

## **Begrüßung und Einführungsrede**

**Prof. Dr. med. Elmar Gräbel**  
**Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen**

### **Es gilt das gesprochene Wort!**

Sehr verehrte Frau Ministerin,

sehr verehrte Frau Abgeordnete Schmidt,

sehr geehrte Damen und Herren,

das Forschungsprojekt Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, abgekürzt IDA kennen Sie ja bereits. In meinen Ausführungen werde ich mich deshalb auf Besonderheiten konzentrieren.

Vorrangiges Ziel von IDA ist es, Hausärzte als primäre Anlaufstelle für alle Patienten in ihrer Verantwortung für die Demenzversorgung zu stärken. Nur über hausärztliches Engagement lässt sich die Versorgungsqualität bei Demenzen im gesamten Patientenspektrum verbessern. Da im Projekt IDA auch Angehörigengruppen eine wichtige Funktion einnehmen, danke ich an dieser Stelle dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung niedrighschwelliger Angebote. Dadurch wird ein wichtiges Zeichen für den weiteren Ausbau von entlastenden Angeboten für die Angehörigen gesetzt.

### **Was ist an IDA neuartig?**

- Die Hausärzte, die die erste Anlaufstelle für die meisten kranken Menschen darstellen, werden in ihren Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten gestärkt.
- Die Hausärzte werden durch einen strukturierten Fragebogen angeregt, ihre medikamentöse Therapieentscheidung zu evaluieren.
- Die Hausärzte werden nicht durch weitere „therapeutische Arbeit“ belastet, sondern sie führen „nur“ Vermittlungsarbeit durch.
- Es wird eine Verbindung zu nichtmedikamentösen Versorgungsangeboten hergestellt, die bereits in der Region vorhanden sind.
- Neben den Patienten profitieren vor allem die Angehörigen von den Angeboten, die der Arzt vermittelt.
- Die Kooperation der AOK und der forschenden Pharmaunternehmen Eisai und Pfizer als gemeinsame Träger eines Versorgungsforschungsprojektes auf der Basis vertraglicher Vereinbarungen und eines gemeinsamen Kodexes.

- Erprobung eines „Versorgungsmixes“ bei gleichzeitiger Koppelung mit Versorgungsforschung, d.h. mit einem elaborierten wissenschaftlichen Studiendesign, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen, die möglichst zu verallgemeinern sind.
- Zweijährige Dauer der Unterstützung des Patienten und seines Angehörigen und eine gleich lange Phase der Datenerhebung, um gültige Verlaufsdaten zu erhalten.

### **Warum ist diese Art von Versorgung bei Demenzen wichtig?**

Bei einer nicht kausal bzw. nicht kurativ behandelbaren Erkrankung ist die Ausschöpfung und damit Kombination aller therapeutischen und unterstützenden Möglichkeiten notwendig, um die Lebensqualität der Erkrankten zu fördern und die Belastungen für die Helfenden zu minimieren.

### **Welche Wirkungen der einzelnen Versorgungselemente sind bekannt?**

- Antidementiva sind in der Lage, die Krankheitsprogression um durchschnittlich mehrere Monate aufzuhalten. Dabei ist ein wichtiger Aspekt, die Patienten herauszufinden, die auf die Therapie gut ansprechen.
- Der regelmäßige Besuch einer Angehörigengruppe, die psychoedukative Elemente enthält, senkt Belastung und Depressivität der Angehörigen signifikant und erhöht deren Fähigkeiten zur Pflege des Erkrankten.
- Um rechtzeitig helfen zu können und damit präventiv auf die psychische Gesundheit der helfenden Angehörigen einzuwirken, darf Angehörigenberatung nicht abwarten bis die Angehörigen von selbst Hilfe suchen, sondern es muss „aufsuchende Angehörigenberatung“ stattfinden, d.h. man muss auf die Angehörigen zugehen.

### **Was ist wissenschaftlich noch nicht erforscht?**

- Auf welche Akzeptanz bei den Angehörigen stößt die Vermittlung von unterstützenden Angeboten durch den Hausarzt?
- Welche Auswirkungen zeigt die Kombination aus evidenzbasierter medikamentöser Demenztherapie - falls der Arzt dies aus seiner Sicht für angebracht hält – in Verbindung mit der Vermittlung von Entlastungs- und Beratungsangeboten für die Angehörigen auf die Dauer des Verbleibens in der häuslichen Versorgung, auf die Demenzsymptomatik und die Belastung der unterstützenden Angehörigen.
- Welcher zusätzliche finanzielle Aufwand entsteht dadurch und welche Kostenersparnis und Steigerung der Versorgungsqualität stehen dem gegenüber?

Deshalb lauten die wissenschaftlichen Hauptforschungsfragen im Projekt IDA:

- Lässt sich durch eine spezielle Schulung von Hausärzten und durch die Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote die Zeit für Demenzkranke in der häuslichen Umgebung mit Betreuung durch pflegende Angehörige verlängern?
- Wie wirkt sich dies auf das Fortschreiten der Erkrankung sowie auf die Lebensqualität und Belastung der Angehörigen aus?
- Wie sieht die gesundheitsökonomische Bilanz zwischen Kosten und Nutzen aus?

Bearbeitet werden die Forschungsfragen durch die Kooperation zweier wissenschaftlicher Einrichtungen, der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen und des GSF Forschungszentrums Neuherberg.

### **Welche „Berührungshemmnisse“ mit dem Thema Demenz sind auf Seiten der Patienten, der Angehörigen und der Ärzte festzustellen?**

Alle psychischen Erkrankungen sind in der Bevölkerung stark angstbesetzt; sei es aus Furcht, selbst zu erkranken, oder aber wegen der Begegnung mit Erkrankten. Die Veränderung von Persönlichkeit und Verhalten, das „Anderssein“, führt zu verstärkter Abwehr, zum Bagatellisieren („Im Alter wird jeder etwas vergesslich“) oder gar zum Nicht-wahr-haben-wollen („Meine Mutter ist bloß alt, aber doch nicht dement“).

Die Betroffenen versuchen, Ihre Gedächtnisprobleme im Alltag zu überspielen. Die Angehörigen möchten die Vorstellung vom „geistig gesunden“ Familienmitglied nicht aufgeben.

Auch die Ärzte, vor allem wenn sie den „Patienten“ schon lange kennen, haben erhebliche Bedenken, den Betroffenen und sein familiäres Umfeld mit dem Thema Demenz zu konfrontieren. Die Angst zu schockieren und damit womöglich das Vertrauensverhältnis zu untergraben oder sogar den Patienten an einen anderen Arzt zu „verlieren“, ist latent vorhanden.

Daraus folgen eine Tabuisierung des Themas „Demenz“ in der Bevölkerung aber auch in der Arzt-Patient-Beziehung, eine Verzögerung oder das Nicht-Stellen der Diagnose, das Ausbleiben eines antidementiven Therapieversuchs sowie der Aufklärung und Beratung der Angehörigen.

Wege aus dieser „Sackgasse“ herauszufinden, ist ebenfalls ein Ziel von IDA. Daher muss das Thema Demenz immer wieder in die Öffentlichkeit getragen werden. Ich appelliere an alle Hausärzte in Mittelfranken und an die Angehörigen von Demenzkranken, sich am Projekt IDA zu beteiligen.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihr Interesse an IDA und für die Unterstützung, die Sie dem Projekt zukommen lassen. Für die Zukunft wünsche ich mir, dass die Ergebnisse von IDA in die politische Diskussion über die Stärkung der Demenzversorgung raschen Eingang finden.

Vielen Dank!

Diese Kurzbeschreibung ist **nicht Teil der Rede** von Herrn Prof. Dr. Elmar Gräßel, sondern dient der Hintergrundinformation:

## **Projekt IDA – Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin**

### **Kurzbeschreibung des Projekts**

Im Projekt IDA soll die Versorgungsqualität von Patienten mit Demenz verbessert und ihre betreuenden Angehörigen unterstützt werden. Zu diesem Zweck werden seit Juni 2005 Hausärzte in der Modellregion Mittelfranken zur Diagnostik, Therapie und Versorgungssituation bei Demenzen geschult. Bisher nahmen 262 Ärzte an den Fortbildungen teil.

Die Ärzte wurden vor der Schulung per Zufall einer der drei Studiengruppen zugeordnet. Alle drei Gruppen erhalten eine Schulung zur Diagnostik der Demenz. Die Ärzte der Gruppe A behandeln und versorgen ihre Patienten wie bisher. Die Ärzte der Gruppe B und C wurden zusätzlich zur Therapie und Versorgungssituation geschult. Sie vermitteln danach den Angehörigen der in das Projekt aufgenommenen Patienten den Zugang zu einer angeleiteten Angehörigengruppe durch Übergabe eines Informationsblattes. Die Angehörigen entscheiden danach selbst über die Teilnahme an dem empfohlenen Gruppenangebot.

Die Ärzte der Gruppe C vermitteln den Angehörigen zusätzlich den Kontakt zu einer „IDA-Beraterin“ bzw. einem „IDA-Berater“. Die Vorgehensweise der IDA-Berater ist insofern neuartig, als dass sie von sich aus auf die Angehörigen zugehen, um ihnen ihr Beratungsangebot nahe zu bringen. Der Kontakt findet zuerst telefonisch statt und hat nach dem Aufbau einer Vertrauensbasis das Ziel, die Angehörigen zu Hause aufzusuchen, und ihnen ein Beratungsangebot zukommen zu lassen, das Elemente des Case- und Care-Managements enthält.

Das Projekt IDA beinhaltet eine wissenschaftliche Evaluation mit unabhängigen wissenschaftlichen Partnern in der medizinischen und der gesundheitsökonomischen Studienleitung. Das Design der Studie und die Vorgehensweise bezüglich Patientenaufklärung und Datenschutz wurden der Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer positiv beurteilt.

Die Laufzeit der Intervention und der Datenerhebung beträgt zwei Jahre. Die primäre Zielgröße der Studie ist die Zeitdauer in häuslicher Versorgung. Es erfolgt eine Datenerhebung beim Hausarzt und bei den Angehörigen (Telefoninterviews) am Anfang, nach einem und nach zwei Jahren sowie eine Auswertung von Krankenkassendaten der Patienten.

Die Aufnahme von neuen Patienten in das Projekt kann noch bis zum 31. Dezember 2006 erfolgen.