

Demenz und Depressionen –  
was kommt auf uns zu?

## Ein guter Hilfemix muss finanziell nachhaltig und sektorenübergreifend geschneidert sein

DR. FLORIAN STAECK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



*Dr. Jürgen Bausch*

*Wolfgang van den Bergh*

*Eugen Brysch*

*Prof. Dr. Helmut Buchner*

*Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich*

*Dr. Liane Fickler*

*Prof. Dr. Ulrich Finke*

*Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke*

*Holger Friedrich*

*Dr. h. c. Jürgen Gohde*

*Rebecca Gonser*

*Dr. Kay Großmann*

*Prof. Dr. Ulrich Hegerl*

*Dr. Regina Klakow-Franck*

*Prof. Dr. Andreas Lübbe*

*Prof. Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong*

*Dr. Erika Ober*

*Dietmar Preding*

*Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher*

*Gudrun Schaich-Walch*

*Dr. Hubert Schindler*

*Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak*

*Gerhard Schulte*

*Dr. Nick Schulze-Solce*

*Prof. Dr. Josef Schuster SJ*

*Dr. Thomas Sitte*

*Dr. Florian Staeck*

*Oliver Stahl*

*Andreas Storm*

*Dr. Christian Thomeczek*

*Prof. Dr. Volker Ulrich*

*Eva Walzik*

*Katharina Werner*

## Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

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



