
ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatric/Demenz/Pflege

Herausgeber
Professor Dr. med. Ingo Füsgen

17. Workshop
des „Zukunftsforum Demenz“
23. Februar 2005 in Frankfurt
Dokumentationsreihe • Band 13



Die Reform wirkt – aber die wirklichen Problemthemen werden noch nicht angepackt

Als das „Zukunftsforum Demenz“ vor einem Jahr das Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz (GMG) mit seinem Inkrafttreten diskutierte, waren alle Referenten und Diskutanten voller positiver Erwartung. Sogar von „Goldgräberstimmung“ war die Rede. Inzwischen ist mehr als ein Jahr vergangen – und nur wenige sprechen über die rund 400 Verträge zur integrierten Versorgung, die sich inzwischen wie ein Flickenteppich übers Land ziehen und bei denen nicht recht deutlich wird, ob damit die Versorgung wirklich verbessert wird. Nach vorläufigen Rechnungen sind 2004 rund 157 Millionen Euro für die integrierte Versorgung ausgegeben worden. Finanziert wurden damit insgesamt 342 Projekte, deren Innovationspotenzial allerdings umstritten ist. Das Wort „Rosinenpickerei“ fiel mehrfach in den Vorträgen und Diskussionen. Häufig wird „alter Wein in neuen Schläuchen“ angeboten, wie der AOK-Vorsitzende von Nordrhein, Herr Jakob, zitiert wurde. Insbesondere chronische Krankheiten mit hoher Bedeutung für die Gesellschaft, wie z.B. die Demenz, finden sich bisher nicht in Verträgen zur integrierten Versorgung.

An einem Vertrag kommt allerdings keiner vorbei, wie Herr Gerhard Potuschek, Geschäftsführer der Barmer Ersatzkasse Hessen, deutlich machte. Es ist der Vertrag der Barmer Ersatzkasse mit dem Hausärzteverband und den Apothekern. Der Arzt für Allgemeinmedizin Bernd Zimmer aus Wuppertal und der Präsident der ABDA Bundesvereinigung, Heinz-Günter Wolf, zeigten aus ihrer Sicht die positiven Aspekte einer solchen Integrierten Versorgung im Rahmen des „Barmer-Hausarztmodelles“ auf. Unzweifelhaft ist, dass durch dieses Hausarztmodell im Rahmen des GMG der Hausarzt wieder stärker im Zentrum der Behandlung steht. Inwieweit diese „Gate-Keeper-Funktion“ nicht nur Einsparungen, sondern auch qua-

litative Vorteile für den Patienten erbringt, ist allerdings noch offen. Die Diskussion machte dies auch deutlich.

Herr Bernd Tews, Geschäftsführer des Bundesverbandes Privater Anbieter Sozialer Dienste, wies in seinem Referat darauf hin, dass die wichtige Rolle der sozialpflegerischen Versorgung gerade im häuslichen Bereich im Rahmen der integrierten Versorgung bisher nicht erfasst wird und hier dringlicher gesetzlicher Regelbedarf besteht. Versorgung chronisch Kranker zu Hause ist nur unter Einbezug der Pflege möglich. Abschließend zeigte Bruder Bonifatius Faulhaber am Beispiel einer privaten, modellhaften Demenzversorgung in Bad Kreuznach auf, dass zwar einerseits öffentliche Unterstützung für die Demenzbewältigung dringend notwendig ist, aber gleichzeitig auch der persönliche Einsatz bei innovativen Ansätzen und die private Umsetzung gegeben sein müssen.

Einig war man sich, dass ohne Zweifel nach einem Jahr GMG die Bilanz im Bereich der integrierten Versorgung sehr gemischt ist. Es hat sicherlich noch nie so viele vertragspolitische Innovationen wie im Jahr 2004 gegeben, besonders herausgegriffen sei hier der „Barmer-Vertrag“. Wenn aber integrierte Versorgung die Ziele der gesundheitspolitischen Vorstellungen erfüllen will, muss man chronisch verlaufende und progredient fortschreitende Krankheitsbilder wie die Demenz in die Modelle mit aufnehmen.

Offen ist noch, was nach 2006 passiert, wenn die Anschubfinanzierung ausläuft. Und vor allem: Wer werden die Gewinner sein – sowohl auf Krankenkassen-, aber auch auf Leistungserbringerseite? Sicher ist, dass die Zeit bis 2006 nicht reichen wird, um zu entscheiden, inwieweit sich die bestehenden und noch abzuschließenden Verträge lohnen. Ohne Zweifel ist die integrierte Versorgung für alle chronisch Kranken – und hier insbesondere für die dementen Patienten – eine Chance, die es gilt aufzugreifen und zu realisieren. Aus diesem Grunde kann man jetzt schon feststellen, dass das Thema integrierte Versorgung uns 2006 auf alle Fälle wieder beschäftigen wird.

Herausgeber

Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Geriatrische Kliniken Wuppertal
der Kliniken St. Antonius
Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke
Carnaper Str. 60
42283 Wuppertal

Referenten des Workshops

Im Rahmen des interdisziplinären 17. Workshops führten Experten aus unterschiedlichen Bereichen einen fachübergreifenden Dialog zum Thema „Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/Demenz/Pflege“.



*Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Ärztlicher Direktor des Zentrums für Geriatrie,
Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke, Wuppertal*



*Bernd Zimmer
Arzt für Allgemeinmedizin,
klinische Geriatrie, Wuppertal*



*Heinz-Günter Wolf
Präsident der ABDA Bundesvereinigung
Deutscher Apothekerverbände, Berlin*



*Gerhard Potuschek
Geschäftsführer Barmer Ersatzkasse
Hessen, Frankfurt*



*Sabine Jansen
Geschäftsführerin der Deutschen
Alzheimer Gesellschaft, Berlin*



*Bernd Tews
Geschäftsführer bpa-Bundesverband
privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin*



*Bruder Bonifatius Faulhaber
Dipl.-Pfleger, Krankenhausdirektor
St. Marienwörth, Bad Kreuznach*

© 2005 Zukunftsforum Demenz
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de
www.zukunftsforum-demenz.de

Redaktion, Gestaltung und Produktion:
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Wiesbaden

Juni 2005

Printed in Germany
ISBN 3-922264-92-1

<p>PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN Eine erste kritische Bilanz</p>	9
<p>BERND ZIMMER Eine Schlüsselrolle für Hausärzte</p>	15
<p>PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN Die Klinik als Teil der integrierten Versorgung</p>	25
<p>HEINZ-GÜNTER WOLF Beratung, Information und Service unterstützen Therapieerfolg</p>	33
<p>GERHARD POTUSCHEK Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit im Mittelpunkt</p>	37
<p>SABINE JANSEN Chancen der integrierten Versorgung nutzen</p>	45
<p>BERND TEWS Kosten sparen – Pflegebedürftigkeit verzögern</p>	51
<p>BRUDER BONIFATIUS FAULHABER „Netzwerk Demenz“ für eine bessere Versorgung</p>	59
<p>Thesen, Wünsche, Fakten</p>	67
<p>Zukunftsforum Demenz</p>	69

Das Zukunftsforum Demenz

hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen. Daher auch das Motto des Zukunftsforums: Für ein lebenswertes Morgen.

Ein Jahr „gelebte“ integrierte Versorgung: Eine erste kritische Bilanz

EINFÜHRUNG VON PROFESSOR DR. INGO FÜSGEN

Die integrierte Versorgung, die mit der Gesundheitsreform 2004 neuen Auftrieb erhalten hat, bietet Chancen, die Versorgung von Demenzkranken zu verbessern. Zahlreiche Integrationsverträge wurden bereits geschlossen – aber inwieweit wurden große Volkskrankheiten wie beispielsweise Demenz dabei berücksichtigt?

Eigentlich ist die integrierte Versorgung ein alter Hut – schon 1989 wurde diese Versorgungsform im § 115 SGB V erstmals gesetzlich verankert. Bis Ende letzten Jahres fristete die integrierte Versorgung aber eher ein „Mauerblümchendasein“. Um das lahrende Gesetz auf Trab zu bringen, ließ sich die Politik ein probates Mittel einfallen: Für die Jahre 2004 bis 2006 erhält jede Krankenkasse Gelder aus der Gesamtvergütung, um die integrierte Versorgung zu fördern. Das hat gewirkt – zahlreiche Verträge wurden geschlossen.

Nach gut einem Jahr ist es nun möglich, eine erste kritische Bilanz zu ziehen. Dabei ist es allerdings wichtig, die integrierte Versorgung nicht isoliert zu betrachten. Sie ist vielmehr als Teilstück eines Managed-Care-Programms nach US-Vorbild (Tabelle 1) zu sehen, das aus vielen – zum Teil verwirrenden Komponenten – besteht.

Bei den Medizinischen Versorgungszentren spricht man auch gerne von Integrated Health Delivery Centers, dabei handelt es sich um nichts anderes als die aus den früheren DDR-Zeiten bekannten Polikliniken. Die in Tabelle 1 genannten Komponenten sind auch Teil der amerikanischen Regelversorgung, die unter dem Begriff Managed Care subsumiert wird.

Was es in Deutschland bisher noch nicht gibt, aber bereits politisch diskutiert wird, ist ebenfalls Bestandteil



*Prof. Dr. med.
Ingo Füsgen*

Komponenten der amerikanischen Regelversorgung

- DRG – Diagnosis Related Groups
- IV – integrierte Versorgung
- DMP – Disease-Management-Programme
- MVZ – Medizinische Versorgungszentren
- Capitation – „Kopfpauschale“

der amerikanischen Regelversorgung: die so genannte „Capitation“. In Deutschland wird die Capitation unter dem Begriff „Kopfpauschale“ diskutiert. Wird die Kopfpauschale eingeführt, bedeutet das im Klartext: Leistungsträger (bzw. „Kopfgeldjäger“) erhalten bei

Tabelle 1

chronischen Krankheiten eine bestimmte Geldsumme für eine Leistung über ein Jahr pro Person. Damit hätte Deutschland dann eine Gesundheitsversorgung, die dem amerikanischen Managed-Care-System entspricht.

Beim Managed Care handelt es sich primär um ein Einkaufsmodell der Krankenkassen. Die Vorstellung der USA dabei ist, gleich bleibende Qualität bei niedrigeren Kosten zu realisieren. Ob dies in Amerika gelungen ist, muss bezweifelt werden.

In Deutschland ist der Ansatzpunkt ein etwas anderer. Hier stehen die Schnittstellenproblematik und die damit einhergehenden Doppelbelastungen im Vordergrund. Mit Hilfe der Beseitigung von ambulant-stationären Doppelbehandlungen können Kosten eingespart werden. Die Qualität soll mindestens gleich bleiben. Weiterhin soll durch die Stärkung des Hausarztes als „Schleusenwärter“ (Gate-Keeper) der unkontrollierten Inanspruchnahme teurer Dienstleistungen bei Fachärzten und Krankenhäusern ein Riegel vorgeschoben werden (Tabelle 2). Die integrierte Versorgung, so die Vorstellung von Gesundheitspolitikern, bringt Vorteile für Krankenkassen, Patienten und Ärzte. Die Vorteile im Einzelnen:

Managed Care im deutschen System

- Kostenreduktion vor allem durch Wegfall ambulant-stationärer Doppelbehandlung sowie durch die Stärkung des Hausarztes als „Gate-Keeper“

werden (Tabelle 2). Die integrierte Versorgung, so die Vorstellung von Gesundheitspolitikern, bringt Vorteile für Krankenkassen, Patienten und Ärzte. Die Vorteile im Einzelnen:

- Transparente Abläufe
- Einheitliche Dokumenta-

Tabelle 2

tion von Leistungserbringung und Abrechnung

- Einfache Kontrolle der Versorgungsqualität (z.B. durch standardisierte Patienten- und Ärztebefragungen)
- Vorgegebene Behandlungspfade
- Garantierte, nicht gedeckelte Vergütung der Leistungen

Dabei lässt das neue Gesetz unglaublich viel Spielraum – der Fantasie sind (fast) keine Grenzen gesetzt. Allerdings stößt man doch schnell auf Einschränkungen, die insbesondere in der unterschiedlichen Interessenlage der verschiedenen Partner begründet sind. Wichtig bei den Angeboten ist, dass es sich um ein eigenes Paket innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, in dem nicht nur einzelne für sich, sondern sämtliche Leistungen des speziellen Paketes enthalten sind und in dem kostendeckend gearbeitet wird. Grundsätzlich soll es bei den neuen Versorgungsangeboten zu einer Aufhebung der sektoralen Trennung kommen. Insbesondere soll es Hand-in-Hand-Angebote für den chronisch Kranken (und damit teuren Kranken) neben der gesetzlichen Krankenversicherung geben, so der Wunsch der Politik.

An die Integrationsverträge knüpften die Krankenkassen bisher hauptsächlich zwei Forderungen: Es muss sich um eine neue Idee handeln, und die Qualität der Patientenversorgung soll nach Möglichkeit verbessert werden.

Im November 2003 wurde der erste Integrationsvertrag (zur Endoprothetik) von der Barmer Ersatzkasse geschlossen. Aber anhand dieses und weiterer Verträge, die lediglich einen kleinen Versichertenkreis ansprechen und nur Teilaspekte der Versorgung einbeziehen, wird schnell deutlich: Der gesundheitspolitische Wunsch, chronisch Kranke per Gesetz einer ganzheitlichen und die verschiedenen Versorgungsebenen übergreifenden Versorgung zuzuführen, hat sich bisher nicht erfüllt.

Inzwischen wurden zahlreiche Verträge geschlossen, und folgende kritische Punkte sind anzumerken (Tabelle 3):

- Bis es zu einem Vertragsabschluss kommt, ist ein hoher Verwaltungsaufwand erforderlich. „Buchdicke“ Erklärungen müssen verfasst werden, und ob die anschließenden,

zählen und zeitaufwendigen Verhandlungen zum Erfolg führen oder nach einem Jahr gar im Sande verlaufen, steht in den Sternen. Das führt zu großem Frust bei den Beteiligten.

- Häufig hapert es auch bei der Kommunikation mit dem Patienten. Viele Patienten werden über die Integrationsverträge ihrer Kasse gar nicht informiert.
- Die verschiedenen Leistungserbringer werden nicht in die Verträge eingebunden. Eigentlich müssten bei chronischen Krankheitsbildern alle Akteure bei der Versorgung berücksichtigt werden. In der Regel sind beispielsweise die Therapeuten ausgeschlossen, der ganze Bereich der Pflege ist schon per Gesetz außen vor.
- Die Pakete sind nicht richtig geschnürt, nur Teilaspekte werden berücksichtigt. Ein „Flickenteppich“ der Versorgung ist entstanden.
- Fast jede Kasse schließt eigene Verträge ab. Das bedeutet einen hohen Aufwand für die Leistungserbringer, die Patienten je nach Kasse und Vertrag unterschiedlich behandeln müssen.
- Die Kassen betreiben bei dem Abschluss von Verträgen häufig „Rosinenpickerei“.
- Die Qualität kommt bei vielen Verträgen zu kurz, meist steht die Kostenreduktion im Vordergrund. Hier ist eine Evaluation zu fordern, ob die angestrebten Ziele mit der integrierten Versorgung – Kostenreduktion beziehungsweise zumindest eine gleich bleibende Qualität – tatsächlich erreicht werden.

Bei neuen Verträgen sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Bessere Information der Patienten
- Einbeziehen sämtlicher Leistungserbringer, die an der Versorgung beteiligt sind
- Kassenübergreifende Verträge
- Evaluation, ob mit dem integrierten Versorgungsvertrag nicht nur eine Kostenreduktion, sondern auch eine Qualitätsverbesserung erreicht wurde

- Verträge in den Mittelpunkt rücken, die wirklich zu einer strukturellen Veränderung führen

Zudem muss noch eine Reihe offener Fragen geklärt werden. Was passiert zum Beispiel mit den integrierten Versorgungsmodellen nach dem 1.1.2007? Werden sie weiterfinanziert? Was geschieht, wenn Kassen zwar Geld einbehalten, aber keinen Versorgungsvertrag abschließen? Wer muss zahlen, wenn die integrierte Versorgung mehr kostet als – wie vorgesehen – ein Prozent von

der Gesamtvergütung? Wie steht es eigentlich in Zukunft um die Freiberuflichkeit des Arztes?

Das Fazit nach einem Jahr integrierte Versorgung: Für große Patientengruppen (wie z.B. multimorbide Ältere mit Demenz) fehlen bisher entsprechende Versorgungsverträge. Dennoch bleibt festzuhalten: Die integrierte Versorgung ist eine unglaubliche Chance für die bessere Versorgung von chronisch Kranken.

Kritische Bilanz – Januar 2005 – zur integrierten Versorgung

- Hoher Verwaltungsaufwand („buchdicke Vertragsunterlagen“)
- Kommunikation
- Einbindung der Akteure
- „Flickenteppich“
- Qualität
- Freiberuflichkeit des Arztes
- Versorgungsebenen übergreifende Ansätze selten
- „Rosinenpickerei“
- Offene Finanzfragen

Tabelle 3

Betreuung von Demenzkranken

Eine Schlüsselrolle für Hausärzte

BERND ZIMMER

Die Integrationsversorgung erfordert die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen bei der Betreuung chronisch Kranker. Und diese Koordination ist eindeutig eine hausärztliche Aufgabe, gesetzlich auch so verankert im § 73 SGB V. Aber das ist nicht der einzige Grund, warum dem Hausarzt bei der Betreuung von multimorbid Erkrankten eine Schlüsselrolle zukommt.

In der Weiterbildungsordnung ist verankert, dass der Hausarzt, bzw. hier speziell der Allgemeinmediziner für die komplexe Koordination multimorbid Erkrankter qualifiziert ist. Hier werden sogar explizit 100 selbstständig dokumentierte Fälle gefordert, bei denen gerade die geriatrische Tätigkeit unter Beweis gestellt werden muss (Tabelle 4). Weiterhin ist auch die klinische Geriatrie beispielsweise Bestandteil der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein. Leider ist die Anzahl der klinischen Geriater in den Praxen bisher zahlenmäßig eher gering.

Das SGB V regelt in § 73 eindeutig und klar, was die hausärztliche Versorgung ist, nämlich die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen (Tabelle 5).

Dies wurde bisher nicht in einer vertraglichen Form umgesetzt. Auch die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlung der Patienten ist im § 73 Abs. 2 SGB V dem Hausarzt zugeordnet.

Wer noch Zweifel daran hat, ob der Hausarzt der richtige erste Ansprechpartner für einen Demenzkranken ist, muss sich nur folgende Zahlen vergegenwärtigen: Geht man von einer Million Demenzerkrankten aus, die von rund 40 000 Allge-



Bernd Zimmer

Weiterbildungsordnung ÄK Nordrhein

Die Allgemeinmedizin umfasst die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen.

Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall.

Eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten:

- der Familienmedizin und der Besonderheiten ärztlicher Behandlung von Patienten in ihrem häuslichen Milieu, in Pflegeeinrichtungen sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld, auch im Rahmen der Hausbesuchstätigkeit
- der Behandlung und ärztlichen Betreuung chronisch kranker, multimorbider und sterbender Patienten
- der hausärztlichen Besonderheiten der Diagnostik und Therapie geriatrischer Patienten einschließlich der geriatrischen Rehabilitation
- 100 selbstständig dokumentierte Fälle der Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Therapie und ggf. Rehabilitation von Gesundheitsstörungen oder Krankheitsbildern, bei denen geriatrische Besonderheiten im Vordergrund stehen

Tabelle 4

SGB V

§ 73 (1) Vertragsärztliche Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,
2. die **Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen**,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie **die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen**.

Tabelle 5

meinärzten betreut wird, macht das pro Hausarzt etwa 25 Demente, die er zu versorgen hat. Das ist auch menschlich zu schaffen. Will man die Betreuung in die Hände der Nervenärzte legen, liegen die Probleme auf der Hand. Ein Nervenarzt hätte dann im Schnitt über 300 Demente zu betreuen, eine schier unlösbare und nicht zu verkraftende Aufgabe (Abbildung 1).

Der Vorwurf an die Hausärzte, sie würden z.B. eine Demenzerkrankung nicht erkennen, ist nicht haltbar. Nach wie vor ist die Demenz eine Suchdiagnose und keinesfalls eine Bringdiagnose. Was heißt das konkret? Wenn der Patient die Praxis betritt und bei sich selbst eine Demenz diagnostiziert hat, hat er in der Regel keine, beziehungsweise leidet er möglicherweise an einer Depression. Oder die Angehörigen vermuten eine Demenz und stellen den Kranken in der Regel gleich beim Nervenarzt vor, weil es sich dann schon um ein fortgeschrittenes Stadium handelt. Deshalb ist die Trefferquote bei den Nervenärzten auch so hoch. Schließlich ist es

Behandlung von Demenzkranken

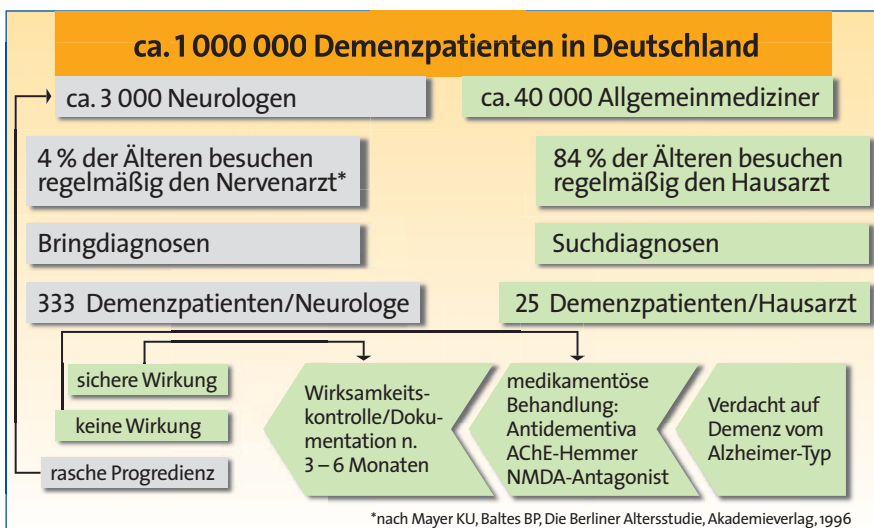


Abbildung 1: Die flächendeckende Behandlung von Demenzkranken ist mit der relativ geringen Anzahl von Neurologen nicht zu bewältigen.

eine Tatsache, dass eine schwere Demenz oder eine schwere Depression leicht zu diagnostizieren sind, leichte Formen oder frühe Stadien hingegen sehr schwer.

Was auch für den Hausarzt als ersten Ansprechpartner spricht: Bei der Check-up-Untersuchung werden viele Dinge geprüft, allerdings bisher noch nicht einmal ansatzweise, ob möglicherweise eine Demenz vorliegt. Im Rahmen dieses Gesundheits-Checks könnte beispielsweise systematisch ein Demenz-Screening bei über 60-Jährigen eingeführt werden.

Eine kleine Verbesserung bringt der ab April 2005 gültige neue EBM 2000 plus. Hier wird zum ersten Mal eine Leistung „hausärztlich-geriatrisches Basisassessment“ eingeführt, bei dem der dritte obligate Leistungsinhalt die Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren ist (Tabelle 6). Das bietet zumindest einen kleinen Anreiz für Hausärzte, die Demenzdiagnose als Suchdiagnose

Bereiche für ein geriatrisches Screening, EBM-GOP 03341 „hausärztlich-geriatrisches Basisassessment“

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS)
- Beurteilung der Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed „up & go“, Tandem Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment)
- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, ZVT oder TFDD)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt

einmal im Behandlungsfall: 350 Punkte
je Krankheitsfall zweimal abrechenbar

Auszug aus EBM – Stand 18.01.2004 (KBV – Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V)

zu etablieren. Gleichzeitig aber wird der neue EBM dafür sorgen, dass die individuelle Fortbetreuung von Patienten im Heim durch den Hausarzt sicherlich einen Rückschlag erleiden wird. Denn wenn Hausärzte ihre vielleicht vier bis fünf Patienten gerne an andere Ärzte abgeben möchten, da sich die Betreuung nicht mehr rechnet, ist das für die Kranken ein herber Schlag. Denn vor dem Hintergrund, dass heute fast ein Drittel der alten Leute alleine lebt und davon noch ein Teil ins Heim muss, ist es insbesondere für diese schlimm, wenn sie noch ihren letzten Bezugspartner – ihren Hausarzt – aufgeben müssen, weil dieser sich bei 10 Euro pro Visite die Weiterbehandlung eines einzelnen Patienten nicht mehr leisten kann.

Hausarztzentrierte Versorgung

Aber es gibt ja auch positive Perspektiven: z.B. hat die Barmer Ersatzkasse den ersten bundesweiten Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen. Aber inwieweit löst man damit das Problem der Versorgung von Demenzkranken?

Zunächst wurde hier die gesetzliche Forderung erfüllt, dass der Patient einen Hausarzt als ersten Ansprechpartner wählt. Ein weiterer wichtiger Interaktionspartner ist der Apotheker, der einen Medikamenten-Interaktionscheck durchführt. Das ist sehr sinnvoll, denn das wichtigste Formular in der Praxis ist das Kassenrezept. Im Rahmen des Chipkartentourismus kam und kommt es beispielsweise vor, dass Patienten an vier Stellen durchaus dreimal den gleichen Wirkstoff unter verschiedenen Präparatenamen erhalten. Wichtig ist, dass der Apotheker nun in der Lage ist, dies festzustellen und den Patienten auf mögliche Gefahren aufmerksam zu machen. Er rät ihm, seinen Hausarzt aufzusuchen. Auch kann der Apotheker dem Arzt eine Rückmeldung geben. Hier bietet sich eine weitere Chance, was die Früherkennung einer Demenz angeht. Kommt ein Patient in die Apotheke und möchte gerne ein Mittel gegen Gedächtnisstörungen haben, kann der Apotheker steuernd eingreifen:

„Denken Sie doch mal darüber nach, sich beim Hausarzt untersuchen zu lassen, bevor Sie das Präparat einnehmen.“ Vielleicht handelt es sich nämlich um einen Patienten, der sich gerade in der Grauzone von zwei Jahren befindet und bemerkt hat: Mit mir stimmt etwas nicht. Ein Arztbesuch kommt deswegen aber noch nicht in Frage. Die Früherkennung einer Demenz zu fördern ist deshalb sicherlich ein positiver Nebeneffekt des Barmer-Vertrages. Auch die Apotheker scheinen das so zu sehen, denn die Landesapothekerkammer Hessen hat diesen Punkt bereits auf ihre Jahresfortbildung gesetzt, damit sich die Apotheker in Sachen Demenz weiter qualifizieren können.

Ist eine Demenz diagnostiziert worden, ist es wichtig, dass der Hausarzt dem Patienten klipp und klar sagt, was los ist. Wenn er den Patienten beruhigt: „Ach, das ist das Alter,

Positive Effekte mit moderner, medikamentöser Therapie

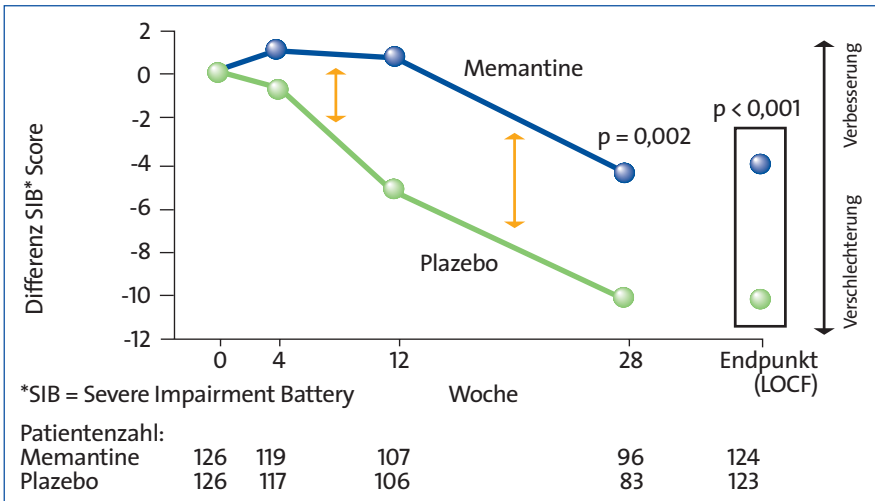


Abbildung 2: Im Vergleich zu früher stehen Ärzten heute wesentlich bessere Medikamente zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zur Verfügung. Memantine z.B. verzögert den Krankheitsverlauf und erhält – wie hier exemplarisch gezeigt – die kognitiven Funktionen länger.
nach Reisberg et al., 2003

das wird sich schon wieder einrenken“, kann er den Patienten nicht durch das System leiten und auch nicht alle Therapieoptionen aufzeigen. Außerdem kann der Patient nur frühzeitig informiert – solange er noch dazu in der Lage ist – relevante Entscheidungen für seine Lebensplanung treffen. Auch die Angehörigen müssen über die Möglichkeiten und die Sachlage informiert werden. Dann und nur dann erfüllt der Hausarzt seine Rolle als Integrator der Versorgung des Patienten.

Angeichts der zum Teil erheblichen Nebenwirkungen von Demenzpräparaten scheuten Ärzte häufig auch die Diskussion mit Patienten oder Angehörigen. Mit der neuen Auflage der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Demenz haben Hausärzte hier ein wenig Rückendeckung bekommen. Hier wird klar aufgezeigt, dass es unstrittig besser ist, z.B. ein Präparat einzuneh-

Umfassende Aufgaben des Hausarztes

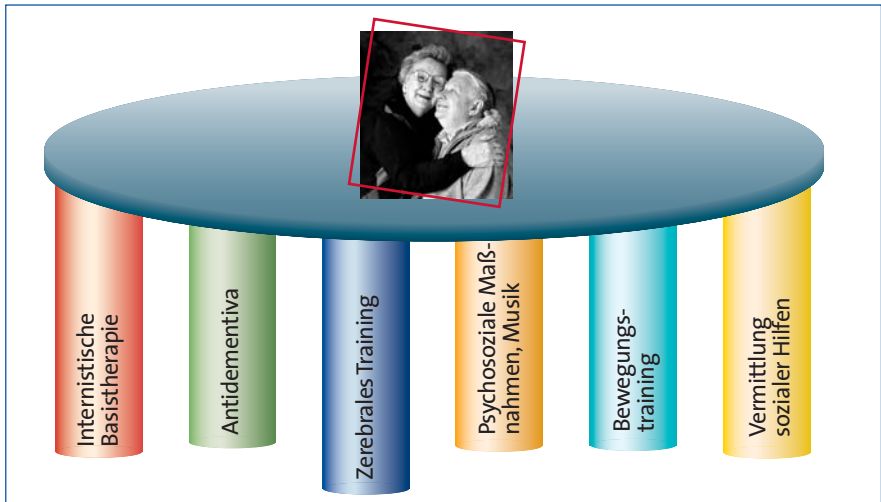


Abbildung 3: Die Aufgaben des Hausarztes bei der Betreuung von Demenzkranken sind weitreichend. Neben der medikamentösen Therapie müssen beispielsweise auch psychosoziale Maßnahmen eingeleitet oder soziale Hilfen vermittelt werden.

men als gar nichts zu tun. Und es gibt mittlerweile zugelassene Medikamente für mittlere und späte Formen der Alzheimer-Demenz, bei denen früher eine therapeutische Lücke herrschte. Der NMDA(N-Methyl-D-Aspartat)-Antagonist Memantine zeichnet sich durch nachgewiesene Wirksamkeit und gute Verträglichkeit aus (Abbildung 2). Er greift als einziges Antidementivum spezifisch am glutamatergen Neurotransmittersystem an und hat neuroprotektives Potenzial.

Nach wie vor sind die Richtgrößen das größte Hemmnis, mit denen Hausärzte – aber auch andere Facharztgruppen – zu kämpfen haben. Bei einem Budget von rund 40 Euro pro Monat und Patient ist es nicht möglich, hier Antidementiva unterzubringen. Hinzu kommt, dass der Patient häufig multimorbid ist und weitere Medikamente benötigt.

Bei der integrierten Versorgung ist es aber nicht damit getan, dass Herzinsuffizienz, Diabetes und andere Begleiterkrankungen behandelt werden und der Patient medikamentös versorgt wird (Abbildung 3). Der Hausarzt muss auch die Integration des Patienten in seinem Umfeld weiter sichern helfen. So muss der Hausarzt die Angehörigen darüber informieren, dass der Patient z.B. nicht bösartig geworden ist, sondern dass er eben krank ist. Wird der Patient lethargisch, hilft möglicherweise ein Bewegungstraining. Außerdem muss sichergestellt werden, wer für den Patienten später zuständig ist. Betreuungsverfügungen, Bevollmächtigungen und Patientenverfügungen sind hier – frühzeitig vorgenommen – der richtige Weg. Im Sinne der integrierten Behandlungen ist dem Patienten klar zu machen, dass er – solange er noch entscheidungsfähig ist – bestimmen kann, wer ihn im Falle der Entscheidungsunfähigkeit wie versorgen soll.

Im Sinne der integrierten Versorgung stellt sich auch die Frage: Warum ist es bis heute nicht durchsetzbar gewesen, dass Hausärzte beratend von Krankenhausärzten hinzugezogen werden? Gerade bei diesen schwierigen Patienten mit komplexen Problemen, die der Hausarzt am besten kennt, wäre dies sehr sinnvoll. Insbesondere bei der Entlassung des

Patienten sollte der Hausarzt einbezogen werden. Bisher jedenfalls ist es so, dass Kranke z.B. nach einem Zusammenbruch nach einigen Tagen am Wochenende aus dem Krankenhaus entlassen werden und zu Hause gar nicht die für sie nötigen entsprechenden Strukturen vorfinden. Eine integrierte Überleitung Krankenhaus – Hausarzt ist hier der flächendeckende Weg.

Die Therapiezielvereinbarungen müssen mit dem Patienten und den Angehörigen besprochen werden. Denn es macht überhaupt keinen Sinn, einem mittelgradig Demenzen Präparate mitzugeben (mit nicht unerheblichem Nebenwirkungsprofil), ohne sichergestellt zu haben, dass jemand die Einnahme kontrolliert. Ansonsten kommt es vor, dass der Patient ein Medikament mehrmals am Tag einnimmt, weil er die letzte Einnahme schlichtweg vergessen hat. So kommt es dann zu Komplikationen, weil er eigentlich nur eine Tablette hätte nehmen dürfen. Um die Integration des Kranken in den Alltag mit den Angehörigen zu sichern, ist es auch hilfreich, Listen mit Adressen der Angehörigen von Alzheimer-Patienten, Pflegeberatungsstellen, Versorgungsämtern mitzugeben. Es ist ungeheuer hilfreich, mit Menschen zu reden, die schon entsprechende Erfahrungen gemacht haben. Erfahrung aus Betroffenheit

ist überzeugend, wenn ein Mitglied der Angehörigengruppe sagt: Du schaffst das! Wir stehen Dir bei! Wir lösen Dich auch am Wochenende mal drei Stunden ab, wenn Du den Gottesdienst besuchen willst!

Demenzkranke richtig betreuen

- Demenztherapie erfordert ein komplexes Therapiekonzept mit einer fundierten hausärztlichen Basistherapie
- Frühzeitige Diagnosestellung erlaubt Lebens- und Therapieplanung unter bestmöglicher Nutzung der Therapieoptionen
- Die evidenzbasierten Antidementiva
 - zeigen Wirksamkeit auf Kognition und Alltagskompetenz, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit
 - verlangsamen die Krankheitsprogression
 - erleichtern die pflegerische Betreuung zu Hause und im Heim
 - werden ausgewählt nach Krankheitsstadium, Verträglichkeit, Interaktionspotenzial und Begleitwirkungen im individuellen Einzelfall

Tabelle 7

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Demenztherapie erfordert ein umfassendes Therapiekonzept. Es nützt nichts, wenn z.B. nur eine Klinik und eine Praxis zusammenarbeiten. Notwendig ist die Integration von allen beteiligten Gruppen, wie Pflegediensten, Apotheken, Sozialdiensten, Pflegeberatungsstellen usw.. Wichtigstes Ziel, das erreicht werden sollte, ist die frühzeitige Diagnosestellung der Demenz. Denn nur wenn eine Demenz frühzeitig erkannt wird, können die derzeit angebotenen Therapieoptionen optimal genutzt werden und kann der Patient mit seinen Bezugspersonen noch eine Lebensplanung gemäß eigenem Willen festlegen.

Zusammenfassung

- Die Demenztherapie erfordert ein komplexes Therapiekonzept mit einer fundierten hausärztlichen Basistherapie.
- Frühzeitige Diagnosestellung erlaubt Lebens- und Therapieplanung unter bestmöglicher Nutzung der Therapieoptionen.
- Evidenzbasierte Antidementiva können die
 - Kognition und Alltagskompetenz, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit verbessern,
 - Krankheitsprogression verzögern und
 - pflegerische Betreuung zu Hause und im Heim unterstützen.

Bisher nur Mogelpackungen:

Die Klinik als Teil der integrierten Versorgung

PROFESSOR DR. INGO FÜSGEN

Im GKV-Modernisierungsgesetz wird explizit eine Aufhebung der Versorgungsebenen gefordert. Die Wirklichkeit sieht aber anders aus: In den derzeitigen Verträgen bleiben Krankenhäuser bei der integrierten Versorgung weitgehend außen vor. Anstatt die Auflösung verschiedener Versorgungsebenen für große chronische Patientengruppen anzugehen, wenden sich die Krankenkassen streng begrenzten Krankheitsverläufen oder der hausarztzentrierten Versorgung zu.

Betrachtet man, was Ende 2004/Anfang 2005 bezüglich der integrierten Versorgung passiert ist, dann haben Krankenkassen vor allen Dingen Verträge mit Haus- oder Facharztverbänden abgeschlossen. Die 284 abgeschlossenen Verträge (Abbildung 4) bringen in der Regel keinen Gewinn für das Krankenhaus. Und bei diesen „Integrationsverträgen“ kommt es nicht zu einer Aufhebung des ambulanten und stationären Bereiches. Im Gegenteil – oft wird sogar eine weitere Trennung vorgesehen. Insgesamt, so scheint es, sind die Krankenkassen bisher mehr an Preisreduktionen interessiert als an einer wirklichen Überschreitung der verschiedenen Versorgungsebenen. Das zeigt sich auch an den wenigen Verträgen, bei denen ein Krankenhaus einbezogen wurde. Beispiel Endoprothetik. Hier gibt es einen Vertrag über Krankenhausoperationen, angegliedert ist meist noch eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitationseinrichtung. Die einweisenden Ärzte bekom-



*Prof. Dr. med.
Ingo Füsgen*

men eine kleine zusätzliche Vergütung. Es handelt sich also keineswegs um einen sektorenübergreifenden Vertrag.

Teilweise betreiben die Krankenkassen dabei regelrechte Rosinenpickerei. Beispielhaft ist das Oldenburger Onkologiemodell zu nennen. Hier sind Krankenhaus, eine Apotheke und eine Schwerpunktpraxis Vertragspartner der Kassen. Hintergrund des Ganzen: Das Krankenhaus weigerte sich, die onkologischen Patienten zu behandeln, da es die Leistungen nicht mehr kostendeckend erbringen konnte. Deshalb wurde die Schwerpunktpraxis einbezogen. Somit wurden mit Hilfe dieses Vertrages lediglich Kosten verlagert – von wirklicher integrierter Versorgung keine Spur.

Vorzeigeprojekt des Bundesgesundheitsministeriums für eine sektorenübergreifende Versorgung ist das „Integra-Projekt Halle“. Beteiligte sind ein kleines Krankenhaus in Halle, eine Poliklinik, ein Reha-Zentrum und 19 niedergelassene

Jede Menge Integrationsverträge der Kassen

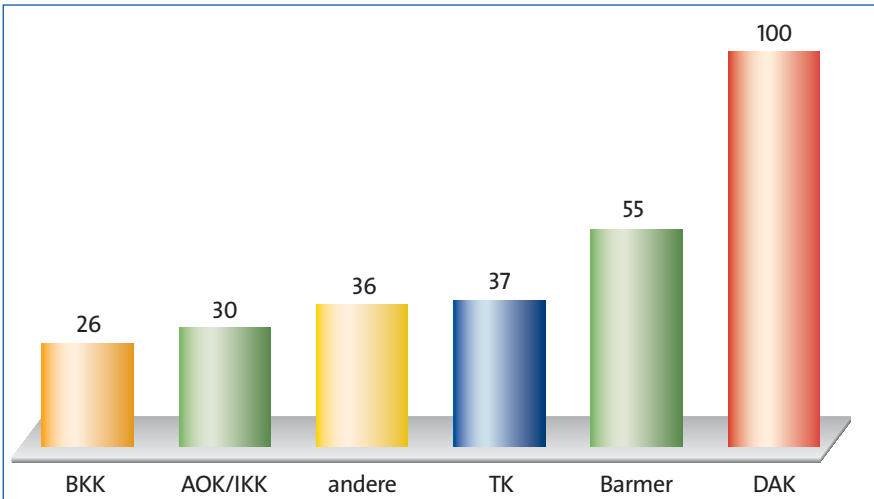


Abbildung 4: Eine wirkliche Überschreitung der verschiedenen Versorgungsebenen haben die Krankenkassen mit den zahlreichen, im letzten Jahr abgeschlossenen Integrationsverträgen nicht realisiert.

Ärzte. Das hört sich alles zunächst sehr gut an, auf den zweiten Blick wird aber deutlich, was wirklich dahintersteckt: Die niedergelassenen Ärzte sind an einer Zusammenarbeit interessiert, weil sie außerhalb des Budgets eine Pauschale bekommen. Die Krankenkasse ist daran interessiert, weil sie die Leistungen um 30 % billiger bekommt. Der Vorteil des teilnehmenden Krankenhauses: Ohne den Vertrag wäre es vermutlich geschlossen worden (Tabelle 8). Die Beispiele zeigen: Die Verträge haben bisher wenig mit einer sektorenübergreifenden Versorgung für große, chronisch kranke Patientengruppen zu tun. Dabei müssen integrierte Verträge für altersabhängige Krankheitsbilder her, die in ho-

Alle Beteiligten beim „Integra-Modell“ zufrieden

- Niedergelassener Arzt: Fallpauschale für Op. und Behandlung
- VdAK: Fallpauschale 30 % niedriger als Regelversorgung
- Krankenhaus: überlebt

Tabelle 8

Anzahl der Demenzkranken wird wachsen

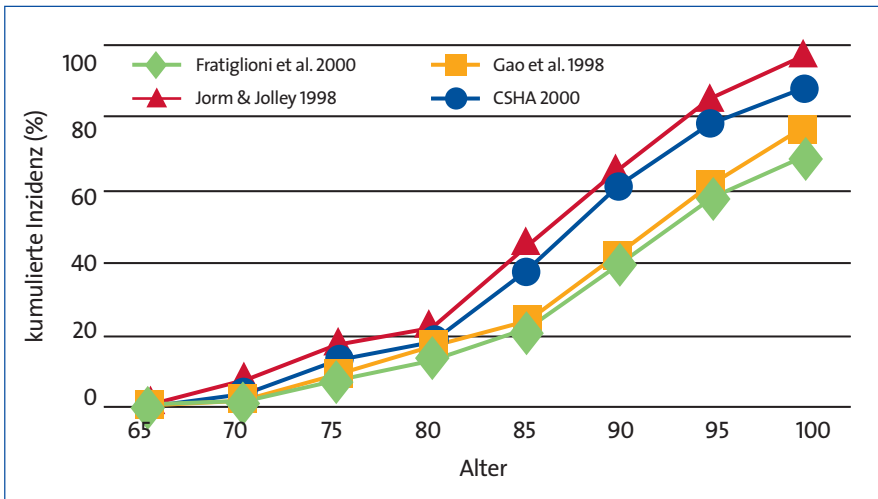


Abbildung 5: Mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Da die Menschen immer älter werden, ist in Zukunft mit einem erheblichen Anstieg der Patientenzahlen zu rechnen.

hem Maße mit chronischem Verlauf, Progression, Unselbstständigkeit und Hilfebedarf verbunden sind. Demenz, Osteoporose, Harninkontinenz, Muskel- und Gelenkerkrankungen, Arthrosen, Herzinsuffizienz sind wirkliche Probleme, die es in Zukunft zu lösen gilt. Gerade bei der Demenz ist mit einem erheblichen Anstieg der Patientenzahlen zu rechnen (Abbildung 5). Zudem werden sich die Kosten laut ökonomischen Berechnungen in diesem Bereich bei den über 80-Jährigen innerhalb der nächsten Jahre verdreifachen. Dabei ist die Betreuung Dementer sowohl im hausärztlichen als auch im Pflegeheimbereich jetzt schon nicht immer optimal geregelt. Eine Befragung unter 400 Hausärzten hat beispielsweise ergeben, dass sich über die Hälfte scheut, über die Krankheit Demenz zu reden. 65 % der Heimbewohner sind neben ihrer altersabhängigen Multimorbidität an Demenz erkrankt. Und auch die Verordnungszahlen zeigen, dass es Probleme in der Versorgung gibt: Bisher werden nur 8 % der Demenzkranken im niedergelassenen Bereich mit Antidementiva behandelt. Eine Göttinger Erhebung über die medikamentöse Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen ergab, dass die Behandlung mit ruhig stellenden Medikamenten im Vordergrund steht, eine antidementive Behandlung wird nicht erwähnt. Wenn aber keine Behandlung erfolgt, kann auch keine Verbesserung oder auch kein Stillstand der Erkrankung erzielt werden.

Die obigen Ausführungen zeigen: Es muss im Sinne und Interesse der Krankenkassen sein, für geriatrische Giganten wie Demenz integrierte Modelle zu entwickeln und Pauschalen zu vereinbaren. Die Frage, ob dies oder jenes sinnvoll ist, muss dann nicht die Krankenkasse beantworten, sondern wird jeweils im Behandlungspfad entschieden.

Das Problem wurde mittlerweile auch erkannt. Dennoch scheuen sich Krankenkassen, Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte, eine globale Lösung anzugehen.

Nach Vorstellung der AOK Rheinland soll im Kern eines integrierten Netzes für multimorbide Patienten das Krankenhaus stehen, an das niedergelassene Haus- und Fachärzte,

ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittellieferanten, Apotheken und Selbsthilfeeinrichtungen angebunden werden.

In Wuppertal wurde ein „Medizinisch-Integratives Versorgungsmodell für Altenhilfeeinrichtungen“ (MIVA) entwickelt, das jederzeit flächendeckend erweitert werden könnte (Abbildung 6). Die Kliniken St. Antonius verhandeln hier seit über einem Jahr mit der Barmer, mit dem Ziel, eine Fallpauschale für die Versorgung von Heimbewohnern auf den unterschiedlichsten Versorgungsebenen zu erhalten. Im Hinblick auf die Betreuung multimorbider und dementer Patienten würde das Konzept den gesundheitspolitischen Vorstellungen entsprechen. Hier könnten sowohl die medizinische Qualität gesteigert (Tabelle 9) als auch Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Dennoch ist es

Vorzeigemodell MIVA

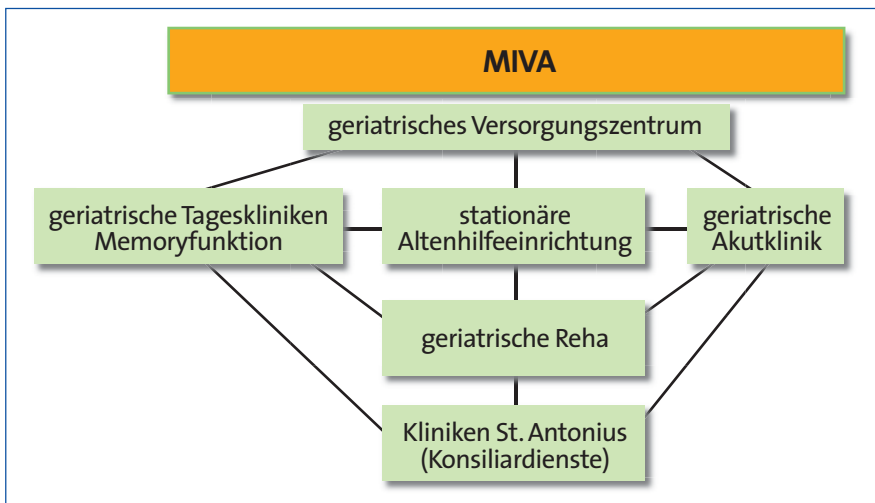


Abbildung 6: MIVA, ein medizinisch-integratives Versorgungsmodell für Altenhilfeeinrichtungen, könnte jederzeit flächendeckend erweitert werden und entspricht den gesundheitspolitischen Vorstellungen. Bisher kommen aber die Verhandlungen mit den Krankenkassen keinen Schritt voran.

Angestrebter Integrationsgewinn

- **Steigerung der medizinischen Qualität der Versorgung**
- Förderung der Kontinuität in der Patientenversorgung
- Verminderung der Schnittstellenproblematik
- Sicherstellung der interdisziplinären Versorgung
- Sicherstellung der transsektoralen Kooperationen
- Sicherstellung einer am Bedarf orientierten ärztlichen Versorgung
- Durch einheitliche Dokumentation und Kodierung Transparenz von Krankheitsverläufen
- Erstellung von Behandlungspfaden
- Nutzung von Innovationspotenzialen durch organisierten Informationsaustausch zwischen praktischer medizinischer Tätigkeit für Altenheimpatienten und Qualitätssicherung bzw. wissenschaftlicher Begleiterfassung
- Datenaustausch über Institutsgrenzen hinweg (elektronisch und konventionell) und damit Gewinn neuer Vorstellungen für die notwendige Zusammenarbeit
- Qualitätskontrolle über eine standardisierte Patienten- und Arztbefragung möglich
- Umsetzung der politisch gewollten integrativen Versorgung für chronisch Kranke
- Verminderung der Re-Hospitalisierung
- Kostengünstige und patientenorientierte geriatrische Therapie
- Vermeidung von kostenaufwendigen Transporten und Notfallmaßnahmen
- Kooperative Apothekeneinbindung zur Kostenminderung der Pharmakotherapie
- Durch zentrale Führung des Projektträgers, hier der Kliniken St. Antonius GmbH, Vermeidung von Doppelverordnungen im Rahmen der stationären und ambulanten Pharmakotherapie, aber auch Vermeidung von unnötigen diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen anderer Art

bisher zu keinem Abschluss gekommen – warum? Der Verwaltungsaufwand ist enorm: Die Barmer Ersatzkasse rechnet vermutlich, um zu sehen: Wird es billiger? Die Berechnungen der Gesamtkosten für einen Pflegeheimpatienten gestalten sich aber schwierig. Eine Vereinbarung, dass die Leistungserbringer für jeden Patienten das bekommen, was sie zuvor schon erhalten haben, ist auch nicht möglich. Denn es ist einerseits damit zu rechnen, dass mit intensiveren Maßnahmen z.B. mit steigenden Therapiekosten durch die Einhaltung von Leitlinien die Pharmakosten gesenkt werden können. Auf der anderen Seite entsteht ein höherer Aufwand an Kosten für die Heilmaßnahmen. Dazu muss sich natürlich auch das Krankenhaus entscheiden: Welche Leistungen (bis hin zur Notfallversorgung) kann ich für die Pauschale leisten? Die Einbeziehung von Apotheken gestaltet sich ebenfalls als schwierig, obwohl hier große Einsparpotenziale verwirklicht

Netzwerkmanagement

- Betriebswirtschaftliche Begleitung des Modells
- Aufbau von Netzstrukturen in Abstimmung
- Sicherstellung eines einheitlichen Controllings
- Abschluss von Zielvereinbarungen
- Einheitliches Konzept für Informationstechnologie und Datenfluss
- Implementierung von Bonus- und Prämienregelungen

Tabelle 10

werden könnten. Widerstände gibt es auch bei den Therapeuten, den Pflegeheimen usw.

Insgesamt scheint ein Vertragsabschluss vor allem schwierig zu sein, da jeder der Beteiligten Angst hat, nicht entsprechend an der Fallpauschale beteiligt bzw. übervorteilt zu werden. Um diese Ängste abzubauen bzw. ein echtes integratives Versorgungsmodell aufzubauen, wäre ein externes Netzwerkmanagement denkbar, welches das Vertrauen aller Beteiligten genießt. Als neutraler Dienstleister begleitet das Netzwerkmanagement das Modell betriebswirtschaftlich und hilft bei Bedarf, entsprechende Netzstrukturen zu bilden (Tabelle 10). Weitere Aufgaben wären:

- Ein einheitliches Controlling,
- Zielvereinbarungen mit den jeweiligen Gruppierungen abschließen,
- ein einheitliches Konzept für Informationstechnologie und Datenfluss einrichten,
- Einführung und Überwachung von Bonus- und Prämienregelungen für die Beteiligten.

Um insgesamt integrative Versorgungsmodelle für große Krankheiten voranzutreiben, sollten die betriebswirtschaftlichen Berechnungen nicht zum Hemmnis werden. Besser wäre es sicherlich, wenn Modelle erprobt werden und z.B. nach drei Monaten geschaut wird, ob sich das Modell rechnet. Lohnt es sich, das Konzept weiterzuverfolgen, oder sollte es besser beendet werden?

Die Möglichkeiten der integrierten Versorgung müssen so genutzt werden, wie der gesundheitspolitische Anspruch bei der Erstellung des Gesetzes war. Die großen Gesundheitsprobleme in Deutschland müssen einer besseren und kostengünstigeren Versorgungsqualität zugeführt werden. Dazu gehören ohne Zweifel auch die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und ganz besonders die Versorgung von Demenzkranken.

Apotheken in der integrierten Demenzversorgung

Beratung, Information und Service unterstützen Therapieerfolg

HEINZ-GÜNTER WOLF

Nicht nur die richtige Diagnose und die richtige Therapie sind entscheidend für den Behandlungserfolg, sondern auch die richtige Anwendung von Arzneimitteln. Diese stellt gerade für demenzerkrankte, multimorbide Patienten eine mitunter schier unlösbare Aufgabe dar. Hier kann der Apotheker mit Hilfe von umfangreichen Beratungs- und Leistungsangeboten wesentlich dazu beitragen, den Therapieerfolg zu sichern.

Bisher wurde der Schnittstelle Arzt – Apotheker im Gesundheitswesen kaum Beachtung geschenkt. Wenn Arzt und Apotheker sich kennen, wie es häufig auf dem Land anzutreffen ist, funktioniert die Zusammenarbeit gut. Ansonsten findet die Zusammenarbeit eben häufig nicht statt. Dies wird sich zumindest für die Patienten der Barmer Ersatzkasse ändern. Im Rahmen des neuen Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung wurden die Apotheker mit ins Boot geholt. Das ist logisch und konsequent, denn eine erfolgreiche Behandlung ist auch davon abhängig, dass Patienten die verschriebenen Arzneimittel vorschriftsmäßig einnehmen. Gerade für Demente, die häufig multimorbid sind, stellt die korrekte Medikamenteneinnahme ein großes Problem dar. Und je dementer der Patient ist, umso größer werden die Schwierigkeiten, die Compliance nimmt ab (Tabelle 11). So ist es für einen dementen, rheumatischen Patienten kaum möglich, z.B. eine Tablette aus einem Blister zu entnehmen.



Heinz-Günter Wolf

Arzneimitteltherapie bei Demenz

- Wichtiger Bestandteil der Therapie
- Defizite in der Versorgung
- Praktische (körperliche oder geistige) Schwierigkeiten bei der Arzneimittelanwendung
- Z. T. eingeschränkte Mobilität der Patienten
- Therapiebegleitung (chronische Erkrankung)
- Compliance (Faktor für den Therapieerfolg)
- Arzneimittelbedingte Morbidität

Auch die eingeschränkte Mobilität von Patienten stellt mitunter ein Problem dar. In solchen Fällen muss der Apotheker in Zukunft zum Patienten kommen (Tabelle 11).

Häufig sind an der Versorgung bzw. Pflege dieser Patienten viele Berufsgruppen (Ärzte, Pflegedienste etc.) und Angehörige beteiligt.

Tabelle 11

Eine intensive Zusammenarbeit und die Kommunikation aller relevanten Punkte (z.B. bezüglich Anwendung, Dosierung, Nebenwirkungen, Interaktionen, Sicherheit, Lagerung des Arzneimittels) sind zwischen den Beteiligten erforderlich. Hier kann der Apotheker in der Versorgung vor Ort mit Hilfe von Beratungsangeboten und der Sicherung des Informationsflusses zwischen den Beteiligten wesentlich dazu beitragen, die Arzneimittelsicherheit für den Patienten zu verbessern (Tabelle 12). Denn in der Apotheke laufen die Rezepte zusammen, und somit ist es an dieser Stelle möglich, Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamenten aufzudecken. Schließlich erhält ein Patient häufig verschiedene Rezepte von verschiedenen Ärzten, ohne dass Arzt A

Schnittstelle in der Versorgung

- Beteiligte: Patient, Angehörige, Arzt, Pflegepersonal, Apotheker
- Umfangreicher Informationsaustausch zur Arzneimitteltherapie erforderlich
- Schnittstelle Apotheke
- Versorgung auch mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln vor Ort

von der Verordnung des Arztes B weiß. Zusätzlich deckt sich der Patient auch mit freiverkäuflichen Medikamenten ein, die ebenfalls Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln haben können.

Im hausarztzentrierten Vertrag der Barmer Ersatzkasse mit dem Deutschen Hausärzteverband und dem

Tabelle 12

Deutschen Apothekerverband wird dieses Problem nun zumindest in Teilen gelöst. Hier hat der Hausarzt Anspruch auf Information durch den Hausapotheker, der Rücksprache mit dem Hausarzt bei möglichen Doppelverordnungen oder eventuellen Wechselwirkungen hält. Oder der Hausarzt, der mit seinem Patienten im Sprechzimmer sitzt, fordert beim Apotheker z.B. den neuesten Auszug des Medikamentenprofils mit den entsprechenden pharmazeutischen Bemerkungen per Fax an.

Sicherlich ist das nur eine 90%ige Lösung, denn man kann Patienten letztendlich nicht verbieten, ihre Medikamente woanders als in der gewählten Hausapotheke zu kaufen. Aber immerhin ist es ein Anfang. Es ist auch angebracht, das Krankenhaus ebenfalls in den Informationsfluss einzubinden.

Je nach Bedarf warten Apotheken mit einem ganzen Baukasten an pharmazeutischen Leistungsangeboten auf. Zunächst ist es wichtig, eine Bedarfsanalyse zu erstellen: Ist die Mobilität des Patienten eingeschränkt, benötigt er andere Angebote als ein Patient, der eine Apotheke noch selbst aufsuchen kann (Tabelle 13).

Pharmazeutische Leistungen

■ Information des Patienten

Ziel: sachgerechte Anwendung der Arzneimittel, z.B. zu

- Anwendung
- Dosierung
- Nebenwirkungen

■ Prüfung der Gesamtmedikation

Ziel: Erkennen, Vermeiden, Lösen von arzneimittelbezogenen Problemen, z.B. in Bezug auf

- kritische Wechselwirkungen
- Nebenwirkungen
- Kontraindikationen

■ Überprüfung der Arzneimittelvorräte

z.B. auf Verfall, Stabilität und sachgerechte Lagerung

■ Pharmazeutisches Beratungsgespräch

■ **Home Service:** Bei Bedarf (z.B. immobile Patienten) Lieferung der Arzneimittel (Hilfsmittel, Medizinprodukte) bis nach Hause

■ Schnittstelle in der Versorgung

■ Patientenschulung

(da komplexe Arzneimitteltherapien und zum Teil körperliche oder geistige Einschränkungen vorliegen)

■ Hilfen zur Arzneimittelanwendung

(Anwendungssicherung), Ziel: Erhöhung der Arzneimittelsicherheit und -effektivität

- Arzneimittel-Einnahmepläne
- Anwendungssicherungen, z.B. Tablettenteiler
- Einnahmesicherungen, z.B. Dosetten

■ **Beratung zur (Arzneimittel-)Sicherheit** (Angehörige) zur Aufbewahrung von bzw.

zum Umgang mit:

- v. a. Arzneimitteln
- aber auch toxischen Chemikalien, Reinigungsmitteln, Haushaltsprodukten, Tabakwaren etc.

Tabelle 13

Multimorbide Patienten müssen durchschnittlich sieben verschiedene Arzneimittel einnehmen, manchmal sogar mehr. Gerade wenn die Medikamente von verschiedenen Ärzten rezeptiert werden, der Arzt aber nichts von der Verordnung des anderen Kollegen weiß, können mögliche gefährliche Wechselwirkungen vom Apotheker erkannt werden. Oft besteht auch ein erheblicher Schulungs- und Anleitungsbedarf. So ist es eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, einem dementen Patienten beispielsweise die Anwendung und Dosierung eines Asthmasprays zu erklären. Auch wenn der Patient vom Arzt kommt und dort alle Anweisungen erhalten hat, sind diese schnell vergessen. Der Apotheker übernimmt hier die Aufgabe, alle Anweisungen des Arztes noch einmal zu wiederholen und zu erklären.

Die Arzneimittelvorräte der Patienten sollten ebenfalls in regelmäßigen Abständen einer Bestandsaufnahme unterzogen werden. Hier tauchen mitunter unglaubliche Sachen auf, wie beispielsweise zehn jungfräuliche 100er-Schachteln eines Kalziumantagonisten. Sehr geschickt hatte der Patient seinem Arzt vorgegaukelt, er habe das Medikament eingenommen.

Oft erhält der Apotheker im Gespräch mit dem Patienten auch für den Hausarzt relevante Informationen: „Das Mittel nehme ich nicht mehr, davon bin ich immer so müde geworden.“ Über solche Gegebenheiten informiert der Apotheker dann den Hausarzt.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Apotheker vor Ort bei der integrierten Versorgung von Demenzkranken mit zahlreichen pharmazeutischen Leistungsangeboten einen wichtigen Beitrag leisten kann, um den Therapieerfolg zu sichern. Zwar gibt es noch keine wirklich sektorenübergreifenden Konzepte, aber zumindest bedeuten das Hausapothekenkonzept und der Integrationsvertrag zwischen Deutschem Apothekerverband, Deutschem Hausärzteverband und Barmer Ersatzkasse erste Ansätze.

Mehr als 60 Integrationsverträge der Barmer Ersatzkasse

Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit im Mittelpunkt

GERHARD POTUSCHEK

Die Gesundheitspolitik setzt auf integrierte Versorgungssysteme, flankierend wird die hausärztliche Versorgung präferiert. Die Barmer Ersatzkasse hat die Möglichkeiten des GMG stets als Chance begriffen und innerhalb eines Jahres bereits mehr als 60 Integrationsverträge geschaffen. Von besonderer Bedeutung ist der bundesweite Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung. Erstmals ist es gelungen, zwei wichtige Heilberufe in einem Vertrag zu vereinen.

Mit dem neuen gemeinsamen Vertrag des Deutschen Hausärzteverbandes, des Deutschen Apothekerverbandes und der Barmer Ersatzkasse sollen die Abläufe in der medizinischen Versorgung optimiert werden. Dem Hausarzt kommt dabei erhebliches Steuerungspotenzial zu. Das zeigen auch folgende Zahlen:

Im letzten Jahr verzeichnete die Barmer Ersatzkasse Leistungsausgaben in Höhe von ca. 15,42 Mrd. Euro. Bei etwa der Hälfte, ca. 8,26 Mrd. Euro, handelt es sich um „veranlasste Leistungen“. Allein der Hausarzt verordnete Leistungen in Höhe von 3,88 Mrd. Euro (47 % aller veranlassten Leistungen) wie Arzneien, Einweisungen in das Krankenhaus, Fahrkosten, Heil- und Hilfsmittel, Haushaltshilfe und Häusliche Krankenpflege (Abbildung 7).

Start des bundesweiten Hausarztvertrages war der 1.1.2005. Zunächst wurden die Hausärzte und Apotheker informiert, die sich – vorausgesetzt, sie erfüllen bestimmte



Gerhard Potuschek

Qualitätskriterien – in das Modell einschreiben konnten. Die Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte sind in Tabelle 14 ersichtlich. Seit dem 1.3.2005 erfolgt nun die Einschreibung der Versicherten bei den Leistungserbringern.

Ein Ziel des Vertrages ist es, die derzeitigen Mängel in der medizinischen Betreuung aufzuheben. Folgende Punkte haben Patienten in der Vergangenheit immer wieder beklagt:

- Informationsdefizite hinsichtlich der Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen
- Mangelhafte Aufklärung
- Eine schlechte Abstimmung zwischen den einzelnen Behandlungsschritten

Gerade in der Arzneimitteltherapie kann dieses „Nebeneinander“ in der Versorgung gefährlich sein. Der Hausarzt hat hier den Überblick über die gesamte Behandlung sowie über das soziale und familiäre Umfeld. Er steuert und koordiniert die Behandlungsschritte und führt Untersuchungs-

Verordnete Leistungen des Hausarztes

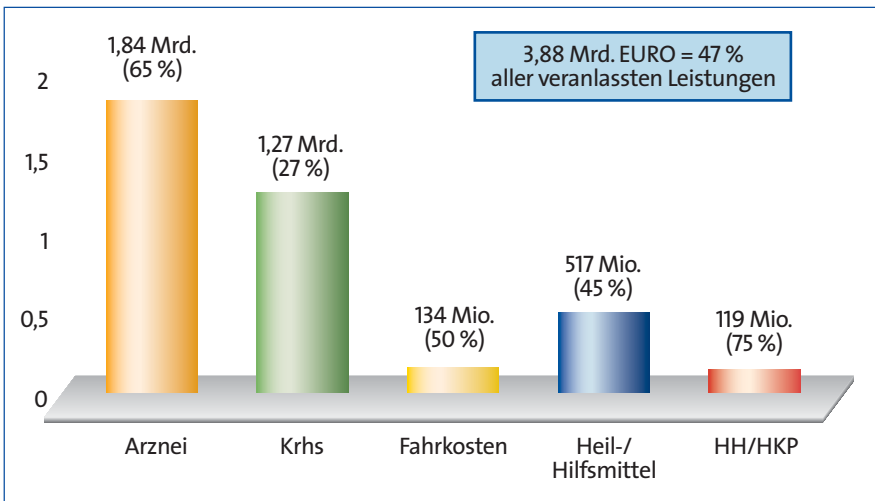


Abbildung 7: Von den Ausgaben 2004 in Höhe von 8,26 Mrd. Euro für veranlasste Leistungen der Barmer Ersatzkasse, wurden 3,88 Mrd. Euro den Hausärzten zugeordnet.

und Behandlungsergebnisse zusammen. Der Hausarzt achtet darauf, dass unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden, und er berücksichtigt bei der Behandlung Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Leitlinien.

Zusätzlich wird der Prävention eine wichtige Rolle zugeschrieben. So berät der Hausarzt ggf. auf der Grundlage eines Check-up zu Risikofaktoren und gibt Tipps zu gesunder Ernährung, mehr Bewegung, Stressabbau oder Nichtrauchen. Aus diesen Bereichen hält die Barmer Ersatzkasse auch zahlreiche regionale Vorsorgeangebote für die Versicherten vor.

Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zur Fortbildung und regelmäßigen Teilnahme an Qualitätszirkeln. In der ärztlichen Fortbildung werden auch die Diagnose und Therapie der Demenz einen großen Stellenwert einnehmen.

Die Vorteile des Hausarztprogrammes bestehen für den Hausarzt zum einen in der langfristigen Sicherung und Stärkung der Hausarztfunktion sowie der engen Bindung zwischen Versicherten und Hausarzt. Außerdem winken finanzielle Anreize (Tabelle 14).

Die Hausapotheke als zweiter Partner hat u.a. die Aufgabe, den Versicherten umfassend pharmazeutisch zu beraten.

Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

- Praxisausstattung mit Faxgerät und EDV mit Praxissoftware
- Regelmäßige hausärztliche Fortbildung – insbesondere Teilnahme an mindestens 4 Qualitätszirkeln im Kalenderjahr
- Implementierung evidenzbasierter medizinischer Leitlinien in die hausärztliche Tätigkeit ab dem 2. Teilnahmejahr
- Bereitschaft zur Durchführung akkreditierter strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten („DMP“)

Der Hausarzt: Vergütung

- Einschreibung des Versicherten: 15 € (einmalig)
- Quartalsvergütung: 5 € (pro Quartal im ersten Jahr)
- Feste Jahresvergütung ab dem zweiten Jahr: 20 € (pro Jahr)
- Gesundheitsuntersuchung einmal pro Jahr: 35 € (keine Abrechnung bei KV)
- Medikationskonto der Barmer: 16 € (max. bei 10 % der teilnehmenden Versicherten pro Arzt und Quartal)
- DMP-Vergütung: Für jeden Versicherten, der in ein DMP eingeschrieben ist, erhält der Hausarzt pro Quartal 5 € Betreuungspauschale – Voraussetzung ist, dass der Hausarzt mindestens 40 % des DMP-Potenzials eingeschrieben hat

Tabelle 14

Teilnahmevoraussetzungen für Apotheken

- Räumliche und sächliche Ausstattung, um eine umfassende qualitätsgestützte Betreuung und Beratung sicherzustellen
- Soft- und Hardware für eine Erfassung, Beratung und Verarbeitung von Daten
- Softwarekomponenten für eine software-unterstützte Überprüfung der Medikation sowie zur Erstellung und Führung von Medikationsprofilen
- Qualifikation (Absolvierung Schulungsprogramm) mindestens einer Apothekerin/Apothekers, welche/r in der Apotheke tätig ist

Außerdem erfolgt eine stärkere Verständigung zwischen Hausarzt und Hausapotheker über die Medikation des Patienten. Der Hausapotheker erstellt dazu für jeden teilnehmenden Versicherten eine Medikationsliste, in der alle Medikamente, sowohl von verschiedenen Ärzten verordnete als auch selbst gekaufte, erfasst werden. Somit wird der Hausapotheker in die Lage

Tabelle 15

versetzt, kritische Wechselwirkungen, Nebenwirkungen oder Fehldosierungen aufzudecken und den Versicherten bzw. auf Wunsch auch den Hausarzt darüber zu informieren. Welche Teilnahmevoraussetzungen die Apotheken erfüllen müssen, um sich einschreiben zu dürfen, ist aus Tabelle 15 ersichtlich. Die Vorteile für die Apotheken sind folgende:

- Stärkung der Stellung als Apotheke vor Ort
- Langfristige Bindung zwischen Kunden und Apotheke
- Bessere Zusammenarbeit zwischen Apotheke und der Barmer Ersatzkasse

Auch die Versicherten müssen bestimmte Teilnahmevoraussetzungen akzeptieren. Alle Barmer Versicherten über 18 Jahre wählen für mindestens ein Jahr einen Hausarzt und eine Apotheke ihres Vertrauens, wobei die Teilnahme freiwillig ist. Nach der Einschreibung und beim ersten Besuch in der Hausarztpraxis zahlt der Patient eine Praxisgebühr von 10 Euro. Für das restliche Jahr ist er von der Praxisgebühr befreit und spart somit bis zu 30 Euro im Kalenderjahr. Sucht der Patient aber ohne Überweisung einen anderen Facharzt auf, hat er die Praxisgebühr zu entrichten. Nur Frauen- und Augenärzte dürfen ohne Überweisung aufgesucht werden. Gleiches gilt für den Fall einer bereits bewil-

Stiftung Pflege Neue Qualitätskonzepte entwickeln

Die Barmer Ersatzkasse hat mit der neu gegründeten Stiftung Pflege, Universität Witten/Herdecke, einen Kooperationsvertrag geschlossen.

Ziel der Stiftung ist es, neue Qualitätskonzepte in der Pflege zu entwickeln und die Pflegewissenschaft zu fördern. Bei derzeit mehr als zwei Millionen langfristig pflegebedürftigen Menschen und Tausenden, die täglich in Krankenhäusern betreut werden, ist es wichtig, den gesamten Komplex Pflege künftig besser zu vernetzen.

Große namhafte Unternehmen konnten bereits als Kampagnepartner und Förderer gewonnen werden, wie z.B. die Paul Hartmann AG, Sebapharma, D2 Vodafone, Völker AG, Merz Pharma AG und viele andere.

Die Stiftung ist auf weitere Partner und Förderer angewiesen. Wer sich für die Stiftung Pflege interessiert, findet weitere Informationen zu Zielen, Gremien und Ansprechpartnern unter: www.stiftung-pflege.de

lichten psychotherapeutischen Behandlung – allerdings ist dann die Praxisgebühr erneut zu entrichten.

Außerdem verpflichtet sich der Versicherte, verordnete Arzneimittel und selbst gekaufte ausschließlich aus der gewählten Hausapotheke zu beziehen.

Die Barmer sieht in diesem Hausarzt- und Hausapothekenkonzept eine Möglichkeit, die medizinische Versorgung der Versicherten bei gleichzeitig höherer Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu optimieren.

Eine Umfrage des Kompetenznetzes Demenzen – ein vom Bundesgesundheitsministerium initiiertes Projekt – hat ergeben, dass der Hausarzt auch der richtige Ansprechpartner zum Thema Demenz ist (Tabelle 16). Im Kompetenznetz Demenzen soll nun in 200 Hausarztpraxen ein Fortbildungsangebot evaluiert werden, mit dem Ziel, eine Demenz frühzeitiger zu diagnostizieren. Es ist aber auch unerlässlich, die Angehörigen oder andere Bezugspersonen einzubeziehen. Der

Hausarzt – die richtige Perspektive

Das Ergebnis einer Umfrage des Kompetenznetzes Demenzen – ein vom Bundesministerium initiiertes Projekt – zeigt:

Hausärzte sind beim Thema Demenz ebenso engagiert wie ihre Fachkollegen

- Befragung von 400 Hausärzten/240 Neurologen und Psychiatern durch Prof. Dr. Hendrik van den Bussche/Universität Hamburg
- Ergebnis: Eine frühe Demenzdiagnose ist Hausärzten ebenso wichtig wie den Fachkollegen
- Die befragten Ärzte zeigten großes Interesse an der Fortbildung zum sozialen Umgang mit Demenzkranken und ihren Angehörigen. Im Kompetenznetz Demenzen soll in 200 Hausarztpraxen ein Fortbildungsangebot evaluiert werden

Table 16

Hausarzt ist der richtige Ansprechpartner, denn in der Regel ist er die erste Anlaufstelle für Patient und Angehörige. Er kennt die gesundheitliche Situation des Patienten oft über lange Jahre hinweg und kann somit Veränderungen erkennen und einschätzen. Außerdem kann der Hausarzt auf vielfältige Diagnostik-Verfahren zurückgreifen.

Bei einer Million Demenzkranker mit steigender Tendenz kommt auch der richtigen Arzneimitteltherapie in Zukunft große Bedeutung zu. Die Barmer verfolgt mit Interesse die Diskussionen um die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft bei Demenz (Tabelle 17). Hier geht es um die Bewertung der Arzneimittel, die zur Behandlung der Demenz momentan zur Verfügung stehen.

Eine klare Diagnosestellung muss dabei vor Beginn einer Arzneimitteltherapie erfolgen. Ebenso sollte eine regelmäßige Kontrolle der eingesetzten Therapie stattfinden. Bei der Arzneimitteltherapie für Demente ist zu hinterfragen:

- Wird durch eine Arzneimitteltherapie die Symptomatik verbessert?
- Kommt es unter der Therapie zu einer Verlangsamung oder zum Stillstand der Symptomprogression?
- Werden Krankenhausaufenthalte vermindert?

Neue Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft

Zur Alzheimer-Therapie anerkannt:

- Cholinesterase-Hemmer: Donepezil, Galantamin, Rivastigmin
 - Zulassung für die leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz
 - Hinweise auf Wirkung bei vaskulärer Demenz
 - Memantine (NMDA-Antagonist)
 - Zulassung für mittelschwere bis schwere Alzheimer-Demenz
 - Hinweise auf verbesserte Kognition bei vaskulärer Demenz
- Ginkgo biloba, Nimodipin und andere Wirkstoffe
- Studienergebnisse und Einsatz bei Alzheimer-Demenz werden kontrovers diskutiert

12/2004, 3. Auflage

Tabelle 17

■ Wird z.B. eine Heimeinweisung hinausgezögert?

Laut den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission kommen derzeit nicht nur Antidementiva mit nachgewiesener Wirkung zum Einsatz, sondern auch solche, bei denen dieser Nachweis fehlt. Unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit sollten aber nur Medikamente zum Einsatz kommen, deren Wirkung und Verträglichkeit wissenschaftlich hinreichend belegt ist.

Erwartungen der Alzheimer Gesellschaft

Chancen der integrierten Versorgung nutzen

SABINE JANSEN

Neben den bitteren Pillen der Gesundheitsreform – wie beispielsweise höhere Zuzahlungen, die die Patienten schlucken mussten – enthält das Gesetz auch Ansatzpunkte für eine bessere Versorgung der Kranken. Insbesondere haben die Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände – neben der Stärkung der Patientenbeteiligung im gemeinsamen Bundesausschuss – den § 140 a SGB V begrüßt. Bisher sind die Erfahrungen mit integrierten Versorgungsmodellen aber noch gering. Ob die Erwartungen der Alzheimer Gesellschaft erfüllt werden, muss die Zukunft zeigen.

Für die Alzheimer Gesellschaft sind zwei Begriffe im § 140 a von positiver Bedeutung, und zwar die „übergreifende“ bzw. „interdisziplinäre“ Versorgung. Insbesondere bei der Behandlung und Versorgung einer Demenz ist sowohl die Zusammenarbeit der Professionen wichtig als auch eine gute Überleitung von einem Versorgungsbereich in den nächsten. Auch dass die Teilnahme an den Versorgungsmodellen für Patienten freiwillig bleibt, wird begrüßt. Allerdings ist fraglich, wie die Kranken auf Grund ihrer Demenz die Möglichkeit der „integrierten Versorgung“ überhaupt nutzen können.

Schon der Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2001, Band 3: Anforderung an die Versorgung chronisch Kranker, formuliert: „Alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer aus unterschiedlichen Gesund-



Sabine Jansen

Defizitäre Versorgung bei Demenz

- Mangelhafte Diagnostik und Behandlung
- Fehlende Rehabilitationsangebote
- Probleme bei Aufhalten im Akutkrankenhaus
- Schlechte Überleitung
- Unbefriedigende Unterstützungsangebote im häuslichen Bereich
- Schnittstellenproblematik

Tabelle 18

heits- und sozialen Berufen sowie die entsprechenden Einrichtungen arbeiten eng zusammen, um eine auf den individuellen Patienten abgestimmte und effiziente Versorgung zu erreichen.“ Dieser wichtige Satz beschreibt gut, was man mit der integrierten Versorgung erreichen möchte. Aus Patientensicht sollten diese Ziele allerdings eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein.

Die derzeitige Versorgungslage der Demenzkranken ist als defizitär einzustufen (Tabelle 18). Das ist das Fazit aus über 6000 telefonischen Beratungen, die die Deutsche Alzheimer Gesellschaft jährlich über das Alzheimer-Telefon durchführt. Hinzu kommen die Erfahrungen aus den Mitgliedsgesellschaften. Die kritischsten Punkte sind:

- Die Diagnostik und die Behandlung von Demenzkranken sind noch mangelhaft.
- Es gibt zwar auch sehr engagierte Hausärzte und Hausärztinnen. Trotzdem rufen viele Menschen beim Alzheimer-Telefon an, die auf der Suche nach einem qualifizierten Ansprechpartner sind. Oft werden sie mit ihren Symptomen nicht ernst genommen.
- Wenn eine Diagnose erfolgt, wird der Patient nicht immer ausreichend über seine Krankheit aufgeklärt.
- Die Angehörigen beklagen, dass die Kranken im späteren Verlauf aus ihrer Sicht nicht genügend versorgt werden.

Dass Diagnostik und Behandlung zu wünschen übrig lassen, liegt zum einen sicher an dem mangelnden Wissen über Demenzerkrankungen, aber auch an wirtschaftlichen Zwängen wie beispielsweise Richtgrößen.

Rehabilitationsangebote werden für Demenzkranke zu wenig in Betracht gezogen, obwohl es durchaus einige Rehabilitationsangebote gibt, die Mut machen und beweisen, dass Rehabilitation auch bei Demenzkranken eine positive

Wirkung entfaltet. Positiv vor allem im Hinblick auf die Unterstützung der Angehörigen, auf die Auseinandersetzung mit der Krankheit und auf den Verbleib in der häuslichen Pflege.

Betroffene berichten gegenüber der Alzheimer Gesellschaft zudem immer wieder über Probleme bei Aufenthalten im Akutkrankenhaus. Die Kranken werden wegen einer anderen Problematik, z.B. einer Fraktur, ins Krankenhaus eingeliefert, oftmals wird die begleitende Demenzsymptomatik nicht entsprechend behandelt. Häufig erfolgt eine schlechte Überleitung vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Mangelnde Unterstützungsangebote im häuslichen Bereich sind ebenfalls zu beklagen. Viele Angehörige durchlaufen erst einmal eine lange Kette des Fragens und Zurechtfindens, bis sie adäquate Unterstützungsangebote finden.

Bei der Schnittstellenproblematik sind insbesondere zwei Bereiche zu nennen, die zu einer schlechten Versorgung von Demenzkranken führen:

- die Schnittstelle zwischen den verschiedenen Anbietern und
- die Schnittstelle zwischen den verschiedenen Kostenträgern.

Bei den Kostenträgern gibt es zum einen die Krankenkassen, die für den Bereich der Diagnostik, Rehabilitation und Therapie zuständig sind. Auf der anderen Seite steht die Pflegeversicherung, die den großen Bereich der Pflege finanzieren soll. Wenn es beispielsweise um eine Heimeinweisung oder um Beratungsangebote geht, kommen kommunale Träger hinzu. Es handelt sich also um eine Vielzahl von Kostenträgern, was es nicht einfach macht, zu einem abgestimmten Versorgungs- und Behandlungsangebot für Demenzkranke zu kommen.

Neben diesen schwierigen Rahmenbedingungen müssen nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen große Belastungen verkraften (Tabelle 19). Sie müssen sich zum Beispiel damit abfinden, dass sich ihre Lebensplanung ändert. Statt mit einem gesunden Partner das Rentenalter ver-

Belastungserleben der Angehörigen

- Geänderte Lebensplanung
- Auseinandersetzung mit der Krankheit
- Gefühl, „überfordert zu sein“
- Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen wie Aggressivität, Apathie, Weglauftendenz

Table 19

leben zu können, haben sie einen pflegebedürftigen Demenzkranken an ihrer Seite, den sie unter Umständen 24 Stunden nicht alleine lassen dürfen.

Die Auseinandersetzung mit der Krankheit bedeutet zunächst einen großen Schock. Oftmals leiden die Patienten schon viele Jahre unter schleichenden Symptomen, bis die

Diagnostik endlich Gewissheit bringt. Aber diese Wahrheit kann auch Erleichterung bedeuten, wenn der Angehörige weiß: Es handelt sich nicht um persönliche Verletzungen des Patienten ihm gegenüber, sondern um eine Krankheit. Die Angehörigen müssen mit herausfordernden Umgangsformen klarkommen wie beispielsweise Aggressivität, die oft einen Grund darin hat, dass der Kranke z.B. mit Situationen konfrontiert wird, die er nicht mehr durchschauen kann. Sehr belastend kann auch die Weglauftendenz sein.

Welche Probleme derzeit in der Demenzversorgung auszumachen sind, sollen die folgenden drei typischen Beispiele verdeutlichen:

- Herr M. wird zur Abklärung von unklaren Symptomen in eine Tagesklinik aufgenommen. Hier erfolgen Diagnostik und Therapie. Vorhandene Fähigkeiten werden mobilisiert. Die Angehörigen werden informiert und evtl. auch geschult. Dann ist es aber oftmals so: Der Patient wird entlassen, die Therapie wird nicht weiterverfolgt.

- Frau T., allein lebend, kommt nach einem Sturz ins Akutkrankenhaus. Durch den Umgebungswechsel verstärkt sich die schon vorhandene Demenzsymptomatik. Die Hüftfraktur wird zwar behandelt, aber eine Rehabilitation wird nicht eingeleitet, so wie es bei geistig gesunden alten Menschen normalerweise der Fall wäre. Und zwar deshalb, weil Frau T. als unkooperativ bezeichnet wird. Man schaut auf die Hüfte, es wird verlangt, dass bestimmte Übungen gemacht

werden. Frau T. könnte diese Übungen vielleicht auch machen, wenn man sie ihr etwas langsamer und geduldiger erklärt hätte. Der Zustand scheint so schlecht zu sein, dass eine Rückkehr nach Hause unmöglich erscheint. Frau T. wird vom Krankenhaus direkt in ein Heim verlegt.

■ Frau W. kommt wegen eines entgleisten Diabetes in ein Krankenhaus und wird neu mit Insulin eingestellt. Sie muss also künftig spritzen. Im Krankenhaus wird auf Grund der Demenz häusliche Krankenpflege angeordnet, da Frau W. das Spritzen nicht alleine bewältigen kann. Trotzdem klappt das Entlassungsmanagement nicht richtig. Anderer Unterstützungsbedarf, der erforderlich wäre, wird nicht erkannt, nicht verschrieben oder nicht vermittelt. Das führt dazu, dass Frau W. unregelmäßig isst, was ihrem Diabetes nicht gut tut. Der Grad der Verwirrtheit steigert sich. Es passieren ihr Unachtsamkeiten, sie hat den Herd angelassen. Nachbarn bemerken den Geruch. Frau W. wird als gefährdend für sich und andere eingestuft und zunächst in die Psychiatrie eingewiesen.

Diese drei Beispiele mögen nicht die tägliche Praxis sein, aber sicher kennen viele die beschriebene Problematik. Es sind verschiedene Akteure am Versorgungsprozess (Klinik, Arzt, Rehabilitationseinrichtung, Pflegedienst, Physiotherapeuten, Apotheker, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc.) beteiligt, die wenig (höchstens über einen Arztbrief) oder gar nicht miteinander in Kontakt treten. Es ist ganz wichtig, hier eine bessere Kommunikation und Abstimmung zu realisieren.

Auf Grund der geschilderten Defizite lassen sich nun folgende Erwartungen der Alzheimer Gesellschaft an die integrierte Versorgung formulieren:

- Verbesserung des Informationsaustausches der beteiligten Gruppen
- Bessere Abstimmung der Behandlung
- Bessere Überleitung, und zwar als Standard und nicht nur als Zufallsprodukt
- Bessere Absprachen zwischen den Versorgungsanbietern

- Vermeidung von Doppeluntersuchung
- Bessere Qualifikation der Berufsgruppen

Insgesamt ist zu überlegen, wie eine höhere Qualität in der Versorgung von Demenzkranken erreicht werden kann, denn eine bessere Qualität nützt nicht nur den Betroffenen, sondern schafft auch ein zufriedeneres Arbeiten der Berufsgruppen, die häufig nicht glücklich sind mit den vorhandenen Strukturen.

Ziel muss also sein, die Ressourcen sinnvoll zu nutzen, die Diagnose und Behandlung zu verbessern, Rehabilitationsmaßnahmen häufiger als bisher einzusetzen und allgemein die Kranken und Angehörigen durch die verbesserten Netzungen, durch Hinweise auf Information und Beratung zu stärken. Ein Case-Management erscheint sinnvoll, allerdings muss überlegt werden, wo es angesiedelt werden kann. Es in die Hände der Kostenträger zu geben, scheint aus Sicht der Alzheimer Gesellschaft nicht empfehlenswert zu sein. Denkbar wären neutrale Case-Manager, wie es sie in Japan gibt, oder eine Ansiedlung bei Beratungsstellen oder in Verbundsystemen.

Die Zukunft muss zeigen, ob es überhaupt gelingt, Modelle für die integrierte Versorgung Demenzkranker zu schaffen, diese im Sinne der Betroffenen umzusetzen und damit tatsächlich eine Verbesserung für die Behandlung und Betreuung Demenzkranker zu erreichen. Angesichts der oben beschriebenen vorhandenen Defizite wäre dies sehr zu wünschen.

Ambulante Pflegedienste in der integrierten Versorgung

Kosten sparen – Pflegebedürftigkeit verzögern

BERND TEWS

Im Rahmen der Integrationsversorgung existieren einzelne Beispiele, mit denen die Behandlung multimorbider Patienten verbessert werden soll. Von einer flächendeckenden Versorgung kann aber noch keine Rede sein. Dabei ist die Versorgung von Demenzkranken eine der größten zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die ambulanten Pflegedienste könnten hier zahlreiche Aufgaben übernehmen, um zum Beispiel eine Demenz frühzeitig zu diagnostizieren. Bei den Integrationsverträgen wurden die ambulanten Pflegedienste bisher aber nicht berücksichtigt.

Der Bedarf an ambulanten Pflegedienstleistungen wird in den kommenden Jahren stark ansteigen. Das liegt unter anderem daran, dass die Anzahl der Demenzkranken auf Grund der demographischen Entwicklung in Zukunft erheblich zunehmen wird. Hinzu kommt das Problem, dass immer mehr alte Menschen alleine leben (bei den über 80-Jährigen sind es über 60 %) und die Pflege durch Angehörige dann meist entfällt. Diese Singles sind somit auf die Hilfe professioneller Pflegedienste angewiesen. Ca. 1,38 Mio. erhalten derzeit Leistungen in der ambulanten Versorgung, davon werden etwa 80 % ausschließlich oder zum großen Teil von der Familie oder von Angehörigen versorgt (Abbildung 8). Von diesem Personenkreis sind nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums etwa 600 000 Menschen an



Bernd Tews

Demenz erkrankt, ca. 25 % der Personen, die von einem Pflegedienst betreut werden, sind demenziell erkrankt.

Die Leistungen, die ambulante Pflegedienste derzeit für Demente anbieten, sind folgende:

Niedrigschwellige Angebote, häufig in Verbindung mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz. Kommunen und Pflegekassen unterstützen diesen Bereich. Die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen erhalten 460 Euro/Jahr. Hier handelt es sich im Wesentlichen um das Organisieren ehrenamtlicher Tätigkeiten, wie Besuchsdienste, Pflegesitting etc.

Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch Anleitungen und Schulungen in der Häuslichkeit, Beratung und Überleitungspflege im Übergang von Krankenhaus/Reha in die Häuslichkeit. Hier hat der bpa mit der Barmer Ersatzkasse (und der Techniker Krankenkasse) einen besonderen Vertrag geschlossen, um Defizite wie etwa mangelhafte Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung und

Betreuung Demenzkranker durch Pflegedienste

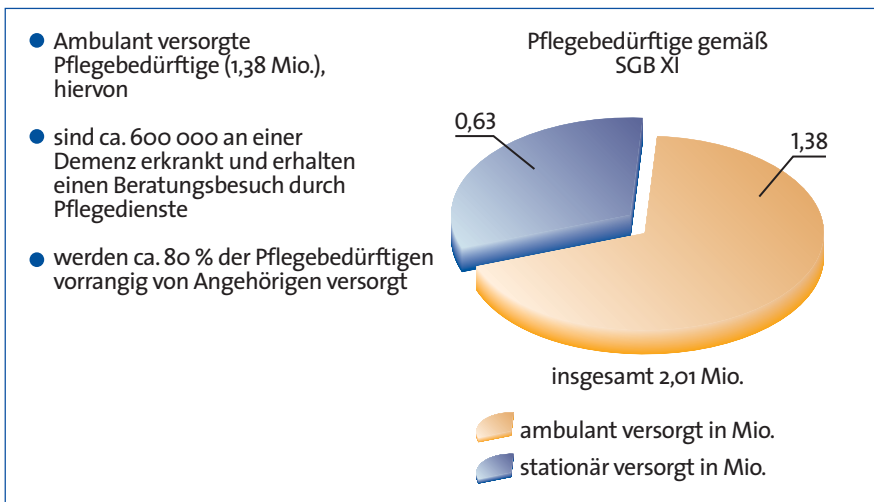


Abbildung 8: Immer mehr alte Menschen leben allein und sind im Krankheitsfall auf die Hilfe ambulanter professioneller Pflegedienste angewiesen.

mangelnde Informationen der pflegenden Angehörigen zu verhindern. Pflegedienste, die dem Vertrag beitreten, verpflichten sich, besonders qualifizierte Mitarbeiter einzusetzen. Diese Pflegeberater gehen ins Krankenhaus und beraten dort den Patienten zusammen mit den Angehörigen am Bett und leiten den Übergang in die Häuslichkeit ein. Konkrete Fragen werden besprochen, wie z.B.: Wie muss das Bad ausgestattet sein? Welche Hilfe und Pflege ist erforderlich und wer übernimmt diese? Die Pflegeberater sollen sich als eine Art Care-Manager qualifizieren. Eine Studie hat gezeigt, dass mit Hilfe dieser Beratung die Krankenhausaufenthalte um durchschnittlich einen Tag verkürzt werden konnten.

Pflegekurse und häusliche Schulung für pflegende Angehörige, die ebenfalls innerhalb der o.g. Verträge angeboten werden. Die Angehörigen erhalten Entlastung, sowie konkrete Hilfestellung und Anleitung. Gemeinsam wird im Rahmen der häuslichen Schulungen eine Pflegeplanung entwickelt und bestimmte Fragestellungen behandelt, wie beispielsweise: Der Umgang mit an Demenz leidenden Pflegebedürftigen.

Spezielle Beschäftigungsangebote für Demenzkranke: Einige wenige Pflegedienste halten auch speziell für an Demenz Erkrankte sinnvolle und stimulierende Beschäftigungsmaßnahmen vor. Ziel ist es, dass der Kranke sich besser in der eigenen Wohnung zurechtfindet. Ängste sollen abgebaut, Gefahren vermieden werden. Diese Angebote werden allerdings nicht von der Pflegekasse übernommen, vielmehr müssen sie der Kranke oder die Angehörigen aus der eigenen Tasche bezahlen.

Behandlungspflege: In diesem Bereich arbeiten die Pflegedienste schon längst eng mit dem Hausarzt zusammen. Leistungen, die der Patient nicht mehr alleine durchführen kann, übernimmt der Pflegedienst. So überwachen bei Bedarf qualifizierte Pflegefachkräfte die korrekte Einnahme der Medikation und dokumentieren mögliche Nebenwirkungen oder Ähnliches. Diese Informationen werden an den Hausarzt übermittelt. Zielgruppe dieser Leistung sind häufig pflegebedürftige,

Warum sollten Pflegedienste an der I-Versorgung beteiligt werden?

- Die Klientel von Pflegediensten besteht vorrangig aus chronisch Kranken und hochaltrigen Personen. Die Hochrisikogruppe, die von einer Demenzerkrankung bedroht bzw. daran erkrankt ist, wird i.d.R. bereits versorgt bzw. angesprochen. Ausgehend von 900 000 erkrankten Menschen werden ca. 67 % in der Häuslichkeit versorgt.
- Diagnostik und Behandlung können Pflegedienste gezielt unterstützen.
- Den Pflegediensten liegt in der Regel ähnlich wie den Hausärzten das Leitbild zu Grunde, Menschen in allen Lebensabschnitten ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und Heim- oder Krankenhauseinweisungen vermeiden zu helfen. Das gilt selbstverständlich auch für demenziell Erkrankte.
- Pflegefachkräfte beherrschen Methoden, die u.a. Angst reduzierend wirken und die eine ärztliche Therapie unterstützen.
- Im Rahmen der Früherkennung, insbesondere bei den durch Pflegedienste bereits versorgten Patienten, ggf. auch bei den Beratungsbesuchen von Pflegegeldempfängern oder im Rahmen der Pflegekurse, könnte gezielt Aufklärung betrieben werden. Symptome könnten erhoben, registriert und dokumentiert und an den Hausarzt zur weiteren Diagnostik übermittelt werden.
- Unterstützung der ärztlichen Behandlung durch Verabreichung der erforderlichen Medikamente. Unregelmäßigkeiten bei der Einnahme sowie Abweichungen vom verordneten Einnahmezeitpunkt können zu erheblichen Nebenwirkungen mit hohen Folgerisiken, wie z.B. zu Sturzneigung oder eingeschränktem Behandlungserfolg, führen. Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege übernimmt gesondert qualifiziertes Fachpersonal – neben der Verabreichung der Medikamente, der Krankenbeobachtung und der Dokumentation – die Herstellung der Compliance sowie die Krisenintervention in enger Abstimmung mit dem Arzt.

multimorbide chronisch und psychisch Kranke.

Die Angebote speziell für Demenzkranke im Rahmen der häuslichen Pflege sind insgesamt sehr begrenzt. Die eigentlichen pflegetherapeutischen Maßnahmen sind im stationären Bereich angesiedelt und wurden hier erprobt und entwickelt. Die klassischen pflegerischen Methoden sind im ambulanten Bereich wenig verbreitet und vorwiegend somatisch orientiert. Das liegt in der Gesetzgebung begründet. Für den stationären Bereich wurde die soziale Betreuung und Beaufsichtigung als Leistung der Pflegeversicherung berücksichtigt. Dort sind diese auch im Pflegesatz enthalten. Im ambulanten Bereich fehlen diese Leistungen. Hier wäre eine Änderung im Pflegeversicherungsgesetz dringend nötig. Änderungsbedürftig sind vor allen Dingen die Leistungskomplexe für Demenzkranke im ambulanten Bereich, die bisher auf die Grundpflege und Hauswirtschaft beschränkt sind. Das Anleiten und Begleiten wird bei der Feststellung der Pflegestufe nicht berücksich-

tigt. Hier besteht entsprechend dringender Handlungsbedarf.

Bei der Integrationsversorgung muss wesentliche Zielsetzung sein, dass die ambulante Pflege einbezogen wird (Tabelle 20). Bisher jedenfalls ist das nicht der Fall, es sei denn, es handelt sich um ambulante Rehabilitation. Gerade vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen mittlerweile komplexere Krankheiten mit Hilfe der integrierten Versorgung verbessern wollen, ist es zwingend erforderlich, die ambulante Pflege einzubeziehen. Angesiedelt werden kann die Pflege dort, wo sie die ärztliche Therapie unterstützt. Dass der chronisch kranke Patient stärker in den Fokus der integrierten Versorgung gerückt ist, zeigt auch der Barmer-Vertrag mit dem Hausärzteverband. Die engere Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und ambulanter Pflege bei der Behandlung Demenzkranker könnte hier eine positive und wichtige Weiterentwicklung in Gang setzen.

Pflegedienste fördern Demenz-Frühd Diagnose

Die Pflegedienste sorgen dafür, dass die Früherkennung einer Demenz gefördert wird. Dies bringt Vorteile in zweierlei Hinsicht: Zum einen sind Einsparungen im Bereich der Krankenversicherung möglich, da Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Zum anderen kann mit Hilfe einer frühen Diagnostik eine optimale Behandlung in Gang gesetzt werden, damit der kranke Mensch so lange wie möglich im häuslichen Umfeld verbleibt. Das ist auch im Sinne der Angehörigen.

Warum ist eine frühere Diagnose durch Einbindung der Pflegedienste in die integrierte Versorgung realisierbar? Der größte Teil der Hochrisikopatienten wird schon von ambulanten Pflegediensten betreut. Zumindest auf einen Beratungsbesuch haben alle Kranken einen gesetzlichen Anspruch. Diesen Beratungsbesuch könnte man mit der Ansprache des in Frage kommenden Personenkreises sinnvoll verknüpfen. Hier müssen also nicht neue Modelle entwickelt werden, sondern es liegt nahe, den schon bestehenden Ansatz zu nutzen und

zu optimieren. Im Rahmen der Diagnostik bieten die Pflegedienste Unterstützung an, da die Pflegekräfte oft als einer der ersten Partner mit dem Patienten in Kontakt treten. Die Pflegekräfte kennen den Alltagszusammenhang des Patienten und sind somit in der Lage, erste Verhaltensänderungen festzustellen. Diese Information wird an den Hausarzt weitergegeben, der dann in die Lage versetzt wird, frühzeitig tätig zu werden. Das Leitbild von Pflegediensten ähnelt im Übrigen sehr dem der Hausärzte, nämlich die zu Pflegenden so zu versorgen, dass sie in allen Abschnitten ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der vertrauten Umgebung führen können. Krankenhauseinweisungen sind zu vermeiden.

Weiterhin stehen zahlreiche pflegerische Methoden zur Verfügung, die sich positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken. Aus der Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes ist die Verzahnung Pflegedienst/Hausarzt außerdem sinnvoll, weil der Pflegedienst die ärztliche Tätigkeit ganz konkret unterstützen kann.

Der Apotheker beispielsweise liefert die Medikamente vielleicht noch vor der Haustür des Patienten ab. Aber was passiert dann? Dass der Patient die Medikamente zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Dosierung einnimmt, überwacht der Pflegedienst. Eventuell leitet die Pflegekraft die Angehörigen an, sie dokumentiert die Arzneimitteleinnahme und mögliche Nebenwirkungen.

Ein erstes Modell, in dem Demenzkranke von Pflegediensten, Krankenhaus, einem Zentrum für seelische Gesundheit und verschiedenen Ärzten vernetzt behandelt werden, gibt es seit kurzem in Kaufbeuren. Ziel des Vertrages mit der DAK ist es, die Lebenssituation der Kranken und Angehörigen so weit zu verbessern, dass der Demenzkranke so lange wie möglich in seinem häuslichen Umfeld bleibt.

Fazit:

Die Bedeutung der Integrationsversorgung bei Demenz ist aus der Sicht der Pflegedienste gegenwärtig auf Grund fehlender spezifischer Verträge für die Indikation Demenz

sehr begrenzt. Diese neue Versorgungsform richtet sich darüber hinaus ausschließlich an Kranke und medizinische Leistungserbringer und deren zugelassene Behandlungsmethoden. Leistungen, die nicht der Krankenversicherung, sondern beispielsweise der Pflegeversicherung zugeordnet sind, werden daher bei der Integrationsversorgung nach § 140 a ff SGB V nicht einbezogen. Aber gerade bei der Versorgung und Behandlung von an Demenz erkrankter Patienten zeigt die praktische Erfahrung, dass medizinische und vorrangig pflegerisch ausgerichtete Therapien sich auf das Wohlbefinden und den Krankheitsverlauf, in Abhängigkeit zur individuellen Situation der Patienten, sinnvoll ergänzen. Daher bedürfte es im Interesse des Patienten einer Einbeziehung weiterer Kostenträger und therapieunterstützender Maßnahmen in die Integrationsversorgung. Pflegerische Methoden, wie die Validation oder die Basale Stimulation, wären ebenso wie milieutherapeutische Ansätze sinnvoll in die Behandlung zu integrieren, um das Wohlbefinden des Patienten, die Compliance zu steigern und die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Aber auch im Bereich der „Vor-Diagnostik“ könnten Pflegedienste, z.B. durch Erhebung und Dokumentation von Symptomen (z.B. mit dem Mini-Mental-Status-Test), gezielt bei der Früherkennung der Demenzerkrankung behilflich sein.

Modellprojekt in Bad Kreuznach: „Netzwerk Demenz“ für eine bessere Versorgung

BRUDER BONIFATIUS FAULHABER

Um die Qualität der Betreuung und Pflege von Demenzkranken zu verbessern, haben sich in Bad Kreuznach/Rheinland-Pfalz 22 Institutionen, Organisationen, Behörden und Kostenträger zu dem „Netzwerk Demenz“ zusammengeschlossen. Das auf zwei Jahre angelegte Modellprojekt ist Beispiel für eine Integrierte Versorgung, in der Demenzkranke optimaler über alle Leistungsbereiche hinweg betreut werden.

Die Probleme einer qualitativ guten Versorgung von Demenzkranken sind aus Sicht der stationären Pflegeeinrichtungen vielfältig. Zwar wird im § 140 a–d SGB V ein sektorenübergreifendes und interdisziplinäres Behandlungskonzept aller Behandlungspartner gefordert, die Realität sieht indes anders aus.

Hauptproblem und Hindernis bei der Umsetzung von Modellen zur integrierten Versorgung ist die starre Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XI (Tabelle 21). Solange es diese Aufteilung gibt, wird es keine integrierte Versorgung geben können. Schließlich kann man den Menschen, um den es geht, nicht zwischen verschiedenen Gesetzgebungen aufteilen. Über dieses Problem sollte die Politik, die gerne von Ganzheitlichkeit spricht, nachdenken und Änderungen anstreben.

Auch die Kostenträger scheuen sich, über wirkliche sektorenübergreifende Modelle im Interesse der Betroffenen nachzudenken. Jedenfalls zeigen Krankenkassen bisher großen Widerstand, selbst wenn ihnen detaillierte und gute Konzepte zur integrierten Versorgung vorgelegt werden. Die



*Bruder Bonifatius
Faulhaber*

einzelnen Kassen verfolgen ihre eigenen Modelle, darüber hinaus besteht kaum Interesse.

Ein weiteres Problem ist der so genannte Drehtüreffekt. Sehr häufig kommen Patienten in die stationäre Pflegeeinrichtung, eine Demenz wird diagnostiziert. Anschließend wird der Patient in den häuslichen oder stationären Bereich entlassen. Hier aber kommt es zur Überforderung der Angehörigen bzw. der entsprechenden Station, und die Patienten tauchen nach ein paar Wochen erneut in der stationären Pflegeeinrichtung auf. Es ist leider auch festzustellen, dass Patienten diesen Drehtüreffekt mehrmals durchlaufen, bis sie in irgendeiner Einrichtung versterben. Außerdem ist eine unzureichende medizinische Betreuung zu beklagen. Die hausärztliche und vor allem die fachärztliche Versorgung der stationären Altenhilfeeinrichtungen sind mehr als unzureichend. Weitere Probleme sind: die fehlende fachliche Qualifikation der Mitarbeiter, eine zu dünne Personaldecke und fehlende räumliche Konzeptionen für Demenzkranke. Große Versorgungseinrichtungen sind die Realität, kleine stadtteilintegrierte Zentren fehlen.

Aus oben genannten Gründen entschlossen sich in Bad Kreuznach mehrere Institutionen, sich verstärkt dem Thema Demenz zuzuwenden – mit dem Ziel, durch Beratung und Koordination die Qualität der Betreuung und Pflege von Demenzkranken über alle Leistungsbereiche hinweg zu verbessern.

Das Modellprojekt „Netzwerk Demenz“ wurde 2003 gegründet. In Rheinland-Pfalz sind etwa 49 000 Menschen

an einer schweren oder mittelschweren Demenz erkrankt. Umgerechnet bedeutet das für den Landkreis Bad Kreuznach mit 155 000 Einwohnern, dass zirka 2000 Menschen an einer Demenz erkrankt sind. Für diese Kranken stehen zurzeit nur 15 stationäre

Hauptproblem und Umsetzungshindernisse

- Die starre Abgrenzung der Gesetzgebungsstrukturen zwischen SGB V und SGB XI
- Die Ablehnung der Kostenträger, über (wirkliche) sektorenübergreifende Modelle im Interesse der Betroffenen nachzudenken

Tabelle 21

Plätze zur Verfügung, bei denen man von einer qualitativ guten Versorgung für Demenzkranke ausgehen kann. Diese Zahlen verdeutlichen die Brisanz. Zusätzlich ist in den nächsten Jahren mit einem deutlichen Anstieg zu rechnen.

In Bad Kreuznach werden eine Einheit „Betreutes Wohnen“ und eine Tagesbetreuung für Demenzkranke betrieben. Am 28. Februar 2005 eröffnete zusätzlich eine Wohngemeinschaft für Demenzkranke.

Das „Netzwerk Demenz“ setzt sich aus 22 Institutionen zusammen, zu diesen gehören alle stationären Altenheimrichtungen, alle ambulanten Pflegedienste, Reha-Kliniken, Akutkrankenhäuser, die Gesetzgebung – vertreten etwa durch die Kreisverwaltung und das Gesundheitsamt –, zwei auf Bauen für Demenzkranke spezialisierte Architekten, Selbsthilfegruppen (z.B. Alzheimer, pflegende Angehörige), Fortbildungsschulen, Akademien etc. Als einziger Kostenträger konnte bisher lediglich die AOK für das Netzwerk gewonnen werden.

Hier wurden also nicht nur die Leistungsanbieter ins Boot geholt, sondern alle, die an der Thematik Demenz interessiert oder davon betroffen sind, wie die Angehörigen oder Selbsthilfegruppen.

Die Teilziele, die mit dem „Netzwerk Demenz“ verfolgt werden, sind in Tabelle 22 aufgeführt.

Es hat sich gezeigt, dass es innerhalb des Gesamtnetzwerkes mit 22 Partnern schwierig ist, diese Ziele umzusetzen. Deshalb wurde das Gesamtnetzwerk in vier Arbeitsgruppen unterteilt (Abbildung 9):

Teilziele

- Entwicklung von Modellen, die sich an den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen der Demenzkranken orientieren
- Durch Vernetzung und Kooperation von ambulanten, teilstationären und stationären Anbietern vorhandene Kapazitäten nutzen und Fachkompetenzen bündeln, um effektiver arbeiten zu können
- Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Demenzkranken
- Verbesserung der Versorgungsstruktur für Demenzkranke und deren Angehörige
- Schaffung von geeigneten Einrichtungen aller Art für demenziell Erkrankte
- Schaffung von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Demenz

Tabelle 22

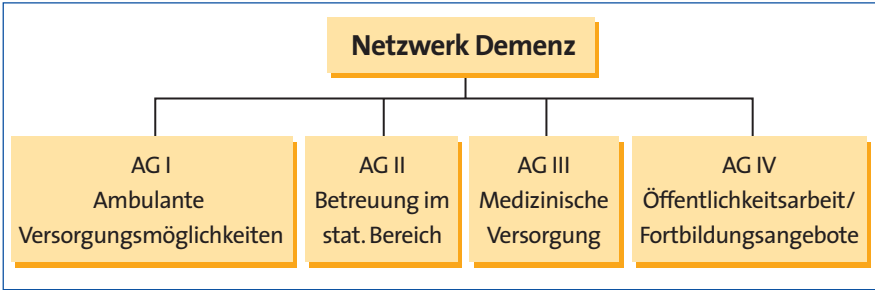


Abbildung 9

Arbeitsgruppe I: Ambulante Versorgungsmöglichkeiten.

Arbeitsgruppe II: Betreuung im stationären Bereich. Hier sollen vor allen Dingen bestehende Defizite aufgezeigt und abgebaut werden.

Arbeitsgruppe III: Medizinische Versorgung. Hier wird beispielsweise überprüft: Gehen Hausärzte in Altenheime? Oder verlieren sich Neurologen und Hausärzte im Zuständigkeitsstreit?

Dienstleistungen des Netzwerkes

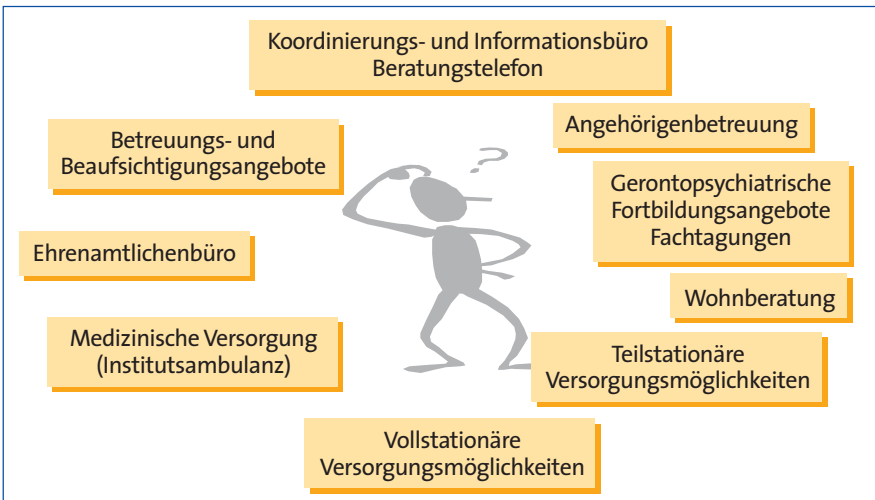


Abbildung 10: Die Dienstleistungen des Netzwerkes, die angeboten werden bzw. angeboten werden sollen, sind vielfältig und reichen hin bis zur Wohnberatung.

Arbeitsgruppe IV: Öffentlichkeitsarbeit/Fortbildung für Angehörige und Fachkräfte.

Um Entlastung im häuslichen Bereich zu ermöglichen, erfolgt derzeit der Aufbau einer ehrenamtlichen Börse. Diese ehrenamtlichen Helfer sollen auch für ihre Tätigkeit fortgebildet werden. Denn ohne Vorbereitung tritt schnell Überforderung ein, und es erfolgt ein Rückzug. Das kann nicht die Lösung sein.

Das Ziel, eine vollstationäre Versorgungsmöglichkeit zu errichten, konnte noch nicht umgesetzt werden. Damit das Gesamtnetzwerk auch Träger einer vollstationären Einrichtung sein kann, in den das Know-how der Beteiligten einfließt, wird derzeit die Gründung eines eingetragenen Vereins angestrebt.

Die Dienstleistungen des Netzwerks, die angeboten werden bzw. angeboten werden sollen, sind in Abbildung 10 ersichtlich.

Ziele

- Verbesserung der Versorgungsqualität
- Unterstützung, Begleitung, Organisation, Reflexion bei der Zielerreichung des „Netzwerks Demenz“
- Unterstützung der Kleingruppen
- Zusammenführung der Kleingruppen, Nutzung von Synergieeffekten
- Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige, Ärzte, Fachdienste
- Beratung, Vermittlung, Koordination
- Gezielte Öffentlichkeitsarbeit
- Wissenschaftliche Forschung, z.B. im Rahmen von Versorgungsforschung im Bereich der medizinischen Betreuung in stationären Einrichtungen
- Übertragung anderer Forschungsergebnisse in das bestehende Netzwerk
- Publikation von Aktualisierungen und Neuerungen zum Thema „Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen“ im Netzwerk

Tabelle 23

Ein Jahr nach Bestehen des Netzwerkes wurde zur Koordination und Steuerung ein Koordinations- und Informationsbüro eröffnet. Denn es hat sich gezeigt, dass bei der Vielzahl der vorhandenen Institutionen und Teilangebote eine so genannte Lotsenfunktion unumgänglich ist. Außerdem sind eine effiziente Umsetzung und Begleitung der Arbeit des Netzwerkes ohne neutralen Manager nicht möglich. Das

Betreuung durch das Netzwerk Demenz

Zu den Tätigkeiten mit einem Arbeitsumfang von ca. 20 % gehören:

- *Managementfunktion*: Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Reflexion der Netzwerktreffen
- *Unterstützungsfunktion*: Kleingruppenarbeit, Ansprechpartner, Öffentlichkeitsarbeit
- *Verbindungsfunktion*: Synergieeffekte herausarbeiten und benennen, Zusammenführen der Kleingruppen, Zielüberprüfung

Leitung des Koordinierungs- und Informationsbüros mit einem Arbeitsumfang von 60 %. Folgende Aufgaben sind hier zu leisten:

- Beratung, Vermittlung, Koordination für die Fachdienste (alle Partner im Gesundheitswesen)
- Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige, niedergelassene Ärzte, Kostenträger, Politik und Gesellschaft
- Erstellung von Situationsberichten in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt

Wissenschaftliche Forschung mit einem Arbeitsumfang von 20 % und folgenden Aufgaben:

- Vergleich mit anderen Netzwerken, Versorgungsforschung – z.B. medizinische Betreuung im Altenheim, Bedarfsanalysen
- Schnittstellenanalyse stationärer und ambulanten Versorgung
- Überprüfung: Die Wirksamkeit der Vernetzung erforschen in Bezug auf die Verbesserung der Versorgungsqualität
- Nutzung von Synergieeffekten

Koordinierungs- und Informationsbüro erfüllt also die Funktion eines Netzwerk- oder Case-Managers. Die Ziele sind in Tabelle 23 zusammengefasst. Ein wichtiger Punkt ist hier auch die wissenschaftliche Forschung. So wird z.B. gezielt untersucht: Wie sieht die Versorgung in stationären Einrichtungen aus? Dann wird mit Ergebnissen anderer Netzwerke verglichen. Die Aufgaben wurden definiert (wie in Tabelle 24 dargestellt).

Für die Leitung des Koordinations- und Informationsbüros wurde eine Studentin im Fachbereich Pflegemanagement von der FH Mainz eingestellt. Eine wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die katholische Fachhochschule Mainz.

Die Kosten für die Einrichtung des Koordinierungs- und Informationsbüros betragen – bezogen auf zwei Jahre – etwa:

- Personalkosten: 80 000 Euro
- Sachkosten, Verwaltungsbedarf: 10 000 Euro
- Miete Büro: 4800 Euro
- Büroeinrichtung (einmalig): 4500 Euro

Bisher finanziert das Land Rheinland-Pfalz zwei Drittel dieser Kosten, ein Drittel wird vom Landkreis Bad Kreuznach übernommen. Die Partner des Netzwerkes hoffen, dass nach zwei Jahren Erfahrung und den entsprechend erhobenen Daten nachgewiesen werden kann, dass dieses Modell nachahmungswürdig ist. Und natürlich besteht auch die Hoffnung, dass Kostenträger für die weitere Finanzierung des Büros gewonnen werden können und es auch nach zwei Jahren noch fortgeführt werden kann.

In Bad Kreuznach wurde viel erreicht, da nicht zuerst die Finanzierung oder die Zuständigkeitsfragen in den Fokus gerückt, sondern die Bedürfnisse der Kranken in den Mittelpunkt gestellt wurden.

In Deutschland wird häufig der Fehler gemacht, dass zuerst über Finanzen oder andere Dinge geredet wird. Dadurch lähmen wir uns, der Geist wird eingeschränkt. Dabei sollte der

Geist freien Lauf haben, damit Platz für Ideen und Visionen bleibt, die letztendlich auch finanzierbar sind. Das geschieht dann, wenn alle Anbieter an einem Tisch zusammenkommen und jeder der Beteiligten auch bereit ist, etwas zu leisten.

Und worauf Du Deine Anstrengungen auch richtest, was es auch ist, das Du erstrebst im lärmenden Durcheinander des Lebens, vergesse nie, um wen es geht.

Integrierte Versorgung:

Thesen, Wünsche, Fakten

- Die integrierte Versorgung bietet unglaubliche Chancen für eine bessere Versorgung von chronisch Kranken.
- Zwar gibt es mittlerweile zahlreiche Integrationsverträge, die allerdings nur Teilaspekte berücksichtigen. Für große Patientengruppen wie z.B. multimorbide Ältere mit Demenz fehlen kassen- und fachübergreifende, bundesweite Versorgungsverträge.
- Bei den integrierten Versorgungsverträgen steht bisher lediglich die Kostensenkung im Vordergrund. Eine Evaluation, ob mit einem Vertrag auch eine qualitativ bessere Versorgung erreicht wurde, fehlt bisher gänzlich.
- Künftig müssen Verträge im Mittelpunkt stehen, die zu wirklichen strukturellen Veränderungen führen.
- Viele offene Fragen zur Finanzierung der integrierten Versorgung sind noch zu klären.
- Der bundesweite Vertrag der Barmer Ersatzkasse, des Deutschen Hausärzterverbandes und des Deutschen Apothekerverbandes zur hausarztzentrierten Versorgung bietet auch Chancen und Ansatzpunkte, eine Demenz frühzeitiger als bisher zu diagnostizieren.
- Die Demenztherapie erfordert ein umfassendes Konzept. Notwendig ist die Integration von allen beteiligten Gruppen wie Pflegediensten, Apotheken, Sozialdiensten, Alzheimer Gesellschaft, Pflegeberatungsstellen.
- Bei den bisherigen Integrationsverträgen bleiben Kliniken und ambulante Pflegedienste weitgehend außen vor.
- Damit kein Beteiligter sich in einem integrierten Versorgungsmodell benachteiligt fühlt, wäre die Einrichtung eines externen, neutralen Netzwerkmanagements denkbar.
- Die richtige Diagnose, die richtige Therapie, das richtige Rezept führen noch lange nicht zum Therapieerfolg, sondern auch die Compliance ist entscheidend.

- Nach wie vor sind die engen Richtgrößen für die niedergelassenen Ärzte ein großes Problem, wenn Demente mit Antidementiva versorgt werden müssen.
- Wenn die Behandlung von Demenzkranken verbessert werden soll, ist auch mit höheren Kosten zu rechnen. Alleine den Blick auf Einsparungen zu richten ist nicht genug. Eine höhere Qualität der Versorgung muss ebenfalls berücksichtigt werden.
- Damit Demenzpatienten frühzeitig eigene Entscheidungen für ihre weitere Lebensplanung treffen können, müssen Ärzte ihnen die Diagnose mitteilen. Fakt ist aber, dass dies häufig nicht geschieht.
- Eine frühzeitige Diagnose der Demenz ist wichtig, damit alle Therapieoptionen, die zur Verfügung stehen, optimal eingesetzt werden können.
- Rehabilitationsangebote für Demente werden nicht eingesetzt, obwohl sie durchaus eine positive Wirkung haben.
- Hauptproblem und Hindernis bei der Umsetzung von Modellen zur integrierten Versorgung ist die starre Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XI. Solange es diese Aufteilung gibt, wird es keine ganzheitliche Versorgung geben können.
- Ohne Steuerung und Koordination kann die Arbeit eines großen Netzwerkes mit vielen Partnern nicht effizient umgesetzt und begleitet werden. Ein Case- bzw. Netzmanager muss hier die Aufgabe eines Lotsen übernehmen.
- An neuen Konzepten zur integrierten Versorgung zeigen die Kostenträger wenig Interesse. Die einzelnen Kassen verfolgen ihre eigenen Modelle, meist geht es dabei um Kosteneinsparungen.
- In der ärztlichen Fortbildung werden auch die Diagnose und die Therapie der Demenz künftig einen großen Stellenwert einnehmen.

Zukunftsforum Demenz

Das Zukunftsforum Demenz hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Dass die Versorgung der Demenzkranken verbesserungswürdig ist, ist unter den an der Versorgung Beteiligten unstrittig. Das Spektrum dieser Beteiligten reicht von den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen über Pflegepersonal bis zu Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Sozialbehörden. Leider ist es häufig so, dass diese Personen und Institutionen nur wenig voneinander wissen – vor allem zu wenig, um Synergismen zu erzeugen oder fehlerhafte Versorgungsstrukturen zu verbessern. Hier will das Zukunftsforum Hilfestellung leisten und den interdisziplinären Dialog fördern.

Dazu wurden unterschiedliche Aktivitätsfelder entwickelt:

- Workshops für verschiedene Fachgruppen
- Informationsveranstaltungen für Angehörige und Pflegedienstleistende
- Informationsmaterialien wie Broschüren, Ratgeber oder Newsletter
- Kongressbeteiligungen

Bei den Workshops des Zukunftsforums werden wichtige Aspekte des Versorgungsproblems bei Demenz thematisiert und von Vertretern der verschiedenen mit der Versorgung betrauten Gruppen diskutiert. Das Zukunftsforum versteht sich bei diesen Workshops allerdings nicht nur als Diskussionsplattform. Es wird vielmehr angestrebt, auf den Workshops Konzepte zur Versorgung der Demenzkranken zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln durch Verabschiedung eines Thesenpapiers. Diese Informationen und Konzepte sollen dann – je nach den Möglichkeiten – in die Arbeit der einzelnen Teilnehmer einfließen und so dazu bei-

tragen, die Versorgung der Demenzkranken letztlich zu verbessern.

Zu den folgenden Themenbereichen haben bisher Workshops stattgefunden:

- „Geriatrisches Assessment“
- „Die Arzneimittelversorgung des Demenzkranken unter den Gesichtspunkten der aktuellen Gesetzgebung“
- „Probleme bei der Pflege Demenzkranker“
- „Betreuungsrecht – Wer wahrt die Rechte des Demenzkranken?“
- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
- „Demenzkranken im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Neues aus der Demenzforschung“
- „Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren“
- „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie“
- „Demenz – Die Rolle des Apothekers in der Demenzberatung“
- „Versorgung von Demenzkranken – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“
- „Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wo geht der Weg hin?“
- „Frühformen der Demenz – Früherfassung, Risikofaktoren und Prävention bei MCI“
- „Innovative Therapieansätze – in welche Richtung geht die Alzheimer-Therapie?“
- „Demenz – Prävention vor Pflege“
- „Musik- und Kunsttherapie bei Demenz“
- „Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/Demenz/Pflege“

Bei den Informationsveranstaltungen für das Publikum werden die Zuhörer über Verlauf und Therapie der Demenz und insbesondere der Alzheimer-Erkrankung aufgeklärt und bekommen praktische Tipps im Umgang mit den Demenzkranken.

Dieses Informationsangebot richtet sich vor allem an die betreuenden Angehörigen, aber auch an Interessierte aus dem Pflegebereich. Insbesondere für diese Zielgruppen wurden Broschüren vom Zukunftsforum Demenz entwickelt:

- „Umgang mit dem Demenzkranken“
- „Das schleichende Vergessen“ gibt Hintergrundinformationen zum Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz und erläutert Therapiemöglichkeiten
- „Die Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten“ erläutert, was Versicherten zusteht und wie das zu erreichen ist
- „Leben mit Demenzkranken – Tipps für den Alltag“

Weiterführende Informationen sind erhältlich bei:

Günther Sauerbrey
Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstr. 100
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de
www.zukunftsforum-demenz.de

Dokumentationsbände zu den Workshops des „Zukunftsforum Demenz“:

- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“ Dokumentationsband zum 5. Workshop
- „Demenzkranken im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“, Dokumentationsband zum 6. Workshop
- „Neues aus der Demenzforschung“, Dokumentationsband zum 7. Workshop
- „Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren“, Dokumentationsband zum 8. Workshop
- „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie“, Dokumentationsband zum 9. Workshop
- „Demenz – Die Rolle des Apothekers in der Demenzberatung“, Dokumentationsband zum 10. Workshop
- „Versorgung von Demenzkranken – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“, Dokumentationsband zum 11. Workshop
- „Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wo geht der Weg hin?“, Dokumentationsband zum 12. Workshop
- „Frühformen der Demenz – Früherfassung, Risikofaktoren und Prävention bei MCI“, Dokumentationsband zum 13. Workshop
- „Innovative Therapieansätze – in welche Richtung geht die Alzheimer-Therapie?“, Dokumentationsband zum 14. Workshop
- „Demenz – Prävention vor Pflege“, Dokumentationsband zum 15. Workshop
- „Musik- und Kunsttherapie bei Demenz“, Dokumentationsband zum 16. Workshop
- „Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/ Demenz/Pflege“, Dokumentationsband zum 17. Workshop

All diese Informationen sind auch auf der Homepage des

„Zukunftsforum Demenz“ nachzulesen:

www.zukunftsforum-demenz.de

