



EKIV-Newsletter 3/2010

Rundbrief der
Evaluations-Koordinierungsstelle
Integrierte Versorgung (EKIV)

an der Abteilung für Medizinische Soziologie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hebelstr. 29
79104 Freiburg
ekiv@medsoz.uni-freiburg.de
<http://www.ekiv.org>

in Kooperation mit der Gesundes Kinzigtal GmbH,
AOK BW und LKK BW

Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten, Teil III: Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit Demenz
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

Editorial

Im den letzten beiden Ausgaben des EKIV-Newsletter (Nr. 1/2010 und Nr. 2/2010) berichteten wir über Zwischenergebnisse des Evaluationsprojekts „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Analyse des Gesundheitszustands von Versicherten – Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal auf Basis von GKV-Routinedaten (ÜUF-Projekt)“. Das ÜUF-Projekt wird von der PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln durchgeführt und von Frau Dr. Ingrid Schubert geleitet.

Die zentrale Fragestellung dieses Projekts lässt sich so formulieren: Entwickeln sich Morbidität, Inanspruchnahme des Versorgungssystems und die Versorgungsqualität im Kinzigtal und in der IVGK anders – und ggf. günstiger – als im übrigen Baden-Württemberg? Im letzten EKIV-Newsletter (2/2010) referierten wir bereits einige indikationsspezifische Kennziffern und Indikatoren, und zwar zur Versorgung von Patienten mit Osteoporose und Frakturen.¹

In diesem Rundbrief stellen wir Ihnen aus den Zwischenergebnissen des ÜUF-Projekts Indikatoren zur Versorgung von Patienten mit *Demenz* vor. Ebenso wie die im letzten EKIV-Newsletter betrachtete *Osteoporose* ist auch *Demenz* eine Erkrankung, die vor allem Menschen im höheren Lebensalter betrifft und die im Zuge der fortschreitenden Alterung unserer Gesellschaft künftig an Relevanz zunehmen wird. Wir danken der PMV forschungsgruppe für die Bereitstellung der Zwischenergebnisse sowie für hilfreiche Kommentare und Anregungen zum Text.

Auf Seite 12 dokumentieren wir wieder die neuesten Daten zur *Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal* (IVGK) einschließlich aktueller Einschreibezahlen in die Präventions- und Gesundheitsprogramme der IVGK.

Zeitgleich mit dieser deutschsprachigen Ausgabe des EKIV-Newsletter erscheint wieder eine (leicht gekürzte) englischsprachige Version. Sollten Sie Kolleginnen und Kollegen – oder sonstige Interessierte – kennen, die sich für die Themen unseres Newsletter interessieren und dabei lieber Englisch als Deutsch lesen, haben wir heute noch einmal eine Bitte: Senden Sie den EKIV-Newsletter bitte einfach weiter an Interessierte. Ein kostenloses Abonnement des Newsletters ist jederzeit auf unserer Homepage möglich unter <http://www.ekiv.org/de/newsletter.php>. Selbstverständlich kann der Newsletter unter dieser Adresse jederzeit wieder abbestellt werden.

Wie immer ist uns Ihr Feedback zu einzelnen Artikeln oder zum EKIV-Newsletter als Ganzem willkommen. Ihre Email an uns (info@ekiv.org oder ekiv@medsoz.uni-freiburg.de) beantworten wir gerne.

Herzliche Grüße,
Achim Siegel & Ulrich Stößel

¹ Siehe EKIV-Newsletter 2/2010: http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2-2010.pdf.

Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)*:

Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten, Teil III: Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit Demenz

Aus dem Zwischenbericht der PMV forschungsgruppe stellen wir heute Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen vor. Grundlage sind GKV-Routinedaten aus den Beobachtungsjahren 2004-2007. Wie oben erwähnt, wird das Evaluationsprojekt von der PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln unter der Leitung von Frau Dr. Ingrid Schubert durchgeführt. Für die Auswahl und Interpretation der hier referierten Ergebnisse sind die Autoren des EKIV-Newsletters verantwortlich.

Ziele und Studiendesign des Evaluationsprojekts „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Analyse des Gesundheitszustands von Versicherten – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten“ (ÜUF-Projekt)

Ziele und Studiendesign des ÜUF-Projekts haben wir bereits in vorangegangenen Ausgaben des EKIV-Newsletter ausführlich beschrieben.² Wir beschränken uns daher hier auf eine kurze Zusammenfassung.

Ziel des Projekts ist die Erhebung von administrativen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen, von Kennziffern der Inanspruchnahme sowie von Über-, Unter- und Fehlversorgung anhand von Indikatoren der Versorgungsqualität. Sämtliche Daten, die im ÜUF-Projekt analysiert werden, sind pseudonymisierte GKV-Routinedaten von Versicherten der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und der LKK Baden-Württemberg (LKK BW). Das Projekt folgt dem Design einer quasi-experimentellen kontrollierten Studie: Prävalenzen, Kennziffern und Qualitätsindikatoren, die für die Versicherten aus dem Kinzigtal ermittelt wurden (Interventionsgruppe), werden mit den Daten einer für ganz Baden-Württemberg repräsentativen Stichprobe volljähriger AOK- bzw. LKK-Versicherter verglichen, aus der Versicherte der Region Kinzigtal ausgeschlossen wurden (Vergleichsgruppe).

Bei vergleichenden Analysen zu globalen (nicht-indikationsspezifischen) Kennziffern und zu administrativen Erkrankungsprävalenzen wird die für das übrige Baden-Württemberg repräsentative Kontrollstichprobe („Stichprobe BW“) stets hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten aus der Region Kinzigtal. Bei indikationsspezifischen Qualitätsindikatoren und Kennziffern hingegen werden zu den Versicherten im Kinzigtal, die die betreffende Ziel-Indikation aufweisen (Fälle), jeweils fünf alters- und geschlechtsgleiche Paarlinge mit der betreffenden Ziel-Indikation aus der Stichprobe BW zufällig gezogen (Kontrollen). Das Matching-Verhältnis beträgt also 1:5. Bei allen Vergleichen im Zeitverlauf gilt das letzte interventionsfreie Kalenderjahr 2004 als Basisjahr; die darauf folgenden Beobachtungsjahre (2005-07) gelten als Jahre mit zunehmend intensiverer Intervention durch die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK).

Ausgewählte Ergebnisse³ zu Kennziffern der Versorgung von Patienten mit Demenz

In die Untersuchung wurden grundsätzlich nur AOK- bzw. LKK-Versicherte einbezogen, die in den einzelnen Beobachtungsjahren 2004-07 durchgängig versichert waren bzw. verstarben; Kassenwechsler wurden also (im Jahr ihres Wechsels) nicht berücksichtigt. Da die Fallzahlen der LKK-Versicherten bei indikationsspezifischen Kennziffern sehr gering sind – dies gilt insbesondere für Ver-

² Siehe EKIV-Newsletter 1/2010 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2010-1.pdf), S. 3, und EKIV-Newsletter 3/2009 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_3-2009.pdf), S. 3f.

³ Die Ergebnisse sind dem folgenden Projektbericht entnommen: Köster I, Ihle P & Schubert I (2010): Evaluationsmodul der IVGK „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“. 1. Zwischenbericht für Gesundes Kinzigtal GmbH, hier: AOK-Daten“. Wir danken der PMV forschungsgruppe herzlich für die Bereitstellung des Berichts.

sicherte mit Demenz –, referieren wir im Folgenden nur Ergebnisse, die sich auf die AOK-Versicherten beschränken.

Administrative Prävalenz der Demenz

Tab. 1 zeigt die administrative Prävalenz der Demenz unter den AOK-Versicherten im Kinzigtal und in der Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg (BW). Dabei wurden nur diejenigen Demenzpatienten gezählt, bei denen von einem „epidemiologisch sicheren Fall“ von Demenz ausgegangen werden kann. Ein epidemiologisch sicherer Fall lag vor, wenn in den GKV-Routinedaten des betreffenden Versicherten im fraglichen Jahr nicht nur eine entsprechende ICD-10-Diagnose (F00, F01, F02, F03, F05.1 oder G30) dokumentiert war, sondern wenn im betreffenden Jahr

- (1) mindestens eine der genannten Diagnosen in Form einer stationären Hauptentlassungsdiagnose vorlag oder
- (2) eine entsprechende Diagnose in mindestens zwei Quartalen vorlag oder
- (3) mindestens zwei Verordnungen eines spezifischen Antidementivums⁴ dokumentiert waren.

Tab. 1: Anteil der AOK-Versicherten mit Demenz

Jahr	Demenz: epidemiologisch sichere Fälle								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW*	Kinzigt. %	stand.BW*
2004	15	0,8	454	1,8	1,7	2,1	2,0	100	100
2005	27	1,4	485	1,8	1,8	2,2	2,3	105	115
2006	25	1,2	515	1,9	1,9	2,3	2,4	110	120
2007	38	1,9	515	2,0	2,0	2,4	2,6	114	130

*) „Stichprobe BW“ standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population „Kinzigtal“ des jeweiligen Jahres.

Tab. 1 zeigt für das Jahr 2007 ähnliche hohe administrative Prävalenzen im Kinzigtal (2,4%) und in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg (2,6%). Die Zahlen weisen auf einen etwas geringeren Anstieg der Prävalenz im Kinzigtal hin (14% vs. 30%); da aber die Demenz – vor allem im Anfangsstadium – relativ häufig nicht erkannt und/oder nicht diagnostiziert wird, spiegelt sich die reale Prävalenz nur unzureichend in der administrativen Prävalenz wider. Aus dem geringeren Anstieg der administrativen Prävalenz im Kinzigtal sollte daher *nicht* – vor allem nicht aufgrund von nur vier Beobachtungsjahren – gefolgert werden, dass der Anteil von Versicherten mit Demenz im Kinzigtal langsamer steigt als im übrigen Baden-Württemberg.

Tab. 2 veranschaulicht die Abhängigkeit der Demenz-Prävalenz (epidemiologisch sichere Fälle) vom Alter und Geschlecht der Versicherten. Wie in Tab. 2 gut zu sehen ist, nimmt die Prävalenz mit steigendem Alter deutlich zu, und die Prävalenz bei den Frauen ist etwas mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern (im Kinzigtal 3,2% bei den volljährigen Frauen vs. 1,4% bei den volljährigen Männern).

Tab. 2 verdeutlicht ein auffallendes Verteilungsmuster der Demenz unter den Kinzigtal-Versicherten: Abweichend von allen anderen Erkrankungsindikationen ist im Fall der Demenz die Prävalenz bei den IV-Versicherten trotz des deutlich höheren Durchschnittsalters und der allgemein höheren Morbidität⁵ etwas geringer als unter den Nicht-IV-Versicherten (1,9% vs. 2,0%). Führt man in diese Betrachtung zusätzlich eine Art Altersstandardisierung ein und betrachtet in Tab. 2 beispielsweise nur die Gruppe der über 70jährigen Versicherten, so zeigt sich sogar eine deutlich geringere Prävalenz

⁴ Hierzu wurden alle Medikamente mit den ATC Codes N06DA (Cholinesterasehemmer) oder N06DX01 (Memantin) gezählt.

⁵ Vgl. hierzu EKIV-Newsletter Nr. 1/2009, 1/2010 und 2/2010. (Verfügbar unter <http://www.ekiv.org/de/newsletter-archiv.php>.)

unter den über 70jährigen *IV-Versicherten* im Vergleich zu den über 70jährigen *Nicht-IV-Versicherten* im Kinzigtal (4,6% vs. 9,8%).

Tab. 2: Anteil der Versicherten mit Demenz nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2007

Alter / Geschlecht	Demenz: epidemiologisch sichere Fälle				
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre	
	IV-Vers. %	Nicht-IV-Vers. %	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW* %
<18 J.	0,0	0,0	0,0	-	-
18-49 J.	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
50-69 J.	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
>= 70 J.	4,6	9,8	9,2	9,2	9,9
Männer	1,8	1,1	1,2	1,4	1,6
Frauen	2,0	2,8	2,7	3,2	3,5
Gesamt	1,9	2,0	2,0	2,4	2,6

Population: AOK-Versicherte.

*) „Stichprobe BW“ standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population „Kinzigtal“ des jeweiligen Jahres.

Während also bei allen anderen Indikationen die Prävalenz unter den IV-Versicherten höher ist als unter den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal – und man also von einer umgekehrten Risikoselektion in der IVGK sprechen kann –, hat im Fall der Demenz *ausnahmsweise keine umgekehrte Risikoselektion* stattgefunden. Dies war zu erwarten, denn eine Mitgliedschaft in der IVGK hat eine aktive Einschreibung in die IVGK zur Voraussetzung; hier bestehen bei Patienten mit Demenz (insbesondere im fortgeschrittenen Stadium) wesentlich höhere Barrieren als bei Patienten mit anderen Erkrankungen.

Verteilung der Patienten mit Demenz nach Demenzart

Die beeinträchtigende Wirkung einer Demenz ist nicht nur im Hinblick auf die direkt Betroffenen – die Demenz-Patienten – offensichtlich; auch die pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten sind häufig gesundheitlich stark belastet, insbesondere wenn die Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium ist: Laut Schätzungen weisen ca. 30-50% der pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten eine klinisch bedeutsame Depression auf.⁶ Dies ist gerade für eine populationsbezogene integrierte Versorgung wie die IVGK, die der Prävention einen großen Stellenwert beimisst, besonders bedeutsam.

Die Demenz kann in verschiedenen Formen bzw. Arten auftreten; dabei sind Kombinationen möglich. Nach Autopsien bei Patienten mit demenziellen Syndromen wurde folgende Verteilung festgestellt:⁷

- Demenz vom Alzheimertyp (DAT): 60%
- Vaskuläre Demenz: 16%
- DAT und vaskuläre Demenz: 8%
- DAT und Morbus Parkinson: 8%
- andere Ursachen⁸ demenzieller Syndrome: 8%.

⁶ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Integrierte Versorgung Demenz – DGPPN Rahmenkonzept 2006. Online verfügbar unter: <http://www.dggeriatrie.de/download/IV-DemenzRahmenkonzeptDGPPN.pdf>.

⁷ Zitiert nach Köster et al. 2010: 147. Die Angaben beruhen auf folgendem Text: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Empfehlungen zur Therapie der Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis, Bd. 31. Update 12.2004.

⁸ Hierzu zählen z.B. Depressionen, Hypothyreose, Vitamin B12-Mangel oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Eine verlässliche Diagnosestellung zur vorliegenden Demenzart kann zu Lebzeiten eines Patienten eingeschränkt sein: Insbesondere zur Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ sind derzeit in der klinischen Routine keine hinreichend sensitiven und spezifischen Diagnoseparameter verfügbar. Die vaskuläre Demenz ist an diagnostische Kriterien wie z.B. an den Nachweis einer zerebrovaskulären Erkrankung oder eines Hirninfarkts gebunden. Unter Umständen kann die in einem konkreten Fall vorliegende Demenzart erst nach einer Hirnsektion sicher bestimmt werden.

Für die AOK-Versicherten im Kinzigtal und für die Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg fand die PMV-Forschungsgruppe auf Basis der GKV-Routinedaten folgende Verteilung der Demenzpatienten nach Demenzart (Tab. 3):

Tab. 3: Verteilung der Demenzpatienten nach Demenzart im Jahr 2007

Diagnose	Anteil (in %) mit Diagnosenennung					
	IV-Versicherte	Kinzigtal			Alter >= 18	
		Nicht-IV-Versicherte	Gesamt	Kinzigtal	stand.BW*	
Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT)	19,0	18,9	18,9	18,9	18,5	
Vaskuläre Demenz	25,9	14,6	15,5	15,5	23,4	
DAT + vaskuläre Demenz	1,7	2,5	2,5	2,5	5,0	
Nur andere Demenzdiagnosen	53,4	63,9	63,2	63,1	53,1	

Tab. 3 zeigt, dass in allen Populationen im Jahr 2007 bei rund 19% der Demenzpatienten ausschließlich eine Demenz vom Alzheimer-Typ kodiert wurde, bei rund 16% der volljährigen Patienten im Kinzigtal und bei 23% im übrigen Baden-Württemberg ausschließlich eine vaskuläre Demenz. Zudem wird deutlich, dass in allen Populationen zahlenmäßig die „anderen Demenzdiagnosen“ dominieren, bei denen *keine Festlegung auf die Demenzart* erfolgt. Hinzu kommt: Die relative Häufigkeit der verschiedenen Demenzformen in Tab. 3 weicht sehr stark von dem in Autopsien gefundenen Zahlenverhältnis ab (siehe oben). Die Angaben zum Demenztyp in den GKV-Routinedaten sind daher nur begrenzt belastbar.

Diese Probleme haben Folgen für alle nachfolgenden Untersuchungen zur Qualität der Behandlung von Demenzpatienten: Da für Patienten mit unterschiedlichem Demenztyp auch unterschiedliche Therapien empfohlen werden, können bei mehr als der Hälfte aller Demenzpatienten von vornherein keine sinnvollen Aussagen zur Behandlungsqualität getroffen und anhand der vorliegenden Daten überprüft werden. Die zahlenmäßige Basis aller nachfolgend berichteten Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Demenzpatienten ist damit also *außerordentlich eingeschränkt*. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass die in den GKV-Routinedaten gefundenen Angaben zum vorliegenden Demenztyp generell fraglich sind. Aus diesen Gründen sind die nachfolgenden Ergebnisse mit großer Vorsicht zu interpretieren.

Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Demenzpatienten

Bei Patienten mit Alzheimerdemenz wird seit Jahren die Therapie mit Antidementiva – z.B. mit Cholinesterasehemmern – kontrovers diskutiert. Befürworter sehen hier – bei zum Teil weit reichenden Annahmen zum Bedarf – eine eklatante Unterversorgung. Hier ist jedoch festzuhalten, dass nicht alle Therapien für schwere Formen zugelassen sind und nicht alle Patienten auf eine solche Therapie ansprechen. Die PMV-Forschungsgruppe hat daher zu diesem Aspekt keinen Qualitätsindikator vorgeschlagen, sondern lediglich eine orientierende Kennziffer. Diese weist den Anteil der Patienten mit (einer kodierten) Alzheimerdemenz aus, denen spezifische Antidementiva verordnet wurden (Tab. 4).

Tab. 4: Anteil der Alzheimer-Patienten mit Verordnung spezifischer Antidementiva⁹

Jahr	Demenz: epidemiologisch sichere Fälle, hier: mit Alzheimerdemenz, davon mit spezif. Antidementiva							
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)	
	IV-Vers.** %	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	Kontr.BW* %	Kinzigt.	Kontr.BW*
2004	33,3	44	34,7	34,6	34,6	37,3	100	100
2005	50,0	46	35,4	36,0	36,0	37,9	104	102
2006	50,0	42	32,3	33,1	33,1	37,3	96	100
2007	88,9	40	30,3	34,0	34,0	41,8	98	112

* Kontrollen BW: für jeden Kinzigtal-Versicherten mit Alzheimerdemenz wurden aus der „Stichprobe BW“ fünf Versicherte mit Alzheimerdemenz (Kontrollen) nach dem Zufallsprinzip gezogen.

** IV-Versicherte: weniger als 10 Fälle pro Jahr.

Tab. 4 weist für das Kinzigtal eine geringere Behandlungsprävalenz von Alzheimer-Patienten mit spezifischen Antidementiva aus (rund 34% vs. 42% im Jahr 2007). Zu beachten ist die eingeschränkte Fallzahl. Deshalb, vor allem aber wegen der – oben erwähnten – kontroversen Beurteilung des therapeutischen Nutzens spezifischer Antidementiva sollte das Ergebnis nicht im Sinne eines Qualitätsurteils interpretiert werden.

Im Prinzip schlüssiger erscheint ein Qualitätsindikator, der – in Anlehnung an eine DGPPN-Empfehlung¹⁰ – die relative Häufigkeit von Verlaufskontrollen bei Antidementiva-Behandlungen abbildet. Solche Verlaufskontrollen sollen die Therapieentscheidungen transparent machen, in dem sie das Ansprechen der Patienten auf die Therapie durch kognitive und funktionale Tests dokumentieren.

Eine Analyse des Anteil der Demenzpatienten mit Antidementiva-Verordnung, bei denen pro Jahr mindestens eine Verlaufskontrolle dokumentiert ist, zeigt ein zunächst merkwürdiges Ergebnis: Während der Anteil im Kinzigtal noch im Jahr 2006 höher war als in der Vergleichsgruppe (rund 28% vs. 24%), sank er im Jahr 2007 unter den Vergleichswert (rund 20% vs. 26%). Dies würde an sich eine Verschlechterung der Versorgungsqualität im Kinzigtal indizieren (cave: sehr geringe Fallzahl!). Eine Diskussion mit Ärzten im Kinzigtal im Jahr 2009 ergab jedoch, dass die mit der IVGK kooperierenden Ärzte in den letzten Jahren offenbar etwas seltener eigene Verlaufskontrollen anstellten, da sie sich zunehmend häufiger auf kognitive und funktionale Tests verließen, die in *Pflegeheimen* vorgenommen wurden (von denen mittlerweile mehrere der IVGK als Leistungspartner angeschlossen sind). Da die in Pflegeheimen vorgenommenen Tests jedoch nicht in den GKV-Routinedaten der Betroffenen dokumentiert sind, führt dies in der ÜUF-Studie tendenziell zu einer Unterschätzung der Verlaufskontrollen im Kinzigtal. Aus diesem Grund können die entsprechenden Ergebnisse ebenfalls nicht ohne weiteres für Qualitätsurteile herangezogen werden.

Welche Indikatoren (auf Basis von GKV-Routinedaten) können dann im Fall der IVGK-Evaluation für die Beurteilung der Versorgungsqualität bei Demenzpatienten herangezogen werden?

Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Demenzpatienten, die eine mögliche Über- bzw. Fehlversorgung widerspiegeln

Aus den verfügbaren GKV-Routinedaten können immerhin einige Indikatoren gebildet werden, die eine mögliche Über- bzw. Fehlversorgung von Demenzpatienten anzeigen. So ist z.B. nach Auffassung der Leitliniengruppe Hessen vor dem Hintergrund aussagekräftiger Studienergebnisse davon abzuraten, Alzheimer-Patienten mit Nootropika zu behandeln. Dementsprechend lässt sich der Anteil

⁹ Hierzu zählten Cholinesterasehemmer (ATC: N06DA) und Memantin (N06DX01).

¹⁰ DGPPN steht für „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“. Die entsprechende Empfehlung findet sich im Rahmenkonzept der DGPPN aus dem Jahr 2006 (vgl. Fußnote 6).

der Alzheimerpatienten berechnen, bei denen eine Behandlung mit Nootropika dokumentiert ist. Ein hoher Indikatorwert zeigt dann eine hohe Über- bzw. Fehlversorgung in diesem Bereich an. Die Anteile im Kinzigtal und in der Vergleichsgruppe stellen sich wie folgt dar (Tab. 5):

Tab. 5: Behandlungsprävalenz mit Nootropika¹¹ bei Patienten mit Alzheimerdemenz

Jahr	Demenz: epidemiologisch sichere Fälle, hier: mit Alzheimerdemenz, davon mit Nootropika-Verordnung						
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre		Veränderung (2004 = 100)	
	IV-Vers.** %	Nicht-IV-Vers.** %	Gesamt %	Kinzigtal %	Kontr.BW* %	Kinzigt. %	Kontr.BW* %
2004	0,0	4,0	3,9	3,9	3,9	100	100
2005	0,0	3,8	3,7	3,7	3,9	95	100
2006	0,0	1,5	1,5	1,5	2,5	38	64
2007	0,0	0,8	0,7	0,7	3,0	18	77

* Kontrollen BW: für jeden Kinzigtal-Versicherten mit Alzheimerdemenz wurden aus der „Stichprobe BW“ fünf Versicherte mit Alzheimerdemenz (Kontrollen) nach dem Zufallsprinzip gezogen.

** IV-Versicherte und Nicht-IV-Versicherte: weniger als 10 Fälle pro Jahr.

Tab. 5 zeigt, dass das Niveau dieser Art Fehl- bzw. Überversorgung im Jahr 2004 in beiden Populationen (Kinzigtal und Kontrollgruppe BW) mit 3,9% gleich hoch war. In den drei darauf folgenden Jahren wurde dieses Niveau im Kinzigtal deutlich stärker verringert – nämlich auf 18% des Ausgangswertes, während dieser Anteil in der Kontrollgruppe nur auf 77% des Ausgangswertes zurückging. Die geringe Fallzahl begrenzt die Relevanz des aus diesem Ergebnis abzuleitenden Qualitätsurteils.

Ein weiterer Qualitätsindikator bildet eine Über- bzw. Fehlversorgung bei vaskulärer Demenz ab, nämlich der Anteil der Patienten mit vaskulärer Demenz, bei denen im fraglichen Jahr mindestens eine Antidementiva-Verordnung dokumentiert ist (Tab. 6). Eine Behandlung mit Antidementiva gilt bei vaskulärer Demenz als unwirksam (vgl. Köster et al. 2010: 161f).

Tab. 6: Behandlungsprävalenz mit nicht empfohlenen Antidementiva bei vaskulärer Demenz

Jahr	Demenz: epidemiologisch sichere Fälle, hier: mit vaskulärer Demenz, davon mit nicht empfohlenen Antidementiva							
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre		Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Vers.** %	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	Gesamt %	Kinzigtal %	Kontr.BW* %	Kinzigt. %	Kontr.BW* %	
2004	0,0	26	21,0	20,2	20,3	11,4	100	100
2005	8,3	25	20,2	19,1	19,1	10,9	94	96
2006	0,0	15	15,0	13,5	13,5	11,1	67	97
2007	7,7	10	11,0	10,6	10,6	12,3	52	108

* Kontrollen BW: für jeden Kinzigtal-Versicherten mit vaskulärer Demenz wurden aus der „Stichprobe BW“ fünf Versicherte mit vaskulärer Demenz (Kontrollen) nach dem Zufallsprinzip gezogen.

** IV-Versicherte: weniger als 10 Fälle pro Jahr.

Wie in Tab. 6 zu sehen ist, halbierte sich im Kinzigtal der Anteil der Patienten mit vaskulärer Demenz, die mit Antidementiva behandelt wurden, von 2004 bis 2007. Im Kinzigtal ist also ein deutlicher Rückgang dieser Art Über- bzw. Fehlversorgung zu verzeichnen. In der Kontrollgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg hingegen blieb der Anteil im Wesentlichen konstant, im Jahr 2007 stieg er sogar leicht über das Ausgangsniveau aus dem Jahr 2004. Auch diese Ergebnisse sind mit Vorsicht

¹¹ Hierzu wurden Medikamente mit den folgenden ATC Codes gezählt: N06BX03, N06DX13, N06DX07, N06DX57.

zu interpretieren: Aus der Kodierung einer vaskulären Demenz in den Daten kann – wie bei der Interpretation von Tab. 3 angedeutet – nicht zwingend auf eine tatsächlich vorhandene vaskuläre Demenz geschlossen werden. Damit zu rechnen ist, dass der Nenner des Qualitätsindikators zu hoch angesetzt, d.h. die Anzahl der Patienten mit vaskulärer Demenz überschätzt wird.

Ein beträchtlicher Anteil der Demenzpatienten (ca. 20%) verhält sich auffallend aggressiv; auch Depressionen kommen bei Demenzpatienten deutlich häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung (Köster et al. 2010: 165). So können bei Demenzpatienten hilfsweise Therapien mit Psychopharmaka – z.B. Psycholeptika – notwendig werden; Dauertherapien mit Psycholeptika sind jedoch zu vermeiden. Vor allem ältere Frauen werden jedoch häufig und dauerhaft mit Neuroleptika behandelt, was Experten eine Fehlversorgung in beträchtlichem Ausmaß vermuten lässt (vgl. Köster et al. 2010: 165).

Vor diesem Hintergrund ließe sich ein Qualitätsindikator zur nicht angemessenen Dauertherapie mit Psycholeptika bilden: Den Nenner würden Patienten mit Demenz bilden, bei denen keine Diagnose dokumentiert ist, die auf eine Verhaltensstörung hinweist; der Zähler würde gebildet von Demenzpatienten mit einer dokumentierten Psycholeptika-Verordnung, welche auf eine Dauerbehandlung verweist, d.h. mehr als 180 Tagesdosen (DDD) umfasst. Da jedoch der Nenner dieses Indikators („Demenzpatienten ohne Diagnose, die auf eine Verhaltensstörung hinweist“) schwierig zu operationalisieren ist und zudem stark von der Dokumentationsqualität abhängt, wurde darauf verzichtet. Stattdessen hat die PMV forschungsgruppe eine orientierende Kennziffer gebildet, nämlich den Anteil der Demenzpatienten mit längerfristiger Psycholeptika-Behandlung (>180 DDD) – ohne Bewertung der therapeutischen Notwendigkeit dieser Dauerbehandlung. Dieser Anteil stellt in jedem Fall eine besondere Risikopopulation dar, vor allem auch im Hinblick auf Stürze und Frakturen. Da uns bislang die Kennziffer nur für das Jahr 2007 vorliegt, referieren wir das Ergebnis ohne Tabelle:

Der Anteil der (epidemiologisch sicheren) Demenzpatienten mit längerfristiger Psycholeptika-Behandlung (>180 DDD) ist 2007 im Kinzigtal mit 7,2% deutlich geringer als in der Kontrollgruppe mit 11,1%. Dabei ist der Anteil unter den männlichen Demenzpatienten im Kinzigtal erstaunlicherweise höher als unter den weiblichen Patienten (9,7% vs. 6,3%). In der Kontrollgruppe sind die Anteile bei männlichen und weiblichen Demenzpatienten ungefähr gleich hoch (11,4% vs. 11,0%). Unter den IV-Patienten mit Demenz befindet sich *kein einziger Fall* mit längerfristiger Psycholeptika-Verordnung.

Frakturprävention bei Demenzpatienten

Demenzpatienten bilden eine Risikopopulation für Stürze und dadurch verursachte Frakturen. Entsprechend kann versucht werden, in einer orientierenden Kennziffer die Effektivität einer auf Stürze bzw. Frakturen bezogenen Risikoprävention bei Demenzpatienten zu untersuchen (Tab. 7).

Tab. 7: Anteil der Demenzpatienten mit Fraktur

Jahr	Demenz: epidemiologisch sichere Fälle, davon mit Frakturdiagnose							
	Kinzigtal				Alter >= 18 Jahre		Veränderung (2004 = 100)	
	IV-Vers.** %	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	Kontr.BW* %	Kinzigt. %	Kontr.BW* %
2004	0,0	89	19,6	19,0	19,0	15,8	100	100
2005	0,0	75	15,5	14,6	14,6	14,5	77	92
2006	4,0	73	14,2	13,7	13,7	14,7	72	93
2007	5,3	78	15,1	14,5	14,5	14,5	76	92

* Kontrollen BW: für jeden Kinzigtal-Versicherten mit Demenz wurden aus der „Stichprobe BW“ fünf Versicherte mit Demenz (Kontrollen) nach dem Zufallsprinzip gezogen.

** IV-Versicherte: weniger als 10 Fälle pro Jahr.

So zeigt Tab. 7 den Anteil der Demenzpatienten mit mindestens einer Fraktur im fraglichen Jahr. Für 2007 weist Tab. 7 einen exakt gleich hohen Anteil im Kinzigtal und in der Kontrollgruppe aus (14,5%). Während der Anteil im Kinzigtal von 2004 bis 2007 relativ deutlich gesunken ist (auf 76% des Ausgangswerts), hat er sich in der Kontrollgruppe nur leicht verringert (auf 92% des Ausgangswerts). Dieser – auf den ersten Blick deutliche – Entwicklungsunterschied kann jedoch in einem „Ausreißer“ im Kinzigtal im Jahr 2004 begründet sein, denn im Zeitraum 2005-07 blieb der Anteil im Kinzigtal – wie auch in der Kontrollgruppe – weitgehend konstant. Aus den bisherigen Ergebnissen ist unseres Erachtens deshalb *nicht* auf eine unterschiedlich effektive Risikoprävention in den beiden Populationen zu schließen.

Auffällig ist in Tab. 7 der geringe Anteil der Demenzpatienten mit Fraktur unter den IV-Versicherten. Dies erhärtet – trotz der sehr geringen Fallzahl – die bereits eingangs vorgebrachte Hypothese, dass unter den IV-versicherten Demenzpatienten die „leichteren Fälle“ überproportional häufig vertreten sind. Vergegenwärtigt man sich, dass die Einschreibung in die IVGK eine *bewusste Entscheidung eines geschäftsfähigen Patienten für diese neue Versorgungsform* verlangt – was bei fortschreitender Demenz aus Krankheitsgründen zunehmend weniger möglich ist –, so ist das in Tab. 7 dargestellte Ergebnis aber nur folgerichtig.

Hinsichtlich zukünftiger Auswertungen wird von großem Interesse sein, inwieweit es gelingt, mit dem neu implementierten IVGK-Programm „Ärzte plus Pflege“ neue Akzente auch bei der Versorgung von Demenzpatienten zu setzen – Akzente, die sich möglicherweise auch in den hier referierten Kennziffern und Qualitätsindikatoren widerspiegeln. Das Ende 2009 implementierte Programm zielt auf eine bessere Koordination von medizinischer und pflegerischer Betreuung insbesondere in Pflegeheimen.

Zusammenfassung und Fazit

Untersuchungen zur Qualität der Versorgung von Demenzpatienten stehen vor einer Reihe von Problemen, vor allem wenn sie auf der Analyse von GKV-Routinedaten gründen: Bei sehr vielen Demenzpatienten erfolgt in der klinischen Routine keine Festlegung auf eine bestimmte Demenzart (z.B. Alzheimerdemenz oder vaskuläre Demenz etc.), denn zu Lebzeiten des Patienten ist eine valide Bestimmung der Art der vorliegenden Demenz oft schwierig oder unmöglich. So erfolgte 2007 im Kinzigtal bei rund 63% aller epidemiologisch sicheren Demenzpatienten keine Festlegung der Demenzart; im übrigen Baden-Württemberg waren es rund 53%. Da für unterschiedliche Arten von Demenzerkrankungen verschiedenartige Therapieempfehlungen gelten, können sich Analysen der Versorgungsqualität nur auf weniger als die Hälfte aller Demenzpatienten beziehen; dabei ist zu berücksichtigen, dass die Diagnosevalidität generell fraglich ist.

Weitere Probleme kommen hinzu: So wird z.B. kontrovers diskutiert, ob bei Alzheimer-Patienten die Behandlung mit spezifischen Antidementiva von Nutzen ist und ggf. bei welchem Schweregrad dies der Fall ist. In unserem Evaluationskontext verbleiben daher nur zwei Arten von Qualitätsindikatoren bzw. orientierenden Kennziffern, die einigermaßen aussagekräftig sind: nämlich zum einen Indikatoren, die eine potentielle Über- bzw. Fehlversorgung (mit unwirksamen bzw. schädlichen Therapien) anzeigen, und zum anderen Indikatoren, welche die Wirksamkeit einer Risikoprävention bei Demenzpatienten thematisieren – z.B. im Hinblick auf Stürze und resultierende Frakturen.

Die bisherigen Analysen zeigen, dass der *Anteil der Demenzpatienten mit Fraktur* im Kinzigtal und in der Kontrollgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg im Jahr 2007 exakt gleich hoch ist – bei weitgehender Konstanz des Anteils in beiden Populationen im Zeitraum 2005-07. Es gibt bislang also keinen Hinweis darauf, dass die Aktivitäten der IVGK das Frakturrisiko bei Demenzpatienten schon bis zum Jahr 2007 reduzieren konnten.

Unterschiedliche Entwicklungen in den beiden Populationen lassen sich dagegen bei zwei Indikatoren zur Über- bzw. Fehlversorgung von Demenzpatienten erkennen (*Behandlung von Alzheimer-Patienten mit Nootropika; Behandlung von Patienten mit vaskulärer Demenz mit nicht empfohle-*

nen Antidementiva): Im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg ist es im Kinzigtal besser gelungen, eine im Jahr 2004 bestehende Über- bzw. Fehlversorgung abzubauen. Zudem ist der *Anteil der Demenzpatienten mit längerfristiger Psycholeptika-Verordnung* (>180 Tagesdosen pro Jahr), die eine besondere Risikogruppe darstellen, im Kinzigtal deutlich geringer als in der Kontrollgruppe (7,2% vs. 11,1%). Zu beachten ist jedoch – und zwar vor allem bei den beiden zuerst genannten Indikatoren –, dass die Ergebnisse auf sehr geringen Fallzahlen beruhen.

Achim Siegel, Ulrich Stößel

Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: 03. 12. 2010)

Eingeschriebene Versicherte insgesamt	7228
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	6819
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	409

Anzahl der Risikopatienten	4694
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	4391
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	303

Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen¹² und an erweiterten Disease Management Programmen (DMPs)	Teilnehmer
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal)	511
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	139
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	69
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	148
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	536
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psychischen Krisen)	171
Gesundheitspass	510
Ärzte plus Pflege (spez. med.-pfleg. Versorgung von Senioren in Pflegeheimen)	58
Besser gestimmt (Depression; seit August 2010)	13
DMP Diabetes mellitus Typ II	894
DMP KHK	295
DMP Brustkrebs	15
DMP Asthma	113
DMP COPD	167

IVGK-Leistungspartner insgesamt	79
- Hausärzte ¹³	22
- Fachärzte ¹⁴	22
- Kinderärzte	5
- Psychotherapeuten	3
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	5
- Pflegeheime	11
- ambulante Pflegedienste	4
- sozialtherapeutische Dienste	1
IVGK-Kooperationspartner insgesamt	48
- Apotheken	14
- kooperierende Vereine	23
- Fitness-Studios	6
- Physiotherapeuten ¹⁵	5

¹² Weitere Informationen zu den Gesundheitsprogrammen finden Sie unter http://patienten.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=39

¹³ Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

¹⁴ Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

¹⁵ Diese Physiotherapeuten sind der IVGK als Kooperationspartner (ohne vertragliche Bindung) angegliedert.