

Die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit Demenz im Spiegel von Abrechnungsdaten einer GKV-Kasse

Ambulatory Medical Care of Patients with Dementia Mirrored in Claims Data from a Sickness Fund

Hendrik van den Bussche¹, Birgitt Wiese², Gerhard Schön³, Marion Eisele¹, Daniela Koller⁴, Susanne Steinmann², Gerd Glaeske⁴, Hanna Kaduszkiewicz¹

Hintergrund: Auf der Basis von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten wurde untersucht, wie sich die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung vom Moment der Diagnose einer Demenz ändert. Untersucht wird insbesondere die Frage, welche Überweisungsmuster zu Gebietsärzten und innerhalb des gebietsärztlichen Sektors identifiziert werden können und welche Leistungen damit verbunden sind.

Methoden: In diese Fall-Kontroll-Studie wurden 1.848 inzidente Demenzpatienten und 7.392 Kontrollen einbezogen, die im Jahre 2004 ≥ 65 Jahre alt und in der Gmünder Ersatzkasse Mitglied waren. Verglichen wurden die Zahl der Kontakte mit Arztpraxen, die Zahl der kontaktierten Arztpraxen nach Fachdisziplinen sowie die Überweisungsbewegungen zwischen den Disziplinen im zweijährigen Zeitraum des Diagnosejahres und des Jahres davor. Deskriptive Statistik und Regressionsanalyse.

Ergebnisse: Die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung nahm im Diagnosejahr im Vergleich zum Jahr davor um fast 50 % zu. Dies betraf in erste Linie die hausärztliche und die neuropsychiatrische Versorgung. Ein Drittel der inzidenten Fälle hatte einen Kontakt mit einem Neuropsychiater im Inzidenzquartal; die Mehrzahl von diesen hatte in den nachfolgenden Quartalen weitere Spezialisten-Kontakte. Die Überweisungsrate stieg insgesamt um 30 % im Inzidenzquartal. Die Überweisungen fanden in erster Linie von den Hausärzten zu den Neuropsychiatern und von dort zu den Radiologen statt. Überweisungen zu Untersuchungen der klinischen Chemie fanden kaum statt. Ein Drittel der Patienten hatte Kontakt zu einem Neuropsychiater im Jahr der Diagnosestellung; die meisten davon mehrmalig. Nur eine Minderheit (13,5 %) wurde zur Radiologie zwecks Abklärung (imaging) der Demenz überwiesen.

Background: On the basis of data from one German sickness fund we analyzed utilization changes of ambulatory medical care services by diagnosis of dementia. Analysis focused on the referral processes from family practitioners to specialists and among specialists for dementia patients.

Methods: In this case-control-study we analysed claims data of 1,848 insured people aged ≥ 65 years with incident dementia and 7,392 matched controls. Comparisons were made regarding their utilization of ambulatory medical care services as contacts and referrals to different specialists over a two-year period. Pre-incidence, incidence and post-incidence time periods were covered by means of descriptive statistics and regression analyses.

Results: Utilization by demented patients increased by 50 % in the year before the incidence of dementia; predominantly in the disciplines of family medicine and neurology/psychiatry. We found an increase in referrals by 30 % in the 3 months period since diagnosis was first notified; mainly from family practice to neuropsychiatry and from there to radiology. Referrals to clinical chemistry and other disciplines for dementia-specific reasons were negligible. One third of incident cases had at least one contact with a neuropsychiatrist during the year of incidence, and the majority of them visited this specialist repeatedly. Only a minority (13.5 %) of patients was referred to radiology for imaging.

Conclusion: Referral rates to the relevant specialists (neuropsychiatry, radiology and clinical chemistry) are far less frequent than proposed in German guidelines. Guidelines should consider questions of applicability in daily clinical practice and propose effective organizational models of care provision.

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover

³ Institut für medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

⁴ Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Peer reviewed article eingereicht: 27.08.2012, akzeptiert: 28.12.2012

DOI 10.3238/zfa.2013.0055-0060

Schlussfolgerungen: Es bestehen erhebliche Diskrepanzen zwischen den Empfehlungen der Leitlinien zur Demenz-Abklärung und den niedrigen Überweisungsraten bzw. den von den Spezialisten erbrachten Leistungen. Leitlinien sollten unter Beteiligung von Vertragsärzten erstellt werden und dabei realisierbare Vorschläge zur Organisation des Leistungsangebots beinhalten.

Schlüsselwörter: Demenz; Alzheimer-Krankheit; vertragsärztliche Versorgung; Inanspruchnahme; Überweisung

Keywords: Utilization, Referral, Dementia, Alzheimer's Disease, Ambulatory Medical Care

Einleitung

Demenzen stellen ein großes und weiterhin wachsendes gesellschaftliches Problem dar. In Deutschland betrifft dieses Syndrom mehr als eine Million Menschen. Die Prävalenz nimmt mit dem Alter stark zu [1]. Die Zunahme der Lebenserwartung wird vermutlich dazu führen, dass die Zahl der Menschen mit Demenz in Deutschland 2050 auf ca. 2,3 Millionen angewachsen sein wird. Der Beginn einer Demenz stellt für die Patienten und ihre Angehörigen ein schwer zu bewältigendes Problem dar. Der Patient fürchtet den progressiven Verlust seiner Autonomie und seiner Kommunikationsfähigkeit. Die Angehörigen verlieren progressiv eine geliebte Person und haben eine sehr belastende Pflegeaufgabe zu bewältigen. Unsere gemeinsame Arbeitsgruppe der Universität Bremen und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat in den vergangenen Jahren empirisch untersucht, welche Auswirkungen die Entstehung einer Demenz auf die ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der GKV hat. Ziel dieser Studien war die Identifikation von Versorgungsproblemen entsprechend einer Forderung des Robert-Koch-Instituts: „Um den Hilfebedarf und die Versorgungssituation für Demenzkranke adäquat beurteilen zu können, sind epidemiologische Studien dringend erforderlich“ [2].

Die wesentlichsten Ergebnisse dieser Studien [3, 4, 5] werden im vorliegenden Aufsatz zusammengeführt und in Bezug auf ihre Konsequenzen für die Versorgung diskutiert.

Methoden

Die Studien beruhen auf der Auswertung der pseudonymisierten Daten aller älteren Mitglieder, die in den Jahren 2004 bis 2006 bei der bundesweit tätigen Gmünder ErsatzKasse (GEK) versichert waren ($n = 123.224$). Zunächst wurde eine Kohorte von Patienten mit inzidenter Demenzdiagnose mittels folgender Einschlusskriterien selektiert:

- Alter ≥ 65 Jahre
- Mindestens eine vertragsärztlich kodierte ICD-10-Diagnose in mindestens drei von vier aufeinander folgenden Quartalen aus folgender Liste: F00.x, F01.x, F02.0, F02.3, F03, G30.x, G31.0, G31.1, G31.82, G31.9 und R54
- Durchgehend 4 Quartale ohne einen der obigen ICD-10-Codes vor dem ersten Quartal mit der entsprechenden Diagnose (Inzidenzquartal)
- Eine durchgehende Versicherungszeit in der GEK in den Beobachtungsjahren

In einem weiteren Schritt wurden für jede Person aus der Demenzkohorte vier Kontrollen mit folgenden Matching-Variablen gezogen: Geschlecht, Geburtsjahr, Abwesenheit einer Demenzdiagnose, Anzahl der Praxiskontakte und Anzahl der kontaktierten Praxen vier Quartale vor dem Inzidenzquartal. Die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung wurde mittels der Zahl der Kontakte mit Vertragsärzten pro Jahr und der Zahl der verschiedenen Vertragsärzte, die innerhalb eines Jahres kontaktiert wurden, untersucht. Der Begriff des Kontaktes impliziert nicht notwendigerweise eine Face-to-Face-Konsultation, sondern schließt auch Kontakte mit dem Praxispersonal (z.B. für

Rezeptverlängerungen) und Telefonkontakte mit ein. Da im Datensatz bei den Internisten nicht zwischen hausärztlich und nicht-hausärztlich tätigen unterschieden werden kann, mussten die Berufsgruppen Allgemeinmedizin und Innere Medizin zusammengeführt werden, was bei der Interpretation von Aussagen über den hausärztlichen Bereich mit zu bedenken ist.

Die Neurologen und die Psychiater werden als Neuropsychiater zusammengefasst. Da die Inanspruchnahme von Leistungen bei multimorbiden Demenzen nicht aufgrund der Demenz, sondern auch aus komorbidityären Gründen stattgefunden haben kann, wurde bei allen Berechnungen nur das Mehr an Leistungen im Vergleich zur Kontrollgruppe als Leistungen aus demenzspezifischen Gründen gewertet. Die Analysen wurden mit SPSS 16, SAS (Version 9.2) und R (Version 2.11.1) durchgeführt. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg genehmigt.

Ergebnisse

Soziodemografische Struktur der Stichprobe

Die Kohorte besteht aus 1.848 inzidenten Fällen mit einem mittleren Alter von 78,7 Jahren (Bandbreite 65–102; Median 79). Der Frauenanteil betrug 47,6 %. Die Kontrollgruppe bestand aus 7.392 Versicherten mit dem gleichen mittleren Alter und dem gleichen Frauenanteil. Die Inzidenzgruppe wies im Durchschnitt 8,5 Praxiskontakte verteilt über 2,4 verschiedene Praxen im ersten Quartal der zweijährigen Observationsperi-

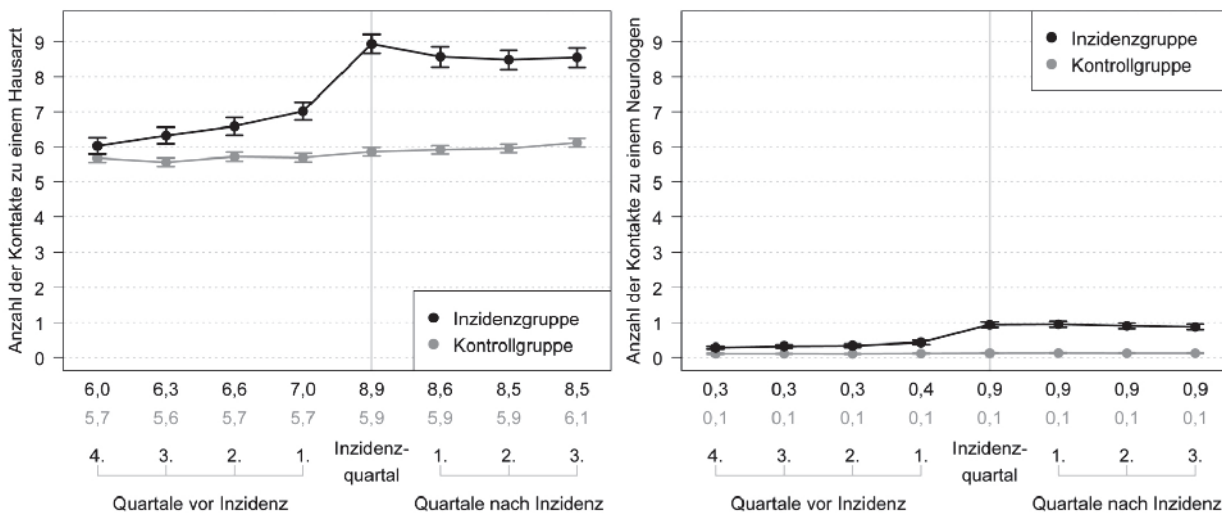


Abbildung 1 Anzahl der Kontakte pro Quartal in Hausarztpraxen (links) und Nervenarztpraxen (rechts) in den vier Quartalen vor und nach der Demenzdiagnose

ode auf, die Kontrollgruppe 8,1 Praxiskontakte verteilt über 2,3 verschiedene Praxen.

Häufigkeit der Arztkontakte bei Verdacht auf Demenz

Die Aufgaben des Hausarztes in der Zeit vor und nach der Diagnose sind vielfältig: Vereinbarung einer Diagnosestrategie, Beratung von Patient und/oder Angehörigen über die Prognose, ggf. Überweisung zu Spezialisten, Einleitung therapeutischer Maßnahmen, Herstellung des Kontakts zu Beratungsstellen etc.

Bei der Vielzahl dieser Aufgaben ist es nicht verwunderlich, dass die Inanspruchnahme des Hausarztes im Zuge der Entwicklung einer Demenz deutlich zunahm. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Kontakte pro Quartal in den Praxen der Hausärzte und der Neuropsychiatern in den vier Quartalen vor und nach der Demenzdiagnose. Die Anzahl der Kontakte mit der Hausarztpraxis nahm im Vergleich zur Kontrollgruppe bereits in den 12 Monaten vor dem Inzidenzquartal stetig zu. Im Diagnosequartal wurde ein Maximum von drei Kontakten pro Monat erreicht. Auch nach Diagnosestellung blieb diese Zahl fast genau so hoch wie im Inzidenzquartal.

Im gleichen Zeitraum nahm auch die Zahl der Kontakte mit Neuropsychiatern zu (vgl. Abb. 1). Im Diagnosequartal fanden wir durchschnittlich –

d.h. alle Kontakte zusammengenommen und auf alle Patienten mit Demenz bezogen – fast einen Kontakt pro Patient, was einer Steigerung im Vergleich zu den Vorquartalen um das Achtfache entspricht. Auch bei den Nervenärzten blieb die durchschnittliche Zahl der Kontakte nach Diagnosestellung genau so hoch wie im Inzidenzquartal.

Da neben Hausarzt und Neuropsychiatern – z.B. wegen Komorbidität – weitere Spezialisten in Anspruch genommen wurden, ergaben sich bei Patienten mit Demenz im Mittel 12,4 Kontakte mit Vertragsarztpraxen (Median = 11) im Inzidenzquartal im Vergleich zu 8,3 Kontakten in der Kontrollgruppe. Die Zunahme der Kontaktzahl im Inzidenzjahr betrug 46 % im Vergleich zum Pre-Inzidenzjahr.

Im Vergleich zu 45 anderen chronischen Krankheiten – hier gewonnen aus dem Gesamtkollektiv der ab 65 Jahre alten Mitglieder der Krankenkasse – lag die Demenz mit durchschnittlich 48 Arzt-Kontakten pro Jahr auf Platz vier der Rangfolge der Kontaktfrequenzen chronischer Krankheiten.

Welche Fachdisziplin stellt die Erst-Diagnose?

Die Frage, welcher Arzt als erster die Diagnose stellt, können wir nur in der Form beantworten, welche Fachrichtung als erste in einem Quartal eine entsprechende Diagnosekodierung vor-

nahm. Hiernach wurden 60 % der Erstdiagnosen vom Hausarzt und 9 % vom Neuropsychiatern gestellt. In 16 % der Fälle stellten beide die Diagnose im gleichen Quartal, und hierbei kann nicht identifiziert werden, wer von beiden die Erstkodierung vornahm. Die restlichen 15 % gingen auf eine oder mehrere andere Fachdisziplinen zurück.

Inanspruchnahme der Spezialisten

Neuropsychiatrie

Die in Abbildung 1 dargestellte durchschnittliche Entwicklung der Inanspruchnahme der Neuropsychiatern verdeckelt, dass sich hinter dem Durchschnitt sehr unterschiedliche Prozesse verbergen. Im Diagnosejahr konsultierten 34 % der Patienten einen Neuropsychiatern; mehr als 80 % von diesen taten dies im Inzidenzquartal. Dieses Drittel sah den Spezialisten zu 80 % mehrfach im Zeitraum des Inzidenzjahres (Zeilen 1 und 4 in Tab. 1). Tabelle 1 zeigt auch die Verteilung typischer Inanspruchnahmepattern von Nervenärzten und Radiologen über die zwei Observationsjahre.

Tabelle 1 zeigt, dass 55 % derjenigen Patienten mit Spezialisten-Kontakt in mindestens drei der vier Quartale des Inzidenzjahres einen solchen Kontakt hatten (Zeile 1). Ein großer Anteil dieser Pa-

tienten hatte bereits Kontakte mit diesem (oder einem anderen) Neuropsychiater im Jahr vor der Diagnose (Zeilen 2 und 4). Hingegen hatten lediglich 23 % von denen, die Neuropsychiaterkontakt hatten, nur einen solchen Kontakt im Inzidenzjahr (Zeile 2). Fast genauso viele Patienten mit Spezialistenkontakt (25 %) hatten mehrere Kontakte im Diagnosejahr und im Jahr vor der Diagnose (Zeile 4).

Die Mehrzahl der Kontakte zum Neuropsychiater erfolgte mittels Überweisungen des Hausarztes, Quartal nach Quartal. Im Inzidenzquartal betrug der Anteil der Patienten, die eine Nervenarztpraxis ohne Überweisung aufsuchten, 15 %, ein mit der Kontrollgruppe vergleichbarer Prozentsatz.

Die Patienten, die zum Nervenarzt überwiesen wurden, waren in der Regel jünger als die nicht überwiesenen: Regressionsanalytisch zeigte sich, dass mit jedem Lebensjahr die relative Chance, einen Nervenarzt im Inzidenzjahr zu kontaktieren, um 7 % sank.

Der Kontakt mit einem Neuropsychiater war hingegen nicht vom Geschlecht des Patienten abhängig.

Radiologie

21 % der inzidenten Fälle erhielten eine Bildgebung aus demenzspezifischen Gründen im Inzidenzjahr. Tabelle 1 zeigt, dass das Kontaktmuster mit der Radiologie in der Regel aus einem einzigen Kontakt im Inzidenzjahr bestand. Die Hälfte der radiologisch untersuchten Patienten wurde bereits im Inzidenzquartal untersucht, die andere Hälfte in den Quartalen danach. Die Überweisungen zum Radiologen aus demenzspezifischen Gründen wurden fast ausschließlich von Nervenärzten und kaum von Hausärzten (6 %) vorgenommen. Von allen Patienten, die aus demenzspezifischen Gründen im Inzidenzquartal zum Neuropsychiater überwiesen wurden, erhielten 16 % von diesen eine Überweisung zum Radiologen. Die Daten legen den Schluss nahe, dass ein vergleichbarer Prozentsatz in den Quartalen danach vom Neuropsychiater zum Radiologen überweisen wurde. Daraus ergibt sich insgesamt, dass die Nervenärzte ca. ein Drittel der ihnen überwiesenen Patienten im Inzidenzjahr aus demenz-

Nö.	Muster	Nervenärzte: Kontaktmuster- prävalenz in %		Radiologen: Kontaktmuster- prävalenz in %	
		Inzidenz- gruppe	Kontroll- gruppe	Inzidenz- gruppe	Kontroll- gruppe
1	3 oder 4 Kontakte im Inzidenzjahr	54,9	26,3	2,9	5,0
2	1 Kontakt im Inzidenzjahr	23,1	55,2	79,8	78,0
3	2 oder mehr Kontakte im Jahr vor dem Inzidenzquartal	35,6	41,6	22,8	23,6
4	2 oder mehr Kontakte jeweils im Jahr vor dem Inzidenzquartal und im Inzidenzjahr	24,7	9,4	2,0	2,7

** Eingeschlossen sind nur Patienten mit mindestens einem Spezialistenkontakt; Mehrfachzuordnungen möglich.*

Tabelle 1 Inanspruchnahmemuster bei Spezialisten: Vergleich von Inzidenz- und Kontrollgruppe über den zweijährigen Observationszeitraum*

spezifischen Gründen zur Bildgebung überwiesen.

Die statistische Chance, zum Radiologen überwiesen zu werden, war – wie zum Neuropsychiater – geschlechtsunabhängig und nahm ebenfalls mit zunehmendem Alter ab.

Laboratoriumsmedizin

Laborchemische Diagnostik zur Differenzialdiagnose der Demenz fand in den zwei Observationsjahren nur in 2 % der inzidenten Fälle statt: Die Mehrzahl der Kontakte war auf ein Quartal, in der Regel das Diagnosequartal, begrenzt. Einen gesonderten Zugang zu Daten des Routinelabors bestand nicht, sodass nicht darstellbar ist, in welchem Ausmaß eine Hypothyreose durch sonstige Vertragsärzte ausgeschlossen wurde.

Tätigkeit der Spezialisten

Das dominante Muster der Arbeitsteilung, das aus unseren bisherigen Analysen hervorgeht, zeichnet das Bild eines Hausarztes, der bis zu einem Drittel seiner Patienten zum Neuropsychiater und nur wenige selber zum Radiologen und/oder Laborarzt überweist. Es hat den Anschein, dass der Hausarzt implizit davon ausgeht, dass es der Neuropsychiater ist, der die endgültige Diagnosestellung bei den Überwiesenen übernimmt und in diesem Zusammenhang darüber entscheidet, ob Bildgebung und/oder wei-

tere Labordiagnostik angezeigt ist. Daneben gibt es aber einen beträchtlichen Anteil von inzidenten Fällen (ca. 27 %), die vom Hausarzt (vermutlich auf Wunsch des Patienten) Quartal für Quartal zum Neuropsychiater überwiesen werden und die somit nicht nur für eine einmalige Diagnostik, sondern kontinuierlich vom Neuropsychiater (mit)versorgt werden. Für diese Patienten wird der Neuropsychiater in gewisser Weise bezogen auf die Demenz zum zweiten Primärarzt.

Unsere Daten sprechen in Bezug auf die Diagnostik zum einen dafür, dass beim Neuropsychiater in weniger als der Hälfte der inzidenten Fälle im Inzidenzquartal eine neuropsychologische Untersuchung dokumentiert wird. Nimmt man die oben beschriebenen relativ geringen Häufigkeiten der Überweisung zur Bildgebung bzw. zum Laborarzt im Inzidenzjahr hinzu, dann lässt dies den Schluss zu, dass auch bei Neuropsychiatern die Diagnose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ausschließlich klinisch gestellt wird.

Diskussion

Unsere Untersuchungen belegen zunächst erneut die große Bedeutung des Hausarztes in der Versorgung der Patienten vor, während und nach der Diagnosestellung einer Demenz. Die hohe Zahl von Kontakten mit der Hausarztpraxis

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche ...

... war von 1.1.1993 bis 31.3.2011 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Von 2003 bis 2006 war er zugleich Prodekan für Lehre der Hamburger Medizinischen Fakultät. Von 2002 bis 2011 war er Principal Investigator der German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). Seit 2007 ist er Sprecher des Forschungsverbundes „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ („MultiCare“) im Rahmen des Verbundes „Gesundheit im Alter“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

im Inzidenzjahr (drei Kontakte pro Monat) zeigt, wie groß der Beratungsbedarf aus Sicht von Patienten bzw. Angehörigen mit dem Hausarzt in diesem Zeitraum ist. Auch laufen nahezu alle Überweisungen zu Spezialisten über den Hausarzt. Nach unseren Analysen wird ein Drittel der inzident Dementen im Diagnosejahr von einem Neuropsychiater gesehen, wobei dieser Anteil die Selbstzuweiser einschließt. Auf dem Hintergrund von Empfehlungen in Leitlinien, dass eine neu gestellte (Verdachts-)Diagnose einer fachärztlichen Abklärung bedarf, ist dieser geringe Anteil erklärungsbedürftig. Es könnte sein, dass sehr alte Patienten weite Wege zum Spezialisten nicht mehr auf sich nehmen wollen, sich auch die Frage stellen, was denn dies – in ihrem Alter – noch solle. Umgekehrt dürfte ein patientenseitig – oder über Verwandte – vorgetragener Wunsch, zum Spezialisten überwiesen zu werden, vom Hausarzt in der Regel akzeptiert werden, zumal wenn dies im Einzelfall mit der budgetentlastenden Verschreibung von Antidementiva durch den Neuropsychiater einhergeht.

Es kann aber durchaus auch so sein, dass Hausärzte keinen Sinn darin sehen, *alle* Patienten mit einer Demenz oder dem Verdacht darauf zu überweisen, weil sie sich davon keinen Nutzen für den Patienten versprechen. Offensichtlich sehen auch Nervenärzte keinen Sinn darin, allen Patienten, die zu ihnen kommen, eine entsprechende Diagnostik – wie in den Leitlinien vorgegeben – zukommen zu lassen [6].

Ob überwiesen oder selbstzugewiesen, die Mehrheit der Patienten, die einen Neuropsychiater aufsuchen, tut dies über einen mindestens einjährigen Zeitraum. Damit übernimmt der Neuropsychiater bezogen auf die Demenz für diese Patienten die Rolle eines zweiten Primärarztes. Die Rolle des nervenärztlichen

Spezialisten ist somit nicht ausreichend über seine primär diagnostisch-konfirmatorische Funktion beschrieben. Inwieweit diese Versorgungskontinuität für eine Teilmenge von Demenzpatienten auch beim Neuropsychiater auf genuin medizinische Gründe zurückzuführen ist, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht klären. Vermutlich ist es (mit) das Resultat der freien Arztwahl einerseits und der Möglichkeit des niedergelassenen Arztes andererseits, seine Klientel weitgehend selber zu steuern, vor allem im ländlichen Raum. Diese Realitäten widersprechen dem Modell eines gestuften Versorgungssystems, gekennzeichnet durch eine hausärztliche Grundversorgung und einer subsidiären Versorgung durch Spezialisten bei besonderen Indikationen [7, 8].

Von den vom Neuropsychiater gesehenen Patienten wurde ca. ein Drittel zwecks Bildgebung zum Radiologen weiter überwiesen. Insgesamt erhielt somit ein Fünftel der inzidenten Patienten eine Bildgebung im Inzidenzjahr. Ähnlich gering bzw. noch geringer ist der Prozentsatz mit einer Testung bzw. klinisch-chemischer Differenzialdiagnostik. Alle diese Gegebenheiten sind weit von dem entfernt, was die Leitlinien der DGPPN und DGN vorgeben [9].

Unsere Studien auf der Basis von Abrechnungsdaten haben Stärken und Schwächen; diese sind in unseren früheren Veröffentlichungen im Detail beschrieben worden [3, 5]. Im Fall der Studien zu Demenz sind insbesondere Validitätsprobleme bezüglich des Zeitpunktes der Diagnose bzw. der Erstkodierung zu betonen. Ebenso ist auf das Problem, dass Routinedaten keinen Aufschluss über Motive der Inanspruchnahme bzw. der Leistungserbringung erlauben.

Schließlich kann nicht einmal gesagt werden, ob sich in den hier präsentierten Daten schlechte oder gute Versorgung widerspiegelt. Denn es könnte

sich bei den eher geringen Prozentsätzen von Überweisungen zum Neuropsychiater, von bildgebender und laborchemischer Differenzialdiagnostik und von nur teilweise betriebener neuropsychologischer Diagnostik ja um eine Unterversorgung, aber eben auch um die Verhinderung einer Überversorgung mit Schaden für die Patienten handeln. Gemessen an den vorliegenden Leitlinien muss man von einer Unterversorgung ausgehen. Nur sollte zu denken geben, dass auch die Fachgruppe, die für diese Leitlinien steht, sich so ganz anders verhält als in den Leitlinien vorgegeben. Damit könnte sich auch andeuten, dass die Leitlinien das Problem sind – nicht die Versorgenden.

Als Fazit kann somit gefolgert werden, dass eine Optimierung der Versorgung von Demenzkranken eine rationale(re) Arbeitsteilung zwischen Hausärzten und Spezialisten bezüglich Diagnose und Behandlung voraussetzt. Unterstützt werden müsste ein solcher Prozess durch Leitlinien, die allerdings realitätsnahe und für die Patientengruppe adäquate, die gesamte Person des Patienten berücksichtigende Vorgaben für Diagnostik und Therapie machen, und die dabei auch zu Fragen der Organisation und Strukturierung der Versorgung Stellung nehmen. Dies hat die Leitlinie der DEGAM immerhin in Ansätzen versucht [10].

Danksagung: Diese Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Förderkennzeichen: O1GI0710, O1GI0716, O1GI0717). Wir danken der BARMER GEK für die Bereitstellung der Daten.

Interessenkonflikte: Gerd Glaeske erhielt Zuwendungen von Krankenkassen für wissenschaftliche Untersuchungen, darunter seitens der BARMER GEK. Die anderen Autoren erklären, dass Interessenkonflikte nicht gegeben sind.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche
Institut für Allgemeinmedizin, Zentrum für
Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
bussche@uke.de

Literatur

1. Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U. Demografie der Demenz. Huber Bern 2011, 101–116
2. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Altersdemenz. Berlin, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2005, Vol. 28, 25
3. Eisele M/van den Bussche H, Koller D, et al. Utilization patterns of ambulatory medical care before and after the diagnosis of dementia in Germany – Results of a Case-Control Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 29: 475–483
4. Koller D, Eisele M, Kaduszkiewicz H, et al. Ambulatory health services utilization in patients with dementia – Is there an urban-rural difference? *Int J Health Geogr* 2010; 9: 59
5. van den Bussche H, Wiese B, Koller D, et al. Specialist involvement and referral patterns in ambulatory medical care for patients with dementia in Germany: results of a claims data based case-control study. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 148
6. Riedel-Heller SG, Schrock A, Fromm N, Angermeyer MC. The role of referrals in diagnosing dementia at the primary care level. *Int Psychogeriatr* 1999; 11: 251–262
7. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH: Essential elements for collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1097–1102
8. Callahan CM, Boustani M, Unverzagt FW, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2006; 295: 2148–57
9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3 Leitlinie Demenzen. <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf>
10. DEGAM. Demenz Leitlinie No 12, Autoren: HC Vollmar, P Mand, ME Butzlaff. omikron publishing / DEGAM 2008



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam2013.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de
www.facebook.com/Degam.Allgemeinmedizin