direkten und indirekten Kosten nach dem bottom up-Ansatz und versucht die Multimorbidität gänzlich auszublenden, indem nur die Kosten, die durch das Krankheitsbild Demenz verursacht werden, in die Gesamtrechnung miteinbezogen werden. Dementsprechend werden die Kosten von insgesamt 10.263 Personen mit und ohne Demenz sowohl im häuslichen Umfeld, als auch im Pflegeheim untersucht. Weiters werden die Zusatzkosten, soweit es die Daten erlaubten, für die Schweregrade leicht, mittel und schwer beziehungsweise für Geschlecht und Altersgruppen (65 – 74 Jahre; 75 – 84 Jahre und 85 und darüber) ermittelt.²³⁷

Zu den *direkten Kosten* zählen alle kostenverursachenden Aufwände wie zum Beispiel:²³⁸

- Pflegeheime: die Zusatzkosten (CAN\$ 19.100,-) für einen Demenzkranken werden aus den durchschnittlichen vorgeschriebenen Pflegeheimkosten (CAN\$ 77) minus der Kosten der zu Hause gepflegten Personen (Kosten laut Statistik) errechnet.
- Diagnosen: Um Diagnosekosten zu berechnen, werden die für das Jahr 1991 berechnete Inzidenzrate und Prävalenzrate (252.600 Patienten) herangezogen und mit den durchschnittlich errechneten Kosten pro Patient multipliziert (CAN\$ 250,-).
- Spitalsaufenthalte: Die Durchschnittskosten pro Demenzpatient werden errechnet, indem man die Differenz der Aufenthaltsdauer demenzkranker und nicht-demenzkranker Patienten mit CAN\$ 507,- multiplizierte (entspricht den täglichen kanadischen Krankenhauskosten pro Patient im Jahre 1991).

²³⁶ vgl. Leon J./ Cheng C.-K./ Neumann P. J., 1998: 212

²³⁷ vgl. Ostbye T./ Crosse E., 1994: 1457 / 1458

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

- Medikamente: Die durchschnittlichen Medikamentenkosten ergeben sich, indem die Medikation der Demenzpatienten minus die Medikation der Nicht-Demenzpatienten ermittelt und anschließend mit den berechneten Kostenfaktor von CAN\$ 200,- multipliziert werden. Die CAN \$ 200,- entstammen dem Medikamentenplan aus dem Jahre 1992 und der erwarteten Medikamentenverschreibungen der über 65-Jährigen (mit und ohne Demenz).
- Rehabilitation und
- Forschung: Informationen diesbezüglich entstammen öffentlichen Stellen – um nicht öffentlich finanzierte Forschungskosten abzudecken, werden 50% auf die ermittelten öffentlichen Kosten aufgeschlagen.
-

Als volle Kosten der Betreuung oder *indirekten Kosten* werden die unbezahlten Leistungen der Familie und Freunde herangezogen und mit CAN\$ 10,- bewertet, wobei die entgangene ökonomische Wertschöpfung nicht berücksichtigt wird. Die Einteilung dieser erfolgt in die Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Toilette, Essenzubereitung) und die restlichen Aktivitäten. Erstere werden maximal mit 90 Stunden pro Monat bewertet – letztere mit maximal 30 Stunden pro Monat, wobei die Zeiten, in denen die Patienten professionelle Pflege erhalten, abgezogen werden.²³⁹

Weiters wird der Anteil der Patienten, die an präseniler Demenz leiden, mit 10% angenommen. Die Kostenbewertung für diese Gruppe erfolgt mit den gleichen Kosten wie zuvor.²⁴⁰

Daraus ergeben sich nun für 1991 die jährlichen „*Nettokosten*“ für Demenz mit circa 3,9 Milliarden CAN\$ (€ 2,26 Milliarden), die sich wie folgt aufschlüsseln, wobei die Darstellung in Euro nur informativ ohne Anpassung an die entsprechende Preissteigerung erfolgt:²⁴¹

²³⁸ vgl. Ostbye T./ Crosse E., 1994: 1458 - 1460

²³⁹ vgl. Ostbye T./ Crosse E., 1994: 1459

²⁴⁰ vgl. Ostbye T./ Crosse E., 1994: 1460

²⁴¹ siehe Ostbye T./ Crosse E., 1994: 1463

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Tabelle 43: Aufschlüsselung der Zusatzkosten für Demenz in Kanada – Preisbasis 1991 (Quelle: Ostbye et al.) (Kurs vom 15.09.2008: 1 CAN\$ = 0,655803 Euro)²⁴²

	CAN\$	Euro
- Kosten für die häusliche Betreuung (615 Millionen \$CAN direkte Kosten – 636 Millionen CAN\$ indirekte Kosten)	1,25 Milliarden	0,82 Milliarden
- Kosten für Pflegeheime	2,18 Milliarden	1,45 Milliarden
- Kosten für Medikamente, Spitalsaufenthalte und Diagnosen	74 Millionen	48,53 Millionen
- Kosten für Forschung	10 Millionen	6,56 Millionen
- Kosten für Patienten unter 65 Jahren	389 Millionen	155,11 Millionen

Die jährlichen Zusatzkosten für Demenz pro Person werden laut dieser Studie für Kanada mit CAN\$ 13.900,- angegeben. Die Kosten für die Versorgung in Pflegeheimen machen dabei mehr als ein Drittel der gesamten jährlichen Zusatzkosten aus. Die Kostenbelastung bei zu Hause betreute Patienten nimmt mit Schweregrad zu und bewegt sich bei leichter Demenz im Bereich von circa CAN\$ 3.500,- und bei schwerer Demenz bei CAN\$ 9.500,-pro Patient.²⁴³ Bei der Ermittlung der Zusatzkosten für Medikamente ist festzustellen, dass pro demenzkranken Patienten im Durchschnitt um 1,2 Rezepte mehr ausgestellt werden, als bei Patienten ohne Demenz. Die Zusatzkosten bezüglich der Spitalsaufenthalte werden mit Null angegeben, da keine signifikanten Abweichungen zwischen Demenzerkrankten und Nicht-Demenzerkrankten festgestellt werden konnte.²⁴⁴

8.4 Ökonomische Belastung durch Demenz in den Niederlanden

Eine sehr aktuelle Kostenstudie mit Publikationsdatum November 2007 stammt aus den Niederlanden von Graff et al. mit dem Titel: *Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study*. Darin werden die Einsparungspotenziale, die durch eine entsprechende Demenztherapie erreicht werden können, berechnet.

In den Niederlanden werden für das Jahr 2003 die gesamte Gesundheitskosten mit € 57 Milliarden angegeben - für das Jahr 2025 werden Kosten in der Höhe von € 70 Milliarden

²⁴² siehe XE Universal Currency Converter, 2008, <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi>

²⁴³ vgl. Ostbye T./ Crosse E., 1994: 1460

²⁴⁴ vgl. Ostbye T./ Crosse E., 1994: 1462

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

erwartet, davon werden geschätzte € 10 Milliarden der älteren Bevölkerung durch alterspezifische Erkrankungen, wie zum Beispiel Demenz, zugeschrieben.²⁴⁵

Im Jahr 2002 werden bezüglich Demenzkranker folgende Daten veröffentlicht:²⁴⁶

- 39% benötigen regelmäßige Betreuung,
- 38% benötigten tägliche Pflege zu Hause und
- 23% gelegentliche häusliche Pflege.

Weiters wird davon ausgegangen, dass die informellen Kosten ein Drittel der Demenzgesamtkosten ausmachen und mit dem Schweregrad korrelieren. Wobei für Demenz im Durchschnitt im Jahr 2004 € 14.854,- ausgegeben werden.²⁴⁷

Als weitere Grundlage dient die im Jahre 2005 von Graff et al. veröffentlichte Studie über die nachweislich positive Wirkung einer unterstützenden Demenztherapie. Dabei wird anhand zweier Gruppen (Gruppe mit unterstützender Therapie und Kontrollgruppe) die positive Wirkung dieser speziellen Demenztherapie untersucht. Insgesamt werden 135 über 65-Jährige an Demenz erkrankte und deren Pflegenden untersucht, wobei diese anhand vorher festgelegter Kriterien (Schweregrad der Demenzerkrankung: leicht und mittel; Diagnosestellung: mittels MMSE- Test usw.) ausgewählt wurden. Ziel dieser Erhebung war es, festzustellen ob die Funktionen des täglichen Lebens verbessert und das Wohlbefinden der betroffenen Personen sowie der pflegenden Personen erhöht werden könne.

Folgende Einsparungen werden nun im Artikel veröffentlicht, die der dreimonatige Therapie zuzuschreiben sind:²⁴⁸

- Hauskrankenpflege - € 417,-
- Häusliche Pflege - € 91,-
- Sozialarbeiter - € 8,-
- Physiotherapeuten - € 36,-
- Tagespflege - € 197,-

²⁴⁵ vgl. Graff M. J. L./ Adang E. M. M./ Vernooij-Dassen M. J. M./ Dekker J./ Jönsson L./ Thijssen M./ Hoefnagels W. H. L./ Rikkert M. G. M. O., 2008, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7636/134>

²⁴⁶ vgl. Graff M. J. L./ Adang E. M. M./ Vernooij-Dassen M. J. M./ Dekker J./ Jönsson L./ Thijssen M./ Hoefnagels W. H. L./ Rikkert M. G. M. O., 2008, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7636/134>

²⁴⁷ vgl. Andilin-Sobocki P./ Jönsson B./ Wittchen H.-U./ Olesen J., 2005: 10

²⁴⁸ siehe Graff M. J. L./ Adang E. M. M./ Vernooij-Dassen M. J. M./ Dekker J./ Jönsson L./ Thijssen M./ Hoefnagels W. H. L./ Rikkert M. G. M. O., 2008, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7636/134>

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

- Essen auf Räder - € 8,-
- auch Kosten für Krankenhaus - € 242,-
- Pflegeheimen und Altersheime - € 172,-
- Kosten für Angehörige - € 1.762,-

Demzufolge können durchschnittliche Einsparungen bis zu € 1.748,- pro Demenzpatient und Pflegende erreicht werden.

8.5 Ökonomische Belastung durch Demenz in Deutschland

Der von Bickel aus dem Jahre 2001 veröffentlichte Artikel *Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten* fasst bedeutende nationale und internationale Studien zusammen und versucht einen Überblick über die Demenzsituation in Deutschland zu geben. Bezüglich Alzheimer Demenzkosten zitiert er die von Hallauer et al. 2000 publizierten Studie, in der die direkten beziehungsweise indirekten Kosten und auch die Gesamtkostenverteilung der unterschiedlichen Schweregrade genauer betrachtet werden. Der Nachteil dieser Kostenstudie besteht darin, dass diese Berechnungen bereits 10 Jahre alt sind und nur für AD- Patienten recherchiert wurden.²⁴⁹

Für die Versorgung von Alzheimer-Patienten ergibt sich demzufolge eine jährliche Gesamtkostenbelastung von circa € 25,6 Milliarden.²⁵⁰ Die Aufschlüsselung der direkten Kosten erfolgt anhand folgender Kostenträger: gesetzlichen Krankenversicherungen (Spitalsaufenthalte, ärztliche Leistungen und Medikamente), gesetzliche Pflegerversicherungen (ambulante und stationäre Pflege) und Patienten beziehungsweise deren Angehörige. Die indirekten Kosten werden mittels dem Pflegeaufwand der Familie bewertet und mit dem durchschnittlichen Stundenlohn (25 DM entspricht 12,80 Euro) der Arbeitnehmer multipliziert. Die nachfolgende Tabelle 44 soll einen genauen Überblick über die Kosten, die in vier Schweregrade eingeteilt werden, geben:²⁵¹

²⁴⁹ vgl. Bickel, 2001: 108 ff

²⁵⁰ vgl. Bickel, 2001: 114

²⁵¹ siehe Bickel, 2001: 112

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Tabelle 44: Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in Deutschland – Preisbasis 1998

(Quelle: Bickel) (Umrechnungsfaktor € 1 = 1.95583 DM)²⁵²

Schweregrad	Gesamtkosten pro Patient und Jahr
Frühe Phase	< DM 10.000,- / < € 5.100,-
Mittelschwere Demenz	> DM 50.000,- / > € 25.500,-
Schwere Demenz	> DM 120.000,- / > € 61.000,-
Schwerste Stadien	ca. DM 180.000,- / ca. € 92.000,-

Die durchschnittliche jährliche AD-Demenzkostenbelastung wird in Deutschland mit rund € 43.750,- angegeben. Die Kostenverteilung auf die verschiedenen Kostenträger sieht wie folgt aus: Auf die gesetzliche Krankenversicherung (für Medikamente, Spitalsaufenthalte, ärztliche Konsultationen usw.) entfallen nur circa 2,5% der Gesamtkosten. Die gesetzlichen Pflegeversicherungen übernehmen rund 29,6% der Gesamtkosten und die höchste Kostenbelastung haben mit 67,9% die Familien zu tragen, wobei 90% wiederum auf die indirekten Kosten entfallen.²⁵³

8.6 Ökonomische Belastung durch Demenz in Schweden, Dänemark, Norwegen und Finnland

Jönsson et al. haben für Schweden, Finnland, Dänemark und Norwegen die sehr aktuelle Studie aus dem Jahre 2006 mit dem Titel *Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease* veröffentlicht. Darin werden die direkt erfassbaren Kosten und die vollen Kosten der Betreuung nach dem bottom up-Ansatz mittels einer umfangreichen Feldstudie ermittelt. Die Stichprobe enthält insgesamt 272 an Alzheimer-Demenz in unterschiedlichen Stadien leidenden Patienten und deren Betreuenden, wobei, um einen Krankheitsverlauf beobachten zu können, die Teilnehmer der Studie nach sechs und zwölf Monaten wiederholt befragt wurden.²⁵⁴ Die nachfolgende Tabelle 45 soll einen genaueren Überblick über die so eruierten Kosten geben, wobei keine Preisanpassung erfolgte:

²⁵² siehe Umrechnungsfaktor DM / Euro: http://ec.europa.eu/economy_finance/the_euro/your_country_euro9112_en.htm

²⁵³ vgl. Bickel, 2001: 112

²⁵⁴ siehe Jönsson L./ Eriksdotter Jönhagen M./ Kilander L./ Soininen H./ Hallikainen M./ Waldemar G./ Nygaard H./ Andresen N./ Winblad B./ Wimo A., 2006: 449 ff

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Tabelle 45: Kosten nach Schweregrad pro Patient und Jahr in den skandinavischen Ländern (Quelle: Jönsson et al.) (Kurs vom 15.09.2008: 1 SKR = 0,103838 Euro)²⁵⁵

Schweregrad	Kosten pro Patient und Jahr
MMSE 26-30	SEK 60.730,- / € 6.306,08
MMSE 21-25	SEK 93.959,- / € 9.756,51
MMSE 15-20	SEK 184.081,- / € 19.114,60
MMSE 10-14	SEK 226.876,- / € 23.558,35
MMSE 0-9	SEK 374.962,- / € 38.935,30

Die so ermittelten durchschnittlichen jährlichen AD-Gesamtkosten liegen somit bei SEK 172.000,-, wobei für leichte Demenz Kosten in der Höhe von SEK 60.700,- und schwere Demenz Kosten von SEK 375 000,- berechnet werden. Bei der Aufschlüsselung der Gesamtkosten stellt sich nun folgendes Bild dar: unterstützende Tätigkeiten des täglichen Lebens (Essen auf Rädern, Heimhilfe usw.) verursachen ungefähr die Hälfte der Kosten, wobei diese positiv mit dem Schweregrad korrelieren. Die indirekten Pflegekosten, die mittels Zeitaufwandes der Pflegenden ermittelt werden, machen dabei ein Drittel der Gesamtkosten aus und steigen ebenfalls mit dem Schweregrad stark an. Die Kosten für die medizinische Versorgung (Kosten für Heilmittel, ambulante und stationäre Pflege) bleiben über die Schweregrade eher konstant.²⁵⁶

Weiters wird durch Regressionsanalysen der Zusammenhang zwischen Kosten und kognitiver Funktionen sowohl von Patient zu Patient als auch der einzelnen Patienten über den Krankheitsverlauf bestätigt. Ebenfalls wird darin festgestellt, dass Verhaltensstörungen einen Einfluss auf die Kosten haben. Auch zeigen Sensitivitätsanalysen, dass in Abhängigkeit welche Methode zur Analyse der informellen Kosten eingesetzt werden, diese einen enormen Einfluss auf das Ergebnis haben.²⁵⁷

8.7 Zusammenfassung Kosten im internationalen Vergleich

Zusammenfassend können nun folgende durchschnittliche jährliche Gesamtkosten pro Patient aus den angeführten internationalen Studien im Vergleich zu Österreich angeführt werden.

²⁵⁵ siehe XE Universal Currency Converter, 2008, <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi>

²⁵⁶ vgl. Jönsson L./ Erikdotter Jönhagen M./ Kilander L./ Soininen H./ Hallikainen M./ Waldemar G./ Nygaard H./ Andresen N./ Winblad B./ Wimo A., 2006: 449

²⁵⁷ vgl. Jönsson L./ Erikdotter Jönhagen M./ Kilander L./ Soininen H./ Hallikainen M./ Waldemar G./ Nygaard H./ Andresen N./ Winblad B./ Wimo A., 2006: 449

KRANKHEITSKOSTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Tabelle 46: Zusammenfassung internationaler Kostenvergleich

Land (Preisbasis)	Durchschnittliche jährliche Gesamtkosten pro Demenzpatient
Österreich (2007)	Demenzkosten: € 16.930,-
Kanada (1991)	Demenzkosten: € 9.115,66
Niederlande (2004)	Demenzkosten: € 14.854,-
Deutschland (1998)	AD-Kosten: € 43.750,-
Skandinavische Länder (2006)	AD-Kosten: € 17.860,14
USA (1996)	AD-Kosten: € 19.404,55

Betrachtet man nun die aktuelleren Demenzkosten aus den Niederlanden beziehungsweise die AD-Kosten aus den skandinavischen Ländern ist ersichtlich, dass die für Österreich ermittelten € 16.930,- durchaus dem Durchschnitt entsprechen und demzufolge plausibel erscheinen.

Da die für Kanada, Deutschland und den USA ermittelten Kosten nun schon vor mehr als 10 Jahre berechnet wurden, sollten diese nur als ungefähre Richtwerte dienen. Diese Studien wurden deswegen in die Arbeit aufgenommen, da die Art der Berechnung interessant ist und da sie sehr oft als Grundlage für weitere Analysen herangezogen wurden. Man sollte aber davon ausgehen, dass die aktuellen Kosten weit höher liegen als angegeben.

9 Zusammenfassung und Übersicht der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit war es, eine erste Kostenanalyse des Krankheitsbildes Demenz für Österreich zu präsentieren und unter Berücksichtigung des demographischen Wandels erste Prognosen der Kostenentwicklung bis ins Jahr 2050 vorzulegen. Die in einem ersten Schritt ermittelten Demenzkosten müssen aber unter bestimmten Voraussetzungen gesehen werden und stellen dementsprechend das absolute Kostenminimum dar, welches als Grundlage für weitere Recherchen dienen soll.

Zu Beginn dieser Arbeit wurden die demographischen Entwicklungen und die fortschreitenden Alterung der österreichischen Gesellschaft und die epidemiologischen Daten ausreichend diskutiert. Weiters wurden mittels dem bottom up-Ansatz und dem top down-Ansatz die direkt erfassbaren Kosten (ärztliche Leistungen, Heilmittelkosten, Heilbehelfe, Transportkosten, stationäre Kosten und Pflegekosten: im häuslichen Umfeld versus Pflegeheim), die durch das Krankheitsbildes Demenz verursacht werden, ermittelt. In weiterer Folge wurden die recherchierten Kosten der beiden Ansätze miteinander verglichen und korrigiert, woraus sich eine Kostenbelastungen im häuslichen Bereich von € 12.443,10 beziehungsweise im Pflegeheim von € 34.887,55 ergab. Um nun die österreichischen Pflegesituation in die Berechnungen mit einzubeziehen, wurde weiters angenommen, dass 80% der Demenzkranken im häuslichen Umfeld und 20% in einem Pflegeheim betreut werden. Schlussendlich ergab sich daraus die durchschnittliche Demenzkostenbelastung von € 16.930,- pro Jahr und Patient, die als Grundlage für die weiteren Hochrechnungen diente.

Auf Basis von unterschiedlichen Hypothesen (dynamisches Equilibrium, Kompression der Morbidität sowie Expansion der Morbidität) wurden demzufolge drei Szenarien bis ins Jahr 2050 berechnet. Im ersten Szenario wurde von einer unveränderten Krankheitsdauer von 7 Jahren ausgegangen. Im zweiten beziehungsweise best case Szenario wurde die Annahme getroffen, dass sich die Krankheitsdauer von 7 Jahre auf 5 Jahre reduziert. Im letzten beziehungsweise worst case Szenario kommt es zu einer Verlängerung der Krankheitsdauer auf 9 Jahre. Dementsprechend wurden nun die Kosten sowohl nach dem Inzidenz- als auch nach dem Prävalenzansatz berechnet. Beim Prävalenzansatz werden die durchschnittlichen jährlichen Demenzkosten mit der Anzahl an geschätzten Erkrankten multipliziert. Beim Inzidenzansatz hingegen werden die Gesamtkosten, die im Laufe der Krankheit entstehen dem Zeitpunkt der Diagnose zugerechnet und mit den erwarteten jährlichen Neuerkrankungen in Verbindung gebracht. Aus diesem Grund sind die Kosten in diesem Ansatz um vieles höher. Die nun so ermittelte Kostenentwicklung ist in Tabelle 47 illustriert:

ZUSAMMENFASSUNG UND ÜBERSICHT DER ERGEBNISSE

Tabelle 47: Kostenprognosen – Vergleich Prävalenz- und Inzidenzansatz

Prävalenzansatz		Inzidenzansatz	
2007:	€ 1,69 Milliarden +/- € 508 Millionen	2007:	nicht verfügbar
2010:	nicht verfügbar	2010:	€ 3,33 Milliarden +/- € 952 Millionen
2030:	€ 2,79 Milliarden +/- € 838 Millionen	2030:	€ 4,98 Milliarden +/- € 1,42 Milliarden
2050:	€ 4,56 Milliarden +/- € 1,37 Milliarden	2050:	€ 7,05 Milliarden +/- € 2,02 Milliarden

Aktuell kann in Österreich unter den getroffenen Annahmen nach dem Prävalenzansatz mit durchschnittlichen jährlichen Demenzkosten von mindestens € 1,69 Milliarden ausgegangen werden. Kommt es zu einer Verkürzung beziehungsweise Verlängerung der Krankheit auf 5 versus 9 Jahre streuen die Kosten um € 508 Millionen. Für das Jahr 2030 konnte nun eine Kostenbelastung von € 2,79 Milliarden berechnet werden, während die Werte bei erhöhter oder verkürzter Krankheitsdauer um € 838 Millionen abweichen. Im Jahr 2050 kann dementsprechend mit einer Kostenbelastung in der Höhe von € 4,56 Milliarden gerechnet werden, wobei bei einer geänderten Annahme eine Differenz von bis zu € 1,37 Milliarden möglich ist.

Nach dem Inzidenzansatz sind nun unter den getroffenen Voraussetzungen folgende Kosten zu erwarten: im Jahr 2010 verursacht das Krankheitsbild Demenz Kosten in der Höhe von € 3,33 Milliarden, demnach kann bei einer Veränderung des Krankheitsverlaufes eine Streuung um € 952 Millionen angenommen werden. Für das Jahr 2030 werden bereits € 4,98 Milliarden prognostiziert, währenddessen sich die berechneten Schwankungen auf € 1,42 Milliarden belaufen. Durch den demographischen Wandel kann im Jahr 2050 eine Demenzkostenentwicklung von € 7,05 Milliarden angenommen werden, wobei bei modifizierten Voraussetzungen dieser Wert um bis zu € 2,02 Milliarden streut.

Zusammenfassend kann nun festgestellt werden, dass durch das Krankheitsbild Demenz hohe Kosten für das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem entstehen und durch eine unveränderte Krankheits- und Betreuungssituation diese Kosten in Zukunft schwer finanzierbare Dimensionen annehmen könnten.

10 Forschungsperspektive

Um überhaupt Kosten für ein Krankheitsbild ermitteln zu können, müssen die Recherchen auf sehr abstrakte Ebenen projiziert werden, da Krankheitskosten-Analysen vom Umfang her nicht durchführbar erscheinen.

Während meiner Kostenrecherchen bin ich einerseits auf Begeisterung und andererseits auf viel Skepsis gestoßen. Die wohl häufigste gehörte Aussage diesbezüglich war: „...die Kosten kann man so nicht ermitteln“. An dieser Stelle soll dieser kritischen Haltung folgendes entgegnet werden: laut gesundheitsökonomischer Literatur²⁵⁸ besteht durchaus die Möglichkeit die Krankheitskosten durch den bottom up- und/ oder top down-Ansatz zu ermitteln. Auch auf internationaler Ebene gibt es zahlreiche Beispiele die ebenfalls auf diese Ansätze zurückgreifen. Natürlich bilden groß angelegte Feldstudien mit repräsentativen Patientenstichproben die Kostenwahrheit besser ab, diese durchzuführen war aber durch das festgesetzte Zeitlimit von drei Monaten für mich leider nicht möglich. Eine Fortführung der Arbeit könnte darin bestehen die in dieser Arbeit ermittelten Kosten in groß angelegten Studien zu verifizieren beziehungsweise zu korrigieren. Weiters sollen die angesetzten Kosten sowie Kostenentwicklungen nicht als vollendetes Modell gesehen werden, sondern sollen als Anregung für weitere Recherchen.

Ein möglicher Kritikpunkt dieser Arbeit mag wohl die Höhe der ermittelten Kosten sein, denn es ist durchaus davon auszugehen, dass diese noch weit höher liegen. Ebenfalls sollten die vollen Kosten der Betreuung im häuslichen Umfeld genauer ergründet werden um in Zukunft besonders auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen eingehen zu können. Auch die stationären Kosten müssten anhand realer Beispiele nachrecherchiert werden, da in dieser kurzen Zeit es meinerseits nicht möglich war die Kosten der häufigsten Haupt- und Nebendiagnosen von Demenzpatienten in Erfahrung zu bringen.

²⁵⁸ vgl. Greiner W. in Schöffski O. / Graf v. d. Schuldenburg J.-M., 2007: 67 ff

Literaturverzeichnis

Alf C./ Bachner C./ Benke T./ Berek K./ Bondner T./ Croy A./ Dal-Bianco P./ Fischer P./ Fruhwürth G./ Gatterer G./ Grossmann J./ Hinterhuber H./ Imarhiagbe D./ Jaksch A./ Jellinger K./ Kalousek M./ Kapeller P./ Krautgartner M./ Ladurner G./ Leblhuber F./ Lechner A./ Lingg A./ Marksteiner J./ Nakajima T./ Psota G./ Rainer M./ Ransmayr G./ Reisecker F./ Schmidt R./ Spatt J./ Walch T./ Walter A./ Wancata J./ Winkler A. (2006): Konsensusstatement „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft – Update 2006. *Neuropsychiatrie*, 20 /4: 221-231

Andilin-Sobocki P./ Jönsson B./ Wittchen H.-U./ Olesen J. (2005): Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (Suppl. 1): 1-27

Angehörigeninterview (2008): persönliches Gespräch zum Thema Demenzbetreuung beziehungsweise Kosten, die im Jahr 2007 angefallen sind. Gespräch in den privaten Räumlichkeiten der Angehörigen am 28.08.2008

Bickel (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34/2: 108-115

Dilling H. / Mombour W./ Schmidt M.H. (Hrsg.) (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD- 10 Kapitel V (F), Klinisch- diagnostische Leitlinien/ WHO. - 4. korrigierte und ergänzte Auflage – Bern Verlag Hans Huber

Doblhammer G./ Kytir J (1999): `Kompression` oder `Expansion` der Morbidität? Trends in der Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit 1978 bis 1998, *Demographische Information* 1997/1999, Österreichische Akademie der Wissenschaft, Wien, 71-79

Ferri Cleusa P./ Prince M./ Brayne C./ Brodaty H./ Fratiglioni L./ Gangili M./ Hall K./ Hasegawa K./ Hendrie H./ Huang Y./ Jorm A./ Mathers C./ Menezes P.R./ Rimmer W./ Scazufca M. (2005): Global prevalence of dementia: a delphi consensus study. *Lancet*, 366: 2112 – 2117

Geldmacher, D. (2000): Conflicting Priorities in Alzheimer`s Care, Primary Care, and Managed Care: Who Pays the Price? *The American Journal of Managed Care*, 6 /22: 1161 – 1164

Greiner W. in Schöffski O. / Graf v. d. Schuldenburg J.-M. (2007): Gesundheitsökonomische Evaluation, 3. Aufl., Berlin / Heidelberg [Originalausgabe: 2001, Berlin / Heidelberg]

LITERATURVERZEICHNIS

Hildebrandt H., Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (1994): 257., neu bearbeitete Aufl.- Berlin; New York: de Gruyter Verlag.

Hofman A./ Rocca W.A./ Brayne C./ Breteler M.M.B./ Clarke M./ Cooper B./ Copeland J.R.M./ Dartigues J.F./ Da Silva Droux A./ Hagnell O./ Heeren T.J./ Engedal K./ Jonker C./ Lindsay J./ Lobo A., Mann A.H./ Mölsä P.K./ Morgan K./ O'Connor D.W./ Sulkava R./ Kay D.W.K./ Amaducci L. (1990): The Prevalence of Demencia in Europe: A Collaborative Study of 1980 – 1990 Findings. International Journal of Epidemiology 1991; 20 (3): 736 – 748

Jerabek Marie-Luise (2005): Die Demenz. Österreichische Pflegezeitschrift 2: 8 – 11

Jönsson L./ Berr C. (2005): European Journal of Neurology, Supplement 1, June, 12: 50-53 (4)

Jönsson L./ Eriksdotter Jönhagen M./ Kilander L./ Soininen H./ Hallikainen M./ Waldemar G./ Nygaard H./ Andresen N./ Winblad B./ Wimo A. (2006): Determinants of costs of care for patients with Alzheimer´s disease, International Journal of Geriatric Psychiatry, 21/ 5: 449 - 459

Kaiser, G. (2006): Prüfung der Concurrent Validity eines Instrumentes zur Bedarfs- und Bedürfniserhebung bei Angehörigen von Demenzkranken, wirtschaftliche Diss. an der Medizinischen Universität Wien

Kastner U./ Löbach R. (2007): Handbuch Demenz, Urban & Fischer, München 2007

Kornhuber J./ Bleich S./ Wiltfang J. (2005): Demenzerkrankung und Morbus Alzheimer, UNI-MED Verlag AG, Bremen

Leon J./ Cheng C.-K./ Neumann P.J. (1998): Alzheimer´s Disease Care: Costs And Potential Savings, Health Affairs, 17: Nr 6

Martin Mike / Schelling Hans Rudolf (2005): Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige, Verlag Hans Huber, Bern

Ostbye T. / Crosse Evelyn (1994): Net economic costs of dementia in Canada. CAN MED ASSOC J., 151 (10)

Rice D. P./ Fillit H.M./ Max W./ Knopman D.S./ Lloyd J.R./ Duttagupta S. (2001): Prevalence, Costs, and Treatment of Alzheimer´s Disease and Related Dementia: A Managed Care Perspective, American Journal of Managed Care, 7: Nr 8

Honorarordnung der OÖGKK für Fachärzte der Neurologie und/oder Psychiatrie (2006)

LITERATURVERZEICHNIS

Rotes Kreuz Wien (2008): Telefonat zum Thema Transportkosten, Serviceabteilung, 03.09.2008, Uhrzeit 11:12

Seidl E./ Labenbacher S. (2007): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen, Böhlau Verlag, Wien

Stahelin H. (2004): Epidemiologie der Demenzerkrankung, Schweiz Med. Forum, 4: 247 – 250

Wallesch Claus-Werner / Först Hans (2005): Demenz, Thieme-Verlag, Stuttgart 2005

Wancata J./ Kaup B./ Krautgartner M. (2001): Die Entwicklung der Demenz-erkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050, Wiener Klinische Wochenschrift, 113/5-6: 172 – 180

Wancata J./ Krautgartner M./ Berner J./ Alexandrowicz R. (2003): Epidemiologie und gesellschaftliche Belastung von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern, in Grauzone – Die Versorgung älterer psychisch Kranker, Hersg. Wancata/ Meiser/ Marksteiner, Innsbruck, Integrative Psychiatrie

Wancata J./ Meise U./ Sachs G. (2000): Prävalenz seelischer Erkrankungen unter älteren Patienten an internen und chirurgischen Stationen, Psychiatrische Praxis, 27:170-175

Wancata J./ Hajji M./ Windhaber J. (1999): Epidemiologie und Versorgung Demenz-kranker, Neuropsychiatrie, Band 13, Nr. 3: 122-132

Weyrer S. (2001): Demenzen- der Preis für die gestiegene Lebenserwartung? Wiener Klinische Wochenschrift, 113/5—6: 149-153

Wiener Gebietskrankenkasse (2008): diverse statistische Auswertungen zum Thema Demenz [interne Unterlagen], Wien, von der Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention, Competence Center Integrierte Versorgung erstellt.

Expertengespräche

Lehner E., Dr. (2008): persönliches Gespräch gemeinsam mit Frau DDr. Findl zur Demenzsituation und –behandlung in Österreich, Ärztin der 4. Medizinischen Abteilung Geriatrie des Hanusch Krankenhauses in Wien, Gespräch im Ambulanzbereich im Hanusch Krankenhaus am 20.08.2008

LITERATURVERZEICHNIS

Findl I., OA DDr. (2008): persönliches Gespräch gemeinsam mit Frau Dr. Lehner zur Demenzsituation und –behandlung in Österreich, Ärztin im Hanisch Krankenhaus, Gespräch im Ambulanzbereich im Hanusch Krankenhaus am 20.08.2008

Gleichweit S., Mag. (FH) (2008): diverse persönliche Gespräche bezüglich der internen Unterlagen der Wiener Gebietskrankenkasse, Abt. Gesundheitspolitik und Prävention, Gespräche in den Räumlichkeiten der Wiener Gebietskrankenkasse

Hubmann G., Dr. (2008): persönliches Gespräch bezüglich Plausibilität der ermittelten Kosten, Gespräch in den Räumlichkeiten der Wiener Gebietskrankenkasse am 27.08.2008.

Pail C., Dipl. Gesundheits- u. Krankenschwester (2008): persönliches Gespräch zum Thema Heilbehelfe, Fachverkäuferin der Firma Frühwald, Gespräch in den Geschäftsräumlichkeiten inkl. Vorführung der Heilmittelbehelfe am AKH Wien, 04.09.2008

Rainer M., OA Doz. Dr. (2008): persönliches Gespräch zur Demenzsituation und -behandlung in Österreich, Leiter der Memory Klinik im SMZ-Ost, Gespräch im Büro von Herrn OA Doz. Dr. Rainer auf Station 38 in Wien am 21.08.2008.

Rossa M., Mag. (2008): diverse persönliche Gespräche bezüglich der internen Unterlagen der Wiener Gebietskrankenkasse, Abt. Gesundheitspolitik und Prävention, Gespräche in den Räumlichkeiten der Wiener Gebietskrankenkasse

Verhovnik U., Dr. (2008): telefonisches Gespräch bezüglich Demenzbehandlung und Einstufung in Österreich, Ärztin der Psychiatrie des Hanusch Krankenhauses in Wien, Telefonat am 26.08.2008

Weisser K., Dr (2008): telefonisches Gespräch zum Thema Pflegeheimkosten für Demenzpatienten, betreuender Arzt eines Pflegeheims in Wien, Telefonat am 08.09.2008

Abteilung Controlling der Wiener Gebietskrankenkasse: Auskunft zum Thema Punktwert Hanuschkrankenhaus zur Berechnung der stationären Kosten, Telefonat am 11.09.2008

Internetquellen

Alzheimer Europe: Dementia in Europe. Yearbook 2006, bezogen unter http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf, Zugriff am 22.06.2008, Uhrzeit 16:40

Ambulatoriumsbeitragsverordnung (2008), bezogen unter <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2007/pdf/lg2007055.pdf>, Zugriff am 01.09.2008, Uhrzeit: 19:45 Uhr

LITERATURVERZEICHNIS

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung Nr. 51 (2006), bezogen unter www.avsv.at, Zugriff am 16.09.2008, Uhrzeit 18:00

Anlage 6 des LKF Modells (2008): Ermittlung der medizinischen Einzelleistung zur Ermittlung der stationären Kosten, bezogen unter http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/6/6/8/CH0720/CMS1128341915943/anlage6_-_lgr01-30_mit_zugeordneten_medizinischen_einzelleistungen.pdf, Zugriff am 15.10.2008, Uhrzeit 21:00

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2004): Demenz, bezogen unter http://www.akdae.de/35/70_Demenz_2004_3Auflage.pdf, Zugriff am 22.06.2008, Uhrzeit 15:30

Böhmer F./ Danielczyk W./ Friedl E.-J./ Leblhuber F (2007): Alzheimer-Krankheit, Management aus multidisziplinärer Sicht, Statement der Österreichischen Alzheimer Liga, CliniCum, bezogen unter <http://www.medizin-medien.at/mm/mm007/alzheimer-web.pdf>, Zugriff am 11.08.2008, Uhrzeit 08:15

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: LKF – Modell 2008, bezogen unter <http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128341915943>, Zugriff am 15.09.2008, Uhrzeit 19:54

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2008): Demenzhandbuch, bezogen unter http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf, Zugriff am 22.06.2008, Uhrzeit 18:32

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2008): Pflegegeld, bezogen unter http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/2/2/1/CH0041/CMS1207142483589/demenzhandbuch_maerz_2008.pdf, Zugriff am 26.08.2008, Uhrzeit: 18:46

European Commission (2008): Umrechnungsfaktor DM / Euro, bezogen unter http://ec.europa.eu/economy_finance/the_euro/your_country_euro9112_en.htm, Zugriff am 04.10.2008, Uhrzeit 12:28

Economic Policy Committee and the European Commission (2006): The impact of aging on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050), Special Report Nr 1. bezogen unter http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary_6656_en.htm, Zugriff am 08.08.2008, Uhrzeit 20:35

LITERATURVERZEICHNIS

Fischer P./ Bancher C./ Baumhackl U./ Böhmer F. / Brainin M./ Dal-Bianco P./ Fasching P./ Jagsch C./ Kalousek M./ Kirchmeyr W./ Ladurner G./ Leblhuber F./ Marksteiner J./ Psota G. / Rainer M. / Ransmayr G./ Schmidt R./ Scholz H./ Soukop W./ Spatt J./ Walter A./ Wancata J./ Weber E./ Wuschitz A./ Zifko U. (2005): Demenzen – Focus Cholinesterasehemmer, CliniCum, bezogen unter http://www.medizin-medien.at/mm/Demenzen_09_03.pdf, Zugriff am 10.08.2008, Uhrzeit 15:15

Graff M. J. L./ Adang E. M. M./ Vernooij-Dassen M. J. M./ Dekker J./ Jönsson L./ Thijssen M./ Hoefnagels W. H. L./ Rikkert M. G. M. O. (2008): Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study, BMJ 336: 134-128, bezogen unter <http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7636/134>, Zugriff am 18.07.2008, Uhrzeit 21:15 Uhr

Help.gv.at (2008): Pflegegeld, bezogen unter <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360516.html>, Zugriff am 26.08.2008, Uhrzeit: 18:46

Kasper, S et. al (2006): Therapie der Demenz; Die ÖGPB hat ein Konsensusstatement zur medikamentösen Therapie der AD vorgelegt; in: Ärztemagazin 49, bezogen unter http://www.medizin-akademie.at/mm/mm003/Demenz-Konsensus_korr_low.pdf, Zugriff am 18.07.2008, Uhrzeit 22:01

Mathers C. / Leonardi M. (2000): Global burden of demetia in the year 2000: summary of methods and data sources, bezogen unter www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_dementia.pdf, Zugriff am: 07.07.2008, Uhrzeit 18:15

Marschitz W. (2006): Mehr Gesundheit und mehr Pflegebedürftigkeit, Hilfswerk Österreich, bezogen unter <http://www.hilfswerk.at/d214>, Heft 4: 52-54, Zugriff am 24.08.2008, Uhrzeit 23:48

Mühlberger U./ Knittler K./ Guger A./ Fuchs S./ Sutrich A. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, Österreichisches Institut für Wirtschafts-forschung (WIFO), bezogen unter http://www1.goed.at/vorarlberg/Infos/pflegestudie_finanzierung.pdf, Zugriff am 18.07.2008, Uhrzeit 19:34

Krollner B./ Krollner D.M. (2008): ICD-Code. bezogen unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F05.1.html>, Zugriff am 23.06.2008, Uhrzeit 22:20

Poewe W. (2005): „Parkinson - Demenz, Newsletter der österreichischen Parkingsongesellschaft, Nr 1, bezogen unter http://www.parkinson.at/fileadmin/p-aktuell/2005/P-aktuell_Mai_05.pdf, Zugriff am 10.08.2008, Uhrzeit 12:13

Ransmayr G./ Katzenschlager R./ Dal-Bianco P./ Wenning G./ Bancher C./ Jellinger K./ Schmidt R./ Poewe W. et al. (2007): Lewy-Körper-Demenz und ihre differentialdiagnostische

LITERATURVERZEICHNIS

Abgrenzung von Alzheimer'scher Erkrankung: Ein gemeinsames Konsensus-Statement der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft (ÖAG) und der Österreichischen Parkinson Gesellschaft (ÖPG), bezogen unter http://www.memoriesball.at/fileadmin/Documents/Lewy_Body_Demenz.pdf, Zugriff am 09.08.2008, Uhrzeit 09:30

Rebhandl, Rieder et al.: Demenz – Früherkennung in der Allgemeinmedizinischen Praxis, bezogen unter http://www.alternmitzukunft.at/upload/1448_ÖGAM%20Demenz.pdf, Zugriff am: 22.06. 2008, Uhrzeit 13:33

Sanitätshaus Bandagist Bernhard (2008): Webshop – Recherchen bezüglich Heilmittelbehelfe, bezogen unter <http://www.bandagist-bernhard.at/042faf99580a82a02/f3e91c990511c2c02/042faf999d074b206/index.php>, Zugriff am 24.08.2008, Uhrzeit 22:11

Simulationsprogramm Kdok Version 5.0 (2008), bezogen unter <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128343984496>, Zugriff am 15.10.2008, Uhrzeit 20:30

Statistik Austria (2007): Altersstruktur der Erwerbspersonen 2001 bis 2050, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/020791.html, Zugriff am 27.09.2008, Uhrzeit 13:37

Statistik Austria (2008): Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_zu_jahresbeginn_seit_2002_nach_fuenfjaehrigen_altersgruppen_u_023468.pdf, Zugriff am 06.07.2008, Uhrzeit 21:00

Statistik Austria (2007): Bevölkerungsprognosen, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, Zugriff am 01.07.2008, Uhrzeit 18:00

Statistik Austria (2007): Bevölkerungsprognose 2007, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html, Zugriff am 01.07.2008, Uhrzeit 18:32

Statistik Austria (2007): Bevölkerungspyramide, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html, Zugriff am 01.07.2008, Uhrzeit 18:15

Statistik Austria (2007): Erwerbsprognose, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/023485.html; Zugriff am Zugriff am 27.09.2008; Uhrzeit 14:17

Statistik Austria (2007): Lebenserwertung, bezogen unter: <http://www.statistik.at/>

LITERATURVERZEICHNIS

web_de/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html, Zugriff am 09.07.2008, Uhrzeit 10:41

Statistik Austria (2004): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=008879, Zugriff am 05.07.2008, Uhrzeit 20:38

Statistik Austria (2005): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=018797, Zugriff am 05.07.2008, Uhrzeit 20:35

Statistik Austria (2006): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=028435, Zugriff am 05.07.2008, Uhrzeit 20:37

Statistik Austria (2006): Spitalsentlassungen 2006 in Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht und Aufenthaltsdauer: 1, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=022088, Zugriff am 05.07.2008, Uhrzeit 07:30

Statistik Austria, (2007): Subjektiver Gesundheitszustand, bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.htm, Zugriff am 09.07.2008, Uhrzeit 10:10

Statistik Austria (2007): Vorausberechnete Natürliche Bevölkerungsbewegung 2007-2075 (absolute Zahlen), bezogen unter http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=027318, Zugriff am 12.08.2008, Uhrzeit 20:13

Tarifbestimmungen Wiener Linien (2007): bezogen unter http://www.wienerlinien.at/wl/ep/downloadTracker.do?path=%2Fmedia%2Ffiles%2F2008%2FTarifbestimmungen_2415.pdf, Zugriff am 24.08.2008, Uhrzeit 21:05

TU Graz Onlinelexikon AEIOU (2008), bezogen unter: <http://aeiou.iicm.tugraz.at/aeiou.encyclop.e/e799154.htm>, Zugriff am 29.09.2008, Uhrzeit: 19:55

Vollmar H.C./ Koch MB/ Schürer-Maly C./ Löscher S./ Konezny N./ Butzlaff M. (2005): Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende Demenzkrankheit (Alzheimer und andere Demenz-Formen), 4. Version, Universität Witten / Herdecke, bezogen unter http://www.patientenleitlinien.de/Demenz/body_demenz.html#DemenzPatLL1, Zugriff am 22.06.2008, Uhrzeit 18:35, [Originalausgabe: 2001: Patientenleitlinien Demenz, Witten / Herdecke]

LITERATURVERZEICHNIS

XE Universal Currency Converter (2008) bezogen unter: <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi>;
Zugriff am 15.09.2008; Uhrzeit 23:51

World Health Organisation (2008): International Classification of Diseases (ICD), bezogen
unter <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, Zugriff am 23.06.2008, Uhrzeit 23:01

Wiener Gebietskrankenkasse (2006): Tarif für Vertragsfachärzte für Allgemeinmedizin,
bezogen unter: <http://www.wgkk.at/mediaDB/111171.PDF>, Zugriff am 03.08.2008

Competence Center Integrierte Versorgung

Erster Österreichischer Demenzbericht

Teil 3:
Unterstützungsangebote
und Projektdarstellungen
zur integrierten Versorgung
für demenzkranke Menschen



Herausgeber & Druck:

Wiener Gebietskrankenkasse
Wienerbergstraße 15–19
1100 Wien

1. Auflage 2009

Redaktion & Gestaltung:

Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention
Öffentlichkeitsarbeit WGKK

Autoren:

Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl
MMag. Dr. Ilsemarie Walter
Mag. Patricia Kacetl

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung
der Wiener Gebietskrankenkasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten.

Bildquelle: mattonimages & WGKK



Abteilung Pflegeforschung, Wien
des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung
der Johannes Kepler Universität Linz
1080 Wien, Bennogasse 21/3

Bericht

Zur Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen

**im Auftrag des Competence Center Integrierte Versorgung
der österreichischen Sozialversicherung**

Projektleitung: Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl

**Projektdurchführung: Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl
MMag. Dr. Ilsemarie Walter
Mag. Patricia Kacetl**

Wien, 30. September 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Unterstützungsangebote – Zum Ist-Stand in Österreich.....	1
1.1 Einleitung	1
1.2 Niedergelassener Bereich	1
1.2.1 Professionelle Pflege im extramuralen Bereich.....	1
1.2.2 Laienpflege/Pflege zu Hause	4
1.2.3 Selbsthilfe.....	11
1.2.4 Ehrenamtliche Hilfe/Pflege.....	13
1.3 Teilstationärer Bereich.....	14
1.4 Stationärer Bereich	16
1.4.1 Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen.....	16
1.4.1.1 Nicht speziell für Psychiatrie oder Neurologie eingerichtete Abteilungen von Akutkrankenhäusern	16
1.4.1.2 Psychiatrisch/neurologische Abteilungen von Akutkrankenhäusern.....	17
1.4.1.3 Rehabilitationseinrichtungen.....	18
1.4.2 Geriatriezentren, Wohn- und Pflegeheime	19
1.4.3 Kurzzeitpflege	20
1.5 Literatur.....	22
2. Erfahrungen mit integrierter Versorgung.....	24
2.1 Ansatzpunkte integrierter Versorgung in Österreich	24
2.1.1 Einleitung	24
2.1.2 Multidisziplinäre Teams.....	24
2.1.3 Multiprofessionelles Assessment/Betreuungsplan	24
2.1.4 Diagnosestellung daheim, Verlaufskontrolle	25
2.1.5 Individueller Hilfeplan	25
2.1.6 Vernetzung und Koordination.....	25
2.1.7 Ansprechpartner bleiben	26
2.2 Projekte, die sich ausschließlich demenzkranken Personen und deren Angehörigen widmen	31
2.2.1 Mobile Demenzberatung – Aufsuchendes Multiprofessionelles Demenzteam (AMD) Pinzgau.....	31
2.2.1.1 Ziele	31
2.2.1.2 KlientInnen	31
2.2.1.3 Team.....	31
2.2.1.4 Angebote des Aufsuchenden Multiprofessionellen Demenzteams (AMD).....	33
2.2.1.5 Bisheriger Projektverlauf	34
2.2.1.6 Adresse Trägerverein	34
2.2.2 Demenzprojekt Burgenland.....	36
2.2.2.1 Ziele des Projektes.....	36
2.2.2.2 KlientInnen	36
2.2.2.3 Team.....	36
2.2.2.4 Angebote.....	36
2.2.2.5 Bisheriger Projektverlauf	37
2.2.2.6 Adresse des Trägervereins.....	37

INHALTSVERZEICHNIS

2.2.3	“Entlastung bei Demenz (<i>Family Community Networking</i>)“ in der Steiermark.....	38
2.2.3.1	Ziele des Projektes	38
2.2.3.2	KlientInnen	38
2.2.3.3	Team	38
2.2.3.4	Angebote.....	38
2.2.3.5	Bisheriger Projektverlauf	39
2.2.3.6	Adresse des Trägervereins.....	39
2.2.4	Demenzservicestellen der M.A.S Alzheimerhilfe in Oberösterreich	40
2.2.4.1	Ziele	40
2.2.4.2	KlientInnen	40
2.2.4.3	Team (pro Beratungsstelle)	40
2.2.4.4	Angebote.....	41
2.2.4.5	Adresse des Trägervereins.....	43
2.3	Einrichtungen und Projekte für (geronto-)psychiatrische KlientInnen.....	44
2.3.1	Gerontopsychiatrisches Zentrum Wien	44
2.3.1.1	Ziele der Einrichtung.....	44
2.3.1.2	KlientInnen	44
2.3.1.3	Team:.....	44
2.3.1.4	Angebote.....	44
2.3.1.5	Ablauf einer Erstberatung im Zentrum	45
2.3.1.6	Adresse Trägerverein	45
2.3.2	Geronto Psychiatrisches Zentrum Graz	46
2.3.2.1	Ziele der Einrichtung.....	46
2.3.2.2	KlientInnen	46
2.3.2.3	Team.....	46
2.3.2.4	Angebote.....	46
2.3.2.5	Adresse des Trägervereines.....	47
2.3.3	Mobile gerontopsychiatrische Assistenz in Graz	49
2.3.3.1	Ziele	49
2.3.3.2	KlientInnen	49
2.3.3.3	Team.....	49
2.3.3.4	Angebote.....	49
2.3.3.5	Adresse des Trägervereines.....	52
2.3.4	Gerontopsychiatrische Wohnbetreuung im Industrieviertel NÖ.....	53
2.3.4.1	Ziele der Einrichtung.....	53
2.3.4.2	KlientInnen	53
2.3.4.3	Team.....	53
2.3.4.4	Angebote.....	53
2.3.4.5	Ablauf einer Betreuung	54
2.3.4.6	Interdisziplinäre Vorgangsweise	55
2.3.4.7	Adresse Trägerverein	55
2.3.5	INDIBET – Individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Menschen.....	56
2.3.5.1	Ziel	56
2.3.5.2	KlientInnen	56
2.3.5.3	Team.....	56
2.3.5.4	Angebote.....	56
2.3.5.5	Ablauf einer Betreuung.....	56
2.3.5.6	Adresse Trägerverein	57
2.3.6	Übergangspflege Tirol.....	58
2.3.6.1	Ziele der Einrichtung.....	58
2.3.6.2	KlientInnen	58

INHALTSVERZEICHNIS

2.3.6.3	Team (Anzahl der tirolweit beim Verein Angestellten).....	58
2.3.6.4	Angebote der Übergangspflege Innsbruck.....	59
2.3.6.5	Vernetzung nach außen	60
2.3.6.6	Adresse Trägerverein	61
2.3.7	Tagesklinik Otto Wagner Spital (Pavillon 14)	62
2.3.7.1	Ziele der gerontopsychiatrischen Tagesklinik	62
2.3.7.2	KlientInnen der gerontopsychiatrischen Tagesklinik	62
2.3.7.3	Angebote.....	62
2.3.7.4	Team.....	62
2.3.7.5	Projektverlauf	63
2.3.7.6	Adresse.....	63
2.4	Literatur-Recherche: Modellprojekte und Initiativen aus dem Ausland.....	64
2.4.1	Einleitung	64
2.4.2	Projekte aus den USA - Ausbau von „Managed Care“.....	67
2.4.2.1	Modellprojekte und Initiativen zur Integrierten Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen	69
2.4.2.1.1	„Cleveland Alzheimer’s Managed Care Demonstration“	69
2.4.2.1.2	„Caregivers Alternatives to Running on Empty“	70
2.4.2.1.3	„Maine Alzheimer’s Project“.....	73
2.4.2.1.4	“Interdisciplinary consensus teams”.....	75
2.4.2.1.5	„Kaiser Permanente-Alzheimer’s Association Dementia Care Project“	76
2.4.2.1.6	„Chronic Care Networks for Alzheimer’s Disease“	77
2.4.2.1.7	„Northern California Chronic Care Network for Dementia“	80
2.4.2.1.8	„Community Outreach Education Program“	81
2.4.2.1.9	„Alzheimer’s Disease Education Program“	83
2.4.2.1.10	„Partners in Caregiving“.....	84
2.4.2.2	Projekte und Initiativen, die auf eine weiter gefasste Zielgruppe ausgerichtet sind	85
2.4.2.2.1	„Guided Care“ für ältere, multimorbide PatientInnen.....	85
2.4.2.2.2	„Patient care teams“ für das Management chronischer Erkrankungen.....	88
2.4.2.2.3	Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonen zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte von PflegeheimbewohnerInnen.....	89
2.4.2.2.4	Interdisziplinäre Sturzpräventionsteams	90
2.4.3	Projekte aus Kanada.....	94
2.4.3.1	Gemeinsames Assessment-Instrument als Grundlage zu Integrierter Versorgung Demenzkranker	95
2.4.3.2	Interdisziplinäre Schulung zur Reduktion der Neuroleptikagabe	96
2.4.3.3	Probleme bei der Rehabilitation demenzkranker PatientInnen nach einer Schenkelhalsfraktur	96
2.4.3.4	Mahlzeiten in der Langzeitpflege Demenzkranker als interdisziplinäre Aufgabe.....	97
2.4.3.5	Integrierte Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen	100
2.4.4	Projekte aus Großbritannien – „Care Management“ seit 1993	101
2.4.4.1	Care Management mit demenzkranken Personen.....	102
2.4.4.2	Spezialisierte Unterstützungsdienst im häuslichen Bereich	103
2.4.4.3	Fähigkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit als Grundlage zu Integrierter Versorgung.....	105
2.4.4.4	Eine möglichst positive Umgebung für demenzkranke HeimbewohnerInnen	107
2.4.5	Projekte aus den Niederlanden und Schweden	110

INHALTSVERZEICHNIS

2.4.5.1	Integrierter multidisziplinärer diagnostischer Zugang zur Versorgung Demenzkranker	110
2.4.5.2	Multidisziplinäre Versorgung älterer Menschen im extramuralen Bereich (Dutch Geriatric Intervention Program - DGIP)	111
2.4.5.3	Unterstützung der Angehörigen Demenzkranker durch Freiwillige.....	112
2.4.5.4	Kultursensible Unterstützung pflegender Angehöriger in Migrantenfamilien	115
2.4.6	Projekte aus Deutschland	119
2.4.6.1	Projekte zur Integrierten Versorgung Demenzkranker	121
2.4.6.1.1	<i>Hausärzte arbeiten mit anderen Berufsgruppen in der Versorgung demenzkranker Menschen zusammen.....</i>	<i>121</i>
2.4.6.1.2	<i>Ehrenamtliche Hospizhelfer bei der Begleitung Demenzkranker</i>	<i>121</i>
2.4.6.1.3	<i>Rehabilitation demenzkranker Menschen.....</i>	<i>122</i>
2.4.6.1.4	<i>„Netzwerk Demenz“ in Bad Kreuznach.....</i>	<i>123</i>
2.4.6.2	Ansätze Integrierter Versorgung, die für die Versorgung demenzkranker Menschen genutzt werden können.....	125
2.4.6.2.1	<i>Planung von Pflegestützpunkten</i>	<i>125</i>
2.4.6.2.2	<i>Seniorenbüros in Dortmund.....</i>	<i>126</i>
2.4.6.2.3	<i>Tandempraxen-Konzept.....</i>	<i>128</i>
2.4.6.2.4	<i>Überbrückung der Schnittstellenproblematik Krankenhaus – extramurale Versorgung bei älteren PatientInnen.....</i>	<i>129</i>
2.4.6.2.5	<i>HALMA - Hilfen für alte Menschen im Alltag.....</i>	<i>130</i>
2.4.7	Zusammenfassung.....	131
2.4.8	Literatur.....	133

1. Unterstützungsangebote – Zum Ist-Stand in Österreich

1.1 Einleitung

Die Zunahme dementieller Erkrankungen auf Grund des demographischen Wandels verlangt weltweit nach raschen Lösungen. Ein Großteil der demenzkranken Menschen wird im häuslichen Bereich von Angehörigen versorgt, doch wird immer offensichtlicher, dass eine solche „informelle Pflege“ nur dann funktionieren und jahrelang aufrechterhalten werden kann, wenn diese Pflegenden in ihrer Bedeutung gesehen, beraten, unterstützt und entlastet werden.

Es gibt bei der Pflege und Versorgung demenzkranker Menschen in vielen Ländern besonderen Nachholbedarf. Das ist vor allem in Österreich mit der Überbetonung des akuten Versorgungsbereichs und dem geringen Ausbau der Hauskrankenpflege begründet, wodurch wenig Raum für die Versorgung chronisch kranker und im speziellen demenzkranker Menschen bleibt. Es fehlt auch an Wissen über die Demenzerkrankung, an Kompetenz zu wirksamer Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie insbesondere an interdisziplinärer Zusammenarbeit. Für letzteren Mangel liegt eine der Ursachen auch in der späten Akademisierung der Pflege. Es ist heute üblich, von „Unter-, Über- und Fehlversorgung zu sprechen.“ Im Fall der demenzkranken Menschen in Österreich ist wohl kaum eine Überversorgung zu orten; Unter- und Fehlversorgung wird aber wohl bekämpft werden müssen.

Umso mehr ist die Initiative der Krankenversicherungen zur Konzipierung eines Integrierten Versorgungsmodells für Demenzkranke zu begrüßen, das Kräfte bündeln, komplementäre Kompetenzen zusammenführen und Kranke wie Angehörige unterstützen kann. Gefragt sind gezielte, innovative Vorgangsweisen, die auf einem gründlichen Assessment des Bedarfs und der Bedürfnisse der Betroffenen aufbauen und flächendeckende Lösungen anzielen. Vorhandene Strukturen könnten genützt und modifiziert, die Öffentlichkeit informiert und ehrenamtliche MitarbeiterInnen gewonnen werden. In diesem Zusammenhang ist auf unseren Entwurf einer multiprofessionellen Pflegebegleitung demenzkranker Menschen und ihrer Familien im Buch „Pflegende Angehörige im Mittelpunkt“ zu verweisen.

Der vorliegende Bericht verfolgt das Ziel, grundlegende Informationen beizustellen, die der Planung eines umfassenden Modells zur Integrierten Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen dienen können. Im ersten Teil wird ein Überblick über derzeit in diesem Bereich in Österreich existierende Unterstützungsangebote im niedergelassenen, teilstationären und stationären Bereich geboten, wobei nicht nur den professionellen Gesundheitsberufen, sondern insbesondere auch den pflegenden Angehörigen und ehrenamtlicher Hilfe eine wichtige Rolle zukommt. Vereinbarungsgemäß wurden Ärzte und Memory Kliniken nicht in diesen Berichtteil aufgenommen.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

Der folgende Teil ist bereits auf den Gesichtspunkt zukünftiger Vernetzung ausgerichtet und zerfällt in zwei Abschnitte. Zunächst werden einzelne, in Österreich schon vorhandene Ansätze zu Integrierter Versorgung dargestellt, die erweitert, modifiziert oder ausgebaut werden könnten. Darauf folgen die Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche, in der verschiedene Modelle Integrierter Versorgung aus den USA, Kanada und einigen europäischen Ländern beschrieben und analysiert werden. Vieles davon könnte – angepasst an die österreichischen Verhältnisse – im Sinne einer „best practice“ als Vorbild dienen.

1.2 Niedergelassener Bereich

1.2.1 Professionelle Pflege im extramuralen Bereich

In der Pflege und Betreuung für daheim lebende demenzkranke Menschen wurden unterschiedliche Lösungen gefunden, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen haben je nach Konzept und Auftrag der Projekte und Einrichtungen, in denen sie tätig sind, unterschiedliche **Aufgabenbereiche**:

- Als *Einsatzkräfte bei mobilen Diensten* sind zur *Betreuung (geronto-) psychiatrischer KlientInnen* einzelne diplomierte psychiatrische Gesundheits- und KrankenpflegerInnen angestellt, um auf die speziellen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen besonders eingehen zu können. Im Rahmen der Hauskrankenpflege sind aber vor allem Gesundheits- und *Krankenpflegepersonen mit allgemeinem Diplom* tätig.
- *DemenzspezialistInnen*: Das sind zumeist Pflegepersonen mit allgemeinem Diplom, die eine *Spezialschulung im Bereich Demenzerkrankungen* absolviert haben. Sie werden im Rahmen der Hauskrankenpflege in solchen Fällen eingesetzt, in denen mobile Pflegepersonen ohne Demenzschulung an ihre Grenzen stoßen. Diese für die Beobachtung sensibilisierten und für den Umgang mit den Verhaltensweisen demenzkranker Menschen geschulten Pflegepersonen unterstützen KollegInnen und Angehörige bei der Bewältigung des Alltags und können somit als MultiplikatorInnen dienen.
- In der *Übergangspflege*: Zur Betreuung gerontopsychiatrischer PatientInnen sind diplomierte *psychiatrische* Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingesetzt, welche aufgrund ihrer spezialisierten Ausbildung besonders qualifiziert sind, die *Überleitung vom stationären in den häuslichen Bereich* zu koordinieren und die *Betreuung* der gerontopsychiatrisch erkrankten Personen daheim vornehmen.
- In *gerontopsychiatrischen Zentren*: Hier sind diplomierte *psychiatrische* Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beschäftigt, die *Beratung und das Assessment* für Betroffene und Angehörige *im Zentrum* durchführen, aber in speziellen Fällen auch Hausbesuche vornehmen. Gerontopsychiatrische Zentren sind für Personen ab 65 Jahren konzipiert, die an psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Demenz, Wahnerkrankungen, etc. leiden.
- *Konsiliardienste (Konsiliar Liaison)*: In *stationären Einrichtungen* werden von mobilen (z.B. in der Übergangspflege beschäftigten) diplomierten psychiatrischen Pflegepersonen Konsiliardienste geleistet, um bei besonderen Problemlagen den in Krankenhäusern oder Seniorenwohnheimen tätigen Pflegepersonen (und ebenso den Angehörigen) mit Spezialwissen zur Seite stehen. Häufig liegt den Konsiliar-Einsätzen ein Interaktionsproblem mit ängstlichen, verwirrten oder aggressiven PatientInnen zugrunde, das durch fachliche Beratung gelöst werden kann. In einigen

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

Fällen ist jedoch das Hinzuziehen eines Facharztes unumgänglich. (vgl. Kapitel 1.3.5.1)

- *Pflegepersonen mit Spezialkenntnissen* (wie Biografiearbeit, Validation, Abhaltung kognitiver Gruppen, Gedächtnistraining, etc.), die als *Honorarkräfte* beschäftigt sind, stellen im Rahmen von Hausbesuchen oder in (teil-) stationären Einrichtungen ihr Wissen zur Verfügung.
- Bei *mobilen Projekten für Demenzkranke*, die aufsuchende Beratung und Vernetzung mit ambulanten und stationären Einrichtungen bieten, sind diplomierte Pflegepersonen mit der *Koordination* des multiprofessionellen Teams, Beratung, Assessment und der Kooperation mit anderen Einrichtungen und Behörden betraut.

Die Rolle der Pflegepersonen in der Betreuung von Demenzkranken und deren Familien ist vor allem beratend, steuernd, anleitend. Folgende **Aufgaben** werden von Pflegepersonen wahrgenommen:

- *Beratung* als pflegerische Aufgabe: Das Ziel der beratenden Tätigkeit ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Personen mit Demenz ermöglichen, ihren Alltag zu bewältigen. Beratende Tätigkeit wird telefonisch oder persönlich in einer Beratungsstelle oder bei den KlientInnen daheim geleistet. Die Demenzkranken und deren Angehörige benötigen Informationen über:
 - *mobile Dienste* (Pflege, Betreuung daheim, Besuchsdienst, etc.)
 - *soziale Belange* (wie Pflegegeld, Gebührenbefreiung,...)
 - *diagnostische Möglichkeiten zur (Früh-)Erkennung* einer dementiellen Erkrankung
 - *therapeutische Maßnahmen* in der Behandlung von Demenzerkrankungen
 - *ambulante und (teil-) stationäre Betreuungsangebote* (Tageszentren, Kurzzeitpflege, Urlaubsaufenthalte,...)
 - *Transportmöglichkeiten* für die demenzkranken Personen (zu ärztlichen Untersuchungen, in Tageszentren,...)
 - *Hilfestellungen im Alltagsleben und Beseitigung möglicher Gefahren* durch Wohnraumanpassung.
- *Assessment*: Als Instrument zur Erhebung der Informationen werden von den Pflegepersonen meist selbst entwickelte Instrumente eingesetzt. Das Erheben dieser Daten ist zeitaufwendig, jedoch für die weitere Betreuung von hoher Bedeutung, da daraus die Betreuungsziele formuliert und Maßnahmen festgelegt werden können. Beispielsweise ist die Beurteilung der Wohnsituation und deren Verbesserung, falls große Mängel festgestellt werden, für den Verbleib von Demenzkranken in seiner eigenen Wohnumgebung entscheidend und sollte daher vor Ort vorgenommen werden. In Österreich wird der Wohnberatung noch wenig Bedeutung zugemessen. ExpertInnen berichten, dass die Anpassung der Wohnräume an die veränderten Be-

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

dürfnisse demenzkranker Menschen oft erst deren Verbleib im eigenen Heim ermöglicht.

Auch das Wissen um die tatsächliche Medikamentengebarung der dementen Personen ist von hoher Bedeutung, denn erst die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Einnahme erlauben eine Beurteilung der Wirkung der verordneten Arzneimittel.

Im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung wird das Assessment von einer Pflegeperson erhoben, in Einrichtungen und Projekten mit spezieller Aufgabenstellung, wie zum Beispiel der mobilen gerontopsychiatrischen Assistenz oder der mobilen Demenzberatung, wird Wert darauf gelegt, dass verschiedene Berufsgruppen an der Erhebung des Hilfebedarfs und der Diagnosestellung mitarbeiten. Dies soll ermöglichen alle relevanten Aspekte in einem Hilfeplan zusammenzufassen und die Ziele und nötigen Maßnahmen zu formulieren. Wolfs et al. (2008) wiesen nach, dass multidisziplinäres Assessment die Pflege und Behandlung demenzkranker Personen verbessert und somit bei den Betreuten und den Angehörigen zu einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt.¹ (vgl. Kapitel 2.2.5.1)

Ein ausführliches Assessment beinhaltet auch die Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit zuständigen Personen (z.B. FachärztInnen) und Einrichtungen (z.B. Memory Clinic).

- Die diplomierte Pflegekraft fungiert als *Bezugsperson* für die Demenzkranken und die Angehörigen. Die Beziehung wird einerseits in der praktischen Arbeit mit und für die KlientInnen (wie Körperpflege, Ankleiden, etc.) hergestellt, andererseits – und bei Demenzkranken häufig zum überwiegenden Teil – durch Gespräche, die den Betroffenen helfen sollen, ihre mitunter ganz neue Rolle als hilfsbedürftige Person zu verarbeiten, und den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sich zu entlasten. Häufig muss durch die pflegerische Beziehung bei den KlientInnen erst die Bereitschaft geschaffen werden, eine Betreuung anzunehmen. Die Bedeutung der praktischen Tätigkeiten tritt dadurch eher in den Hintergrund, bzw. wird von anderen Betreuungspersonen (wie PflegehelferInnen, HeimhelferInnen) übernommen.

- *Koordination eines Helferteams und Vernetzung nach außen*

Die Betreuung von Personen mit Demenz in multiprofessionellen Teams erfordert eine/n MitarbeiterIn, welche/r die Mitglieder des Teams koordiniert und eine *Ressourcenbündelung durch intensive Kooperation* zwischen der Pflege und niedergelassenen (Fach-)ÄrztInnen, Krankenhäusern, ambulanten Einrichtungen (Demenzambulanzen, Memorykliniken, Tageszentren,...), Ergo- und PhysiotherapeutInnen, der Sachwalterschaft, Behörden, aber auch Handwerkern und Architekten (im Rahmen der Wohnraumanpassung zur Erhöhung der Sicherheit) erwirkt.

¹ Vgl. Wolfs et al. (2008) S 300-305

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

- *Anleitung der MitarbeiterInnen und der Angehörigen*

Diplomierte Pflegepersonen geben an die Mitglieder ihres Teams und an die Angehörigen der Demenzkranken ihr Wissen weiter und leiten diese im *Umgang mit den Demenzkranken* an. Dies ist für alle Beteiligten eine hohe Herausforderung. In der mobilen Pflege und Betreuung sind die MitarbeiterInnen meist einzeln vor Ort und müssen Probleme mit Betroffenen und Angehörigen allein lösen. Sie werden mit Verhaltensbesonderheiten Demenzkranker, mit erschöpften Angehörigen, mit Themen wie Verlust, Einsamkeit, Tod konfrontiert. Der Austausch über schwierige Fälle, regelmäßige Fallbesprechungen und gemeinsame Evaluationen des Pflegeprozesses sind noch nicht Alltag in der Pflegepraxis, dienen aber der Psychohygiene der MitarbeiterInnen und helfen diesen die Betreuung auch sehr schwieriger KlientInnen zu leisten. Dienstgeber in der mobilen Pflege und Betreuung müssen immer wieder die Erfahrung machen, dass MitarbeiterInnen wegen Burnout lange Zeit ausfallen oder den Arbeitsplatz kündigen. Hier Maßnahmen zu setzen, um Beratungs- und Entlastungsgesprächen für stark geforderte MitarbeiterInnen mehr Raum zu geben, bedarf einer stärkeren Wahrnehmung durch die Verantwortlichen im Gesundheitssystem.

- *Diagnostische Maßnahmen:* In den multiprofessionellen Teams gehört die Durchführung des MMSE (Minimental Status Examination, einem einfachen Screeningverfahren zur Demenzerkennung) oder anderer einfacher Tests (3-Wörter-Uhren-Test...) je nach Aufgabenteilung zu den Tätigkeiten, die von ÄrztInnen, von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen durchgeführt werden.

1.2.2 Laienpflege/Pflege zu Hause

Ein hoher Prozentsatz der demenzkranken Personen wird von den Familienangehörigen daheim betreut. Seidl, Labenbacher und Ganaus (2007) sind in ihrer Untersuchung davon ausgegangen, dass *Unterstützungsangebote* nur dann geeignet sind pflegende Angehörige zu entlasten, wenn sich die Angebote *an den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegenden orientieren*.

In folgenden Bereichen wurden Anliegen Angehöriger festgestellt:

- ***Gesellschaftliche Anerkennung:*** hier wird vor allem ein Wertwandel hin zu mehr Menschlichkeit gefordert, eine Entstigmatisierung des Themas Demenz, damit die Auseinandersetzung mit der Erkrankung kein Tabu-Thema bleibt.
- ***Familie und Freunde:*** von diesen wird eine Hinwendung zu den pflegenden Angehörigen, die Bereitschaft zu Gesprächen und die zeitweilige Übernahme der Pflege erwartet.
- ***Sozialleistungen:*** Es ist den Angehörigen nur mit sozialer und finanzieller Absicherung möglich existierende Sozialleistungen (wie z.B. die Pflegekarenz) in Anspruch

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

zu nehmen. Außerdem wird eine transparentere und adäquatere Begutachtungspraxis bei der Einstufung des Pflegegeldes gefordert. Bezüglich der Beschaffung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln wünschen sich die pflegenden Familienmitglieder einen einfachen und unbürokratischen Zugang.

- **Mobile Dienste:** Die Angehörigen erwarten, dass das Betreuungsangebot und die Betreuungszeiten flexibel gestaltet werden können, sodass eine Anpassung an die einzelnen Krankheitsstadien und eine kurzfristige oder auch kurzzeitige Betreuungsübernahme möglich sind. Neben qualifizierten Pflege- und Betreuungspersonen wird auch hauswirtschaftliche Unterstützung benötigt. Außerdem fordern die Angehörigen eine Kostensenkung für die Inanspruchnahme sozialer Dienste.
- **Information** über rechtliche Aspekte, Sozialleistungen und soziale Dienste: Bereits im Anfangsstadium wäre den Erkrankten und den Angehörigen die Aufklärung über rechtliche Aspekte wie Vollmachten, Sachwalterschaft, Vermögensüberschreibungen wichtig. In diesem Stadium können die meisten Betroffenen ihre finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten noch selbst regeln und für die Zukunft planen. Ebenso ist eine einfach zugängliche Information zu Fragen der sozialen Absicherung, Pflegegeld, etc. gewünscht. In diesem Zusammenhang wird das Pflegetelefon sehr gut bewertet.
- **24-Stunden-Betreuung:** Die Autoren haben ermittelt, dass die Angehörigen sich für diese Betreuungsform einen „sicheren offiziellen Status“ wünschen.
- **Private, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung:** Angehörige bedauern einerseits, dass die Bereitschaft zum Ehrenamt und zur Nachbarschaftshilfe gering ist, andererseits erleben sie in manchen Fällen eine Überforderung der freiwilligen Helfer.
- **Tageszentren:** Angehörige wünschen sich eine Tagesbetreuung, die in der Wohnumgebung liegt und gut erreichbar ist, flexible Öffnungszeiten besitzt, individuelle Betreuung bietet und auch Angebote für EhepartnerInnen bereithält. Außerdem würden die Familien Demenzkranker kombinierte Angebote von Tageszentren mit Einrichtungen für Kinder und jungen Erwachsenen (Kindergarten, Hort, Lehrwerkstätten) begrüßen.
- **Ärztliche Betreuung:** Pflegende Angehörige möchten als GesprächspartnerInnen der ÄrztInnen gesehen werden, sie erwarten eine rasche Diagnose und eine adäquate medizinische Behandlung. Ein weiteres Anliegen ist die Verzahnung zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Bereich.²

Angehörige sehen sich bei der Betreuung der Demenzkranken mit einer Fülle *unterschiedlicher Aufgaben* konfrontiert. Sie müssen sich informieren, aktiv in der Pflege tätig sein, sich

² Vgl. Seidl et al. (2007) S 90ff

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

logistischen und administrativen Herausforderungen stellen. In der Folge werden die **Tätigkeitsbereiche** der Angehörigen aufgelistet:

- **Informationsbeschaffung** über soziale Anliegen (Pflegegeld, Gebührenbefreiung,..), mobile Dienste (Pflegepersonen, Heimhilfen) und informelle Unterstützungsmöglichkeiten (ehrenamtliche HelferInnen), diagnostische Maßnahmen, therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung der Demenz (Medikamentöse Behandlung, Ergotherapie, Physiotherapie, Gedächtnistraining, etc.), (teil-)stationäre Betreuungsangebote (Tageszentren, Kurzzeitpflege, Heime), Transportmöglichkeiten (zu Untersuchungen, Therapien, Tagesbetreuung), Wohnraumanpassung (Haltegriffe, Bewegungsmelder zur nächtlichen Orientierung, etc.).

Durch das fehlende Wissen vieler Angehöriger zu Anfang der Erkrankung (über soziale Unterstützungen, Erscheinungsformen von Demenzerkrankungen, therapeutische Möglichkeiten und den Umgang mit besonderen Verhaltensweisen der Personen mit Demenz) können sich *Schwierigkeiten* ergeben. Wegen der fehlenden Kenntnisse über die Erkrankung und über medizinische Möglichkeiten zur Behandlung der Demenz wenden sich Betroffene *zu spät oder gar nicht an einen Facharzt*, und dadurch erfolgt die medikamentöse Behandlung der Erkrankung zu spät oder gar nicht. Oft besteht auch das Problem, dass Angehörige die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung schon längst erkannt haben, die demenzkranken Personen einen Arztbesuch aber ablehnen. Mangelndes Wissen über Angebote, Zugangswege und die Finanzierung von Pflege und Betreuung führen dazu, dass die Angehörigen die Betreuung der an Demenz erkrankten Person ohne Unterstützung von außen übernehmen. Durch den psychischen und physischen Dauerstress, den die Betreuung Demenzkranker bedeuten kann, ist das *gesamte familiäre System belastet*. Die Belastung der pflegenden Angehörigen kann sich in Gesundheitsproblemen, höherer Mortalität³ und erhöhter Einnahme von beruhigenden Medikamenten ausdrücken⁴.

- **Pflegerische Tätigkeiten** (Körperpflege, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Management der Medikamenteneinnahme, etc.)
- **Psychische Betreuung der Demenzkranken** (Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, mit depressiven Erscheinungsbildern, etc.)
- **Therapeutischer Bereich:** Gedächtnistraining, Bewegungstraining, Beschäftigung
- **Medizinischer Bereich:** Besuche bei ÄrztInnen und in Ambulanzen, Besorgung von Medikamenten und Heilmitteln, etc.
- **Administrative Tätigkeiten:** Ansuchen um Bewilligungen für Pflegegeld, Medikamente, Therapien, Gebührenbefreiung, schriftliche Ansuchen bei Behörden, Erledigung von Amtswegen, etc.

³ Vgl. Schulz und Beach (1999) S 2215-2219

⁴ Vgl. Haupt et al. (2003) S 414-423

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

- **Logistik:** Organisation von Transportdiensten (zu Untersuchungen, ins Tageszentrum,...)
- **Architektur:** Wohnraumanpassung (Installieren von Haltegriffen, Beseitigung von Türschwellen als Sturzprävention, Lampen mit Bewegungsmelder als nächtliche Orientierungshilfen ...).

Pflegende Angehörige geraten durch diese Ballung von Verpflichtungen oftmals an ihre Grenzen und berichten über Gefühle der Überforderung. Mittelman et al. (2006) haben in einer Studie gezeigt, dass Heimeinweisungen demenzkranker Personen zu einem signifikant späteren Zeitpunkt stattfanden, wenn die Familie mit individueller Beratung und Familienberatung, mit der Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und einer ständig erreichbaren Telefonberatung unterstützt wurde.⁵

Um der Vielfalt an Aufgaben gerecht zu werden, wurden unterschiedliche Projekte und Einrichtungen geschaffen, in denen *multiprofessionelle Teams* die Betroffenen und die pflegenden Angehörigen unterstützen. Mit *Beratungstätigkeit, Abklärung der Diagnose und des Versorgungsbedarfs und der Koordination und Vernetzung des formellen und informellen Netzwerks* unterstützen die mobilen Beratungs- oder Betreuungsteams die Betroffenen und deren Familien. Diese Angebote existieren aber derzeit nicht als flächendeckende Versorgung in ganz Österreich, sondern haben zumeist stark begrenzte Ressourcen.

Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen Demenzkranker stehen in Österreich zurzeit folgende **Angebote** zur Verfügung:

- **Pflegetelefon, Demenzhotlines:** Die Erfahrung von in der Praxis Tätigen hat gezeigt, dass sich Betroffene und pflegende Angehörige häufig dann an eine Telefonberatung wenden, wenn sie sich in einer Krise befinden oder befürchten, dass eine solche bevorsteht. Daher hat es sich als wichtig erwiesen, dass die AnruferInnen sofort mit einer kompetenten Person sprechen können, welche Hilfestellung gibt.

Im folgenden werden *Beispiele für telefonische Beratungsangebote* genannt:

Das Pflegetelefon des BM richtet sich an pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige und an alle Personen, die mit Problemen der Pflege befasst sind. Es ist österreichweit gebührenfrei von Montag bis Freitag von 8-16.00 Uhr besetzt und bietet vertrauliche Beratung über Fragen des Pflegegeldes, zur begünstigten Pensionsversicherung für pflegende Angehörige, Betreuungsmöglichkeiten in der eigenen Wohnung, Kurzzeitpflege, stationäre Weiterpflege, Urlaubspflege, Hilfsmittel, Heil-

⁵ Vgl. Mittelman et al. (2006) S 1592-1599

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

behelfe, Wohnungsadaptierungen, finanzielle Hilfe und Förderungen und Familienhospizkarenz.

An die *lokale Demenzberatungs-Hotline* des oberösterreichischen Vereins M.A.S Alzheimerhilfe wenden sich nicht nur OberösterreicherInnen, sondern Personen aus ganz Österreich. Der Verein hat Daten und Ansprechpersonen aus allen Bundesländern gesammelt, um bei Bedarf Hilfesuchenden aus anderen Regionen kompetent Auskunft geben zu können und sie an kompetente Personen und passende Angebote zu verweisen. Die Einrichtung eines österreichweiten Demenztelefons ist dem Verein daher ein Anliegen.

- **Internet-Plattform für pflegende Angehörige:** Auf dieser Website des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz finden Angehörige Informationen zum Thema Demenz, 24h-Betreuung, sozialversicherungsrechtliche Absicherung, Recht, soziale Dienste, Hilfsmittel, Therapie, Rehabilitation, Kurse, Finanzielles, Alten- und Pflegeheime, Urlaub, Kinder. <http://www.pflegedaheim.at/>
- **Mobile Pflege- und Betreuungsdienste,** die von Montag bis Sonntag auch mehrmals täglich Hilfe in den eigenen vier Wänden bieten. Betreuung durch diplomierte Pflegepersonen, PflegehelferInnen, HeimhelferInnen. Einige Organisationen bieten auch zusätzliche Angebote wie einen Besuchsdienst oder Reinigungsdienst. In den meisten Regionen Österreichs verfügbar.
- **24-Stunden-Betreuung:** Diese wird von Personen unterschiedlicher Herkunft und unterschiedlichen Ausbildungsgrades angeboten und von diesen meist als Gewerbe („Personenbetreuung“) ausgeübt. Die 24h-Betreuung wird bei Anmeldung der Betreuungspersonen bei der Bezirkshauptmannschaft und der Wirtschaftskammer von den Ländern gefördert. Diese Form der Betreuung ist für viele Familien zu kostenintensiv und daher nicht finanzierbar. Angehörige, die im selben Haushalt mit den demenzkranken Personen leben, beschreiben die Anwesenheit einer 24h-Betreuerin einerseits als starken Eingriff in das Privatleben, andererseits aber auch als enorme Entlastung.
- **Ambulante (geronto-)psychiatrische Betreuung:** Spezielle Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team für gerontopsychiatrisch erkrankte Personen in deren persönlicher Wohnumgebung für Menschen, die mit der herkömmlichen Betreuung durch mobile Dienste nicht das Auslangen finden. Wird in Wien flächendeckend angeboten (Volkshilfe: INDIBET), im übrigen Österreich meist nur stark begrenzte Reichweite der einzelnen Einrichtungen und Projekte.
- **Übergangspflege:** Hilfe bei der Überleitung von stationären (psychiatrischen) Einrichtungen nach Hause, Betreuung durch psychiatrische Pflegepersonen. Wird nur regional angeboten, keine flächendeckende Versorgung.
- **Demenzprojekte:** Dazu gehören Einzelprojekte in verschiedenen Bundesländern, die zum Beispiel in multiprofessionellen Teams aufsuchende Beratung und Unter-

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

stützung für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen bieten oder den Aufbau eines Netzwerkes an freiwilligen Helfern in einer Region gestalten.

- **Demenzberatungsstellen:** Diese sind in Österreich noch nicht sehr zahlreich vertreten. Die Beratungen können in der Beratungsstelle oder im Rahmen eines aufsuchenden Dienstes wahrgenommen werden. Zur Abklärung der Diagnose und des Betreuungsbedarfes, der Vernetzung mit pflegerischen und Betreuungs-Angeboten und dem Training für Betroffene sowie Schulung der Angehörigen sind multiprofessionelle Teams im Einsatz.
- **Gerontopsychiatrische Zentren:** Auch hier wird Abklärung (der Diagnose, des Hilfebedarfes), Beratung und Aufbau eines (formellen und informellen) Hilfesystems angeboten, jedoch nicht nur für demenzkranke Menschen, sondern für alle gerontopsychiatrischen KlientInnen. Gerontopsychiatrische Zentren müssen im allgemeinen von den Betroffenen aufgesucht werden, in besonderen Fällen (z.B. bei immobilen KlientInnen) werden aber auch Hausbesuche vorgenommen. Solche Zentren existieren derzeit in Wien und in Graz.
- **Tagesbetreuung:** In eigens eingerichteten Tageszentren oder in den Räumlichkeiten von Seniorenwohnheimen werden Demenzkranke von Montag bis Freitag tagsüber beschäftigt, gefördert und versorgt. Im städtischen Bereich bereits hohe Dichte an Tagesbetreuung, im ländlichen Raum ist das Angebot deutlich niedriger.
- **Schulungsprogramme für Angehörige:** Trainingsprogramme können die Einweisung von Personen mit Alzheimer-Demenz verzögern und erhöhen die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen⁶. Schulungen enthalten meist folgende Elemente:
 - o Vorträge zu medizinischen Grundlagen der Demenz, Entstehung von und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Kommunikationstechniken, Informationen über finanzielle Unterstützung
 - o Einzel- und Gruppensitzungen zur Behandlung spezieller Anliegen der Angehörigen und Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung
 - o Beratung in sozialen, pflegerischen und medizinischen Fragestellungen.

Schulungsprogramme für Angehörige werden zum Beispiel in Demenzberatungsstellen organisiert und finden nach Möglichkeit in der Wohnumgebung in Gruppen statt. Es besteht aber auch die Möglichkeit im Rahmen eines zweiwöchigen Hotelaufenthalts, bei dem die dementen Personen gleichzeitig in ein Förderprogramm eingebunden werden, an einer Angehörigenschulung teilzunehmen (Programm des Vereins M.A.S Alzheimerhilfe in OÖ, vgl. Kapitel 2.1.1.4).

Das Angebot an Angehörigenschulungen ist derzeit noch gering.

- **Therapie- und Förderaufenthalt:** Ein einzigartiges Angebot in Österreich bietet der Verein M.A.S Alzheimerhilfe in Bad Ischl. In einem kombinierten Therapie- und Förderaufenthalt in einem Vier-Sterne-Hotel werden Angehörige durch Be-

⁶ Vgl. Auer et al. (2007) 169-174.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

ratung und Schulung entlastet und Betroffene mit einem speziell entwickelten Programm für demenzkranke Personen gefördert. Ein speziell ausgebildetes Team bestehend aus ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen und M.A.S-TrainerInnen (Personen, die eine spezielle Schulung zum Training von Morbus Alzheimer PatientInnen absolviert haben) steht für PatientInnen und Angehörige zur Verfügung und inkludiert auch einen Bereitschaftsdienst während der Nacht. Es werden Einzel- und Gruppengespräche für Betroffene und Angehörige, Vorträge über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie ein stadienspezifisches Training für die Betroffenen angeboten (*vgl. Kapitel 2.1.1.4*).

- **Erholungsaufenthalt zur Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen:** Die Sozialversicherung der Bauern hat eine Leistung für pflegende Angehörige im Programm. Diese wurde 1998 als Projekt begonnen und ist mittlerweile eine Fixeinrichtung in der SVA der Bauern. Geboten wird ein fünfzehntägiges Programm mit folgenden Inhalten:

- o Ärztliches Beratungsgespräch zu Beginn
- o Körperliche Erholung – Aktivprogramm: gezielte dosierte Bewegung für ein umfassendes Wohlbefinden unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit (Nordic Walking, Wirbelsäulengymnastik, Beckenboden- und Venentraining, Spaziergänge, geführte Wanderungen, Gruppen- und Meditationstänze, Schwimmen, Sauna, Massagen)
- o Seelische Gesundheit – Beratung und Information zu Themen, die für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen von Interesse sind (wie zum Beispiel Mehrfachbelastungen durch die Pflegetätigkeit, Lebenskrisen, sozialer Rückzug, soziale Belastungen, Zusammenleben der Generationen) in Gruppen- und Einzelgesprächen mit Lebens- und Sozialberatern. Außerdem Übungen zur Stärkung des Selbstwertgefühls, Mentaltraining, Entspannungsübungen, Körperwahrnehmung und Körpertraining
- o Hilfen und Tipps für die Pflege
- o Rahmenprogramm.

Zusätzlich zu dem Turnus werden Nachbetreuungsmaßnahmen geboten. Bisher haben 1460 Personen an dieser Aktion teilgenommen. Die Zufriedenheit, welche mit Fragebögen am Ende des Aufenthaltes ermittelt wird, ist sehr groß.

Ziele

Ziel der Aktion ist es die körperliche und seelische Gesundheit der Teilnehmer langfristig zu erhalten bzw. zu verbessern und die körperlichen und psychischen Belastungen in der Pflege durch Fachberatung auf ein möglichst geringes Maß zu reduzieren.

Zielgruppe

Die Aktion gilt für pflegende Angehörige aus dem bäuerlichen Bereich (der Pflegling muss nicht bei der Sozialversicherung der Bauern versichert sein). Die pflegenden Angehörigen werden über verschiedenste Informationsquellen wie Pflegegeldanträge, Versorgung mit Hilfsmitteln, Meldungen von VermittlerInnen sozialer Dienste, etc. ermittelt.

Als Kriterien für die Gewährung des Erholungsaufenthaltes gelten körperliche und psychische Belastungssituationen durch die Pflege eines nahen Angehörigen sowie chronische Erschöpfungs- und Ermüdungszustände. Kontraindikationen wären die eigene Pflegebedürftigkeit (AntragstellerIn darf selbst kein Pflegegeld beziehen), bzw. die geistige oder körperliche Unfähigkeit der AntragstellerInnen am vorgesehenen Programm teilzunehmen.

1.2.3 Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen ermöglichen den informellen Austausch der pflegenden Angehörigen untereinander und sind somit ein wichtiges niederschwelliges Angebot. In Österreich existieren in allen Bundesländern Gruppen für Angehörige von demenzkranken Personen. Die Gruppen sind untereinander kaum vernetzt und haben unterschiedliche Angebote.

Ein Versuch einer Vernetzung

Im September 2008 organisierten Frau Bartsch und Fr. Mag. Croy vom Verein „Alzheimer Angehörige Austria“ ein Treffen der Verantwortlichen der Selbsthilfegruppen Österreichs. In einem zwanglosen Austausch beschrieben die OrganisatorInnen aus den einzelnen Bundesländern einander, welche Aktivitäten für pflegende Angehörige und Betroffene sie durchführen. Es wurden Gruppentreffen, Vorträge, Informationsstände auf diversen Veranstaltungen, Ausflüge für Angehörige und Tagesbetreuung für Betroffene genannt.

Modellhafte Beispiele

WIEN

Die Selbsthilfegruppe der „Alzheimer Angehörige Austria“ in Wien trifft sich einmal monatlich in einem Ringstraßencafé (Café Max am Stubenring). Das Besondere an diesem Treffen ist, dass die Personen mit Demenz daran teilnehmen können und sollen. Dadurch sind die Angehörigen von der Verpflichtung entlastet, eine Betreuung für die eigene Abwesenheit während des Gruppentreffens zu organisieren, und die Zusammenkunft nimmt die Gestalt eines normalen Kaffeehausbesuches an, der auch eine Anregung für die demenzkranken Personen bedeutet.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

Die Gruppe ist offen organisiert, auch „Erstlinge“ sind bei den Terminen gern gesehen. Selbst Angehörige, deren demenzkranke Familienmitglieder bereits verstorben sind, nehmen daran teil. Im Gespräch herrscht ein reger Austausch an Informationen, die TeilnehmerInnen entlasten sich dadurch, kommen einander näher, und es bilden sich auch neue Freundschaften.

Die Organisatorinnen der „Alzheimer Angehörige Austria“ berichten, dass es in der Gruppe leichter gelingt aus der Isolation herauszutreten, da alle TeilnehmerInnen sich der Pflege demenzkranker Personen widmen oder selbst betroffen sind. Zusätzlich werden fachspezifische Vorträge von ExpertInnen in den Räumlichkeiten der Alzheimer Angehörigen Austria geboten, die aber weniger rege besucht sind als die informellen Treffen im Kaffeehaus. Der Verein bietet auch Einzelberatungen nach vorheriger Terminvereinbarung an. Eine der OrganisatorInnen ist Psychotherapeutin und hat eine Gesprächstherapiegruppe für Angehörige in ihrem Programm. Außerdem bilden sich innerhalb der TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppe auch weitere Kleingruppen, die beispielsweise miteinander Sport treiben (z.B. Nordic Walking).

BADEN

In Niederösterreich wurde von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe „Alzheimer Angehörige Baden“ eine Tagesbetreuung für demenzkranke Menschen organisiert. Einmal wöchentlich werden die Betroffenen ganztägig von 8 bis 17 Uhr gefördert, beschäftigt und versorgt. Die Räumlichkeiten stellt die Stadtgemeinde der Gruppe zur Verfügung. Es wird ein Unkostenbeitrag von 50 Euro pro Tag eingehoben (für den Vormittag 30 Euro, ab 13 Uhr nachmittags 20 Euro), der die Betreuung und die Mahlzeiten inkludiert. Die Kosten für die Tagesbetreuung werden durch die eingehobenen Tagsätze nicht gedeckt. Der Verein finanziert diese Einrichtung zusätzlich über die Beiträge der Vereinsmitglieder und über Sponsoring.

Geboten wird ein strukturierter Tagesablauf, Medikamentenverabreichung (nach ärztlicher Verordnung), Inkontinenzversorgung und Kontinenz-Training, Bewegungsübungen, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Gesprächsgruppen und Veranstaltungen. Die Tagesbetreuung wird ehrenamtlich von einer pensionierten Diplomschwester geleitet. Sie wird von einer bezahlten Mitarbeiterin, die eine Validationsausbildung besitzt, unterstützt. Für die Beschäftigungstherapie wird stundenweise eine Seniorenbetreuerin herangezogen. Das Gedächtnistraining wurde früher von einer Ergotherapeutin durchgeführt, jetzt von der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester, welche dafür eine „LIMA“- (Lebensqualität im Alter) Ausbildung bei der Erzdiözese absolviert hat, die ein kombiniertes Gedächtnis- und Bewegungstraining für Personen ab Fünfzig beinhaltet, jedoch nicht speziell auf demenzkranke Menschen ausgerichtet ist. Das Angebot wird von Personen aus der Region gerne angenommen, da es eine erhebliche Entlastung für pflegende Angehörige darstellt.

1.2.4 Ehrenamtliche Hilfe/Pflege

Unter dem klassischen Begriff des Ehrenamtes versteht man eine freiwillige Tätigkeit, die ohne vertragliche Bindung und finanzielle Entlohnung durchgeführt wird und auf Personen außerhalb des eigenen Haushaltes gerichtet ist.

Ehrenamtliche Hilfe kann in einem festgelegten Rahmen stattfinden oder formlos organisiert sein:

- Unter *formellen* Tätigkeiten versteht man die Arbeit *innerhalb von Vereinen und Organisationen*, einschließlich der unentgeltlichen Funktionsausübung.
- Eine *informelle* Tätigkeit ist zum Beispiel die *Nachbarschaftshilfe*.

Der Begriff des Ehrenamtes unterliegt einem Bedeutungswandel, das klassische Ehrenamt wird durch *neue Begriffe* wie „*bürgerschaftliches Engagement*“ oder „*Freiwilligenengagement*“ abgelöst. Mit den Begriffen werden unterschiedliche Motive assoziiert:

- Dem *klassischen Ehrenamt* werden altruistischen Motive wie Hilfsbereitschaft, Nächstenliebe, Pflichtbewusstsein, der Wille zur Mitverantwortung, Glaube, oder moralische Verpflichtung zugeschrieben.
- Die *neuen Formen sozialen Engagements* sind auch durch Motive wie Selbstverwirklichung, persönliche Interessen, Suche nach Sozialkontakten und politischem Veränderungswillen gekennzeichnet.

Organisation ehrenamtlicher Helfer in Österreich

Im Jahr 2003 wurde in Österreich der Österreichische Rat für Freiwilligenarbeit eingerichtet, dessen Aufgabe es ist, beratend und als Interessensvertretung tätig zu sein.

Außerdem kam es in vielen Bundesländern zur Einrichtung von *Freiwilligenbörsen*, die folgende *Aufgaben* erfüllen sollen:

- Vermittlung Freiwilliger an Organisationen
- Erheben der Möglichkeiten zum freiwilligen Engagement in regionalen und lokalen Freiwilligenorganisationen
- Beratung für Interessierte über angemessene Tätigkeitsbereiche
- Anlaufstelle für Freiwilligenorganisationen.⁷

Personen, die ein Ehrenamt ausüben möchten, wenden sich an die *Freiwilligenbörsen*, um konkrete Informationen über Ansprechpartner, Aufgabenbeschreibungen und sonstige Kon-

⁷ Vgl. Reinprecht und Gapp (2006) S14ff.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

taktinformationen zu erhalten. Damit die Einbindung Ehrenamtlicher erfolgreich verläuft wird erwartet, dass die Organisationen, die freiwillige Helfer beschäftigen möchten, gewisse *Rahmenbedingungen* erfüllen. Ehrenamtliche HelferInnen möchten nicht als „Lückenbüßer“ fungieren, sie erwarten sich klare Strukturen und fixe AnsprechpartnerInnen. Einrichtungen, die für die Begleitung der Ehrenamtlichen und den Wissenstransfer an diese ein Budget zur Verfügung stellen können, werden von freiwilligen HelferInnen als attraktiver empfunden als solche, die keine derartige „Anerkennungskultur“ besitzen.

Organisationen, die freiwillige MitarbeiterInnen suchen, finden bei den Börsen Kontakt zu Personen, die an einem Ehrenamt Interesse haben. Damit den Organisationen geeignete Personen zugewiesen werden können und potentielle Ehrenamtliche die passende Tätigkeit finden, werden an den Freiwilligenbörsen die *Rahmenbedingungen* der Einrichtungen erhoben:

- Gemeinnützigkeit der Organisation (nicht gewinnorientiert)
- kein Einsatz ehrenamtlicher HelferInnen als Ersatz für Hauptamtliche
- Einschulung der freiwilligen HelferInnen
- Fortbildung für Ehrenamtliche
- Konkrete Aufgabenstellung
- Hauptamtliche MitarbeiterInnen als AnsprechpartnerInnen
- Supervision
- Versicherung (Unfall, Haftpflicht)
- Aufwandsentschädigung, Fahrtkostenersatz.

Manche Freiwilligenbörsen bieten Schulungen zum „Freiwilligenbegleiter“, um den Organisationen zu ermöglichen, den Umgang mit ehrenamtlichen HelferInnen besser zu strukturieren, deren Ressourcen gut zu erkennen und sie in einem angemessenen Tätigkeitsbereich einzusetzen.

1.3 Teilstationärer Bereich

Zur Unterstützung der Personen mit Demenz und der Entlastung der Angehörigen existieren in Österreich bereits zahlreiche Tagespflegeeinrichtungen. Diese bilden ein wesentliches Element in der Versorgung demenzkranker Menschen und helfen die stationäre Unterbringung in einem Seniorenheim zu verhindern oder zu verzögern.

Tageszentren bieten tagsüber individuelle Betreuung von kranken, gebrechlichen und älteren Personen. Voraussetzung für den Besuch eines Tageszentrums ist eine gewisse, wenn auch möglicherweise eingeschränkte Mobilität. Bettlägerige Personen können nicht versorgt werden. Ein professionell organisierter Transport mit Fahrtendiensten, Taxis oder der Kran-

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

kenbeförderung von und zum Zentrum erleichtert den Betroffenen die Inanspruchnahme und entlastet pflegende Angehörige. Der Aufenthalt in einem Tageszentrum ist üblicherweise kostenpflichtig, die Beiträge sind zumeist nach Einkommen gestaffelt. Tagesbetreuungseinrichtungen können an Seniorenheime angegliedert sein oder als eigenständige Einrichtung geführt werden. Auch privat organisierte Tagesbetreuungen (mit zum Teil eingeschränkten Öffnungszeiten, z.B. nur einmal wöchentlich) existieren in Österreich.

Die Möglichkeit der *Nachtpflege* wird im gesamten deutschsprachigen Raum kaum angeboten. Seidl et al. (2007) beschreiben diese Form der Versorgung demenzkranker Personen als wichtige Ergänzung zu den Tageszentren. Durch die mit der Demenz manchmal auftretenden Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus werden die Angehörigen stark belastet, vor allem dann, wenn sie im selben Haushalt mit den demenzkranken Personen leben und entweder selbst ein hohes Alter erreicht haben oder berufstätig sind. Betreuungsangebote für demenzkranke Menschen während der Nachtstunden bedeuten eine wesentliche Entlastung dieser pflegenden Angehörigen und lassen diese ihre Nachtruhe ungestört genießen.

Das Konzept der Nachtpflege kann als niederschwelliges Angebot in Form eines „Nachtcafés“ angeboten werden, das nur in den Abend- und frühen Nachtstunden zugänglich ist, es können in stationären Einrichtungen Plätze für Externe bereitgestellt werden oder das Nachtpflegezentrum wird nach den gleichen Leitlinien wie die Tagespflege – und eventuell in Kombination mit einem Tagesbetreuungsangebot – geführt. Wenn stationäre Einrichtungen Betten zur Übernachtung zur Verfügung stellen, besteht die Gefahr, dass die PatientInnen wegen des Mangels an zusätzlichem Personal sediert werden. Nachtpflegeeinrichtungen mit einem speziellen Betreuungskonzept bieten ein den Tageszentren ähnliches Programm. Flexible Öffnungszeiten an sieben Tagen der Woche gelten als wichtige Voraussetzung.⁸

Die *Versorgungsleistungen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen* gleichen sich in vielen wesentlichen Punkten. In beiden Betreuungsformen sollten *folgende Elemente* nach Möglichkeit enthalten sein:

- Fahrtendienst von und zum Tageszentrum/Nachtpflegezentrum
- Durchführung notwendiger Pflegemaßnahmen (Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Kontinenz-Training)
- Bereitstellung von Mahlzeiten
- Prinzip der Bezugspflege
- Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse nach Ruhe und Aktivität
- eine offene Zeiteinteilung für KlientInnen mit unterschiedlichem Tagesrhythmus.
- Anregung bei Vermeidung von Überforderung: zahlreiche Beschäftigungsmöglichkeiten, Einsatz von Musik und Bewegung

⁸ Vgl. Seidl et al. (2007) S 177ff

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

- Biografiearbeit, Validation und weitere spezielle Konzepte zur Betreuung demenzkranker Menschen
- Strukturen, welche die Orientierung erleichtern und dem Bewegungsdrang mancher demenzkranker Personen Raum geben
- Sicherungssysteme zum Schutz vor Gefährdung durch Weglaufen.

1.4 Stationärer Bereich

1.4.1 Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen

Da ältere, demenzkranke Menschen sehr häufig zusätzlich an verschiedenen anderen Erkrankungen leiden, sind sie auf fast allen Abteilungen der Akutkrankenanstalten anzutreffen. Besonders häufig ist dies auf Abteilungen für Innere Medizin und auf chirurgischen oder internen Notfallstationen der Fall. Stehen akute Symptome der Demenzerkrankung im Vordergrund, werden solche Kranken auf psychiatrischen oder neurologischen Abteilungen von Akutkrankenhäusern behandelt. Eigene „Demenzstationen“ wie in Pflegeheimen gibt es in Akutkrankenhäusern kaum, manchmal jedoch gerontopsychiatrische oder geriatrische Stationen, auf denen auch Demenzkranke versorgt werden

In psychiatrische Akutkrankenhäuser werden demenzkranke Menschen häufig dann stationär aufgenommen, wenn sie eine akute Symptomatik im Verhaltensbereich aufweisen.

1.4.1.1 Nicht speziell für Psychiatrie oder Neurologie eingerichtete Abteilungen von Akutkrankenhäusern

Auf den verschiedenen Abteilungen der Akutkrankenhäuser stehen prinzipiell zwei Ressourcen zur Verfügung, um demenzkranke PatientInnen angemessen versorgen zu können: Einerseits in Fortbildungen und/oder Praxis erworbene demenzspezifische Zusatzkenntnisse und -erfahrungen des dort beschäftigten Personals, also der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen, ÄrztInnen und anderer an der Versorgung der Kranken beteiligten Personen, und andererseits Hilfe von außen. Im Allgemeinen Krankenhaus Wien etwa gibt es drei Möglichkeiten, solche Hilfe von außen – das heißt außerhalb der Abteilung, aber innerhalb des Krankenhauses – zu erhalten.

- Es kann die Unterstützung eines Psychiaters angefordert werden (psychiatrisches Konsilium). Dieser kommt, bei akuter Notwendigkeit auch in der Nacht, auf die Abteilung und verordnet nach Untersuchung der Kranken Medikamente oder andere geeignete Maßnahmen. Das Ziel ist dabei, die PatientInnen so lange wie möglich auf der Station zu belassen, auf der sie untergebracht sind, und nicht auf die psychiatrische Abteilung zu transferieren.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

- Seit ungefähr zwei Jahren kann man im Allgemeinen Krankenhaus Wien tagsüber auch pflegerische Unterstützung bei der Versorgung demenzkranker Menschen anfordern. Eine im Deeskalationsmanagement ausgebildete Pflegeperson begleitet dann den Psychiater bei seinem Besuch und berät die auf der Station tätigen Pflegepersonen in Bezug auf geeignete pflegerische Maßnahmen. Wenn ein Besuch nicht notwendig erscheint, kann diese Pflegeperson auch telefonisch um Rat gefragt werden, was ebenso wie der Besuch als sehr hilfreich empfunden wird.
- Wenn die Sicherheit eines/r Kranken akut gefährdet ist – etwa durch bereits erfolgtes oder drohendes „Weglaufen“ – kann, auch in der Nacht, jemand von der „Security“ angefordert werden. Diese sucht die PatientInnen, bleibt eine Zeitlang bei ihnen, versucht sie abzulenken usw. Diese Personen von der Security haben jedoch keine medizinische oder pflegerische Ausbildung.

Ähnliche Einrichtungen gibt es auch in anderen Wiener Krankenhäusern, z. B. im Medizinischen Zentrum Ost – Donauspital, im Krankenhaus Hietzing, in der Rudolfstiftung oder im Wilhelminenspital. Im Kaiserin-Elisabeth Spital ist eine neurologische Konsiliarambulanz eingerichtet.

Die ärztliche und pflegerische Beratung wird auch als Liaisondienst (Konsiliar-Liaison im stationären Bereich) bezeichnet. Bei den pflegerischen Konsilien handelt es sich meist um Einsätze bei verwirrten, ängstlichen oder aggressiven PatientInnen, deren Verhalten die Pflegepersonen mit allgemeinem Diplom nicht nachvollziehen können, wenn sie im Umgang damit nicht geschult sind. Häufig ist eine fachliche Beratung (Erläuterung der möglichen Hintergründe des Verhaltens der PatientInnen, Ratschläge zur Verbesserung der Kommunikation) für die Pflegepersonen ausreichend, manchmal müssen auch räumliche Veränderungen vorgenommen werden, um das Pflegeproblem zu lösen.⁹Darüber hinaus versuchen die leitenden Pflegepersonen etwa der internen Abteilungen auch, möglichst viele ihrer MitarbeiterInnen an geeigneten Fortbildungskursen teilnehmen zu lassen.

In den übrigen Bundesländern stehen den größeren Krankenhäusern meist Psychiater oder Neurologen als Konsiliarärzte zur Verfügung.

1.4.1.2 Psychiatrisch/neurologische Abteilungen von Akutkrankenhäusern

Zusätzlich zur psychiatrischen Ausbildung des auf psychiatrischen Stationen arbeitenden Personals gibt es in Wien seit dem Jahr 2004 ein Schulungsprojekt für ExpertInnen im Deeskalationsmanagement. Diese haben in einem einjährigen Kurs das Basiswissen erlernt und auch die Kompetenz, Schulungen für weiteres Personal durchzuführen. Dieses Training wiederum umfasst eine Dauer von 40 Stunden, in denen im Rahmen von Workshops Sicher-

⁹ Zum psychiatrischen Konsiliardienst vgl. auch P. Taferner, 2007

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

heitsmaßnahmen, auch Körper- und Abwehrtechniken erlernt werden. Mit eigenen Instrumenten soll das Aggressionspotential von PatientInnen erfasst werden.

Geschult werden nicht nur diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, sondern alle auf psychiatrischen Abteilungen tätigen Personen wie AbteilungshelferInnen, ÄrztInnen, SozialpädagogInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen. Auf den psychiatrischen Stationen im Allgemeinen Krankenhaus Wien wurde bereits eine 90prozentige Durchschulungsrate erreicht. Auch Auffrischkurse werden angeboten.

1.4.1.3 Rehabilitationseinrichtungen

Hier ist zu unterscheiden zwischen Rehabilitationsmaßnahmen, die auf die Demenzerkrankung selbst ausgerichtet sind, und solchen, die der Rehabilitation Demenzkranker nach anderen Erkrankungen oder Unfällen, etwa nach einem Schlaganfall oder Schenkelhalsbruch, dienen sollen.

In Österreich ist es im Gegensatz zu internationalen Trends noch kaum üblich, von der Rehabilitation Demenzkranker zu sprechen. In Deutschland etwa existieren bereits entsprechende Einrichtungen – eine davon wird im Abschnitt über die Literaturrecherche geschildert. Es ist dabei allerdings zu bemerken, dass die Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Behandlung im Fall der Demenzerkrankung schwierig ist. In deutschen Publikationen wird in diesem Zusammenhang manchmal von „erhaltender Rehabilitation“ gesprochen, um keine unrealistischen Erwartungen zu wecken. Vom medizinisch-pathologischen Gesichtspunkt aus ist dies sicher richtig. Wie weit jedoch etwa bestimmte Verhaltensweisen der Kranken dadurch verändert werden können, dass negative Einwirkungen der sozialen und materiellen Umwelt gezielt durch positive ersetzt werden, ist erst Gegenstand der Erforschung. Manche Ergebnisse internationaler Studien, vor allem zum Person-Sein demenzkranker Menschen, lassen vermuten, dass man in diesem Bereich durchaus von Rehabilitation im eigentlichen Wortsinn sprechen könnte, wenn etwa ein Kranker wieder zu früheren Verhaltensweisen zurück („Re-“) findet.

Was die Rehabilitation demenzkranker Menschen in Einrichtungen betrifft, die beispielsweise der Wiederherstellung bestimmter Funktionen nach einem Schenkelhalsbruch oder Schlaganfall betrifft, so ist zu betonen, dass Demenzkranke keinesfalls von einer Aufnahme in die entsprechenden Einrichtungen ausgeschlossen werden sollten. Dazu ist allerdings eine Unterstützung des dort tätigen Personals nötig, etwa in Form von Fortbildungen oder der Möglichkeit, sich im konkreten Fall rasch und unkompliziert von Fachleuten beraten zu lassen.

1.4.2 Geriatriezentren, Wohn- und Pflegeheime

In Bezug auf die Versorgung demenzkranker Personen im stationären Langzeitpflegebereich kann man folgende Betreuungsformen unterscheiden:

- *Heime mit Demenzstationen*, wo in spezieller Weise auf die Bedürfnisse Demenzkranker eingegangen werden kann. Ein besonderes Angebot unter den Heimen bietet das *Haus der Barmherzigkeit in Wien-Ottakring*. Die beiden Demenzstationen dieses *Geriatrischen Pflegekrankenhauses* nehmen vor allem *demenzkranke PatientInnen* auf, die zusätzlich *Verhaltensauffälligkeiten* zeigen und *polymorbid erkrankt* sind. An der Abteilung für Gerontoneurologie und neurologische Rehabilitation und der Abteilung für Innere Medizin mit allgemeiner Geriatrie und Palliativmedizin sind rund um die Uhr ÄrztInnen anwesend, und es können viele medizinische Probleme und Krankheiten direkt im Haus behandelt werden. Das hauseigene Diagnosezentrum verfügt über Röntgen, Ultraschall, 24h-EKG und Langzeitblutdruckmessungen, Magen- und Darmspiegelungen. Ebenso können kleine chirurgische Eingriffe durchgeführt werden. Damit diese kostenaufwendige Betreuung BewohnerInnen vorbehalten bleibt, die diese auch wirklich benötigen, ist das Haus dabei, eine Kategorisierung („*Nascher-Score*“) zu entwickeln, die es zuweisenden Stellen erleichtern soll, diejenigen PatientInnen auszuwählen, die auf eine medizinische Betreuung rund um die Uhr angewiesen sind. Das Assessment erfolgt multiprofessionell, es werden medizinische, psychologische, pflegerische, ergotherapeutische und physiotherapeutische Aspekte berücksichtigt und in einer interdisziplinären Teamsitzung besprochen. Im Therapieangebot sind unterschiedliche pflegerische Konzepte (Validation, basale Stimulation, etc.), Physio- Ergo-, Tier-, Kunst- und Musiktherapie, sowie Logopädie und palliative Betreuung enthalten.
- *Heime mit spezieller Tagesbetreuung für demenzkranke BewohnerInnen (Modell „Oase“ oder „Stube“)*: In den Seniorenwohnheimen werden die demenzkranken Menschen tagsüber zur Entlastung des Stationsbetriebes in speziell gestalteten Räumen beschäftigt. In einigen Heimen wird nicht nur ein Beschäftigungsprogramm angeboten, sondern in manchen „Oasen“ werden von den BewohnerInnen auch Auftragsarbeiten für Firmen erledigt.
- *Heime mit Hausgemeinschaften, bzw. Wohngemeinschaften für Demenzkranke*: die Besonderheit an dieser Wohnform ist der Umstand, dass die BewohnerInnen dabei von AlltagsmanagerInnen dabei unterstützt werden, ihren Alltag (Kochen, Haushaltstätigkeiten, etc.) selbst zu bewältigen. Wohngemeinschaften können auch außerhalb von Seniorenwohnheimen eingerichtet sein.
- *Heime, die sich auf die Betreuung (geronto-)psychiatrischer oder demenzkranker BewohnerInnen spezialisiert haben*.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

- *Heime ohne eine spezielle Widmung*

Bei schwierigen pflegerischen Problemstellungen in Heimen werden psychiatrische Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (welche zumeist aus dem ambulanten Bereich kommen) herangezogen, um die im Heim tätigen Pflegepersonen zu beraten.

Die Verantwortlichen einiger Einrichtungen vertreten die Meinung, dass ein ganzheitliches Betreuungskonzept, mit dem alle MitarbeiterInnen (z.B. auch Reinigungs- und Küchenpersonal) vertraut sind, die Grundvoraussetzung einer hohen Versorgungsqualität bildet. Andere gehen davon aus, dass wegen der Heterogenität der Gruppe der BewohnerInnen ein Mix an Konzepten die beste Lösung darstellt.

In Heimen werden folgende Konzepte verwendet:

- Basale Stimulation
- Eden-Alternative
- gerontopsychosoziale Betreuung
- integrationsbegleitende Altenpflege
- Mäeutik
- OASE-Normalitätsprinzip
- personenzentrierter Ansatz nach Kitwood
- Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm
- Snoezelen
- Validation nach Naomi Feil
- validierende Pflege nach Scharb
- wahrnehmende Pflege und Betreuung
- hauseigene Betreuungskonzepte (wie das „Langenloiser Modell“).¹⁰

1.4.3 Kurzzeitpflege

Unter „Kurzzeitpflege“ versteht man einen vorab zeitlich limitierten Aufenthalt pflegebedürftiger Menschen in einer Institution, die für diese Zeit die Betreuung übernimmt, die sonst von Angehörigen zu Hause durchgeführt wird. Diese Maßnahme soll in erster Linie der zeitweiligen Entlastung der Angehörigen dienen, damit diese beispielsweise Urlaub machen oder einen Kuraufenthalt in Anspruch nehmen können. Die obere Grenze der Aufenthaltsdauer beträgt meistens vier bis sechs Wochen..

Das Wort „Urlaubspflege“ wird öfters synonym für Kurzzeitpflege gebraucht, zu beachten ist jedoch, dass die Wiener städtischen Pflegeheime eine andere Terminologie verwenden. Hier wird unter Kurzzeitpflege ein Angebot zur Rehabilitation und Überbrückung der Zeit nach einem Krankenhausaufenthalt bis zur Entlassung in häusliche Pflege mit maximaler Aufent-

¹⁰ Vgl. Pochobradsky et al. (2008)

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE – ZUM IST-STAND IN ÖSTERREICH

haltsdauer von drei Monaten verstanden; die Kurzzeitpflege im oben definierten Sinn heißt hier Urlaubspflege.

In Österreich wird Kurzzeitpflege fast ausschließlich von Einrichtungen für Langzeitpflege angeboten. Entweder steht ein fixes Bettenkontingent zur Verfügung, oder es werden gerade frei werdende Plätze für Kurzzeitpflege vergeben. Letzteres bringt wegen der schlechten Planbarkeit häufig große Probleme für die Angehörigen mit sich.

Eine im Jahr 2005 veröffentlichte Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) ergab, dass Kurzzeitpflege von pflegenden Angehörigen relativ wenig in Anspruch genommen wurde (von nur fünf Prozent der befragten Personen). Gründe dafür waren das mangelnde Angebot, insbesondere am Land, das fehlende Wissen darüber sowie auch finanzielle Gründe. Fast 40 Prozent der befragten Angehörigen lehnten Kurzzeitpflege prinzipiell ab.¹¹

In Zukunft soll Kurzzeitpflege in Österreich vermehrt angeboten werden. Aus dem „Demenzhandbuch“ von 2008 ist ersichtlich, dass die meisten der speziell auf die Betreuung demenzkranker Personen ausgerichteten stationären Einrichtungen in Österreich Kurzzeitpflege entweder bereits anbieten oder ein solches Angebot für möglich halten.¹²

Mit den Beweggründen pflegender Angehöriger, die von Kurzzeitpflege Gebrauch gemacht hatten, beschäftigte sich eine qualitative Untersuchung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Im wesentlichen zeigten sich zwei Motive. Ein Teil der befragten Angehörigen sprach in den Interviews von einer „Notlösung“, die sich aus dem Mangel Alternativen ergab. „Für die andere Gruppe ist Kurzzeitpflege ein gewohnter und wesentlicher Teil ihres Unterstützungssystems, das ihnen ermöglicht, in ihrem pflegerischen Alltag die Balance halten zu können.“¹³ Eine der Forderungen, die sich aus der Auswertung der Interviews ergaben, ist, dass sich die Betreuung an der Lebenswelt der Kranken orientieren muss, wenn sie angenommen werden soll. Je mehr der Alltag jenem zu Hause ähnelt, je mehr Gewohnheiten beibehalten werden können, desto eher ist zu erwarten, dass die Betreuten sich wohlfühlen können und die Angehörigen sich entlastet fühlen, was für alle Betreuten, mehr jedoch noch für demenzkranke Menschen gilt.¹⁴ Dies erfordert unter anderem gute Information des Heimpersonals von Seiten der Angehörigen und ein Umdenken der professionell Pflegenden.

¹¹ E. Pochobradsky et al., 2005, S. 35-36 und Anhang

¹² E. Pochobradsky et al., 2008, Anhang A

¹³ E. Seidl et al., 2006, S.27

¹⁴ Vgl. auch M. Nagl-Cupal, 2005

LITERATUR

1.5 Literatur

- AUER, S.; Donabauer, Y.; Zehetner, F.; Span, E. (2007): Entlastung pflegender Angehöriger. Ein Programm der M.A.S Alzheimerhilfe. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, , 20(2/3): 169-174.
- HAUPT, M.; Bürger, K.; Karger, A.; Hampel, H. (2003): Angehörigen- und Sozialbetreuung. In: Hampel; H. Padberg, F.; Möller, H.J. (Hg.) Alzheimer Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. WVG, Stuttgart, S 414-423.
- MITTELMAN, M. S.; Haley, W. E.; Clay, O. J.; Roth, D. L. (2006): Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease: Neurology; 67: 1592-1599.
- NAGL-CUPAL; M. (2005): Loslassen Können. Eine qualitative Analyse wenn pflegende Angehörige ihre Familienmitglieder mit Demenz in Einrichtungen für Kurzzeitpflege geben. Diplomarbeit an der Universität Wien.
- POCHOBRADSKY, Elisabeth et al. (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien.
- POCHOBRADSKY, Elisabeth; Bergmann; Franz; Nemeth, Claudia; Preninger, Barbara (2008): Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch. Hrsg. vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.
- REINPRECHT, C. und Gapp, P. (2006): INVOLVE – Beteiligung von Drittstaatenangehörigen an freiwilligem Engagement als Mittel zur Integrationsförderung. Endbericht Österreich. Institut für Soziologie der Universität Wien, November 2006, S 14ff.
- SCHULZ, R. und Beach, S. R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality – the caregiver health effect study. JAMA, 282: 2215-2219.
- SEIDL, E.; Nagl-Cupal, M.; Alder, A.; Hinterlehner-Becker, S; Weberndorfer, E. (2006): Zu Gast im Pflegeheim: Was erwarten sich pflegende Angehörige von Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme? Endbericht. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien.
- SEIDL, E., Labenbacher S., Ganaus, P. (2007): Studie II - Bedürfnisse pflegender Angehöriger. In: Seidl, E., Labenbacher S. (Hg.) Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau-Verlag, Wien, Köln, Weimar, S 90ff.
- SEIDL, E.; Walter, I.; Labenbacher, S.; Rossa, M. (2007): Studie III. Interventionen aus internationaler Sicht. In: Seidl, E., Labenbacher S. (Hg.) Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau-Verlag, Wien, Köln, Weimar, S 177ff.

LITERATUR

TAFERNER Petra (2007): Psychosoziale Versorgung von stationären Patienten an somatischen Abteilungen aus der Sicht der Pflege. Diplomarbeit an der Universität Wien

WOLFS, Claire A. G.; Kessels, A.; Dirksen, C. D.; Severens, J. L.; Verhey, F. R. J. (2008): Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*; 192: 300-305.

2. Erfahrungen mit integrierter Versorgung

2.1 Ansatzpunkte integrierter Versorgung in Österreich

2.1.1 Einleitung

Der Aufbau einer flächendeckenden Versorgung an speziellen Einrichtungen für demenzkranke Personen und deren Angehörige ist in Österreich noch in den Anfängen. In einzelnen Regionen existieren bereits spezielle Angebote, die sich der Betreuung Demenzkranker oder allgemeiner der Versorgung (geronto-)psychiatrischer KlientInnen widmen. Im folgenden Kapitel werden zuerst allgemeine Merkmale und danach exemplarisch einige Projekte und Einrichtungen dargestellt.

2.1.2 Multidisziplinäre Teams

Es hat sich gezeigt, dass die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams, in denen verschiedene Berufsgruppen an der Erhebung des Betreuungsbedarfes, der Diagnosestellung und der Erstellung eines Hilfeplanes in verschiedenen Projekten und Einrichtungen beteiligt sind, erfolgreich abläuft. Betroffene und Angehörige profitieren von einer solchen multidisziplinären Herangehensweise an die Probleme, die sich im Alltag stellen.

Folgende Berufsgruppen können in den Teams vertreten sein:

- (Fach-)ÄrztInnen
- Pflegepersonen
- SozialarbeiterInnen
- PsychologInnen
- ErgotherapeutInnen
- PhysiotherapeutInnen
- Honorarkräfte aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die Spezialkenntnisse (kognitives Training, Biografiearbeit...) besitzen
- Bürokräfte.

2.1.3 Multiprofessionelles Assessment/Betreuungsplan

Um konkret festzulegen, welche Form der Hilfe KlientInnen und ihre Angehörigen benötigen, ist eine genaue Bestandsaufnahme der physischen, psychischen und sozialen Situation nötig. Ein umfangreiches Assessment, das multidisziplinär ausgerichtet ist, zeigt die Defizite und Ressourcen der KlientInnen auf, und ermöglicht es dem Team gemeinsam mit den Betroffenen und den Angehörigen eine genaue Diagnose und einen individuellen Betreuungsplan zu erstellen. Eine Studie, die in den Niederlanden¹⁵ durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Demenzkranken und auch der pflegenden Angehörigen verbessert wird, wenn ein integrierter multidisziplinärer Ansatz in der Diagnostik

¹⁵ Wolfs et al. (2008)

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

angewendet wird, aus dem die nötigen Interventionen abgeleitet und auch umgesetzt werden. Das Assessment hat somit eine hohe Bedeutung für den Erfolg der weiteren Betreuung.

Die Teams der im Folgenden beschriebenen Projekte und Einrichtungen für demenzkranke Personen in Österreich sind zumeist multidisziplinär und verteilen die Aufgaben in folgender Weise:

- das *Basis-Assessment* (Datenerhebung, Feststellung der Fähigkeiten, Defizite und Ressourcen) wird meist von der *Pflege und/oder der Sozialarbeit* übernommen
- die *Psychologie* ergänzt durch *neuropsychologische Untersuchungen*
- die *FachärztInnen* erheben den somatischen und psychiatrischen Status und geben aufgrund der gesammelten Daten Empfehlungen oder Verordnungen an den Hausarzt weiter.

2.1.4 Diagnosestellung daheim, Verlaufskontrolle

Vor allem in ländlichen Bereichen mit einer geringen Versorgungsdichte an FachärztInnen bedeutet es eine große Entlastung für Angehörige, wenn die Abklärung der Diagnose in der gewohnten Umgebung der Betroffenen erfolgt, da lange Anfahrtswege zu den ÄrztInnen einen erheblichen Zeitaufwand und eine große Anstrengung für die demenzkranken Menschen und ihre Familien bedeutet. Aber auch im städtischen Raum bereitet es den Angehörige oft Mühe, demenzkranke Personen zu motivieren eine ärztliche Praxis aufzusuchen. Einige Einrichtungen und Projekte bieten daher die Durchführung diagnostischer Tests bei den Betroffenen daheim an, die dann entweder nur mehr in einer fachärztlichen Praxis vorgelegt werden müssen, was den Prozess der Diagnosestellung erheblich verkürzt, oder der Facharzt kommt ebenfalls ins Haus, um vor Ort die Diagnose zu stellen und bei Bedarf Therapien zu empfehlen. Auch die Verlaufskontrolle erfolgt in einigen Einrichtungen und Projekten in der persönlichen Wohnumgebung der PatientInnen.

2.1.5 Individueller Hilfeplan

Im Rahmen eines individuellen Hilfeplans wird festgelegt, welche Personen welche Aufgaben übernehmen können, und welche Maßnahmen zu den festgelegten Zielen führen sollen. Der Plan beinhaltet auch das Eingehen auf Veränderungen des Gesundheitszustandes der Demenzkranken, und wird daher von den Mitgliedern des multidisziplinären Teams nach festgelegten Kriterien regelmäßig evaluiert und angepasst.

2.1.6 Vernetzung und Koordination

Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass es von Vorteil ist, wenn die Koordination des formellen und informellen Hilfenetzes in den Händen einer Person liegt, welche jedoch in Teilbereichen von den einzelnen Teammitgliedern unterstützt werden kann.

2.1.7 Ansprechpartner bleiben

Multiprofessionelle Spezialteams arbeiten zumeist subsidiär und ziehen sich aus der Betreuung der demenzkranken (oder gerontopsychiatrisch erkrankten) Menschen zurück sobald alle Bereiche der nötigen Hilfestellung abgedeckt sind. Das Team bleibt dann jedoch weiterhin Ansprechpartner, falls Anpassungen im Hilfesystem nötig sind.

Bei speziellen Aufgabestellungen, z.B. in der Versorgung von Personen, die eine Betreuung durch mobile Dienste vollkommen ablehnen, ist die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung zu diesen KlientInnen vorrangig. Nicht kooperative Personen daheim zu versorgen bedeutet zu Anfang der Betreuung einen höheren Zeitaufwand, der nötig ist um eine Vertrauensbasis aufzubauen und dadurch die Bereitschaft zum Annehmen von weiteren Betreuungsangeboten zu schaffen. Mitunter ist in solchen Fällen eine ständige Betreuung der KlientInnen durch Mitglieder eines Spezialteams nötig.

Die bestehenden *Formen der Versorgung* Demenzkranker kann man nach der Widmung für eine Zielgruppe einteilen. Es handelt sich um Einrichtungen und Projekte:

- ***die sich ausschließlich Dementen widmen***
- ***für (geronto-)psychiatrische KlientInnen***

Auf den nächsten Seiten wird eine *ÜBERSICHT über die Einrichtungen und Projekte zur integrierten Versorgung* in tabellarischer Form gegeben, im Anschluss daran folgt die Beschreibung dieser Stellen.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Übersicht Projekte/Einrichtungen zur Versorgung Demenzkranker

KlientInnen	Einrichtung/Standort	Angebot	Trägerverein
<p>Demenzkranke Personen und deren Angehörige</p>	<p>Mobile Demenzberatung Pinzgau</p> <p>SALZBURG (Zell/See)</p>	<p>Aufsuchendes multiprofessionelles Team:</p> <p>Koordinatorin (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester)</p> <p>GerontopsychologIn</p> <p>FachärztInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Information • Assessment • Psychologische Untersuchung • Diagnosestellung durch Facharzt 	<p>Diakonie-Zentrum Salzburg</p>
<p>Demenzkranke Personen und deren Angehörige</p>	<p>Demenzprojekt Burgenland</p> <p>BURGENLAND (Eisenstadt)</p>	<p>Aufsuchendes Team:</p> <p>GerontopsychologInnen</p> <p>Honorarkräfte mit Spezialkenntnissen aus diversen Berufsfeldern (Krankenpflege, Psychologie, Ergotherapie, Sozialarbeit, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonhotline • Assessment und diagnostische Maßnahmen • Vermittlung von Hauskrankenpflege und Betreuung zu Hause • Ergänzende Therapien (Validation, Biografiearbeit, etc.) 	<p>Volkshilfe Burgenland</p>
<p>Demenzkranke Personen und deren Angehörige</p>	<p>Entlastung bei Demenz (Family Community Networking)</p> <p>STEIERMARK (Bezirk Weiz)</p>	<p>Zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern mit Spezialschulung im Bereich Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsveranstaltungen • Beratung • Aufbau eines Netzes von Freiwilligen 	<p>Caritas Graz in Kooperation mit der Alzheimer-Gesellschaft</p>
<p>Demenzkranke Personen und deren Angehörige</p>	<p>Demenzservicestellen</p> <p>OBERÖSTERREICH (Bad Ischl, Ottensheim, Regau)</p>	<p>Aufsuchendes multiprofessionelles Team:</p> <p>PsychologInnen</p> <p>SozialarbeiterInnen</p> <p>M.A.S-TrainerInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer Telefon: Beratung durch geschulte MitarbeiterInnen für KlientInnen aus ganz Österreich • Stadiengerechtes Training für Demenzkranke • Schulung für betreuende Angehörige • moderierte Selbsthilfegruppen • Therapie- und Förderaufenthalt: Schulungs- und Entlastungsprogramm für Angehörige im Rahmen eines Hotelaufenthalts „Urlaub für pflegende Angehörige“ 	<p>MAS¹⁶ Alzheimerhilfe Österreich</p>

¹⁶ M.A.S. Morbus Alzheimer Syndrom

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Übersicht Projekte/Einrichtungen zur Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter

KlientInnen	Einrichtung/Standort	Angebot	Trägerverein
Gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ) WIEN	<p>Multiprofessionelles Team:</p> <p>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)</p> <p>SozialarbeiterIn</p> <p>PsychologIn</p> <p>FachärztInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • ambulante gerontopsychiatrische Beratung • klinisch-psychiatrische und neurologische Untersuchung • Abklärung der psychosozialen Problematik • neuropsychologische Untersuchung in eigener "Memory-Clinic" • telefonische Beratung und Information für Allgemeinärzte und -ärztinnen sowie medizinische, pflegerische und soziale Dienste • telefonische und persönliche Beratung für Angehörige • Clearingstelle: AllgemeinmedizinerInnen überweisen PatientInnen in diese Einrichtung, um etwaige psychiatrische Symptome abklären zu lassen oder eine differenzierte Befundung zu erhalten. <p><i>Die Betreuung durch das GPZ ist auf einen Zeitraum von drei Monaten begrenzt. In besonderen Fällen (immobile Personen oder ablehnende Haltung der KlientInnen) ist ein Hausbesuch möglich.</i></p>	Psychosozialer Dienst Wien (PSD)
Gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	Geronto Psychiatrisches Zentrum (GPZ) Graz STEIERMARK (Graz)	<p>Multiprofessionelles Team:</p> <p>FachärztIn und PsychotherapeutIn psychiatrische DGKP</p> <p>PsychologIn</p> <p>SozialarbeiterIn</p> <p>SekretärIn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abklärung: biografische und psychosoziale Anamnese, neuropsychologische und psychiatrische Abklärung, Basicscreening Demenz, Defizit- und Ressourcenerfassung, Hilfebedarferhebung, Hilfeplanerstellung, Helferkonferenzen, Koordination der Aufgaben, Befundberichte, Begleitschreiben für Pflegegeld, Verbleib als Ansprechpartner für Koordination und Anpassung des Helfersystems • Beratung: Angehörigenberatung, Unterstützung bei Erhaltung der seelischen Gesundheit im Alter • Vernetzung: mit regionalen KooperationspartnerInnen, mit formellem und informellem Helfernetz. 	Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

KlientInnen	Einrichtung/Standort	Angebot	Trägerverein
Gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	Mobile gerontopsychiatrische Assistenz STEIERMARK (Graz)	Aufsuchende Betreuung: Fachärztlin PsychologInnen SozialarbeiterIn Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (und Sozialpädagogin) <ul style="list-style-type: none"> • Abklärungen • Angehörigenberatung und Beratung des formellen Netzwerkes • Beratung, Betreuung und Begleitung von gerontopsychiatrisch Betroffenen: Gerontopsychiatrische Einzelbetreuung, Psychosoziale Entlastung zur Erreichung neuer Handlungsfähigkeit, Krankheitsbeobachtung, Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, Unterstützung bei der Sinnfindung, Vernetzung, Unterstützung des Versorgungsnetzwerkes, Zuweisung zu adäquaten Versorgungsangeboten, Begleitung bei Übergängen in halbstationäre Einrichtungen oder zu stationären Aufenthalten bzw. Vermittlung von versorgungsrelevanter Information. <i>Begrenzte Kapazität, daher Betreuungen nur in Graz-Ost</i>	Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit
Gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	Gerontopsychiatrische Wohnbetreuung im Industrieviertel NÖ NIEDERÖSTERREICH (Wiener Neustadt, Neunkirchen)	Aufsuchende Betreuung: SozialarbeiterIn DGKP ErgotherapeutIn Arzt Unterstützungsleistungen in den folgenden Bereichen: Ernährung, Körperpflege, Kleidung, Umgang mit Geld, Wohnraumreinigung, Mobilität, körperliche Aktivität, sprachlicher Ausdruck, Tages-Nacht-Rhythmus, Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen und sozialer Dienstleistungen. <i>Projektkapazitäten begrenzt, es können nur ca. 10 KlientInnen gleichzeitig betreut werden</i>	Psychosoziale Zentren GmbH
Gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	INDIBET – Individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Menschen WIEN	Aufsuchende Betreuung: DGKP HeimhelferInnen <ul style="list-style-type: none"> • Hauskrankenpflege • Betreuung zu Hause • Überleitung zu mobilen Diensten ohne Spezialwidmung <i>Angebot gilt für die gesamte Stadt Wien</i>	Volkshilfe Wien

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

KlientInnen	Einrichtung/Standort	Angebot	Trägerverein
Gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	Übergangspflege Tirol TIROL (Innsbruck, Telfs, Schwaz, Wörgl)	Multiprofessionelles Team: DGKP PflegehelferInnen PsychologIn PädagogInnen SozialarbeiterInnen (als Honorarkräfte) <ul style="list-style-type: none"> • mobile Betreuung: Überleitung vom stationären (psychiatrischen) Bereich nach Hause • Tagestherapiezentrum • Moderierte Selbsthilfegruppe • Telefonberatung • Gerontopsychiatrischer Pflegekonsiliardienst 	Verein VA-GET (Verbund außerstationärer gerontopsychiatrischer Einrichtungen Tirols)
Gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	Tagesklinik Pavillon 14/3 Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital WIEN	Gerontopsychiatrische Tagesklinik: FachärztIn PsychologIn Diplomierte psychiatrische Pflegepersonen SozialarbeiterIn MusiktherapeutIn ErgotherapeutIn PhysiotherapeutIn <i>Die Tagesklinik wird in dieser Form nicht mehr angeboten.</i>	Wiener Krankenanstaltenverbund

2.2 Projekte, die sich ausschließlich demenzkranken Personen und deren Angehörigen widmen

2.2.1 Mobile Demenzberatung – Aufsuchendes Multiprofessionelles Demenzteam (AMD) Pinzgau

In *Salzburg* wurde im Jänner 2008 in der Region Pinzgau die *aufsuchende Beratung durch ein multiprofessionelles Demenzteam* im Rahmen eines einjährige Modellprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz ins Leben gerufen. Träger des Projektes ist das *Diakonie-Zentrum Salzburg*.

Die *Region Pinzgau* wurde ausgewählt, weil hier eine geringe Dichte an Pflege- und Betreuungsangeboten und psychosozialen Beratungsmöglichkeiten besteht. Die vorhandenen Hilfsangebote sind miteinander zu wenig oder gar nicht vernetzt, es fehlen leistbare Tagesbetreuungsangebote und Angehörigengruppen. Auch existiert derzeit noch kein psychologisches Betreuungsangebot, im Rahmen dessen Angehörige Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung erlernen können.

2.2.1.1 Ziele

Ziele des Projektes sind, Erfahrungen für allgemein gültige Betreuungsmuster, Unterstützungsmöglichkeiten und Interventionsstrategien zu sammeln, die medizinische, pflegerische und psychosoziale Situation von Demenzkranken und ihren Familien zu verbessern, die Demenzbetreuung durch aktive Vernetzung strukturell positiv zu verändern und die Öffentlichkeit in der Region für die Thematik Demenz zu sensibilisieren.

2.2.1.2 KlientInnen

Die Zielgruppen des Aufsuchenden Multiprofessionelles Demenzteams (AMD) sind zu Hause lebende Personen mit einer dementiellen Erkrankung oder dem Verdacht einer Demenz und deren Angehörige und Betreuungspersonen in der Region Pinzgau. Zur Zielgruppe gehören außerdem die ÄrztInnen der Region und die Bevölkerung im Pinzgau in ihrer Gesamtheit.

2.2.1.3 Team

Das Aufsuchende Multiprofessionelle Demenzteam (AMD) besteht aus folgenden Mitgliedern:

- einer Koordinatorin (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester)
- einer Gerontopsychologin
- drei Fachärzten
- sechs diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (die BereichsleiterInnen der Kooperationspartner Rotes Kreuz, Caritas, Hilfswerk).

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Die *Aufgaben der Koordinatorin* bestehen in Öffentlichkeitsarbeit, der aktiven Vernetzung mit den Kooperationspartnern und Stakeholdern und dem Case-Management über ein elektronisches KlientInneninformationssystem, welches die Koordination laufender KlientInnenarbeit und die Planung weiterer Schritte ermöglicht. Der Zugang zur Koordinatorin erfolgt über die Kooperationspartner Caritas, Hilfswerk und Rotes Kreuz, über die Stakeholder (wie Krankenhäuser, Ärzte, etc.) und über die betroffenen Familien selbst. Die Koordinatorin führt Hausbesuche bei den Betroffenen entweder alleine oder in Begleitung der Gerontopsychologin durch.

Die *diplomierten Pflegepersonen* der Partnerorganisationen (Rotes Kreuz, Hilfswerk und Caritas) sollten die Aufgabe der Erstbesuche und Erstanamnese im Rahmen des Projektes übernehmen. De facto wird die Situationsabklärung unter pflege- und betreuungsrelevanten Gesichtspunkten aber von der Koordinatorin durchgeführt. Ein möglicher Grund dafür, dass die Pflegepersonen der Kooperationspartner diese Aufgabe (noch) nicht übernehmen, könnte Überlastung derselben sein. Weitere pflegerische Aufgabenbereiche sind die Information und Beratung in pflegerischen und sozialen Belangen (Pflegegeld, Seniorenheimanmeldung, Behördenwege, Selbsthilfegruppen, Tageszentren, mobile Dienste,...), die Vermittlung weiterer Hausbesuche durch das AMD und die Vermittlung einer weiterführenden Betreuung durch die Kooperationspartner. Diese Aufgaben werden teils von der Koordinatorin, teils von den Pflegepersonen der Partnerorganisationen durchgeführt.

Die *Fachärzte* führen die diagnostische Erst-Abklärung (Differentialdiagnose Demenz – Depression, ...) in der häuslichen Umgebung durch, und geben Empfehlungen zur weiterführenden Behandlung an den Hausarzt/Facharzt. Bei Unklarheiten im Rahmen der Diagnoseerstellung hat der Facharzt die Möglichkeit, die Betroffenen an die Demenzambulanz in Schwarzach zu überweisen, wo weitere Untersuchungen durchgeführt werden können. Nach sechs Monaten erfolgt ein weiterer Besuch bei den KlientInnen, um eine Verlaufskontrolle zu ermöglichen. Weiters bespricht der Facharzt mit den Betroffenen Gründe für die bisherige Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme einer Demenzmedikation und gibt Empfehlungen (aber keine Verordnungen) ab. Der Facharzt übernimmt somit eine Brückenfunktion zu den ÄrztInnen der Region.

Die *Gerontopsychologin* unterstützt den Facharzt bei der diagnostischen Abklärung durch diagnostische Tests (Minimental State), führt eine psychosoziale Belastungs- und Ressourcenanalyse und bei Bedarf eine Krisenintervention durch. Sie erarbeitet Copingstrategien mit den Betroffenen und den Angehörigen, gibt psychologische und psychosoziale Beratung und vermittelt im Bedarfsfall an vorhandene Hilfssysteme.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

2.2.1.4 Angebote des Aufsuchenden Multiprofessionellen Demenzteams (AMD)

Die zentrale Aufgabe des AMD besteht in der Unterstützung der betroffenen Personen beim Zugang zu professionellen Hilfesystemen, das Team ist nicht als Ersatz dieser Hilfesysteme gedacht. Es handelt sich um eine *aufsuchende Beratung* direkt im Wohnumfeld der Betroffenen durch *sämtliche Mitglieder des AMD: Alle relevanten Schritte* zu einer optimalen Betreuung wie die Situationsabklärung, die Weitergabe von relevanten Informationen an die Betroffenen, das Assessment und diagnostische Maßnahmen, selbst das Erstellen der Diagnose durch den Facharzt *erfolgen bei den Betreuten daheim*. Es können pro betreuter Person und von jeder Berufsgruppe (KoordinatorIn, GerontopsychologIn, Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und FachärztIn) des Demenzteams zwei Hausbesuche durchgeführt werden, das bedeutet, dass ein/e KlientIn maximal acht Mal aufgesucht werden kann. Betroffene und Angehörige werden bei den Hausbesuchen als getrennte KlientInnen betrachtet und nicht als Familie zusammengefasst. Das Angebot ist für die betroffenen Familien kostenlos und besteht aus folgenden Elementen:

- telefonisches oder persönliches Erstgespräch durch die Demenz-Koordinatorin
- Situationsabklärung und psychosoziale Beratung
- Assessment und Vermittlung weiterer Hausbesuche durch das AMD
- diagnostische Testungen durch die Gerontopsychologin
- Krisenintervention und Erarbeiten von Copingstrategien
- Erstellung einer Diagnose durch den Facharzt
- Indikationsstellung zur fachärztlichen Behandlung: Empfehlung für weiterführende fachärztliche oder hausärztliche Behandlung durch Zuweisung
- Verlaufskontrolle und Überprüfung der Medikation durch den Facharzt nach einem halben Jahr
- Aktive Vernetzung mit vorhandenen Hilfsangeboten: Vermittlung weiterer Betreuung wie mobile Pflege (Kooperationspartner Caritas, Hilfswerk und Rotes Kreuz), Tagesbetreuungseinrichtungen, etc.
- Brückenfunktion zu ÄrztInnen der Region
- öffentliche Sensibilisierung für die Thematik Demenz durch Präsentationen und Vorträge in der Region Pinzgau.

Die Abläufe werden in einer *Grafik*, welche von der Koordinatorin des Projektes erarbeitet wurde, am Ende dieses Unterkapitels dargestellt.

Das Aufsuchende Multiprofessionelle Demenzteam *kooperiert* mit folgenden *Partnern und Einrichtungen*:

- mobile Dienste: Partnerorganisationen im Pinzgau sind Caritas, Hilfswerk und Rotes Kreuz
- BezirksärztInnen und BezirksärztInnenvertreter
- Krankenhaus Zell am See und Mittersill

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Seniorenheime und Seniorenbetreuungseinrichtungen der Region
- Alzheimer Gesellschaft
- Landwirtschaftskammer
- Sozialversicherungsanstalten
- Gemeindeämter – Bürgermeister
- Pfarren – Sozialkreise
- Apotheker
- Seniorenverbände
- Rehabilitationseinrichtungen der Region
- Abteilung 3 – Land Salzburg (Seniorenberater)
- PsychologInnen/PsychotherapeutInnen der Region
- Selbsthilfegruppen
- Christian Doppler Klinik (Stadt Salzburg): Neurologie, Geriatrie
- Medien.

2.2.1.5 Bisheriger Projektverlauf

Fünf Monate nach dem Start des Projektes ist die Vernetzung bereits gut entwickelt. Es erfolgen pro Woche bis zu 20 Hausbesuche bei KlientInnen. Die Koordinatorin hält Kontakte zu den mobilen Diensten, HausärztInnen, den Krankenhäusern und Seniorenwohnheimen. Bei Bedarf hält sie in stationären Einrichtungen Sprechstunden ab. Sie sucht Gemeindeämter und die Bürgermeister auf, besucht Sozialkreise der Gemeinden und der Kirche und macht das Projekt mithilfe der Kontaktpersonen in Gemeindezeitungen und anderen regionalen Printmedien bekannt. Es werden Informationsveranstaltungen in der Region abgehalten, in denen die lokale Bevölkerung mit dem Thema Demenz vertraut gemacht werden soll.

2.2.1.6 Adresse Trägerverein

Diakonie-Zentrum Salzburg

Guggenbichlerstraße 20

5026 Salzburg

Tel.: 0662/6385-0

diakoniezentrum.sbg@diakoniewerk.at

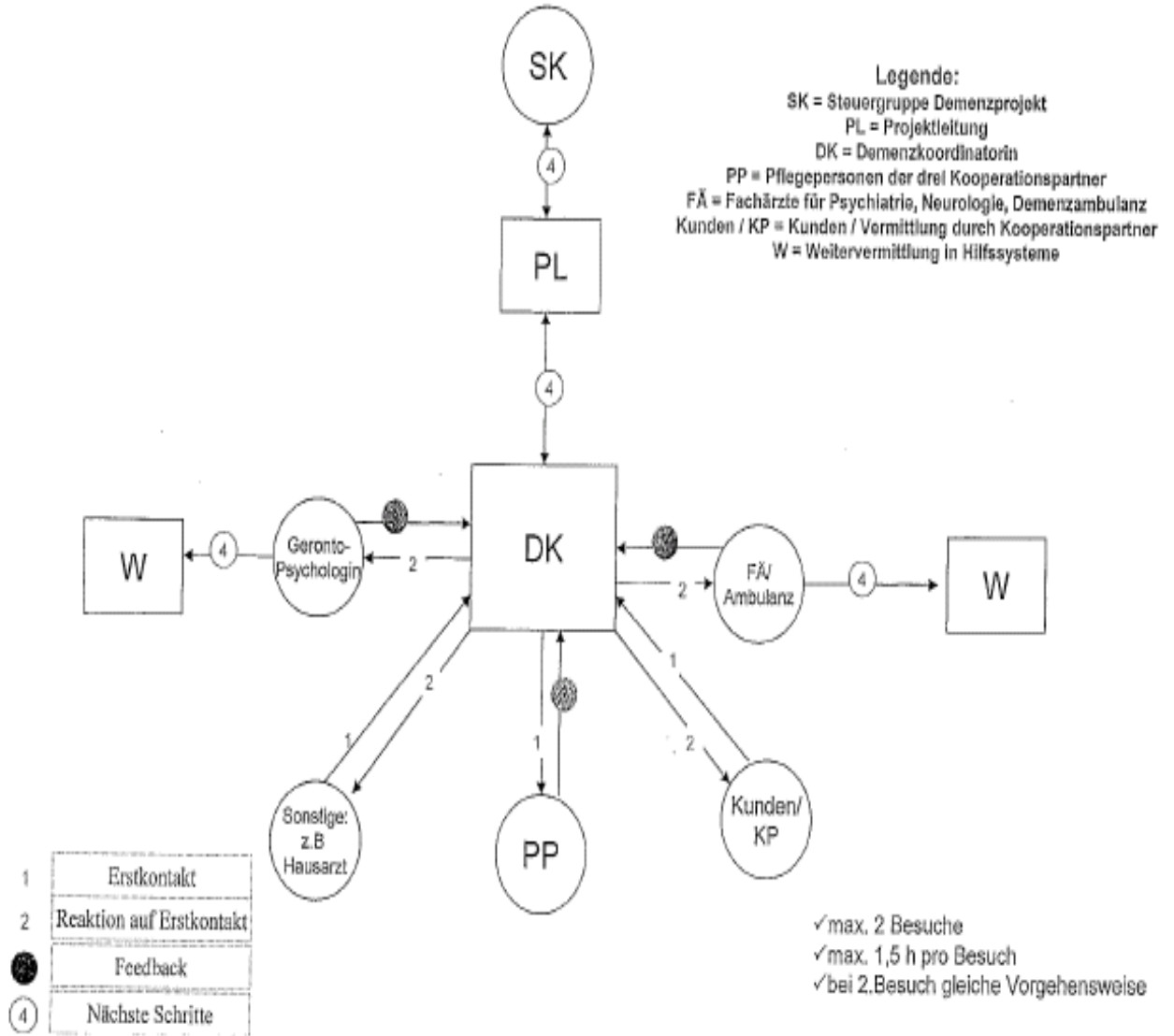
www.diakonie-zentrum.at

Rechtsträger: Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Abbildung 1

Aufsuchendes Multiprofessionelles Demenzteam (AMD) – Koordination der Einsätze



2.2.2 Demenzprojekt Burgenland

Im *Burgenland* hat die *Volkshilfe* im Jänner 2008 im Auftrag des Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz ein Projekt ins Leben gerufen, bei dem mit Hilfe von Informationsveranstaltungen die Bevölkerung für das Thema sensibilisiert werden soll und durch *aufsuchende Beratung* Betroffene und Angehörige an die richtigen Dienste verwiesen werden.

2.2.2.1 Ziele des Projektes

Das Projekt zielt darauf ab, die Bewusstseinsbildung zu fördern und die lokalen Akteure rund um den Themenkomplex der Demenz zu vernetzen.

2.2.2.2 KlientInnen

Erreicht werden sollen Personen mit einer dementiellen Erkrankung oder solche, die abklären wollen, ob sie selbst oder ihre Angehörigen an Demenz leiden.

2.2.2.3 Team

- Drei GerontopsychologInnen als KoordinatorInnen für jede Region (Nord-, Mittel und Südburgenland)
- Honorarkräfte mit Spezialausbildungen (wie Biografiearbeit, Validation,...) aus unterschiedlichen Berufsfeldern (Pflege; Sozialarbeit, Ergotherapie, Psychologie,...)
- Eine Bürokraft

Die Erstbesuche bei den Betroffenen erfolgen durch die DemenzkoordinatorInnen, drei GerontopsychologInnen, die in den Regionen Nord-, Mittel- und Südburgenland beratend tätig sind und diagnostische Tests durchführen. Zur Erstellung der Diagnose werden die betroffenen Personen mit den Testergebnissen an die niedergelassenen FachärztInnen verwiesen.

Die GerontopsychologInnen erheben den Betreuungsbedarf und organisieren mobile Pflege und Betreuung, die von der Volkshilfe angeboten wird. Wenn neben einer pflegerischen Betreuung der Demenzkranken und deren Angehöriger auch eine gezielte Anleitung und Beschäftigung notwendig ist, wird dafür eine Honorarkraft engagiert, die aus dem Bereich der Pflege, der Psychologie, der Ergotherapie, Physiotherapie kommt und eine Spezialausbildung wie Biographiearbeit, Validation, etc. besitzt. Diese Honorarkräfte leiten die Angehörigen an, stellen Arbeitsmaterialien zur Verfügung und tragen somit zur Entlastung der Familien Demenzkranker bei. Bei Bedarf unterstützen die GerontopsychologInnen die Arbeit dieser Honorarkräfte. Nach Ablauf von drei Monaten erfolgt eine Evaluierung der Maßnahmen. Zwei Fachärzte sind an der Mitarbeit am Projekt interessiert, und es ist zum Beispiel eine ärztlich moderierte Angehörigengruppe an einem Tageszentrum geplant.

2.2.2.4 Angebote

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Das Projekt hat die Aufgabe, die Betroffenen bei der Abklärung der Diagnose zu unterstützen und bei Vorliegen einer Demenzerkrankung die notwendige Pflege und Betreuung zu organisieren. Die Leistungen aus dem Projekt sind für die Bevölkerung kostenlos.

Folgende Leistungen werden angeboten:

- Hotline: der Verein verfügt über eine zentrale Telefonnummer, unter der Demenzerkrankte und deren Angehörige Informationen erhalten und Hausbesuche zur Abklärung der Diagnose und eines Pflege- und Betreuungsbedarfs vereinbaren können
- Informationsveranstaltungen in Gemeinden, Fachvorträge zu Demenz – Pflege – Betreuung
- Assessment und diagnostische Maßnahmen als aufsuchende Maßnahme
- Vermittlung von Hauskrankenpflege und Betreuung zu Hause (diese erfolgt durch die Volkshilfe Burgenland)
- Ergänzende Therapien (Validation, Biografiearbeit...).

2.2.2.5 Bisheriger Projektverlauf

Im Rahmen von Vorträgen und Filmvorführungen in den verschiedenen Regionen des Bundeslandes wurde das Thema Demenz auf leicht fassliche Weise dargeboten und es werden Fragen aus dem Auditorium beantwortet. Das Angebot der kostenlosen Hausbesuche durch die drei GerontopsychologInnen wird von der Bevölkerung gut angenommen.

2.2.2.6 Adresse des Trägervereins

Volkshilfe Burgenland GmbH
Johann-Permaystraße 2/1
7000 Eisenstadt

Telefon: 02682/ 61 569

Fax: 2682/ 61 569 30

www.volkshilfe-bgld.at

2.2.3 “Entlastung bei Demenz (*Family Community Networking*)“ in der Steiermark

„Entlastung bei Demenz (*Family Community Networking*)“ wurde von der Caritas der Diözese Graz-Seckau im Jahr 2008 als Projekt des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz begonnen.

2.2.3.1 Ziele des Projektes

Es wird angestrebt ein *Netzwerk an freiwilligen HelferInnen* aufzubauen. Die Bevölkerung eines Gebietes der Oststeiermark (Region Birkfeld im Bezirk Weiz) soll für das Thema Demenz sensibilisiert und darüber genau informiert werden. Außerdem möchte das Team durch Beratung Betroffener und deren Angehöriger und durch die Einbindung in regionale Pflege- und Betreuungsangebote den Familien Entlastung bieten.

2.2.3.2 KlientInnen

Im Rahmen von öffentlichen Informationsveranstaltungen wendet sich das Team nicht nur an *demenzkranken Personen und deren Angehörige*, sondern an *alle interessierten Personen* in der Bevölkerung.

2.2.3.3 Team

- Zwei *diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS)*, beide teilzeitbeschäftigt (15h/Woche). Die DGKS kommen aus der Region, sind selbst in Pfarre und Gemeinde aktiv und sind der lokalen Bevölkerung bekannt.
- Es ist geplant *ehrenamtliche MitarbeiterInnen* anzusprechen, welche die Familie entlasten sollen. Dieser Teil des Projektes ist noch im Aufbau begriffen, da den Verantwortlichen bewusst ist, dass eine gute Vorbereitung und Einschulung freiwilliger HelferInnen für ihren erfolgreichen Einsatz nötig ist.

2.2.3.4 Angebote

- Die beiden DGKS halten in den Gemeinden *Informationsveranstaltungen* ab. Bei diesen *Vorträgen* erhalten interessierte BürgerInnen Basisinformationen über dementielle Erkrankungen und über die in der Region vorhandenen sozialen Strukturen und lokalen Angebote.
- Nach dem Vortrag können Betroffene sofort *Einzelgespräche* mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern führen, bzw. einen *Beratungstermin* im eigenen Heim vereinbaren. Es werden auch Sprechtage in den Gemeinden und Pfarren abgehalten. Im Rahmen dieser *Beratungstermine* werden Informationen über finanzielle und soziale Belange (Pflegegeld, Zuschüsse, mobile Dienste, etc.) gegeben.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Personen, die als *freiwillige Helfer* tätig sein möchten, werden in *Schulungen* zum Erscheinungsbild der Krankheit und zur Kommunikation mit den Erkrankten auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Die Kurse werden in der Schule für Sozialberufe der Caritas abgehalten. Außerdem sind Weiterbildungsveranstaltungen und eine Begleitung während der freiwilligen Tätigkeit geplant.

2.2.3.5 Bisheriger Projektverlauf

Die beiden MitarbeiterInnen erhielten von März bis Mai 2008 eine intensive Schulung im Ausbildungszentrum der Caritas, wo sie Wissen über dementielle Erkrankungen, deren Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten erwarben. Gleichzeitig fand eine „Kick Off“ – Veranstaltung statt, in der das Projekt und die Organisation der Caritas vorgestellt wurde. Danach führte ein anerkannter Fachmann aus dem ärztlichen Bereich (Professor Dr. Schmidt, Neurologe im Landeskrankenhaus Graz) die ZuhörerInnen in das Thema Demenz ein. Teilnehmer an diesem Termin waren VertreterInnen von Einrichtungen und Einzelpersonen, die als Kooperationspartner angesprochen werden sollen, wie Bürgermeister, ÄrztInnen oder Mitglieder von Pfarren und MitarbeiterInnen in sozialen Institutionen.

Die Informationsveranstaltungen für die lokale Bevölkerung wurden durch intensive Öffentlichkeitsarbeit in den regionalen Medien (z.B. Pfarrblättern) und durch Postwurfsendungen in der Region beworben.

In einer Region meldete sich bereits eine Gruppe von freiwilligen MitarbeiterInnen, die im Herbst die ersten Schulungen erhalten sollen.

2.2.3.6 Adresse des Trägervereins

Caritas Diözese Graz-Seckau
Raimundgasse 16
8011 Graz

Telefon-Nr.: 0316/8015-0
E-Mail: office@caritas-graz.at
www.caritas-graz.at

2.2.4 Demenzservicestellen der M.A.S Alzheimerhilfe in Oberösterreich

In Oberösterreich wurden im Rahmen des Projektes „Gesund Länger Pflegen“, welches 2002 ins Leben gerufen wurde, drei Demenzservicestellen eröffnet, die seit Abschluss des Projektes im Jahr 2005 Teil der Regelversorgung für demenzkranke Personen und deren Angehörige sind. Die Finanzierung erfolgt über das Land Oberösterreich und über Wissenschaftliche Fonds (Nationalbank, Fonds Gesundes Österreich). Die Beratung und die diagnostischen Maßnahmen sind kostenlos, das Training für Betroffene kostenpflichtig (10,- Euro/h für das Einzeltraining, 6,- Euro/h für das Training in der Gruppe).

Die Servicestellen des gemeinnützigen Vereins *M. A. S Alzheimerhilfe* liegen in:

- *Bad Ischl*
- *Regau*
- *Ottensheim*

Die Finanzierung für weitere drei Servicestellen ist vom Land Oberösterreich bereits zugesagt, und diese werden an den Standorten *Freistadt, Kirchdorf, Ried* im Herbst 2008 eröffnet werden.

2.2.4.1 Ziele

Dem Verein ist die *Früherkennung von Demenzerkrankungen* und der *frühzeitige Einsatz von Trainingsprogrammen* sowohl für *Betroffene* als auch für *Angehörige* ein Anliegen, um damit eine stationäre Unterbringung der demenzkranken Personen möglichst zu verhindern bzw. hinauszuzögern.

2.2.4.2 KlientInnen

Personen mit Demenz und deren pflegende Angehörige.

2.2.4.3 Team (pro Beratungsstelle)

- *eine SozialarbeiterIn*
- *eine PsychologIn*
- *sechzehn M.A.S TrainerInnen (Stand 2007)*

Die MitarbeiterInnen der Sozialarbeit kontaktieren alle Familien mindestens einmal pro Monat (herangehende Sozialarbeit). Die SozialarbeiterInnen sind die ersten AnsprechpartnerInnen für Betroffene und Angehörige, sie nehmen die Bedürfnisse der Familien telefonisch oder persönlich entgegen, stellen Informationen zur Verfügung und nehmen eine erste Beratung vor. Wenn dies gewünscht wird, wird ein Termin zur psychologischen Abklärung vorge-

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

nommen. Die Schulung der Angehörigen wird ebenfalls von den SozialarbeiterInnen durchgeführt, außerdem leiten sie die Selbsthilfegruppen und koordinieren die TrainerInnen.

Die Aufgabe der *PsychologInnen* ist es im Rahmen einer psychologischen Begutachtung das Stadium der Erkrankung und die Intensität der kognitiven Beeinträchtigung zu ermitteln. Aufgrund der Stadienermittlung erfolgt die erste Zieldefinition für das Training der betroffenen Person. PsychologInnen verfassen psychologische Befunde, die einerseits zur Überweisung in eine medizinische Facheinrichtung (falls noch keine medizinische Fachdiagnose feststeht), andererseits der Erlangung von Pflegegeld dienen. Sollte die Familie Probleme mit dem Verstehen der medizinischen Befunde haben, können die PsychologInnen diesbezüglich Aufklärung geben, außerdem wird Einzelberatung für Betroffene und Angehörige angeboten. Einmal jährlich erfolgt eine routinemäßige testpsychologische Untersuchung, um die Progression der Krankheit dokumentieren zu können und die Trainingsziele zu definieren. Auch die Angehörigen werden im Hinblick auf den subjektiv empfundenen Belastungsgrad und eine eventuelle depressive Symptomatik psychologisch untersucht.

Psychologie und Sozialarbeit sind gemeinsam zuständig für Öffentlichkeitsarbeit in Form von Vorträgen und Zeitungsartikeln und für die Vernetzung mit anderen Hilfsorganisationen und niedergelassenen ÄrztInnen.

Die *M.A.S-TrainerInnen* führen das stadiengerechte Training der Betroffenen durch. Aus verschiedenen Grundberufen kommend, absolvieren M.A.S-TrainerInnen eine ein Jahr dauernde Schulung beim Verein M.A.S Alzheimerhilfe, in der Grundkenntnisse über die Erkrankung, praktische Ausbildung in Kommunikationstechniken, Fördertechniken und Strategien zum Umgang mit belasteten betreuenden Angehörigen vermittelt werden. Die Ausbildung beinhaltet auch ein 50h-Praktikum und schließt mit einer Prüfung und einem Zertifikat ab. In monatlichen Teamsitzungen werden die TrainerInnen geleitet und supervidiert.

2.2.4.4 Angebote

- *Telefonische Beratung*: Die Telefonnummer in Bad Ischl wird von Anrufern aus ganz Österreich genutzt.
- Eine *persönliche Beratung in der Servicestelle* ist ebenfalls möglich
- *Hausbesuche* bei den Betroffenen zur Durchführung der Ersttestung und zur Abklärung des Betreuungsbedarfs
- *Einzeltraining der Betroffenen* im Rahmen von Hausbesuchen *durch M.A.S-TrainerInnen*. Es wird das stadienspezifische Retrogenetische Training (SSRT) angewendet. Dies ist ein Stimulationsprogramm für Personen mit Demenz und beinhaltet vielfältige Methoden des kognitiven Trainings und Übungen zum Erhalt der körperlichen Fähigkeiten.
- *Gruppentraining*: nach Möglichkeit werden die demenzkranken Personen nach einer Phase des Einzeltrainings in der Wohnumgebung in Gruppen weitergeschult. Dies

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- soll die soziale Isolation der Betroffenen aufheben und Kosten sparen. Die Zeit dieser dreistündigen Gruppentrainings gibt den Angehörigen die Möglichkeit zur Entlastung.
- *Schulung für betreuende Angehörige*: Vorträge über die medizinischen Grundlagen einer Demenz, die Entstehung von und der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Kommunikationstechniken, Informationen über finanzielle Unterstützung und Entlastungsmöglichkeiten und über Selbstpflege.
 - *Geleitete Angehörigentreffen*: Behandlung individueller Anliegen der Angehörigen, Besprechen von Strategien zur Stressbewältigung, von Entspannungstechniken.
 - *Therapie- und Förderungs-aufenthalt*: In einem kombinierten Therapie- und Förderungs-aufenthalt in einem Vier-Sterne-Hotel werden Betroffene gefördert und Angehörige entlastet. Ein speziell ausgebildetes Team bestehend aus ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen und M.A.S - TrainerInnen steht für PatientInnen und Angehörige zur Verfügung und inkludiert auch einen Bereitschaftsdienst während der Nacht. Es werden Einzel- und Gruppengespräche für Betroffene und Angehörige, Vorträge über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie ein stadienspezifisches Training für die Betroffenen angeboten.

Die *Erstberatung* erfolgt meist entweder telefonisch oder in einem persönlichen Gespräch in einer der Servicestellen. Da sich Angehörige und Betroffene zum Zeitpunkt der Telefonate häufig in Krisen befinden, wird die Telefonberatung nur von geschulten Personen (SozialarbeiterInnen und PsychologInnen) durchgeführt. Auch Anrufer aus anderen Bundesländern werden telefonisch beraten, und es werden immer Kontaktpersonen in der jeweiligen Wohnumgebung des Anrufers bekannt gegeben, damit rasch Hilfe erfolgen kann. Geplant ist die Einrichtung eines „Alzheimertelefons“, wie es in Deutschland und der Schweiz bereits existiert, damit für ganz Österreich eine einheitliche Hotline rund um die Uhr erreichbar ist.

Das multiprofessionelle Team arbeitet *aufsuchend*, die Abklärung der Demenz durch *diagnostische Maßnahmen* und des *notigen Betreuungsbedarfs* erfolgen in der persönlichen Wohnumgebung der KlientInnen durch die MitarbeiterInnen der Psychologie und der Sozialarbeit. Neben den Auskünften der betroffenen Personen selbst werden auch Informationen von den Angehörigen zur Situation eingeholt. In der Befragung der Familienmitglieder wird der Grad der Selbstständigkeit der Betroffenen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und die Frage, ob Verhaltensauffälligkeiten bestehen, ermittelt. Die subjektiv empfundene Belastung der Angehörigen und eine eventuelle depressive Symptomatik werden mittels Fragebogen abgeklärt.

Die *Ergebnisse der psychologischen Testung* werden nach Einverständnis der Betroffenen an das Landeskrankenhaus Linz (LKH) gesendet, und es wird ein *Termin* zur Erstellung einer Diagnose im LKH vereinbart. Die dort erstellten Befunde und die *Diagnose vermittelt das Krankenhaus wieder an das Team des Vereins M.A.S Alzheimerhilfe*, welches die *Befundbe-*

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

sprechung mit den Betroffenen und den Angehörigen vornimmt. Danach verfassen die verantwortlichen Teammitglieder einen Trainingsplan.

Im *Trainingsplan für Betroffene* steht zu Beginn die Einzelbetreuung im persönlichen Wohnumfeld der KlientInnen im Vordergrund. Später wird zu Gruppenprogrammen übergegangen, die in der Wohnumgebung der Betroffenen - meist an Orten wie Gemeindeämtern, in Räumlichkeiten der Kirche oder in Arztpraxen - stattfinden, um lange Anfahrtswege und die höheren Kosten der Einzelstunden zu vermeiden.

Die Förderprogramme für Personen mit Demenz sollen helfen:

- Fähigkeiten länger zu erhalten und die Leistungsfähigkeit zu optimieren
- Die Lebensqualität trotz chronischem Verlauf der Krankheit zu erhalten.

Für die *Angehörigen* wird ebenfalls ein *Schulungsprogramm* geboten. Die zu den Trainingsprogrammen für Betroffene parallel laufende Unterstützung der Angehörigen hat das Ziel, die Familien zu befähigen, mit den Betroffenen und den Erscheinungsformen der Demenzerkrankung auf eine erfolgreiche Weise umzugehen, und damit eine frühzeitige Institutionalisierung der Betroffenen zu verhindern. Auch die Angehörigenschulungen werden in Gruppen durchgeführt, die nach Möglichkeit in der Wohnumgebung der Familien stattfinden. Es handelt sich um eine psychoedukative Schulung mit fixen Modulen. Zusätzlich werden in der Servicestelle einmal monatlich geleitete Angehörigentreffen abgehalten.

Das Projekt wurde im Jahr 2008 vom Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Wien, Abteilung Gesundheitssystemforschung, evaluiert.¹⁷

2.2.4.5 Adresse des Trägervereins

Verein M·A·S
Lindaustrasse 28
A 4820 Bad Ischl

Tel: 0043 (0)6132 21410
Fax: 0043 (0)6132 21410 10
verein@mas.or.at
www.mas.or.at

¹⁷ Mechtler, Reli et al. (2008): Evaluierung der M.A.S Demenz-Servicestellen in Bad Ischl, Regau und Ottensheim. Endbericht. Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz, Linz.

2.3 Einrichtungen und Projekte für (geronto-)psychiatrische KlientInnen

2.3.1 Gerontopsychiatrisches Zentrum Wien

Das Zentrum besteht seit 2001 und ist eine Einrichtung des Psychosozialen Dienstes (PSD). Der Trägerverein PSD wird von der Gemeinde Wien finanziert. Das Angebot des gerontopsychiatrischen Zentrums ist für die Betroffenen und deren Angehörige kostenlos.

2.3.1.1 Ziele der Einrichtung

Die Einrichtung hat zum Ziel, eine frühzeitige Diagnose zu erstellen und bei Vorliegen einer gerontopsychiatrischen Erkrankung den Einsatz modernster Behandlungsmethoden zu ermöglichen.

2.3.1.2 KlientInnen

Personen ab 65 Jahren, die *erstmalig* an (geronto-)psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen, Demenzen, Verwirrheitszuständen aufgrund organischer Erkrankungen, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit oder Belastungsreaktionen leiden.

Ca. 90% der KlientInnen, welche die Beratungsstelle aufsuchen, erhalten eine psychiatrische Diagnose, ungefähr 80% dieser Personen leiden an einer dementiellen Erkrankung.

2.3.1.3 Team:

- vier FachärztInnen
- ein Klinischer Psychologe
- zwei diplomierte psychiatrische Pflegepersonen
- eine Bürokräft
- es ist geplant, das Team durch eine/n SozialarbeiterIn zu ergänzen.

2.3.1.4 Angebote

- ambulante gerontopsychiatrische Beratung
- klinisch-psychiatrische und neurologische Untersuchung
- Abklärung der psychosozialen Problematik
- neuropsychologische Untersuchung in eigener "Memory-Clinic"
- telefonische Beratung und Information für Allgemeinärzte und -ärztinnen sowie medizinische, pflegerische und soziale Dienste
- telefonische und persönliche Beratung für Angehörige
- Clearingstelle: AllgemeinmedizinerInnen überweisen PatientInnen in diese Einrichtung, um etwaige psychiatrische Symptome abklären zu lassen oder eine differenzierte Befundung zu erhalten

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

2.3.1.5 Ablauf einer Erstberatung im Zentrum

- Erstgespräch mit den KlientInnen durch eine Pflegeperson (Erhebung der Daten, gesundheitliche und psychosoziale Situation)
- Die KlientInnen werden psychologisch untersucht (dafür wird der Ausdruck „Gedächtnisübungen“ verwendet, der weniger belastend ist als „psychologische Testung“)
- Während der neuropsychologischen Untersuchung spricht die Pflegeperson mit den Angehörigen, um diesen die Möglichkeit zu geben, die Situation aus ihrer Sicht zu schildern, damit ein Vergleich von Selbst- und Fremdbild der KlientInnen möglich wird. Die pflegenden Angehörigen erhalten bei Bedarf Beratung zu sozialen Themen, bezüglich Verhaltensweisen gegenüber Demenzkranken, etc.
- Danach werden die gesammelten Daten des pflegerischen und psychologischen Assessments den FachärztInnen übergeben, die einen somatischen und psychiatrischen Status erheben, und bei Eindeutigkeit der vorliegenden Daten gleich eine Diagnose stellen und schriftliche Empfehlungen (bezüglich Anpassung der Medikation, weitere Untersuchungen zur Diagnoseabklärung, etc.) an die praktischen ÄrztInnen weitergeben.

Die Dauer der Betreuung durch das Gerontopsychiatrische Zentrum ist auf drei Monate begrenzt, in diesem Zeitraum sollte die Abklärung und das Herstellen eines Versorgungsnetzes abgeschlossen sein. Dies kann in Ausnahmefällen jedoch auch länger dauern. Immobile oder nicht krankheitseinsichtige KlientInnen werden daheim besucht, und die Untersuchungen werden vor Ort vorgenommen.

2.3.1.6 Adresse Trägerverein

PSD (Psychosozialer Dienst) Wien
Gonzagagasse 15
1013 Wien

Tel. 01/ 53 33 771

www.psd-wien.at

2.3.2 Geronto Psychiatrisches Zentrum Graz

Die Beratungsstelle für seelische Gesundheit im Alter wurde im Mai 2008 eröffnet. Die Einrichtung wird zu 100% aus öffentlichen Mitteln des Landes Steiermark finanziert. Das Angebot ist für die Betroffenen und deren Angehörige kostenlos.

2.3.2.1 Ziele der Einrichtung

Das Ziel des Geronto Psychiatrischen Zentrums Graz (GPZ) ist es, die Häuslichkeit zu verlängern, die Lebensqualität der betroffenen Personen und deren Angehöriger zu verbessern und die Vernetzung und Koordination des formellen und informellen Helfernetzes zu optimieren.

2.3.2.2 KlientInnen

Zielgruppe sind Personen ab 60 Jahren mit psychiatrischen Problemstellungen im affektiven, dementiellen, paranoiden und neurotischen, somatoformen und Belastungsstörungenbereich.

2.3.2.3 Team

- Eine Fachärztin und Psychotherapeutin
- Eine diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester
- Eine Psychologin
- Eine Sozialarbeiterin
- Eine Sekretärin

2.3.2.4 Angebote

- **Abklärung**
 - Intensive biografische und psychosoziale Anamnese
 - Abklärung der Symptome und Leidenszustände
 - Neuropsychologische und psychiatrische Abklärung
 - Basicscreening Demenz
 - Defizit-/Ressourcenerfassung
 - Hilfebedarferhebung
 - Hilfeplanerstellung
 - Organisation von Helferkonferenzen
 - Koordination der Aufgaben
 - Verbleib als Ansprechpartner für Koordination und Anpassung des Helfersystems
 - Befundberichte, Begleitschreiben für Pflegegeld und anderes
- **Beratung**
 - Angehörigenberatung
 - Unterstützung bei Erhaltung der seelischen Gesundheit im Alter
 - Sicherung der Lebensqualität für Betroffene und Angehörige

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- **Vernetzung**
 - mit regionalen KooperationspartnerInnen
 - mit formellem und informellem Helfernetz

Nach der Kontaktaufnahme zum Geronto Psychiatrischen Zentrum (GPZ) durch die Betroffenen oder deren Angehörige, durch ÄrztInnen oder Institutionen erfolgt ein Rückruf durch die SozialarbeiterInnen oder die diplomierten Pflegepersonen, um die Zuständigkeit zu klären und einen Termin zu vereinbaren. Dieser wird entweder im Rahmen eines Hausbesuches oder im GPZ wahrgenommen. Nach einem ausführlichen *Assessment* und Erstellung einer *Diagnose* wird der Fall im Team diskutiert und ein *Hilfeplan* erstellt. Dieser wird im Rahmen einer *Helferkonferenz* mit den Betroffenen, den Angehörigen und den hinzugezogenen formellen und informellen Helfern besprochen. Die Dauer der Beratung ist fallabhängig, bei kompliziertem Sachverhalt dauert die Beratungsphase bis zu zwei Monate. Die Beratung wird so lange fortgeführt, bis das Helfernetz ohne die Koordination durch das Geronto Psychiatrische Zentrum die Betreuung der KlientInnen bewältigt. Das GPZ bleibt jedoch Ansprechpartner und wird neuerlich hinzugezogen, falls eine Anpassung des Hilfeplanes nötig erscheint.

Um den Ablauf der Beratung zu verdeutlichen, haben die MitarbeiterInnen des GPZ Graz ein Flow-Chart erstellt, welches auf der nächsten Seite dargestellt wird¹⁸.

2.3.2.5 Adresse des Trägervereines

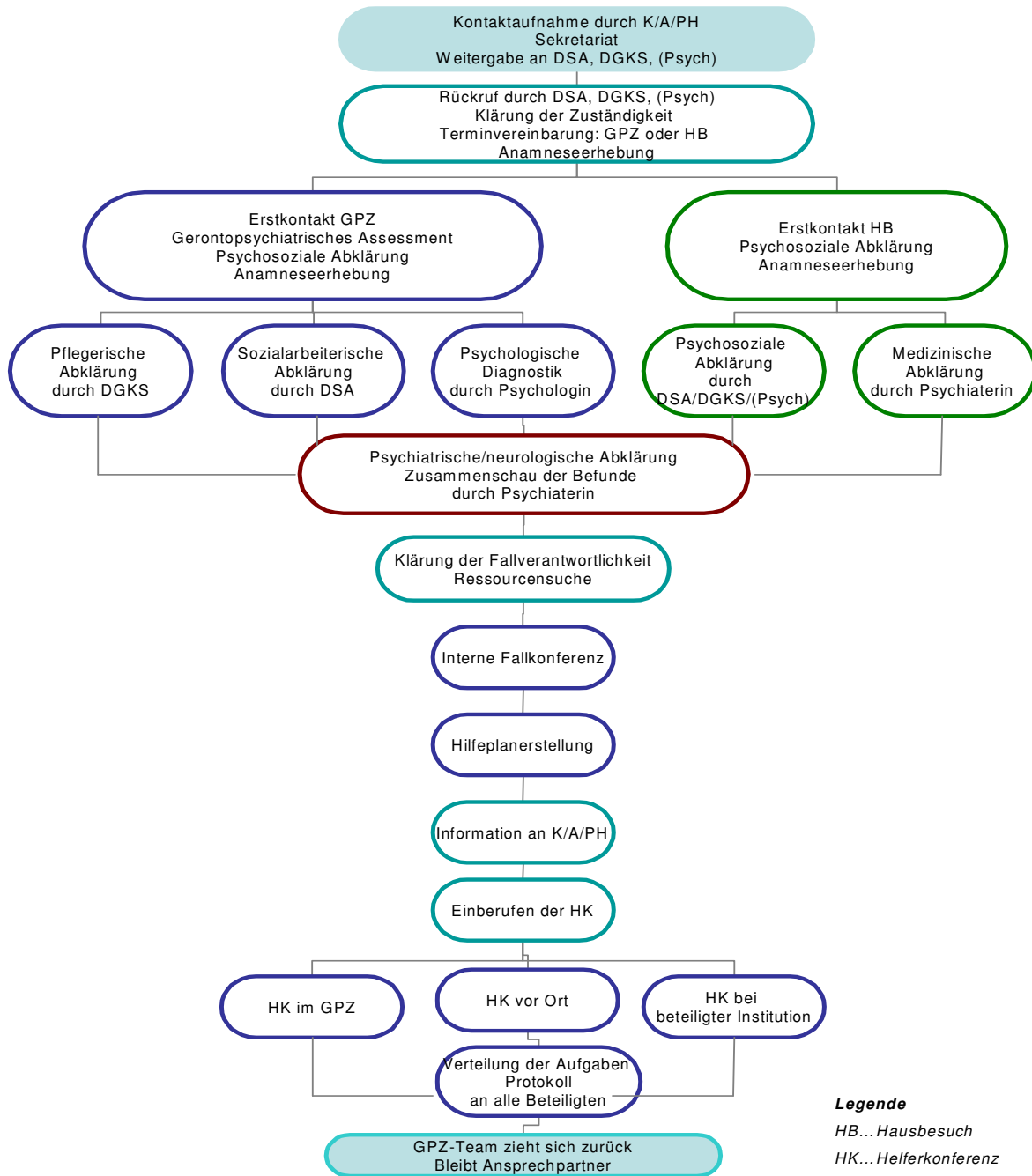
Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit
Plüddemanngasse 45
8010 Graz

Tel.:0316/ 22 84 45
www.gesundheit.or.at/

¹⁸ Konzept Geronto Psychiatrisches Zentrum (GPZ) Graz (2008)

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Abbildung 2



2.3.3 Mobile gerontopsychiatrische Assistenz in Graz

Die mobile gerontopsychiatrische Assistenz wird als Projekt geführt und kann aufgrund begrenzter Ressourcen keine flächendeckende gerontopsychiatrische Versorgung in Graz leisten. Die Finanzierung erfolgt zu 100% aus öffentlichen Mitteln des Landes Steiermark. Die Betreuung durch die gerontopsychiatrische Assistenz ist für die Betroffenen kostenlos.

2.3.3.1 Ziele

Ein Ziel der Einrichtung wird die *sozialpsychiatrische Stabilisierung von gerontopsychiatrisch Kranken* und die *Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen und der Angehörigen* genannt. Dies soll durch Erbringung sozialpsychiatrischer Leistungen zum *Erhalt der häuslichen Wohnfähigkeit* erreicht werden, allerdings nur solange der Aufwand an erforderlichen Ressourcen gerechtfertigt ist. Damit wird die Absicht verfolgt eine *stationäre Unterbringung* in einem Heim zu *verhindern*, beziehungsweise hinauszuzögern. Außerdem sollen unnötige stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern minimiert werden (Verhindern der so genannten „Drehtürpsychiatrie“).

Es ist der mobilen gerontopsychiatrischen Assistenz auch ein Anliegen, einen *Beitrag zur Optimierung der Gesundheits- und Versorgungskosten* zu leisten. Dazu werden einerseits direkte und indirekte Maßnahmen zur Gesundheitsprävention getroffen, und andererseits durch Vernetzung und Koordination formeller und informeller Angebote kostspielige Mehrgleisigkeiten in der Versorgung und Behandlung vermieden. Als letztes Ziel wird die *Weiterentwicklung der extramuralen gerontopsychiatrischen Versorgung* genannt.

2.3.3.2 KlientInnen

Betreut werden gerontopsychiatrisch erkrankte Personen in Graz Ost.

2.3.3.3 Team

- eine Fachärztin
- zwei PsychologInnen
- eine Diplomsozialarbeiterin
- eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und Sozialpädagogin.

2.3.3.4 Angebote

- **Abklärungen**

Vor Eröffnung des Geronto Psychiatrischen Zentrums (GPZ) im Mai 2008 wurde die Abklärung vom Team der mobilen gerontopsychiatrischen Assistenz durchgeführt. Seither wird das mobile Team nur mehr in solchen Fällen eingesetzt, in denen der Besuch des GPZ (bzw. durch das Team des GPZ) von den KlientInnen abgelehnt wird,

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

sodass zunächst über die mobile gerontopsychiatrische Assistenz auf niederschwelliger Basis versucht wird, Kontakt und Beziehung aufzubauen, um entsprechende Krankheitsverdachtsmomente zu erhärten oder zu entkräften. In der Regel gelingt es durch die Betreuung, dass das GPZ zur Abklärung zugelassen wird.

- ***Angehörigenberatung und Beratung des formellen Netzwerkes***

Aufgrund des Arbeitsschwerpunktes Demenzerkrankung im Jahr 2007 ergab sich für Angehörige und formelles Netzwerk ein hoher Unterstützungsbedarf in folgenden Bereichen:

- sozialarbeiterische Beratung und Begleitung (z. B. in Pflegegeldangelegenheiten)
- Wissenstransfer und psychische Entlastung durch kontinuierliche Beratung und Betreuung von Angehörigen und sozialem Umfeld. Dies führt zu einer Verbesserung des Krankheitsverständnisses und des eigenen Gesundheitsverhaltens der Angehörigen. Durch die Gesundheitsförderung des sozialen Umfelds wird das Netzwerk stabilisiert und seine Aufrechterhaltung kann gewährleistet werden.

- ***Beratung, Betreuung und Begleitung von gerontopsychiatrisch Betroffenen***

Wegen der Komplexität der gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist für den Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes ein komplexes Hilfsangebot wie das der mobilen gerontopsychiatrischen Assistenz nötig. Mit Ausnahme der Demenzerkrankungen kann durch mobile gerontopsychiatrische Assistenz bei allen anderen Erkrankungen eine Stabilisierung und unter Umständen sogar eine Verbesserung der Symptomatik und der sozialen Situation erreicht werden.

Bei Personen mit *Demenzerkrankungen* verbessert sich durch Einsatz der mobilen gerontopsychiatrischen Assistenz die Lebensqualität und die depressive Begleitsymptomatik. Außerdem wird die Zunahme der Pflegebedürftigkeit verlangsamt, und das soziale Umfeld wird entlastet.

Die Betreuungsgespräche mit den KlientInnen und deren Angehörigen werden auf Basis klientenzentrierter Gesprächsführung sowie unter Anwendung integrativer Validation geführt.

Folgende Arbeitsinhalte können beschrieben werden:

- *Gerontopsychiatrische Einzelbetreuung*

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- *Psychosoziale Entlastung zur Erreichung neuer Handlungsfähigkeit: Krisenbewältigung, Ressourcenaktivierung, Kompetenztraining, Realitätsorientierung, Biografiearbeit, Wahrnehmungstraining, Soziales Kompetenztraining, Angstabbau, Vergangenheitsbewältigung, Trauerarbeit, Therapieorientierte Arbeit zur Bewältigung von Verlusten und zur Reduktion psychiatrischer Symptomatik, Erarbeiten von Zukunftsperspektiven*
- *Krankheitsbeobachtung*
- *Auseinandersetzung mit Tod und Sterben*
- *Unterstützung bei der Sinnfindung*
- *Vernetzung*
- *Unterstützung des Versorgungsnetzwerkes*
- *Zuweisung zu adäquaten Versorgungsangeboten*
- *Begleitung bei Übergängen in halbstationäre Einrichtungen (z.B. Demenztagestätten) oder zu stationären Aufenthalten bzw. Vermittlung versorgungsrelevanter Information.*

- ***Vernetzung nach außen***

Im Rahmen der Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen ist die Netzwerkarbeit ein wesentlichster Teil des Aufgabenbereichs. Mit Einverständnis der KlientInnen erfolgt eine Aktivierung, Information und Betreuung des informellen und formellen Netzwerkes. Die Zusammenarbeit erfolgt mit:

- ÄrztInnen (HausärztInnen, FachärztInnen)
- TherapeutInnen (PsychotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, etc.)
- Behörden und Institutionen
- Sozialen Diensten: Hauskrankenpflege und Heimhilfe, Essen auf Rädern, etc.
- Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen
- Personen aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen (Angehörige, Freunde, Nachbarn).

- ***Öffentlichkeitsarbeit, Vorträge, wissenschaftliche Arbeit, Betreuung von PraktikantInnen und Schulungen***

Wegen der begrenzten Ressourcen des Projekts wird die Öffentlichkeitsarbeit eingeschränkt, denn eine Steigerung der Zuweisungen könnte nicht bewältigt werden. Folgende Maßnahmen finden statt:

- Vernetzungskontakte mit allen zuweisenden Stellen (niedergelassene ÄrztInnen, mobile Dienste, Tagesstätten, stationäre Einrichtungen)
- Verteilung des Folders „Sozialpsychiatrische Assistenz für ältere Menschen“
- Präsentation auf der Internethomepage <http://www.gesundheit.or.at/>
- Vorträge bei diversen öffentlichen Veranstaltungen

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Fortbildungen und Schulungen für ehrenamtliche MitarbeiterInnen und für Angehörige
- Veröffentlichungen in Fachzeitschriften
- Begleitung von PraktikantInnen, die sich in der Ausbildung zu Klinischen und GesundheitspsychologInnen befinden.

2.3.3.5 Adresse des Trägervereines

Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit

Plüddemanngasse 45

8010 Graz

Tel.:0316/ 22 84 45

www.gesundheit.or.at/

2.3.4 Gerontopsychiatrische Wohnbetreuung im Industrieviertel NÖ

In Niederösterreich hat der Psychosoziale Dienst (PSD) im Jahr 2005 ein Projekt ins Leben gerufen, das sich in den Bezirken Wiener Neustadt und Neunkirchen der Betreuung gerontopsychiatrischer PatientInnen widmet. Die Finanzierung erfolgt zu 100% vom Land Niederösterreich. Das Angebot ist für die KlientInnen kostenlos.

2.3.4.1 Ziele der Einrichtung

Die gerontopsychiatrische Wohnbetreuung hat zum Ziel die Überleitung vom stationären zurück in den häuslichen Bereich so zu gestalten, dass eine Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung unnötig, bzw. aufgeschoben wird. Das übergeordnete Ziel besteht also darin die KlientInnen so weit wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu stabilisieren. Dies soll im Rahmen eines lebensweltorientierten Zugangs durch aktive Nutzung des regionalen Angebotes an professionellen Hilfen und unter Einbeziehung der persönlichen Fähigkeiten und Stärken der KlientInnen erreicht werden.

2.3.4.2 KlientInnen

Personen über 65 Jahre, die aufgrund gerontopsychiatrischer Erkrankungen stationär behandelt werden müssen, nach einem Krankenhausaufenthalt wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden sollen und entsprechenden psychosozialen Unterstützungsbedarf aufweisen. Etwa zwei Drittel der betreuten Personen leiden an einer Demenzerkrankung.

2.3.4.3 Team

- Eine Koordinatorin, die aus dem Bereich der Sozialarbeit kommt
- Zwei Pflegepersonen (1 PP pro Bezirk),
- Eine Ergotherapeutin
- Ein praktischer Arzt

Eigentlich sollte ein/e Fachärztin angestellt werden, aber zum Start des Projektes war dies nicht möglich, da sich keine geeignete Person fand. Der Arzt unterstützt durch diagnostische Verfahren (MMSE, etc.) die Diagnosestellung durch die niedergelassenen FachärztInnen.

2.3.4.4 Angebote

Der Psychosoziale Dienst übernimmt *Verantwortung für die Erbringung von Unterstützungsleistungen* in den folgenden *Bereichen*:

- Ernährung
- Körperpflege
- Kleidung
- Umgang mit Geld
- Wohnraumreinigung

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Mobilität
- körperliche Aktivität
- sprachlicher Ausdruck
- Tages-Nacht-Rhythmus
- Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen und sozialer Dienstleistungen.

Das Projekt arbeitet subsidiär, die Betreuung durch das Spezialteam wird beendet, sobald die Demenzkranken mit herkömmlichen mobilen Diensten oder mit Hilfe anderer Betreuungsformen (Angehörige, Nachbarschaft) das Auslangen finden. Mitunter wird die Betreuung aber auch über Jahre fortgeführt. Dies ist dann der Fall, wenn die KlientInnen aufgrund einer schweren psychischen Beeinträchtigung besondere Bedürfnisse haben, die durch andere Betreuungsformen nicht erfüllt werden können.

2.3.4.5 Ablauf einer Betreuung

Die *Kontaktaufnahme* zum Projekt erfolgt meist über die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses der Region (Landeskrankenhaus Thermenregion Neunkirchen), und wird über die dort tätige Sozialarbeiterin hergestellt. In einigen Fällen weisen auch das zuständige Sozialamt oder niedergelassene ÄrztInnen die Koordinatorin des Projektes auf KlientInnen mit einem besonderen Betreuungsbedarf hin. Zwei Drittel der betreuten Personen leiden an einer dementiellen Erkrankung. Wegen der begrenzten Ressourcen – es können maximal 10 KlientInnen zugleich betreut werden – wird das Projekt nicht öffentlich „beworben“, die Information der zuständigen Stellen erfolgt vor allem mündlich über die Koordinatorin.

Das *Assessment* erfolgt jeweils durch zwei MitarbeiterInnen des Projektes, die bei diesem *Clearing* in der häuslichen Umgebung der KlientInnen abklären, ob Freiwilligkeit gegeben ist, wie die Wünsche der Betroffenen und der Angehörigen aussehen, welche Aufgaben durch die Demenzkranken selbst und welche durch Angehörige erledigt werden. Das Clearing ist meist mit dem ersten Besuch nicht abgeschlossen, bei nachfolgenden Terminen wird die psychische, physische und soziale Situation der KlientInnen weiter beleuchtet, um den Hilfeplan individuell darauf abstimmen und alle vorhandenen Ressourcen nützen zu können. KlientInnen und Angehörige erfahren eine Beratung über mögliche Unterstützungen zur Bewältigung des Alltags (Beratung über Pflegegeld, Sachwalterschaft, Beratung bezüglich Wohnraumanpassung zur Erhöhung der Sicherheit in der häuslichen Umgebung, über mobile Dienste, etc.). Das Team legt Wert darauf, dass es immer die betroffenen Personen selbst sind, die bestimmen wie viel Hilfe sie annehmen wollen, und wie diese beschaffen sein soll.

Der *individuelle Hilfeplan* wird durch die Koordinatorin in Kooperation mit dem gesamten Team erstellt und umfasst Planungen in folgenden Lebensbereichen:

- Selbstversorgung und Wohnen
- Tagesgestaltung und Kontaktfindung

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Arbeit und Bildung

Es wird nicht in einer streng nach Berufsgruppen getrennten Vorgangsweise geplant, sondern es steht die Beziehungsarbeit im Vordergrund. Als Hauptbezugsperson wird dasjenige Teammitglied festgelegt, das den besten Zugang zu der betreuten Person herstellen kann. Eine wichtige Aufgabe sieht das Team darin, die KlientInnen darin zu unterstützen, die (mitunter völlig neue) Rolle als hilfsbedürftige Person anzunehmen und dies zu verarbeiten. Mitunter ist starke Motivationsarbeit bei den KlientInnen nötig (zum Beispiel bei einer Frau, die ihr Haus zehn Jahre lang nicht mehr verlassen hatte), da diese sich manchmal non-compliant verhalten in dem Sinne, dass sie vorerst überhaupt keine Bereitschaft zeigen Hilfe anzunehmen.

2.3.4.6 Interdisziplinäre Vorgangsweise

Der Betreuungsplan wird durch das gesamte Team bei *wöchentlichen Besprechungen* evaluiert und angepasst. Verbesserungen des Zustandes der KlientInnen zeigen sich oft erst nach einem halben bis einem ganzen Jahr. Bei besonderer Problemstellung wird eine Helferkonferenz einberufen, die immer in Anwesenheit der KlientInnen stattfindet unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen (mobile Dienste, HausärztIn, Sachwalterschaft, etc.). Meist wird diese Konferenz im häuslichen Umfeld abgehalten, selten in den Räumlichkeiten des Psychosozialen Dienstes. Diese Helferkonferenzen ermöglichen es durch verstärkte Vernetzung nach außen alle Ressourcen voll auszuschöpfen.

Die Familie wird in pflegerischen, ärztlichen und sozialen Belangen beraten und erfährt durch das Team in Gesprächen Hilfe beim Verarbeiten der Situation als pflegende Angehörige. Es wird unterstützt, dass auch die Nachbarschaft in die Betreuung miteinbezogen wird, dies aber nur mit ausdrücklicher Einwilligung der Betreuten und unter strenger Wahrung der Schweigepflicht, der die MitarbeiterInnen des Projektes unterliegen.

2.3.4.7 Adresse Trägerverein

Psychosoziale Zentren GmbH
Austraße 9
2000 Stockerau

Tel.: 02266/ 666 185

Fax: 02266/ 66 185 15

office@psz.co.at

www.psz.co.at

2.3.5 INDIBET – Individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Menschen

In Wien stellt die Volkshilfe mit INDIBET seit 1995 ein Angebot für die Betreuung psychisch kranker und dementer Personen daheim zur Verfügung. Die Einrichtung wird vom Fonds Soziales Wien aus Mitteln der Stadt Wien gefördert. Diese Form der Betreuung wird in ganz Wien angeboten.

2.3.5.1 Ziel

Die Betreuung bei INDIBET ist darauf ausgerichtet, schwer psychisch kranke Menschen einer Betreuung durch die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien zugänglich zu machen.

2.3.5.2 KlientInnen

sind erwachsene, in Wien lebende Personen, die mehrmals in stationärer Behandlung in psychiatrischen Abteilungen waren, als krankheitsuneinsichtig gelten, und unbehandelt sind, und die unter sozialen und/oder geronto-psychologischen Einschränkungen leiden, welche professioneller Begleitung bedürfen.

2.3.5.3 Team

- 5 Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger
- 35 speziell geschulte HeimhelferInnen

Es werden jeweils 20-25 KlientInnen von einem mobilen Team, das aus drei bis vier HeimhelferInnen besteht, betreut. Jeweils zwei solcher Teams werden von einer diplomierten Krankenpflegeperson geleitet.

2.3.5.4 Angebote

- Hilfe im alltagspraktischen Bereich (Haushalt, Körperpflege, etc.)
- Sozialkontakt
- Vernetzung mit anderen (psycho-) sozialen Einrichtungen und Stellen
- Begleitung bei Wegen
- Unterstützung im Umgang mit Medikamenten

2.3.5.5 Ablauf einer Betreuung

Der Kontakt zu INDIBET wird meist über die Beratungszentren des Fonds Soziales Wien oder über die Angehörigen hergestellt. Die diplomierten Pflegepersonen und die HeimhelferInnen sind dafür geschult, auch mit Personen, die eine Betreuung und Behandlung ablehnen, in Kontakt zu kommen und eine tragfähige Betreuungsbeziehung aufzubauen. Ihr Auftrag ist es, durch die Bezugspflege die Bereitschaft der (geronto-)psychiatrisch erkrankten Personen soweit zu verbessern, dass ein herkömmlicher mobiler Dienst (ohne Spezial-

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

aufgabe) die Weiterversorgung der psychisch kranken KlientInnen übernehmen kann. Nur wenn die KlientInnen sich als „nicht wohnfähig“ erweisen (zum Beispiel in der Wohnung Feuer legen) muss eine stationäre Unterbringung veranlasst werden. Meist können aber durch personenzentriertes in Beziehung Treten viele Menschen, die sonst Betreuung und Behandlung ablehnen, erreicht werden. Dadurch gelingt es schwierige Situationen wie z.B. Verwahrlosungen, Verwirrtheitszustände, Probleme mit Nachbarn und Angehörigen zu entschärfen und mit der Zeit zum Positiven zu wenden. Ziel dieser individuellen Betreuung ist es, die KlientInnen möglichst angstfrei, selbständig und unabhängig werden zu lassen.

2.3.5.6 Adresse Trägerverein

Volkshilfe Wien
Weinberggasse 77
1190 Wien

Tel.: 01/ 360 64 – 0

E-Mail: landessekretariat@volkshilfe-wien.at

www.vhw.at

2.3.6 Übergangspflege Tirol

Die Übergangspflege Tirol, eine gerontopsychiatrische ambulante Einrichtung, die vom Verein VAGET (Verbund außerstationärer gerontopsychiatrischer Einrichtungen Tirols) geführt wird, besteht seit 1998. VAGET betreut gerontopsychiatrische PatientInnen in *Innsbruck, Telfs, Schwaz und Wörgl*. Das Projekt wird zu 100% vom Land Tirol finanziert. Für Betreuungszeiten wird von den KlientInnen eine Kostenbeteiligung gefordert, die sich nach der Höhe des Einkommens, bzw. der Pension und des Pflegegeldes richtet. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der KlientInnen werden dabei berücksichtigt. Bei stationären Aufenthalten darf nur am Aufnahme- und Entlassungstag eine Betreuung durch die Übergangspflege verrechnet werden.

2.3.6.1 Ziele der Einrichtung

- Den Übergang vom stationären in den häuslichen Bereich zu ermöglichen, bzw. zu erleichtern
- Krankenhausaufenthalte zu verkürzen
- unerwünschte Heimaufenthalte zu verhindern oder zu verzögern
- älteren psychisch kranken Menschen ein würdiges Leben in der gewohnten Umgebung bieten
- Angehörige beraten und entlasten.

2.3.6.2 KlientInnen

sind Personen ab 65a, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung (Demenz, Depression, schizoaffektive Erkrankungen, Substanzabhängigkeit) oder ihrer sozialen Beeinträchtigung Schwierigkeiten bei der Bewältigung des gewohnten Alltags haben. Derzeit sind 130 KlientInnen in Betreuung, ca. 40% der KlientInnen leiden an einer dementiellen Erkrankung.

2.3.6.3 Team (Anzahl der tirolweit beim Verein Angestellten)

- dreizehn diplomierte psychiatrische Pflegepersonen (Koordination mobiler Bereich, mobile Betreuung, Telefonberatung, Moderation der Selbsthilfegruppe)
Da der Aufgabenbereich als große Herausforderung gesehen wird und ein hohes Ausmaß an Selbstorganisation, Selbstcoaching, psychiatrische und soziale (kommunikative) Kompetenz der MitarbeiterInnen gefordert sind, werden keine „Frischdiplomierten“ beschäftigt.
- elf PflegehelferInnen (mobile Betreuung)
- eine Psychologin (Leitung und Koordination Tageszentrum, Betreuung Tageszentrum, Telefonberatung)
- eine Pädagogin (Betreuung Tageszentrum)
- SozialarbeiterInnen (sind als Honorarkräfte beschäftigt, die bei sozialarbeiterischen Aufgabenstellungen herangezogen werden).

2.3.6.4 Angebote der Übergangspflege Innsbruck

1. **ambulanter Bereich** (mobile Betreuung der KlientInnen)

Der *ambulante Bereich* hat eine aufsuchende Struktur, es ist dafür eine fachärztliche Zuweisung nötig, der Kontakt erfolgt meist durch die regionalen psychiatrischen Abteilungen, meist schon während des stationären Aufenthaltes. Die Überleitung vom stationären Bereich in die ambulante Betreuung wird durch die SozialarbeiterInnen des Krankenhauses initiiert, und wird von der Übergangspflege in Kooperation mit den StationsärztInnen und den Vertrauenspersonen (den Angehörigen) der erkrankten Person durchgeführt.

Ablauf der ambulanten Betreuung

Die ambulante Betreuung gerontopsychiatrischer KlientInnen der Übergangspflege Tirol wird exemplarisch an der Tätigkeit des Teams in Innsbruck dargestellt.

Die Bereichsleiterin ist eine diplomierte psychiatrische Pflegeperson und führt beim Erstkontakt ein umfangreiches Assessment durch (Instrumente: Geriatric Assessment, MMSE). Dieses Assessment wird bei fortgeführter Betreuung einmal jährlich evaluiert. Der Zuweisung einer passenden Betreuungsperson wird viel Zeit gewidmet, da von dem Gelingen der Beziehung zwischen KlientIn und Bezugsperson der Erfolg der Betreuung abhängt. Je nach Biografie, Diagnosegruppe, Schichtzugehörigkeit wird eine Pflegeperson zugewiesen, die für die speziellen Bedürfnisse der KlientInnen besonders geeignet scheint. Diese Hauptbezugsperson fungiert als Primary Nurse und koordiniert alle Bereiche der Betreuung. Bei Bedarf werden der Primary Nurse PflegehelferInnen zugewiesen.

Tätigkeiten mit und für die KlientInnen

- Aktivitäten des täglichen Lebens fördern und unterstützen
- Motivationsarbeit durch Gespräche, Haushaltstraining, Restfähigkeiten fördern (Hobbys, Beruf)
- Gedächtnistraining in Gruppen (spielerisch, nicht leistungsorientiert)
- Therapienachmittag mit Biografiearbeit und sozialtherapeutischer Betreuung
- Medikamenteneinnahme gewährleisten und Wirkung und Nebenwirkung überprüfen
- Angehörige begleiten und Entlastungsmöglichkeiten aufzeigen
- Symptom- und Verlaufsbeobachtung und Dokumentation
- Intervention bei Krisen und unvorhersehbaren akuten Veränderungen

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Hilfe zur sozialen Reintegration und Durchbrechen von Einsamkeit in passenden Gruppen erarbeiten
- Besorgungen erledigen (Einkäufe, Amtswege, etc.).

Die Festlegung der Stundenanzahl für die Betreuung erfolgt durch einen Psychologen des Landes Tirol, der diesen in einem einmaligen Hausbesuch erhebt. Häufig besteht eine Differenz zwischen den von der Pflege geforderten und der vom Land bewilligten Stundenzahl, und es muss ein Antrag auf Erhöhung der Betreuungsstunden gestellt werden. Den bürokratischen Aufwand für diese Vorgangsweise empfinden die zuständigen Betreuungspersonen als hoch. Die mobile Pflege durch die Übergangspflege wird dann beendet, wenn die Betreuung durch andere mobile Dienste (ohne spezielle psychiatrische Widmung) übernommen werden kann. Dauert die Betreuung länger, muss nach einem Jahr ein Neuantrag beim Land gestellt werden.

2. Tagerestherapiezentrum für Demenzkranke

Im Tagerestherapiezentrum, das von Montag bis Freitag ein abwechslungsreiches Programm (Kochen, Erzählkreis, Musik, Biografiearbeit,...) bietet, werden derzeit ca. 60 KlientInnen betreut.

3. Moderierte Selbsthilfegruppe

Die Gruppe für Angehörige von gerontopsychiatrischen KlientInnen wird von einem diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpfleger geleitet.

4. Telefonberatung

Die telefonische Beratung kann Tirolweit 2x2h/Woche in Anspruch genommen werden. Sie wurde heuer am 10.6.2008 erstmals eingerichtet. Als BeraterInnen fungieren eine Gerontopsychologin und eine diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester.

5. Gerontopsychiatrischer Pflegekonsiliardienst

Fachmännische Beratung für Pflegepersonen und Angehörige von HeimbewohnerInnen

2.3.6.5 Vernetzung nach außen

Die Übergangspflege ist mit folgenden Kooperationspartnern vernetzt:

- *Krankenhaus* – Überleitung von einer stationären (psychiatrischen) Einrichtung in den extramuralen Bereich

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- *Gedächtniskliniken (Uniklinik Innsbruck, Hall, Kufstein)*
- *FachärztInnen*
- *praktische ÄrztInnen*
- *ambulante Dienste*
- *Krankentransport*
- *Privates Transportunternehmen: Zusammenarbeit mit örtlichem TAXI-Unternehmen, da der Krankentransport für die KlientInnen zu kostspielig ist. Es werden „Sammel-taxis“ verwendet, die die KlientInnen abholen und wieder nach Hause bringen, die Fahrer - es fahren immer dieselben Chauffeure, um den Demenzkranken Sicherheit zu vermitteln - werden von der Bereichsleiterin kurz zum Umgang mit Demenzkranken eingeschult und können bei Problemen Beratung von den psychiatrischen Pflegeper-sonen erhalten.*

2.3.6.6 Adresse Trägerverein

Verein VAGET - Verbund außerstationärer gerontopsychiatrischer Einrichtungen Tirols
Schmiedtorgasse 5
6060 Hall in Tirol

Tel.: 05223/ 56 068

E-Mail: kontakt@vaget.at

www.vaget.at (Homepage im Aufbau)

2.3.7 Tagesklinik Otto Wagner Spital (Pavillon 14)

Ein Projekt, das 2001 mit dem Gesundheitspreis der Stadt Wien ausgezeichnet wurde, aber nicht mehr weitergeführt wird.

Die Tagesklinik auf Pavillon 14/3 ist Teil des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe in 1140 Wien, und wird vom Wiener Krankenanstaltenverbund finanziert. Die Tagesklinik wurde bis 2006 als *gerontopsychiatrische* Einrichtung geführt, ist aber mittlerweile der teilstationären Versorgung *allgemeinpsychiatrischer* KlientInnen gewidmet, und es werden seither nur mehr einige wenige gerontopsychiatrisch erkrankte Personen betreut. Die Gründe für die Umwidmung werden im Abschnitt Projektverlauf dargestellt.

2.3.7.1 Ziele der gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Die Zielsetzung der Tagesklinik war es, *in Krisensituationen* (Eskalationen durch kognitive Störungen, Verhaltensänderungen wie Aggression, Unruhe, Umherwandern, Schlafstörungen und durch psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen, Verkennungen, Halluzinationen) *Langzeithospitalisierungen* in Spitals- oder Pflegeeinrichtungen *präventiv entgegenzuwirken* und einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

2.3.7.2 KlientInnen der gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Personen mit einer Diagnose aus dem dementiellen Formenkreis, aber auch mit einer Diagnose aus dem gesamten gerontopsychiatrischen Bereich.

2.3.7.3 Angebote

Das therapeutische Angebot fand im Rahmen eines ritualisierten Tagesablaufes statt. Dabei bestand die Möglichkeit, aus einem breitgefächerten Programm zu wählen. Die meisten Aktivitäten fanden in Gruppen statt, es gab aber selbstverständlich auch die Option sich zurückzuziehen. Das Behandlungsangebot war so konzipiert, dass individuell auf die jeweiligen medizinisch/ therapeutischen Bedürfnisse der Patienten eingegangen werden konnte.

2.3.7.4 Team

- Ein/e FachärztIn
- Ein/e PsychologIn
- Fünf diplomierte psychiatrische Pflegepersonen
- Ein/e SozialarbeiterIn
- Ein/e MusiktherapeutIn
- Ein/e ErgotherapeutIn
- Ein/e PhysiotherapeutIn

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

2.3.7.5 Projektverlauf

Der Tagesklinik gelang es nicht den hohen Behandlungsbedarf in tatsächliche PatientInnen-aufnahmen umzusetzen, was die Verantwortlichen auf die Stigmatisierung des psychiatrischen Krankenhauses („Am Steinhof“) zurückführen. Die Auslastung war trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit gering. Es erfolgten zwar Zuweisungen von PatientInnen, die im Krankenhaus stationär behandelt worden waren, aber kaum Überweisungen von außerhalb der Klinik. Hinzu kam, dass die Tagesklinik, die im ersten Stock des Hauses liegt, nicht mit einem Lift erreicht werden kann, sodass der Standort für gehbehinderte oder immobile PatientInnen (RollstuhlbenutzerInnen) ungeeignet war.

2.3.7.6 Adresse

Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital
Baumgartner Höhe 1
1140 Wien

Tel. 01/910 60 – 0

mail: ows@wienkav.at

www.wien.kav.at/ows

2.4 Literatur-Recherche: Modellprojekte und Initiativen aus dem Ausland

2.4.1 Einleitung

Die Zunahme der Zahl älterer Menschen und damit auch das Ansteigen von Demenzerkrankungen ist ebenso wie die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen nicht nur in Österreich, sondern auch international gesehen ein Problem, das Gesundheitspolitik wie Gesundheitsberufe zu raschem und energischem Handeln herausfordert. So wird etwa in Großbritannien von einer „impending crisis in long-term care of people with dementia“ gesprochen;¹⁹ Gingrich und Egge aus den USA geben einem Artikel den Titel „Developing a national Alzheimer’s strategy equal to the epidemic“.²⁰ Vielerorts wird nach Mitteln und neuen Wegen gesucht, um die genannte Problematik in den Griff zu bekommen.

Das Ziel dieser Literaturrecherche ist es, anhand von Modellprojekten und Beispielen aus dem internationalen Raum Möglichkeiten aufzuzeigen, wie bei der Pflege und Versorgung demenzkranker Menschen Ressourcen vernetzt werden können. Selbstverständlich kann eine solche Zusammenstellung nicht lückenlos sein; wir haben uns jedoch bemüht, möglichst viele verschiedene Aspekte der Integration von Ressourcen einzubeziehen. Die ungleiche Verteilung der Darstellungen auf einzelne Staaten hängt unter anderem damit zusammen, dass Länder wie etwa die USA sehr stark unter den englischsprachigen wissenschaftlichen Publikationen vertreten sind, wogegen andere aus verschiedenen Gründen, etwa infolge sprachlicher oder finanzieller Barrieren, erst aufholen müssen.

„Integrierte Versorgung“ ist ein im deutschen Sprachraum gebräuchlicher Ausdruck zur Initiierung von Verbesserungen im Bereich des Gesundheitswesens, der eine Verwandtschaft mit vielen internationalen Entwicklungen und den entsprechenden Benennungen aufweist, dem jedoch international kein wörtliches Äquivalent entspricht. Zu nennen wäre etwa *Care Management* bzw. *Managed Care*, *Disease Management* oder *Case Management* bzw. *Guided Care*, *Keyworking*, *Trajekt-* oder *Pathway-Management*. Durch die Anwendung dieser Modelle sollen Leistungen vernetzt und damit Doppelgleisigkeiten vermieden und Kosten gespart werden; die Schnittstellenproblematik, etwa zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung soll entschärft, interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert, Unterstützungsmöglichkeiten für die Betroffenen und ihre Angehörigen transparenter gemacht und dadurch letztendlich eine bestmögliche Versorgung der Kranken flächendeckend gewährleistet werden.²¹

¹⁹ Vgl. A. MacDonald/B. Cooper, 2007 und P. Murdoch, 2007

²⁰ N. Gingrich/R. Egge, 2007

²¹ Vgl. z. B. A. Schwiedernoch/E.L. Özyurt, 2004, S.8-13 oder die Darstellung der deutschen Kassenärztlichen Bundesvereinigung, online im WWW unter URL <http://www.kbv/koop/8777.html> <download 29.06.08>

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Es kann nicht Aufgabe dieser Literaturzusammenstellung sein, die einzelnen Begriffe, die nicht immer einheitlich gebraucht werden, und ihre verschiedenen Definitionen zu analysieren und Überschneidungen bzw. Unterschiede herauszuarbeiten; dies würde den vorgegebenen Rahmen bei weitem sprengen. Sinnvoll erscheint uns jedoch, anhand einiger grundlegender Aspekte kurz das Spannungsfeld zu skizzieren, in dem sich diese Konzepte zunächst einmal theoretisch bewegen, das jedoch vor allem bei der Umsetzung in die Praxis in den Blick genommen werden muss, wenn unrealistische Erwartungen vermieden und eine erfolgreichende Kooperation verschiedener Player im Gesundheitswesen erreicht werden soll.

Das erste und auffallendste Spannungsfeld ist das zwischen Interessen der „Nutzer“ (PatientInnen, KlientInnen, Angehörige) und den Interessen der Institutionen. Dies lässt sich gut am Dualismus Case Management – Care Management/Managed Care darstellen. Viele der in diesen beiden Ansätzen empfohlenen Maßnahmen etwa zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten oder zur Überbrückung von Schnittstellen können beiden Gruppen Vorteile bringen. Dennoch liegt die Betonung beim Case Management eher auf der Begleitung und Unterstützung einzelner Personen und Familien durch die verschiedenen Stationen des Gesundheitswesens und auf der Kontinuität ihrer Versorgung über die Zeit hinweg, während bei Care Management die Bereitstellung bedarfsgerechter Dienstleistungen und die Integration von Dienstleistungen verschiedener Anbieter auf der organisatorischen Ebene im Vordergrund stehen.²² Zu einer echten Verbesserung der Versorgung im Gesundheitswesen kann es jedoch unserer Meinung nach nur dann kommen, wenn die Interessen beider Gruppen berücksichtigt werden, wenn das Ziel also eine Win-win-Situation ist. Maßnahmen, die die Chancen für die Kranken und ihre Angehörigen etwa nur in die „Begründungsrhetorik“²³ einbeziehen würden, wären ebenso zum Scheitern verurteilt wie Bemühungen, die auf die Interessen der Betroffenen ausgerichtet sind, dabei jedoch die Grenzen der dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel übersehen.

Ein zweites Spannungsfeld lässt sich zwischen den einzelnen Disziplinen ausmachen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird nur sehr selten gelehrt. Auch wurden die meisten Innovationen zur Verbesserung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im deutschsprachigen Raum nur innerhalb der Medizin oder innerhalb der Pflege geschaffen, nicht interdisziplinär.²⁴ Oft steht ein krankheits- und im engen Sinn medizinisches Verständnis einem weiter gefassten Ansatz gegenüber, in dem auch psychische und soziale Faktoren eine bedeutende Rolle spielen; Medizin steht gegen Psychologie oder Soziologie, „cure“ steht gegen „care“. Schaeffer und Ewers machen darauf aufmerksam, dass besonders zwischen Medizin und Pflege eine effektive Kooperation sehr oft von Hierarchie und Statusgefälle und von der Auffassung von Pflege als ärztlicher Assistenzdisziplin behindert wird. Diese

²² Vgl. auch E. Seidl et al., 2007a, S.125

²³ Vgl. D. Schaeffer/M. Ewers, 2006, S.198

²⁴ Vgl. D. Schaeffer/M. Ewers, 2006, S.201

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Hindernisse zu überwinden erfordert einen längeren Lernprozess. Dies gilt für alle Disziplinen.²⁵

Drittens wird vor allem in der deutschen Diskussion noch ein weiteres Spannungsfeld sichtbar. Bei Zusammenschlüssen verschiedenster Institutionen auf lokaler oder regionaler Basis wird es häufig dazu kommen, dass Organisationen miteinander kooperieren müssen, die zueinander in Konkurrenz um die KlientInnen stehen. Eine solche Zusammenarbeit ist nicht selbstverständlich. Auch sollen keine neuen Strukturen entstehen, sondern bestehende zur Entwicklung Integrierter Versorgung genützt werden; daher wird diskutiert, wie die Neutralität dieser zentralen Stelle garantiert werden kann. Nur wenn diese Organisationen davon überzeugt sind, dass von einer Kooperation alle profitieren können, wird es möglich sein, die verschiedenen Ressourcen erfolgreich zu verknüpfen.²⁶

Da ein Großteil der Literatur über „Managed Care“ oder ähnliche der Integrierten Versorgung nahestehende Konzepte aus den USA, Kanada oder Großbritannien stammt, ist bei der Beurteilung in Betracht zu ziehen, dass sich das dortige Gesundheitswesen stark von den österreichischen oder auch deutschen Verhältnissen unterscheidet. Um nicht Projekte nebeneinander zu stellen, die unter ganz anderen strukturellen Bedingungen entstanden sind, haben wir eine Einteilung nach Ländern gewählt. Dennoch wird bei überblicksmäßiger Betrachtung der einzelnen Projekte deutlich, dass sich gewisse Probleme und Problemlösungen wiederholen und daher als länderübergreifend anzusehen sind, wodurch sie an Relevanz auch für Neustrukturierungen im österreichischen Gesundheitswesen gewinnen.

²⁵ Vgl. D. Schaeffer/M. Ewers, 2006, S.202-203 und 205

²⁶ Vgl. D. Schaeffer/A. Kuhlmei, 2008a, S.83 oder S. Pogadl/R. Pohlmann, 2008, S.90

2.4.2 Projekte aus den USA - Ausbau von „Managed Care“

In den USA ist „Managed Care“ die derzeitige Regelversorgung.²⁷ Die Idee geht bis in die 1920er und 1930er Jahre zurück,²⁸ sie hat sich unter dem Druck wachsender Gesundheits- und Sozialausgaben entwickelt. Das Konzept beinhaltet eine zumindest partielle Integration von Leistungsfinanzierung und -erstellung. „Aufgrund der Vielfalt an Instrumenten und Organisationsformen, die in den unterschiedlichsten Varianten in der Praxis kombiniert werden, ist es kaum möglich, generelle Aussagen über Managed Care zu machen. Hauptziel von Managed Care ist es jedoch die Kosten zu senken bzw. zumindest auf gleichem Niveau zu halten und gleichzeitig die Qualität zu steigern.“²⁹

Ein Grundgedanke, der einer Reihe neuerer US-amerikanischer Projekte zugrunde liegt, die das Konzept der „Managed Care“ speziell für die Versorgung demenzkranker Menschen adaptieren,³⁰ ist, dass die Versorgung durch eigene Familienangehörige wesentlich weniger Kosten für das Gesundheitswesen verursacht als die Versorgung in Institutionen – abgesehen davon, dass dies auch den Wünschen der meisten Kranken entspricht. Es wird geschätzt, dass die direkten Kosten der gemeindenahen Versorgung 4 1/2mal geringer sind als die Kosten der institutionellen Versorgung und dass ein einziger Monat, um den sich die Übersiedlung in ein Pflegeheim verzögern lässt, pro demenzkranker Person \$ 2029 an Ersparung bringt.³¹ Daher werden unter anderem Projekte gefördert, die die pflegenden Angehörigen entlasten sollen, was meist in interdisziplinärer Zusammenarbeit geschieht, wodurch auch neue bzw. kostengünstigere Ressourcen erschlossen werden sollen. Eine Langzeitstudie von Mittelman et al. an der New York University, die einen Zeitraum von achtzehn Jahren umfasste, hat das Ergebnis erbracht, dass sich die Überstellung von Alzheimer-Kranken in Langzeitpflege durch geeignete Unterstützung der pflegenden Angehörigen im Durchschnitt um eineinhalb Jahre verschieben ließ.³²

Durch eine frühe Diagnosestellung und entsprechende Schulung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen hofft man auch, einen Teil der Kosten vermeiden zu können, die dadurch entstehen, dass die Behandlung der häufig neben der Demenz bei älteren Menschen bestehenden weiteren Erkrankungen bei dieser Personengruppe weitaus teurer zu stehen kommt als bei Menschen, die nicht demenzkrank sind. Gründe für diese höheren Kosten sind unter anderem die größere Häufigkeit und längere Dauer von Krankenhausauf-

²⁷ Vgl. A. Schwiedernoch/E.L. Özyurt, 2004, S.11

²⁸ Vgl. D.M.Bass et al., 2003, S.73

²⁹ A. Schwiedernoch/E.L. Özyurt, a.a.O.; vgl. auch R.E.Zambrana et al., 2004, S.SP38-SP39

³⁰ Im Jahr 1999 schrieben H. Fillit et al. über die Situation in den USA: „... to date most managed care organizations (MCOs) have failed to focus on the potential challenges of caring for large numbers of patients with dementia“ (S.317).

³¹ Vgl. J. Leon et al., 1998 und die Zusammenstellungen bei D.P. Rice et al., 2001 und bei R.G. Stefanacci, 2007, S.203

³² Vgl. M.S. Mittelman, 2006, S.1596-1597

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

enthalten oder Notfallaufnahmen bei demenzkranken Menschen, Probleme bei der Compliance oder die mangelnde Fähigkeit der Kranken, Symptome zu verbalisieren.³³

Eine weitere Zielgruppe für Projekte in den USA sind die praktischen Ärzte, insbesondere auf dem Land, die Hilfestellung bei der Diagnostizierung und Behandlung von Demenzerkrankungen erhalten und/oder bei der Wahrnehmung psychosozialer Aufgaben durch andere Berufsgruppen unterstützt werden sollen. Unter anderem sollen durch eine frühe Erkennung der Erkrankung und eine entsprechende medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlung die Symptome der Demenz gemildert oder hinausgeschoben werden, wodurch wiederum eine Einsparung bei den Leistungen der Anbieter im Gesundheitswesen angestrebt wird.

Ein dritter Ansatzpunkt besteht darin, dass bereits funktionierende Managed-Care-Organisationen (kurz MCOs genannt) einen oder mehrere weitere Kooperationspartner suchen, deren Tätigkeit speziell auf Demenzkranke ausgerichtet ist, etwa die lokale Alzheimergesellschaft, so dass Leistungen noch weiter gebündelt werden können.

Bei den meisten der in der Literatur geschilderten Projekten greifen diese verschiedenen Ansatzpunkte – Ansatz bei den Angehörigen, den praktischen Ärzten oder durch weitere Kooperationen der MCOs – ineinander und die einzelnen Maßnahmen sind komplementär gedacht, auch wenn bei den konkreten Projekten der eine oder andere Gesichtspunkt im Vordergrund steht. Manche Projekte gehen von den kooperierenden Organisationen aus, andere wurden von Forschergruppen an Universitäten initiiert; einige sind sehr komplex, andere nehmen nur den einen oder anderen Gesichtspunkt in den Blick. Es ist hier nicht möglich, all die verschiedenen Facetten der einzelnen Projekte systematisch zu behandeln oder diese zu kategorisieren, wir heben bei der Beschreibung vielmehr jene Punkte hervor, die Anregungen für die Realisierung Integrierter Versorgung für demenzkranke Personen und deren Angehörige in Österreich bieten könnten. Vollständigere Informationen über die einzelnen Initiativen und Kooperationen können den Originaldarstellungen entnommen werden, die in den Fußnoten bzw. im Literaturverzeichnis angegeben sind.

³³ Vgl. z. B. E.A. Coleman/P.D.Fox, 2002, S.36-37

2.4.2.1 Modellprojekte und Initiativen zur Integrierten Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen

2.4.2.1.1 „Cleveland Alzheimer’s Managed Care Demonstration“

Die Alzheimer-Gesellschaft übernimmt nichtmedizinische Aufgaben

In einem „randomized controlled trial“ überprüften Bass et al. die Wirkungen einer einjährigen Zusammenarbeit zwischen einer großen Institution im Gesundheitswesen, die nach den Regeln der „managed care“ arbeitet, mit der lokalen Alzheimer-Gesellschaft. Ausgangspunkt des Projekts war die Überlegung, dass Information und Unterstützung Demenzkranker und ihrer Angehörigen bei der Bewältigung der Krankheit zwar zu den Grundsätzen der „managed care“ gehören, dass diese „nichtmedizinischen“ Leistungen jedoch aus Kostengründen häufig nicht erbracht oder auf eine kleine Gruppe von RisikopatientInnen beschränkt werden. Durch die Einbeziehung einer Organisation wie der Alzheimer-Gesellschaft, deren Verwaltungskosten niedriger sind und die mit Freiwilligenarbeit und Spenden rechnen kann, sollten die Betroffenen gut informiert und beraten werden, was letztendlich nicht nur zu deren größeren Zufriedenheit, sondern auch zu geringerer Notwendigkeit verschiedener medizinischer Leistungen und damit zu einer Kostenersparnis der „Managed-Care-Organisation“ führen sollte.

In der hier beschriebenen US-amerikanischen Studie übernahm die Alzheimer-Gesellschaft eine Beratungsaufgabe, und zwar eine „care consultation“ in Form einer kontinuierlichen telefonischen Intervention, die auf langjährigen Forschungserfahrungen aufbaute und ein Empowerment der betroffenen PatientInnen und ihrer Familien zum Ziel hatte. Die BeraterInnen arbeiteten partnerschaftlich mit den Familien zusammen, halfen ihnen, persönliche Stärken und Ressourcen aufzuspüren, informierten sie über angebotene Dienste und entwickelten mit ihnen gemeinsam einen individuellen Pflege- und Betreuungsplan („care plan“). Je nach Bedarf waren diese Kontakte öfter oder seltener; in Krisenzeiten waren manchmal tägliche Gespräche nötig, in anderen Fällen reichten nach dem Assessment einige Folgegespräche. Im Durchschnitt erfolgten diese Kontakte mit den PatientInnen und/oder den pflegenden Angehörigen zehnmal pro Jahr. Häufig wurden auch andere Angebote der Alzheimer-Gesellschaft – wie etwa Trainingsprogramme, Selbsthilfegruppen oder ein Projekt zur sicheren Heimkehr herumirrender Kranker – in das Programm einbezogen. Die Beratung war für die Demenzkranken und ihre Familie mit keinen Kosten verbunden.

Die Ergebnisse der Untersuchung, die mit Hilfe von Interviews mit PatientInnen und Angehörigen sowie aus der medizinischen Dokumentation gewonnen wurden, zeigten eine Reihe von Vorteilen dieser Form der Beratung auf. In der Interventionsgruppe fühlten sich die Kranken weniger mit ihren Gedächtnisproblemen allein gelassen und berichteten über weniger Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Situation als in der Kontrollgruppe. PatientInnen der Interventionsgruppe, die schwerer behindert waren, benötigten weniger Arztbesuche, weniger Notfallbehandlung und wiesen weniger Krankenhausaufnahmen auf als die korres-

pondierenden PatientInnen in der Kontrollgruppe. Sie waren auch zufriedener mit den Leistungen der „Managed-Care-Organisation“, zeigten ebenso wie die sie pflegenden Angehörigen weniger Symptome von Depression und waren weniger belastet.³⁴

2.4.2.1.2 „Caregivers Alternatives to Running on Empty“

FamilienberaterInnen bauen Netzwerke auf

Dieses Beispiel aus den USA ist vor allem deshalb bemerkenswert, weil es aufzeigt, dass die Formen, die eine integrierte Versorgung zweckmäßigerweise annimmt, je nach lokaler Bedarfslage sehr verschieden sein können und es nicht zielführend sein dürfte, ein und dasselbe Modell in allen Teilen eines Landes anzuwenden. Das hier beschriebene, auf Demenzkranke ausgerichtete Projekt wird im Bundesland North Carolina an drei verschiedenen Standorten durchgeführt. Es trägt die Bezeichnung „C.A.R.E.“ (Caregiver Alternatives to Running on Empty) und soll jene Familien in die Versorgung einbinden, die aus verschiedenen Gründen – etwa geringem Einkommen, weit abgelegenen Wohnsitz am Land oder ethnischer Herkunft – besonders „vulnerabel“ und daher bisher zu kurz gekommen sind.

An allen drei Standorten läuft das Programm in der Form, dass ein „Familienberater“ (family consultant), dessen berufliche Ausbildung nicht näher beschrieben wird, die Dienstleistungen koordiniert. Diese sollen pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen Entlastung bringen, wofür die Betroffenen einen gewissen Zeitraum hindurch auch einen finanziellen Beitrag erhalten. Alle drei Familienberater haben in ihrem Gebiet seit dem Beginn des Projekts im Jahr 2001 – der Artikel erschien im Jahr 2007 – ein Netzwerk von unterstützenden Diensten aufgebaut. Mit diesen FamilienberaterInnen und mit anderen ExpertInnen führten die AutorInnen der Studie halbstrukturierte Interviews durch, um zu untersuchen, welche spezielle Form das Projekt an den einzelnen Standorten angenommen hat.

Am Standort Asheville hat sich gezeigt, dass es zwei unterschiedliche Bevölkerungsgruppen waren, die die Hilfe des Projekts C.A.R.E. benötigten. Einerseits waren dies dort schon lange lebende Familien in ärmlichen Wohnvierteln, deren Mitglieder meist in der Fabrik arbeiteten. Die alten Leute hatten wenig Ressourcen, um die Alzheimer-Erkrankung bewältigen zu können; die jüngere Generation kämpfte um ihr eigenes finanzielles Bestehen und überließ die Sorge für den demenzkranken Menschen meist dessen Ehepartnerin/Ehepartner. Die zweite Gruppe bestand aus in die Region zugewanderten Menschen; ihnen ging es meist finanziell besser, doch hatten sie häufig keine Angehörigen in der Nähe, die sie hätten unterstützen können, und kannten sich auch in den lokal zur Verfügung stehenden Hilfsdiensten nicht gut aus. In beiden Gruppen widerstrebte es vielen pflegenden Angehörigen zunächst, Hilfe anzunehmen; der Familienberater war oft der erste Mensch, mit dem sie über ihre Sorgen

³⁴ Literatur zu diesem Projekt: D.M. Bass et al., 2003, und P.A. Clark et al., 2004

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

sprechen konnten. Die meisten waren auch froh, wenn es die Organisation übernahm, für sie „respite care services“³⁵ zu suchen, und sie dies nicht selbst tun mussten.

In Asheville übernahm der Familienberater nach einiger Zeit auch eine führende Position in der Alzheimer-Gesellschaft; er empfand diese Doppelfunktion als Vorteil. Als besonders problematisch in dieser Region erwies sich der Mangel bzw. die ungleiche örtliche Verteilung an demenzspezifischen Hilfsprogrammen und Hauskrankenpflegeorganisationen. So verwendet ein Teil der KlientInnen des Projekts die ihnen gewährten Mittel für die Finanzierung privater Hauskrankenpflege, ein anderer Teil für Transportkosten zu weiter entfernten Orten. Der Familienberater in Asheville hat mit einer Reihe lokaler Anbieter passender Gesundheitsdienste – insgesamt waren es 45 verschiedene Anbieter innerhalb der ersten fünf Jahre – Verträge abgeschlossen, so dass zum Beispiel an einigen Orten Hospizdienste oder ein Nachtspital für demenzkranke Menschen zur Verfügung stehen. Als größte Herausforderung wird an diesem Standort die wachsende Nachfrage an demenzspezifischen Diensten angesehen. Bestehende Kontakte sollen daher ausgebaut und neue Wege der Finanzierung gefunden werden.

Der Familienberater am zweiten Standort, Winston-Salem, beschreibt die KlientInnen des C.A.R.E.-Programms ebenfalls als zu zwei unterschiedlichen Gruppen gehörend. Zunächst richtete sich das Programm an die Familien der städtischen afroamerikanischen Gemeinde, wobei sich die enge Zusammenarbeit mit deren Kirchen als äußerst hilfreich erwies. Im Rahmen dieser Kirchen finden Informationsveranstaltungen und Trainingskurse für pflegende Angehörige statt. Später zeigte sich, dass noch eine andere Gruppe die Hilfe von C.A.R.E. benötigte, nämlich die hauptsächlich weiße Bevölkerung im angrenzenden ländlichen Gebiet. In beiden Gruppen mangelte es an Information, das schriftliche Material über die Alzheimer-Krankheit wurde oft nicht verstanden und Basisinformation über das Funktionieren des amerikanischen Gesundheitswesens erwies sich als notwendig. Um an die zweite Gruppe heranzukommen, waren ganz andere Strategien nötig als in der afroamerikanischen Gemeinde. Häufig führte hier der einzige Weg über lokale Anbieter von Gesundheitsdiensten, die in Frage kommende Personen an die Organisatoren des Projekts überwiesen. Hilfreich war auch private „Mundpropaganda“.

Auch am Standort Winston-Salem besteht eine Zusammenarbeit mit der Alzheimer-Gesellschaft, die reichhaltige Programme anbietet. Besonders in den ländlichen Gegenden bringt dies viele Vorteile, da es dort unter den im Gesundheitswesen Tätigen nicht sehr viele Menschen gibt, die Erfahrung mit der Diagnosestellung einer Demenz haben. An diesem Standort bemüht man sich besonders darum, die Krankheit Demenz ins öffentliche Bewusstsein zu rücken, denn sie wird nur all zu oft als private Familienangelegenheit betrachtet. Ist

³⁵ Unter „respite care“ versteht man eine vorübergehende Entlastung pflegender Angehöriger, auf Deutsch meist als Kurzzeitpflege bezeichnet. „Respite care“ kann in eigenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen, in Pflegeheimen oder auch in häuslicher Umgebung erfolgen.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

erst einmal in der Gemeinschaft Verständnis geweckt, kann mit dem individuellen Assessment begonnen werden. Den Familien werden je nach Bedarf entlastende Hilfsangebote vermittelt, die entweder vom Projekt selbst geboten werden oder aber bereits vorhandene lokale Dienste sind, die den Betroffenen vorher nicht bekannt waren. Mit 27 verschiedenen Anbietern von Gesundheitsdiensten wurden Verbindungen geknüpft, an 35 Einrichtungen steht Kurzzeit- oder Nachtpflege zur Verfügung. Schwieriger als in der Stadt ist es allerdings am Land, ein Netzwerk zu knüpfen, da dort bisher nur wenige professionell geführte Einrichtungen zur Verfügung stehen. Eine enge Zusammenarbeit mit den „Area Agencies on Aging“ (AAA's) ist geplant, um die KlientInnen am Land gut versorgen zu können. In der Stadt will man auf dem Vertrauen der afroamerikanischen Gemeinde weiter aufbauen. Vom Gebrauch des Wortes „respite“ (wörtlich: Ruhepause, Erholung) hat man an diesem Standort Abstand genommen, da dieser Begriff bei der dortigen Klientel wenig Sinn macht.

Am dritten Standort, Charlotte, war C.A.R.E. das erste Projekt mit demenzspezifischen Angeboten. Die meisten KlientInnen leben in ärmlichen städtischen Gebieten, dort finden auch die meisten Schulungskurse statt. Auch hier kommt ein großer Anteil der Klientel aus der afroamerikanischen Bevölkerung, doch wendet sich auch eine wachsende Anzahl von Veranstaltungen an die in diesem Gebiet zunehmende latinoamerikanische Bevölkerung. Das Projekt C.A.R.E. arbeitet hier innerhalb der Infrastruktur der Regierung des Landkreises (County government), die über gute personelle Ressourcen wie z. B. einen Pool an ausgebildeten SozialarbeiterInnen verfügt. Das Hauptaugenmerk gilt hier der direkten „respite care“. Gemeinsam mit der lokalen Alzheimer-Gesellschaft werden die betroffenen Familien, aber auch das Personal der Provinzregierung in der Pflege und Versorgung demenzkranker Menschen geschult. Dies ist besonders für die spanisch sprechende Bevölkerung wichtig, da in dieser die Pflege durch Familienangehörige über große Entfernungen hinweg sehr verbreitet ist.

Trotz aller Unterschiede in Struktur und Arbeitsweise existieren wichtige Gemeinsamkeiten zwischen den Standorten. So wird eine enge Zusammenarbeit mit lokalen Institutionen überall als integrale Komponente der Arbeit mit dem C.A.R.E.-Programm angesehen. Um die Kontakte herzustellen, war viel Geduld, Ausdauer und Flexibilität nötig; dann mündeten diese Bemühungen jedoch in starke Partnerschaften, die dem Bedarf der in den Blick genommenen Klientenschaft entgegenkommen können. An allen Standorten wurden wichtige Finanzquellen erschlossen. Ein zweiter wichtiger gemeinsamer Punkt betrifft die Benützung existierender Infrastrukturen, ein dritter die Notwendigkeit der Ausweitung des Programms über die zunächst angezielte Gruppe hinaus. An allen drei Standorten hat die Bekanntheit und die Nachfrage zugenommen. Wie es weitergehen wird, hängt von der Finanzierung ab. Wenn die staatliche Finanzierung nicht verlängert wird, muss man sich nach anderen Finanzquel-

len umsehen, etwa nach einer Finanzierung durch den Bundesstaat oder durch private Organisationen.³⁶

Erwähnt werden soll hier noch – eine genauere Darstellung würde den Rahmen der vorliegenden Literaturübersicht sprengen – ein Programm, das in verschiedenen US-amerikanischen Städten Anwendung fand und die Notwendigkeit verdeutlicht, ein und dasselbe Projekt an verschiedenen Standorten auch innerhalb desselben Landes je nach lokalem Bedarf in unterschiedlichen Formen zu konkretisieren. Beim sogenannten REACH-Programm geht es um Interventionen zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Wir haben einige wichtige Punkte dieses Programms im Buch „Pflegerische Angehörige im Mittelpunkt“ dargestellt.³⁷

2.4.2.1.3 „Maine Alzheimer’s Project“

Ein Projekt für den ländlichen Raum

Turyn beschreibt ein Projekt, das in den ländlichen Gebieten des USA-Bundesstaates Maine zur Unterstützung von Alzheimer-Kranken und deren Familien realisiert wurde. Es bestätigte sich dabei, dass sich die Anforderungen an das Gesundheitswesen am Land beträchtlich von denen in der Stadt unterscheiden,³⁸ dass aber auch Modelle, die in einem ländlichen Gebiet wirksam sind, dies nicht in allen solchen Gebieten sein müssen. Die Autorin des Artikels schreibt den Erfolg des Programms in erster Linie der überaus großen Flexibilität zu, mit der vorgegangen wurde. Man scheute sich nicht, im Laufe der Realisierung bedeutende Richtungsänderungen vorzunehmen, wo dies nötig erschien.

Eines der ursprünglichen Ziele war die Entwicklung eines „respite“-Programms mit Freiwilligen, das den pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen stundenweise Entlastung bringen sollte. Es gab dafür bereits gut funktionierende Vorbilder und auch die Freiwilligen-Arbeit hatte in Maine Tradition. So wurden drei Standorte ausgewählt, an denen Freiwillige angeworben und geschult werden sollten. Die freiwilligen HelferInnen sollten ungefähr vier Stunden wöchentlich die pflegenden Angehörigen entlasten. Es gab sowohl Bedarf nach solchen Diensten als auch Freiwillige, die sich meldeten, doch zeigte sich nach einigen Monaten, dass das Programm in weiten Gebieten des Bundesstaats Maine nicht funktionieren würde. Einerseits waren vier Stunden in Regionen, in denen man weit fahren musste, um zu einem Einkaufszentrum zu kommen, zu wenig. Schlimmer wog noch, dass in manchen Gebieten, in denen dringender Bedarf herrschte, keine Freiwilligen aufzutreiben waren. Nach etlichen Versuchen änderte man das Programm und stellte auf bezahlte „respite-Dienste“ um. Die pflegenden Angehörigen können eine finanzielle Unterstützung zur Anspruchnahme dieser Dienste erhalten. Dieses Programm erwies sich als wirksam und wurde inzwischen zu einem auf Dauer öffentlich finanzierten Programm.

³⁶ Literatur zu diesem Projekt: C.M. Kelly/I.C. Williams, 2007

³⁷ Vgl. E. Seidl et al., 2007a, S.163 und 218-223

³⁸ Zu den besonderen Anforderungen an Entwicklungsprogramme im Gesundheitsbereich im ländlichen Raum vgl. z. B. C.N. Bull/S. DeCroix Bane, 2001, oder A. Innes, 2006

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Ein weiteres Ziel des Projekts war es, diagnostische und organisatorische Dienstleistungen auf dem Gebiet der Demenzerkrankungen weiten Bevölkerungskreisen zugänglich zu machen. Zu Beginn des Projekts existierte im gesamten Bundesstaat Maine nur ein einziges multidisziplinäres „dementia evaluation team“. Dieses Team bestand aus einem Neurologen, einem Geriater und einem Sozialarbeiter mit Master-Ausbildung. Eine Befragung von ca. 400 Ärzten in Maine hatte ergeben, dass weniger als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte PatientInnen mit Verdacht auf eine Alzheimererkrankung weiter untersuchen ließen. Ebenfalls weniger als die Hälfte der Ärzte gab den PatientInnen schriftliche oder mündliche Informationen über die in der Gemeinde verfügbaren Dienste. Es wurden daher drei zusätzliche Evaluationseinheiten geschaffen. Eine davon, die sich in einem ländlichen und sehr armen Gebiet befindet, wird von Turyn näher beschrieben.

In der genannten Einheit arbeiten sechs multidisziplinäre Teams, bestehend aus je einer Pflegeperson, einem Sozialarbeiter und einem Geriater. Die Pflegeperson und der Sozialarbeiter gehen in die Wohnungen der Personen, bei denen Verdacht auf eine Demenzerkrankung besteht, und führen mit standardisierten Instrumenten ein ausführliches Assessment durch, das auch die Belastung der pflegenden Angehörigen und die gesamte Situation, in der die Pflege stattfindet, beinhaltet. Der Geriater sieht die Resultate dieses Assessments und die Angaben des niedergelassenen Arztes durch. Daraufhin entwickelt das gesamte Team Empfehlungen, die mit dem niedergelassenen Arzt besprochen werden. Bei einem zweiten Besuch in der Wohnung der Kranken teilen Pflegeperson und Sozialarbeiter die Resultate und ihre Empfehlungen mit, informieren die pflegenden Angehörigen über die Demenzerkrankung und ihre Symptome, geben ihnen schriftliche Unterlagen und arrangieren im Bedarfsfall unterstützende Dienste. Die Angehörigen werden ermutigt, bei Problemen jemanden vom Team anzurufen. Einen Monat und vier Monate nach der Evaluierung ruft ein Teammitglied von sich aus an. Dieses Modell hat sich sehr bewährt und dient bereits als Vorbild für andere Bundesstaaten in den USA.

Ein drittes Ziel des Projekts bestand darin, Fortbildungen für die niedergelassenen Ärzte über die Diagnostizierung der Demenzerkrankung und über die den Familien zur Verfügung stehenden Ressourcen zu veranstalten, denn nach wie vor waren es meistens diese Ärzte, von denen die betroffenen Familien zum erstenmal das Wort „Alzheimer“ hörten und von denen sie Informationen erwarteten. Da bundesstaatweite Tagungen für Ärzte auf wenig Interesse stießen, ging man zu Trainingskursen über, die in lokalen Gesundheitszentren auf dem Land veranstaltet werden. Jedes interessierte Gesundheitszentrum kann ein Training anfordern, an dem Ärzte und andere im Gesundheitswesen Tätige teilnehmen. Die Trainer reisen in das Zentrum und halten dort ein individuell je nach Bedürfnissen und Interessen zusammengestelltes Training ab. Zur Verfügung stehen ein Arzt, ein Sozialarbeiter, ein „phy-

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

sician assistant“³⁹ und auf dem Gebiet der Geriatrie spezialisierte Pflegepersonen (eine „geriatric nurse specialist“ und eine „geriatric nurse practitioner“⁴⁰). Das Echo der Gesundheitszentren auf dieses Angebot war äußerst positiv.⁴¹

2.4.2.1.4 *“Interdisciplinary consensus teams”*

Eine Pflegeperson mit akademischer Ausbildung koordiniert Teams zur Betreuung demenzkranker Menschen

In einem anderen Bundesstaat der USA, Indiana, in einem Gebiet, in dem die ältere Bevölkerung zu 68 % aus Frauen und zu 63 % aus Afroamerikanern besteht und in dem viele Menschen höchstens acht Jahre Schulbildung haben, werden zur Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen interdisziplinäre Teams eingesetzt. Ein sogenanntes „interdisciplinary consensus team“ besteht aus einer speziell im geriatrischen Bereich ausgebildeten Pflegeperson (einer „geriatric advanced practice nurse“⁴²), die das Team koordiniert, einem Sozialpsychologen, einem Geriater und einem Gerontopsychiater. Dieses Team arbeitet anhand von Richtlinien Therapieempfehlungen für die einzelnen Kranken aus, die von der „geriatric advanced practice nurse“ dem betreffenden Hausarzt vorgelegt werden. Daneben werden auch psychosoziale Interventionen, etwa Beratung für die Bewältigung des Alltags durch die pflegenden Angehörigen, ausgewählt. Für diese Beratung und Unterstützung der Angehörigen ist die Pflegeperson verantwortlich. Sie hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit zwischen den Patienten, der Familie, dem Hausarzt und dem interdisziplinären Team zu erleichtern. PatientInnen und Angehörige werden darüber hinaus eingeladen, an monatlich stattfindenden Gruppentreffen teilzunehmen, die weitere Beratung und Schulung für die Angehörigen und ein einfaches Übungsprogramm für die Kranken beinhalten.

Nach dem am Beginn stehenden Assessment trifft sich die Pflegeperson mit dem Hausarzt und unabhängig davon mit den Kranken und deren Angehörigen, wobei Fragen gestellt und Probleme diskutiert werden können. Zwei Wochen darauf ruft die Pflegeperson die Angehörigen an, um sich nach der Verträglichkeit der Medikamente zu erkundigen und Fragen zu beantworten. Monatlich findet ein persönliches Treffen zwischen den Angehörigen und der Pflegeperson statt. Die Pflegeperson hat die Möglichkeit, jederzeit mit dem Hausarzt oder mit dem Team Kontakt aufzunehmen; alle Familienmitglieder können die Pflegeperson jederzeit anrufen. Nach zwei Monaten wird der Zustand der Kranken und die Situation der Angehöri-

³⁹ Ein „physician assistant“ ist in den USA eine Person mit einer Ausbildung in Medizin, die jedoch kürzer ist als die normale ärztliche Ausbildung und derzeit meist mit einem Masterabschluss endet. Sie hat ihren Ursprung im militärärztlichen Bereich – vgl. online im WWW unter URL <http://www.pahx.org/index.htm> <download 05.08.2008>

⁴⁰ Eine „nurse practitioner“ ist eine diplomierte Pflegeperson, die eine spezielle Ausbildung – im allgemeinen mit Masterabschluss – absolviert hat und zur Diagnostizierung und Behandlung von Krankheiten berechtigt ist.

⁴¹ Literatur zu diesem Projekt: R.M. Turyn, 2001

⁴² Unter „Advanced Nursing Practice“ versteht man eine erweiterte, vertiefte Pflegepraxis. Eine Advanced Practice Nurse ist eine hochqualifizierte Pflegeperson (meistens mit Masterabschluss) mit besonderer Handlungskompetenz und -autonomie und einer pflegerischen Spezialisierung (vgl. E.Seidl et al., 2007b, S.218)

gen im Team besprochen. Die gesamte Intervention dauert – soweit sie Bestandteil des Randomized Controlled Trials ist – zwölf Monate.

In diesem Modell kommt also der speziell ausgebildeten Pflegeperson eine Schlüsselrolle zu. Die Auswertung in Form eines Randomized Controlled Trials lief zur Zeit der Veröffentlichung des Artikels noch, doch konnten bereits erste Erfahrungen berichtet werden. Die Hausärzte erkannten, dass die Arbeit der Pflegeperson die Wirksamkeit ihrer Tätigkeit erhöht, indem sie oft zeitraubende psychosoziale Aufgaben wahrnimmt, für die ihnen selbst die Zeit fehlt. Sie akzeptieren auch zunehmend häufiger die Diagnose und die Behandlungsempfehlungen des Teams. Zu Beginn des Versuchs reagierten sie häufig erstaunt auf die Diagnose Demenz bei PatientInnen, die sie schon jahrelang behandelten. Andere hatten zwar erkannt, dass eine Demenz vorlag, sie scheuten sich jedoch, die Diagnose zu stellen, weil sie meinten, kaum Hilfe bieten zu können. Auch die Kranken selbst und ihre Familien begrüßen die neue Form der Unterstützung. Die AutorInnen der evaluierenden Studie bewerten die Maßnahmen sehr positiv und ziehen den Schluss: „Collaborative care management, which implements best practices through a team approach that brings additional resources to the primary care environment offers great hope for improving the care of older adults with dementia.“⁴³

2.4.2.1.5 „Kaiser Permanente-Alzheimer’s Association Dementia Care Project“

Unterstützung praktischer Ärzte durch SozialarbeiterInnen

Dieses Projekt, das in erster Linie bei den behandelnden Ärzten ansetzt, wurde in einer Großstadt durchgeführt, und zwar in Los Angeles. Eine große Managed-Care-Organisation schloss einen Vertrag mit der Alzheimergesellschaft der Stadt, um die Versorgung demenzkranker Personen zu verbessern. Für die im betreffenden Gebiet tätigen Ärzte wurden Richtlinien zur Diagnosestellung der Demenz und später auch zum Krankheitsmanagement ausgearbeitet und die Ärzte in der Anwendung dieser Richtlinien geschult. Daneben wurden SozialarbeiterInnen einer speziellen Schulung unterzogen, damit sie die Ärzte bei verschiedenen Aufgaben unterstützen konnten. Sie halfen bei den Assessments, besprachen mit den Familien psychosoziale Aspekte der Pflege oder führten Interventionen zum Umgang mit Verhaltensweisen der Kranken durch.

Die Evaluation der gesetzten Maßnahmen zeigte eine höhere Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen ebenso wie der behandelnden Ärzte mit den Dienstleistungen der Organisation als vor dem Beginn des Projekts. Die Ärzte führten häufiger MMSE-Assessments durch, verwiesen eine größere Anzahl von Kranken an die Alzheimergesellschaft und erfassten häufiger die Fähigkeit zur Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens, die Fähigkeit,

⁴³ Literatur zum Projekt: M. Guerriero Austrom et al., 2005, Zitat: S.42. Vgl. auch M. Guerriero Austrom et al., 2006, und C.M. Callahan, 2006

Entscheidungen zu treffen, eine eventuelle Depression und das Risiko der Kranken, herumzuirren.⁴⁴

2.4.2.1.6 „Chronic Care Networks for Alzheimer’s Disease“

Pflegende Angehörige als wichtige Kooperationspartner

Im Jahr 1995 begannen die US-amerikanische Alzheimer-Gesellschaft und das National Chronic Care Consortium (NCCC)⁴⁵ eine Kooperation, um ein Modell zu entwickeln, einzuführen und zu evaluieren, das die medizinische Behandlung und die Unterstützung demenzkranker Menschen koordinieren sollte. Durch das Modell sollten die Identifikation demenzkranker Menschen, die Diagnosestellung und die ärztliche und nichtärztliche Versorgung der Kranken verbessert werden. Zu den Grundsätzen bei der Entwicklung gehörte, dass das Modell sowohl praktisch realisierbar sein als auch die Bedürfnisse der demenzkranken Person als ganzes und nicht nur ihre Demenzerkrankung berücksichtigen sollte.

Eine wichtige Rolle spielen in diesem Modell die pflegenden Angehörigen. In alle vier Teile des Modells – Identifizierung möglicher Kranker, Assessment zur Diagnosefindung, Krankheitsmanagement, Information und Unterstützung der pflegenden Angehörigen – sind die letzteren involviert.

Da die Angehörigen oft jene Personen sind, die die Zeichen einer Demenzerkrankung als erste bemerken, wurde zur Identifikation demenzkranker Menschen Informationsmaterial erstellt, in dem kurze Listen von Symptomen der Erkrankung enthalten sind. Diese Broschüren werden in ärztlichen Ordinationen und in Warteräumen der Kliniken aufgelegt und in Zeitungsartikeln veröffentlicht. Die Angehörigen werden darin ermutigt, entsprechende Beobachtungen mit dem behandelnden Arzt zu diskutieren. Das Material wird außerdem zur Fortbildung der professionellen HelferInnen benützt.

Außerdem wurde ein kurzer Fragebogen erstellt, indem Angehörige von PatientInnen gefragt werden, ob die behandelte Person Schwierigkeiten in bestimmten Bereichen des täglichen Lebens hat. Zu Beginn bestand die Befürchtung, manche könnten die Fragen oder die Tatsache, dass ihre Angehörigen um das Ausfüllen gebeten wurden, übel nehmen. Es wurde jedoch über keine negative Reaktion berichtet. Die Ergebnisse der Fragebogen lenkten in manchen Fällen die Aufmerksamkeit der Ärzte auf das Vorliegen von Symptomen einer Demenzerkrankung, die sie vorher noch nicht erkannt hatten.

⁴⁴ Literatur zu diesem Projekt: D.L. Cherry et al., 2004. Vgl. auch B.G. Vickrey, 2006, und K.I. Connor, 2008

⁴⁵ Das „National Chronic Care Consortium“ war eine Vereinigung von 30 Organisationen, die auf dem Gebiet der Versorgung chronisch Kranker arbeiten. Im Jahr 2003 musste diese Art „Dachverband“ aus finanziellen Gründen aufgelöst werden (vgl. online im WWW unter URL <http://www.ncccconline.org/about/index.htm>, <download 16.08.2008>). Die auf Grund des geschilderten Projektes eingeführten Programme liefen jedoch teilweise weiter – siehe Kapitel 2.2.2.1.7

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Zunächst hatte die „advisory group“, die aus ÄrztInnen, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und VertreterInnen der Alzheimer-Gesellschaft bestand, ein routinemäßiges Screening aller älteren Personen geplant, die in die teilnehmenden Ordinationen und Kliniken kamen. Man entschied sich jedoch dagegen auf Grund von Konsensuspapieren, in denen aufgezeigt wurde, dass die zur Verfügung stehenden kurzen Tests nicht genau genug sind zur Verwendung bei einer allgemeinen Population und viele falsche positive oder negative Resultate erbringen. Ein Grund dafür ist, dass diese Instrumente die Biographie der Betroffenen – etwa auch deren Bildungsstand – nicht berücksichtigen, was die Angehörigen jedoch in der Regel tun; es erschien daher geeigneter, diese zu befragen.

Da jedoch manche PatientInnen keine Angehörigen haben und einige Angehörige die Symptome einer Demenz nicht erkennen oder nicht erkennen wollen, wird auch das Personal in den Ordinationen und Kliniken darin geschult, die Symptome einer möglichen Demenzerkrankung zu erkennen.

Das Assessment zur Diagnosestellung enthält ebenfalls zwei Elemente, die die pflegenden Angehörigen einbeziehen: je ein Instrument zu kognitiven Symptomen und Verhalten der demenzkranken Person und zur Belastung der Angehörigen selbst. Dadurch werden wertvolle zusätzliche Informationen gewonnen und die Angehörigen erhalten das Gefühl, dass sie hochgeschätzt werden und eine wichtige Rolle bei der Pflege innehaben.

In die Versorgung der Kranken selbst sind die Angehörigen in vielfacher Weise eingebunden. Ihre Werte und Ziele finden in der Formulierung der erwünschten Ergebnisse der Pflege ihre Widerspiegelung. Ihre Beobachtungen, Sorgen und Präferenzen werden in die Planung einbezogen. Wie dies geschieht, kann sehr verschieden sein je nach den lokalen Verhältnissen. Der vierte Teil des Modells schließlich, die Information und Unterstützung der pflegenden Angehörigen, ist zur Gänze auf deren Bedürfnisse ausgerichtet.

Die Mitglieder der „advisory group“ zogen zur Ausarbeitung der Programme zunächst eines der üblichen theoretischen Konzepte zu den Phasen der Demenzerkrankung in Betracht. Dann wählten sie jedoch ein Konzept, das sich weniger am Stadium der Demenzerkrankung orientiert als an den verschiedenen Phasen der Pflege, die unterschiedliche Anforderungen an die Angehörigen stellen. Unterschieden wird zwischen prädiagnostischer Phase, Phase der Diagnosestellung, Zeit des Rollenwechsels innerhalb der Familie, Pflege der chronisch Erkrankten, Übergang in eine andere Form der Pflege und die letzte Lebensphase der Kranken.⁴⁶

⁴⁶ Es handelt sich dabei um ein an der University of Minnesota ausgearbeitetes Konzept – vgl. K. Maslow/J. Selstad, 2001, S.42

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Die meisten der an der Entwicklung des Modells beteiligten Organisationen arbeiteten mit Medicare, dem staatlichen Versicherungsprogramm der USA für Personen ab 65 Jahren, zusammen und erhielten fixe Vergütungen pro betreuter Person. Diese Art der Finanzierung kann gegenüber der Bezahlung für einzelne Leistungen Nachteile wie Vorteile bringen. Ein allgemein anerkannter Nachteil besteht darin, dass sie dazu verleitet, die Leistungen einzuschränken. Auf der anderen Seite kann sie einen Anreiz bieten zu vernetzter Versorgung und zum Einbau von Dienstleistungen, die im traditionellen System der Bezahlung nach Leistungen nicht vergütet werden. Diese positiven Aspekte sollten bei der Konzipierung des Modells ausgenutzt werden.

Obwohl sich die Verantwortlichen dessen bewusst waren, dass es viel leichter wäre, nur die beiden ersten Teile des Modells zu realisieren, also die Identifizierung möglicherweise an Demenz erkrankter Personen und das Diagnose-Assessment, entschied man sich für eine vollständige Implementierung. Diesem Entschluss lag die Überlegung zu Grunde, dass die Abneigung vieler Ärzte, eine Demenz zu diagnostizieren, im wesentlichen darin begründet ist, dass sie meinen, wenn die Diagnose gestellt sei, könne man nichts mehr für die PatientInnen und ihre Angehörigen tun. Die beiden anderen Teile des Modells sollten ihnen zeigen, dass eine Frühdiagnose zu wirksamer ärztlicher und nichtärztlicher Unterstützung der Kranken und ihrer Angehörigen beitragen kann.

In den Jahren 2002/2003 wurde das Modell evaluiert und Erfolge wie auch Schwierigkeiten aufgezeigt. Eines der allgemeinen Ergebnisse war, dass der Aufbau effektiver Partnerschaften Zeit braucht, weil das Vertrauen langsam wachsen muss. Gelang dies jedoch, war das Resultat der Partnerschaft eine bessere und besser koordinierte Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen.

Mit der Einführung des Modells wurde ursprünglich an sieben über die USA verteilten Standorten begonnen. Einige Standorte schieden später unter dem Druck der Verhältnisse im Gesundheitswesen oder wegen Umgruppierungen der Organisationen aus, andere führten das Projekt weiter.⁴⁷

Von Anfang an hatte es zu den Grundsätzen der Modellentwicklung gehört, dass die einzelnen Standorte sehr viel Freiheit hatten, die Implementierung nach den gegebenen Verhältnissen zu gestalten. Im folgenden Kapitel wird eine kurze Beschreibung darüber gegeben,

⁴⁷ Literatur zu diesem Modell: K. Maslow/J. Selstad, 2001; und online im WWW unter URL <http://www.nccconline.org/about/alzheimers.htm>, http://www.nccconline.org/pdf/CCNAD_4-pager_7-03.pdf und <http://www.nccconline.org/pdf/CCNADInterimResults11-02.pdf> <download 16.08.2008>. Vgl. auch K. Maslow et al., 2005

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

mit welchen Partnern das Modell bis zum Jahr 2004 an zwei Standorten in Nordkalifornien realisiert worden war.

2.4.2.1.7 „Northern California Chronic Care Network for Dementia“

Zusammenschluss einiger großer Leistungserbringer

Ziel dieses Zusammenschlusses einer Reihe großer Leistungserbringer ist, die gesamte Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Nordkalifornien in Bezug auf Gesundheit, soziale Anliegen und Schulungsbedarf unter einem Dach zu integrieren. Die einzelnen Organisationen verfolgen gemeinsame Ziele, haben jedoch ihre speziellen Aufgaben und passen die Protokolle und Interventionsprogramme den speziellen Bedürfnissen der Organisation und der KlientInnen an. Das Netzwerk, das im Rahmen des USA-weiten Modells „Chronic Care Networks for Alzheimer’s Disease (CCN/AD)“ entstand, das im vorigen Kapitel beschrieben wurde, und im wesentlichen die Grundsätze dieses Modells verfolgt, hat zwei Standorte: San Francisco und Sacramento. Die folgenden Angaben über die Partnerorganisationen beziehen sich auf eine Veröffentlichung aus dem Jahr 2004.

Um etwaige Bedeutungsdifferenzen zu vermeiden, die bei einer Übersetzung der Beschreibung der einzelnen teilnehmenden Organisationen ins Deutsche entstehen könnten, zitieren wir im folgenden aus dem englischen Text, den wir jedoch in Absätze gliedern.

„San Francisco site partners include

Brown & Toland Medical Group, a partnership of physicians from the University of California San Francisco (UCSF) and California Pacific Medical Center;

Kaiser Permanente, San Francisco, a staff model medical group that is part of the Northern California region, the largest of Kaiser’s nine regions;

Goldman Institute on Aging/UCSF-Mount Zion Center on Aging, an affiliation of the Institute’s education, research, and home- and community-based services departments with UCSF’s medical centers and schools;

and the Alzheimer’s Association of Greater San Francisco Bay Area.

Sacramento site partners are

Sutter Health Central, a foundation model medical group owned by Sutter

and Sutter Independent Physicians, an independent practice association (IPA) affiliated with Sutter,

and the Greater Sacramento Area Alzheimer’s Association.”⁴⁸

⁴⁸ D.W. Coon et al., 2004, S.151

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Brown & Toland, Kaiser und Sutter sind in dieser Kooperation die „primary care providers“. Das Goldman Institute on Aging hat die Koordination und Evaluation übernommen und beteiligt sich in San Francisco an den extramuralen Dienstleistungen, während die Alzheimer-Gesellschaft für die Patientenedukation, für die Beratung und Schulung der Familienangehörigen und deren Unterstützung sowie die Vertretung der Interessen der Kranken und ihrer Angehörigen zuständig ist. Ein Steering-Komitee und verschiedene Sub-Komitees versammeln sich monatlich, wobei den Partnern auch Gelegenheit gegeben wird, ihre Strategien zu verfeinern oder neue Ansätze zu entwickeln.

Vorgesehen sind in dieser Zusammenarbeit auch ausführliche Evaluierungsprozesse, um zu überprüfen, welche Komponenten die wirksamsten sind, welche speziellen Aufgaben am besten von wem und in welcher Organisation durchgeführt werden können und welche strukturellen Charakteristika der einzelnen Organisationen einen Einfluss auf die gemeinsame Arbeit haben.⁴⁹

2.4.2.1.8 „Community Outreach Education Program“

Vernetzung mit der Gemeinde

Das Anliegen eines groß angelegten Programms (COEP), dessen Konkretisierung an sechs verschiedenen Standorten im US-Bundesstaat Michigan beschrieben wird, ist es, einem möglichst großen Kreis von Personen Informationen und Schulung über die Demenzerkrankung und den Umgang mit den Betroffenen zu vermitteln. Gedacht ist das Programm für Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe – Ärzte, Pflegepersonen, Sozialarbeiter usw. –, für Organisationen, die Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens anbieten, für VertreterInnen der Gemeindeverwaltung oder wohltätiger Organisationen, aber auch für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen und die gesamte Bevölkerung der Region. Dadurch, dass die verschiedensten Personenkreise angesprochen, aber auch miteinander in Kontakt gebracht werden, möchte man Kooperationen und Netzwerke initiieren, deren Ziel eine kostenmäßig realisierbare, Überschneidungen vermeidende, effiziente Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Familien ist.

Die Abkürzung COEP steht für „Community Outreach Education Program“. In Michigan wurden dafür vier ländliche und zwei städtische Standorte ausgewählt. Eine der großen Herausforderungen für die Projektteams bestand darin, sowohl die verschiedenen Interessen der einzelnen Personengruppen als auch den konkreten regionalen Bedarf zu berücksichtigen und dabei doch auch das gemeinsame Ziel und die gemeinsame Vorgangsweise nicht aus den Augen zu verlieren. An allen Standorten wurde ein beratendes Gremium („advisory board“) gebildet, dem Angehörige von Gesundheitsberufen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie Gemeindevertreter und Vertreter von Organisationen, die mit Freiwilligen arbeiten („voluntary agencies“) angehörten, bzw. es übernahm ein bereits bestehendes Gremium die mit dem Projekt verbundenen Aufgaben. Je nach den lokalen Gegebenheiten

⁴⁹ Literatur zu diesem Projekt: D.W. Coon et al., 2004

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

arbeitete in diesem beratenden Gremium beispielsweise jemand vom Personal einzelner Krankenhäuser oder Pflegeheime oder VertreterInnen der örtlichen Alzheimer-Gesellschaft mit.

Gemeinsam mit diesen lokalen Zusammenschlüssen führte das Projektteam dann ein demenzspezifisches Assessment der Ressourcen und des Bedarfs in der Gemeinde durch. In die zu diesem Zweck abgehaltenen Fokusgruppen wurden auch pflegende Angehörige demenzkranker Personen einbezogen. Prioritäten für die zu gestaltenden Interventionen wurden gesetzt und Arbeitsgruppen für die verschiedenen Anliegen gebildet. Die lokale Presse und andere Medien halfen bei der Bekanntmachung und Durchführung des Projekts, Broschüren wurden verschickt und in Theateraufführungen die Problematik der Familien demenzkranker Menschen anschaulich gemacht. Die an den einzelnen Standorten durchgeführten Veranstaltungen waren sehr verschiedenartig. Manche richteten sich nur an eine bestimmte Zielgruppe wie etwa Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte über Diagnose und Therapie der Demenzerkrankung; andere waren eher themenorientiert wie beispielsweise ein Seminar über Fragen der Sicherheit im Zusammenhang mit Demenz. Es wurden Konferenzen, Vorträge, Workshops, Diskussionsveranstaltungen, ein Training für Freiwillige usw. abgehalten, die einige Tage dauern konnten, teilweise aber auch nur als Abendveranstaltungen geführt wurden. Das Bemühen war darauf ausgerichtet, dass jeder der in Frage kommenden Personenkreise etwas profitieren könnte. Anschließend wurden die einzelnen Veranstaltungen von der Projektgruppe und dem beratendem Gremium gemeinsam evaluiert. Es zeigten sich in einigen Regionen auch zahlenmäßige Erfolge, etwa die Zunahme von Überweisungen zu Tagespflege oder „respite“-Programmen, ein erhöhtes Interesse an freiwilliger Tätigkeit bei Demenzkranken oder eine Vermehrung des Wissens der Ärzte über die lokal verfügbaren Dienste für demenzkranke Personen und ihre Angehörigen. Die Planung war von vorneherein darauf abgestimmt, dass wenigstens ein Teil des Programms nicht mit dem Ende des Projekts, das eine dreijährige Laufzeit hatte, zu Ende gehen, sondern von den lokalen Gemeinden in Eigenregie übernommen werden sollte.

Im Überblick zeigten sich interessante Unterschiede zwischen den einzelnen Standorten, obwohl viele Bedürfnisse ähnlich waren. So erwies sich beispielsweise in den beiden städtischen Regionen die Beachtung ethnischer und kultureller Gesichtspunkte als vordringlich. In einigen Gebieten war die Einbeziehung des örtlichen Klerus sehr wichtig. In den ländlichen Regionen stellten die weiten Entfernungen und die teilweise strengen Winter beträchtliche Hindernisse dar, die überwunden werden mussten. An einem ländlichen Standort fand ein Großteil der Veranstaltungen in einer zentral gelegenen Kirche statt; an einem anderen wurden Veranstaltungen an zahlreichen verschiedenen Orten abgehalten. In einer Region erwies sich die Durchführung von Fokusgruppen mit den Ärzten als undurchführbar, sie wurden daher durch Telefoninterviews ersetzt. Generell waren die Ärzte die Berufsgruppe, die am schwersten zur Teilnahme an dem gemeindeorientierten Programm zu motivieren war. Selbst am Standort Detroit, an dem hoch geachtete Ärzte der fünf wichtigsten medizinischen

Institutionen dem beratenden Gremium angehörten und das Programm ausschließlich auf Ärztefortbildung ausgerichtet war, bestand nur die Hälfte der TeilnehmerInnen aus ÄrztInnen.

Die Einbeziehung eines bereits bestehenden beratenden Gremiums brachte den großen Vorteil mit sich, dass die betreffende Gemeinde von Anfang an in das Projekt involviert war. Ein Nachteil lag jedoch darin, dass die Mitglieder viele andere Aufgaben und Sorgen hatten und das Projekt nicht immer ihr erstes Anliegen war. Die neu gebildeten Gremien benötigten längere Zeit, dann erwiesen sie sich jedoch als ausgezeichnet geeignet. Als vorteilhaft erwies sich die gleichzeitige Durchführung des Programms an mehreren Standorten; so konnten etwa Schulungsmaterialien mehrfach verwendet werden oder es dienten Erfolge einer Maßnahme als Vorbild für eine andere Region.

Bestimmend für den Erfolg des Programms war an allen sechs Standorten die Tätigkeit eines lokalen Koordinators, der in der Gemeinde gut integriert war und sich mit den Zielen des COEP identifizierte. Je früher ein solcher gefunden wurde, umso besser lief das Programm. Die AutorInnen der Publikation sind auch zuversichtlich, was die Fortführung der Aktivitäten betrifft: „In each of the six intervention sites, the advisory boards continue to plan educational activities, serve as advocates for the development of new dementia services, and collaborate with other local, state, and national agencies in the continuation of their goals.“⁵⁰

2.4.2.1.9 „Alzheimer’s Disease Education Program“

Screening und Follow-up unter Mithilfe kirchlicher Institutionen

Mit dem Ziel, eine Früherkennung der Demenz zu ermöglichen und die Lebensqualität der Kranken und ihrer Angehörigen zu erhöhen, wurde in Texas – ausgehend von einer Abteilung für Neuropsychiatrie der Texas Tech University – ein Programm entwickelt, das von sechs regionalen Zentren aus realisiert wird, unter anderem unter Unterstützung durch den örtlichen Klerus. Zum Zweck der Früherkennung werden immer wieder an geeigneten, leicht zugänglichen Orten wie Büros der Alzheimer-Gesellschaft, Kirchen, Pflegeheimen, ärztlichen Ordinationen oder medizinischen Universitätszentren sogenannte „clinics“ abgehalten. Mindestens drei Wochen vorher wird mit der Bekanntmachung in medizinischen Journalen, Seniorenzeitungen, kirchlichen Zeitungen und Ähnlichem begonnen. Häufig werden Briefe an Ärzte und Geistliche im betreffenden Gebiet versendet. Die Angehörigen von Personen mit Gedächtnisschwierigkeiten, die zu Problemen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens führen, sollen angesprochen werden.⁵¹

Mit den Angehörigen der angemeldeten Personen wird noch vor den „clinics“ ein telefonisches Interview geführt. Die eintägigen „clinics“ selbst laufen so ab, dass bis zu zwölf Perso-

⁵⁰ Literatur zu diesem Projekt: C.M. Connell/S.L. Kole, 1999, S.322-323

⁵¹ Zu einem in diesem Zusammenhang entwickelten Screening-Instrument zur Entdeckung von Personen, die möglicherweise an Demenz leiden, durch medizinische Laien vgl. J.C. Mundt et al., 2000

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

nen zu einer Untersuchung bestellt werden. Melden sich mehr Personen, können sie entweder auf eine Warteliste kommen oder es werden ihnen andere Möglichkeiten der Untersuchung empfohlen. Pro Person wendet das Team ungefähr eineinhalb Stunden auf für Screening, kurze Durchsicht der Befunde, Feedback an die Betroffenen und ausführliche Beratung über den Umgang mit der Krankheit und Möglichkeiten der Unterstützung. Wenn nötig, erhalten die Angehörigen auch Informationsmaterial über die Krankheit; sie werden ermutigt, bei Fragen anzurufen. Spätestens zwei Wochen danach erhalten die pflegenden Angehörigen und/oder der behandelnde Arzt einen schriftlichen Bericht über das Screening.

Mitglieder des Teams rufen die Angehörigen innerhalb der ersten Woche nach der „clinic“, ungefähr einen Monat später und dann noch dreimal innerhalb eines Jahres an und beraten sie. Das Team besteht aus einem „clinic supervisor“, der ein speziell im Bereich der Demenz ausgebildeter Psychologe sein sollte, und je nach lokalen Gegebenheiten aus weiteren PsychologInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen und anderen geeigneten Personen. Auch Freiwillige aus örtlichen Dienstleistungsunternehmen, der Alzheimer-Gesellschaft, Selbsthilfegruppen, Seniorenvereinigungen usw. können in das Team einbezogen werden.⁵²

2.4.2.1.10 „Partners in Caregiving“

Kooperation zwischen Pflegepersonen und Angehörigen im Pflegeheim

Das hier geschilderte Projekt gehört zu den wenigen, bei denen eine Vernetzung verschiedener Ressourcen innerhalb des stationären Bereichs zu erkennen ist. Es wurde in den Spezialabteilungen für demenzkranke Personen in zehn Pflegeheimen in den USA erprobt; analoge Abteilungen in weiteren zehn Heimen dienten als Kontrollgruppe. Das Ziel des Projekts war es, die Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege zu erleichtern und die Zusammenarbeit zwischen den Pflegepersonen des Heims und den Angehörigen der Kranken zu fördern.

Die durchgeführte Intervention beruhte auf dem sogenannten „PIC-Programm“, das für die Anwendung auf Spezialstationen für demenzkranke Menschen angepasst wurde. Die Abkürzung „PIC“ steht dabei für „Partners in Caregiving“. Das Trainingsprogramm besteht aus zwei aufeinanderfolgenden Teilen. Der erste Teil (in einer Dauer von insgesamt vier bis fünf Stunden) wird für Angehörige und Pflegepersonen separat abgehalten. Auf eine Einführung und Informationen über die Demenzerkrankung folgen Trainingseinheiten in Kommunikation, Entwicklung von Empathie und Konfliktlösung, wobei auch der Frage kultureller und ethnischer Unterschiede Beachtung geschenkt wird. Der letzte Schritt dieses Abschnitts besteht in der Planung einer gemeinsamen Besprechung der beiden Gruppen, bei der auch der Verwalter des jeweiligen Heims anwesend ist. Im zweiten Teil des Programms, eben diesem gemeinsamen Treffen, das zwei Stunden dauert, wird das Gelernte ausgetauscht und die Anliegen beider Gruppen werden mit dem Verwalter besprochen. Ein gemeinsamer Plan wird als Ausgangspunkt für Veränderungen erstellt.

⁵² Literatur zu diesem Programm: D.M. Freed et al., 1999

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Zum Vergleich der Interventions- mit der Kontrollgruppe wurden dreimal telefonische Interviews mit den Angehörigen und mit den Pflegepersonen geführt, und zwar vor dem Training sowie zwei und sechs Monate danach. Zusätzlich füllten die Pflegepersonen zweimal einen Fragebogen über das Verhalten aller demenzkranken Personen auf ihrer Abteilung aus. Mit den Verwaltern wurden qualitative Interviews geführt über durchgeführte oder wahrgenommene Veränderungen infolge des Programms; auch sie erhielten Fragebögen.

Die Resultate zeigten, dass alle von dem Programm profitiert hatten. Die Familienangehörigen berichteten von einer signifikanten Verbesserung der Kommunikation mit den Pflegepersonen und des Verhaltens der Pflegepersonen ihnen gegenüber; die EhegattInnen der Kranken beteiligten sich mehr als vorher an der Pflege. Die Pflegepersonen gaben an, weniger Konflikte mit den Angehörigen zu haben. In der Kontrollgruppe waren Symptome von Burnout gestiegen, in der Trainingsgruppe nicht. Die demenzkranken HeimbewohnerInnen zeigten weniger „störendes Verhalten“ und die Abteilungen hatten mehr Programme implementiert, die auf die Familie der Kranken ausgerichtet waren.⁵³

2.4.2.2 Projekte und Initiativen, die auf eine weiter gefasste Zielgruppe ausgerichtet sind

2.4.2.2.1 „Guided Care“ für ältere, multimorbide PatientInnen

Dieses neue Konzept⁵⁴ wurde in den letzten Jahren von einem ForscherInnenteam an der John Hopkins University in Baltimore im Bundesstaat Maryland entworfen und wird derzeit erprobt. Es beruht auf enger Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonen im niedergelassenen Bereich und baut auf der Erkenntnis auf, dass für die Versorgung chronisch kranker Menschen andere Konzepte nötig sind als bei akuten Erkrankungen. „Guided Care“ soll Elemente und Vorteile verschiedener Ansätze und Interventionen wie Case Management, Disease Management, Self-Management, Schnittstellen-Management, Angehörigenunterstützung und anderer Innovationen in der Versorgung chronisch Kranker in sich vereinen.⁵⁵

Dem Konzept zufolge arbeitet eine besonders ausgebildete Pflegeperson, die „Guided Care Nurse“ (GCN), mit einem Team von zwei bis fünf praktischen ÄrztInnen (HausärztInnen) bzw. FachärztInnen für Allgemeine Innere Medizin gemeinsam an der Betreuung von 50 bis 60 älteren, multimorbiden PatientInnen. Die Kranken und ihre Angehörigen werden in die Kooperation einbezogen. Die „Guided Care Nurse“ hat ein eigens für diesen Zweck zusam-

⁵³ Literatur zu diesem Projekt: J. Robison et al., 2007. Ein anderes Programm, das ebenfalls die Zusammenarbeit der Angehörigen mit dem Pflegepersonal in Heimen fördern und damit den Zustand der demenzkranken BewohnerInnen verbessern soll, wird von R.A. Jablonski et al., 2005, beschrieben.

⁵⁴ Für diesen Bericht wurden fünf Artikel aus wissenschaftlichen Zeitschriften verwendet, die alle aus dem Zeitraum ab Herbst 2007 stammen.

⁵⁵ vgl. C.M. Boyd et al., 2007, S.697, 699 und 700; C. Boulton, 2008, S.321; S.L. Aliotta, 2008, S.151

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

mengestelltes Computerprogramm zur Verfügung. Im Folgenden sollen ihre Aufgaben beschrieben werden.⁵⁶

Wenn für einen Patienten „Guided Care“ als geeignet erscheint, nimmt die „Guided Care Nurse“ bei einem Besuch in der Wohnung des Kranken ein umfassendes Assessment vor, das nicht nur die körperliche und psychosoziale Situation, sondern auch die Bedingungen der Umgebung beinhaltet. Das Computerprogramm, mit dem die „Guided Care Nurse“ arbeitet, stellt dann eine Verbindung her zwischen den erhobenen Daten und Empfehlungen zu evidenzbasierter „best practice“ und erstellt einen vorläufigen Behandlungs- und Pflegeplan. Dieser wird von der „Guided Care Nurse“ und dem behandelnden Arzt für den individuellen Patienten angepasst und von ersterer mit dem Kranken und den pflegenden Angehörigen besprochen und modifiziert. Den so entstandenen Plan erhalten alle in die Versorgung involvierten Personen; er wird von der „Guided Care Nurse“ regelmäßig auf dem letzten Stand gehalten. Kranke und Angehörige erhalten eine Version in für Laien verständlicher Sprache, genannt „My Action Plan“.

Den Kranken wird die Möglichkeit geboten, an einem 15stündigen Kurs über „self-efficacy in managing chronic conditions“ teilzunehmen, der von der Stanford University entwickelt wurde, in der Nähe des Wohnorts der Kranken stattfindet und kostenlos ist. Der Kurs wird von ausgebildeten medizinischen Laien mit Unterstützung der „Guided Care Nurse“ abgehalten. Die Kranken sollen in diesem Kurs lernen, den Aktionsplan in Kooperation mit der „Guided Care Nurse“ zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele zu benutzen.. Mindestens einmal monatlich ruft die „Guided Care Nurse“ die PatientInnen an, um eventuell auftretende Probleme rechtzeitig entdecken zu können. Sie kann von den Kranken oder ihren Angehörigen jederzeit während der normalen Arbeitszeit angerufen werden; in der Nacht oder an Wochenenden werden die Anrufe an die ärztliche Telefonzentrale weitergeleitet. Im Zusammenhang mit den monatlichen Anrufen nimmt die „Guided Care Nurse“ auch ein Coaching der Kranken vor, das auf dem „Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung“ nach Prochaska et al. basiert. In diesem Modell wird berücksichtigt, dass sich die einzelnen Personen bei der Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens in verschiedenen Stadien befinden.⁵⁷

Die „Guided Care Nurse“ koordiniert die Tätigkeiten aller Gesundheitsberufe, mit denen der Kranke in Notfallstationen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen usw. und in der Hauskrankenpflege in Kontakt kommt. Die Kranken werden ermutigt, vor oder bei der Aufnahme in solche Einrichtungen die „Guided Care Nurse“ davon zu verständigen. Diese übernimmt keine Aufgaben anderer Berufe, sondern gibt Informationen weiter,

⁵⁶ Die Beschreibung der einzelnen Aufgaben folgt C.M. Boyd et al., 2007, S.698-701 bzw. der über weite Strecken identischen Darstellung von S.L. Aliotta et al., 2008, S.151-153

⁵⁷ Zum Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung vgl. S. Keller et al., 2001. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch Ralf Schwarzer in seinem Sozial-kognitiven Modell gesundheitlichen Handelns, das von E Seidl et al. auf Diabetesranke angewendet wird – vgl. E. Seidl et al., 2007b, S.131-181

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

besucht die Kranken während des Aufenthalts in der Einrichtung und wirkt bei der Planung und Ausführung der Versorgung nach der Entlassung mit. Sie informiert auch den behandelnden Arzt laufend über den Zustand der Kranken.

Den pflegenden Angehörigen und anderen freiwilligen HelferInnen wird Unterstützung angeboten in Form von Assessment, einem Kurs für pflegende Angehörige, monatlichen Treffen von Selbsthilfegruppen und telefonischer Ad-hoc-Beratung. Die „Guided Care Nurse“ erleichtert auch den Zugang zu den in der betreffenden Gemeinde angebotenen Diensten wie etwa „Essen auf Rädern“ oder Transportdiensten.

Zur Wirksamkeit des Modells wurden bereits einige Studien begonnen, die aber teilweise noch im Laufen sind. Von Oktober 2003 bis September 2004 wurde eine etwas eingeschränkte Form von „Guided Care“ getestet, was günstige Ergebnisse und Anregungen zu Modifikationen brachte.⁵⁸ Im Jahr 2006 wurde ein „cluster-randomized controlled trial“ in acht Gruppenpraxen mit insgesamt 49 Ärzten gestartet. Nach einem halben Jahr zeigten sich beim Vergleich der „Guided-Care-Gruppe“ mit der Kontrollgruppe die Kranken in der „Guided-Care-Gruppe“ zufriedener mit Pflege und Versorgung und die Ärzte zufriedener mit ihren Interaktionen mit den chronisch Kranken und ihrer Familie.⁵⁹ Ein „nonrandomized prospective clinical trial“ mit vier Internisten und 150 PatientInnen erbrachte vor allem Verbesserungen in der Kommunikation zwischen den Kranken und den Ärzten durch „Guided Care“.⁶⁰

Im Zuge der zuletzt erwähnten Studie wurde auch die Frage von Kostenersparnissen durch „Guided Care“ geprüft. Die Untersuchung an PatientInnen, die ein hohes Risiko aufwiesen, in der nächsten Zeit intensive Behandlung und Pflege zu benötigen, brachte nach sechs Monaten günstige Ergebnisse. Die PatientInnen in der „Guided-Care-Gruppe“ verursachten der Versicherung im Durchschnitt weniger Kosten als jene der Kontrollgruppe, sie wurden weniger häufig ins Krankenhaus eingeliefert, verbrachten dort weniger Tage und besuchten weniger oft Notfallstationen.⁶¹ Boyd et al. betonen, dass für „Guided Care“ nur solche Kranke ausgewählt werden sollen, die multimorbid sind und komplexe Behandlungs- und Pflegebedürfnisse haben, weil sich nur hier die Kosteneffizienz von „Guided Care“ erweisen kann. Bei der Beurteilung werden die Ärzte vom Computerprogramm unterstützt, das auch Daten der Versicherungen einbezieht.⁶²

Die Spezialausbildung der „Guided Care Nurse“ umfasst hundert Stunden. In einer Einführungszeit von drei bis vier Monaten lernt sie die Arbeitsweise der ÄrztInnen und der gesamten Praxis kennen. Die ÄrztInnen stellen sie ihren PatientInnen vor. Die Unterstützung der

⁵⁸ C.M. Boyd et al., 2007, S.701-702

⁵⁹ C. Boulton et al., 2008

⁶⁰ C.M. Boyd et al., 2008

⁶¹ M.L. Sylvia et al., 2008

⁶² C.M. Boyd et al., 2007, S.701

ÄrztInnen und ihre Bereitschaft zu einer echten Kooperation mit der „Guided Nurse“ ist von grundlegender Bedeutung. Die ÄrztInnen, bei denen „Guided Care“ eingeführt wurde, waren anfangs eher skeptisch; nach dem ersten Jahr schätzten sie jedoch die Methode hoch, manche waren sogar begeistert.⁶³

Die ForscherInnen hoffen, dass „Guided Care“ von Medicare, dem staatlichen Versicherungsprogramm der USA für Personen ab 65 Jahren, übernommen und damit in großem Rahmen eingesetzt wird. Ihrer Meinung nach machen vier Punkte die Methode für die Kranken, die pflegenden Angehörigen, die Pflegepersonen, die ÄrztInnen und die Versicherungen interessant: Die Versicherungen könnten Kosten sparen oder es könnte zumindest bei gleichbleibenden Kosten eine Erhöhung der Qualität der Versorgung und der Lebensqualität der Kranken erreicht werden. Für die Pflegepersonen ist attraktiv, dass sie eine zentrale Rolle in der Versorgung der Kranken spielen und ihnen und ihrer Familie in enger Interaktion verbunden sind. Die Erfahrung hat auch gezeigt, dass bei ähnlichen Aufgaben – etwa beim Case Management – die Fluktuation der Pflegepersonen eine ganz geringe ist. Und schließlich verlangt das Modell keine größeren organisatorischen oder strukturellen Veränderungen und ist sowohl für große Organisationen wie für kleine Gruppenpraxen geeignet.⁶⁴

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass „Guided Care“ zwar nicht speziell für demenzkranke Menschen entworfen wurde, dass das Konzept aber so flexibel erscheint, dass es angepasst werden kann. Demenzkranke Personen sind ja meist zugleich auch Menschen, die mehrere Krankheiten haben. Das ForscherInnenteam der John Hopkins University erwähnt ausdrücklich, dass auch demenzkranke Menschen in die „Guided Care“ aufgenommen werden können, auch wenn manche dieser Kranken nicht an den Kursen zur Förderung des Selbst-Managements teilnehmen können.

2.4.2.2 „Patient care teams“ für das Management chronischer Erkrankungen

Zur Ergänzung der Darstellung von „Guided Care“ möchten wir noch einige Erfahrungen anführen, die in den USA schon früher mit „patient care teams“ zur Versorgung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen gemacht wurden. Solche Teams bestehen aus einer Gruppe von Ärzten und oft auch anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen. Eine der Konklusionen des Autors des hier beschriebenen Artikels, Wagner, der die Ergebnisse von 48 Studien bearbeitet hat, ist, dass erfolgreiche Teams häufig die sind, in denen Pflegepersonen und Pharmazeuten mit „clinic and behavioural skills“ mitarbeiten.⁶⁵

⁶³ vgl. S.L. Aliotta, 2008, S.154 und 156

⁶⁴ C.M. Boyd et al., 2007, S.701. Zu „Guided Care“ vgl. auch online im WWW unter URL <http://www.jhsph.edu/lipitzcenter/Guided%20Care/index.html> <download 13.08.2008>

⁶⁵ Zum Vergleich multidisziplinärer mit monodisziplinären Teams in der Versorgung Demenzkranker siehe auch M. Abendstern, 2006

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Wagner zitiert Starfield, der drei Kategorien von Tätigkeiten unterscheidet, die von nichtärztlichen Personen im Bereich der Gesundheitsversorgung durchgeführt werden:

- solche, die der Arzt tun könnte, die aber auch andere mit weniger Kosten tun können (supplementary functions)
- solche, für die der Arzt häufig nicht genügend Zeit hat und auch nicht ausgebildet ist, wie etwa Beratung oder Verhaltensmodifikation (complementary functions) und
- solche, die traditionsgemäß dem Arzt zukommen, aber eventuell delegiert werden können (substitute functions).

Das eigentliche Potential der Teamarbeit, die Qualität der Versorgung zu verbessern und ihre Kosten zu reduzieren, liegt im Bereich der „complementary functions“. Als Mitglieder in diesen Teams aus dem Bereich der Pflege kommen „Nurse practitioners“, „Advanced practice nurses“ mit zusätzlicher Ausbildung in medizinischen Gebieten oder Pflegepersonen, die besondere Erfahrung und Kenntnisse im Bereich einer bestimmten chronischen Krankheit haben, in Frage. Häufig sind sie als „Case ManagerInnen“ tätig. Pharmazeuten können zum Erfolg beitragen, indem sie bei der Gestaltung der medikamentösen Behandlung so mitwirken, dass unerwünschte Nebeneffekte vermieden und die Wirkung der Medikamente gesteigert wird. Fachärzte für bestimmte Krankheiten können stärker eingebunden werden, als dies bei einer bloßen Konsultation der Fall ist. Weiters kommen SozialarbeiterInnen als Mitglieder des Teams in Frage. Auch andere Personen wie etwa PflegehelferInnen können im Team eine wichtige Rolle spielen, indem sie zwischen den professionellen HelferInnen und Menschen aus ethnisch oder kulturell anderen Milieus vermitteln. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen, die selbst auf dem Gebiet einer bestimmten Krankheit Erfahrungen gesammelt haben, können ebenfalls im Team mitarbeiten und die Kranken bei der Bewältigung ihrer Situation unterstützen.⁶⁶

2.4.2.2.3 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonen zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte von PflegeheimbewohnerInnen

Dieses Modell, das ebenfalls aus den USA berichtet wird, unterscheidet sich von den bisher dargestellten dadurch, dass die Zielgruppe nicht im häuslichen Milieu gepflegte Personen, sondern PflegeheimbewohnerInnen sind. Das Projekt, das bei BewohnerInnen von 30 Pflegeheimen in Süd-Kalifornien durchgeführt wurde, umfasste nicht nur demenzkranke Menschen, doch wurde festgestellt, dass der Großteil der BewohnerInnen – 83,5 Prozent – an Demenz litt.

Das Ziel des Projekts war, durch eine Zusammenarbeit von Ärzten, „Nurse Practitioners“ und dem Personal der Pflegeheime unnötige Krankenhausaufnahmen der Pflegeheimbewohne-

⁶⁶ Literatur zu dieser Zusammenfassung: E.H. Wagner, 2000

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

rInnen zu vermeiden. Dies entspricht den Wünschen vieler Betroffenen, bringt jedoch auch Kostenersparnisse, was vor allem dort sichtbar wird, wo die Kosten für die medizinische Behandlung und Pflege im Heim und im Krankenhaus von der gleichen Institution getragen werden. Erreicht werden sollte dieses Ziel dadurch, dass akuten Krankheiten vorgebeugt wurde, dass man solche Erkrankungen, wo sie vorhanden waren, früh entdeckte und dass die Kranken dann, wenn es möglich war, nicht ins Krankenhaus transferiert, sondern im Pflegeheim selbst behandelt wurden.

Vier Ärzte auf Vollzeitbasis und vier bis fünf „Nurse Practitioners“ widmeten sich dieser Aufgabe. Sie machten beim Eintritt der betreffenden Person in das Heim ein Assessment, erstellten einen Plan für Pflege und Behandlung und besprachen die Verteilung ihrer Verantwortlichkeiten. Üblicherweise war die „Nurse Practitioner“ für Präventivmaßnahmen und die Versorgung bei chronischen Krankheiten zuständig, während sich der Arzt um die Behandlung akuter Erkrankungen kümmerte. Beide besuchten die BewohnerInnen monatlich und hielten regelmäßigen Kontakt mit deren Familienangehörigen. Das Personal der Pflegeheime wurde geschult, es wurden Richtlinien aufgestellt und Maßnahmen, die häufig mit ungünstigen Nebenwirkungen verbunden waren, wie etwa Blasenkatheter oder die Gabe von Neuroleptika, wurden eingeschränkt.

Die Evaluation dieses Modellversuchs ergab, dass die Hospitalisierungsrate der teilnehmenden BewohnerInnen im Vergleich zu anderen Pflegeheimen wesentlich niedriger war. BewohnerInnen, die – etwa wegen eines Schenkelhalsbruchs – ins Krankenhaus transferiert werden mussten, kehrten früher zurück und absolvierten bereits die frühe Rehabilitationsphase wieder im Pflegeheim. Die Mortalitätsrate der BewohnerInnen unterschied sich nicht von den üblichen Zahlen.

Bei dieser Studie handelte es sich um ein Pilotprojekt, bei dem noch viele Fragen offen bleiben mussten. Es lieferte jedoch Hinweise darauf, dass ein Zusammenwirken von Ärzten, speziell ausgebildeten Pflegepersonen und Pflegeheimpersonal zu günstigen Resultaten führen kann.⁶⁷

2.4.2.2.4 Interdisziplinäre Sturzpräventionsteams

In den USA und in anderen Ländern werden in wachsendem Ausmaß organisationsübergreifende oder einrichtungsinterne interdisziplinäre Kommissionen oder Teams gebildet, deren Aufgabe es ist, sich speziell der Sturzprävention älterer HeimbewohnerInnen oder ambulanter Patientengruppen zu widmen. Die Begründung dieser Maßnahme liegt darin, dass Stürze sehr vielfältige Ursachen haben können und daher zur ihrer Verhütung die Ansätze ver-

⁶⁷ Literatur zu diesem Projekt: A. Joseph/C. Boulton, 1998. Zur Tatsache, dass ein Teil der Krankenhausaufnahmen von PflegeheimbewohnerInnen vermieden werden könnte, vgl. auch C.E. Bowman et al., 2001

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

schiedener Fachleute kombiniert werden müssen.⁶⁸ Da sich unter den genannten Klientengruppen auch viele demenzkranke Personen befinden, sollen einige dieser Projekte hier kurz beschrieben werden.

In Cincinnati errichtete ein Verbund von vier Pflegeheimen, die von katholischen Orden betrieben werden, ein gemeinsames „Quality and Resident Safety Committee“ ein, da man über die Anzahl der Stürze in den Heimen besorgt war. Es wurde bewusst ein interdisziplinärer Zugang gewählt, von dem man sich die besten Resultate erwartete. Dem Komitee gehörten Sicherheitsbeauftragte, die ärztlichen und PflegedirektorInnen jedes Heims, die mit der Qualitätssicherung beauftragten Pflegepersonen und VertreterInnen anderer Gesundheitsberufe wie DiätassistentInnen, Physio- oder ErgotherapeutInnen an. Da eines der vier Heime auf Grund bereits getroffener Maßnahmen eine wesentlich geringere Anzahl von Stürzen aufwies als die anderen drei, wurde dessen Vorgehensweise zum Vorbild genommen. In gemeinsamer Arbeit mit allen Beschäftigten des Heims gelang es innerhalb eines Jahres, in den drei Heimen die Anzahl der Stürze, die zu einer Verletzung führten, um 19 bis 42 Prozent, die Anzahl der Stürze ohne Verletzung um 9 bis 34 Prozent zu verringern.⁶⁹

In 19 Pflegeheimen im US-Bundesstaat Georgia, die einer Non-profit-Organisation gehören, wurde ein gemeinsames „Falls Management Program“ eingeführt. Jedes Heim bildete ein interdisziplinäres „falls team“, das aus einem Physio- oder Ergotherapeuten, zwei bis vier ausgebildeten PflegehelferInnen, einem Techniker und dem/der PflegedirektorIn bestand. Eine Pflegeperson leitete das Team. Das Team wurde intensiv geschult und auch während seiner Tätigkeit von „Advanced Practice Nurses“ und weiteren Pflegepersonen mit akademischer Ausbildung beraten. Da während der Durchführung des Projekts in allen Heimen intensive Bemühungen liefen, die Zahl der bewegungseinschränkenden Maßnahmen zu reduzieren, wurden auch diese aufgezeichnet. Mit Hilfe des „Fall Management Program“ konnte die Sturzhäufigkeit in den am Projekt beteiligten Heimen bei signifikanter Reduktion der bewegungseinschränkenden Maßnahmen gleichgehalten werden, während in den Heimen der gleichen Organisation, in denen das Programm nicht lief, die Sturzhäufigkeit um ein Viertel zugenommen hatte.⁷⁰

Ein Projekt zur Unterstützung sturzgefährdeter ambulant behandelter Kriegsveteranen zeichnete sich unter anderem dadurch aus, dass den Sturzpräventionsteams außer einem Arzt, einer „nurse practitioner“ und einem Spezialisten für Rehabilitation auch ein klinischer Pharmazeut angehörte. Bei den 697 PatientInnen, die an der Studie teilnahmen, konnte die Zahl der Stürze signifikant verringert werden. Die am häufigsten vorgenommene Intervention war eine Empfehlung zur Änderung der Medikation (in 50 Prozent der Fälle), gefolgt von der Verschreibung und Beschaffung geeigneter Hilfsmittel wie Haltegriffe oder Gehhilfen (45

⁶⁸ vgl. z. B. M. Weinstein/J. Booth, 2006

⁶⁹ Literatur zu diesem Projekt: R. Christopher, 2004. Zu möglichen konkreten Maßnahmen zur Sturzprävention vgl. den deutschen Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“, hrsg. 2005 vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

⁷⁰ Literatur zu diesem Projekt: K. Rask et al., 2007

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Prozent). Weitere häufig durchgeführte Maßnahmen waren die Erstellung eines individuellen Übungsplans für zu Hause oder die Überweisung an Spezialeinrichtungen zu Untersuchung und Behandlung.⁷¹

Dem Sturzpräventionsteam am St. John's Lutheran Home im US-Bundesstaat Montana gehörte – neben Pflegepersonen, Ergo- und Physiotherapeuten und Sozialarbeitern – ebenfalls der hausinterne Pharmazeut an und zusätzlich ein Sprachtherapeut. Hier war das Vorgehen so organisiert, dass dem Sturzpräventionsteam alle BewohnerInnen zugewiesen wurden, die in den letzten 90 Tagen mindestens dreimal gestürzt waren. Das Team empfahl für jeden Bewohner die entsprechenden Maßnahmen; durchschnittlich waren es 11 verschiedene Maßnahmen pro Bewohner. Sie waren sehr vielfältig und wurden von den ForscherInnen bei der Evaluation in vier Klassen eingeteilt:

- Klinische Maßnahmen wie zum Beispiel verschiedene rehabilitative Therapien oder Toilettetraining
- Maßnahmen, die die Umgebung betrafen, wie eine Modifikation am Rollstuhl oder die Verlegung in einen weniger abgelegenen Raum
- Alarmvorkehrungen, die keine Bewegungsbeeinträchtigung beinhalteten
- Psychosoziale Maßnahmen wie etwa die Ermöglichung einer bestimmten Aktivität oder das Hören von beruhigender Musik.

Mit Hilfe der vom Sturzpräventionsteam empfohlenen Maßnahmen gelang es, die Stürze der in das Projekt einbezogenen BewohnerInnen während des Zeitraums von 90 Tagen, der auf die Empfehlungen folgte, um 40 Prozent und die durch Stürze herbeigeführten Verletzungen um 49 Prozent zu reduzieren.

Eine Studie wurde gefunden, in der die Maßnahmen einer in einem Heim für Kriegsveteranen im US-Bundesstaat Virginia speziell für Demenzkranke eingerichteten Sturzpräventionskommission beschrieben werden. Es handelte sich hier allerdings nur um eine sehr kleine Anzahl von acht Patienten mit hohem Sturzrisiko. Die Kommission setzte zwei erfahrene PflegehelferInnen (certified nursing assistants) zur Verhütung von Stürzen ein. Sie erhielten eine kurze Schulung und wurden mit der Aufgabe betraut, die acht demenzkranken Personen kontinuierlich im Hinblick auf mögliche Stürze zu überwachen, eine Pflegeperson in der Vormittags-, die andere in der Nachmittagsschicht. Diese Intervention wurde vier Monate lang durchgeführt und die Sturzhäufigkeit und -schwere in dieser Zeit mit den entsprechenden Parametern aus den vier Monaten davor verglichen. Die Auswertung zeigte, dass sich die durchschnittliche Sturzhäufigkeit signifikant verringert hatte. Bei der Schwere der Stürze zeigte sich kein signifikanter Unterschied, sie hatte zwar bei fünf der acht Patienten abgenommen, doch wiesen zwei andere auf Grund schwerer medizinischer Probleme eine Zu-

⁷¹ Literatur zu diesem Projekt: S. Hart-Hughes et al., 2004

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

nahme auf. Die beiden PflegehelferInnen gaben an, nach und nach immer mehr Erfahrung in der Prävention von Stürzen bei den von ihnen betreuten Patienten gewonnen zu haben. Ein Nebeneffekt der Maßnahme war, dass auch ihre Arbeitszufriedenheit zugenommen hatte.⁷²

⁷² Literatur zu dieser Studie: M.B. Detweiler et al., 2005

2.4.3 Projekte aus Kanada

Im Gegensatz zu den USA ist das Gesundheitswesen in Kanada größtenteils steuerfinanziert und staatlich reguliert.⁷³ Eine im Jahr 2008 veröffentlichte Studie hat ergeben, dass – anders als in den USA und den meisten industrialisierten Ländern – in Kanada die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen über 65 Jahren nicht vom Familieneinkommen abhängig ist.⁷⁴ Dennoch wird auch in Kanada über die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem diskutiert. Möglicherweise hängt die Tatsache, dass doch manche Menschen den Eindruck haben, nicht genügend Gesundheitsfürsorge zu bekommen, damit zusammen, dass das Gesundheitssystem für die Bedürfnisse mancher chronisch Kranker nicht genügend gerüstet ist.⁷⁵ Unter dem Druck steigender Gesundheitskosten sind auch in Kanada Themen wie Managed Care, Integrierte Versorgung, Vernetzung und Ähnliches in letzter Zeit vermehrt im Gespräch. Umstrukturierungen im Gesundheitswesen wurden durchgeführt oder sind im Gang.

In der kanadischen Provinz British Columbia wurde schon früh erkannt, welche Herausforderungen die Demenzerkrankung in Zukunft an das Gesundheitswesen stellen wird. In Vancouver wurde bereits 1981 eine Alzheimer Gesellschaft gegründet, die unter anderem durch einen Werbespot bekannt wurde, in dem sie das Eheversprechen abwandelte: „... in guten wie in schlechten Zeiten... Ob Du Angst hast oder verwirrt wirst, wenn Du Dich nicht mehr daran erinnern kannst, wo du wohnst oder wer ich bin ... wenn es die Frau, die ich jetzt heiraten werde, so nicht mehr gibt – ich werde Dich niemals verlassen bis zum Tod ...“ Dieser Werbespot brachte der Alzheimer Gesellschaft mehr als zwei Millionen kanadische Dollar an Spenden ein.⁷⁶ Die Provinzregierung richtete ein Ministerium für Altenpflege ein („Ministry of State for Intermediate, Long Term and Home Care“).

An der University of British Columbia in Vancouver existiert ein eigenes „Centre for Research on Personhood in Dementia“, an dem WissenschaftlerInnen aus verschiedenen Disziplinen wie zum Beispiel Psychologie, Medizin, Pflegewissenschaft, Soziologie, Sozialarbeit oder Architektur zu diesem speziellen Thema forschen. Das Ziel dieser Studien ist einerseits, besser zu verstehen, was Person-Sein bei Demenzkranken bedeutet, und andererseits, Interventionen zu entwickeln, die das Person-Sein unterstützen. Einige Titel von Forschungsarbeiten, die derzeit an diesem Zentrum laufen: „Meaningful activity from the perspective of persons with dementia“, „An Interpretive Phenomenological Study of the Body in Dementia“, „Ethnocultural and Linguistic Influences on Communication between Staff and Residents in

⁷³ Folgt man der Einteilung von R. Müller, 2006, S.5, kann man in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitswesens drei Gruppen unterscheiden: „eher staatlich organisiert und steuerfinanziert (z. B. Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada, Schweden), eher über Sozialversicherungen finanziert (z. B. Belgien, Deutschland, Niederlande, Österreich) und eher privat und marktwirtschaftlich gesteuert (USA).“ Eine Ausnahme bilden in Kanada nur die Bundesstaaten Alberta und British Columbia, in denen Krankenversicherungsbeiträge eingehoben werden. Zum Gesundheitswesen in Kanada vgl. auch K.R. MacKenzie, 1999

⁷⁴ Vgl. N. Huguet et al., 2008

⁷⁵ Vgl. N.M. Kasman/E.M. Badley, 2004 ; vgl. auch K. Wilson/M.W. Rosenberg, 2004

⁷⁶ A.T. Hoffmann, 2008, S.89-90

Longterm Care”, “Developing an Intervention Model to Promote Socialization for People with Dementia who Reside in Long Term Care”.⁷⁷

In der Folge stellen wir einige Projekte aus Kanada dar, die verschiedene Aspekte interdisziplinärer Zusammenarbeit und Vernetzung beleuchten.

2.4.3.1 Gemeinsames Assessment-Instrument als Grundlage zu Integrierter Versorgung Demenzkranker

Integrierte Versorgung und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen ist nur dann möglich, wenn ein Modus gefunden wird, die verschiedenen Ansätze so zu integrieren, dass sie einander ergänzen. Dazu trägt das Bemühen um eine gemeinsame Sprache ebenso bei wie die Entwicklung von Messinstrumenten durch und für interdisziplinäre Teams. Das folgende Beispiel zeigt die interdisziplinäre Entwicklung eines Instruments zur Erfassung des Sicherheitsrisikos demenzkranker Menschen, die zu Hause leben, wobei die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen und Institutionen explizit als eines der Ziele genannt wird:

„The scale is intended to:

- 1) Develop interventions to decrease the risks of accidents
- 2) Guide health professionals when providing advice to families and informal caregivers
- 3) Improve the communication between different health care professionals within a team or between institutions.”⁷⁸

Das hier kurz beschriebene Instrument wurde von einem Team aus Ärzten, Beschäftigungstherapeuten, einem Psychologen und einem Statistiker entwickelt, die an verschiedenen Universitäten arbeiteten. Auch seine Anwendung ist multidisziplinär gedacht: es soll Angehörigen verschiedener Professionen im extramuralen Gesundheitsbereich dazu dienen, das Risiko von Unfällen und Verletzungen älterer, demenzkranker Menschen einzuschätzen. Eine Kurzversion ermöglicht ein schnelles Screening, eine Langversion dient der vertieften Evaluation und der anschließenden Planung geeigneter Maßnahmen. Das Instrument wurde sowohl in englischer wie in französischer Sprache erstellt und der mehrmaligen Prüfung durch Experten unterzogen. Insgesamt werden neun Bereiche erfasst: Pflegende und Wohnumgebung, Rauchen, Feuer und Verbrennungen, Ernährung, Lebensmittelvergiftungen und toxische Substanzen, Medikation und Gesundheitsprobleme, Herumwandern und Anpassung an wechselnde Temperaturen, Verletzungen, Autofahren. Die Prüfung auf Test-Retest- und Interraterreliabilität sowie auf Validität ergab sehr gute Resultate.⁷⁹

⁷⁷ Vgl. online im WWW unter URL <http://www.crpdc.ubc.ca> <download 10.09.2008>

⁷⁸ L. Poulin de Courval et al., 2006, S.68

⁷⁹ Literatur zu diesem Projekt: L. Poulin de Courval, 2006

2.4.3.2 Interdisziplinäre Schulung zur Reduktion der Neuroleptikagabe

In einem Geriatriezentrum in Montreal wurde untersucht, wie weit sich durch Bewusstmachung und Schulung die Verabreichung von Neuroleptika an demenzkranke BewohnerInnen reduzieren lässt. Diese Medikamente werden – obwohl sie viele Nebenwirkungen haben und eine positive Wirkung nicht gesichert ist – häufig gegeben, um „störendes Verhalten“ der Kranken zu verhindern. In das Programm waren ÄrztInnen, Pflegepersonen, Pharmazeuten, private Betreuungspersonen („personal care attendants“) und Personen aus dem Verwaltungsbereich einbezogen; von den BewohnerInnen nahmen alle teil, die zu Beginn der Untersuchung regelmäßig Neuroleptika erhielten. Der Focus der Schulung lag auf der Empfehlung, beim Auftreten „störenden Verhaltens“ zuerst nichtmedikamentöse Maßnahmen zu versuchen und nur, wenn diese nicht halfen, Medikamente zu verabreichen.

Während des siebenmonatigen Versuchs schickten die im Geriatriezentrum tätigen Pharmazeuten an jene Ärzte, die PatientInnen hatten, die mehr als drei Monate hindurch ein Neuroleptikum in unveränderter Dosis bekamen, eine Kurznotiz, in der sie sie ersuchten, zu überprüfen, ob die Dosis reduziert oder das Medikament abgesetzt werden könnte. Die Pflegepersonen füllten monatlich Fragebögen zum Verhalten der BewohnerInnen aus. Die Zahl eventueller bewegungseinschränkender Maßnahmen wurde anhand der Behandlungs- und Pflegedokumentation verfolgt.

Bei Beendigung der Studie war es bei ca. der Hälfte der 81 HeimbewohnerInnen, die bis zum Ende an der Studie teilgenommen hatten, zu einer Absetzung des Medikaments gekommen. Bei weiteren 13,6 Prozent war die Dosis reduziert worden. Die Gabe anderer Psychopharmaka, die Zahl der Bewegungseinschränkungen und die Zahl der Vorkommnisse, die den Pflegepersonen Stress bereiteten, war nicht gestiegen. Das Vorkommen „störenden Verhaltens“ war signifikant gesunken.⁸⁰

2.4.3.3 Probleme bei der Rehabilitation demenzkranker PatientInnen nach einer Schenkelhalsfraktur

Die AutorInnen dieser kanadischen Untersuchung gehen von der Tatsache aus, dass auch Personen mit einer Demenzerkrankung von einem Rehabilitationsprogramm zur Verbesserung ihrer Bewegungsfähigkeit und ihrer Self-Care profitieren können, und nennen acht Studien, die dies belegen. Da aber andere Untersuchungen ergeben haben, dass die in den Rehabilitationseinrichtungen Tätigen (Pflegepersonen verschiedener Ausbildungsstufen, Physio- und Ergotherapeuten, DiätassistentInnen, SozialarbeiterInnen und andere) häufig Schwierigkeiten haben, mit diesen PatientInnen effektive Rehbilitationsmaßnahmen durchzuführen, gingen die AutorInnen der Frage nach, wie diese Problematik aus der Perspektive der in der Rehabilitation Tätigen gesehen wird.

⁸⁰ Literatur zu diesem Programm: J. Monette et al., 2008

133 Personen auf sieben geriatrischen Rehabilitationsabteilungen nahmen an der zweiteiligen Fragebogenuntersuchung teil, bei der sich ein Teil auf Verhaltensweisen, der andere auf kognitive Symptome von demenzkranken Personen nach einer Schenkelhalsfraktur bezog. Gefragt wurde jeweils, welche Verhaltensweisen bzw. Symptome die Rehabilitation behinderten und welche Strategien die Betreffenden anwandten, wenn diese Hindernisse auftraten.

Als die am häufigsten auftretenden Hindernisse im Verhaltensbereich wurden von den Befragten Ängstlichkeit der Kranken, Agitiertheit und Reizbarkeit angegeben; im kognitiven Bereich standen Gedächtnisdefizite, mangelnde Einsicht und mangelnde Fähigkeit, gezielte Bewegungen auszuführen, im Vordergrund. Die Pflegepersonen berichteten von häufigerem Auftreten „störender Verhaltensweisen“ als die Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe, was daraus erklärlich ist, dass sie eine weitaus längere Zeit bei den PatientInnen verbringen. Nur ungefähr die Hälfte von ihnen nannte Strategien, woraus die AutorInnen der Studie einen gezielten Fortbildungsbedarf über Assessment und Umgang mit Verhaltensweisen und Symptomen demenzkranker Menschen für in der Rehabilitation tätige Pflegepersonen ableiten.⁸¹

2.4.3.4 Mahlzeiten in der Langzeitpflege Demenzkranker als interdisziplinäre Aufgabe

In einer qualitativen Untersuchung nach der Methode der „grounded theory“ griffen zwei Forscherinnen ein für die Lebensqualität und das Wohlbefinden von HeimbewohnerInnen sehr wichtiges Element heraus: die Mahlzeiten. Beim Essen geht es nicht nur um die notwendige Zufuhr von Nährstoffen – Psychologen unterscheiden den Nährwert, den Genusswert und den Symbolwert von Nahrung. Nicht nur die Nahrung selbst, sondern auch die Gestaltung der Mahlzeiten haben vielfältige soziale und kulturelle Bedeutung und hängen stark mit der Biographie der einzelnen Personen zusammen. Gerade bei Demenzkranken kann das immer wiederkehrende Ereignis der Einnahme der Mahlzeiten einen positiven oder negativen Einfluss auf das Verhalten und die Befindlichkeit der Kranken haben. Die Autorinnen dieser Studie kommen zur Konklusion, dass ein optimales Ergebnis nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit erzielt werden kann.

TeilnehmerInnen der Studie waren 20 PatientInnen in Spezialstationen für Demenzkranke. Jede/r Kranke und die sie unterstützenden PflegehelferInnen, diplomierten Pflegepersonen und DiätassistentInnen wurde bei neun Mahlzeiten beobachtet. Zusätzlich wurden Tiefeninterviews mit Pflegepersonen verschiedener Ausbildung und DiätassistentInnen geführt. Die Einnahme der Mahlzeiten zeigte sich dabei als komplexer Prozess, der von der Ankunft der Kranken im Speisesaal bis zum Weggehen reicht, in dessen Mittelpunkt die Kranken stehen und der von vielfältigen Faktoren beeinflusst wird wie Wartezeiten, sozialen Kontakten, der

⁸¹ Literatur zu dieser Studie: K. McGilton et al., 2007a und 2007b

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Auswahl der Speisen, der Atmosphäre des Esszimmers, der geleistete Hilfe beim Essen und vielem anderem mehr (siehe Abbildung 3).

Um nur einige der gemachten Beobachtungen zu nennen: Die beobachteten Wartezeiten dauerten von null bis 27 Minuten: Die Kranken warteten nicht nur auf das Essen, viele warteten auch während des Essens auf verschiedene Arten der Hilfe. Manche brauchten einen Anstoß, um mit dem Essen zu beginnen. Viele hatten Schwierigkeiten beim Essen. Die Angehörigen verschiedener Berufsgruppen, aber auch die einzelnen Personen aus der gleichen Gruppe verhielten sich nicht einheitlich. So wurde etwa eine Patientin beobachtet, die ihr Frühstück selbständig aß und von den Pflegehelferinnen dabei verstärkt wurde. Bei einer der nächsten Mahlzeiten war eine andere Pflegehelferin anwesend, sie begann der Patientin sofort nach dem Erhalt der Mahlzeit das Essen mit dem Löffel zu verabreichen. Die Kranke war dabei wenig kooperationsbereit. Kaum hatte sich die Pflegehelferin einer anderen Patientin zugewandt, die Hilfe brauchte, ergriff die erste Patientin den Löffel und aß selbständig. Viele Kranke versuchten während der Mahlzeiten mit den MitpatientInnen oder Betreuenden zu kommunizieren. Öfters geschah dies aber nonverbal, etwa mit einem Lächeln oder Augenkontakt. Häufig reagierten sie, wenn sie von anderen angesprochen wurden, wenn auch manchmal in einer für die Beobachterinnen nicht verständlichen Weise. Es kam aber auch vor, dass eine Betreuerin das Sprechen kritisierte, weil es die Betreffende am Essen hinderte. Eine andere Betreuerin wiederum meinte im Interview, es sei besser, die Kranken äßen nur die Hälfte der angebotenen Nahrung in Ruhe und angenehmer Atmosphäre, als sie würden gezwungen und seien dann so aufgeregt, dass man sie sedieren oder in anderer Weise einschränken müsste.

Diese Beispiele zeigen, dass hier noch großer Veränderungsbedarf besteht. In interdisziplinärer Zusammenarbeit wären etwa gemeinsame Strategien zu entwickeln, wie die Mahlzeiten am besten zum Nutzen der PatientInnen benützt werden können.⁸²

⁸² Literatur zu dieser Studie: A.G. Gibbs-Ward/H.H. Keller, 2005

Mealtimes as active processes in long-term care facilities: a resident-centred model

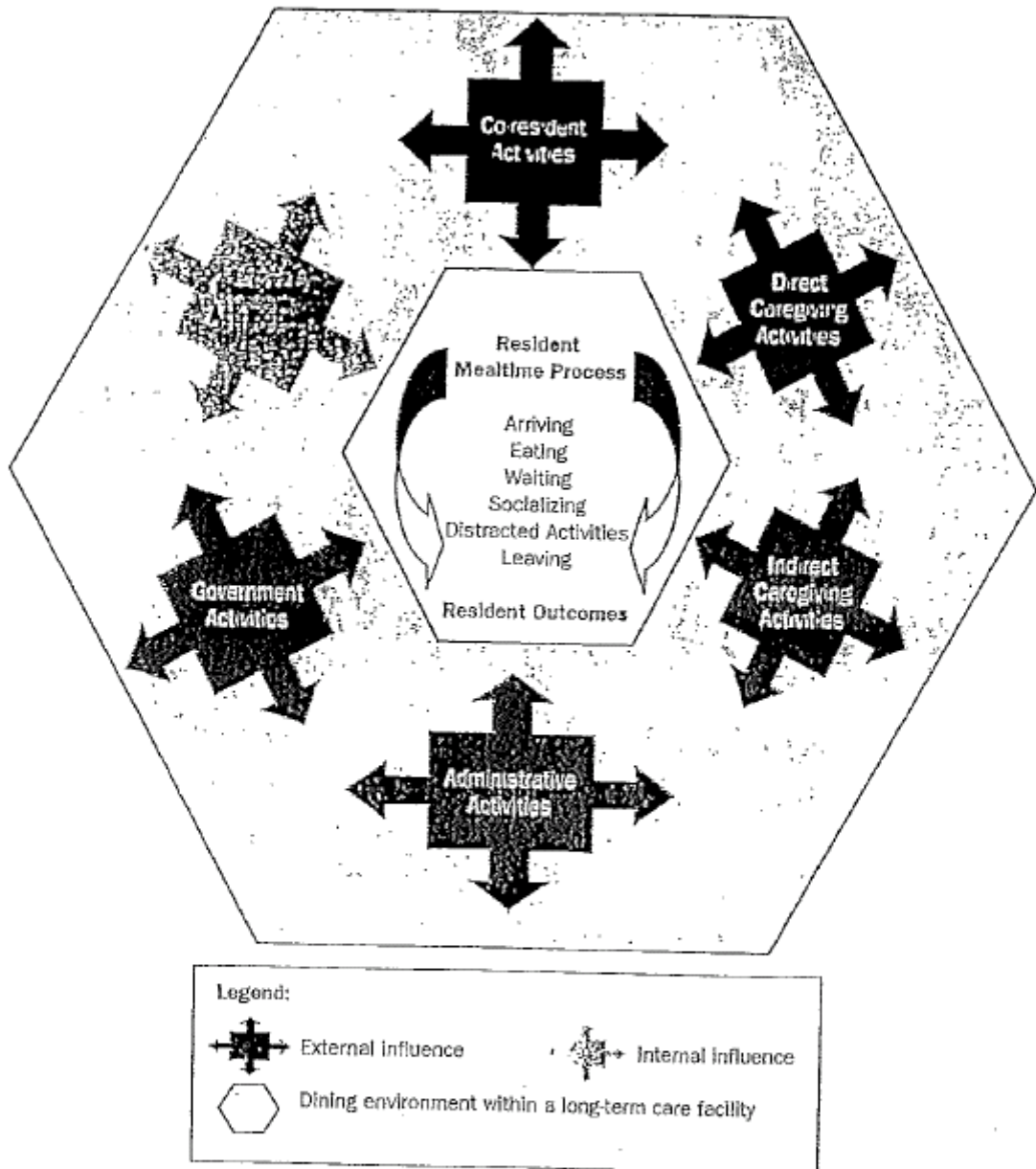


Abbildung 3

Aus: A.J. Gibbs-Ward/H.H. Keller, 2005, S.10

2.4.3.5 Integrierte Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen

Dieses letzte Beispiel aus Kanada zeigt ein umfangreiches Projekt, das sich nicht nur auf demenzkranke Menschen bezog, diese jedoch mit einschloss. Ein wesentlicher Grundpfeiler des Projekts, das 22 Monate hindurch an zwei Standorten in Montréal lief und als Randomized Controlled Trial mit insgesamt 1230 älteren, hilfebedürftigen Menschen geführt wurde, war Case Management. Die „SIPA“ (Abkürzung für „Services intégrés pour les personnes âgées fragiles“) hatte die Verantwortung für die Versorgung einer Person, gleichgültig, wo sich diese befand – zu Hause, in einem Altenheim, im Krankenhaus oder Pflegeheim – und unabhängig davon, ob sie die Dienste eines Tageszentrums benötigte oder nicht. Die behandelnden Haus- und Fachärzte der ins Projekt aufgenommenen Kranken waren ebenso eingebunden wie die Medikamentenverschreibungen. Kontakt wurde unter anderem auch mit der Polizei und Institutionen der Gemeinde aufgenommen. Ein Case Manager war für ungefähr 40 PatientInnen verantwortlich; Case ManagerInnen waren Pflegepersonen, Sozialarbeiterinnen und in einem Fall eine Ergotherapeutin. In den Teams arbeiteten Pflegepersonen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, DiätassistentInnen, SozialarbeiterInnen, PharmazeutInnen, HeimhelferInnen und andere mehr.

Das Ergebnis des Projekts war eine Verschiebung eines Teils der Versorgung vom stationären in den extramuralen Bereich. Die Zahl der Kranken, die in Akutspitälern auf einen Pflegeplatz warteten, war in der Interventionsgruppe nur halb so hoch wie in der Kontrollgruppe. Die Kosten für Krankenhausaufenthalte waren in der Interventionsgruppe niedriger. Die Autoren der Studie betonen, dass dies ohne Verringerung der Pflegequalität und ohne Erhöhung der Belastung der Kranken und ihrer Angehörigen erreicht worden ist.⁸³

⁸³ Literatur zu diesem Projekt: F. Béland et al., 2006

2.4.4 Projekte aus Großbritannien – „Care Management“ seit 1993

In Großbritannien wurde im Jahre 1993⁸⁴ mit der Implementierung von „Care Management“ in der extramuralen Gesundheitsversorgung begonnen. Im Zuge der „community care reforms“ war ab 1989 die Einführung von „Care Management“ zu einem Teil des Regierungsprogramms geworden; in den folgenden Jahren erschienen wichtige offizielle Dokumente zu diesem Thema. Auch hier war die Koordination der verschiedenen Angebote, insbesondere der Leistungen des Gesundheitswesens und des Sozialressorts, eines der Ziele.⁸⁵

Im Begleittext zur gesetzlichen Regelung wird „Care Management“ definiert als „the process of tailoring services to individual needs. Assessment is an integral part of care management but is only one of seven core tasks that make up the whole process.“⁸⁶ Diese sieben „core tasks“ werden beschrieben als „publishing information, determining the level of assessment, assessing need, care planning, implementing the care plan, monitoring and reviewing“.⁸⁷ Da der Begriff „Care Management“ also sehr weit definiert wurde, entstanden in der Folge sehr unterschiedliche Spielarten dieser Organisationsform. Es herrschten zunächst auch verschiedene Meinungen darüber, ob Care Management bei allen KlientInnen angewendet werden soll oder nur bei jenen, die einen erhöhten Versorgungsbedarf haben. Schließlich wurden drei Zugänge vorgeschlagen: Der administrative Typ für die Verbreitung von Information, für Beratung oder eine einfache Dienstleistung; der koordinierende Typ, wenn eine einzelne Dienstleistung oder eine Reihe einfacher Dienstleistungen benötigt wurden, die für die Mehrzahl der KlientInnen geeignet war; und der intensive Typ für KlientInnen mit komplexeren oder wechselnden Bedürfnissen, die die Zuweisung eines „Care Managers“ nötig machten. Dieser letzte Typ wird nun als das wesentliche Element von „Care Management“ angesehen.⁸⁸ In neueren britischen Studien wird versucht, eine Übersicht über diese Entwicklung zu gewinnen.⁸⁹

Zwischen England und Nordirland bestehen Unterschiede in der Organisation der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Während in England sozialer Sektor und Gesundheitswesen vorwiegend getrennt voneinander funktionieren, werden in Nordirland seit längerer Zeit beide Bereiche gemeinsam von Trusts verwaltet. Dies bot einer ForscherInnengruppe Gelegenheit, zu überprüfen, wie weit sich dieser Unterschied in der Praxis des Care Managements bemerkbar macht. Die Ergebnisse erlauben den vorsichtigen Schluss, dass strukturelle Integration der einzelnen Dienste ein Sprungbrett für Veränderungen darstellt und zu einer besser integrierten Praxis führen kann, dass sie jedoch alleine

⁸⁴ Da wichtige gesetzliche Regelungen im Jahr 1991 erschienen, wird manchmal auch dieses Jahr als Datum der Einführung angegeben – vgl. z. B. S. Dörpinghaus et al., 2004, S.112

⁸⁵ vgl. z. B. J. Hughes et al., 2001, S.266-267

⁸⁶ zit. nach D. Challis et al., 2001, S.673

⁸⁷ ebd.

⁸⁸ Vgl. ebd., S.675

⁸⁹ Vgl. z. B. D. Challis et al., 2001; D. Venables et al., 2005; D. Venables et al., 2006. Zur Versorgung Demenzkranker in England vgl. auch S. Kumpers et al., 2005

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

nicht ausreichen dürfte. Weitere Faktoren wie etwa gemeinsame Aus- und Fortbildungen für die Angehörigen verschiedener Disziplinen spielen vermutlich ebenfalls eine Rolle.⁹⁰

Was die Situation demenzkranker Menschen betrifft, so wurde in Großbritannien eine gegenläufige Entwicklung festgestellt. Einerseits wird mit der zunehmenden Zahl alter Menschen auch hier wie in vielen anderen Ländern ein Ansteigen der Anzahl Demenzkranker erwartet; in Großbritannien rechnet man mit einem kontinuierlichen Ansteigen innerhalb der nächsten 50 Jahre, wobei derzeit mehr als die Hälfte demenzkranker Personen in Institutionen (care homes) versorgt wird. Andererseits hat die Zahl der zur Verfügung stehenden Langzeit-Pflegeplätze innerhalb von zehn Jahren um ein Sechstel abgenommen. Aus dieser Entwicklung ergeben sich unter anderem folgende Implikationen:

- Die Pflege und Versorgung demenzkranker Menschen muss in höherem Ausmaß innerhalb der Gemeinde erfolgen, als Pflege zu Hause oder etwa in Form von betreutem Wohnen in seinen verschiedenen Spielarten. Dies wird grundsätzlich positiv gesehen, verlangt jedoch den Ausbau spezieller Unterstützungsangebote für die pflegenden Angehörigen.
- Die Betreiber von Pflege- und Altenheimen müssen sich darauf einstellen, dass die wichtigste Funktion von Langzeitpflege-Einrichtungen zunehmend darin bestehen wird, demenzkranke Menschen zu unterstützen. Dies verlangt unter anderem eine bessere Personalbesetzung und geeignete Fortbildungsmaßnahmen für die in diesen Institutionen arbeitenden Personen.
- Eine bessere Koordination der einzelnen Leistungen im Sinne einer integrierten Versorgung ist nötig, was angesichts fragmentierter Strukturen nicht leicht ist.⁹¹

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklung stellen wir im Folgenden einige Projekte aus Großbritannien vor.

2.4.4.1 Care Management mit demenzkranken Personen

Ein frühes Projekt zur Anwendung von Care Management bei der Versorgung und Unterstützung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen wird von R. Svanberg et al. beschrieben. Das Projekt sollte es den Kranken ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause gepflegt zu werden, wenn sie und die pflegenden Angehörigen diesen Wunsch hatten. Dies sollte durch eine neue Art der Versorgung erreicht werden, die nach den Prinzipien der oben beschriebenen sieben „core tasks“ aufgebaut war.

⁹⁰ Vgl. S. Reilly et al., 2007; vgl. auch D. Challis, 2006

⁹¹ Vgl. A. MacDonald/B. Cooper, 2007 und P. Murdoch, 2007

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Informationen wurden gemeinsam mit Vertretern der lokalen Dienstleistungsanbieter und unter Mithilfe pflegender Angehöriger verbreitet. Das Assessment wurde – separat mit den am Projekt teilnehmenden Kranken und deren Angehörigen – von dem am Ort bestehenden „specialist mental health team for elderly people“ durchgeführt, und zwar nicht als eine einmalige Aktivität, sondern als kontinuierlicher Prozess. Die Planung der Pflege und Versorgung nahm ein Pflegeplanungsteam vor, das unter anderem aus Vertretern der größeren Leistungsanbieter, dem Projekt- und dem Care Manager und einem klinischen Psychologen bestand. Dann wurden Abmachungen mit den Dienstleistungsorganisationen getroffen, die im Plan vorgesehene Aufgaben durchführten. Die Personen, die die Kranken und ihre Angehörigen unterstützten („support workers“) wurden zunächst den Angehörigen vorgestellt. Verlauf und Wirkung der Maßnahmen wurden immer wieder überprüft, und zwar sowohl vom „specialist mental health team“ als auch gemeinsam durch „support workers“, pflegende Angehörige, Care Managers und Vertretern der Dienstleistungsanbieter. Die Evaluation erfolgte in verschiedener Weise, einerseits mit quantitativen Messinstrumenten, andererseits in Form von Interviews.

Die Durchführung des Projekts zeigte bestehende Probleme wie auch Stärken des gewählten Vorgehens auf. Probleme ergaben sich vor allem durch das Fehlen lokaler Unterstützungsangebote wie etwa „respite care“ oder einer flexiblen Tagespflege. Die koordinierende Rolle des Care Managers erwies sich als sehr wichtig wie auch die Kontinuität in der Pflege und Versorgung der Kranken, die durch die Tätigkeit des Care Managers ermöglicht wurde.⁹²

2.4.4.2 Spezialisierte Unterstützungsdienst im häuslichen Bereich

Das Ziel dieser qualitativen Untersuchung war es, einen neu eingerichteten spezialisierten Unterstützungsdienst für die häusliche Versorgung demenzkranker Menschen mit den Standard-Diensten zu vergleichen. Verglichen wurden zwei Gebiete der Stadt Nottingham, in denen die spezialisierten Dienste eingerichtet waren, mit einem demographisch ähnlichen Bezirk mit Standarddiensten. Da die Evaluation komplexer Dienstleistungen methodisch eine große Herausforderung darstellt – die Dienste sind in Entwicklung und quantitative Zugänge sind häufig nicht passend – wurde eine qualitative Auswertungsform gewählt.

Insgesamt wurden 82 Interviews mit einer Dauer von 15 bis 120 Minuten durchgeführt, 27 mit KlientInnen, 18 mit pflegenden Angehörigen, 17 mit MitarbeiterInnen der extramuralen Dienste („home care workers“) und 20 mit Verantwortlichen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich.

Die MitarbeiterInnen in den spezialisierten Diensten hatten eine zusätzliche Schulung in Demenzpflege erhalten; sie konnten die Angehörigen bei besonderen Problemen unterstützen.

⁹² Literatur zu diesem Projekt: R. Svanberg et al., 1997

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Eine spezielle Organisationsform ermöglichte eine maximale Kontinuität der Betreuung. Wöchentliche Treffen dienten der Supervision und Unterstützung durch einen Manager, einen Beschäftigungstherapeuten und eine psychiatrisch ausgebildeten Pflegeperson.

Der spezialisierte Dienst war auf die Gesamtheit der Bedürfnisse und Wünsche der Betreuten orientiert und nicht so sehr auf bestimmte Funktionen. Durch multidisziplinäre Gesundheits- und soziale Unterstützungsdienste wurde die Pflege individuell auf den besonderen Bedarf und die laufend erfassten Bedürfnisse der KlientInnen ausgerichtet; die Grundhaltung dabei war, die Pflege und Versorgung „needs-led“, nicht „provider-led“ durchzuführen. Bedürfnisse wurden sorgfältig erhoben und die Pflegepläne wenn notwendig angepasst. Eine Warteliste wurde aufgestellt, wenn die Kapazität überschritten war.

Den MitarbeiterInnen erlaubten die spezialisierten Dienste eine größere Flexibilität. „But what I have found with dementia, you're not programmed every day, like you must be there for half an hour, then there for half an hour...“, sagte ein „careworker“ aus dem spezialisierten Dienst. Diese Flexibilität wurde durch ein System gegenseitiger Unterstützung ermöglicht, vor allem durch verbesserte Kommunikation im Team, besonders durch Mobiltelefone.

Den KlientInnen ermöglichten die spezialisierten Dienste eine größere Kontrolle und Autonomie. Sie wurden ermutigt, verschiedene Tätigkeiten zu unternehmen und mehr an Entscheidungen teilzunehmen. „ Now, you can actually talk them through the process, to let them do it themselves, to keep their own independence“ („careworker“ , spezialisierter Dienst).

Im spezialisierten Dienst war es möglich, Beziehungen zwischen BetreuerInnen und betreuten Personen aufzubauen. Durch Kenntnisse der Lebensgeschichte der Betroffenen konnten Wünsche besser berücksichtigt werden: „...If you spent forty years wearing lipstick and then you lose your memory and then people that look after you don't know..., it could be the be all and end all“ („careworker“, spezialisierter Dienst). Vertrauen konnte zwischen den BetreuerInnen und der Familie aufgebaut und länger dauernde Ziele konnten erreicht werden.

Auch die Belastung der pflegenden Angehörigen konnte vermindert werden. Das Teilen der Verantwortung erleichterte den Druck auf sie, die mit verschiedenen Doppelrollen überlastet waren. Es konnte auch verhindert werden, dass Krisensituationen entstanden. „It was the relief that I could keep my mother at home and she was being well looked after...“, drückte es eine pflegende Tochter aus.⁹³

⁹³ Literatur zu diesem Projekt: I. Rothera et al., 2008

2.4.4.3 Fähigkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit als Grundlage zu Integrierter Versorgung

Im Folgenden wird ein Projekt geschildert, das als Vorbereitung für die multidisziplinäre Kooperation in der Betreuung demenzkranker Personen verstanden werden kann. Im Vordergrund stand die Früherkennung der Demenzerkrankung. Die ForscherInnengruppe berichtet über eine Serie von 24 multiprofessionellen Workshops in 21 Städten in ganz Großbritannien, in denen überprüft werden sollte, wie PraktikerInnen verschiedener Disziplinen die Aufforderung der Regierung zur multiprofessionellen Teamarbeit bei der Diagnosestellung von Demenzerkrankungen beurteilen. Durch diese Teamarbeit sollen professionelle Grenzen aufgebrochen, Fähigkeiten und Ressourcen gebündelt und Doppelgleisigkeiten zwischen Gesundheits- und sozialer Versorgung vermieden werden. Insgesamt nahmen ungefähr tausend praktische ÄrztInnen, in der Gemeindefürsorge tätige psychiatrische und andere Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen und Pflegenheimpersonal an den Workshops teil, die jeweils vier Fokusgruppen beinhalteten. In den einzelnen Fokusgruppen sollte eher in Richtung Konsens gearbeitet werden, in der Zusammenschau zeichneten sich dann vier Themenpaare ab, die kontrastierende Meinungen zum Ausdruck bringen.

Das erste dieser Themenpaare betrifft den Dualismus zwischen der Strategie, möglichst viele Gelegenheiten zu benützen, um Fälle von Demenz frühzeitig zu erkennen, und einem systematischen Screening der Bevölkerung. Jene Gruppen, die die zuerst genannte Strategie für besonders vielversprechend hielten, betonten die Notwendigkeit der Bewusstmachung der Problematik bei den Angehörigen aller Gesundheitsberufe, von Training und Aufmerksamkeit auf Anzeichen und Symptome. „To diagnose it, you must think of it.“⁹⁴ Ebenso sollte auch das Wissen der Bevölkerung über die Anzeichen von Demenz gefördert werden, um die Bereitschaft der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu erhöhen, schon in früheren Stadien Hilfe zu suchen. Über die Vor- und Nachteile eines Screenings der Bevölkerung wurde in den Gruppen viel diskutiert, vor allem in Bezug auf die Kosteneffizienz. Es wurde aber auch die Tatsache erwähnt, dass ein Screening sowohl zu erhöhten Erwartungen als auch zu vermehrten Ängsten der Betroffenen führen könne. Außerdem könne bei einem Screening eine Reihe anderer Bedürfnisse offenbar werden, und es sei zu fragen, wer die Fähigkeit und Kompetenz besäße, alle diese Probleme zu lösen. Einige Fokusgruppen wollten das Screening auf bestimmte Risikogruppen, etwa Personen mit Down's Syndrom, eingeschränkt wissen, oder sie schlugen eine Verbindung mit der jährlichen Gesundheitsuntersuchung aller über 75jährigen vor. Als am geeignetsten zur Vornahme eines Screenings wurden Pflegepersonen angesehen, insbesondere die „practice nurses“.⁹⁵ Eine ungelöste Spannung wurde sichtbar zwischen der Auffassung, das Erkennen einer Demenz könne Aufgabe aller Ge-

⁹⁴ J. Manthorpe et al., 2003, S.166

⁹⁵ „Practice nurses work in general practitioner (GP) practices providing assessment, screening, treatment, care and education to patients from all sections... To become a practice nurse generally requires two years' professional experience post training.“ Online im WWW unter URL http://www.prospects.ac.uk/cms/ShowPage/Home_page/Explore_types_of_jobs/Types_of_Job/p!eipaL?state=showocc&idno=720 <download 08.08.2008>

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

sundheitsberufe sein, und der Meinung der Ärzte, für ein systematisches Screening kämen die Pflegepersonen, aber nicht unbedingt die Praktischen Ärzte in Frage.

Einen zweiten Diskussionspunkt bildete die Frage, ob Personen mit einer Demenz im frühen Stadium auf eine andere Berufsgruppe oder eine Organisation verwiesen werden sollten bzw. wie weit eine Berufsgruppe selbst die Verantwortung für die notwendige Versorgung übernehmen kann. Praktische Ärzte sahen beispielsweise im Zweifelsfall die Einholung einer „zweiten Meinung“ als opportun an. Fast alle Gruppen nannten den Hinweis auf die lokale Alzheimer-Gesellschaft als förderlich, Hinweise auf Organisationen, die „respite services“ boten, auf Selbsthilfegruppen und kirchliche Organisationen wurden genannt. Von einem gemeinsamen multiprofessionellen Assessment der Bedürfnisse war selten die Rede. Als verantwortlich für die Diagnosestellung und die Medikamentenverschreibung wurden allgemein die Ärzte angesehen. Eine Diskussionsgruppe stellte eine Liste von Verantwortlichkeiten zusammen, in der die Rollen klar unter den einzelnen Berufen verteilt werden, andere hingegen plädierten für eine flexible Rollenverteilung. Eine Verantwortung für das Wohlbefinden oder die Lebensqualität der Betroffenen wurde von niemandem genannt.

Einen weiteren Dualismus sahen die AutorInnen der Studie zwischen Teamarbeit und „key working“.⁹⁶ In den Gruppen wurde häufiger über Teamarbeit gesprochen. Mit „key working“ hatten einige Gruppen wenig Erfahrung; andere assoziierten mit dieser Rolle eine Reihe spezieller Aufgaben. „Team“ wurde eher als gemeinsames Ethos oder gemeinsamer Ansatz aufgefasst und nicht so sehr als eine organisierte Einheit.

Die Diskussionen über Teamwork und Rollen machten eine vierte Polarität sichtbar, nämlich jene zwischen der Rolle von Generalisten bzw. Spezialisten. In den Diskussionen stellte sich heraus, dass viele TeilnehmerInnen der Workshops zwar allgemeine Aufgaben ansprachen, sich jedoch nicht in der Lage sahen, die Verantwortung für eine umfassende Versorgung der Demenzkranken und ihrer Familie zu übernehmen. Als Spezialisten im ärztlichen Bereich wurden vor allem die Psychogeriaten genannt, die die Diagnose bestätigen, zwischen verschiedenen Formen der Demenz unterscheiden oder eine genetische Beratung durchführen könnten. Von einigen wurden „memory clinics“ genannt, Beschäftigungs- oder PhysiotherapeutInnen oder DiätberaterInnen. Die TeilnehmerInnen der Workshops stellten fest, dass die Unterstützung durch Spezialisten auf dem Gebiet der Demenz allgemein ungenügend war.

⁹⁶ Die AutorInnen erklären den Begriff „key working“ nicht. Für den Bereich der Obdachlosenfürsorge bestimmt L. Lennon, 2003 den Begriff dahingehend, dass „the term Keyworking is generally used to describe a system for providing individual planned care to a homeless person through a named member of staff.“. Von Case Management unterscheidet sich Key working nach Lennon dadurch, dass es eine Koordination der Versorgung innerhalb einer Organisation betrifft, während Case Management eine Koordination der Leistungen mehrerer Organisationen zum Gegenstand hat.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Generell wurden in den Workshops immer wieder Training und Fortbildung als notwendige Voraussetzungen für eine gemeinsame Arbeit genannt. Es zeigte sich, dass die Früherkennung der Demenz für alle Berufsgruppen neue Herausforderungen mit sich bringt. Es wurde auch klar, dass über die Verantwortlichkeit der einzelnen und des Teams verhandelt werden muss. In der extramuralen Versorgung und Pflege älterer Menschen ist eine gemeinsame Verantwortung verschiedener Berufsgruppen extrem unüblich und dürfte nicht leicht sein. Es darf auch nicht vergessen werden, dass sich die Versorgung Demenzkranker und ihrer Familien im Rahmen größerer Dienstleistungssysteme abspielt. Um hier Teamarbeit zu ermöglichen, sind nach Meinung der AutorInnen der Publikation Lernprozesse und der überlegte Einsatz von Ressourcen nötig.⁹⁷

2.4.4.4 Eine möglichst positive Umgebung für demenzkranke HeimbewohnerInnen

In dieser Studie aus Großbritannien geht es – ähnlich wie bei der weiter oben geschilderten Untersuchung von Robison aus den USA – um die Zusammenarbeit zwischen den Pflegepersonen eines Pflegeheims und den Angehörigen demenzkranker BewohnerInnen. Sie beruht jedoch auf einem anderen theoretischen Hintergrund und unterscheidet sich auch in der Art der Intervention. In methodischer Hinsicht handelt es sich um ein Entwicklungsprojekt – man könnte es auch als Aktionsforschung bezeichnen. Es sollten Wege gefunden werden, wie BewohnerInnen, Angehörige, Pflegepersonen und ForscherInnen zusammenarbeiten können, um eine möglichst positive Umgebung für die schwer demenzkranken HeimbewohnerInnen und die Pflegenden zu schaffen. Durchgeführt wurde die Untersuchung in einem Pflegeheim in Nordengland, das Platz für 40 demenzkranke Personen bot; sie umfasste einen Zeitraum von zwei Jahren.

Die theoretische Grundlage für das Projekt bildete das „Senses Framework“, das von Nolan et al. an der Universität in Sheffield entwickelt worden war. Nolan et al. analysierten die pflegerischen Beziehungen zwischen allen Beteiligten und formulierten sechs Dimensionen, die sie als „senses“ bezeichneten. Die von den TheoretikerInnen verwendeten Fachausdrücke sind nicht leicht ins Deutsche zu übersetzen; wir fügen den englischen Bezeichnungen eine eigene Übersetzung bei. Es handelt sich um folgende Dimensionen:

- A sense of security – ein Gefühl der Sicherheit
- A sense of belonging – ein Gefühl der Zugehörigkeit
- A sense of continuity – ein Gefühl der Kontinuität
- A sense of purpose – ein Gefühl der Sinnhaftigkeit
- A sense of achievement (oder fulfilment) – das Gefühl, Ziele zu erreichen
- A sense of significance – das Gefühl, dass man etwas bedeutet, hochgeschätzt wird.

⁹⁷ Literatur zu diesem Projekt: J. Manthorpe et al., 2003

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Um eine qualitativ hochstehende Pflege zu verwirklichen, ist es nach Nolan et al. notwendig, dass alle Beteiligten diese „Gefühle“ empfinden.⁹⁸

Die AutorInnen des Projekts, die PflegewissenschaftlerInnen B. Aveyard und S. Davies, arbeiteten zunächst einige Zeit im Pflegeheim mit, um das Milieu kennen zu lernen. Dann erhielten die im Heim beschäftigten Pflegepersonen und je ein Angehöriger der BewohnerInnen einen Fragebogen, auf dem sie ihre Meinungen und Erfahrungen wiedergeben konnten. Da die BewohnerInnen stark kognitiv behindert waren, konnten sie keinen Fragebogen ausfüllen, es konnte jedoch durch informelle Gespräche einige Einsicht in ihre Erfahrungen gewonnen werden. Der nächste Schritt bestand in einer Reihe von Treffen außerhalb des Pflegeheims, zu dem alle Pflegepersonen eingeladen wurden. Die Pflegepersonen erhielten ein Feedback über die bisherigen Ergebnisse und Prioritäten für Veränderungen im Heim wurden diskutiert. Daraufhin wurde eine Aktionsgruppe gebildet, zu der Angehörige der Kranken, VertreterInnen des Pflege- und Hauspersonals und des Managements sowie ForscherInnen gehörten. Diese Gruppe traf sich monatlich und leitete beschlossene Veränderungen in die Wege. Nachdem sie ein Jahr tätig gewesen war, folgte ein Tag der Reflexion. Eine zweite Runde schriftlicher Befragung und Interviews mit Pflegepersonen und Angehörigen schlossen die Untersuchung ab.

Bei der Auswertung der Erfahrungen der am Projekt Teilnehmenden wurden die Ergebnisse zu vier Hauptthemen zusammengefasst. Das erste Ergebnis war, dass die verschiedenen Gruppen einander besser verstanden. Zweitens hatten sie auch gelernt, einander hochzuschätzen. Die Pflegepersonen freuten sich über die Anerkennung ihrer Leistung, die Angehörigen fühlten sich stärker einbezogen. Drittens merkten Pflegepersonen und Angehörige, während das Projekt fortschritt, dass sie gemeinsam zu einer Kraft wurden, die Veränderungen bewirken konnte. Die augenfälligsten Erfahrungen waren jedoch viertens die erfolgreichen Initiativen und Neueinführungen, die innerhalb eines Jahres erreicht werden konnten. Wenn auch manches langsam ging, so waren sich doch die Beteiligten einig, dass viel gelungen war. Um nur einige Neuerungen zu nennen:

- Eine Teilzeit-Ergotherapeutin konnte angestellt werden
- Ein vierteljährlich erscheinender „Newsletter“ wurde geschaffen
- Ein Hund für die BewohnerInnen wurde angeschafft
- Die Gruppe entwickelte eine Broschüre für „neue“ Angehörige, die hauptsächlich von den Angehörigen gestaltet wurde
- Die Manager erreichten, dass im Heim Praktikumsplätze für Pharmazeuten geschaffen wurden. Dadurch haben die Pflegepersonen besseren Zugang zu Informationen über die Wirkungen der verschiedenen Medikamente und können sicher sein, dass die Medikation der einzelnen BewohnerInnen regelmäßig überprüft wird

⁹⁸ vgl. M.R. Nolan et al., 2004, S.49-50 und B. Aveyard/S. Davies, 2006, S.97

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Eine Selbsthilfegruppe für Angehörige wurde eingerichtet
- Drei „Fund raising days“ wurden organisiert, die Geld für die Ermöglichung von Aktivitäten der BewohnerInnen hereinbrachten.⁹⁹

⁹⁹ Literatur zu diesem Projekt: B. Aveyard/S. Davies, 2006

2.4.5 Projekte aus den Niederlanden und Schweden

Bevor wir zu den Projekten aus Deutschland übergehen, möchten wir noch einige Beispiele aus den Niederlanden und ein Beispiel aus Schweden bringen. Es würde den Rahmen dieses Berichts sprengen, wenn wir auf das Gesundheitswesen in den beiden Ländern näher eingehen wollten. Was die Niederlande betrifft, so existiert eine relativ neue, detaillierte Studie, die direkt auf die Gesundheitsversorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen bezogen ist, wobei die Situation in den Niederlanden jener in England gegenübergestellt wird.¹⁰⁰

Die niederländischen Projektbeispiele illustrieren verschiedene Aspekte der interdisziplinären Vernetzung in Europa. Das schwedische Beispiel haben wir vor allem deshalb gewählt, weil es in seiner Art einzigartig ist: Ein wichtiger Bestandteil des Programms ist ein gemeinsames Training von Paaren, die aus Freiwilligen und pflegenden Angehörigen Demenzkranker gebildet wurden.

2.4.5.1 Integrierter multidisziplinärer diagnostischer Zugang zur Versorgung Demenzkranker

In diesem Projekt, das in Maastricht durchgeführt wurde, geht es um die Verbesserung der Lebensqualität demenzkranker Personen. Erreicht werden sollte dies auf Grund eines komplexen Assessments und von Therapieempfehlungen, die durch ein multidisziplinäres Team ausgearbeitet und an die behandelnden Hausärzte weitergeleitet wurden. Am „Diagnostic Observation Centre for Psychogeriatric Patients“ arbeiten Gerontopsychiater, Geriater, Neuropsychologen, Physio- und Ergotherapeuten sowie geriatrische und psychiatrische Pflegepersonen, wodurch es möglich war, bei der Diagnose und den vorgeschlagenen Maßnahmen sehr verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Die Erstuntersuchung fand in Form eines zweiwöchigen Screenings statt, während dessen die Demenzkranken zu Hause und in der Universitätsklinik untersucht wurden (zum Beispiel mit Hilfe von Computertomographie). Die Ergebnisse wurden in wöchentlichen interdisziplinären Treffen diskutiert und anschließend die definitive Diagnose und der Behandlungsplan erstellt.

In der randomisierten Kontrollstudie setzte sich das Sample der Interventionsgruppe aus 137 Personen zusammen, die mit einer Kontrollgruppe von 93 Personen verglichen wurden, welche traditionelle Versorgung erhielten. Die Daten zur Lebensqualität der Kranken wurden nach einer Basiserhebung nochmals nach sechs und zwölf Monaten erfasst, und zwar mit Hilfe von Interviews mit den Angehörigen der PatientInnen. Verwendet wurden dabei unter anderem der EQ-5D, ein in einer Reihe europäischer Länder validiertes Instrument zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kranken, und der ebenfalls sehr verbreitete 36 Items umfassende Fragebogen SF-36, der neun relevante Aspekte gesundheitsbezogener Funktionen umfasst.

¹⁰⁰ S. Kümpers et al., 2005

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Nach sechs Monaten waren die Werte der Dimension „soziale Funktion“ des SF-36 in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Gruppe mit üblicher Versorgung und Pflege. Die Ergebnisse des EQ-5D zeigten ebenfalls einen signifikant Unterschied zwischen den Gruppen: die von den Angehörigen eingeschätzte Lebensqualität der Kranken war in der Interventionsgruppe höher als in der anderen Gruppe. Sie hatte in der Interventionsgruppe zu-, in der Gruppe mit üblicher Versorgung abgenommen. Nach zwölf Monaten betrug die Gruppendifferenz in der Lebensqualität 9,6 %, was den Erwartungen sehr nahe kam. Eine klinisch relevante Verbesserung zeigten nach sechs Monaten mehr PatientInnen der Interventionsgruppe als der Kontrollgruppe. Das Ausmaß der Gabe von Cholinesterase-Hemmern hatte keinen Einfluss auf die Verbesserungen.¹⁰¹

2.4.5.2 Multidisziplinäre Versorgung älterer Menschen im extramuralen Bereich (Dutch Geriatric Intervention Program - DGIP)

Die im Folgenden dargestellte, ebenfalls in den Niederlanden durchgeführte Studie betrifft nicht nur demenzkranke Menschen, sondern die größere Gruppe von „vulnerable older people who live at home“. Ältere PatientInnen, die Probleme im kognitiven Bereich, in Ernährung, Verhalten, Stimmungslage oder Mobilität hatten, wurden der Studie von den behandelnden Hausärzten zugewiesen. Insgesamt wurden 151 Personen in die Studie aufgenommen; 85 davon nahmen an der neuen Intervention teil, die anderen 66 erhielten die übliche Versorgung und Pflege.

In der Interventionsgruppe besuchte eine in Geriatrischer Pflege spezialisierte Pflegeperson, die mit den behandelnden Ärzten und Geriatern zusammenarbeitete, die PatientInnen zu Hause. Bis zu sechs weitere Besuche innerhalb der nächsten drei Monate waren nach dem ersten Besuch, der ein umfassendes Assessment beinhaltete, vorgesehen. Nach dem Assessment arbeitete das Interventionsteam einen individuellen integrierten Plan zur Versorgung jedes Kranken aus, für dessen Realisierung größtenteils die Pflegeperson verantwortlich war. Die behandelnden Hausärzte blieben weiterhin die Erstverantwortlichen, sie besprachen die Situation mit den anderen Mitgliedern des Teams und trafen dann die endgültige Entscheidung.

Nicht in die Intervention einbezogene ForscherInnen erhoben Daten zur Fähigkeit der Kranken, Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, und zu ihrem psychischen Wohlbefinden. Diese Erhebungen wurden vor Beginn der Intervention sowie nach drei und sechs Monaten durchgeführt. Nach drei Monaten hatten sich in der Interventionsgruppe sowohl die Fähigkeiten als auch das psychische Wohlbefinden signifikant erhöht. Nach sechs Monaten hatte das Wohlbefinden in der Interventionsgruppe noch zugenommen, bei den Fähigkeiten zur Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens war jedoch der Unterschied zum Basiswert nicht mehr signifikant. In der Gruppe mit traditioneller Versorgung hatten die Fähigkeiten

¹⁰¹ Literatur zu diesem Projekt: C.A.G. Wolfs et al., 2008

nach drei Monaten abgenommen, das Wohlbefinden blieb über die gesamte Zeitspanne ziemlich konstant. Insgesamt kann man also sagen, dass die Intervention günstige Erfolge brachte.¹⁰²

Zusätzlich wurden bei dieser Studie die Kosten und die Kostenersparnisse durch die Intervention errechnet. Die ForscherInnen kommen dabei zu dem Schluss: „The results of this economic evaluation suggest that DGIP is an effective addition to primary care for frail older people at a reasonable cost.“¹⁰³

2.4.5.3 Unterstützung der Angehörigen Demenzkranker durch Freiwillige

Dieses schwedische Projekt, das unter der englischen Bezeichnung „Circle Model“ bekannt ist, stellt den Einsatz von Freiwilligen zur Unterstützung der Angehörigen in den Mittelpunkt. Der Ablauf des gesamten Projekts, das an sechs Standorten implementiert wurde, wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Stockholm von PflegeexpertInnen geplant und stufenweise umgesetzt. Die Abbildung 4 soll diesen Ablauf veranschaulichen.

Fünfzehn „deacons“¹⁰⁴ der Schwedischen Kirche in Stockholm wurden zu GruppenleiterInnen ausgebildet; sie erhielten eine umfassende Schulung über die Demenzerkrankung und den Umgang mit Betroffenen und Angehörigen an der Stockholmer Universität. In einem zweiten Schritt suchten sie pflegende Angehörige demenzkranker Personen aus und Freiwillige, die sich für die Unterstützung solcher Angehörigen interessierten. Kontakte zu den sozialen Diensten wurden hergestellt, die das Projekt unterstützen sollten.

Nach der Auswahl von 27 Angehörigen und der gleichen Anzahl von Freiwilligen wurde eine gemeinsame Schulung dieser Personen in Gruppen durchgeführt, unterstützt von der Bildungsgesellschaft der Schwedischen Kirche. Durch diese Schulungen, Studienzirkel genannt, die in wöchentlichen Abständen gehalten wurden, entstanden wertvolle Kontakte zwischen den Angehörigen und den Freiwilligen, eine gemeinsame Wissensbasis und ein reger Austausch über die Erfahrungen, die die Angehörigen in der Pflege ihrer kranken Familienmitglieder gemacht hatten.

Die gute Beziehung und das Vertrauensverhältnis zwischen Angehörigen und Freiwilligen, die Paare bildeten, war die Basis der wertvollen Unterstützung, die die Freiwilligen wöchentlich nach Abschluss der Schulungen in den Familien leisteten. Auch das Vertrauen, das zwi-

¹⁰² Literatur zu diesem Programm: R.J.F. Melis et al., 2008a

¹⁰³ R.J.F. Melis et al., 2008b, S.275

¹⁰⁴ „Deacons“ (wörtlich: Diakone bzw. Diakonissen) sind in der Schwedischen Kirche kirchliche Angestellte, meist Frauen, die eine ähnlich lange Ausbildung wie die Priester haben und auch ähnliche Funktionen ausüben – vgl. online im WWW unter URL <http://www.thelocal.se/6629/20070308/> <download 29. 08. 2008>

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

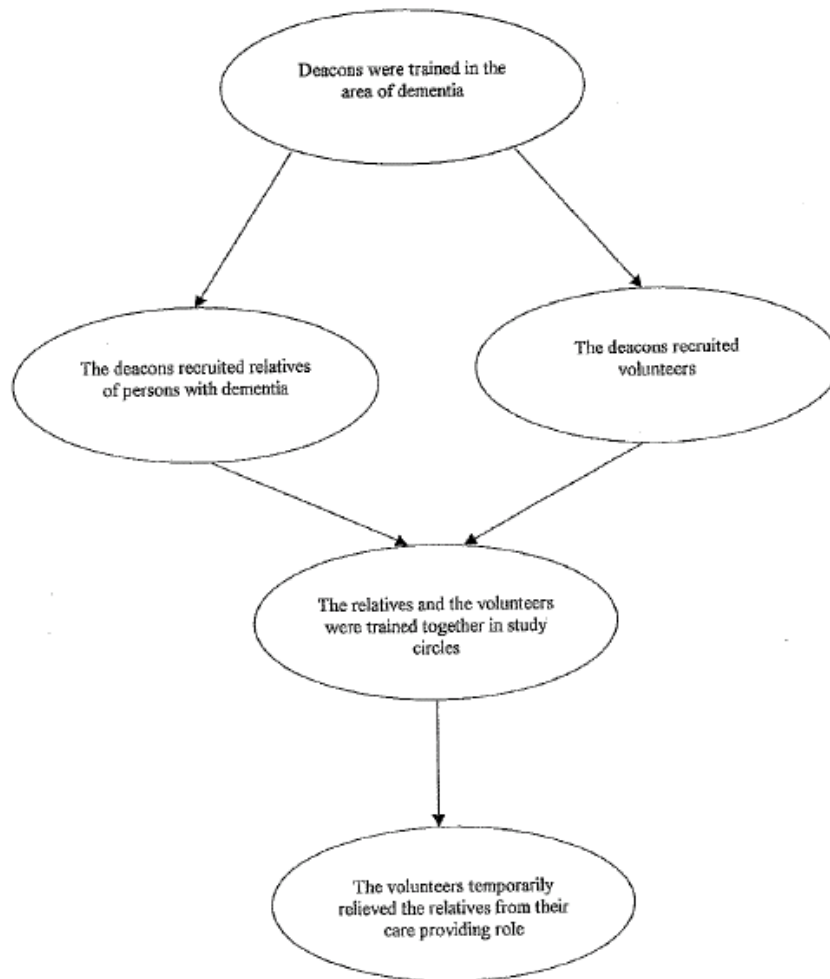
schen den Freiwilligen und den demenzkranken Personen entstanden war, machte ihren Einsatz zu einer höchst effizienten und für die Kranken angenehmen Hilfe.

Die Auswertung von Seiten der WissenschaftlerInnen zeigte, dass die Angehörigen in den Studienzirkeln neben dem Wissen auch Verständnis für ihre Situation erhalten hatten und neue Copingstrategien erlernen konnten. Durch die regelmäßige Unterstützung in der Pflege fühlten sie sich sehr entlastet und vor allem sicher, weil zwischen den Freiwilligen und den kranken Personen ein guter Kontakt bestand. Die Angehörigen betonten, dass sie eine Gemeinschaft gefunden hatten, in der sie ihre Gefühle äußern konnten und solche Solidarität erlebt hatten, dass die Treffen auch dann weitergingen, als das Projekt schon beendet war.

Die Freiwilligen waren in höchstem Maß zufrieden mit ihrer Teilnahme an dieser Studie. Sie betonten, dass sie in theoretischer und praktischer Hinsicht sehr viel gelernt hatten, auch aus den Vorträgen und der Literatur, aber besonders von den Erfahrungen der Angehörigen. Der gute Kontakt zu den Angehörigen, die Nähe, die sie erleben konnten, waren besonders hilfreich, um die schwierigen Situationen zu verstehen und meistern zu lernen.

Bei ihren ersten Einsätzen fühlten die Freiwilligen etwas Unsicherheit, die sie aber durch die guten Kontakte zu den Angehörigen und das zunehmenden Kennenlernen der Kranken überwinden konnten. Durch das Anhören der Lebensberichte und der verschiedenen Ereignisse konnten sie helfen, dass manche Erinnerungen bewahrt werden konnten. Sie waren besonders kreativ im Aufspüren und Besuchen von altbekannten Orten und Plätzen, suchten bei den Spaziergängen immer wieder Wälder auf, wo es in entspannter Atmosphäre möglich war, die Natur zu bewundern und Gespräche zu führen.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG



Das „Circle Model“ nach W. Jansson, 1998, S.675

Abbildung 4

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Für ihren Einsatz bekamen die Freiwilligen keine finanzielle Abgeltung, sie waren jedoch sehr zufrieden, dass sie den Familien in so positiver Form Unterstützung bieten konnten. Sie sprachen von gegenseitigem Geben und Nehmen und von neuen Freunden, die sie gewonnen hatten.

Die GruppenleiterInnen erlebten ihren Einsatz als große, manchmal schwierige, aber sehr interessante Herausforderung, weil es ein ganz neues Arbeitsfeld für sie war. Die Tatsache, dass sie immer zu zweit arbeiteten, war für sie sehr wichtig, so konnten sie Erfahrungen austauschen und einander ergänzen.¹⁰⁵

2.4.5.4 Kultursensible Unterstützung pflegender Angehöriger in Migrantenfamilien

In einer Reihe europäischer Länder werden die Gesundheitspolitiker zunehmend mit der Tatsache konfrontiert, dass die „Gastarbeiter“, die zu Zeiten wirtschaftlichen Aufschwungs in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg ins Land kamen, heute zur älteren Generation gehören und häufig pflegebedürftig werden. Hinzu kommen ältere Familienmitglieder von MigrantInnen, die im Zuge von Familienzusammenführungen nachfolgten, und Flüchtlinge aus verschiedensten Krisenherden. Es stimmt zwar, dass in vielen dieser Familien die familiäre Verpflichtung zur Pflege zu Hause noch stärker betont wird als im Gastland,¹⁰⁶ es ist aber auch deutlich erkennbar, dass dies unter den gegebenen Umständen in vielen Fällen nur mit geeigneter professioneller Unterstützung der pflegenden Angehörigen gelingen kann.

Bei der Vernetzung von Institutionen zur Pflege und Versorgung älterer Menschen darf dieser Umstand keineswegs übersehen werden. Dies gilt auch in Bezug auf die Versorgung demenzkranker Menschen, die häufig zusätzlich an anderen Krankheiten leiden, die Pflegebedürftigkeit verursachen können.¹⁰⁷ Aus diesem Grund stellen wir hier beispielhaft ein Projekt aus den Niederlanden dar, das zeigt, wie „best practice“ zur Unterstützung pflegender Angehöriger älterer Menschen unter Migrationsbedingungen aussehen kann.

Das Projekt „Transculturele Ouderenzorg Thuis“, auf Deutsch etwa „Transkulturelle Altenpflege zu Hause“, lief von 1993 bis 2001 in Rotterdam, einer Stadt, in der die Zahl der MigrantInnen sehr hoch ist, und bezog sich auf türkische Familien. Die theoretische Basis lieferte eine Untersuchung von Yolande van den Brink, die sich damit beschäftigte, was Pflege bei türkischen pflegenden Angehörigen und im Vergleich dazu bei holländischen Gemeindeschwestern bedeutet, welche Werte dahinterstehen und wie sie in konkreten Hand-

¹⁰⁵ Literatur zu diesem Projekt: W. Jansson et al., 1998

¹⁰⁶ Dies gilt z.B. auch für Russlanddeutsche – vgl. W. Schnepf et al., 2005, S.305

¹⁰⁷ In einer derzeit laufenden Studie unserer Abteilung, in der Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege und HeimhelferInnen befragt werden, hat sich gezeigt, dass diese besonders in Wien nicht selten angeben, demenzkranke KlientInnen mit Migrationshintergrund zu versorgen

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

lungen ihren Ausdruck finden. Außerdem wurden Empfehlungen für den Umgang niederländischer Hauskrankenpflegepersonen mit türkischen Familien erarbeitet.

Einen Anstoß zu dieser Studie bildete die Tatsache, dass die Hauskrankenpflegeorganisationen in Rotterdam sehr wenig über die Situation alter pflegebedürftiger türkischer Menschen in der Stadt wussten, diese wenig über die Hilfsangebote informiert waren und die Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege entweder keinen Kontakt zu solchen Familien hatten oder dass, wenn es doch zu solchen Kontakten kam, zwei unterschiedliche Pflegeverständnisse einander gegenüber standen.

Bereits im Jahr 1993 fand auch – initiiert von der Leitung eines Pflegeheims – versuchsweise der erste Kurs für türkische Frauen statt, die Angehörige pflegten. Diese Kurse wurden im Laufe der Zeit ausgebaut und im Jahr 2000 wurde die Methode in Form eines Handbuchs zur Veranstaltung solcher Kurse publiziert. In den ersten sieben Jahren des Bestehens der Kurse hatten in Rotterdam bereits mehr als 450 Frauen aus Migrantenfamilien in den Basis- und Fortsetzungskursen ein Zertifikat erworben; vorwiegend waren es türkische Frauen, es nahmen jedoch auch Frauen aus anderen Herkunftsländern teil. Heute kann man diese oder ähnliche Kurse auf verschiedenen Homepages niederländischer Hauskrankenpflegeorganisationen finden.

Wir können hier im Folgenden nur einige wenige Aspekte der gewonnenen und in der praktischen Arbeit in den Kursen angewendeten Erkenntnisse darstellen.

Zunächst einmal gilt in den türkischen Familien die Pflege der älteren Familienmitglieder meist als selbstverständliche Verpflichtung. Dabei ist auch der Gruppendruck sehr stark. Ein Interviewpartner von van den Brink, der an Angehörigenpflege beteiligt war, drückte es so aus: „If there is one in the group who says: ‚I will not take care of my parents‘, everybody is looking at him and thinking: What kind of a person is that? He doesn’t want to take care ... that’s not a Turkish man, that is not a human being. That person doesn’t belong with us. That is shameful.“¹⁰⁸ Verpflichtung zum Pflegen bedeutet jedoch keineswegs, dass viele türkische Angehörige nicht mit der Pflege überlastet wären und keine Unterstützung benötigen würden. Allerdings können sie dies in ihrem Milieu nicht aussprechen. Erst in den Kursen, in denen pflegende Frauen unter sich waren, sprachen manche offen von ihren Belastungen.

Diese Verpflichtung der jüngeren Familienangehörigen zur Pflege der älteren schließt auch mit ein, dass in der „westlichen“ Pflege verbreitete Konzepte wie Self-Care oder Empowerment der Pflegebedürftigen im türkischen Milieu auf Unverständnis stoßen. Eine solche Einstellung würde dem Grundsatz widersprechen, dass die Pflegenden alles für den Kranken tun müssen, und als mangelnde Hilfsbereitschaft aufgefasst werden. Dies gilt auch für Hilfs-

¹⁰⁸ Y. von den Brink, 2003, S.149

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

mittel, die der Selbständigkeit des Kranken dienen sollen. Im Prinzip stehen die türkischen Pflegenden jedoch Neuerungen auf dem Gebiet der Pflege sehr aufgeschlossen gegenüber, neues Wissen und auch technische Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege werden gerne angenommen.

Zu berücksichtigen ist weiters, dass in türkischen Familien die Entscheidungskompetenzen und die Rollen bei der Pflege meist anders verteilt sind als in den Gastländern. Es herrscht dort, was Regula Weiss ein „familienzentriertes, delegierendes Verantwortungsmodell“¹⁰⁹ nennt. Daher wird auch erwartet, dass wichtige Informationen, insbesondere über eine ungünstige Prognose, nicht den Kranken selbst, sondern den Angehörigen gegeben werden. Oft sind es auch Familienangehörige und nicht der Kranke selbst, die in Maßnahmen zum Krankheitsmanagement geschult werden wollen. Traditionellerweise ist auch genau geregelt, welche Handlungen welches Familienmitglied an den Kranken vornehmen darf. Für die Durchführung der Körperpflege gilt der allgemeine Grundsatz, dass diese durch gleichgeschlechtliche Personen geschehen muss.

Was die Gestaltung der Kurse betrifft, so könnte das im Rahmen dieses Projekts entstandene Handbuch ein gutes Modell bieten; es liegt jedoch leider nur in niederländischer Sprache vor. Ein Punkt, der sofort auffällt: Außer der Vermittlung von Wissen, das den Vorkenntnissen der betroffenen Angehörigen angepasst ist, und der Schulung von Fertigkeiten enthalten die Kurse auch immer wieder Einheiten, die den teilnehmenden Frauen Gelegenheit zur Reflexion und zur Diskussion miteinander bieten. So werden etwa folgende Fragen in Gruppen diskutiert (ohne Beisein der Kursbegleiterinnen, bei Kaffee und Tee, oft auf türkisch): Was wollen meine (Schwieger-)Eltern, dass ich für sie tue, wenn sie krank sind? Kann ich diese Wünsche erfüllen? Was bemerke ich an mir, wenn mir die Pflege zu viel wird? Wichtige Informationen für die Kursteilnehmerinnen sind im Handbuch zweisprachig wiedergegeben¹¹⁰, auf die muslimische Religion wird selbstverständlich Rücksicht genommen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Abhaltung solcher Kurse eine ausgezeichnete Möglichkeit darzustellen scheint, wie pflegende Angehörige aus Migrantenfamilien unterstützt werden können. Sie erwerben durch die Schulungen nicht nur Wissen, sondern sie werden auch in ihrer Rolle als Pflegenden aufgewertet. Sie erfahren, dass andere Pflegenden ähnliche Probleme haben wie sie. Sie können, unterstützt von den Erfahrungen ihrer Kolleginnen, die in monatlichen Treffen ausgetauscht werden, selbst entscheiden, was sie zu Hause versuchen wollen, wie weit sie sich in Bezug auf „westliche“ Pflege vorwagen oder ob sie die Hinzuziehung professioneller Hilfe vorschlagen können. Da es große Unterschiede im

¹⁰⁹ R. Weiss, 2003, S.237

¹¹⁰ In Österreich entstand in jüngster Zeit im Rahmen des EQUAL-Projekts „diversity care“ ein ausführlicher Ratgeber zu Pflege und Betreuung älterer Menschen in kroatischer, serbischer und deutscher Sprache – vgl. H. Schornböck, 2007; vgl. auch online im WWW unter URL <http://www.sozialinfo.wien.gv.at> (in 15 Sprachen) oder <http://www.wiso.or.at/pdf/Broschueredt-skb.pdf> <download 08.09.2008>

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Ausmaß der Annahme der Lebensweise des Gastlands, in Bildungsstand, Religiosität usw. zwischen den türkischen Familien gibt, kann hier schwer Allgemeines gesagt werden. Das Abschlusszertifikat des Kurses für Fortgeschrittene weist den Absolventinnen jedenfalls die Position einer Pflegekonsultantin für ihre eigene Bevölkerungsgruppe zu.

Aus den Beschreibungen der Entwicklung des Projekts und der Kurse geht hervor, dass eine vielseitige Vernetzung von Institutionen aus Wissenschaft und Praxis nötig war: der Anstoß kam von einem Pflegeheim, die wissenschaftliche Begleitung erfolgte an der Universität, mindestens eine Hauskrankenpflegeorganisation war beteiligt, mit Versicherungen mussten Verhandlungen getroffen werden, möglicherweise halfen auch Migrantenvereinigungen mit. Wie diese Vernetzung konkret vor sich ging, wird in den zur Verfügung stehenden Veröffentlichungen nicht geschildert, könnte jedoch sicherlich in den Niederlanden erfragt werden.¹¹¹

¹¹¹ Literatur zu diesem Projekt: Y. van den Brink, 2000a, 2000b und 2003. Zu neueren wissenschaftlichen Arbeiten zur Pflege türkischer Angehöriger siehe L.P. van Buren, 2005 und A. Loog, 2005. Zu Vorschlägen zur Integrierten Versorgung von Migranten in der gerontopsychiatrischen Pflege in Deutschland vgl. J. Basche/C. Benz, 2004; zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen aus Migrantenfamilien vgl. auch E. Seidl et al., 2007a, S.217-223

2.4.6 Projekte aus Deutschland

In Deutschland wird Integrierte Versorgung besonders im Zusammenhang mit zwei gesetzlichen Regelungen diskutiert: dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 und dem am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.

Im Jahr 2000 wurde das Konzept der Integrierten Versorgung im deutschen Sozialgesetzbuch verankert; nach anfänglich wenig Echo wurde mit der Neufassung im GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 ein zusätzlicher finanzieller Anreiz zum Abschluss von Verträgen zur Schaffung integrierter Versorgungsverbünde geschaffen und eine größere Freiheit bei der Vertragsgestaltung ermöglicht.¹¹² In Diskussion und Realisierungen des Konzepts stand bisher sehr stark die ärztliche Versorgung im Vordergrund. Der professionellen Pflege wie auch der Patientenperspektive wurde wenig Beachtung geschenkt, was auch bald von Seiten der Pflegewissenschaft moniert wurde¹¹³ und im Bereich der Gesundheitsversorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen, bei der der Pflege große Bedeutung zukommt, besonders wenig effizient erscheint. Als Hindernis auf dem Weg zu Integrierter Versorgung erweist sich unter anderem auch die Trennung zwischen Kranken- und Pflegekassen.¹¹⁴ Bei der Schaffung von Wohnformen für demenzkranke Menschen, die zwischen ambulant und stationär liegen, machen wiederum rechtliche Regelungen die Betreuung etwa in Wohngemeinschaften zu einer „Gratwanderung“.¹¹⁵

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (mit vollem Titel „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“)¹¹⁶ wurde schon vor seinem Inkrafttreten heftig und kontrovers diskutiert. Es enthält eine Reihe von Bestimmungen, bei denen einige Male Demenzkranke explizit genannt werden. Ein wichtiger Punkt ist dabei die Schaffung von Pflegestützpunkten – wir werden darauf beim zweiten Teil des Kapitels über die Projekte aus Deutschland noch zurückkommen. Als weitere Themen im Zusammenhang mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind Case Management in der Pflege und eine eventuelle Erweiterung der Kompetenzen der Pflegekräfte im Gespräch.¹¹⁷

Zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Menschen wird unter anderem vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit das „Leuchtturmprojekt Demenz“ finanziert. Derzeit werden damit 29 Einzelprojekte gefördert, die im zweiten Quartal 2008 begonnen haben.¹¹⁸ Dies zeigt bereits, dass es auch für Deutschland unmöglich ist, eine lückenlose Dokumentation einschlägiger Projekte zu bieten und wir nur einige Beispiele darstellen können, über die

¹¹² Vgl. D. Schaeffer/M. Ewers, 2006, S.198 und H. Kunze/S. Priebe, 2006, S.53

¹¹³ Vgl. G. Stöcker, 2002, S.329 und D. Schaeffer/M. Ewers, 2006, S.201-203

¹¹⁴ Vgl. z. B. R.D. Hirsch, 2008, S.106 und 113 oder G. Stöcker, 2002, S.329

¹¹⁵ Vgl. T. Klie et al., 2005

¹¹⁶ Vgl. online im WWW unter URL <http://www.bgbportal.de/BGBL/bgb1f/bgb1108s0874.pdf> <download 03.08.2008>

¹¹⁷ Vgl. T. Klie/M. Monzer, 2008; R.D. Hirsch, 2008, S.114; F. Wagner, 2007

¹¹⁸ Vgl. online im WWW unter URL <http://www.bmg.bund.de/> (Pflege) <download 03.08.2008>

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

bereits Veröffentlichungen existieren. Noch größer ist die Zahl von Modellen, die sich nicht nur auf Demenzkranke beziehen, sondern die Versorgung gerontopsychiatrischer PatientInnen bzw. älterer Menschen in Deutschland betreffen. Bereits im Jahr 2002 werden in der „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“ 58 verschiedene Projekte und Programme aufgezählt. Da die meisten davon befristet waren, müsste man in jedem einzelnen Fall der Frage nachgehen, ob bzw. wieweit diese Projekte in der Praxis eine Realisierung gefunden haben.¹¹⁹

Viele Impulse kommen in Deutschland auch von Seiten der Universitäten. So wurde etwa im Juli 2005 am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke in Nordrhein-Westfalen das „Dialogzentrum Demenz“ errichtet, das der Vernetzung von Forschung und Praxis auf dem Gebiet der Pflege Demenzkranker dient. Es wurde im Rahmen der „Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen“ geschaffen, die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, der Stiftung Wohlfahrtspflege und den Pflegekassen finanziert wird.¹²⁰ Im Frühjahr 2008 wurde ein Antrag der Universität Witten-Herdecke angenommen, mit dem ein neues „Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz“ an dieser Universität zu einem der sechs zukünftigen Partnerinstitute des „Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen“ in Bonn wird.¹²¹

Von Bedeutung für die Entwicklung qualitativ hochstehender Versorgungskonzepte für demenzkranke Menschen in Deutschland ist auch die Demenz Support Stuttgart gGmbH, die von einer Stiftung finanziert wird und sich als Zentrum für Informationstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis im Bereich der Pflege und Betreuung Demenzkranker versteht. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, mit Hilfe eines interdisziplinären Teams durch Forschungsprojekte, Publikationen, Seminare, Vorträge und Ähnliches günstigere Voraussetzungen für die Verbesserung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in Deutschland zu schaffen und trägt unter anderem durch die Erschließung englischsprachiger Literatur zu stärkerer Einbindung des Praxisfelds in die wissenschaftliche Diskussion bei.¹²²

¹¹⁹ Vgl. C. Kofahl et al., 2002a und 2002b

¹²⁰ Vgl. online im WWW unter URL <http://www.demenz-service-nrw.de> <download 03.02.2008>

¹²¹ Vgl. online im WWW unter URL <http://www.uni-wh.de/pflege/> (Dialogzentrum Demenz – News – Newsletterarchiv – Newsletter Juni 2008) <download 03.02.2008>

¹²² Vgl. online im WWW unter URL <http://www.demenz-support.de>

2.4.6.1 Projekte zur Integrierten Versorgung Demenzkranker

2.4.6.1.1 Hausärzte arbeiten mit anderen Berufsgruppen in der Versorgung demenzkranker Menschen zusammen

Eine Studie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Menschen, die derzeit in Bayern läuft, weist Ähnlichkeiten mit einigen der oben dargestellten Projekte in anderen Ländern auf. Auch hier wird bei den Hausärzten angesetzt, für die Fortbildungsveranstaltungen organisiert und die durch MitarbeiterInnen aus anderen Professionen unterstützt werden sollen. In dieser Untersuchung sind dies „qualifizierte DemenzberaterInnen mit pflegerischem oder sozialpädagogischem Berufshintergrund“.¹²³ Die deutsche Studie ist dreiarig angelegt. In einer Versuchsgruppe können die pflegenden Angehörigen an angeleiteten Angehörigengruppen teilnehmen, eine andere Versuchsgruppe erhält zusätzlich eine zugehende Beratung durch die „DemenzberaterInnen“ angeboten, die Kontrollgruppe erhält nur die Routineversorgung. Alle an der Studie teilnehmenden Ärzte werden in der Diagnostik der Demenz fortgebildet, in den beiden Versuchsgruppen gibt es darüber hinaus noch eine Fortbildung über medikamentöse und nicht-medikamentöse therapeutische Maßnahmen.

Die deutsche Studie wurde vom AOK-Bundesverband und der AOK Bayern¹²⁴ gemeinsam mit zwei Pharmaunternehmen initiiert und wird gemeinsam mit universitären Forschungszentren durchgeführt. Die angeleiteten Angehörigengruppen werden von gemeinnützigen Organisationen veranstaltet, mit denen eine vertragliche Kooperation besteht. Der Einsatz der „DemenzberaterInnen“ umfasst neben Information und Beratung unter anderem die Erstellung einer Bedarfsanalyse und eines Hilfeplans und die Vermittlung weiterer Hilfs- und Entlastungsangebote. Das Hauptziel der Studie ist die Erreichung einer möglichst langen Zeitspanne, die die Kranken in häuslicher Versorgung verbringen können. Daneben sollen jedoch auch andere Parameter, die den Zustand der Kranken, die Belastung der Angehörigen oder die aufgewendeten Kosten betreffen, erfasst werden. Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse ist 2009 zu rechnen.¹²⁵

2.4.6.1.2 Ehrenamtliche Hospizhelfer bei der Begleitung Demenzkranker

Im Hospizbereich hat die ehrenamtliche Tätigkeit eine lange Tradition.¹²⁶ Bedingt durch die demographische Entwicklung, begegnen die freiwilligen HelferInnen vor allem im ambulanten Hospizdienst in zunehmendem Ausmaß auch demenzkranken Menschen. Diese HelferInnen sind meist hoch motiviert, sie wurden auch in der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden geschult, wissen aber im allgemeinen wenig über die Demenzerkrankung und werden daher unvorbereitet mit deren Folgen konfrontiert.

¹²³ J. Lauterberg et al., 2007, S.25

¹²⁴ AOK (Allgemeine Ortskrankenkassen) ist die Bezeichnung für die größte Krankenversicherung in Deutschland

¹²⁵ Literatur zu diesem Projekt : J. Lauterberg et al., 2007

¹²⁶ Darüber hinaus weist K. Dörner, 2007, S.55-63, eine allgemeine Zunahme der Bereitschaft zu ehrenamtlicher Hilfe in Deutschland seit ungefähr 1980 nach.

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Dem deutschen Pflegeleistungsergänzungsgesetz aus dem Jahr 2002 zufolge soll das ehrenamtliche Engagement in der Betreuung Demenzkranker gefördert werden. Eine Studie, die im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen dem Förderverein Hospiz Jena e.V. und dem Georg-Streiter-Institut für Pflegewissenschaft der Fachhochschule Jena durchgeführt wurde, hatte zum Ziel, zu erforschen, wie die ehrenamtlichen HelferInnen im Hospizbereich die Begegnung mit demenzkranken Menschen erlebten. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse dienten der Entwicklung eines Curriculums, auf dessen Grundlage bereits mit den ersten Schulungskursen für ehrenamtliche MitarbeiterInnen begonnen wurde. Das längerfristige Ziel des Kooperationsprojekts ist die „Entwicklung und Evaluation von Palliative Care-Angeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen“.

Die Studie, bei der mit zehn ehrenamtlichen HospizmitarbeiterInnen, die schon demenzkranke Menschen begleitet hatten, narrative Interviews geführt wurden, verfolgte einen interpretativ-phänomenologischen Ansatz. Bei der Analyse kristallisierten sich drei zentrale Themen heraus: die BetreuerInnen erlebten den Prozess der Verschlechterung der Demenzerkrankung mit; sie waren bemüht, eine gute Atmosphäre zu schaffen; und sie versuchten, sich selbst zurückzustellen. Sie lernten die Kranken in klaren und in verwirrten Phasen kennen, sahen die Schwierigkeiten der Verwandten, waren froh, dass sie selbst eine Supervision hatten, bei der sie ihre Gedanken und Gefühle aussprechen konnten. Bei ihren Besuchen entwickelten sie allmählich Strategien, um den Kranken angenehme Erfahrungen zu vermitteln und Zugang zu ihrer Welt zu finden. Sie brachten ihnen kleine Dinge wie etwa einen blühenden Zweig mit, sprachen mit ihnen über ihre Vergangenheit oder fanden über die Musik einen Zugang zu ihnen. Die BetreuerInnen lernten auch, dass sie sich keine unrealistischen Ziele setzen durften und dass Dank von demenzkranken Menschen selten verbal ausgedrückt wird, sondern an anderen Zeichen erkannt werden muss. Trotz aller Schwierigkeiten empfanden die HospizbegleiterInnen die Begegnung mit den demenzkranken Personen als eine Bereicherung: „Es ist ja auch ein gegenseitiges Geben und Nehmen.“¹²⁷

Die AutorInnen der geschilderten Untersuchung sind überzeugt, dass ehrenamtliche HospizbegleiterInnen eine wichtige Aufgabe bei der Palliativversorgung demenzkranker Menschen und ihrer Familien haben. Sie weisen jedoch darauf hin, dass sie dabei keineswegs die professionell Pflegenden ersetzen sollen und dass der Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter nicht zu einer Reduzierung der Kontakte der professionellen HelferInnen mit den Kranken und ihren Angehörigen führen darf, ebenso wenig wie zu verminderten Kontakten und Hilfeleistungen innerhalb der Familie.¹²⁸

2.4.6.1.3 Rehabilitation demenzkranker Menschen

¹²⁷ I.L. Schaefer/S. Dorschner, 2007, S.134

¹²⁸ Literatur zu dieser Studie: I.L. Schaefer/S. Dorschner, 2007

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

In Deutschland wird – seit im Jahr 2003 die Deutsche Alzheimer Gesellschaft eine Tagung mit dem Titel „Rehabilitation für demenzkranke Menschen“ veranstaltet hat – bereits viel häufiger als in Österreich von Rehabilitation demenzkranker Menschen gesprochen. So werden etwa im Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2005 „Aufbau und Förderung von wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen“ für demenzkranke Menschen als wichtig erklärt.¹²⁹

Im Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling wird die von Barbara Romero Anfang der 1990er Jahre entwickelte „Selbsterhaltungstherapie“, die auch in Österreich bekannt ist, als vierwöchige Rehabilitation angeboten, die teilweise auch von Krankenkassen bezahlt wird. Das Konzept kann aber auch ambulant oder teilstationär angewendet werden. Als übergeordnetes Rehabilitationsziel wird „die Erhaltung des Selbst in seiner Kohärenz und Funktionsfähigkeit“ genannt.¹³⁰ Kranke und betreuende Angehörige werden gemeinsam in das Rehabilitationsprogramm aufgenommen. „Die Behandlung umfasst:

- Eine medikamentöse Behandlung der Patienten nach aktuellem wissenschaftlichen Stand
- Ein individuelles, ressourcenerhaltendes Therapieprogramm für die Patienten
- Ein Schulungs- und Unterstützungsprogramm für die begleitenden Angehörigen
- Die Planung des gemeinsamen Lebens zuhause.“¹³¹

Dieses Programm wird in interdisziplinärer Kooperation umgesetzt.¹³² Mehrere Evaluationsstudien wurden durchgeführt. Die Formulierung, die B. Romero bei der Zusammenfassung der Ergebnisse wählt, zeigt, dass die Verwendung des Wortes „Rehabilitation“, das abwechselnd mit dem Wort „Behandlung“ gebraucht wird, durchaus ernst gemeint ist, auch wenn die Dauer der Verbesserung notwendigerweise nur beschränkt sein kann: „Zusammenfassend ist fest zu halten, dass unsere meist vierwöchige Behandlung in einer alltagsrelevanten Besserung der Symptomatik bei Demenzkranken resultierte. Diese Besserung weist auf ein durchaus vorhandenes Besserungspotenzial bei Demenzkranken hin, was angesichts der fortschreitenden Erkrankung oft verneint wird.“¹³³

2.4.6.1.4 „Netzwerk Demenz“ in Bad Kreuznach

¹²⁹ Bericht der Enquête-Kommission, 2005, S.85

¹³⁰ B. Romero, 2004, S.121

¹³¹ Online im WWW unter URL [http://www.schoen-kliniken.de/Kliniken/ Neurologische_Klinik_Bad_Aibling/ Alzheimer_Therapiezentrum_neu/Therapieansatz.htm](http://www.schoen-kliniken.de/Kliniken/Neurologische_Klinik_Bad_Aibling/Alzheimer_Therapiezentrum_neu/Therapieansatz.htm) <download 27.082008>

¹³² Vgl. B. Romero, 2004; S.120; B. Romero/M. Wenz, 2002, S.119 und 120

¹³³ B. Romero, 2004, S.128. Zur Rehabilitation von Demenzkranken, die vorgenommen wird, um die Folgen einer anderen Erkrankung oder eines Unfalls, z. B. eines Schenkelhalsbruchs, zu beseitigen oder zu lindern, vgl. Kapitel 2.2.3.3

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

Im Jahr 2003 schlossen sich in Bad Kreuznach/Rheinland-Pfalz 22 Organisationen, Behörden und Kostenträger zu einem „Netzwerk Demenz“ zusammen mit dem Ziel, „Strukturen und Voraussetzungen zu schaffen, um den Aufbau einer umfassenden Versorgungsstruktur für demenzkranke ältere Menschen in der Region Bad Kreuznach zu erreichen.“¹³⁴ Zu den Partnern gehörten alle stationären Altenheimenrichtungen und ambulanten Pflegedienste, Rehabilitationskliniken, Akutkrankenhäuser, Kreisverwaltung und Gesundheitsamt, die Allgemeine Ortskrankenkasse, zwei auf Bauten für Demenzkranke spezialisierte Architekten, Selbsthilfegruppen, Fortbildungsschulen und andere. Um die Arbeit mit so vielen Partnern zu erleichtern, wurde das Gesamtnetzwerk in vier Arbeitsgruppen unterteilt mit den Aufgabebereichen Ambulante Versorgungsmöglichkeiten, Betreuung im stationären Bereich, Medizinische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit/Fortbildungsangebote.

Für die Arbeit des Netzwerks wurden sieben Teilziele aufgestellt:

- „Entwicklung von Modellen, die sich an den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen der Demenzkranken orientieren
- Durch Vernetzung und Kooperation von ambulanten, teilstationären und stationären Anbietern vorhandene Kapazitäten nutzen und Fachkompetenzen bündeln, um effektiver arbeiten zu können
- Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Demenzkranken
- Verbesserung der Versorgungsstruktur für Demenzkranke und deren Angehörige
- Schaffung von geeigneten Einrichtungen aller Art für demenziell Erkrankte
- Schaffung von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Demenz.“¹³⁵

Ein Jahr nach der Bildung des Netzwerks wurde als Modellprojekt mit zweieinhalbjähriger Laufzeit ein Informationsbüro eingerichtet, das neben Organisations- und Koordinationsaufgaben als zentrale Anlaufstelle für die Betroffenen und ihre Angehörigen dient. Dieses Modellprojekt wurde hauptsächlich vom Land und der Gemeindenahe Psychiatrie finanziert, die wissenschaftliche Begleitung übernahm die Katholische Fachhochschule Mainz.

Zu Beginn des Jahres 2007 umfasste das Netzwerk bereits 24 Partner und eine Reihe von Kleinprojekten hatte bereits realisiert werden können. So war die erste Tagesstätte für demenzkranke Menschen in der Region eröffnet worden, eine Wohngemeinschaft für Demenzkranke errichtet, eine „Demenzkampagne“ gestartet und ein ehrenamtlicher Besuchsdienst aufgebaut worden. Als sich das Ende der zweieinhalbjährigen Modellphase näherte, wurde in Anbetracht des Erfolgs nach einer Lösung gesucht, um die Finanzierung auch weiterhin

¹³⁴ M. Sandstede, 2007, S.1

¹³⁵ B. Faulhaber, 2005, S.61

sicherzustellen. Eine Stiftung und ein Unternehmen übernahmen die Kosten, so dass das Projekt fortgeführt werden kann.¹³⁶

2.4.6.2 Ansätze Integrierter Versorgung, die für die Versorgung demenzkranker Menschen genutzt werden können

2.4.6.2.1 Planung von Pflegestützpunkten

Im am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen deutschen Pflegeweiterentwicklungsgesetz ist die Errichtung von Pflegestützpunkten durch die Kranken- und Pflegekassen vorgesehen. Schon im Vorfeld wurde diese Entwicklung in den deutschen Fachmedien heftig diskutiert. Grund vielfacher Skepsis ist einerseits, dass man die Umsetzung nicht für möglich hält, andererseits, dass die Befürchtung besteht, sie könnten gewachsene Strukturen verdrängen.

Die Notwendigkeit der Schaffung solcher Stützpunkte ergab sich daraus, dass mit dem starken Wachstum der Angebote in der ambulanten Versorgung für die Pflegebedürftigen Wahlmöglichkeiten entstanden sind, zugleich aber auch eine solche Unübersichtlichkeit, dass die Wahlmöglichkeiten nicht genutzt werden können und der Nutzer im „Dickicht der Versorgung“ nur zufällig eine Lösung findet, von der man nur hoffen kann, dass sie die richtige ist. Außerdem brauchen Pflegebedürftige besonders bei chronischen Erkrankungen und aufgrund zunehmender Multimorbidität unterschiedlichste Dienste, die

- langfristig angelegt und
- gut aufeinander abgestimmt sein und
- flexibel auf Veränderungen des Versorgungsbedarfs reagieren müssen.

Die geplanten Pflegestützpunkte sollen leicht auffindbare Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in allen Fragen pflegerischer Versorgung sein und zugleich als pflegerische Versorgungszentren dienen, in denen alle erforderlichen Dienste vermittelt und individuelle, genau angepasste Versorgungspakete geschnürt werden.

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gehören sowohl nutzer- wie systembezogene Funktionen. Die ersteren umfassen unter anderem die Tätigkeit als Informations- und Anlaufstelle, die Beratung und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Dienste sowie die Ermöglichung des Zugangs zu ihnen und die Sicherung der Versorgungskontinuität, so dass sie als Begleitinstanz auf dem Weg durch die Krankheit zur Verfügung stehen. Zu den systembezogenen Aufgaben gehören beispielsweise die Bündelung und Integration der lokal angebotenen Dienste, die Sicherung einer umfassenden pflegerischen Versorgung aller Bevölkerungsgruppen in der betreffenden Region, die Herstellung enger Kooperationsbeziehungen

¹³⁶ Literatur zu diesem Projekt: B. Faulhaber, 2005, und M. Sandstede, 2007

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

zu weiteren Instanzen und Diensten, die regionale Versorgungsplanung und die Einbindung bürgerlich-ehrenamtlichen Engagements.

Zwei wichtige Grundsätze sind dabei, dass mit den Pflegestützpunkten keine zusätzlichen Strukturen geschaffen, sondern bestehende Strukturen genutzt werden sollen, und dass die Stützpunkte wohnortnah, das heißt im Wohnquartier zentral gelegen, gut sichtbar, leicht und barrierefrei erreichbar sein sollen. Es wird eine niederschwellige Organisation angestrebt mit direkter Ansprechbarkeit, nutzerfreundlichen Öffnungszeiten, guter telefonischer Erreichbarkeit usw.

Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen soll nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz durch Pflegeberater erfolgen und durch die Pflegekassen finanziert werden. Die Aufgaben der PflegeberaterInnen reichen von Begleitung bis zu anwaltschaftlichen Funktionen. Dafür ist eine spezielle Qualifikation nötig, die pflegerische Kompetenz beinhaltet, aber beispielsweise auch die Fähigkeit zur Lösung von Aufgaben der Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen und zur Initiierung und Förderung von Kooperation über die Professionsgrenzen hinweg. Die Zahl der KlientInnen pro PflegeberaterIn darf nicht zu hoch sein. An Pflegestützpunkten können auch Selbsthilfeinitiativen, ehrenamtliche HelferInnen und informelle Unterstützungsgruppen beheimatet sein. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation wird als besonders in der Erprobungsphase wichtig erachtet.¹³⁷

2.4.6.2.2 Seniorenbüros in Dortmund

Dortmund, die siebtgrößte Stadt Deutschlands, hat bereits seit zwei Jahren in allen Stadtbezirken hauptamtlich geführte Seniorenbüros eingerichtet. Ihre Aufgabenschwerpunkte decken sich weitgehend mit den Vorschlägen zu den Pflegestützpunkten. Eine Besonderheit ist, dass die Seniorenbüros gemeinsam von der Stadt Dortmund und den freien Wohlfahrtsverbänden geführt werden. 25 hauptamtliche Fachkräfte, hauptsächlich SozialarbeiterInnen mit spezieller Schulung, je zur Hälfte aus der Stadt Dortmund und den Verbänden, sind in den insgesamt 12 Seniorenbüros angestellt.

Es können fünf Kernaufgaben der Seniorenbüros unterschieden werden:

- Informationen über die verschiedenen Pflege- und Dienstleistungsangebote wie auch über Begegnungsmöglichkeiten
- Beratung über Hilfen für zu Hause, Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige, sozialhilferechtliche und finanzielle Fragen. Im Fall von Demenzerkrankungen besteht eine Zusammenarbeit mit dem Dortmunder Demenz-Servicezentrum

¹³⁷ Die Schilderung der geplanten Pflegestützpunkte wurde nach D. Schaeffer/A. Kuhlmeiy, 2008a, zusammengestellt; vgl. auch D. Schaeffer/A. Kuhlmeiy, 2008b, und R.D. Hirsch, 2008, S.114

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Mitarbeit beim Aufbau von kleinräumigen Netzwerken; Zusammenarbeit mit Polizei, Krankenhäusern, ambulanten Diensten, Wohnungsbaugesellschaften etc.
- Hilfe im Einzelfall bei schwierigen Problemen
- Förderung des bürgerlichen Engagements in enger Zusammenarbeit mit der Freiwilligen-Agentur und anderen Organisationen.

Grundsatz ist dabei, dass die Seniorenbüros die Ratsuchenden wie ein „Lotse“ durch den „Angebotsdschungel“ führen und, wenn eine Unterstützung durch die Familie nicht möglich ist, die Rolle des „Kümmerers“ übernehmen sollen, der Bescheid weiß, wie geholfen werden kann. Zu den Arbeitsschwerpunkten der Seniorenbüros gehört das „Case Management“, damit die Angebote genau auf die Bedürfnisse der Einzelnen zugeschnitten sind. Durch die organisatorisch vorhandene Schnittstelle zu den lokalen Sozialhilfediensten und Fachdiensten des Sozialamts ist es auch möglich, dafür zu sorgen, dass leistungsrechtliche Ansprüche nicht unausgenützt bleiben.

Gesteuert wird die Arbeit der Seniorenbüros von einer gemeinsamen Geschäftsstelle, an der je ein Geschäftsführer der Stadt Dortmund und der Wohlfahrtsverbände tätig ist. Außerdem wurde ein Beirat errichtet. Zwischen der Geschäftsstelle und den zwölf Seniorenbüros werden jährlich Zielvereinbarungen abgeschlossen, bei denen die unterschiedlichen Verhältnisse in den verschiedenen Stadtteilen berücksichtigt werden.

Eineinhalb Jahre nach dem Start kann man sagen, dass Beratung und Service der Seniorenbüros von der Bevölkerung und von den meisten Netzwerkpartnern angenommen wurden. Im Jahr 2007 wurden insgesamt ca. 20.000 telefonische und persönliche Anfragen bearbeitet und dabei in ca. 3000 Fällen Hausbesuche gemacht. In allen zwölf Stadtbezirken bestehen bereits Netzwerkpartnerschaften der verschiedenen Anbieter.

Die anfänglichen Berührungspunkte zwischen Stadt und Wohlfahrtspflege sind vergangen, die Zusammenarbeit ist sehr gut und konstruktiv. Ebenso wurden Probleme zwischen den einzelnen Anbietern, die zu erwarten waren, da diese ja in einer Wettbewerbssituation zueinander stehen, überwunden. „Längst haben die Akteure durch die offene und transparente Arbeit der Seniorenbüros verstanden, dass letztlich alle gewinnen: die Kunden, weil sie vor Ort eine Anlauf- und Beratungsstelle haben und begleitet werden, die Akteure im Bezirk, weil vernetztes Arbeiten für die Kunden wirtschaftliche Vorteile bietet und die Stadt Dortmund, weil unsystematische Altenhilfe und Pflege unter dem Strich immer teurer ist.“¹³⁸

Für die Zukunft sind weitere Maßnahmen geplant. Dazu gehören unter anderem ein Qualitätssicherungskonzept, der Ausbau der Netzwerke und der Aufbau eines systematischen

¹³⁸ S.Pogadl/R. Pohlmann, 2008, S.90

Case Managements. Einige Schnittstellenprobleme und Zuständigkeitsfragen sind noch zu lösen. Auch soll der Einsatz ehrenamtlicher MitarbeiterInnen forciert werden, um genügend niederschwellige Unterstützungs- und Begleitdienste anbieten zu können. Eine Zusammenarbeit der Seniorenbüros mit den Dortmunder Pflege- und Krankenkassen wäre sehr erwünscht.¹³⁹

2.4.6.2.3 Tandempraxen-Konzept

Das in der Folge beschriebene Konzept wurde für eine andere Personengruppe erstellt als für Demenzkranke, nämlich für PatientInnen mit Ulcus cruris. Das Konzept selbst wie auch die bei der Durchführung gewonnenen Erfahrungen könnten jedoch auch für die Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen von Bedeutung sein.

Entwickelt und evaluiert wurde das Tandempraxen-Konzept im Rahmen einer Interventionsstudie. Sowohl in der Interventions- wie in der Kontrollgruppe wurden die PatientInnen weiter durch ihre behandelnden Ärzte betreut; PatientInnen aus den Interventions- (Tandem-)praxen erhielten zusätzlich eine evidenzbasierte pflegerische Beratung. Das primäre Ziel der Intervention war die Steigerung der Selbstpflegekompetenz der Betroffenen.

Ausgewertet wurden sowohl quantitative Daten zu Wundheilung und Lebensqualität der Betroffenen als auch in Interviews mit den Ärzten, PflegeexpertInnen und PatientInnen gewonnene qualitative Daten. Der Bericht über die Ergebnisse des quantitativen Teils der Untersuchung ist erst zur Veröffentlichung eingereicht und kann daher in diese Darstellung nicht einbezogen werden.

Eines der Ergebnisse des qualitativen Teils der Studie war, dass sich die Meinungen der ÄrztInnen, der PflegeexpertInnen und der PatientInnen zu den Vorteilen des Tandem-Modells und die Erwartungen der einzelnen Gruppen unterschieden. Die ÄrztInnen schätzten das aktuelle Wissen der PflegeexpertInnen über Verbandmaterial etc. und das fachliche Gespräch darüber. Sie waren froh, dass die ExpertInnen die PatientInnen berieten und schulten, wofür ihnen selbst die Zeit fehle, und meinten, dass dadurch auch die Zufriedenheit der PatientInnen höher würde. Die Kranken sahen den Vorteil der Intervention neben der Vermittlung alltagspraktischen Wissens vor allem in der psychosozialen Unterstützung durch die PflegeexpertInnen. Sie gäben ihnen Hoffnung, man könne ihnen alles erzählen und Fragen stellen, sie nähmen sich mehr Zeit als die Ärzte. Die PflegespartInnen wiederum wünschten sich neben der Beratung und Anleitung der PatientInnen mehr Kompetenzen in Richtung einer stärkeren Professionalisierung. Sie fühlten sich auf dem neuesten Stand des aktuellen Wundmanagements und hätten gerne die Routineversorgung der Ulcus cruris-PatientInnen selbständig übernommen. Verordnungen durch Pflegekräfte sollten möglich sein. Der Arzt

¹³⁹ Literatur zu diesem Projekt: S.Pogadl/R. Pohlmann, 2008

sollte für die medizinische Abklärung zuständig sein und würde bei starken Veränderungen des Ulcus hinzugezogen.

Die AutorInnen der Studie ziehen aus diesen Ergebnissen den Schluss, dass bei der Implementierung neuer Formen der Kooperation von Anfang an Professionalisierungsbestrebungen wie auch Beharrungstendenzen in der Aufgabenverteilung stärker in die Überlegungen einbezogen werden sollten, da sie Auswirkungen auf den Prozess der Realisierung der Konzepte haben können.¹⁴⁰

2.4.6.2.4 Überbrückung der Schnittstellenproblematik Krankenhaus – extramurale Versorgung bei älteren PatientInnen

Mit diesem schon etwas älteren Projekt sollten die Wirkungen überprüft werden, die ein umfassendes Assessment des Zustands von PatientInnen eines geriatrischen Krankenhauses und eine auf die Krankenhausentlassung folgende Betreuung durch ein multidisziplinäres Team auf die Kranken hat. Das multidisziplinäre Team bestand aus drei Pflegepersonen, je einem Physio- und Ergotherapeuten, einem Sozialarbeiter und einer Sekretärin. Es arbeitete eng mit dem Personal des Krankenhauses und mit dem Hausarzt der Kranken zusammen.

Während sich die PatientInnen im Krankenhaus befanden, erhielten sie von dem Team eine zusätzliche Betreuung wie etwa ein zusätzliches Training zur Körperpflege, zum Ankleiden, zum Essen oder Gehen. Ein Besuch in der Wohnung des Kranken wurde gemacht, während dieser noch im Krankenhaus war, um zum Beispiel sicherheitsgefährdende Umstände festzustellen oder Hilfsmittel zu verschreiben. Nach der Entlassung führten die Mitglieder des Teams bei dem Kranken Maßnahmen durch, die die extramuralen Pflegedienste nicht oder nicht sofort leisten konnten, wie etwa physio- oder ergotherapeutische Maßnahmen. Mindestens ein Hausbesuch wurde drei Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gemacht, ein zweiter nach drei Monaten.

Ein Jahr nach Beginn des Projekts wurden in telefonischen Interviews Daten über den funktionellen Status der Kranken, eventuelle Rehospitalisierungen oder Pflegeheimenintritte und anderes erhoben. Der funktionelle Status der Kranken, die die Intervention erhalten hatten, war zu diesem Zeitpunkt signifikant besser als der einer Kontrollgruppe. Die Dauer des ursprünglichen Krankenhausaufenthalts war in der Interventionsgruppe kürzer ebenso wie die Dauer etwaiger weiterer Krankenhausaufenthalte; auch die Zahl der unmittelbaren Pflegeheimenintritte war kleiner und die direkten Kosten geringer. Die Überlebensrate war in beiden Gruppen gleich.¹⁴¹

¹⁴⁰ Literatur zu diesem Projekt: O.R. Herber et al., 2008a; vgl. auch O.R. Herber et al., 2008b und online im WWW unter URL <http://wga.dmz.uni-wh.de/medizin/file/Projekte/Projekt%20Tandem.pdf> <download 29.08.2008>

¹⁴¹ Literatur zu diesem Projekt: T. Nikolaus et al., 1999

2.4.6.2.5 HALMA - Hilfen für alte Menschen im Alltag

Dieser seit 1996 in Würzburg auf Grund eines von 1992 bis 1996 durchgeführten Modellprojekts gegründete Verein ist ein Zusammenschluss folgender Institutionen:

- Stadt Würzburg
- Arbeiterwohlfahrt
- Bayerisches Rotes Kreuz
- Caritasverband
- Diakonisches Werk
- Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Alzheimer Gesellschaft Würzburg/Unterfranken
- Stiftung Juliusspital
- Kommunalunternehmen des Landkreises Würzburg
- Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist in Würzburg.

Der Verein, der speziell für die Versorgung gerontopsychiatrischer PatientInnen gedacht ist¹⁴² und dem die Gemeinnützigkeit zuerkannt wurde, ist Träger einer Beratungsstelle für Ältere und pflegende Angehörige und seit 2004 einer Berufsfachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe. Unter anderem bietet er auch Information über freie Pflegeplätze in der Region. Ein ehrenamtlicher Helferkreis für Besuchsdienste etc. wurde aufgebaut und es wird vielfältige Öffentlichkeitsarbeit unternommen. Ende 2006 waren an der Beratungsstelle ein Diplomsoziologe, ein Diplompädagoge, ein Diplomsozialpädagoge, eine gerontopsychiatrische Fachkraft/Altenpflegerin und eine Verwaltungskraft/Arzthelferin mit je 75 Prozent Arbeitszeit angestellt, wobei die einzelnen Personen von bis zu drei verschiedenen Stellen finanziert wurden. Zwei Psychiater und eine Supervisorin arbeiteten stundenweise mit.

Im Jahresbericht für 2006 wird von ständig steigender Nachfrage nach Beratung von Seiten pflegender Angehöriger berichtet, wobei die Betreuung Demenzkranker und das Thema „Demenzerkrankung“ sehr stark im Vordergrund stand.¹⁴³

¹⁴² Die ursprüngliche Bezeichnung des Vereins HALMA war „Hilfen für altersverwirrte Menschen im Alltag“

¹⁴³ Literatur zu diesem Projekt: U. Weber, 2003a und 2003b; Jahresbericht 2006 HALMA e.V.

2.4.7 Zusammenfassung

Aus der Vielzahl internationaler Veröffentlichungen, in denen Modelle und Ansätze zu Integrierter Versorgung demenzkranker Menschen dargestellt werden, haben wir in dieser Literaturrecherche eine Reihe von Studien herausgegriffen, die verschiedene Aspekte dieses komplexen Themas beleuchten. Die Palette der ausgewählten Artikel reicht von kleinen interdisziplinären Kooperationen innerhalb einer Institution, etwa innerhalb eines Pflegeheims, über die Zusammenarbeit zweier oder weniger Kooperationspartner im extramuralen Bereich bis zu komplexen Zusammenschlüssen möglichst aller relevanten Institutionen in einem geographisch abgegrenzten Gebiet. Vorbedingungen zu erfolgreicher Integration wie beispielsweise gemeinsame Fortbildungen und interdisziplinäre Assessmentinstrumente wurden ebenso einbezogen wie Evaluationen bereits bestehender Zusammenschlüsse. Manches, was auch interessant gewesen wäre, konnten wir nur in Form einer Fußnote angeben, um damit Hinweise zu Literatur über bestimmte Detailfragen bereitzustellen. Jedenfalls hat die Literaturrecherche gezeigt, dass in vielen industrialisierten Staaten Bemühungen zur Integration verschiedener Dienste zur Versorgung demenzkranker Menschen und, weiter gefasst, älterer, pflegebedürftiger Menschen im Gang sind und dass – je nach den Bedingungen des Gesundheitssystems im betreffenden Land – auch verschiedene Modelle erprobt wurden, wobei Erfolge erzielt wurden, aber auch Schwierigkeiten überwunden werden mussten.

Manche der Modelle setzen gezielt bei bestimmten Personengruppen an, die in verschiedenen Phasen der Versorgung demenzkranker Menschen eine besondere Rolle spielen. So wird, wenn es um eine frühzeitige Diagnose der Demenz geht, besonders die Gruppe der Hausärzte bzw. Praktischen Ärzte angesprochen, die durch Information und Kooperation die Möglichkeit erhalten sollen, entscheidend an Diagnosestellung und frühzeitiger Behandlung mitzuwirken. Zur Planung und Koordination einer umfassenden Versorgung der Kranken sowie zur Unterstützung und Beratung der Angehörigen werden häufig Advanced Practice Nurses herangezogen. Auf Grund der Erkenntnis, dass die gesundheitliche Versorgung einer wachsenden Zahl demenzkranker Menschen ohne die aufopfernde Pflege vieler Angehöriger gar nicht möglich wäre, setzen viele Programme bei den pflegenden Angehörigen an. Sie sollen so wirksam unterstützt und entlastet werden, dass sie die Pflege auch über längere Zeit fortsetzen können, ohne selbst erschöpft und krank zu werden. Eine Demenzerkrankung betrifft nie nur die Kranken selbst, sondern immer die ganze Familie.¹⁴⁴

Viele Elemente der dargestellten Projekte und Programme könnten auch für die Einführung Integrierter Versorgung Demenzkranker im österreichische Gesundheitswesen richtungweisend sein. Generell jedoch könnte die Feststellung von Klie und Monzer zu Care und Case Management als Leitlinie gelten: „Die Einführung von Care und Case Management im Rahmen der Pflegeversicherungsreform ist eine Chance, die vor allen Dingen dann ergriffen

¹⁴⁴ Vgl. auch den Entwurf einer multiprofessionellen Pflegebegleitung demenzkranker Menschen und ihrer Familien bei E. Seidl et al., 2007c

ERFAHRUNGEN MIT INTEGRIERTER VERSORGUNG

werden kann, wenn eine konsistente konzeptionelle Ausrichtung verbunden wird mit einer pragmatischen Implementationsstrategie.¹⁴⁵

¹⁴⁵ T. Klie/M. Monzer, 2008, S.98

LITERATUR

2.4.8 Literatur

- ABENDSTERN Michele et al. (2006): Levels of integration and specialization within professional community teams for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 21(1), pp 77-85
- ALIOTTA Sherry L. et al. (2008): Guided Care: A New Frontier for Adults With Chronic Conditions. *Professional Case Management*, vol 13(3), pp 151-158
- AVEYARD Barry, DAVIES Sue (2006): Moving forward together: evaluation of an action group involving staff and relatives within a nursing home for older people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, vol 1(2), pp 95-104
- BASCHE Jan, BENZ Caroline (2004): Integrierte Versorgung in der gerontopsychiatrischen Pflege für Migranten. *Pflege Aktuell*, 58.Jg., Nr.7-8, S.411-415
- BASS David M. et al. (2003): The Cleveland Alzheimer's Managed Care Demonstration: Outcomes After 12 Months of Implementation. *The Gerontologist*, vol 43(1), pp 73-85
- BÉLAND François et al. (2006): Integrated Services for Frail Elders (SIPA): A Trial of a Model for Canada. *Canadian Journal on Aging*, vol 25(1), pp 25-42 (französische Fassung unter dem Titel "Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada", ebd., pp 5-24)
- BERICHT DER ENQUÊTE-KOMMISSION des Landtags von Nordrhein-Westfalen; Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf, 2005. Online im WWW unter URL <http://www.ethik-in-der-praxis.de/AbschlussberichtEnquetePflegesamt.pdf> <download 11.08.2008>
- BOULT Chad et al. (2008): Early Effects of "Guided Care" on the Quality of Health Care for Multimorbid Older Persons: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, vol 63A(3), pp 321-327
- BOWMAN C.E. et al. (2001): Acute hospital admissions from nursing homes: some may be avoidable. *Postgraduate Medical Journal*, vol 77(903), pp 40-42
- BOYD Cynthia M. et al. (2007): Guided Care for Multimorbid Older Adults. *The Gerontologist*, vol 47(5), pp 697-704
- BOYD Cynthia M. et al. (2008): A Pilot Test of the Effect of Guided Care on the Quality of Primary Care Experiences for Multimorbid Older Adults. *Journal of General Internal Medicine*, vol 23(5), pp 536-542
- BULL C.Neil, DECROIX BANE Share (2001): Program Development and Innovation. *The Journal of Applied Gerontology*, vol 20(2), pp 184-194

LITERATUR

- CALLAHAN Christopher M. (2006): Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, vol 295(18), pp 2148-2157
- CHALLIS David et al. (2001): Emerging Patterns of Care Management: Arrangements for Older People in England. *Social Policy & Administration*, vol 35(6), pp 672-687
- CHALLIS David et al. (2006): Care management for older people: Does integration make a difference? *Journal of Interprofessional Care*, pp 335-348
- CHERRY Debra L. et al. (2004): Interventions to Improve Quality of Care: The Kaiser Permanente-Alzheimer's Association Dementia Care Project. *The American Journal of Managed Care*, vol 10(8), pp 553-560
- CHRISTOPHER Ronda (2004): Reducing falls takes teamwork: An interdisciplinary approach has been the key to success for this fall prevention program. *Nursing Homes*, vol 53(4), pp 67-69
- CLARK P.A. et al. (2004): Outcomes for patients with dementia from the Cleveland Alzheimer's Managed Care Demonstration. *Aging & Mental Health*, vol 8(1), pp 40-51
- COLEMAN Eric A., Fox Peter D. (2002): Translating Evidence-Based Geriatric Care into Practice: Lessons from Managed Care Organizations, Part III: Depression and Dementia. *Annals of Long-Term Care*, vol 10(11), pp 33-40
- CONNELL Cathleen M., KOLE Sara L. (1999): Increasing Community Capacity to Respond to Dementing Illnesses: Process Evaluation of the Community Outreach Education Program. *The Journal of Applied Gerontology*, vol 18(3), pp 305-324
- CONNOR Karen I. et al. (2008): Determining Care Management Activities Associated with Mastery and Relationship Strain for Dementia Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 56(5), pp 891-897
- COON David W. et al. (2004): The Northern California Chronic Care Network for Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 52(1), pp 150-156
- DETWEILER Mark B. et al. (2005): Focused supervision of high-risk fall dementia patients: A simple method to reduce fall incidence and severity. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol 20(2), pp 97-104
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP) (Hrsg.) (2005): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück
- DÖRNER Klaus (2007⁴): *Leben und sterben, wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Paranus Verlag, Neumünster

LITERATUR

- DÖRPINGHAUS Sabine et al. (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover
- EAKMAN Aaron M. et al. (2002): Fall Prevention in Long-Term Care: An In-House Interdisciplinary Team Approach. Topics in Geriatric Rehabilitation, vol 17(3), pp 29-39
- FAULHABER Bonifatius (2005): Modellprojekt in Bad Kreuznach: „Netzwerk Demenz“ für eine bessere Versorgung. In: Füsigen Ingo (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz: Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/Demenz/Pflege; 17. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ 23. Februar 2005 in Frankfurt, S.59-66. Online im WWW unter URL http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/Doku_13_innen.pdf <download 08.08.2008>
- FILLIT Howard et al. (1999): Opportunities for Improving Managed Care for Individuals with Dementia : Part 2 – A Framework for Care. The American Journal of Managed Care, vol 5(3), pp 317-324
- FREED David M. et al. (1999): An Integrated Program for Dementia Evaluation and Care Management. The Gerontologist, vol 39(3), pp 356-361
- GIBBS-WARD Amie J., KELLER Heather H. (2005): Mealtimes as Active Processes in Long-term Care Facilities. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, vol 66(1), pp 5-11
- GINGRICH Newt, EGGE Robert (2007): Developing a national Alzheimer's strategy equal to the epidemic. Alzheimer's & Dementia, vol 3(3), pp 239-242
- GUERRIERO AUSTROM Mary et al. (2005): A Care Management Model for Enhancing Physician Practice for Alzheimer Disease in Primary Care. The Clinical Gerontologist, vol 29(2), pp 35-43
- GUERRIERO AUSTROM Mary et al. (2006): An integrated model of comprehensive care for people with Alzheimer's disease and their caregivers in a primary care setting. Dementia, vol 5(3), pp 339-352
- HART-HUGHES Stephanie et al. (2004): An interdisciplinary approach to reducing fall risks and falls. Journal of Rehabilitation, Research and Development, vol 70(4), pp 46-51
- HERBER Oliver R. et al. (2008a): Die Bedeutung des Tandempraxen-Konzepts für die Professionalisierung der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 13.Jg., Nr.3, S.234-245
- HERBER Oliver R. et al. (2008b): Developing a nurse-led education programme to enhance self-care agency in leg ulcer patients. Nursing Science Quarterly, vol 21(2), pp 150-155

LITERATUR

- HIRSCH Rolf D. (2008): Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41.Jg., Heft 2, S.106-116
- HOFFMANN Alfred T. (2008): Kanada; Eine Welt voller Ideen. In: Jenrich Holger (Hrsg.): Altenpflege international; Entwicklungen in der außereuropäischen Altenhilfe, Mabuse, Frankfurt am Main, S.85-92 (ursprünglich veröffentlicht in Altenpflege Nr.1/2005, S.26-30)
- HUGHES Jane et al. (2001): Care management and the care programme approach: towards integration in old age mental health services. International Journal of Geriatric Psychiatry, vol 16(3), pp 266-272
- HUGUET Nathalie et al. (2008): Socioeconomic status and health-related quality of life among elderly people: Results from the Joint Canada/United States Survey of Health. Social Science & Medicine, vol 66(4), pp 803-810
- INNES Anthea et al. (2006): Service provision for people with dementia in rural Scotland : Difficulties and innovations. Dementia, vol 5(2), pp 249-270
- JABLONSKI Rita A. et al. (2005): Care Intervention for Older Adults with Alzheimer's Disease and Related Dementias: Effect of Family Involvement on Cognitive and Functional Outcomes in Nursing Homes. Journal of Gerontological Nursing, vol 31(6), pp 39-48
- JAHRESBERICHT 2006 der Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsstelle HALMA e.V. Online im WWW unter URL <http://www.halmawuerzburg.de/wir.html> (Veröffentlichungen) <download 05.09.2008>
- JANSSON Wallis et al. (1998): The Circle Model – Support for Relatives of People with Dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, vol 13(10), pp 674-681
- JOSEPH Abe, BOULT Chad (1998): Managed Primary Care of Nursing Home Residents. Journal of the American Geriatrics Society, vol 46(9), pp 1152-1156
- KASMAN N.M., BADLEY E.M. (2004): Beyond access: who reports that health care is not being received when needed in a publicly funded health care system? Journal of Public Health, vol 95(4), pp 304-308
- KELLER Stefan et al. (2001): Motivierung zur Verhaltensänderung; Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. Psychomed, 13.Jg., Nr.2, S.101-111
- KELLY Christopher M., WILLIAMS Ishan Canty (2007): Providing Dementia-Specific Services to Family Caregivers: North Carolina's Project C.A.R.E. Program. In: Journal of Applied Gerontology, vol 36(4), pp 399-412

LITERATUR

- KLIE Thomas et al. (2005): Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38.Jg., Nr.2, S.122-127
- KLIE Thomas, MONZER Michael (2008): Case Management in der Pflege; Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41.Jg., Heft 2, S.92-105
- KOFAHL Christopher et al. (2002a): Projekt „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“ ProNETZ. Online im WWW unter URL http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizin-soziologie/downloads/institut-medizin-soziologie/ProNETZ_BERICHT_030614.pdf <download 20.08.2008>
- KOFAHL Christopher et al. (2002b): Projekt „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“ ProNETZ; Anhang: Kurzdarstellung der Projekte – Vernetzungsbausteine der Projekte; Version ProNETZ-030614. Online im WWW unter URL http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizin-soziologie/downloads/institut-medizinsoziologie/ProNETZ_Anhang_030614.pdf <download 20.08.2008>
- KÜMPERS Susanne et al. (2005): A Comparative Study of Dementia Care in England and the Netherlands Using Neo-Institutionalist Perspectives. Qualitative Health Research, vol 15(9), pp 1199-1230
- KUNZE Heinrich, PRIEBE Stefan (2006): Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrische Praxis, 33.Jg., Nr.2, S.53-55
- LAUTERBERG Jörg et al. (2007): Projekt IDA – Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 101.Jg., Nr.1, S.21-26
- LENNON Liz (2003): Homeless. Online im WWW unter URL <http://handbookshomeless.org.uk/hostels/journey/keywork/mappingkeyworkingie.pdf> <download 07.08.08>
- LEON Joel et al. (1998): Alzheimer's Disease Care: Costs And Potential Savings. Health Affairs, vol 17(6), pp 206-215
- LOOG Ank (2005): De Turkse mantelzorger beter ondersteund! Draaiboek voor de uitvoering van een wijkgericht voorlichtings- en discussie project voor Turkse ouderen en Turkse mantelzorgers. <Türkische pflegende Angehörige besser unterstützen! Drehbuch zur Durchführung eines regional ausgerichteten Beratungs- und Diskussionprojekts für türkische ältere Menschen und türkische pflegende Angehörige>. Online im WWW unter URL http://www.eiz.nl/eiz/docs/pdf/draaiboek_Turkse_mantelzorgers.pdf <download 07.09.2008>

LITERATUR

- MackENZIE K. Roy (1999): Canada: A Kinder, Gentler Health Care System? *Psychiatric Services*, vol 50(4), pp 489-491
- MANTHORPE Jill et al. (2003): The implications of the early recognition of dementia for multiprofessional teamworking. *Dementia*, vol 2(2), pp 163-179
- MASLOW Katie, SELSTAD John (2001): Chronic Care Networks for Alzheimer's Disease: Approaches for Involving and Supporting Family Caregivers in an Innovative Model of Dementia Care. *Alzheimer's Care Quarterly*, vol 2(1), pp 33-46
- MASLOW Katie et al. (2005): Partners in Dementia Care: A Chronic Care Networks for Alzheimer's Disease (CCN/AD) Project. Online im WWW unter URL http://www.alz.org/national/documents/Partners_in_Dementia_Care-Final_Report.pdf <download 20.08.08>
- McDONALD Alastair, COOPER Brian (2007): Long-term care and dementia services: an impending crisis. *Age and Ageing*, vol 36(1), pp 16-22
- McGILTON K. et al.(2007a): Rehabilitating patients with dementia who have had a hip fracture: part I: behavioural symptoms that influence care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, vol 23(2), pp 161-173
- McGILTON K. et al. (2007b): Rehabilitating patients with dementia who have had a hip fracture: part II: cognitive symptoms that influence care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, vol 23(2), pp 174-182
- MELIS René J.F. et al. (2008a): A Randomized Study of a Multidisciplinary Program to Intervene on Geriatric Syndromes in Vulnerable Older People Who Live at Home (Dutch EASYcare Study). *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, vol 63A(3), pp 283-290
- MELIS René J:F. et al.(2008b): Cost-Effectiveness of a Multidisciplinary Intervention Model for Community-Dwelling Frail Older People. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, vol 63A(3), pp 275-282
- MITTELMAN Mary S. et al. (2006): Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, vol 67(9), pp 1592-1599
- MONETTE Johanne et al. (2008): Effect of an interdisciplinary educational program on anti-psychotic prescribing among nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 23(6), pp 574-579
- MÜLLER Rainer (2006): Kostenexplosion und demographischer Kollaps; Empirische und systematische sozialwissenschaftliche Präzisierungen zu einigen verbreiteten Annahmen. In: *Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaft*, 47.Bd., S.77-102. Online im WWW unter URL <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/KostenexplosionunddemogrKollaps.pdf> <download 13.09.2008>

LITERATUR

- MUNDT James C. et al. (2000): Lay Person-Based Screening for Early Detection of Alzheimer's Disease: Development and Validation of an Instrument. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, vol 55B(3), pp P163-P170
- MURDOCH Peter (2007): How might a crisis in long-term care of people with dementia be averted. In *Age and Ageing*, vol 36(1), pp 6-7
- NIKOLAUS Thorsten et al. (1999): A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age and Ageing*, vol 28(6), pp 543-550
- NOLAN Mike R. et al. (2004): Beyond „person-centred“ care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, vol 13(3a), pp 45-53
- PHINNEY Alison et al. (2007): Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia. *Aging & Mental Health*, vol 11(4), pp 384-393
- POGADL Siegfried, POHLMANN Reinhard (2008): Seniorenbüros in Dortmund – Zukunftsorientiertes Modell für eine integrative und wohnortnahe Versorgung und Betreuung: Ein Beitrag zur Diskussion zu den Pflegestützpunkten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41.Jg., Nr.2, S.86-91
- POULIN DE COURVAL Louise et al. (2006): Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol 73(2), pp 67-75
- RASK Kimberly et al. (2007): Implementation and Evaluation of a Nursing Home Fall Management Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 55(3), pp 342-349
- REILLY Siobhan et al. (2007): Care management in mental health services in England and Northern Ireland: do integrated organizations promote integrated practice? *Journal of Health Service Research Policy*, vol 12(4), pp 236-241
- RICE Dorothy P. et al. (2001): Prevalence, Costs, and Treatment of Alzheimer's Disease and Related Dementia: A Managed Care Perspective. *The American Journal of Managed Care*, vol 7(8), pp 809-81
- ROBISON Julie et al. (2003): Partners in Caregiving in a Special Care Environment: Cooperative Communication Between Staff and Families on Dementia Units. *The Gerontologist*, vol 47(4), pp 504-515
- ROMERO Barbara, WENZ Michael (2002): Konzept und Wirksamkeit eines Behandlungsprogrammes für Demenzkranke und deren Angehörige; Ergebnisse aus dem Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35.Jg., Nr.2, S.119-128

LITERATUR

- ROMERO Barbara (2004): Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 17.Jg., Nr.2, S.119-134
- ROTHERA Ian et al. (2008): An evaluation of a specialist multiagency home support service for older people with dementia using qualitative methods. International Journal of Geriatric Psychiatry, vol 23(1), pp 65-72
- SANDSTEDE Meike (2007): Netzwerk Demenz Kreuznach – ein Erfolgsprojekt. Publik/Informationen der gemeinnützigen Stiftung „Daheim im Heim“, Nr.1/2007, S.1 und 3. Online im WWW unter URL <http://www.daheim-im-heim.de/WWW/PUBLIK1-2007.pdf> <download 31.08.2008>
- SCHAEFER Iris Luzie, DORSCHNER Stephan (2007): “Zu Hospiz gehört doch der ganze Mensch!” – Ehrenamtliche Hospizbegleiter im Einsatz bei Demenzkranken. Pflege, 20.Jg., Nr.3, S.129-136
- SCHAEFFER Doris, EWERS Michael (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. Pflege & Gesellschaft, 11.Jg., Nr.3, S.197-209
- SCHAEFFER Doris, KUHLMEY Adelheid (2008a): Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41.Jg., Nr.2, S.81-85
- SCHAEFFER Doris, KUHLMEY Adelheid (2008b): Pflegestützpunkte als neue ambulante Versorgungszentren für Menschen mit Pflegebedarf. Pflege & Gesellschaft, 13.Jg., Nr.1, S.90-91
- SCHMIDT-Michel Paul-Otto et al. (2008): Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert; Pro und Kontra. Psychiatrische Praxis, 35.Jg., Nr.2, S.57-59
- SCHNEPP Wilfried et al. (2005): Migrationsspezifische Transitionen und Angehörigenpflege. Pflege, 18.Jg., Nr.5, S.305-312
- SCHORNBÖCK Helli (Red.) (2007): Älter werden in einem fremden kulturellen Umfeld. Ein Ratgeber zu Pflege und Betreuung im Alter für Menschen mit Migrationshintergrund. Hrsg. vom Wiener Hilfswerk, Wien. Von diesem Buch existieren auch eine kroatische und eine serbische Ausgabe (letztere in kyrillischer Schrift) unter dem Titel „Starost u stranoj kulturnoj sredini“
- SCHWIEDERNOCH Anja, ÖZYURT Elif Leyla (2004): Integrierte Versorgung; Ein Managed Care Ansatz in Deutschland. Projektarbeit, GM 20, Mibeg-Institut Medizin, Köln. Online im WWW unter URL <http://www.henrikbecker.de/iv/> <download 14.07.2008>
- SEIDL Elisabeth et al. (2007a): Studie III – Interventionen aus internationaler Sicht. In: Seidl Elisabeth/Labenbacher Sigrid (Hrsg.): Pflegenden Angehörige im Mittelpunkt; Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien-Köln-Weimar, S.119-243

LITERATUR

- SEIDL Elisabeth et al. (2007b): Diabetes – Der Umgang mit einer chronischen Krankheit. Böhlau Verlag, Wien-Köln-Weimar
- SEIDL Elisabeth et al. (2007c): Multiprofessionelle Pflegebegleitung demenzkranker Menschen und ihrer Familien. In: Seidl Elisabeth/Labenbacher Sigrid (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt; Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien-Köln-Weimar, S.245-292
- STEFANACCI Richard G. (2007): Current Implications for the Managed Care of Dementia. The American Journal of Managed Care, vol 13(8), pp S203-S205
- STÖCKER Gertrud (2002): Potentiale der Pflege nutzen; Positionsbestimmung zur Diskussion um die Integrierte Versorgung. Pflege Aktuell, 55.Jg., Nr.6, S.328-331
- SVANBERG Rani et al. (1997): The process of care management with people with dementia. Health and Social Care in the Community, vol 5(2), pp 134-139
- SYLVIA Martha L. et al. (2008): Guided Care: Cost and Utilization Outcomes in a Pilot Study. Disease Management, vol 11(1), pp 29-36
- TURYN Romaine M. (2001): Developing Programs to Meet the Needs of Alzheimer's Families in Rural Maine. The Journal of Applied Gerontology, vol 20(2), pp 241-250
- VAN BUREN L.P. et al. (2005): Mantelzorg in de Turkse cultuur. Zorg aan chronische zieke Turkse ouderen in Nederland <Pfleger durch Angehörige in der türkischen Kultur. Pflege chronisch kranker älterer türkischer Menschen in den Niederlanden>. Online im WWW unter URL http://www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/download_object.asp?atoom=33648&Volg_Nr=1 <download 07.09.2008>
- VAN DEN BRINK Yolande (2000a): Transculturele Familiezorg Thuis. Basiscursus en vervolgcursus gericht op de ondersteuning van de familiezorg aan ouderen vanuit een Turks <Transkulturelle Pflege in der Familie zu Hause. Basis- und Fortsetzungskurs zur Unterstützung der Pflege älterer türkischer Familienmitglieder>. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), Utrecht
- VAN DEN BRINK Yolande (2000b): Transculturele Ouderenzorg Thuis. Zorgpraktijken en opvattingen van Turkse mantelzorgers in Rotterdam <Transkulturelle Altenpflege zu Hause. Pflegepraktiken und –auffassungen türkischer pflegender Angehöriger in Rotterdam> Katholiek Centrum voor Welzijnsbehartiging (KCW), Rotterdam
- VAN DEN BRINK Yolande (2003): Diversity in Care Values and Expressions Among Turkish Family Caregivers and Dutch Community Nurses in the Netherlands. Journal of Transcultural Nursing, vol 14(2), pp 146-154
- VENABLES Dan et al. (2005): Variations in care management arrangements for people with mental health problems in England. Care Management Journals, vol 6(3), pp 131-138

LITERATUR

- VENABLES Dan et al. (2006): Mapping and Evaluation of Care Management Arrangements for People with Mental Health Problems in England. Online im WWW unter URL http://www.pssru.ac.uk/pdf/b16/b16_mapping.pdf <download 02.07.2008>
- VICKREY Barbara G. et al. (2006): The Effect of a Disease Management Intervention on Quality Outcomes of Dementia Care: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, vol 145(10), pp 713-726
- WAGNER Edward H. (2000): The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, vol 320(7234), pp 569-572
- WAGNER Franz (2007): Kurze berufspolitische Bewertung des SVR-Gutachtens 2007. *Pflege & Gesellschaft*, 12.Jg., Nr.4, S.380
- WEBER Ursula (2003a): Vernetzung von ambulanten Hilfsangeboten; HALMA e.V. hilft altersverwirrten Menschen. In: Füsgen Ingo et al. (Hrsg.): *Zukunftsforum Demenz: Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm? 5. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“* 24./25. Januar 2003 in Frankfurt, S.49-62. Online im WWW unter URL http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/4309_Dokuband1_Innen_low.pdf <download 13.08.2008>
- WEBER Ursula (2003b): Modellprojekt „Gerontopsychiatrisches Verbundnetz der Altenhilfe in Würzburg“; Forum der Bayerischen Bezirke Ambulante Gerontopsychiatrische Versorgung 28.7.1998 in Ingolstadt. In: Medizinische Hochschule Hannover (Hrsg.): *Fachtagung: Die Priorität ambulanter Hilfen für psychisch kranke Menschen: Illusion oder Chance; Nachhaltig wirkende Versorgungsmodelle aus einem Vierteljahrhundert Psychiatriereform 2. und 3. Dezember 2003*, S.112-118. Online im WWW unter URL <http://www.landesfachbeirat-psychiatrie-niedersachsen.de/docs/Veroeffentlichungen/A%20Patientenorientierte%20Versorgung/A5.pdf> <download 14.08.2008>
- WEINSTEIN Marcie, BOOTH Japhia (2006): Preventing Falls in Older Adults: A Multifactorial Approach. *Home Health Care Management & Practice*, vol 19(1), pp 45-50
- WEISS Regula (2003): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Seismo, Zürich
- WILSON Kathi, ROSENBERG Mark W. (2004): Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, vol 67(2), pp 137-148
- WOLFS Claire A.G. et al. (2008): Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, vol 192(4), pp 300-305
- ZAMBRANA Ruth Enid et al. (2004): Cultural Competency as It Intersects With Racial/Ethnic, Linguistic, and Class Disparities in Managed healthcare Organizations. *The American Journal of Managed Care*, vol 10(Special Issue), pp SP37-SP44