
ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

Versorgung Demenzkranker – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004

Herausgeber
Professor Dr. med. Ingo Füsgen

11. Workshop
des „Zukunftsforum Demenz“
23./24. Januar 2004
Dokumentationsreihe • Band 7



„Versorgung Demenzkranker – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“

Trotz etlicher Probleme und Härten, die das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) mit seinem In-Kraft-Treten Anfang des Jahres gebracht hat – wie Zwangsrabatte für die Pharma-Industrie oder Zuzahlungen beim Arztbesuch für die GKV-Versicherten – birgt es auch Chancen für eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Demenzkranken. Professor Dr. Klaus-Dieter Kossow, der Ehrenvorsitzende des Hausärzteverbandes und Moderator des Workshops, wies darauf hin, dass die veränderten Regelungen zur Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft für die Patienten positiv wirken werden. Auch die Möglichkeit für besonders ausgebildete Ärzte – in diesem Fall auf Demenz spezialisiert – gesonderte Verträge mit den Kassen abzuschließen, könnte den Demenzpatienten zugute kommen.

Die Möglichkeit, im Rahmen der Regelungen zur integrierten Versorgung gesonderte Verträge abzuschließen, wertet Professor Dr. Ingo Füsgen, Leiter der Geriatrischen Kliniken der Kliniken St. Antonius in Wuppertal und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, als positives Signal für den stationären Bereich. Besonders Memory-Kliniken könnten von der Verzahnung von Diagnostik und Therapie sowie stationärem und ambulantem Sektor profitieren und zu einer besseren Versorgung der Dementen beitragen.

Als positive Entwicklung lassen sich auch die neuen Regelungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Vertragsarztes einstufen, die Dr. Gerd W. Zimmermann, Bezirksvorsitzender der KV Frankfurt, darstellte. So besteht zum Beispiel selbst bei erheblicher Überschreitung der Richtgrößen für den Arzt durch Vereinbarung einer individuellen Richtgröße eine zweite Chance, Regresszahlungen zu vermeiden. Werden hier die Möglichkeiten ausgeschöpft, könnte sich die

Angst vor Regressen deutlich abmildern und eine weniger restriktive, rationale Verordnung von Antidementiva stattfinden.

Denn derzeit besteht eine deutliche Unterversorgung mit Antidementiva in Deutschland. Wie Daten von Frau Magda Geldmacher vom MDK Baden-Württemberg nahe legen, bekommen nur etwa 8 % der Demenzkranken in diesem Bundesland ein Antidementivum, für das ein Wirksamkeitsnachweis nach den Kriterien der „evidence based medicine“ bei Morbus Alzheimer vorliegt.

Ursache für diese Unterversorgung ist nach Ansicht der Vorsitzenden der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Frau Heike von Lützu-Hohlbein, aber nicht nur die Angst vor Regressen bei den Ärzten, sondern oft mangelndes Wissen zu demenziellen Erkrankungen wie Alzheimer. Sie wünscht sich für Demenzpatienten engagierte, gut informierte Ärzte. Das schließe auch das Know-how zur antidementiven Therapie ein.

Und dieses Wissen wächst. Wie Dr. Hans Jörg Möbius, Direktor Forschung und Entwicklung und Geschäftsführer der Merz Pharmaceuticals GmbH, berichtete, gibt es mittlerweile neue Untersuchungen zur Wirksamkeit des NMDA-Antagonisten Memantine. Diese Substanz stabilisiert die Kognition und die Alltagsfähigkeiten der Alzheimer-Kranken. Wird Memantine zusätzlich zu einer Therapie mit dem Cholinesterasehemmer Donepezil hinzugefügt, lassen sich diese Effekte sogar noch steigern.

Es liegt im Interesse der Demenzkranken, die mit dem GMG verbundenen Chancen aufzugreifen und zu realisieren, insbesondere in den Bereichen der integrierten sowie der Hausarzt-zentrierten Versorgung.

Professor Dr. med. Ingo Füsgen

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 eines interdisziplinären Dialogs haben Referenten aus unterschiedlichen Bereichen zum Thema „Versorgung Demenzkranker – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“ gesprochen.



*Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow
Ehrevorsitzender des Hausärzteverbandes, Achim*



*Dr. med. Hans Jörg Möbius
Direktor R & D und DRA
Geschäftsführer Merz Pharmaceuticals GmbH,
Frankfurt*



*Dr. med. Gerd W. Zimmermann
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Vorsitzender der Bezirksstelle Frankfurt, Hofheim/Ts.*



*Magda Geldmacher
Leiterin AG § 219 SGB V Arzneimittelcontrolling
MDK Baden-Württemberg, Lahr*



*Heike von Lützu-Hohlbein
Vorstandsvorsitzende der
Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin*



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

© 2004 Zukunftsforum Demenz
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de

Redaktion, Gestaltung und Produktion:
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Wiesbaden

Juli 2004

Printed in Germany
ISBN 3-922264-70-0

<p>PROFESSOR DR. MED. KLAUS-DIETER KOSSOW</p> <p>Gute Voraussetzungen für mehr Qualität</p>	9
<p>DR. MED. HANS JÖRG MÖBIUS</p> <p>Neue Daten zu Memantine</p>	15
<p>DR. MED. GERD W. ZIMMERMANN</p> <p>Mehr Spielraum für Demenztherapie</p>	19
<p>MAGDA GELDMACHER</p> <p>Wie gut werden Patienten versorgt?</p>	25
<p>HEIKE VON LÜTZAU-HOHLBEIN</p> <p>Belastungen und Herausforderungen für Demenzkranke</p>	31
<p>PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN</p> <p>Gute Chancen für Demenzversorgung</p>	37
<p>Auswirkungen auf die Versorgung Demenzkranker</p>	43
<p>Zukunftsforum Demenz</p>	47

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.

Gesundheitsreform bringt Neues auch für die Demenzversorgung

Gute Voraussetzungen für mehr Qualität

PROF. DR. MED. KLAUS-DIETER KOSSOW

Neue Vorschriften zur Qualitätssicherung, die Pflichtfortbildung sowie die Änderung der Weiterbildungsordnung für den neuen Hausarzt („Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“) zählen für den gesundheitspolitischen Experten Professor Dr. Klaus-Dieter Kossow zu den tief greifenden Neuerungen im Gesundheitswesen.

Der langjährige Vorsitzende und jetzige Ehrenvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes (BDA) sieht hierdurch auch langfristige Konsequenzen für die Versorgung Demenzkranker. So weist zum Beispiel die Weiterbildung im neuen Fachgebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin einen Pflichtweiterbildungsteil für die Geriatrie auf, wie Prof. Kossow erläutert.

Prof. Kossow weist darauf hin, dass ab diesem Jahr die Leistungserbringer zu einer stärkeren Qualitätssicherung verpflichtet sind. Sie müssen sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen beteiligen, die eine bessere Ergebnisqualität zum Ziel haben. Zudem müssen sie – sofern noch nicht geschehen – auch intern ein Qualitätsmanagement einführen und weiterentwickeln. Die KVen müssen über Ziele und Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen jährlich berichten. Die Krankenhäuser haben erstmals 2005 ihren Qualitätsbericht für 2004 im Internet zu veröffentlichen.

Seit Januar 2004 hat auch der neue Gemeinsame Bundesausschuss seine Arbeit aufgenommen. Ihm gehören Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassen-



*Prof. Dr. med.
Klaus-Dieter Kossow*

zahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausesellschaft, der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der Verbände der Ersatzkassen an. Auch Patientenvertreter nehmen an den Ausschusssitzungen teil. Sie haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht.

Mit dem Ziel einer besseren Qualität in der Patientenversorgung gründet dieser Bundesausschuss ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dieses wird fachlich unabhängig, rechtsfähig und wissenschaftlich Normen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiten. Dabei geht es Prof. Kossow zufolge um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, wie:

1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten – zu denen ganz sicher die Demenz gehören wird;
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten;
3. Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten – zu denen auch die Demenz gehört;
4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen – die es künftig auch für die Behandlung von Demenzerkrankungen geben wird, wie Prof. Kossow glaubt;
5. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln.
6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Prof. Kossows Fazit: „Somit werden zukünftig auch die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Demenzerkrankungen einer offiziellen Beurteilung und wahr-

scheinlich sogar einer Normung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unterzogen.“

Weiterbildung – den hohen Idealen sind Grenzen gesetzt

Nicht ganz so optimistisch sieht der Experte die Veränderungen im Bereich der Weiterbildung. Zwar würden jetzt Ärzte nur noch für Versorgungsbereiche zugelassen, für die sie einen Weiterbildungsabschluss haben, da das Bundessozialgericht den Versicherten einen Anspruch auf Versorgung nach dem Facharztstandard zuerkannt habe. Der Verwirklichung der hohen Ideale seien allerdings Grenzen gesetzt. So würden zum Beispiel auch weiterhin nur etwa 30 % der Depressiven nach dem Facharztstandard für Nervenärzte behandelt werden können, da nicht genügend Ärzte mit einer abgeschlossenen nervenärztlichen Weiterbildung zur Deckung des Gesamtbedarfs zur Verfügung stünden.

Noch verschärfter sind Prof. Kossow zufolge die Defizite in der ambulanten geriatrischen Versorgung. Auch hier gebe es nicht ausreichend spezialisierte Kollegen. Zwar würden die Menschen von Hausärzten behandelt, der Qualitätsstandard aber sei leitenden Ärzten geriatrischer Fachabteilungen zufolge nicht ausreichend. Prof. Kossow sieht hier auch deshalb ein Problem, weil sich entsprechend der Bevölkerungsentwicklung bereits in der nächsten Ärztegeneration die Zahl der geriatrischen Patienten verdoppelt, die der an Demenz erkrankten sich sogar verdreifacht oder vervierfacht haben wird.

Deshalb, so der Experte, müsse man das geriatrische Weiterbildungsfeld „so gut gestalten, wie es eben geht“. Dazu gehöre nicht nur ein vermehrtes Angebot an Weiterbildungsstellen, sondern auch ein spezielles Weiterbildungscurriculum für den ambulanten Bereich, dessen Besuch für die Hausärzte der Zukunft in den Weiterbildungsgängen obligatorisch sein wird.

Fortbildung ist Pflicht

Positiv sieht Prof. Kossow die ebenfalls seit diesem Jahr bestehende Fortbildungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, wobei die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Erkenntnisstand der Medizin entsprechen müssen. Das habe auch Vorteile für die Versorgung alter Menschen. „Denkbar ist, dass ein Gestaltungsvorschlag der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sowie von den Interessenverbänden unterbreitet wird“, so Prof. Kossow. Akzeptiere die Bundesärztekammer die Vorschläge, könnte im Feld der Demenzversorgung nach diesen Kriterien fortgebildet werden.

Grundsätzlich müsse jeder Vertragsarzt alle fünf Jahre gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung ein anerkanntes Fortbildungszertifikat vorlegen. Könne er das nicht oder nicht im geforderten Umfang, erklärt Prof. Kossow, werde sein Honorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit um 10 beziehungsweise 25 % gekürzt – je nachdem wie lange der Arzt braucht, um die Qualifikation nachzuholen. Verweigere sich der Mediziner der Fortbildung, drohe der Entzug der Zulassung.

Welchen Umfang die geforderte Fortbildung letztlich hat, muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) festlegen. Für Prof. Kossow ist deshalb klar: „Fachkreise, die die Qualität in der Demenzversorgung über die Inhalte einer Pflichtfortbildung mitbestimmen wollen, sollten unverzüglich Kontakt zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder Bundesärztekammer aufnehmen.“

Die verbesserte Weiter- und kontinuierliche Fortbildung hält Prof. Kossow auch in Bezug auf die neuen so genannten Strukturverträge in der GKV für notwendig. So können die Krankenkassen nach § 73 c SGB V zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung mit „besonders qualifizierten Ärzten“ – zum Beispiel im Bereich der Geriatrie oder

der Versorgung Demenzkranker – Versorgungsverträge abschließen.

Für die Sicherstellung einer Hausarzt-zentrierten Versorgung entsprechend § 73 b SGB V hält Prof. Kossow speziell geriatrisch fortgebildete Ärzte für besonders qualifiziert. Hausarzt-zentriert bedeutet übrigens laut Gesetz, dass sich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung ihres Hausarztes in Anspruch zu nehmen.

Chancen für die Förderung der Versorgung Demenzkranker sieht Prof. Kossow auch durch andere neue Vertragsformen. So können zum Beispiel Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hoch spezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Das betrifft zum Beispiel die Schmerztherapie, die Onkologie, die Behandlung von Mukoviszidose, HIV/Aids, der Multiplen Sklerose und der Tuberkulose, aber auch die Therapie einiger Erkrankungen, die im Alter vorkommen, wie die schwere Herzinsuffizienz (Stadium III – V). „Die Versorgung von Demenzkranken durch geöffnete Krankenhausambulanzen ist derzeit noch nicht vorgesehen, sie kann aber durch den Bundesausschuss jederzeit eingeführt werden – zum Beispiel auf der Grundlage eines Gutachtens des genannten Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit“, so Prof. Kossow.

Bei dem obigen Beitrag handelt es sich um eine redaktionelle Zusammenfassung des Vortrages von Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow am 24.1.2004 anlässlich des 11. Workshops des „Zukunftsforum Demenz“. Das Originalmanuskript kann angefordert werden bei Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden.

Alzheimer-Krankheit

Neue Daten zu Memantine

DR. MED. HANS JÖRG MÖBIUS

Die therapeutischen Möglichkeiten der Alzheimer-Krankheit unter Memantine sind durch neue Daten und Fakten belegt: Nicht nur unter Monotherapie bei fortgeschrittener Demenz, sondern auch in Kombination mit einem Cholinesterasehemmer bessern sich Kognition und Funktion signifikant. Erstmals gibt es auch eine positive Studie mit Memantine bei leichter erkrankten Alzheimer-Patienten.

Im Jahr 2002 wurde der NMDA-Antagonist Memantine europaweit zur Behandlung der mittelschweren und schweren Demenz vom Alzheimer-Typ zugelassen, in den USA folgte die Zulassung im Oktober 2003. In mehreren Studien wurden die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Substanz Memantine bei Patienten mit mittelschwerer und schwerer Alzheimer-Krankheit belegt – so z.B. durch eine europäische Studie gemeinsam mit der Karolinska-Universität¹ bei Kranken mit schwerer Demenz in Pflegeheimen (Endpunkte: Pflegeabhängigkeit und ärztliches Globalurteil). Für die Zulassung wesentlich waren die Ergebnisse einer Studie aus den USA an 252 Patienten in häuslicher Pflege.² Sie erfolgte über 28 Wochen und war ebenfalls doppelblind, randomisiert und plazebokontrolliert (Abbildungen 1 und 2); eine offene Extension für weitere 24 Wochen schloss sich an. Beteiligt waren 32 Zentren. Während sich die Patienten unter Plazebo nach einem halben Jahr erwartungsgemäß deutlich verschlechtert hatten, waren in der Verumgruppe (Memantine 20 mg/die) signifikant häufiger Verbesserungen bzw. Stabilisierungen von Kognition und Alltagsfunktionen nachweisbar. Auch im klinischen Gesamteindruck der Ärzte und pflegenden Angehörigen



*Dr. med.
Hans Jörg Möbius*

Rasche kognitive Verbesserung in häuslicher Pflege

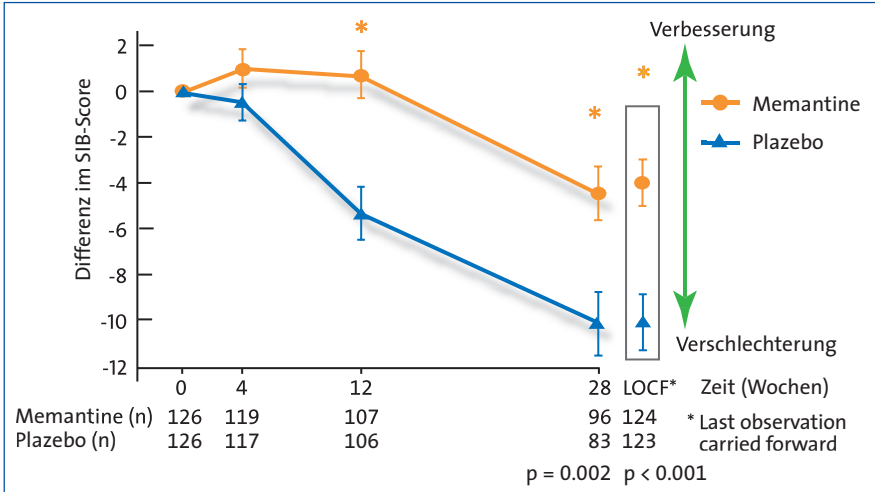


Abbildung 1: Bereits nach vier Wochen deutliche Verbesserung der Kognition bei Patienten mit mittlerer und schwerer Demenz unter Memantine im doppelblinden Vergleich zu Placebo.

Verbesserte Alltagsfunktionen bei schwerer Demenz

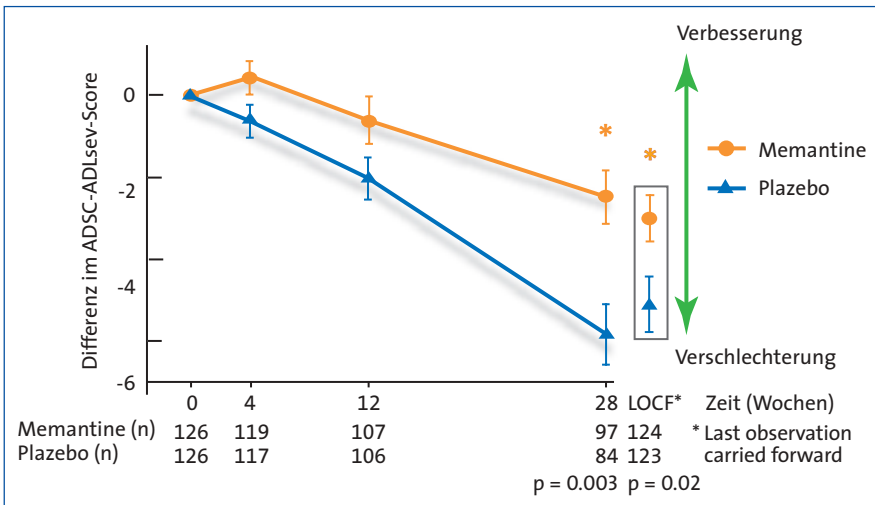


Abbildung 2: Anhaltende Verbesserung der Alltagsfunktionen unter der Therapie mit Memantine bei Patienten mit mittlerer und schwerer Demenz im doppelblinden Vergleich zu Placebo.

schlugen sich die positiven Veränderungen nieder. Die im Mittel knapp 80-jährigen schwer dementen Patienten – zwei Drittel Frauen – waren z. B. eher in der Lage, selbstständig zu essen oder das Bett zu verlassen, berichtete Dr. Hans Jörg Möbius, Geschäftsführer der Merz Pharmaceuticals GmbH. Während unter Plazebo 22 Patienten infolge Nebenwirkungen vorzeitig aus der Studie ausschieden, vor allem wegen Agitiertheit, waren dies nur 13 Patienten unter Memantine, das sich als gut verträglich erwies.

Auch nachdem die Studie offen fortgesetzt wurde, ließen sich diese Therapieeffekte für Kognition, Funktion und klinischen Gesamteindruck über das volle Jahr aufrecht erhalten.

Eine weitere, erst kürzlich publizierte Prospektivstudie an Demenzkranken randomisierte doppelblind Patienten, die den Acetylcholinesterasehemmer Donepezil schon zuvor erhalten hatten, zu entweder Plazebo oder Memantine.³ Die 403 randomisierten Patienten waren mittelschwer bis

Gründe für den Studien-Abbruch			
	Plazebo/ Donepezil n = 201 (%)	Memantine/ Donepezil n = 202 (%)	Gesamt n = 403 (%)
Unerwünschte Wirkungen	25 (12,4)	15 (7,4)	40 (9,9)
Ungenügende therapeutische Reaktion (unzureichender Therapieerfolg)	3 (1,5)	1 (0,5)	4 (1,0)
Protokollverletzung	5 (2,5)	1 (0,5)	6 (1,5)
Zurücknahme der Zustimmung	16 (8,0)	8 (4,0)	24 (6,0)
Abbruch der Verlaufskontrolle	0	1 (0,5)	1 (0,2)
Andere Gründe	2 (1,0)	4 (2,0)	6 (1,5)

Tabelle 1: Auffällig ist, dass es bei der Kombination mit Plazebo häufiger zu unerwünschten Wirkungen kam als bei der Kombination mit Memantine. Tariot et al., 2004

schwer erkrankt und stabil auf Donepezil eingestellt. Für Donepezil betrug die Tages-Dosis im Mittel knapp 10 mg/die, für Memantine wurde nach Auftitration die Standarddosis von 20 mg gewählt. Im Ergebnis zeigte sich nach 24 Wochen ein Vorteil der Kombination von Donepezil plus Memantine im Vergleich zu Donepezil plus Placebo. Sowohl kognitiv als auch in Sachen Alltagsfunktionen schnitten die Patienten signifikant besser ab. Das Globalurteil der Ärzte und Angehörigen bestätigte signifikante Vorteile im Sinne der klinischen Relevanz der psychometrisch gemessenen Effekte. Die Nebenwirkungsrate betrug unter Donepezil plus Placebo 12,4 %, unter Donepezil plus Memantine überraschend nur 7,4 % (Tabelle 1).

Brandneu sind Daten zu Memantine versus Placebo bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz. Dr. Möbius präsentierte eine inzwischen veröffentlichte 24-wöchige Studie an 403 Patienten⁴. Wieder zeigte sich nach Ablauf der Studie ein signifikanter Vorteil von Memantine hinsichtlich Kognition (ADAS-cog) und klinischem Globalurteil (CIBIC+). „Wir haben mit diesen allerneuesten Ergebnissen zum ersten Mal den Nachweis erbracht, dass wir mit Memantine die Alzheimer'sche Erkrankung im gesamten Spektrum behandeln können“, resümierte Dr. Möbius.

¹ Winblad B and Poritis N, *Benefit and Efficacy in Severely Demented Patients during Treatment with Memantine*, *Int J Geriatr Psych* 1999, 14: 135-146

² Reisberg B et al., *Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease*, *N Engl J Med* 2003, 348: 1333-1341

³ Tariot P et al., *Memantine Treatment in Patients with moderate to severe Alzheimer Disease already Receiving Donepezil*, *JAMA* 2004, 291: 317-324

⁴ Potkin SG et al., *Memantine monotherapy is effective and safe for the treatment of mild to moderate Alzheimer's disease: A randomized controlled trial*, 56th Ann Meet Am Acad Neurol (April 24 - May 1, San Francisco) 2004, Abst. LBS.003

Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der Gesundheitsreform

Mehr Spielraum für Demenztherapie

DR. MED. GERD W. ZIMMERMANN

Der Abrechnungsexperte und Allgemeinarzt Dr. Gerd W. Zimmermann stellt fest: Trotz weiter bestehender Restriktionen bei der Arzneimittelverordnung kann man zu dem Schluss kommen, dass die Regierung bei den gesetzlichen Neuerungen die Wirtschaftlichkeit der Verordnung vor strikte Rationierung gesetzt habe. Die Gesundheitsministerin habe insoweit Wort gehalten. Eine zweckmäßige Behandlung bestimmter Krankheitsbilder wie etwa der Demenz werde so gesehen erleichtert.

Die Demenztherapie ist stets eine Komplexbehandlung, die neben dem Einsatz von speziellen Arzneimitteln auch die Behandlung der ursächlichen internen Krankheiten, die Beseitigung von Symptomen (Schmerzen, Unruhe), die Hilfe bei der Alltagsbewältigung und im sozialen Bereich beinhalten muss. Kein Wunder, dass sich dem Vertragsarzt die Frage stellt, ob er eine solche Therapie angesichts von Budgets und Regressdrohung realisieren könne, ohne die Existenz seiner Praxis zu gefährden.

Hier gilt es zunächst zu berücksichtigen, dass auch nach In-Kraft-Treten des Gesundheitssystemmodernisierungs-Gesetzes (GMG) die im Arzneimittelbudgetablösungs-Gesetz (ABAG) abgeschaffte Kollektivhaftung abgeschafft bleibt. Leider bleibe es aber auch bei der „etwas nebulös“ formulierten Ersatzlösung, wonach das Arzneimittelbudget ja nicht ersatzlos entfallen ist. Es wurde durch so genannte Zielvereinbarungen zwischen Kassen und KVen ersetzt.



*Dr. med. Gerd W.
Zimmermann*

Richtgrößenüberschreitungen

Streuzone bis 15 %	Keine Unwirtschaftlichkeit, Prüfung in Einzelfällen aber möglich
Übergangszone 15 bis 25 %	Unwirtschaftlichkeit wird vermutet, es erfolgt eine Pharmakotherapieberatung
Regresszone > 25 %	Unwirtschaftlichkeit liegt vor. Die Wirtschaftlichkeit (Praxisbesonderheiten) muss vom Arzt nachgewiesen werden (Beweisumkehr). Pauschalregress möglich!

Table 2: Selbst bei einer Richtgrößenüberschreitung von mehr als 25 % kann der Regress durch eine individuelle Richtgrößenvereinbarung noch abgewendet werden.

Vereinbart wird auch eine Verordnungshöchstgrenze (ein Gesamtvolumen pro Jahr). Dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Zahl/Altersstruktur der Versicherten,
- Preisänderungen bei Arznei- und Verbandmitteln,
- Veränderung der Leistungspflicht der Kassen,
- Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Einsatz innovativer Arzneimittel,
- Änderung der Zielvereinbarung,
- Verlagerung zwischen Leistungsbereichen.

Überschreiten die Ärzte diese vereinbarte Verordnungshöchstgrenze, ist das laut Gesetz bei den Honorarverträgen zwischen Kassen und KVen zu berücksichtigen – nach unten, versteht sich. Zumindest können die Kassen die Überschreitungssumme bei den Honorarverhandlungen mindernd einfordern.

Ärgerlich ist dabei, so Dr. Zimmermann, Vorsitzender der Bezirksstelle Frankfurt der KV Hessen, dass es sich hierbei

um eine „Muss-Bestimmung“ handelt, während eine Unterschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens bei den Honorarverhandlungen nur berücksichtigt werden kann, aber nicht muss.

Hier bringt das neue GMG allerdings eine deutliche Verbesserung für die Kassenärzte. Um das zu erkennen, muss man zunächst wissen, dass in den so genannte Zielvereinbarungen nicht nur eine Ausgabenhöchstgrenze vereinbart wird. Vereinbart werden vielmehr auch bestimmte Veränderungsraten, z.B. beim Einsatz von Generika oder bei Me-too-Präparaten. Es handelt sich um mehrere einzelne Grenzen, die unabhängig voneinander beurteilt werden. Für eine Überschreitung, die durch Parameter entstanden ist, die der verordnende Arzt bzw. die KV gar nicht beeinflussen können, wie z.B. Preisänderungen oder die Zulassung von Innovationen, muss der Arzt dann nicht mehr haften.

Das GMG bestimmt zudem, dass ein Teil der Gesamtvergütung zweckgebunden für die Beratung von Ärzten über Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arznei- und Heilmittelverordnung verwendet werden kann. Für Ärzte, die ihre Richtgrößen einhalten, ist aus diesen Mitteln sogar ein Bonus möglich.

Die Verordnungen der Ärzte werden weiterhin individuell durch Richtgrößenprüfungen kontrolliert. Dabei unterscheidet Dr. Zimmermann folgende Konstellationen (siehe auch Tabelle 2):

- In der Spanne von 5 bis 15 % (der so genannten Streuzone) passiert normalerweise nichts, eine Prüfung ist in Einzelfällen aber möglich. Die Beweislast für Unwirtschaftlichkeit liegt beim Prüfungsausschuss.
- Überschreitung 15 bis 25 %: Kein Regress, stattdessen Beratung durch Prüfungsgremien, da Unwirtschaftlichkeit vermutet wird. Die Gremien bekommen viel Arbeit, da sich die meisten Richtgrößen-geplagten Ärzte in dieser Spanne bewegen. Was passieren soll, wenn ein Arzt trotz Beratung in dieser Zone verharret, verrät das GMG nicht.
- 25 % Überschreitung und mehr: Es wird davon ausgegangen, dass Unwirtschaftlichkeit vorliegt. Folge: Re-

gress in Höhe der Überschreitung, falls diese nicht durch Praxisbesonderheiten erklärbar ist. Beweislastumkehr! Der Arzt muss die Praxisbesonderheiten geltend machen und darlegen.

- Statt den Regress zu kassieren, kann mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart werden, die er ein Jahr lang einzuhalten hat (Tabelle 3). Überschreitet er sie in einem Quartal, muss er diesen Betrag an die Kassen zahlen. Diese individuellen Richtgrößenvereinbarungen sind mithin eine „zweite Chance“ für den Arzt.

Die letztgenannte Regelung könne bei korrekter Umsetzung die Nerven des Praxisinhabers schonen, sagte Dr. Zimmermann. Er würde sonst nämlich auch bei Vorliegen anerkannter Praxisbesonderheiten – wie etwa der Behandlung

Regress vermeiden

- Beratung/Regress kann verhindert werden, wenn der Nachweis von **Praxisbesonderheiten** zu einer Reduzierung der Überschreitung auf < 15 % führt.

Dokumentation/Nachweis der Praxisbesonderheiten ist zur Regressabwehr unumgänglich und zwingend erforderlich.

- Dateneinsicht
Bei Zweifel an der Richtigkeit der der Prüfung zu Grunde liegenden Daten durch den zu prüfenden Arzt entscheidet der Prüfungsausschuss, ob eine Stichprobe der Daten (Originalbelege oder Kopien) eingesehen werden kann.
- Überschreitet der Arzt seine Richtgröße > 25 % durch Praxisbesonderheiten, kann auf Regressforderung verzichtet werden und unter Nachweis der Praxisbesonderheiten eine **individuelle Richtgröße** für ein Jahr vereinbart werden.
- Eine Überschreitung dieser Richtgröße führt dann aber zu automatischem Regress.

Tabelle 3: Die Regelungen zu Regressen sind grundlegend geändert worden.

dementer Patienten – immer wieder in Richtgrößenprüfungen verwickelt.

Neben den oben genannten Bestimmungen, die zu Teilen eine gewisse Erleichterung für den Kassenarzt bedeuten, enthält das GMG im Bereich der Prüfungen auch eine Reihe von „richtigen Gemeinheiten“, so der Frankfurter KV-Chef. Diese spielen allerdings bei der Demenzbehandlung nur eine untergeordnete Rolle, könnten sich in den falschen Händen aber durchaus zu einem Abkassierungsmodell entwickeln. So soll in Stichproben auch die verbindliche Einhaltung der Arzneimittelrichtlinien (AMR) geprüft werden. Die AMR sind aber u.a. wegen der Vielzahl von Ausnahmen im Praxisalltag kaum überschaubar.

Geschäftsstellen mit hauptamtlichen Geschäftsführern sollen die Prüfungen organisieren und darauf achten, dass auch tatsächlich intensiv geprüft wird. Die Regierung war nämlich auf Grund einer Ende 2002 veröffentlichten Untersuchung der Prüfdienste des Bundes und der Länder (§ 274 SGB V) zu dem Ergebnis gekommen, dass die organisatorisch-institutionelle Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Ursache für deren geringen quantitativen Umfang und deren unzureichende Effektivität sei. Deshalb werden nunmehr durch das GMG in § 106 Abs. 4a SGB V die Prüfungsgremien stärker verselbstständigt.

Seit dem 1. Januar 2004 sollen neue Geschäftsstellen der Ausschüsse eingerichtet werden, denen die Aufgabe übertragen wird, die Datengrundlagen für die Prüfungen zu erstellen, die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relevanten Sachverhalte aufzubereiten sowie einen Entscheidungsvorschlag für den Ausschuss vorzulegen. Die Geschäftsstellen sind durch KVen und Kassen mit den erforderlichen finanziellen Mitteln auszustatten.

Nachteilig für einen von einer Prüfung betroffenen Arzt ist es, dass er nur noch bei „berechtigten Zweifeln“ ein Akteneinsichtsrecht haben soll, also zum Beispiel kontrollieren kann, ob ihm nicht Rezepte fälschlicherweise zugeordnet wurden. Wird dem Antrag stattgegeben, dann soll der Arzt lediglich eine

Stichprobenauswahl aus den Originalrezepten erhalten. Dabei ist eines der Hauptprobleme bei den Richtgrößenprüfungen die häufig fehlerhafte Datenlieferung der Krankenkassen.

Als „hinterhältig“ aus Ärztesicht bewertet Dr. Zimmermann den § 106 SGB V, der vorsieht, dass festgesetzte Regresse zunächst von der Gesamtvergütung, die die Kassen an die KVen zahlen, abgezogen werden. Sie müssen dann von der KV vom betreffenden Vertragsarzt zurückgefordert werden. Konsequenz: Das Gesetz ermöglicht, dass ein Regress, wenn er nachweislich die Existenz der Praxis bedroht, gestundet oder erlassen werden kann. Unter der gerade erläuterten Vorgabe geht das dann aber zu Lasten der Solidargemeinschaft der Vertragsärzte.

Zu einer Verschärfung des Prüfgeschäftes könnte auch führen, dass das GMG die Vorstände der KVen und Krankenkassen mehrfach verpflichtet, für die ordnungsgemäße Umsetzung der Gesetzesvorgaben ihren Kopf hinzuhalten. So verpflichtet der ergänzte § 84 SGB V die KV- und Kassenverbandschefs, dafür zu haften, dass die Ärzte ordnungsgemäß über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung informiert und beraten werden, Richtgrößen-Einhalter Bonuszahlungen empfangen und die einzelnen Arztgruppen entsprechend ihrem Anteil am Verordnungsvolumen an der Aufbringung des Bonus- und Informationspools beteiligt werden.

Auch der § 106 verlangt: Wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht ordentlich und im vorgesehenen Umfang ausgeführt, weil die erforderlichen Daten fehlen, dürfen die KV- und Kassenführer dafür geradestehen. Die zuständige Aufsichtsbehörde (in der Regel sind das die Länder-Sozialministerien) hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

Antidementiva am Beispiel Baden-Württemberg

Wie gut werden Patienten versorgt?

MAGDA GELDMACHER

Erhalten alle Patienten, die an Demenz erkrankt sind, eigentlich die entsprechenden Medikamente? Und welche Mittel werden von welchen Fachgruppen bei der Verordnung präferiert? Magda Geldmacher, Leiterin der Abteilung Arzneimittelcontrolling beim MDK Baden-Württemberg, hat versucht, mit Hilfe von Verordnungs- und Literaturdaten die obigen Fragen zu beantworten und anschließend abzuleiten, wie die Gesundheitsreform das Verordnungsverhalten der Ärzte verändern wird.

Epidemiologie der Demenz

18,4 % der GKV-Versicherten in Baden-Württemberg waren im Jahr 2003 älter als 65 Jahre. Exakte Daten, wie viele dieser Personen tatsächlich an einer vaskulären oder Alzheimer-Demenz leiden, sind aus den routinemäßig verfügbaren GKV-Daten nicht ableitbar. Literaturdaten gehen von einer mittleren Inzidenzrate von 1,9 % pro Jahr und einer mittleren Prävalenzrate von 7,2 % bei den über 65-Jährigen aus.

Die MDS/MDK-Statistik zur Pflegebegutachtung weist in Baden-Württemberg in den Jahren 2001 bis 2003 bei den Erstbegutachtungen mit der Einstufung „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ eine jährliche durchschnittliche Inzidenzrate von 1,4 % bezogen auf über 65-jährige GKV-Versicherte aus. Die in den Begutachtungsrichtlinien genannten Kriterien zu dieser Einstufung entsprechen den typischen Symptomen einer Demenz.



Magda Geldmacher

Altersbezogene Prävalenz von Demenzen		
Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate*	Schätzung der GKV-Betroffenen in BW
65 bis 69 Jahre	1,2 %	6.407
70 bis 74 Jahre	2,8 %	10.949
75 bis 79 Jahre	6,0 %	19.309
80 bis 84 Jahre	13,3 %	31.393
85 bis 89 Jahre	23,9 %	21.592
über 90 Jahre	36,6 %	23.833

Tabelle 4: Der demographische Faktor wirkt sich auch auf die Demenz-Prävalenzrate aus.

** nach Bickel, TU München, 2000*

Antidementiva in Baden-Württemberg					
– Verordnungspräferenzen der ärztlichen Fachgruppen –					
	Cholinesterasehemmer (NO6DA)	Ginkgo (NO6DP)	Andere Antidementiva Alle (NO6DX)	Memantine (NO6DX01)	Alle Antidementiva (NO6D)
Allg. Med.	47,3 %	64,3 %	59,2 %	64,9 %	60,9 %
Neurologen	38,9 %	4,5 %	17,3 %	17,5 %	12,2 %
Internisten	11,8 %	20,5 %	19,1 %	16,2 %	19,1 %
Sonst. FG	2,0 %	10,7 %	4,4 %	1,4 %	7,8 %
Alle Ärzte	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 5: Verordnungen von Antidementiva werden innerhalb der Facharztgruppen in der Hauptsache von Allgemeinärzten, Internisten und Neurologen getätigt.

Antidementiva in Baden-Württemberg – Verordnungspräferenzen der ärztlichen Fachgruppen –				
	Allg. Med.	Neurologen	Internisten	Sonst. FG
Cholinesterasehemmer (NO6DA)	8,6 %	35,2 %	6,8 %	8,2 %
Ginkgo (NO6DP)	61,9 %	21,7 %	62,7 %	75,6 %
Andere Antidementiva (NO6DX)	29,6 %	43,1 %	30,4 %	16,2 %
Memantine (NO6DX01)	8,5 %	14,6 %	6,6 %	0,0 %
Alle Antidementiva	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabelle 6: Neurologen bevorzugen bei ihrer Verordnung eher Memantine und Cholinesterasehemmer, Allgemeinärzte und Internisten wählen hingegen häufig ginkgohaltige Präparate.

Legt man die Literaturdaten zur Prävalenz zu Grunde, sind in Baden-Württemberg potenziell ca. 113 500 Personen von einer Demenz betroffen.

Versorgung der baden-württembergischen GKV-Versicherten mit Antidementiva

Grundlage der Präsentation sind die Arzneiverordnungen aller Vertragsärzte in Baden-Württemberg im 1. Halbjahr 2003. Die Indikationszuordnung erfolgte mangels korrelierender ICD-10-Daten über den ATC-Code.

Die Verordnungszahlen von Antidementiva gingen im 1. Halbjahr 2003 im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum insgesamt um 7,6 % zurück und erreichten einen Umsatz von ca. 14,7 Mio €, das sind 1 % des gesamten Arzneimittelumsatzes in Baden-Württemberg. Die Verordnungsrückgänge sind in allen Wirkstoffgruppen mit Ausnahme der Cholinesterasehemmer zu verzeichnen.

Fachgruppenspezifika

Rund 61 % aller Verordnungen über Antidementiva werden von Allgemeinmedizinerinnen ausgestellt. An zweiter Stelle folgen die Internisten mit ca. 19 %, dann die Neurologen mit ca. 12 % der Verordnungen.

Die Ordnungspräferenzen liegen bei Allgemeinmedizinerinnen und Internisten mit etwa 62 % Ordnungsanteil bei den ginkgohaltigen Präparaten. Allerdings kann hier nicht ausgeschlossen werden, dass diese Arzneimittel auch für andere Indikationen ausgewählt wurden.

Während in diesen beiden Fachgruppen die Ordnungsanteile von Cholinesterasehemmern und Memantine bei ca. 6,5 bzw. 8,5 % liegen, erreichen die Ordnungsanteile bei Neurologen 35,2 % (Cholinesterasehemmer) und 14,6 % (Memantine), jeweils gemessen an allen Verordnungen von Antidementiva.

Die Ordnungshäufigkeiten von Memantine und den Cholinesterasehemmern differieren etwa um den Faktor 1,3.

- Memantine: 10,1 je Tsd. in der KV Nord-Württemberg bis 13,5 je Tsd. in der KV Südwürttemberg
- Cholinesterasehemmer: 13,7 je Tsd. in der KV Nord-Württemberg bis 17,7 je Tsd. in der KV Nordbaden

Versorgungsgrad

Mit den Verordnungen von Memantine und Cholinesterasehemmern werden zusammen nur 8 % der potenziell von einer Demenz betroffenen, über 65-jährigen Versicherten erreicht. Rechnet man Ginkgo und sonstige Antidementiva hinzu, steigt der Versorgungsgrad auf 46,4 %.

Diskussion

Angesichts zahlreicher offener Fragen – z.B.

- bei wie vielen Personen die Indikation vaskuläre bzw. Alzheimer-Demenz gesichert ist
- optimaler zu erwartender Effekt welcher Wirkstoffgruppe in welchem Krankheitsstadium
- Kriterien zum Therapieabbruch, weil kein Nutzen für den Patienten mehr zu erwarten ist

Versorgungsgrad potenziell von Demenz betroffener GKV-Versicherter mit Antidementiva			
Wirkstoffgruppe	Verordnete DDD*	DDD/Tag	Versorgungsgrad**
Cholinesterasehemmer (Aricept®, Reminyl®, Exelon®)	932.426 €	5.109 €	4,5 %
Memantine (Axura®, Ebixa®)	716.382 €	3.926 €	3,5 %
Ginkgo (22 Warenzeichen)	5.436.522 €	29.789 €	26,2 % (Indikation?)
Sonstige Antidementiva (45 Warenzeichen)	2.520.688 €	13.812 €	12,2 %

* gesamt/alle Ärzte/1. Halbjahr 2003
** bezogen auf 113 483 potenziell betroffene, > 65-jährige GKV-Versicherte

Tabelle 7: Nur 8 % der über 65-Jährigen in Baden-Württemberg, die potenziell an einer Demenz erkrankt sind, werden mit Cholinesterasehemmern und Memantine versorgt.

- Therapieabbruchrate wegen Nebenwirkungen
- Therapieabbruchrate bezogen auf Krankheitsstadium und Wirkstoffgruppe wegen Nichtansprechens der Therapie
- Sehr wenige Patienten erhalten überhaupt eine evidenzbasierte Therapie –
kann derzeit nicht beurteilt werden, ob die dokumentierten Versorgungsgrade ausreichend sind oder ob von einer Unter-/Fehlversorgung auszugehen ist.

Zuzahlungsregelungen, Fahrtkosten,
neue Versorgungsmodelle ...

Belastungen und Herausforderungen für Demenzkranke

HEIKE VON LÜTZAU-HOHLBEIN

Um eine Zuzahlungsbefreiung zu erreichen, müssen Patienten Belege und Quittungen sammeln, damit sie einen entsprechenden Antrag stellen können. Für einen an Demenz Erkrankten eine schier unlösbare Aufgabe, deren Bewältigung Fähigkeiten erfordert, die dem Patienten krankheitsbedingt verloren gegangen sind, so Heike von Lützu-Hohlbein. Die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft kritisiert aber noch weitere Belastungen und Herausforderungen, die auf Grund der Gesundheitsreform auf Demenzkranke und deren Angehörige zugekommen sind.

Schon im Vorfeld der Gesundheitsreform, erinnert sich Heike von Lützu-Hohlbein, sorgten die ständigen Änderungen und Entwürfe für Verwirrung. In immer kürzeren Abständen folgten neue Vorschläge, es blieb kaum Zeit, um die Auswirkungen zu analysieren.

Wegen des Gesundheitsreformgesetzes klingeln die Telefone der Deutschen Alzheimer Gesellschaft unablässig, so Frau von Lützu-Hohlbein. In der Hauptsache sind es verunsicherte Patienten bzw. deren Angehörige, die um Rat fragen. Sie wollen insbesondere wissen: Wo finde ich einen guten Arzt? Welche stationären Einrichtungen gibt es, die auf demenzerkrankte Patienten spezialisiert sind? Welches Medikament das richtige ist, ist gar nicht so das Thema. Erst wenn der Patient mit Medikamenten versorgt ist, wird ab und an nachgefragt, ob es denn auch das richtige Mittel sei.



Heike von
Lützu-Hohlbein

Die Frage, wie eine Zuzahlungsbefreiung erreicht werden kann, stellt für die Betroffenen zwar ein kleines, aber dennoch aus Sicht der Deutschen Alzheimer Gesellschaft insgesamt ein großes Problem dar. Denn das Prozedere um die Zuzahlungsbegrenzungen in Höhe von 1 bzw. 2 % des Bruttoeinkommens „ist eine Zumutung für alle Beteiligten“, so Heike von Lützu-Hohlbein. Erst muss der Patient zahlen, die Belege sammeln und anschließend einen Antrag stellen. „In der frühen Phase der Erkrankung ist dieses Verfahren ein Horror für den Patienten, im weiteren Verlauf eine zusätzliche Belastung der pflegenden Angehörigen, der Altenpflege in den stationären Einrichtungen und der gesetzlichen Betreuer“, kritisiert Heike von Lützu-Hohlbein.

Die neuen Hausarztmodelle der Krankenkassen sind für die Deutsche Alzheimer Gesellschaft zunächst kein Diskussionssthema. Bisher schon, weiß Heike von Lützu-Hohlbein, suchen die meisten an Demenz erkrankten Patienten zuerst ihren Hausarzt auf, wobei es sich oft um eine andere Erkrankung handelt, weswegen der Hausarzt konsultiert wird. Im Gespräch meint dann der Patient oder auch der Angehörige: „Ja und dann diese Vergesslichkeit. Ich weiß gar nicht, ob das noch normal ist.“ Oder der Angehörige meint: „Ja, die Mutter ist jetzt schon sehr vergesslich geworden, aber das ist in dem Alter ja normal?“ Wichtig ist, dass der möglicherweise an Demenz Erkrankte hier auf einen Hausarzt trifft, der gut geschult, engagiert und informiert ist. Dieser Arzt ist ein geeigneter „Lotse“ für den Demenzkranken. Die drei Eigenschaften „gut geschult, engagiert, informiert“ müssen aber vorhanden sein, lautet die Forderung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Auf den zweiten Blick aber verlangen die neuen Versorgungsmodelle (Hausarztmodelle, integrierte Versorgung) von den Patienten Eigenschaften, über die diese auf Grund ihrer Erkrankung gar nicht verfügen. Und sobald Wahlmöglichkeiten vorhanden sind, muss auch die Betreuungsperson überlegen und planen, welches Modell für den Kranken die beste Alternative ist.

Was die Erstattung der Fahrtkosten betrifft, hofft die Deutsche Alzheimer Gesellschaft auf Nachbesserungen. So gibt es z.B. Probleme, wenn Heimbewohner mit kleineren Brüchen mit dem Taxi zum ambulanten Röntgen geschickt werden sollen, um eine Krankenhauseinweisung mit schwerwiegenden Folgen für Demenzkranke zu vermeiden. Gerade in einer akuten Situation, in der ein Patient z.B. gestürzt ist, kann dieser bzw. die Betreuungsperson nicht zuerst abklären, ob die Krankenkasse die Taxifahrt zu einer Praxis übernimmt. Entweder muss der Patient also die Taxikosten selbst übernehmen oder aber mit einem Krankenwagen in eine stationäre Einrichtung gebracht werden.

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind zu prüfen

Die Schaffung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft prinzipiell begrüßt. Allerdings wird die Unabhängigkeit der Einrichtung sehr von der Besetzung abhängen. Außerdem wird von vielen befürchtet, dass lediglich eine vierte Hürde, z.B. bei der Zulassung von Arzneimitteln, eingeführt wird. Nach der medizinischen Zulassung eines Medikaments wird das Institut dann prüfen, ob es erstattungsfähig ist. „Es besteht die Gefahr, dass dies bei innovativen Medikamenten eine weitere Zeitverzögerung bedeutet“, warnt Heike von Lützu-Hohlbein.

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist laut Frau von Lützu-Hohlbein ein erster positiver Schritt. Zwar ist der Einfluss sehr begrenzt, da die Patientenvertreter nur ein Anhörungsrecht und ein Äußerungsrecht, aber kein Stimmrecht besitzen. Schließlich müssen die neun Krankenkassen- und neun Ärztevertreter bei ihren Verhandlungen auch Rücksicht auf die Patientenseite (ebenfalls neun Sitze) nehmen. Es ist noch viel Arbeit von den Vertre-

tern der Selbsthilfegruppen zu leisten. Denn diese müssen auch gemeinsame Ziele entwickeln, die derzeit in Teilen differieren. So haben die Vertreter von Krebskranken im Vergleich zu Vertretern von Demenzkranken eine andere Vorstellung davon, was beispielsweise Rehabilitation bewirken soll. Erstere Gruppe kann mit der Rehabilitation erreichen, dass der Patient wieder gesund wird. Bei Demenzkranken allerdings lautet das Ziel, noch vorhandene Fähigkeiten zu stärken bzw. eine Verzögerung des Krankheitsverlaufs zu erreichen.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft ist im Gemeinsamen Bundesausschuss als Vertreter der Patienten indirekt durch ihre Mitgliedschaft im Deutschen Behindertenrat beteiligt, wie auch über die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH). Damit eine effektive Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen kann, müssen die Verbände durch entsprechende Ressourcen in die Lage versetzt werden, diese Beteiligungsrechte wahrzunehmen. Um eine starke „dritte Bank“ zu entwickeln, ist eine effektive und zeitnahe Meinungsbildung wichtig, dazu bedarf es entsprechender Organisation zwischen den Verbänden.

Vordringlicher Reformbedarf

Insgesamt, so Frau von Lützu-Hohlbein, steht die Deutsche Alzheimer Gesellschaft den Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zwiespältig gegenüber. Leider wurde bei den Reformen ein wichtiger Punkt nicht berücksichtigt: Zwar hat sich viel auf Seiten der Gesetzlichen Krankenversicherung getan, die Pflegeversicherung wurde allerdings bisher nicht berücksichtigt. Dabei ist der Reformbedarf, was die Betreuung von Demenzkranken angeht, viel vordringlicher und wichtiger. In die Definition der Pflegebedürftigkeit muss unbedingt die Situation der Demenzkranken mit einbezogen werden. Schon lange fordert die Deutsche Alzheimer Gesellschaft die Aufhebung der Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung. Denn unter dem Zu-

ständigkeitsstreit „Wer bezahlt das Hilfsmittel – die Kranken- oder die Pflegeversicherung?“ leidet in erster Linie der Kranke. Würden Kranken- und Pflegeversicherung Hand in Hand arbeiten, könnte der Krankheitsverlauf der Demenz zumindest verzögert bzw. abgemildert werden, ist sich Heike von Lützu-Hohlbein sicher. Denn wenn auf Kassenseite z.B. bei Medikamenten gespart wird, bedeutet das höhere Kosten für die Pflegekasse. Dabei könnte die Pflegebedürftigkeit mit Hilfe einer medikamentösen Therapie um mindestens ein halbes Jahr hinausgezögert werden. Wegen der Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung haben die Krankenkassen aber gar kein Interesse daran, höhere Kosten auf sich zu nehmen. Und für die Pflegebedürftigkeit ist schließlich die Pflegeversicherung zuständig.

Es bleibt zu hoffen, dass in den weiteren anstehenden Reformen des Gesundheitswesens die Situation der Demenzkranken und ihrer Angehörigen entsprechend berücksichtigt wird.

Stationäre Therapie

Gute Chancen für Demenzversorgung

PROF. DR. MED. INGO FÜSGEN

Die durch die neuen Diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG) und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz befürchtete Verschlechterung der Versorgung multimorbider älterer Patienten und speziell Demenzkranker ist nicht eingetreten, bemerkte Klinikchef Professor Dr. Ingo Füsgen erleichtert.

Der Inhaber des Lehrstuhls für Geriatrie an der Universität Witten/Herdecke und Direktor der Geriatrischen Kliniken Wuppertal hatte letztes Jahr kein gutes Gefühl. An den DRG (engl. Diagnosis Related Groups) für die Krankenhäuser sei lange herumgebastelt worden, so wie auch am Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG).

„Es bestand die Befürchtung, dass Patienten mit speziellen, komplex zu behandelnden Krankheitsbildern des Alters – darunter Demenz, Herzinsuffizienz, chronische Bronchitis – durch das Raster fallen würden“, so Prof. Füsgen. Dann nämlich, wenn der Kranke genau nach der für die Hauptdiagnose vorgegebenen durchschnittlichen Verweildauer aus dem Krankenhaus entlassen werde.

Doch dann das Aufatmen: Entgegen allen Befürchtungen ist die Demenz als Syndrom aber auch in ihrer Spezifizierung in der Primärkodierung enthalten und entsprechend bewertet. Drei Primärcodes gibt es:

- Demenz bei Alzheimer mit frühem Beginn
< 65. Lebensjahr;
- Demenz bei Alzheimer mit spätem Beginn
> 65. Lebensjahr;



*Prof. Dr. med.
Ingo Füsgen*

§ 140 a SGB V

... können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (...) abschließen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. (...)

§ 140 c SGB V

Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrages in Anspruch genommen werden, zu vergüten. (...)

Table 8: So ist die integrierte Versorgung vom Gesetz geregelt.

■ Demenz bei Alzheimer, gemischte oder atypische Form.

Zudem wurde noch Ende des letzten Jahres die geriatrische Komplexbehandlung aufgenommen, die dem ganzheitlichen Aspekt der Demenzbehandlung im stationären Bereich gerecht wird. Damit ist es möglich, über die klassische Medizin hinaus erforderliche Zusatzbehandlungen wie Logopädie, Krankengymnastik oder Ergotherapie abzurechnen.

Für Prof. Füsgen besteht angesichts eines somit möglichen „finanziellen Polsters“ die Gefahr, dass sich nicht qualifizierte Einrichtungen zunehmend der Behandlung von Demenzkranken zuwenden wollen. Aus diesem Grund wird wichtig sein, dass zukünftig nur einzelne spezialisierte Kliniken die Zulassung für eine derartige Betreuung erhalten.

Die Demenzversorgung im Bereich der Psychiatrie ist für Prof. Füsgen dagegen noch immer ein Schwachpunkt, denn in diesem Fachgebiet werden die Leistungen nicht standardisiert über DRG abgerechnet. Stattdessen müssen mit den Krankenkassen tagesgleiche Pflegesätze ausgehandelt wer-

den. „Sicherlich wird das nicht einfach in der Zukunft, wenn man an die schrumpfenden finanziellen Möglichkeiten der Kassen denkt“, so Prof. Füsgen. Er präzisiert: „Wenn bei den länderweise festgesetzten DRG nicht gespart werden kann, wird es vielleicht für die Tagessätze weniger Geld geben.“

Neben den DRG bringt nach Ansicht Prof. Füsgens auch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz interessante Neuregelungen, die letztlich auch auf die Demenzbehandlung Einfluss haben. Das treffe speziell die integrierte Versorgung und die Chronikerprogramme. Prof. Füsgen zufolge könnten von der integrierten Versorgung Einrichtungen wie die Memory-Klinik (Gedächtnissprechstunde) profitieren, deren Arbeit nun finanziell gefördert werden kann. Die entsprechenden Grundlagen schafft das Sozialgesetzbuch V. Hier heißt es: „Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 von Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten ...“

Prof. Füsgen geht davon aus, dass Patienten, Ärzte und auch die Krankenkassen von den Vorteilen einer solchen Kooperation profitieren. Die Abläufe werden transparent. Es gibt eine einheitliche Dokumentation von Leistungserbringung und Abrechnung. Die Qualität der Versorgung ist ein-

Vorteile der integrierten Versorgung

- Aufhebung der sektoralen Trennung (Fachdisziplinen, Versorgungsebenen)
- „Hand-in-Hand“-Angebot der verschiedensten Einrichtungen
- Anschubfinanzierung (ca. 680 Mio. Euro)

Tabelle 9: Von der integrierten Versorgung könnten Einrichtungen wie die Memory-Klinik profitieren, deren Arbeit nun finanziell gefördert werden kann. Eine Anschubfinanzierung von jährlich 680 Mio. Euro steht bereit.

fach kontrollierbar, u.a. durch standardisierte Patienten- und Arztbefragung. Es gibt vorgegebene Behandlungspfade und eine garantierte und nicht gedeckelte Vergütung der Leistungen.

Eine Anschubfinanzierung von rund 680 Millionen Euro stehe bereit, so Prof. Fügen. Voraussetzung für die Finanzierung sei ein entsprechender Vertrag mit den Krankenkassen, der den gesetzlichen Anforderungen einer interdisziplinären Zusammenarbeit entspreche. Für Prof. Fügen ist klar: Die integrierte Versorgung ist auch eine Chance für die bestehenden 25 Memory-Kliniken in Deutschland. Sie können so einen gemeinsamen Versorgungsstandard für Demenzkranke entwickeln. Es könne zum Beispiel in Bezug auf die Wirksamkeit einer Therapie eine standardisierte Überprüfung über die Bereiche hinweg stattfinden.

Ganzheitlich integriertes Therapie-Modell bei Demenz

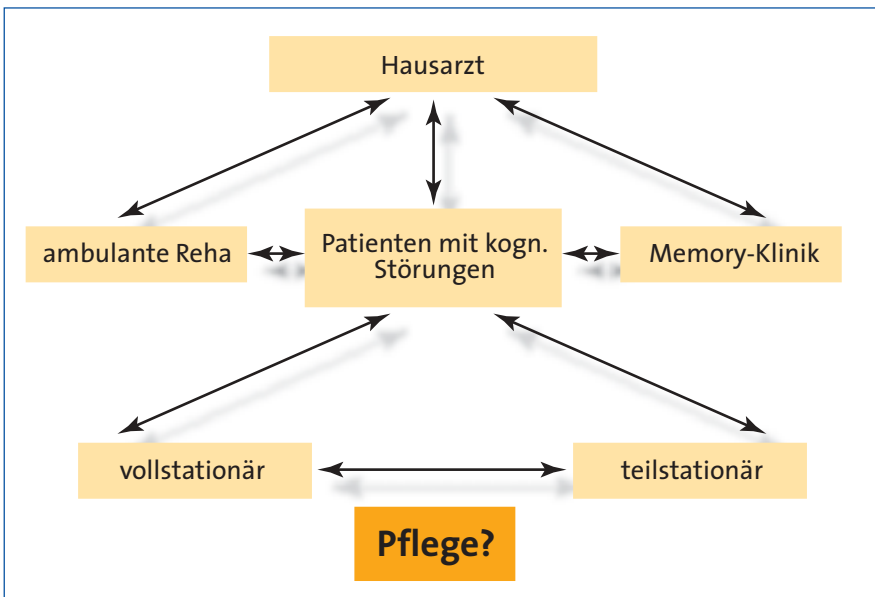


Abbildung 3: Ein ganzheitlich integriertes Modell umfasst die Verzahnung von Haus- und Fachärzten, Memory-Klinik, Tagesklinik etc.

„Ein solches ganzheitlich integriertes Modell müsste hausärztliche und fachärztliche Betreuung, Memory-Klinik, Tagesklinik, vollstationäre Versorgung und auch die ambulante geriatrische Rehabilitation umfassen“, so die Vorstellung des Experten. Je nach Teil des integrierten Versorgungssystems können dabei unterschiedliche Mitarbeitergruppen zum Tragen kommen. Im Bereich der Memory-Klinik zum Beispiel würden niedergelassene Fachärzte und Klinikangestellte zusammenarbeiten, für diagnostische Maßnahmen wie CT wäre das Krankenhaus zuständig. Die ambulante Rehabilitation könnte gut von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten aus der Klinik übernommen werden. Die immer wieder diskutierte Notfallversorgung sei über den niedergelassenen Arzt oder die Notfallambulanz des mitwirkenden Krankenhauses sicherzustellen.

Nach Ansicht Prof. Füsgens steht einer funktionierenden integrierten Versorgung noch eine Reihe von Problemen gegenüber. „Dazu gehört an erster Stelle die seitens des niedergelassenen Bereiches befürchtete Konkurrenz“, so Prof. Füsgen. Die Vertragsärzte seien deshalb der integrierten Versorgung gegenüber „grundsätzlich sehr zurückhaltend“. Sie befürchteten zudem seitens der Krankenhäuser eine Rosinenpickerei bezüglich der niedergelassenen Kollegen.

Prof. Füsgen sieht die Lösung in „Finanzierungsmodellen, in denen sich diese Ärzte wiederfinden“. Er kann sich gut

Mögliche Formen und Beispiele einer interdisziplinären Versorgung

- Medizinische Zentren
- Medizinische Versorgungszentren
- Integrative Patientenversorgung
- Gesundheitszentren
- Polikliniken, ähnlich wie in der „DDR“.
- Praxisnetze mit Stützpunkten
- Ärzte- und Geschäftshäuser als Verbindung von ambulantem Operationszentrum, Fachzentrum und Schwerpunktpraxen
- Ambulantes Operieren (z.B. Medizinzentrum am Krankenhaus Lichtenberg)
- AOK-Vertrag Brandenburg für Spezialisten in „Konsultationsstützpunkten“
- HELIOS-Klinikkonzern; Beteiligung an Poliklinik Berlin-Buch (Versorgungszentrum)

Table 10: Verschiedene Modelle der interdisziplinären Versorgung können in unterschiedlichen Institutionen etabliert werden.

eine Betreibergesellschaft vorstellen, die von Vertragsärzten und Klinik gemeinsam getragen wird.

„Nachdem bisher die ganzheitlichen Vorstellungen einer Demenzversorgung in hohem Maße durch die sektoralen Bereiche gefährdet waren, bietet sich jetzt erstmalig mit dem GMG die Möglichkeit eines integrierten Modells“, so das Fazit Prof. Füsgens. Es wäre schön, so der Arzt weiter, wenn die bisher herrschende Skepsis zumindest für den Bereich der Demenz unbegründet wäre und endlich ein Diagnostik- und Therapiekonzept aus einer Hand zum Nutzen des Patienten angeboten werden könnte.

Gesundheitsreform 2004

Auswirkungen auf die Versorgung Demenzkranker

Wie wird sich die Gesundheitsreform 2004 auf die Versorgung Demenzkranker und deren Angehörige auswirken, und welche Chancen und Risiken für Demente beinhaltet das neue Gesetzeswerk? Auf dem 11. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ berichteten Selbsthilfegruppen und Ärzte nicht nur von ersten praktischen Erfahrungen, die einzelnen Teilbereiche des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden von den Referenten analysiert und mögliche positive sowie negative Auswirkungen extrahiert. In der Diskussion mit den Teilnehmern des Workshops aus den Bereichen Medizinische Dienste der Krankenkassen, Universitätskliniken, Pflege, Kassenärztliche Vereinigungen, Selbsthilfegruppen sowie der pharmazeutischen Industrie ergaben sich zahlreiche Statements, die zeigen, dass das Gesetzeswerk durchaus gute Chancen für die Demenzversorgung bietet, es auf der anderen Seite aber auch Teilbereiche gibt, die zu neuen Belastungen für Kranke und deren Angehörige führen.

- Die Pflichtfortbildung und die Änderung der Weiterbildungsordnung für Hausärzte werden auch langfristige Konsequenzen für die Versorgung Demenzkranker haben. Hier bietet sich die Chance zur Verbesserung der Struktur-, Ablauf- und Ergebnisqualität.
- Leistungserbringer sind zu einer stärkeren Qualitätssicherung verpflichtet und müssen ein Qualitätsmanagement einführen und weiterentwickeln.
- Der seit Januar tätige Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet Normen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Hierzu gehört beispielsweise auch die Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für epidemiologisch wichtige Krankheiten, zu denen auch die Demenz zählt. Au-

ßerdem wird es Empfehlungen für Disease-Management-Programme geben, möglicherweise wird die Demenz hier Berücksichtigung finden.

- Die Defizite in der ambulanten geriatrischen Versorgung werden sich nur zum Teil abbauen lassen, da es zum einen nicht ausreichend spezialisierte Kollegen gibt, sich zum anderen die Anzahl der geriatrischen Patienten verdoppeln, die Zahl der an Demenz erkrankten sich sogar verdrei- bzw. vervierfachen wird. Das geriatrische Weiterbildungsfeld muss bestmöglich gestaltet werden, um diesen Anforderungen gerecht zu werden.
- Die Alzheimer-Therapie ist noch wenig standardisiert. Das gilt selbst für Cholinesterasehemmer und Memantine, für die aktuelle Wirksamkeitsnachweise vorliegen.
- Die Möglichkeit der Kassen, direkt Verträge mit „besonders qualifizierten“ Ärzten abzuschließen, kann auch zu einer verbesserten Versorgung zum Beispiel im Bereich der Geriatrie und hier besonders auf dem Gebiet der Demenz führen.
- In der Hauptsache versorgen Allgemeinmediziner demente Patienten. Das lässt sich aus Verordnungsdaten in Baden-Württemberg ableiten. An zweiter Stelle folgen die Internisten, an dritter die Neurologen.
- In Baden-Württemberg gingen die Verordnungszahlen von Antidementiva im ersten Halbjahr 2003 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 7,6 % zurück.
- In Baden-Württemberg erhalten nur 8 % der potenziell an Demenz betroffenen über 65-Jährigen Memantine und Cholinesterasehemmer, also Antidementiva mit evidenzbasierter Wirksamkeitsnachweisen.
- Ärzte müssen nicht mehr für Budgetüberschreitungen bei Arzneimittelverordnungen haften, die durch Parameter entstanden sind, die der Arzt gar nicht beeinflussen kann.
- Künftig können zur Vermeidung von Regressen individuelle Richtgrößen vereinbart werden, die ein Arzt für ein Jahr einzuhalten hat. Im Vergleich zur jetzigen Praxis ist das ein Vorteil, da dem Arzt eine „zweite Chance“ ge-

währt wird, obwohl er die Richtgrößen seiner Arztgruppe überschritten hat.

- Die neuen Zuzahlungsregelungen bedeuten eine deutliche Mehrbelastung sowohl in finanzieller als auch in organisatorischer Hinsicht für Demente und deren Angehörige.
- Hausärzte sollten engagiert, gut geschult und informiert sein, um Demenzkranke adäquat versorgen zu können.
- Die vorgesehene Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist begrüßenswert. Leider sind nur wenige Sitze und wenig Einfluss vorgesehen.
- Die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss gegründet wird, darf nicht zu einer Zeitverzögerung oder zu einer „vierten“ Hürde bei der medizinischen Zulassung von innovativen Medikamenten führen.
- Mit den neuen Diagnose-bezogenen Fallpauschalen ist keine Verschlechterung der Versorgung Demenzkranker eingetreten wie zunächst befürchtet.
- Die integrierte Versorgung kann positiven Einfluss auf die Versorgung Demenzkranker haben, da z.B. Memory-Kliniken von den vorgesehenen finanziellen Förderungen profitieren können.

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 Hilfeleistung leisten und den interdisziplinären Dialog fördern.

Dazu wurden verschiedene 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 beitragen, 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?“
- „Der Demenzkranke 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 Demenzkranker – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004

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. Vor allem für diese Zielgruppe wurden Broschüren vom Zukunftsforum Demenz entwickelt. Weiterführende Informationen sind erhältlich unter:

Günter Sauerbrey, Angelika Ramm-Fischer
Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstr. 100, 60318 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de – www.zukunftsforum-demenz.de

**Folgende Broschüren können über das
„Zukunftsforum Demenz“ angefordert werden:**

- „Umgang mit dem Demenzkranken“
soll helfen, den Alltag mit einem Alzheimer-Patienten zu bewältigen
- „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

Dokumentationsbände zu unterschiedlichen Workshops des „Zukunftsforum Demenz“:

- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
Der Dokumentationsband zum 5. Workshop wendet sich an alle, die sich für Demenzversorgung im Rahmen von Netzwerken engagieren.
- „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 Demenzkranker – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“
Dokumentationsband zum 11. Workshop

All diese Informationen sind auch auf der Homepage des „Zukunftsforum Demenz“ nachzulesen:
www.zukunftsforum-demenz.de

Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstr. 100
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de