

H. Kaduszkiewicz
H. van den Bussche

Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung Demenzkranker: Welche Fragen müssen geklärt werden?

*On the Track to Integrated Health Care for Patients with Dementia:
What Questions Have to Be Answered?*

Zusammenfassung

Hintergrund: In jüngster Zeit sind Initiativen aus dem Bereich der Psychiatrie zu verzeichnen, Konzepte für eine Integrierte Versorgung der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen zu entwickeln. Am weitesten fortgeschritten ist die Entwicklung für den Indikationsbereich der depressiven Störungen, doch auch für Demenz werden erste Ansätze diskutiert. **Methode:** In diesem Beitrag werden zunächst der gesetzliche Hintergrund und die bisherige Vertragsentwicklung der Integrierten Versorgung in Deutschland geschildert. **Resultate:** Es wird deutlich, dass die Integrierte Versorgung noch keinen hohen Entwicklungsstand erreicht hat. In aller Regel werden nahe liegende Leistungskomplexe, z. B. interventionelle Kardiologie oder Endoprothetik plus Rehabilitation, in einem Vertrag zusammengefasst. Des Weiteren wird das „Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde diskutiert. Dieses Konzept, welches im Kern aus diagnostischen und therapeutischen Leitlinien sowie Schnittstellendefinitionen besteht, erscheint inhaltlich sinnvoll, kann aber auch im Sinne einer Selbstverpflichtung ohne sozialrechtliche Vertragskonstruktion verstanden werden. **Schlussfolgerungen:** Für einen Vertragsabschluss unter dem Namen Integrierte Versorgung fehlen dem Rahmenkonzept Konkretisierungen hinsichtlich Organisationsmanagement und Finanzierung. Überlegungen zur Integrierten Versorgung Demenz sind noch weniger fortgeschritten. Grund dafür ist, dass die Diagnose- und Behandlungswege im Vergleich zur Depression nicht so detailliert beschrieben, konsensfähig oder gar evi-

Abstract

Background: In Germany there is an increasing amount of initiatives towards the development of concepts of integrated care for patients with common psychiatric illnesses. Leading is a concept for patients suffering from depression, but concepts for patients with dementia are also discussed. **Methods:** This article provides insight into the legal backgrounds and the status quo of contracts on integrated health care in Germany. **Results:** Integrated health care in Germany has not yet reached a high degree of development as the majority of contracts deals with close-by medical areas e.g. cardiology or surgery and rehabilitation. In the following the “basic concept integrated health care depression”, published by the German society for psychiatry, psychotherapy, and neurology (DGPPN) is discussed. This concept focuses on diagnostic and therapeutic guidelines and on pathways through the sectors of the health care system. With regard to content the concept seems well elaborated but a precise description of the management structure and the mode of financing is lacking. **Conclusions:** The discussion on integrated health care for demented patients has not even reached this point. This is due to the fact, that for dementia a consensus on diagnostic and therapeutic guidelines and on pathways through the sectors of the health care system are lacking. But these lacks of evidence on diagnostic and therapeutic procedures should not hinder efforts to improve health care for patients with dementia and their relatives. An innovative model of integrated health care for elderly patients with psychiatric illnesses and dementia is shortly drafted.

Institutsangaben

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz · Institut für Allgemeinmedizin · Zentrum für Psychosoziale Medizin ·
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf · Martinistr. 52 · 20246 Hamburg ·
E-mail: kaduszk@uke.uni-hamburg.de

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 197–202 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-836500
ISSN 0014-336251

denzbasiert sind. Auch über die Definition der Schnittstellen herrscht Uneinigkeit. Der Artikel schließt dennoch mit einem positiven Ausblick: Wie das Beispiel der Integrierten Versorgung von Menschen mit psychischen Alters- und Demenzerkrankungen in Kaufbeuren zeigt, lassen sich trotz des relativ schlechten Erkenntnisstandes über demenzielle Erkrankungen Konzepte für eine bessere Versorgung der Patienten und Angehörigen entwickeln.

Schlüsselwörter

Demenz · Depression · Integrierte Versorgung

Key words

Dementia · depression · integrated health care · managed care

Einleitung

In jüngster Zeit sind Initiativen aus dem Bereich der Psychiatrie zu verzeichnen, Konzepte für eine Integrierte Versorgung der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen zu entwickeln. Andere Fachgesellschaften werden als Kooperationspartner in die Entwicklungsprozesse einbezogen, darunter auch der BDA und/oder die DEGAM. Am größten war die öffentliche Resonanz auf die Vorlage des „Rahmenkonzeptes Integrierte Versorgung Depression“ [1] anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im November 2004 in Berlin.

Auch für den Bereich der Demenzen wird seitens der DGPPN an einem Konzeptentwurf gearbeitet. Parallel dazu finden sich in der wissenschaftlichen Literatur Aufsätze mit dem Ziel, die Organisation der Versorgung der Demenzkranken, insbesondere die Schnittstellenproblematik, zu durchleuchten und Verbesserungsvorschläge zu machen, auch wenn diese Ansätze nicht unbedingt mit dem Begriff Integrierte Versorgung versehen werden [2].

Allen Bestrebungen gemeinsam ist die Behauptung, die jeweiligen Konzepte und Vorschläge seien evidenzbasiert und würden bei Umsetzung zu einer Verbesserung der Versorgung führen.

Ziel dieses Aufsatzes ist es, diese Konzepte aus der Sicht der Allgemeinmedizin zu analysieren und einige Probleme zu beschreiben, die überwunden werden müssen, wenn man tatsächlich eine Integrierte Versorgung realisieren will.

Was ist Integrierte Versorgung?

Im seit dem 1.1.2004 gültigen § 140 a–d des SGB V [3] hat der Gesetzgeber beschrieben, was unter Integrierter Versorgung sozialrechtlich zu verstehen ist. Demnach ist Integrierte Versorgung ein Konstrukt mit folgenden Besonderheiten:

- Kern der Integrierten Versorgung ist ein Vertrag zwischen Krankenkassen und einem Leistungsanbieterkonsortium.
- Inhalt des Vertrages ist ein sektoren- oder mindestens fachübergreifendes Versorgungsangebot, welches eine regional flächendeckende Versorgung für bestimmte Krankheiten oder Personengruppen vorsieht.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht als Vertragspartner vorgesehen.

- Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig.
- Die sektoralen Finanzierungsregeln werden zugunsten eines sektorenübergreifenden Modells mit möglicher Übernahme von Budgetverantwortung aufgehoben. Die üblichen Vergütungsregeln aus dem ambulanten wie auch aus dem stationären Bereich gelten nicht mehr. Verhandlungen mit den Krankenkassen über ein Gesamtbudget sind notwendig, ebenso muss ein Verteilungsprozedere der Einnahmen unter den Leistungsanbietern etabliert werden.
- Zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung stellen die Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils bis zu 1 % der an die KVen zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie der für voll- und teilstationäre Versorgung zu entrichtenden Mittel zurück. Ferner ist für Verträge, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufgehoben.

Ziel der Integrierten Versorgung ist allgemein die Verbesserung der Versorgungsqualität bei optimalerweise reduzierten Kosten. Insbesondere mit den Regelungen zur Anschubfinanzierung hat der Gesetzgeber einen großen finanziellen Anreiz für die Entwicklung der Integrierten Versorgung geschaffen. Politisch darf nicht vergessen werden, dass der § 140 auch dazu gedacht ist, den einzelnen Krankenkassen ein eigenes Profil zu ermöglichen, ausdrücklich werden daher vom Gesetzgeber Verträge mit den einzelnen Krankenkassen hervorgehoben. Auf der Seite der Krankenkassen ist es kein Geheimnis, dass sie bei Vertragsabschlüssen zur Integrierten Versorgung großen Wert auf konkrete Kostenersparnisse legen, da ihnen ab 2007 das 1%-Sonderfinanzierungsbudget nicht mehr zur Verfügung steht. Insofern hängt die Vertragsbereitschaft der Krankenkassen von einem detaillierten, nachvollziehbar Kosten sparenden Businessplan ab. Bloße Inaussichtstellungen, die Qualität der Versorgung würde gebessert und die Kosten würden (irgendwie) gesenkt, dürften den Krankenkassen nicht ausreichen.

Im Grunde ermöglicht der neue § 140 zwei Formen von Vertragsabschlüssen zwischen Leistungserbringern und/oder Managementgesellschaften und Krankenkassen [4]:

- Komplexpauschalverträge für einzelne Segmente und Indikationen, z. B. Inkontinenz- oder Endoprothesenversorgung mit gewissen zeitlichen und/oder finanziellen Garantien, Mengenvereinbarungen außerhalb des Budgets und Rabattvereinbarungen sowie
- die Übernahme von Budgetverantwortung quer über die Sektoren, d. h. Ärztenetze können auch das Reha- und stationäre

Budget mit übernehmen oder, umgekehrt, Reha-Träger oder Akutkrankenhäuser können ihrerseits auch das ambulante Budget, die Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Transporte und die häusliche Krankenpflege budgetseitig übernehmen.

Welche Verträge zur Integrierten Versorgung wurden bisher geschlossen?

In einem Übersichtsaufsatz ordnen Hildebrandt et al. [5] die bis August 2004 abgeschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung vier Vertragstypen zu:

- Umgewandelte Strukturverträge (19 Verträge), z.B. Verträge zwischen Krankenhäusern und ambulant tätigen Operateuren zur Förderung des ambulanten Operierens,
- Komplexpauschalen (zum Teil mit Gewährleistung, 41 Verträge), z.B. bezogen auf Hüft- oder Knieendoprothetik,
- Case-Management-Verträge (15 Verträge), z.B. Verträge zur regionalen invasiv-kardiologischen Versorgung oder zur hausärztlichen Betreuung bei akuter Erkrankung sowie Verträge mit
- Budgetverantwortung (5 Verträge), z.B. die Integrierte Versorgung von fünf Behinderteneinrichtungen in Niedersachsen.

Kurzbeschreibungen der Verträge können, nach Bundesland geordnet, auf der gut sortierten Homepage der Firma Gesundheits-Consult eingesehen werden [6].

Bei Betrachtung der bisher abgeschlossenen Verträge wird deutlich, dass die Integrierte Versorgung noch keinen hohen Entwicklungsstand erreicht hat. In aller Regel werden nahe liegende Leistungskomplexe, z.B. interventionelle Kardiologie bzw. Endoprothetik plus Rehabilitation, in einem Vertrag zusammengefasst. Nur wenige Verträge gibt es zur Integrierten Versorgung psychisch Kranker, wobei in diesen Verträgen die stationären Einrichtungen eine wesentliche Rolle spielen, z.B. im Vertrag der TK Mecklenburg-Vorpommern mit den Helios-Kliniken Schwerin, dem Universitätsklinikum Rostock und der Rehabilitations-Fachklinik Waren.

Einen Sonderfall von Integrierter Versorgung stellen die Verträge zur „Hausärztlichen Integrationsversorgung“ dar, so z.B. der bundesweite Vertrag der Barmer Ersatzkasse mit dem Hausärzterverband und dem Deutschen Apothekerverband, in den sich die Versicherten seit dem 1. März 2005 einschreiben können. Dabei handelt es sich im Grunde um ein „Hausarztmodell,“ bei dem sich die Patienten verpflichten, bei Beschwerden immer zunächst den Hausarzt aufzusuchen. Zusätzlich verpflichten sie sich, sämtliche Arzneimittel, auch die der Selbstmedikation, in ihrer „Hausapotheke“ zu erwerben. Der Vertrag gilt für das gesamte allgemeinmedizinische Versorgungsspektrum. Finanziert wird die gesonderte Vergütung für die Hausärzte aus dem 1%-Budgetanteil der Vertragsärzte und Krankenhäuser. Auch die Apotheker erhalten eine extrabudgetäre Entlohnung.

Das Rahmenkonzept zur Integrierten Versorgung Depression – Beispiel für das am weitesten fortgeschrittene Konzept aus dem Bereich der Psychiatrie

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, wurde das „Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression“ [1] der DGPPN Ende 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt. Dieses Konzept liegt in Form eines 18-seitigen Papiers vor, in dem Probleme der Versorgung depressiv Erkrankter und die Möglichkeiten ihrer Verbesserung dargestellt werden. Auch wenn im Rahmen dieses Aufsatzes nicht ausführlich auf das Papier eingegangen werden kann, so kann doch festgestellt werden, dass das Konzept einen hohen Präzisionsgrad aufweist. Unter Nutzung der wissenschaftlichen Literatur werden Schnittstellen zwischen den Akteuren in der Versorgung skizziert und den einzelnen Versorgungsbereichen konkrete Aufgaben zugewiesen. Aus allgemeinmedizinischer Sicht ist die hausärztliche Rolle positiv herausgestellt: Der Hausarzt bzw. die Hausärztin stellt die Diagnose, behandelt die Patienten mit leichter bis mittelgradiger Depression entweder medikamentös oder überweist sie an einen Psychotherapeuten. Bei schwereren bzw. komplizierten Verläufen bezieht er/sie einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde in die Behandlung ein und ist nach Überwindung der schweren Symptomatik für die Fortsetzung der Therapie in Kooperation mit den Psychiatern bzw. Neurologen zuständig. Die Beschreibung der Behandlungspfade und der Qualitätssicherung ist umfangreich.

Mit Blick auf den Anspruch einer Integrierten Versorgung offenbaren sich in dem vorliegenden Rahmenkonzept jedoch noch viele nicht hinreichend beantwortete Fragen:

- So ist das Behandlerkonsortium nicht beschrieben. Es ist zwar die Rede von „regionalen Netzen,“ die mit den jeweiligen Kostenträgern Verhandlungen führen bzw. Verträge abschließen, es ist aber nicht genau definiert, wer die Träger dieser regionalen Netze sein sollen.
- Das Netzwerkmanagement ist nur vage beschrieben, wobei die Vorstellung von einem partizipativen Modell, „an dem Vertreter aller beteiligten Akteure mitwirken sollten“, herausgestellt wird. Angesichts der unterschiedlichen Interessen der zu beteiligenden Akteure (Hausärzte, Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachkliniken, Rehaeinrichtungen etc.) erscheint es nicht unbedingt wahrscheinlich, dass ein solches Netzwerk im Konsens mit allen Beteiligten geführt werden kann. Realistischer erscheint ein eher straff geführtes Projekt mit einer im Voraus definierten Geschäftsordnung und klaren Regeln.
- Kontrollinstanzen und Sanktionen sind nicht beschrieben.
- Auch fehlt dem Rahmenkonzept ein Finanzierungsmodell. Eine Kostenreduktion durch eine Verkürzung der stationären Behandlungsdauer und Reduktion der Wiederaufnahmefrequenz wird zwar in Aussicht gestellt, aber nicht näher konkretisiert und auch nicht „durchgerechnet“.

Die fehlende Konkretisierung einer organisatorischen Struktur wird zwar an mehreren Stellen damit begründet, dass dies nicht Inhalt des Rahmenkonzeptes sei, aber genau aus diesem Grunde könnte eine Kasse Verhandlungen von vornherein nicht aufnehmen. Zu Bruchstellen auf dem langen Weg zum Vertrag siehe Hildebrandt et al., 2004 [7].

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression inhaltlich sinnvoll erscheint, aber auch im Sinne einer Selbstverpflichtung ohne sozialrechtliche Vertragskonstruktion verstanden werden könnte. Einen § 140 SGBV und all seine schwierigen Konkretisierungen braucht man für ein solches eher loses Netzwerk mit Selbstverpflichtung nicht. Das Rahmenkonzept ist daher nur als erster Schritt der Entwicklung von Integrierter Versorgung Depression zu werten.

Spezielle Probleme für ein Integriertes Versorgungsmodell Demenz

Bei der Demenz wird die Konzeption eines Integrierten Versorgungsmodells ungleich schwieriger. Grund dafür ist, dass die Diagnose- und Behandlungswege im Vergleich zur Depression noch nicht so detailliert beschrieben, konsensfähig oder gar evidenzbasiert sind wie bei der Depression. Auch über die Definition der Schnittstellen herrscht Uneinigkeit. Im Folgenden sollen Beispiele aus vier deutschsprachigen, leicht zugänglichen Publikationen zum Vorgehen bei Demenz diskutiert werden. Bei den Publikationen handelt es sich um

- die AWMF-Leitlinie „Diagnose und Therapie der Alzheimer-Demenz (AD) und der Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB)“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN [8]),
- die Leitlinie Demenz der Universität Witten-Herdecke [9],
- die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ [10]) sowie
- einen Vorschlag zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Hausärzten und Ärzten für Psychiatrie und Neurologie in Deutschland (Stoppe et al., 2004 [2]).

In Kurzform sind ausgewählte Aussagen aus diesen vier Dokumenten in Tab. 1 zusammengefasst.

Der Umfang von Diagnostik

Einigkeit besteht darin, dass Anamnese, Fremdanamnese und körperliche Untersuchung die Basis der Diagnostik darstellen. Uneinigkeit zeigt sich aber schon beim zu „absolvierenden“ Labor-Routineprogramm wie auch bei den bildgebenden Verfahren: Während die DGN bildgebende Verfahren als „unverzichtbar“ einstuft, die AkdÄ CT bzw. NMR gleichberechtigt neben Anamnese und Fremdanamnese stellt, werden von Witten-Herdecke spezifische Kriterien für den Einsatz bildgebender Verfahren aufgeführt. Für Stoppe et al. ist der Einsatz bildgebender Verfahren fakultativ. Auch besteht kein Konsens über den für alle Patienten gültigen Umfang der Differenzialdiagnostik. Welchen Nutzen haben welche Patienten von welcher Differenzialdiagnostik?

Die Schnittstellenfrage

Wann soll zum Neurologen bzw. Psychiater überwiesen werden? Auch hinsichtlich dieser Frage weichen die Einschätzungen der DGN und der von Stoppe et al. am weitesten auseinander: Während die DGN eine Überweisung immer für erforderlich hält, schlagen Stoppe et al. eine Überweisung zunächst nur vor, wenn

der Verdacht auf eine Demenz anderer Genese als der vom Alzheimer-Typ vorliegt.

Therapieindikation

Während die DGN das Stellen der Therapieindikation wiederum bei den Neurologen bzw. Psychiatern verortet – nach Etablierung einer Demenzdiagnose gemäß DSM-IV –, soll nach Stoppe et al. schon bei lediglich durch Screening-Tests erhärtetem Verdacht auf Demenz vom Alzheimer Typ (und nach Ausschluss einiger sekundärer Demenzformen) im Sinne einer „First Shot“-Therapie medikamentös behandelt werden. Die Empfehlungen von Witten-Herdecke und der AkdÄ fordern zumindest eine etablierte Diagnose der Demenz, z.B. nach DSM-IV bzw. ICD-10.

Im Übrigen wird bei Stoppe et al. im Unterschied zur DGN wie auch zur AkdÄ nicht erwähnt, dass die Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern zumindest individuell verschieden und als begrenzt anzusehen ist. Im Gegenteil tendieren Stoppe et al. in zweierlei Hinsicht zur Ausweitung des Indikationsbereiches. So wird in der Publikation angedeutet, dass auch „vaskuläre Demenzen von cholinomimetischen Pharmakotherapien profitieren“. Die Cholinesterasehemmer sind zur Behandlung vaskulärer Demenzen aber nicht zugelassen. Ferner wird gefordert, dass die „antidementive Behandlung (...) frühestmöglich beginnen“ sollte. Was „frühestmöglich“ bedeutet, bleibt im Text unklar. Es sollte aber klargestellt werden, dass die Cholinesterasehemmer nur zur Behandlung der Demenz zugelassen sind – und nicht bereits zur Behandlung von leichten kognitiven Beeinträchtigungen bzw. MCI (mild cognitive impairment).

Therapieresponse

Bei der Beurteilung der Therapieresponse fällt auf, dass in keiner der genannten Quellen detaillierte Angaben zu Testverfahren und Grenzwerten gegeben werden. Vielmehr entscheidet der aus vielen Einzelaspekten zusammengesetzte klinische Eindruck des behandelnden Arztes über eine Fortsetzung der Therapie.

Die vier Beispiele machen deutlich, dass bei einem Konzept zur Integrierten Versorgung von Demenzkranken zur Zeit noch wenig harte Kriterien und Pfade wirklich evidenzbasiert sein dürften. Auch bei der Diskussion um die angeblich evidenzbasierteste Säule der Demenztherapie, die medikamentöse Behandlung mit Cholinesterasehemmern, sollte Folgendes nicht vergessen werden: Selbst wenn man von allen methodischen Problemen der Studien absehen würde [11], könnte man anhand der Studienlage nur von kleinen Effekten auf kognitiven und globalen klinischen Skalen sprechen. Keinerlei Evidenz für die Wirksamkeit der Cholinesterasehemmer besteht hinsichtlich der Langzeitbehandlung und der für Patienten und Angehörige sicherlich wichtigsten Frage, nämlich der Frage der Lebensqualität. Daher sollten in Zukunft vermehrt Anstrengungen unternommen werden, zu beschreiben, wie man die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen effektiv verbessern kann. Auch die adjuvanten, nichtmedikamentösen Therapien sind nicht nach strengen Kriterien evidenzbasiert, was aber bringen sie für die Lebensqua-

Tab. 1 Beispiele für Empfehlungen zum Vorgehen bei kognitiven Störungen bzw. Alzheimer Demenz

	DGN (Stand 05/2002)	Witten-Herdecke (Version 10/2003)	AkdÄ (3. Auflage)	Stoppe et al., 2004
<i>Bildgebende Verfahren im Rahmen der Diagnostik</i>	„CT oder MR ohne Kontrast sind in der initialen Diagnostik von Patienten mit Demenz unverzichtbar.“	Schädel-CT, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> – Patient jünger als 65 Jahre – Symptomatik seit weniger als 1 Jahr – Demenz schreitet rasch voran – Kopfverletzung in der Kurzzeitanamnese – ungeklärte neurologische Symptomatik (z. B. Krampfanfälle) – neu auftretende fokale Symptome (z. B. Babinski-Reflex, Hemiparese) – Krebsleiden in der Anamnese – Hinweise auf Antikoagulanzieninnahme oder Blutgerinnungsstörung – atypischer Verlauf – atypische kognitive Symptomatik (z. B. rasch zunehmende Aphasie). 	CCT bzw. NMR werden im Flussdiagramm, welches die Diagnosestellung beschreibt, gleichwertig neben Anamnese, Fremdanamnese, körperlicher Untersuchung und Labor genannt.	Bildgebende Verfahren fakultativ, nicht als „Pflichtuntersuchung“ vorgeschrieben, können auch von Hausärzten initiiert werden.
<i>Wann erste Überweisung zum Facharzt?</i>	„Bei hausärztlichem Verdacht auf das Vorliegen oder bei Nachweis einer Störung muss Überweisung zum Facharzt zur Differenzialdiagnostik bzw. Klinikeinweisung erfolgen.“	Insbesondere sollte ein erfahrener Fachkollege konsultiert werden, wenn: <ul style="list-style-type: none"> – fortdauernde Unsicherheit über die Diagnose besteht, – Unsicherheit besteht, ob neben der Demenz auch eine Depression oder andere neurologische Störungen vorliegen, – Fragen bezüglich der Medikation bzw. eventueller Nebenwirkungen vorliegen, – spezifische Versorgungsfragen zu klären sind, – eine genetische Beratung gewünscht bzw. erforderlich ist oder – die Patienten bzw. Angehörigen eine Expertenmeinung hinzuziehen möchten. 	Frage ist nicht Gegenstand der Veröffentlichung.	Nur bei Verdacht auf Demenz anderer Ursache sollte zum Facharzt überwiesen werden.
<i>Therapieindikation für Behandlung mit Cholinesterasehemmern</i>	Behandlungsbeginn durch Facharzt, Weiterbehandlung kann durch Hausarzt erfolgen.	Diagnose der Alzheimer Demenz nach DSM-IV. Hinweis: Cholinesterasehemmer werden von der gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nur bezahlt, wenn ein Patient unter 24 und über 10 Punkte im MMST aufweist.	Diagnose der Alzheimer-Demenz nach ICD-10, in Einzelfällen auch bei vaskulärer Demenz.	Frühestmögliche Behandlung, schon bei positivem Demenz-Screening-Test.
<i>Beurteilung der Therapieresponse</i>	Kontrolluntersuchung nach 2–4 Monaten, danach in 6-monatigen Abständen.	Die Therapie mit Cholinesterasehemmern sollte beendet werden, wenn: <ul style="list-style-type: none"> – Nebenwirkungen den Patienten nachhaltig beeinträchtigen – die Symptomatik nach 3–6 Monaten in gleichem Ausmaß oder schneller zunimmt als vor der Behandlung bzw. sich akut verschlechtert – ein Absetzversuch zeigt, dass die Medikamente nicht länger helfen – die Patienten bettlägerig werden oder nicht mehr in der Lage sind, zu kommunizieren – bei Erreichen der schweren Demenz. 	Therapiekontrolle nach 12 Wochen, Weiterführen der med. Therapie bei Verbesserung der Symptomatik bzw. Verlangsamung oder Stillstand der Symptomprogression. Beurteilung anhand psychometrischer Testverfahren, Befragung von Angehörigen, Klinischem Gesamteindruck u. Bewertung der Aktivitäten des täglichen Lebens.	Nach 3–6 Monaten Kontrolle und Dokumentation. Bei Hinweisen auf sichere Wirkung (d. h. Besserung oder nicht weiteres bzw. langsames Fortschreiten) kann weiterbehandelt werden.

lität der Patienten und Angehörigen? Ist das überhaupt beschreibbar? Der immer währende Blick auf die Verbesserung der Kognition ist in diesem Zusammenhang wahrscheinlich von geringer Bedeutung.

Integrierte Versorgung Demenz: Trotzdem eine positive Entwicklung

Das Fehlen von konsensfähigen Standards und Leitlinien in Bezug auf Diagnostik und Therapie der Demenzen sollte nicht dazu führen, in Nihilismus zu verfallen. Bei der Recherche nach

abgeschlossenen Verträgen zum Thema Integrierte Versorgung Demenz wurden wir überraschenderweise doch fündig. Gemeinsam mit der DAK hat ein Konsortium aus zwei Krankenhäusern, einem Zentrum für seelische Gesundheit im Alter sowie zahlreichen niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten in Kaufbeuren und Umgebung einen Vertrag zur Integrierten, möglichst ambulanten Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Demenzkranken abgeschlossen. Die Rolle des Koordinators übernimmt das Zentrum für seelische Gesundheit im Alter, die „Blaue Blume Schwaben,“ in der ein Sozialgerontologe, eine Psychologin, Sozialarbeiter und Fachpflegekräfte mit geron-

topsykiatrischer Zusatzausbildung arbeiten. Die niedergelassenen Ärzte überweisen an das Zentrum, welches vielfältige Angebote für die Patienten vorhält. Ziel aller Therapien ist der möglichst lange Verbleib der Patienten in der häuslichen Umgebung. Gearbeitet wird mit den Patienten anhand ihrer individuellen Biografien an einer Verbesserung ihrer Kompetenzen im Alltag sowie ihrer Autonomie. Auch eine Einrichtung mit Selbsthilfegruppen ist an dieses Zentrum angeschlossen. Die „Blaue Blume Schwaben“ erhält pro Patient eine Fallpauschale von der Kasse, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten erfolgt neben Kontakten bei Bedarf in bezahlten interdisziplinären Fallkonferenzen.

Dieses Zentrum ist natürlich nicht erst durch die Möglichkeit der Integrierten Versorgung entstanden. Erste Anfänge gehen in das Jahr 1990 zurück, seit 2002 wurde das Projekt als Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert [12]. Doch die Möglichkeit der Integrierten Versorgung hat eine Weiterentwicklung und finanzielle Sicherung des von den Patienten gut angenommenen Projektes ermöglicht [13]. Eine ähnliche Entwicklung wäre auch für das Projekt „Pro Dem“ zu diskutieren, welches seit 1999 die regionale Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen im niedersächsischen Stuhr und Umgebung optimiert [14].

Fazit

Die Diskussion um Standards und Leitlinien für Demenzerkrankungen muss weitergeführt werden. Solange keine durchschlagenden therapeutischen Optionen vorhanden sind, sollte allerdings die Lebensqualität der Patienten und Angehörigen als Ziel aller diagnostischen und therapeutischen Bemühungen in den Mittelpunkt gestellt werden. Wie das Beispiel in Kaufbeuren zeigt, lassen sich auch auf der Basis des relativ schlechten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über demenzielle Erkrankungen Konzepte für eine Integrierte Versorgung der Patienten (und

Angehörigen) entwickeln. Eine Verbreitung solcher regionalen, realitätsnahen Konzepte wäre wünschenswert.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- ¹ Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Der Nervenarzt 2005; 76: 104–121
- ² Stoppe G, Bergmann F, Bohlken J, et al. Ambulante Versorgung von Demenzkranken. Ein Vorschlag zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Hausärzten und Ärzten für Psychiatrie und Neurologie in Deutschland. Psychoneuro 2004; 30: 489–496
- ³ http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0500000.
- ⁴ <http://www.gesundheitsconsult.de/Service.htm#IntegrierteVersorgung>
- ⁵ Hildebrandt H, Bischoff-Everding C, Döring R, et al. Integrierte Versorgung – Stand der Dinge. Die aktuelle Vertragslandschaft – Erfahrungen und Probleme. ku-Sonderheft Integrierte Versorgung 9/2004
- ⁶ <http://www.gesundheitsconsult.de/db/>
- ⁷ Hildebrandt H, Bischoff-Everding C, Döring R, et al. Von der Idee zum Vertrag. Ablauf einer Vertragsentwicklung und mögliche Bruchstellen. ku-Sonderheft Integrierte Versorgung 9/2004
- ⁸ <http://www.Leitlinien.net/de>
- ⁹ http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/demenz_start.html.
- ¹⁰ Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Demenz. 3. Auflage 2004
- ¹¹ Kaduszkiewicz H, Beck-Bornholdt HP, den Bussche H van, et al. Fragliche Evidenz für den Einsatz des Cholinesterasehemmers Donepezil bei Alzheimer-Demenz – eine systematische Übersichtsarbeit. Fortschr Neurol Psychiatr 2004; 72: 557–563
- ¹² Schäfer-Walkmann S, Wöhler T. Modellprojekt Zentrum für Seelische Gesundheit im Alter. 2. Zwischenbericht 01. August 2002–31. Juli 2003
- ¹³ Schäfer-Walkmann S. Prävention rechnet sich. Das „Zentrum für seelische Gesundheit im Alter“ als zukunftsfähiges Versorgungsmodell. Neues Soziales Wissen e.V. (Hrsg). 4. Fachtagung Gerontopsychiatrie, Dokumentation der Tagung Kloster Irsee 28.–30. März 2004; 73–84
- ¹⁴ www.gibgmbh.de/tagungen/demenz/Nachklang_-_PRO_DEM/nachklang_-_pro_dem.html.

Alle Internetadressen waren am 6. April 2005 gültig.

Zur Person



Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.
 Arbeitsschwerpunkte: Epidemiologie, Früherkennung und hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen, Evidence Assessment klinischer Studien, Disease-Management-Programme, Koordination des Querschnittsbereiches Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege in der ärztlichen Ausbildung in Hamburg.