

## **Antrag**

**der Abg. Andreas Hoffmann u. a. CDU**

**und**

## **Stellungnahme**

**des Sozialministeriums**

### **Demenzerkrankungen – eine gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung**

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,

1. welche Formen der Demenzerkrankungen es gibt, welche epidemiologischen Daten über die Entwicklung dieser Erkrankungsformen vorliegen, mit welcher Entwicklung für Baden-Württemberg in Zukunft zu rechnen sein wird und welche Erkenntnisse der vierte Altenbericht der Bundesregierung im Zusammenhang mit den Demenzerkrankungen sich ergeben;
2. welche diagnostischen Verfahren zur Früherkennung dieser Krankheitsbilder einsetzbar sind, ob davon auszugehen ist, dass diese Verfahren bei den potentiellen Patienten flächendeckend zur Anwendung kommen, ggf. welche präventiven Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Verschlimmerungsvermeidung der Demenzerkrankungen zur Verfügung stehen und welche Auswirkungen der Humanernährung bekannt sind bzw. ob beabsichtigt ist, diese in Baden-Württemberg zu erforschen;
3. ob die Landesregierung bereit ist, ein entsprechendes Präventionsprojekt modellhaft zu unterstützen;
4. welche therapeutischen Möglichkeiten nach aktuellem wissenschaftlichen Stand verfügbar sind, ob gewährleistet ist, dass diese Therapien flächendeckend angewendet werden und welche Vorschläge es ggf. zur Verbesserung des optimalen Versorgungs-/Anwendungsgrades mit zeitgemäßen Therapien gibt;

5. in welchem Wohn-/Betreuungsumfeld erkrankte Personen betreut und versorgt werden, welche Auswirkungen die Erkrankung auf Angehörige und Pfleger haben; ob hierfür besonders geeignete ambulante und stationäre Einrichtungen für die Betroffenen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, welchen Stellenwert und welche Förderungen die Selbsthilfegruppen im Land erhalten;
6. ob die Landesregierung bei der künftigen Planung entsprechender Pflegestrukturen beabsichtigt, der Demenzenversorgung eine eigene Ausweisung bei der Bedarfsplanung zuzugestehen;
7. ob der Landesregierung innovative Modelle bekannt sind (z. B. gemeinsame Wohn-/Betreuungsprojekte für Erkrankte und Angehörige), die zu einer patientengerechten Versorgung beitragen und ob ggf. die Bereitschaft besteht, solche Projekte zu unterstützen.

10. 08. 2002

Hoffmann, Schuhmacher, Rüeck,  
Dr. Lasotta, Alfred Haas CDU

#### Begründung

Die Anzahl der Demenzerkrankten steigt seit Jahren unaufhörlich – Experten prognostizieren, dass gegenwärtig in Deutschland über 1 Million Einwohner (ca. 140.000 in Baden-Württemberg) an einer Demenzerkrankung leiden und sich diese Zahl binnen weniger Jahre verdoppeln wird.

Neben der verheerenden Auswirkung dieser Erkrankungsformen für die Betroffenen selbst, stellen diese eine immense Herausforderung für die Angehörigen, Pflegenden und das Gesundheitswesen insgesamt dar. Nach einschlägigen Studien betragen die gesamtgesellschaftlichen Kosten pro Demenzpatient im Jahr rd. 44.000 Euro von denen neben den Sozialsystemen mit rd. 32,1% die betroffenen Familien rd. 68% tragen. Es gilt daher durch eine zielgerichtete Prävention und Früherkennung sowie einer zeitgemäßen Therapie, die Auswirkungen dieser Erkrankungen möglichst zu verhindern oder möglichst gering zu halten, bei einem Eintritt aber auch dafür zu sorgen, dass eine adäquate Versorgungsstruktur vorhanden ist, die den Betroffenen gerecht wird.

#### Stellungnahme\*)

Mit Schreiben vom 15. Oktober 2002 Nr. 44-0141.5/13/1259 nimmt das Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Wissenschaftsministerium zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,*

*1. welche Formen der Demenzerkrankungen es gibt, welche epidemiologischen Daten über die Entwicklung dieser Erkrankungsformen vorliegen, mit welcher Entwicklung für Baden-Württemberg in Zukunft zu rechnen*

\*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

*sein wird und welche Erkenntnisse der Vierte Altenbericht der Bundesregierung im Zusammenhang mit den Demenzerkrankungen sich ergeben;*

Mit dem Begriff Demenz wird ein vielschichtiges Krankheitsbild beschrieben, das in ein mildes, ein mittelgradiges und ein fortgeschrittenes Stadium eingeteilt werden kann. Alle Demenzen haben ein Merkmal gemeinsam: Ein schweres Defizit in der Fähigkeit, neue Informationen aufzunehmen, wiederzugeben und zu erinnern, gefolgt von der zunehmenden Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit bei komplexen oder sich wandelnden Vorgängen aufrechtzuerhalten. Neben diesen Gedächtniseinbußen finden sich insbesondere Einschränkungen in den Bereichen Problemlösen, Urteilsbildung, Sprache, Wahrnehmung, Konstruktionsfähigkeit sowie Persönlichkeitsveränderungen.

Von milden Demenzen spricht man, wenn zwar kognitive Störungen vorliegen, die die Bewältigung schwierigerer Anforderungen kaum erlauben oder zumindest erheblich einschränken, die aber noch nicht so ausgeprägt sind, dass die Betroffenen im Alltag von anderen Personen abhängig sind. In dieser Phase ist also der Versorgungsbedarf noch gering. Außerdem scheint es sich, wie Längsschnittuntersuchungen zeigten, nur bis zur Hälfte bis drei Viertel der Fälle um voranschreitende Demenzprozesse zu handeln. Ein großer Teil der Betroffenen weist über Jahre hinweg keine nennenswerten Verschlechterungen der Leistungsfähigkeit auf. Milde Demenzen sind somit nicht durchgängig mit den Frühstadien progredienter Erkrankungen gleichzusetzen. Im mittelschweren Stadium kommen Patienten nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Einige Fähigkeiten können noch erhalten sein, der Patient ist jedoch auf ständige Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen. Schwere Demenzen umfassen Krankheitsstadien, in denen der Patient in keiner Weise mehr zur Bewältigung auch der einfachsten alltäglichen Anforderungen in der Lage ist, sondern permanente grundpflegerische Versorgung benötigt. Mittelschwere und schwere Demenzen kennzeichnen somit die Gruppe der Erkrankten, die hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf hat. In der Regel handelt es dabei um irreversibel verlaufende, bis zum Tod andauernde Beeinträchtigungen.

Die unterschiedlichen Krankheitsformen werden anhand neuropathologischer Kriterien eingeteilt. So finden sich bei der Hälfte der Demenzerkrankungen so genannte neurodegenerative Veränderungen, die wiederum danach unterteilt werden, ob der pathologische Prozess in der Hirnrinde (kortikal) oder in tieferen Hirnschichten (subkortikal) stattfindet. Zu den kortikalen Demenzerkrankungen gehört die Alzheimer'sche Erkrankung, Hirnleistungsstörungen bei Down-Syndrom oder die Pick'sche Krankheit. An subkortikalen Krankheiten ist die Chorea Huntington oder das Parkinson-Syndrom zu nennen.

Die zahlenmäßig weitaus am häufigsten auftretende Erkrankung aus der Gruppe der neurodegenerativen Störungen stellt mit ca. 70 % die Alzheimer'sche Erkrankung dar. Ca. 20 % der Demenzerkrankungen sind durch Durchblutungsstörungen des Gehirns bedingt und werden als vaskuläre Demenzen bezeichnet. Bei den so genannten sekundären, zum Teil heilbaren Demenzformen, die ca. 10 % aller Demenzen umfassen, finden sich weit über 100 Krankheitsursachen; im Vordergrund stehen toxische (z. B. Alkohol, Medikamente), internistisch-metabolische (z. B. Nieren-, Leber- oder Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen) oder neurologische (z. B. Hirntumor) Krankheitsbilder. Weiterhin sind Infektionen, Vitaminmangelzustände etc. zu nennen. Abzugrenzen von Demenzen sind schwerwiegende psychiatrische Krankheitsbilder (z. B. Depression), die gleichermaßen zu Einschränkungen der Gedächtnisleistungen führen können.

Die Gesamtzahl der Demenzkranken in Deutschland wird zwischen 830.000 bis 1,1 Mio. eingeschätzt. Nach einer 2001 publizierten Mannheimer Studie litten im Jahr 2000 ca. 950.000 Personen in Deutschland an einer mittel-

schweren bis schweren Demenz; auf Baden-Württemberg entfallen entsprechend dem Bevölkerungsanteil von rd. 12,5 % damit ca. 120.000 Demenzkranke. Diese Zahl steigt voraussichtlich bis zum Jahr 2050 auf ca. 255.000; eine Verdoppelung der Zahl der Demenzkranken wird danach erst nach dem Jahr 2040 eintreten (Tabelle 1).

Tabelle 1

Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bei gleichbleibenden altersspezifischen Prävalenzraten (Angaben in 1000)

Altersgruppe	Jahr 2000	Jahr 2010	Jahr 2020	Jahr 2030	Jahr 2040	Jahr 2050
65 – 69	49,8	52,1	58,8	75,0	54,1	54,4
70 – 74	100,7	133,4	110,1	140,0	151,9	112,2
75 – 79	170,1	186,4	197,2	228,6	296,3	216,9
80 – 84	196,0	295,4	402,5	343,8	447,8	495,7
85 – 89	260,3	304,8	347,6	379,2	469,4	633,9
90+	176,6	183,1	272,0	394,8	382,3	533,1
<b>Insgesamt</b>	<b>953,5</b>	<b>1155,2</b>	<b>1388,2</b>	<b>1561,4</b>	<b>1810,8</b>	<b>2046,2</b>
<b>Anteil Baden-Württemberg</b>	<b>119,2</b>	<b>144,4</b>	<b>173,5</b>	<b>195,2</b>	<b>226,4</b>	<b>255,8</b>

Quelle: Bickel (2001), ergänzt um Anteil Baden-Württemberg (12,5 % der Gesamtbevölkerung)

Die Anteil der mittelschwer und schwer Demenzkranken in der Bevölkerung ab 65 Jahre zu einem bestimmten Zeitpunkt (Prävalenz) liegt nach Studien aus Deutschland bei 3,5 % (Oberbayern) bis 6 % (Mannheim); internationale Studien zufolge schwanken die Raten zwischen 4 und 8 %, im Mittel liegen sie bei 6 %. In der Altersgruppe der über 70-jährigen wird eine Prävalenz zwischen 7 und 9 % berichtet, bei den über 90-jährigen liegt sie bei ca. 30 %.

Der Anteil der im Verlauf eines Jahres neu an Demenz erkrankten Personen (Inzidenz) steigt nach einer 1999 publizierten Mannheimer Studie von 0,33 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis auf 8 % bei den über 90-jährigen. Nach dieser Studie ist bei den über 65-jährigen von einer Zahl von 192.000 Neuerkrankungen in Deutschland auszugehen; auf Baden-Württemberg entfallen damit ca. 24.000 Personen.

Tabelle 2

Jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach Alter

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Baden-Württemberg
65 – 69	0,33	13.000	1.625
70 – 74	0,84	28.000	3.500
75 – 79	1,82	39.000	4.875
80 – 84	3,36	49.000	6.125
85 – 89	5,33	43.000	5.375
90 und älter	8,00	20.000	2.500
<b>65 und älter</b>	<b>1,61</b>	<b>192.000</b>	<b>24.000</b>

Quelle: Gao et al. (1998), Bickel (1999), ergänzt um Anteil Baden-Württemberg (12,5 % der Gesamtbevölkerung)

Die enorme Anzahl von Demenzpatienten hat erhebliche volkswirtschaftliche Kosten zur Folge. Nach einer Studie ist in Deutschland pro Patient und Jahr von Gesamtkosten in Höhe von 43.800 Euro auszugehen, wobei 2,5 % auf die gesetzliche Krankenversicherung (Medikamente, ärztliche Konsultationen, Klinikaufenthalte), 29,6 % auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 67,9 % auf die Familie entfielen. Ähnlich hohe jährliche Kosten bei Demenzkranken werden auch aus anderen Ländern wie England und Nordamerika berichtet. Auch diese Studien belegen eindeutig, dass die Hauptlast von den pflegenden Angehörigen getragen wird und diese Leistungen nicht in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung eingehen. Es werden erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen für die Gesellschaft entstehen, wenn ehrenamtliche Hilfe durch professionelle Hilfe ersetzt werden muss, wenn das familiäre Pflegepotenzial auf Grund niedriger Geburtenraten, erhöhter Mobilität und Berufstätigkeit von Frauen abnimmt, wenn die familiäre Solidarität durch Scheidung erschüttert wird und wenn die Bereitschaft und Fähigkeit von Angehörigen, demenzkranke Familienmitglieder zu pflegen, abnimmt. Neben den hohen volkswirtschaftlichen Kosten hat die Zunahme der Zahl von Demenzkranken vermehrte psychische und physische Belastungen für Patienten, Familienangehörige und professionelle Pflegepersonen zur Folge.

Der Vierte Altenbericht der Bundesregierung vom April 2002 gibt einen ausführlichen und sorgfältig recherchierten Überblick über gerontologisch-geriatrische Fragestellungen. Im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen wird gründlich auf diagnostische, therapeutische und sozialmedizinische Details bei Demenzerkrankungen eingegangen und insbesondere die vielschichtige, fächerübergreifende Problematik herausgearbeitet.

Für den Bereich der häuslichen Pflege hebt der Bericht hervor, dass zwei Drittel der Menschen mit Demenzerkrankungen zu Hause von ihren Angehörigen versorgt werden. Für die Angehörigen stelle die Betreuung und Pflege von demenzerkrankten Familienmitgliedern oft eine große Herausforderung und Belastung dar. Um die Selbstständigkeit und die Würde der Erkrankten zu erhalten, seien niedrigschwellige Angebote der Unterstützung von Angehörigen und Pflegenden notwendig. Ein zentrales Beratungsangebot, das „Alzheimer-Telefon“, werde von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft betrieben, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird. Ziel sei es, die Alltagskompetenz im Umgang mit Demenzerkrankten zu erhöhen.

Für den Bereich der stationären Pflege bekräftigen die Ausführungen des Berichts im Wesentlichen die Grundsätze und Ziele, die bereits im Jahr 2000 im Landespflegeplan Teil 3 für die demenzspezifische Weiterentwicklung der stationären Betreuungsangebote formuliert wurden. Wichtige Eckpunkte der Qualifizierung der stationären Pflegeinfrastruktur für Demenzkranke sind danach:

- Flächendeckende Umsetzung eines abgestuften Hilfesystems mit gerontopsychiatrisch ausgerichteten Tages-, Nacht- u. Kurzzeitpflegeangeboten, Demenzwohngruppen und differenzierten stationären Leistungsformen.
- Qualifizierung und Ausdifferenzierung der Hilfeangebote entsprechend den je nach Art und Verlauf der Erkrankung unterschiedlichen Handlungskompetenzen und Betreuungsbedürfnissen.
- Sicherstellung einer ortsnahen Grundversorgung mit überregionalen Spezialangeboten im Sinne ergänzender Leistungsbereiche für besondere Aufgaben und Anforderungen.
- Bildung gerontopsychiatrischer Schwerpunkte i. S. von Referenzzentren, die auch spezifische Aufgaben des Wissenstransfers, der Konzeptentwicklung sowie der Fort- und Weiterbildung übernehmen können.

- Entwicklung und Erprobung neuer, innovativer Elemente der Hilfestruktur (z. B. im Sinne des Hausgemeinschaftskonzeptes).

2. *welche diagnostischen Verfahren zur Früherkennung dieser Krankheitsbilder einsetzbar sind, ob davon auszugehen ist, dass diese Verfahren bei den potenziellen Patienten flächendeckend zur Anwendung kommen, ggf. welche präventiven Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Verschlimmerungsvermeidung der Demenzerkrankungen zur Verfügung stehen und welche Auswirkungen der Humanernährung bekannt sind bzw. ob beabsichtigt ist, diese in Baden-Württemberg zu erforschen;*

Maßnahmen zur Früherkennung und zur Behandlung der Demenz sowie zur Betreuung von Demenzpatienten gewinnen in Zukunft an Bedeutung. Zur Früherkennung der demenziellen Krankheitsbilder ist ein breit gestreuter differenzialdiagnostischer Ansatz unumgänglich, um den unterschiedlichen Ursachen dieser heterogenen Krankheitsgruppe gerecht zu werden. Ein früher Diagnosezeitpunkt ist auch deswegen notwendig, um mögliche therapeutische Zugangswege beschreiten zu können.

Diagnostische Verfahren zur Früherkennung sind in erster Linie psychologische Tests der kognitiven Leistungsfähigkeit. Es existieren verschiedene Screening-Tests, die geeignet sind, Patienten mit einer beginnenden Demenz mit guter Sensitivität und Spezifität zu erkennen. Bei den im Rahmen des Screenings auffälligen Patienten wird die Diagnose mit ausführlichen Leistungstests überprüft. Darüber hinaus werden bildgebende Verfahren eingesetzt. In Baden-Württemberg steht eine Vielzahl von somatischen Diagnosemöglichkeiten flächendeckend zur Verfügung (Labordiagnostik, neuroradiologische Diagnostik, z. B. Computertomografie, Kernspintomografie). Eine Nuklearmedizinische Funktionsdiagnostik (Positronenemissionstomografie) ist in der Regel universitären Einrichtungen oder Schwerpunktskrankenhäusern vorbehalten. Fachspezifische Demenz-Diagnoseeinheiten (Memory-Clinic) sind in den letzten Jahren auch in Baden-Württemberg eingerichtet worden, jedoch besteht nach Auskunft der Universitätskliniken diesbezüglich noch großer Ausbaubedarf.

Für die Alzheimer'sche Krankheit gibt es zwar charakteristische, radiologisch, laborchemisch und im EEG (Elektroenzephalogramm) nachweisbare Veränderungen. Die Spezifität dieser Parameter erfordert jedoch – insbesondere in Frühstadien der Erkrankung – eine Lumbalpunktion (Liquorentnahme), um positiv die Diagnose „Alzheimer'sche Krankheit“ zu begründen.

An der Entwicklung moderner diagnostischer Testverfahren zur Früherkennung von Demenzen wird kontinuierlich gearbeitet. Aktuell zeigen zwei Methoden viel versprechende Erfolgsaussichten. Die erste Methode ist die strukturelle MRI-Bildgebung (Magnet Resonance Imaging). Dieses Verfahren ist im Vergleich zur Computertomografie empfindlicher, weist größere Kontraste auf und kommt ohne Strahlenbelastung aus, ist aber auch sehr kostenintensiv und kann nur in einigen Universitätskliniken durchgeführt werden. Sie ist in der Lage, verlässliche frühzeitige Indikatoren für einen progressiven Verlauf zur Demenz zu liefern. Die zweite Methode besteht aus einer Reihe von Labortestverfahren; sie zeigen ebenfalls eine hohe Sensibilität und Spezifität. Diese alternativen Methoden sind außerordentlich wichtig bei der Identifikation der frühen Formen der Demenz, in der die kognitiven Defizite noch nicht vollständig entwickelt sind, die aber genau das Krankheitsstadium darstellen, in dem eine Intervention zur Erhaltung der Lebensqualität noch möglich ist.

Eine Reihe von wissenschaftlichen Studien weckt Zweifel an der rechtzeitigen Erkennung einer Demenzerkrankung. Danach sind Hausärzte teilweise über einfache Grundlagen der Diagnostik und Behandlung demenzieller Er-

krankungen nur unzureichend informiert. Dies liegt zum großen Teil daran, dass es bisher nicht gelungen ist, Forschungserkenntnisse ausreichend in die Praxis zu vermitteln. Selbst Fachärzte führen nach einer Studie aus Deutschland oft keine konsequente Diagnostik und somit auch keine adäquate Therapie durch. Nach internationalen Studien ergibt sich übereinstimmend, dass bei 40 bis 60 % der Demenzkranken diese Erkrankung vom Hausarzt übersehen wird. Eine 1999 in 67 Allgemeinpraxen aus dem Raum Hannover und Leipzig durchgeführte Untersuchung erbrachte noch ungünstigere Ergebnisse. Bemessen an einem kognitiven Screening betrug die Sensitivität der hausärztlichen Einschätzung nur 14 %; das heißt, dass bei 86 % der im Testverfahren auffälligen und somit möglicherweise an demenziellen Störungen leidenden Patienten dem Hausarzt die kognitiven Beeinträchtigungen nicht bekannt waren. Ähnliche Resultate wurden in einer anderen Studie erzielt, in der nur 14,4 % der Hausärzte bei der Schilderung leichter kognitiver Defizite und 41,5 % bei der Schilderung einer mittelgradigen Demenz den Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung äußerten.

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass grundsätzlich Hausärzte in Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde am Besten in der Lage sein sollten, demenzielle Störungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der Mehrheit der Altenbevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patienten vertraut sind. Das Sozialministerium hatte bereits 1994 in der Konzeption „Perspektiven der Gerontopsychiatrie in Baden-Württemberg“ unter Beteiligung der Landesärztekammer Baden-Württemberg gefordert, neben den Hausärzten, die eine Schlüsselrolle bei der Versorgung von Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen einnehmen, in Zukunft Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde vermehrt in die ambulante Behandlung einzubeziehen. Maßnahmen der Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung seien in allen an der gerontopsychiatrischen Behandlung und Betreuung beteiligten Bereichen erforderlich. Außerdem sei die Koordination der gesamten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke ältere Menschen zu verbessern. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg teilt hierzu mit, dass sie diesem gemeinsamen Anliegen durch die von ihr initiierten Angebote der Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft Rechnung trägt. Von der Änderung der Approbationsordnung im April dieses Jahres mit einer praxisorientierten und fächerübergreifenden Ärzteausbildung sei zudem auch eine Verbesserung des Kenntnisstands der Studierenden über Demenzerkrankungen zu erwarten.

Spezifische, praktikable Maßnahmen zur Prävention der Alzheimer'schen Krankheit, die über eine allgemein gesunde Lebensführung, insbesondere mit der Vermeidung von Gefäßrisikofaktoren, hinausgehen, sind nicht bekannt. In der Prävention werden dem komplexen Krankheitsbild entsprechend, mehrere präventive Strategien verfolgt:

Es gibt gewisse Hinweise dafür, dass sich durch die Einnahme von nicht-steroidalen entzündungshemmenden Medikamenten, von Statinen (zur Cholesterinsenkung zugelassene Substanzen mit zusätzlichen Effekten) sowie von Östrogenderivaten das Risiko für eine Demenzerkrankung verringern lässt. Es existieren allerdings keine größeren klinischen Studien, aus denen sich konkrete Hinweise über den Nutzen einer derartigen Behandlung oder ihr Risiko-Nutzen-Verhältnis ableiten lassen. Obwohl klinische Studien die Wirksamkeit von sog. Radikalfängern (z. B. Vitamin C und E, Pflanzeninhaltsstoffe, so genannte Phytochemicals) nicht einheitlich beurteilen, hat die zusätzliche Gabe offensichtlich keinen negativen Effekt.

Die Prävention im Zusammenhang mit der Ernährung und den Konsumgewohnheiten steht in Beziehung zu den genetischen Risikofaktoren für die Alzheimer Demenz, die teilweise bekannt sind. So sollten in Bezug auf die vasku-

läre Demenz arteriosklerosefördernde Konsumgewohnheiten (fettreiche Nahrung, Nikotin etc.) vermieden werden. Verwiesen sei z. B. auf das laufende Nikotinentwöhnungsprogramm der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen oder auf Programme zur Früherkennung des Bluthochdrucks. Außerdem sollen das Cholesterolvermindernde Diäten den Verlauf der Alzheimer Demenz verlangsamen. Die Grundlagenforschungen über die Wirksamkeit von cholesterolvermindernden Medikamenten wurden in Heidelberg und Mannheim durchgeführt, die klinischen Studien in Mannheim und Tübingen. Weiterhin scheint eine Ernährung, die reich an Obst und Gemüse ist, die Entwicklung demenzieller Erkrankungen, wie aus einigen wenigen epidemiologischen Studien hervorgeht, zu hemmen.

Weitere präventive Maßnahmen betreffen kognitives Training und Angehörigenarbeit. Diese Aspekte der Prävention haben durch die Arbeit der Deutschen Alzheimergesellschaft einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht.

*3. ob die Landesregierung bereit ist, ein entsprechendes Präventionsprojekt modellhaft zu unterstützen;*

Erfolgversprechende fachliche Ansätze zur Prävention von Demenzerkrankungen werden, falls die erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen, auch von der Landesregierung unterstützt. Eine Arbeitsgruppe des Gesundheitsforums Baden-Württemberg hat sich mit dem Thema „Gesundes Altern“ befasst und ein Konzept für ein Forschungsprogramm „Verständnis der molekularen Prozesse des Alterungsvorgangs und neue Möglichkeiten des gesunden Alterns“ entwickelt. Im Rahmen der „Biotechnologie-Offensive“ der Landesregierung wurde die Landesstiftung gebeten, Mittel für ein solches Forschungsprogramm zur Verfügung zu stellen. Die Landesstiftung wird hierüber voraussichtlich im November 2002 beraten.

*4. welche therapeutischen Möglichkeiten nach aktuellem wissenschaftlichen Stand verfügbar sind, ob gewährleistet ist, dass diese Therapien flächendeckend angewendet werden und welche Vorschläge es ggf. zur Verbesserung des optimalen Versorgungs-/Anwendungsgrades mit zeitgemäßen Therapien gibt;*

Wie unter Ziffer 2 erwähnt, sind therapeutische Optionen sehr eng an eine effiziente Diagnostik gekoppelt, die eine möglichst frühe Diagnosestellung erlaubt und damit einen Behandlungsbeginn indiziert. Für die Behandlung des Morbus Alzheimer als der häufigsten Form der Demenzerkrankungen haben sich heute vor allem Medikamente durchgesetzt, die dazu beitragen, den Neurotransmitter Acetylcholin länger verfügbar zu halten. Dies erfolgt im Wesentlichen durch eine Hemmung des Enzyms, das Acetylcholin im Übertragungsspalt zwischen Nervenzellen abbaut. Entsprechend heißen diese Medikamente Acetylcholinesterasehemmer (kurz: AchE-Inhibitoren). In jüngster Zeit wird auch Vitamin E zur Therapie der Alzheimer Demenz vermehrt eingesetzt. Für vaskuläre Demenzen werden trotz unterschiedlicher Pathogenese zunehmend auch AchE-Inhibitoren eingesetzt. Weiterhin ist z. Zt. in Deutschland nach den neuesten wissenschaftlichen Kriterien der NMDA-Rezeptor-modulator Memantine zugelassen. Diese Medikamente haben gezeigt, dass eine Verlangsamung der Krankheitsprozesse bei degenerativen Demenzerkrankungen erreicht werden kann. Dies heißt auch, dass bei einem möglichst frühen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns die bestehenden Restfunktionen dauerhaft besser erhalten werden können.

Der Einsatz der genannten Substanzen führt bei ca. 1/3 bis 2/3 der behandelten Patienten zu einer im Alltagsleben sinnvollen Verbesserung der Lebensqualität. Die rationale Verwendung dieser Substanzen ist jedoch durch ihre Neuheit und den damit verbundenen geringen Bekanntheitsgrad bei den pri-

mär versorgenden Hausärzten, den hohen Tagestherapiepreis (ca. 5 Euro pro Tag), das geringe Nachfragen nach Therapiemöglichkeiten durch die Erkrankten selbst sowie die Verfügbarkeit traditionell in diesem Bereich eingesetzter kostengünstiger Naturprodukte (Ginkgo) eingeschränkt.

Bei der die Demenz häufig begleitenden psychomotorischen Unruhe werden so genannte Neuroleptika an erster Stelle eingesetzt, bei gleichzeitig auftretenden affektiven Störungen (Depression) kommen vorrangig antidepressive Medikamente der neuen Generation (z. B. Serotoninwiederaufnahmehemmer) zum Einsatz. Nichtmedikamentös lassen sich im Frühstadium der Demenz auch psychotherapeutische Verfahren und das kognitive Training, unterstützt durch Angehörigenarbeit, gut einsetzen.

Zur Frage, inwieweit bei bereits bestehenden Demenzerkrankungen eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten oder aber auch die Gabe von antioxidativen Vitaminen bzw. Phytochemicals zu einer Verlangsamung der Progression der Demenzerkrankung beiträgt, gibt es bisher nur sehr wenige Untersuchungen. Für die unter Ziffer 2 dargestellten, mit dem Ziel der Prävention eingesetzten Medikamente gilt, dass verschiedene Teilmechanismen der Alzheimer'schen Erkrankung in verschiedenen Erkrankungsstadien (präsymptomatisch, frühe Erkrankungsphase, späte Erkrankungsphase) unterschiedlich starke Rollen spielen. Substanzen mit vorbeugenden Wirkungen sind danach nicht unbedingt auch nach Auftreten und Fortschreiten der Erkrankung wirksam. Hier ist, wie auch in der Grundlagenforschung, nach Auffassung der Universitäten ein besonderer Forschungsbedarf gegeben.

Nach Darstellung der Universitäten stehen leider qualifizierte, in der Alterspsychiatrie ausgebildete Therapeuten noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Zur Verbesserung des optimalen Versorgungs- und Anwendungsgrades hat auch der Fortbildungssektor für alle Berufsgruppen eine sehr große Bedeutung. Die derzeit in Baden-Württemberg angebotenen Veranstaltungen werden zwei Mal jährlich im vom Geriatrischen Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen herausgegebenen gemeinsamen Fortbildungsverzeichnis der Geriatrischen Zentren sowie der Geriatrischen Schwerpunkte und Rehabilitationskliniken zusammengefasst.

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg hält seit mehr als 8 Jahren eine Memory-Ambulanz als hoch qualifiziertes ambulantes Angebot vor. Diese Ambulanz wurde aus Mitteln des Landes mitfinanziert. Seit August 2002 ist die Memory-Ambulanz als Zentrum des BMBF Netzwerkes Demenz für wissenschaftliche Fragen durch Personalmittel gefördert. Weiter dringend benötigte Finanzmittel sollen aus einem Projekt der Memory-Ambulanz mit der AOK entspringen; ein entsprechender Antrag liegt der AOK Baden-Württemberg vor. Durch zusätzliches Personal sollen die zum Teil mehrmonatigen Wartezeiten auf einen Ambulanztermin verkürzt werden. Im Rahmen der Memory-Ambulanz werden ambulante Parallelgruppen für Erkrankte und Angehörige angeboten. Die Memory-Ambulanz unterstützt durch jährlich stattfindende Weiterbildungsangebote die Weiterbildung von Hausärzten bzgl. neuer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten.

Nach zusammenfassender Darstellung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim sei eine „Heilung“ der Demenz derzeit nicht möglich. Die therapeutischen Möglichkeiten erlauben eine Verlaufsverzögerung von sechs bis zwölf Monaten. Am besten belegt sei die Wirkung der Medikamente. Es sei vorteilhaft, dass Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus und unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil zur Verfügung stehen, da so einem größeren Teil der Erkrankten geholfen werden könne. Für sozio- und psychotherapeutische Möglichkeiten fehle es an methodisch ausreichend

qualifizierten Studien schlechthin. Für die Wirksamkeit sozio- und psychotherapeutischer Maßnahmen sprächen im Moment lediglich die Plausibilität und positive Rückmeldungen der Pflegenden. Zur Entlastung der Pflegenden und um der Aussicht zur Verzögerung der Heimeinweisung beizutragen, sollten diese Therapien jedoch auch schon vor der wissenschaftlichen Bestätigung eingesetzt werden. Bei der medikamentösen Therapie der Verhaltenssymptome hätten neuere nebenwirkungsärmere Medikamente das geringste Risiko, Patienten zu schädigen, und sollten daher ohne Beschränkung eingesetzt werden können. In allen angesprochenen Bereichen sei ein Forschungsdefizit festzustellen, das es zu beseitigen gelte. Im Bereich der soziotherapeutischen Maßnahmen sei zusätzlich eine Fortentwicklung der Methoden dringend erforderlich. Unter Kostengesichtspunkten führe eine adäquate und frühzeitige medikamentöse Therapie zu einer positiven Kosten-Nutzen-Relation. Durch die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung würden die Ersparnisse jedoch nicht in dem Bereich anfallen, in dem die Ausgaben getätigt würden. Hieraus erkläre sich die gelegentlich offen verbalisierte, mangelnde Bereitschaft von Kostenträgern, entstehende Behandlungskosten zu übernehmen.

*5. in welchem Wohn-/Betreuungsumfeld erkrankte Personen betreut und versorgt werden, welche Auswirkungen die Erkrankung auf Angehörige und Pflegenden haben; ob hierfür besonders geeignete ambulante und stationäre Einrichtungen für die Betroffenen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, welchen Stellenwert und welche Förderungen die Selbsthilfegruppen im Land erhalten;*

Die Auswirkungen der Demenzerkrankungen auf Angehörige und Pflegenden werden generell als enorm eingeschätzt. Schon die Diagnosestellung für einen Familienangehörigen stellt sehr häufig ein bedeutsames und belastendes Ereignis für die gesamte Familie dar; die Demenz wird deswegen mitunter auch als „Familienkrankheit“ bezeichnet. Ein großer Teil von ihnen ist auch körperlich stark beeinträchtigt; insofern hat eine Demenzerkrankung zumeist körperliche, psychische und soziale Auswirkungen und bedarf deswegen einer entsprechend vielschichtigen Form der Hilfe und Unterstützung. Mit zunehmendem Schweregrad der Beeinträchtigungen nimmt auch entsprechend der Grad der Belastung zu. Nicht selten unterliegen die Angehörigen eines Patienten am Ende einer meist mehrjährigen Pflegezeit selbst einem erhöhten Erkrankungsrisiko.

Demnach müssen Angehörige und andere Personen, die eine häusliche Pflege und Versorgung Demenzkranker zu leisten bereit sind, nach den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten unterstützt werden. Sie benötigen eine ganzheitliche Unterstützung, um die Akzeptanz entlastender Angebote zu verbessern: zeitliche und psychosoziale Entlastung, mehr Beratung und Informationen über die Krankheit, Hilfe bei den pflegerischen Tätigkeiten, Vertretung bei der Beaufsichtigung des Kranken und Unterstützung bei seelischen Belastungen und Konflikten. Wenn solche Entlastungsangebote angenommen werden, ist es oft möglich, die häusliche Pflege in einer für die Beteiligten befriedigenden Form über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten.

Zur Entlastung und Begleitung pflegender Angehöriger bestehen derzeit unter anderem folgende Angebote:

- Angehörigen- und Selbsthilfegruppen vor allem von Alzheimerinitiativen mit der Möglichkeit der Teilnahme an speziellen Pflegekursen (Rechtsgrundlage: § 45 SGB XI)
- Derzeit 84 Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte der Alzheimerinitiativen

- Häusliche Betreuung durch in Helferkreisen organisierte Ehrenamtliche
- Angebote von Nachbarschaftshilfen.

Nach dem seit dem 1. Januar 2002 geltenden Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz können bereits eingestufte Pflegebedürftige in der ambulanten und teilstationären Pflege bei Vorliegen eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (Demenz) einen zusätzlichen Betreuungsbeitrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr erhalten. Der Betrag ist einsetzbar für teilstationäre Pflegeangebote, gerontopsychiatrische Betreuungsangebote ambulanter Dienste und sog. niedrigschwellige Betreuungsangebote, wie z. B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke. Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen bzw. für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte wurde darüber hinaus ein bundesweiter Fonds mit 10 Mio. Euro im Kalenderjahr eingerichtet, der Fördermittel der Länder oder Kommunen in gleicher Höhe ergänzt; insgesamt stehen damit für Baden-Württemberg 2,5 Mio. Euro zur Verfügung. Hiermit können Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit Demenz weiter entwickelt werden. Vorgeesehen sind zwei „Förderschienen“: Einerseits können geförderte Betreuungsgruppen ausgebaut werden, andererseits können mit Modellvorhaben Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Da der Ausbaustand der Betreuungsgruppen in Baden-Württemberg vergleichsweise gut ist, sollen die Mittel aus dem Fonds zunächst schwerpunktmäßig für Modellvorhaben in der ambulanten Pflege eingesetzt werden. Mittlerweile wurde der Entwurf einer Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen und des PKV-Verbandes nach § 45c Abs. 6 SGB XI vorgelegt. Nach Zustimmung der Bundesländer und des BMG ist zur Umsetzung der Empfehlungen eine Rechtsverordnung des Landes erforderlich, die bereits vorbereitet wird.

Das Betreute Seniorenwohnen als Alternative zur häuslichen Betreuung ist für demenziell erkrankte Menschen zumeist nicht geeignet, da diese Wohnform auf Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner auch im Falle von Hilfe und Pflegebedarf setzt. Sofern Bewohnerinnen und Bewohner nach ihrem Einzug in das Betreute Seniorenwohnen demenziell erkranken, versuchen die Träger, so weit dem Sozialministerium bekannt ist, Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer leichten bis mittelschweren Demenz einen Verbleib im Betreuten Wohnen zu ermöglichen.

Der Vierte Altenbericht der Bundesregierung geht davon aus, dass etwa 40 % der mittelschwer bis schwer demenzkranken Menschen in Pflegeheimen betreut werden. Dies trifft auch auf die Versorgungssituation in Baden-Württemberg zu. Die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen haben ihre Leistungsangebote in den vergangenen Jahren zunehmend an die besonderen Betreuungsbedürfnisse Demenzkranker angepasst. Dieser Qualifizierungsprozess muss konsequent fortgesetzt und das Versorgungsangebot entsprechend dem steigenden Bedarf weiter ausgebaut werden. Zur Entlastung pflegender Angehöriger können die teilstationären Pflegeleistungen einen besonders wirksamen Beitrag leisten. Die Angebote der Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflege sind daher verstärkt auszubauen. Das Land fördert den notwendige Ausbau der stationären Pflegeinfrastruktur und die erforderliche Qualifizierung der bestehenden Pflegeeinrichtungen. Die Umsetzung demenzspezifischer Konzepte bildet einen Schwerpunkt der Pflegeheimförderung auf der Grundlage des Landespflegegesetzes.

Auf der Grundlage des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI können als neues Versorgungselement in der stationären Pflege ab dem 1. Januar 2003 spezielle Demenzwohngruppen eingerichtet werden können. Dieses Angebot richtet sich an schwer demenziell erkrankte Menschen, die noch mobil sind und stark ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Dem sehr zeitinten-

siven Betreuungsbedarf soll durch eine deutliche Verbesserung der Personalausstattung mit einem durchschnittlichen Personalrichtwert von 1:1,8 Rechnung getragen werden. Gegenüber den derzeitigen Verhältnissen bedeutet dies, dass in einer Wohngruppe mit 12 Personen zwei zusätzliche Pflege- und Betreuungskräfte eingesetzt werden können.

*6. ob die Landesregierung bei der künftigen Planung entsprechender Pflegestrukturen beabsichtigt, der Dementenversorgung eine eigene Ausweisung bei der Bedarfsplanung zuzugestehen;*

In die Versorgung der derzeit schätzungsweise 120.000 in Baden-Württemberg lebenden mittelschwer bis schwer demenziell erkrankten Pflegebedürftigen sind praktisch alle Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe einbezogen. Die Landesregierung geht daher davon aus, dass die pflegerische Versorgung Demenzkranker eine gemeinsame Aufgabe aller Pflegeeinrichtungen ist und die gesamte Pflegeinfrastruktur an die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker angepasst werden muss. Insofern wird der quantitative Bedarf auch nicht gesondert ausgewiesen, sondern im Rahmen der allgemeinen Vorausschätzung des ambulanten und stationären Pflegebedarfs erfasst. Die qualitativen Aspekte zur Weiterentwicklung der Hilfeangebote werden dagegen im Landespflegeplan gesondert dargestellt und auf der Grundlage neuer Erkenntnisse sowie der Ergebnisse von Forschungsprojekten und Evaluationsstudien weiterentwickelt und ausdifferenziert.

*7. ob der Landesregierung innovative Modelle bekannt sind (z. B. gemeinsame Wohn-/Betreuungsprojekte für Erkrankte und Angehörige), die zu einer patientengerechten Versorgung beitragen und ob ggf. die Bereitschaft besteht, solche Projekte zu unterstützen.*

Die Sicherstellung ambulanter Hilfen in der Pflege bedarf einer ganzheitlichen Strategie. Sie kann weder allein mit professionellen noch ausschließlich mit freiwilligen Kräften gelöst werden. Die Bedeutung der Vorbeugung ist zu stärken, Hilfemaßnahmen mit unterschiedlichen Ansatzpunkten, zum Beispiel körperlich oder psychosozial, sind dabei zu integrieren und dem individuellen Bedarf entsprechend durchzuführen. Vorrang gilt daher Modellen, in denen das kompetente Zusammenwirken professioneller und freiwilliger Hilfeansätze gestärkt wird. Für das Individuum heißt dies, Selbsthilfefähigkeit und Eigenverantwortung zu stärken, Vorsorgemaßnahmen wahrzunehmen, schon frühzeitig auf die Gestaltung tragfähiger familiärer und sozialer Beziehungen hinzuwirken und im Pflegefall professionelle und freiwillige Dienstleistungen in ein Hilfekonzept einzubinden. Einrichtungen und Dienste sollten auf eine bessere Vernetzung und auf ein bedarfsgerechtes Informations- und Case-Management hinarbeiten, das auch präventive Maßnahmen beinhaltet. Freiwillig erbrachte Pflegeleistungen sollten nicht als Konkurrenz, sondern als hilfreiche Ergänzung insbesondere im Bereich zeitintensiver Pflegemaßnahmen betrachtet und unterstützt werden. Ein sinnvoll gestaltetes Miteinander der verfügbaren Hilfeleistungen stellt die beste Voraussetzung dar, dem Bedarf der betroffenen Pflegebedürftigen zu entsprechen, und alle diejenigen wirkungsvoll zu motivieren und zu unterstützen, die professionelle oder freiwillige häusliche Pflege als eine sinnvolle und erfüllende Tätigkeit leisten.

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Pflege unterstützt die Landesregierung durch Beteiligung an innovativen Modellvorhaben. Aus Sicht der Landesregierung bedarf es konkreter Anreize, die in der Pflegepraxis unmittelbar umgesetzt werden können.

In der ambulanten Pflege wurden zum Beispiel mit dem Projekt „Institutionen- und berufsgruppenübergreifendes Qualitätsmanagement“ im Landkreis

Heilbronn Schnittstellenprobleme durch eine Verbesserung der Informations- und Kommunikationsstrukturen mittels einer koordinierten Überleitungsplanung angegangen.

Mit dem Vorhaben der Zentrums für Psychiatrie Weißenau „Integration gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ soll für die Gruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen die Betreuung in Gastfamilien erprobt werden, insbesondere für die Zielgruppe der Alleinlebenden. Besonders für diesen Personenkreis könnten damit sonst erforderliche Pflegeheimaufenthalte vermieden oder zu-mindest hinausgezögert werden.

Mit dem Bundesmodellprojekt „Vierte Lebensphase“, das in der Stadt Stuttgart durchgeführt wird und an dem sich das Land ebenfalls beteiligt hat, sollen ältere, insbesondere isoliert lebende Menschen mit demenziellen Erkrankungen durch Kontaktpflege und psychosoziale Begleitung durch freiwillig Tätige seelisch gestützt werden, um dadurch ihre Lebensqualität zu erhöhen und ein längeres Verbleiben im Lebensumfeld zu ermöglichen.

Ein weiteres Vorhaben „Vernetzung von entlastenden Angeboten für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen“, das im Ostalbkreis, im Landkreis Tübingen und in Stuttgart-Sillenbuch angesiedelt ist, hat die Intention, entlastende ambulante bis stationäre Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen besser zu vernetzen, um dadurch dieser Zielgruppe den Zugang zu den Angeboten zu erleichtern.

Mit dem „Modellvorhaben zur Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden hilfs- und pflegebedürftigen Älteren“, das vom Geriatriischen Zentrum Ulm/Alb-Donau durchgeführt wird und an dem sich Bund und Land beteiligen, soll – nach einem erfolgreichen Modellvorhaben mit gleicher Zielsetzung im stationären Bereich – ein Programm erprobt werden, das hilfs- und pflegebedürftige Bewohner von Privathaushalten vor Unfällen schützt und die Beweglichkeit der Betroffenen verbessert bzw. erhält. Das Modell soll für geschulte Pflegemitarbeiter von Sozialstationen sowie für pflegende Angehörige anwendbar sein.

Mit Mitteln der Landesstiftung wird der Landkreis Ravensburg das Vorhaben „Aufbau eines abgestimmten regionalen Netzwerks mit dem Schwerpunkt Weiterbildung zur Verbesserung der Diagnose und Hilfeplanung sowie der sozialen und pflegerischen Versorgung demenziell erkrankter, altersverwirrter Menschen“ im Landkreis Ravensburg durchführen. Durch das Projekt soll durch Weiterbildungsmaßnahmen die Kompetenz aller Helfergruppen, eine Breitenqualifizierung und ein intensiver Austausch der Akteure bewirkt werden, um frühzeitiges Erkennen von Handlungsbedarf bei demenziell Erkrankten zu erreichen, da diese Personengruppe oft viel zu lange ohne ausreichende medizinische Diagnose und therapeutische Hilfe zu Hause lebt.

Der Landeswohlfahrtsverband Baden, das Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie sowie der Conseil Général du Bas-Rhin führen derzeit ein grenzüberschreitendes Pilotprojekt „Alt, verwirrt – allein gelassen?“ zur Verbesserung der Integration älterer demenziell erkrankter Menschen durch. Das Projekt wird vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und der Universität Strasbourg wissenschaftlich begleitet. Der Abschlussbericht soll im Frühjahr 2005 vorliegen. Das Pilotprojekt ist auf drei Jahre angelegt und wird an insgesamt sieben Standorten (vier im Bereich des Landeswohlfahrtsverbands Baden, zwei im Bereich des Conseil Général du Bas-Rhin und ein Standort im Bereich des Bezirksverbandes Pfalz) durchgeführt. Der Fokus des Projekts liegt auf der häuslichen Versorgung älterer Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz. Die wissenschaftliche Begleitung soll darüber Aufschluss geben, welche gezielte, individuell abgestimmte

Unterstützung altersverwirrte Menschen benötigen, um auch bei Vorliegen einer Demenz so lange wie möglich ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung führen zu können. Damit soll der Umzug in ein Pflegeheim verzögert oder sogar vermieden werden.

Im stationären Pflegebereich gibt es in Baden-Württemberg sehr intensive und vielfältige Bemühungen, die Betreuungskonzepte für Demenzkranke innovativ weiter zu entwickeln. Dabei geht es vor allem auch um die Binnendifferenzierung der Heime in Form von Wohn- und Tagesgruppen mit spezifischer Milieugestaltung und speziellen Betreuungskonzepten. Das Land unterstützt diese Entwicklung im Rahmen seiner Pflegeheimförderung. Gleichzeitig initiiert und finanziert das Sozialministerium im Rahmen seiner Möglichkeiten auch Forschungsvorhaben zum Hilfebedarf und zur Versorgungssituation von Demenzkranken im Land sowie zur Verbesserung der Betreuungs- und Versorgungsleistungen für diese Personengruppe. Derzeit wird gemeinsam mit dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim eine breit angelegte Evaluationsstudie, die sich auf über 80 Pflegeeinrichtungen und rd. 5.000 Personen erstreckt, durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie sollen u. a. die Voraussetzungen und Auswirkungen unterschiedlicher Betreuungsansätze und Handlungsstrategien bei der stationären Versorgung Demenzkranker näher untersucht sowie Qualitätskriterien und Erfolgsbedingungen für eine adäquate Versorgung bei unterschiedlichen Hilfebedürfnissen herausgearbeitet werden. Die innovative Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen schließt auch die verstärkte Einbeziehung von Angehörigen und bürgerschaftlichem Engagement bei der stationären Betreuung ein. Hierzu gibt es mittlerweile zahlreiche Praxisbeispiele im Land. Ein erfolgreiches und viel beachtetes Modellprojekt zur Zusammenarbeit von Laienhelfern und professionellen Pflegekräften in der Tagespflege (BETA-Projekt) an landesweit sechs Standorten wird im Laufe dieses Jahres abgeschlossen. Gemeinsam mit den Kommunalen Landesverbänden, dem Landesseniorenrat und wissenschaftlichen Institutionen bereitet das Sozialministerium derzeit ein landesweites Netzwerkprojekt zum bürgerschaftlichen Engagement im vollstationären Pflegebereich vor.

Dr. Repnik  
Sozialminister