



# Entwicklung der vertragsärztlichen Leistungsdichte im Bereich der Demenzdiagnostik und der ärztlichen nicht-medikamentösen Demenztherapie – Update 2010 bis 2014

Mandy Schulz • Benjamin Goffrier • Dominik von Stillfried • Jörg Bätzing-Feigenbaum

DOI: 10.20364/VA-17.04

## Zusammenfassung

Im Jahr 2014 wurde anhand vertragsärztlicher Diagnose- und Leistungsdaten des Jahres 2009 der Basisbericht zur diagnostischen und therapeutischen Leistungsdichte bei neu erkrankten, zu Hause lebenden Patienten mit Demenz veröffentlicht. Eine Fortschreibung der Basisauswertung soll der längsschnittlichen Betrachtung der Entwicklung der Leistungsdichten dienen. Datengrundlage hierzu bildeten die bundesweiten, kassenübergreifenden vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V für die Jahre 2010 bis 2014. Es wurden die jeweiligen Leistungsdichten aus den Bereichen Diagnostik (Testpsychologie, Labordiagnostik, Bildgebung) und nicht-medikamentöse Therapie (haus- und fachärztliche Betreuungs- und Gesprächsleistungen) bestimmt. Die Datenauswertung ergab bundesweit eine Ausweitung der Anwendung testpsychologischer Verfahren ab dem Jahr 2013 und eine leichte Abnahme in der Abrechnung bildgebender Verfahren. Die vermehrte Abrechnung testpsychologischer Leistungen wurde durch eine Zunahme in der administrativen Inzidenz von Demenzpatienten begleitet und steht in zeitlichem Zusammenhang zur Einführung des neuen Hausarzt-EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).

## Abstract

In 2014, the first study on densities of diagnostic and therapy-related health services in incident dementia patients in the year 2009 was published in the Versorgungsatlas. The present study aims to follow-up on that work and provides a look at the development of the respective health services over time. It was based on the national claims data from statutory health insurance (SHI) physicians, in accordance with § 295 of SGB V (Social Code Book V) of the years 2010 to 2014. Therefore, the density of healthcare services, i. e. neuropsychiatric testing, imaging, clinical chemistry and therapy-related services (medical attendance, health assessment and testing) was analyzed. Nationwide, we observed a steep increase in neuropsychiatric testing services starting in 2013 and a slight decrease in the rate of imaging procedures. The increased usage of neuropsychiatric testing was accompanied by a rising number of newly diagnosed dementia patients in administrative claims data as it was temporally related to the introduction of the new version of the general Practitioner's fee scale.

Korrespondierende Autorin: Dr. Mandy Schulz  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland  
Herbert-Lewin-Platz 3 - 10623 Berlin - Tel. (030) 4005-2430 - E-Mail: MaSchulz@zi.de





### Schlagwörter („Keywords“)

Ambulante Versorgung, Demenz, Diagnostik, Fachärzte, Hausärzte, Inzidenz, Prävalenz, Leistungsdichte

### Zitierweise

Schulz M, Goffrier B, von Stillfried D, Bätzing-Feigenbaum J. Entwicklung der vertragsärztlichen Leistungsdichte im Bereich der Demenzdiagnostik und der ärztlichen nicht-medikamentösen Demenztherapie – Update 2010 bis 2014. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/04. Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.04. URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=78>.

## Hintergrund

Im Jahr 2014 wurde im Versorgungsatlas der Basisbericht zur diagnostischen und therapeutischen Leistungsdichte bei neu erkrankten, zu Hause lebenden Patienten mit Demenz [1] veröffentlicht. Für diesen Bericht wurden Diagnose- und Leistungsdaten des Jahres 2009 ausgewertet. Mittlerweile stehen weitere Diagnosejahre zur Verfügung. Eine Fortschreibung der Basisauswertung soll der längsschnittlichen Betrachtung der Entwicklung der Leistungsdichten dienen. Hierzu liegen wenigstens zwei sachliche Gründe vor: die Einführung der ersten gemeinsamen S3-Leitlinie „Demenzen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) [2] im Jahre 2010 sowie wesentliche Neuerungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), insbesondere für den hausärztlichen Versorgungsbereich [3]. Beide Sachverhalte werden im Folgenden kurz erläutert.

Die S3-Leitlinie „Demenzen“ beinhaltet Aussagen zu Prävention, Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen und leichten kognitiven Störungen [2]. Bezüglich der Durchführung von Diagnostik und nicht-medikamentöser Therapie bei Demenz ergehen folgende Empfehlungen:

- Testpsychologie: bei jedem Patienten bei Erstdiagnose (Empfehlungsgrad B)
- Labordiagnostik: Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Glucose, TSH, Blutsenkung od. CRP, Leberwerte, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B 12 (Empfehlungsgrad B)
- Bildgebung: konventionelle Computertomographie (cCT) oder Magnetresonanztomographie des Neurocraniums (cMRT) zur Differentialdiagnostik (Empfehlungsgrad A)
- Therapie: psychosoziale Interventionen für Betroffene und Angehörige im Kontext eines Gesamtbehandlungsplans (Empfehlungsgrad B-C)

Mit der Neuauflage der Leitlinie im Jahre 2016 wurde trotz des höchsten Empfehlungsgrades A für die zerebrale Bildgebung der einschränkende

Zusatz aufgenommen, dass die bildgebende Untersuchung insbesondere bei älteren multimorbiden Patienten umstritten ist [4].

Die oben genannten Neuerungen im EBM wurden zum 1. Oktober 2013 wirksam. Das neue Hausarzt-Kapitel im EBM wurde mit dem Ziel der Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung auf den Weg gebracht. Hierunter zählten u.a. die Einführung einer hausärztlichen Gesprächsziffer als Einzelleistung sowie neuer Leistungsziffern zur Stärkung der geriatrischen Versorgung (geriatrisches Basisassessment, geriatrischer Betreuungskomplex). Die zuvor genannten Leistungen sind in der Versorgung von Patienten mit Demenz abrechnungsfähig: das geriatrische Basisassessment im Rahmen der Diagnostik (Testpsychologie) und die Gesprächsleistung sowie der geriatrische Betreuungskomplex zur therapeutischen Leistungserbringung.

Das Ziel des vorliegenden Kurzberichtes ist die Fortschreibung der Analyse zur vertragsärztlichen Leistungsdichte im Bereich der Demenzdiagnostik (Testpsychologie, Bildgebung, Labordiagnostik) und der ärztlichen nicht-medikamentösen Demenztherapie an neu erkrankten, zu Hause lebenden Personen mit Demenz (PmD) 60 Jahre und älter im Jahr 2009 (Basisbericht, [1]) für die Folgejahre bis 2014. Der Kurzbericht verzichtet weitestgehend auf die Wiederholung der methodischen Herangehensweise, sofern sich zum Basisbericht keine Veränderungen ergeben haben und verweist daher an mehreren Stellen auf diesen. In Analogie zum Basisbericht konzentriert sich die Ergebnisdarstellung im Kurzbericht auf die Verteilung der Leistungsdichte bei neu erkrankten PmD pro Untersuchungsjahr insgesamt und in der regionalen Tiefe der KV-Bereiche.

## Methodik

Datengrundlage stellten die bundesweiten, kassenübergreifenden vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V dar. Die jahresweisen Studienpopulationen bildeten die im Jahr 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014 in den Abrechnungsdaten als neu erkrankt kodierten (=administrative Inzidenz [5]), zu Hause lebenden (d. h. ohne Heimpatienten) PmD. Zur Identifizierung

von neu erkrankten PmD wurde bis auf die Population von 2010, für die nur ein Vorjahr zur Verfügung stand, ein erkrankungsfreier Zweijahreszeitraum vor Diagnose festgelegt. Die Demenzdiagnose basierte auf den einschlägigen ICD-Codes (siehe Basisbericht [1]), die durch das M2Q-Kriterium in maximal vier aufeinanderfolgenden Quartalen gesichert wurde.

Zur Untersuchung der Leistungsdichte wurde jahresweise die abgerechnete Leistungserbringung aus den Bereichen Diagnostik (Testpsychologie, Labordiagnostik, Bildgebung) und (nicht-medikamentöse) Therapie (haus- und fachärztliche Betreuungs- und Gesprächsleistungen) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab herangezogen (vgl. Tabelle 4 des Basisberichtes, S. 6-7) und jeweils der Anteil der PmD mit Leistungserbringung an allen PmD der Studienpopulation bestimmt.

Mit Einführung des neuen Hausarzt-Kapitels im EBM am 1. Oktober 2013 wurden für den vorliegenden Bericht neben den bereits für den Basisbericht verwendeten EBM-Ziffern zusätzliche bzw. neue Ziffern berücksichtigt. Diese sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Die Leistungsdichten errechneten sich wie im Basisbericht aus dem Quotienten von PmD mit Leistung (Zähler) zu allen PmD (Nenner). Sie wurden sowohl bundesweit als auch nach KV-Bereichen bestimmt. Da die regionalen Leistungsdichten der hausärztlichen

Chronikerpauschale weitestgehend indifferent sind – sie liegen in allen KV-Regionen über 91 % – wurde auf die Darstellung in der regionalen Gliederung verzichtet.

Zur Vergleichbarkeit der regionalen Leistungsdichten untereinander und über die Zeit wurden die Raten direkt alters- und geschlechtsstandardisiert. Die Standardpopulation bildete in Analogie zum Basisbericht die KM6-Population 2009.

## Ergebnisse

### Beschreibung der Studienpopulation

Die allgemeinen Charakteristiken der jährlichen Studienpopulationen sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Im Untersuchungszeitraum stieg die Anzahl der als neu erkrankt kodierten PmD bundesweit von knapp 177.000 im Jahr 2010 auf mehr als 271.000 PmD im Jahr 2014. Der steigende Trend setzt allgemein im Jahr 2013 in zeitlicher Nähe zur Einführung des neuen Hausarzt-EBM ein. Während die Anzahl kodierter neu erkrankter PmD im Jahr 2012 ähnlich den Vorjahren noch bei rund 170.000 Patienten lag, nahm sie im Jahr 2013 um etwa 100.000 auf rund 270.000 PmD zu (vgl. Tabelle 2). Hierzu sind regionale Abweichungen beobachtbar, wie z. B. in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg,

| Bezeichnung  | GOP               |                  |
|--|-------------------|------------------|
|  | alt (bis Q3/2013) | neu (ab Q4/2013) |
| „Chronikerpauschale“   | 03212             | 03220            |
| Zuschlag zur EBM-Nr. 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung | ---               | 03221            |
| Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment   | 03240             | 03360            |
| Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung  | ---               | 03230            |
| Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex   | ---               | 03362            |

**Tabelle 1:** Übersicht der hausärztlichen Gebührenordnungspositionen (GOP) vor und nach Reform des Hausarzt-EBM 2013

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab; GOP = Gebührenordnungsposition; Q = Quartal

wo der Anstieg in der Anzahl von PmD zum Teil schon vor dem Jahre 2013 stattfand und von 2012 zu 2013 wesentlich geringerer ausfiel als im Bundesdurchschnitt (Daten nicht gezeigt).

Auffällig im bundesweiten zeitlichen Verlauf war ebenso der steigende Anteil der hausärztlichen Behandlungsbeteiligung an allen Behandlungen von rund 66 % im Jahr 2012 auf rund 79 % im Jahr 2014 (vgl. Tabelle 2). Anhand der Absolutzahlen zeichnet sich eine über die Zeit relativ konstante Anzahl von PmD in neuropsychiatrischer (Mit-) Behandlung ab (rund 56.000 bis 60.000 PmD in 2010 bis 2014), während der Zuwachs an PmD ab 2013 augenscheinlich ausschließlich in der hausärztlichen Versorgung generiert wurde (rund 110.000 PmD im Jahr 2012 und rund 210.000 PmD im Jahr 2013; vgl. Tabelle 2). Hinsichtlich der Verteilung der PmD nach Geschlecht und Alter ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede im Untersuchungszeitraum.

### Diagnostische und therapeutische Leistungsdichten

Als diagnostische Verfahren wurden die Bildgebung, der Einsatz testpsychologischer Verfahren sowie spezifische Laboruntersuchungen (vgl.

Basisbericht [1]) im zeitlichen Verlauf untersucht (Abbildung 1). Auf hohem Niveau, durchschnittlich in über 80 % der PmD, wurden auch im Untersuchungszeitraum 2010 bis 2014 Laboruntersuchungen vorgenommen. Auf ähnlichem niedrigem Niveau wie zur Basisuntersuchung 2009 kamen bildgebende Verfahren zur Anwendung. Lagen diese zu Beginn des Untersuchungszeitraumes noch bei etwa 20 % fielen sie in den Jahren 2013 und 2014 auf rund 15 % ab. Eine entgegengesetzte Entwicklung ist bei der Testpsychologie zu finden. Hier wurden bis zum Jahr 2012 für etwa ein Drittel der PmD testpsychologische Verfahren abgerechnet. Im Jahr 2013 stieg dieser Anteil rapide auf 67 %. Dieser Trend verstetigte sich im Jahr 2014, wo er bundesweit bereits bei 78 % lag.

Im Rahmen der therapeutischen (nicht-medikamentösen) Versorgung von PmD wurden die Leistungsdichten der hausärztlichen Chronikerpauschale sowie haus- und fachärztlicher Gesprächsleistungen und Betreuungskomplexe herangezogen. Für nahezu alle PmD wurde eine Therapieleistung abgerechnet, hauptsächlich über die hausärztliche Chronikerpauschale. Diese wurde im Untersuchungszeitraum konstant bei mehr als 95 % der PmD abgerechnet. Bei den

| Studienpopulationen              | 2010           | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| insgesamt, n                     | 176.890        | 168.285        | 168.508        | 269.898        | 271.879        |
| <b>nach Geschlecht, n (%)</b>    |                |                |                |                |                |
| männlich                         | 67.319 (38,1)  | 64.672 (38,4)  | 65.882 (39,1)  | 105.774 (39,2) | 108.276 (39,8) |
| weiblich                         | 109.571 (61,9) | 103.613 (61,6) | 102.626 (60,9) | 164.124 (60,8) | 163.603 (60,2) |
| <b>nach Altersgruppen, n (%)</b> |                |                |                |                |                |
| 60-64                            | 8.230 (4,7)    | 7.911 (4,7)    | 8.011 (4,8)    | 10.676 (4,0)   | 10.815 (3,9)   |
| 65-69                            | 10.249 (5,8)   | 8.275 (4,9)    | 7.919 (4,7)    | 12.297 (4,5)   | 12.099 (4,5)   |
| 70-74                            | 26.087 (14,7)  | 24.072 (14,3)  | 22.828 (13,5)  | 36.102 (13,3)  | 36.850 (13,6)  |
| 75-79                            | 37.198 (21,0)  | 36.337 (21,7)  | 37.885 (22,5)  | 62.635 (23,2)  | 67.020 (24,6)  |
| 80-84                            | 44.840 (25,3)  | 42.627 (25,3)  | 42.075 (25,0)  | 65.497 (24,3)  | 65.936 (24,3)  |
| 85-89                            | 34.817 (19,8)  | 32.996 (19,6)  | 32.886 (19,5)  | 53.850 (20,0)  | 52.176 (19,2)  |
| 90+                              | 15.469 (8,7)   | 16.067 (9,5)   | 16.904 (10,0)  | 28.841 (10,7)  | 26.983 (9,9)   |
| <b>nach Fachgruppen, n (%)</b>   |                |                |                |                |                |
| nur Hausarzt                     | 118.430 (67,0) | 111.991 (66,5) | 110.448 (65,5) | 209.769 (77,7) | 215.435 (79,2) |
| nur NP-Facharzt                  | 27.398 (17,5)  | 27.866 (16,9)  | 29.003 (17,3)  | 33.787 (9,8)   | 31.692 (9,1)   |
| Hausarzt und NP-Facharzt         | 31.062 (15,5)  | 28.428 (16,6)  | 29.057 (17,2)  | 26.342 (12,5)  | 24.752 (11,7)  |

**Tabelle 2:** Allgemeine Charakteristiken der jahresweisen Studienpopulationen von neu erkrankten, zuhause lebenden Demenzpatienten 2010 bis 2014 (VDX-Daten, 2009 - 2014)  
NP = neuropsychiatrischer Facharzt (Nervenarzt, Psychiater, Neurologe)

fachärztlich (mit-) behandelten PmD erhielten 2010 knapp 66 % und 2014 rund 71 % eine über Betreuungskomplexe abgerechnete Therapieleistung. Eine über fachärztliche Gesprächsziffern abgerechnete Therapieleistung wurde bei 83 % bis 86 % der PmD erbracht. Die in 2013 neu hinzugekommene hausärztliche Gesprächsziffer (vgl. Tabelle 1) wurde im ersten Jahr bereits bei 53 % der neu erkrankten PmD abgerechnet und im Jahr 2014 sogar in 83 % der Fälle. Ähnlich hoch wurde auch der neue hausärztlich-geriatriische Betreuungskomplex angenommen mit Leistungsdichten von 55 % und 76 % in 2013 und 2014. Die zeitliche Entwicklung der betrachteten Therapieleistungen ist ebenfalls der Abbildung 1 zu entnehmen.

### Regionale Unterschiede in den Leistungsdichten

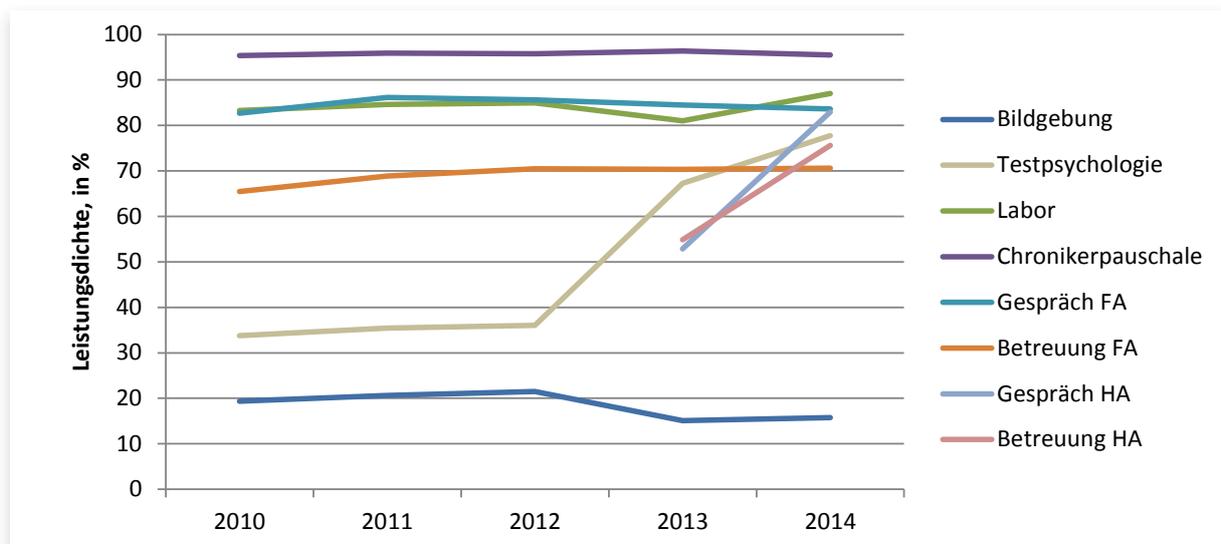
Im folgenden Abschnitt wird auf wesentliche Merkmale der KV-bereichsspezifischen Leistungsdichten, kontrolliert für Unterschiede in Alter und Geschlecht, eingegangen. Bis auf die Leistungsdichte der Chronikerpauschale, welche über alle KV-Bereiche übereinstimmend hoch ist (siehe oben), sind sowohl die standardisierten als auch die rohen Raten dem interaktiven Teil der Versorgungsatlas zu entnehmen.

Die regionale Variation in der Leistungsdichte testpsychologischer Verfahren hat sich im

Untersuchungszeitraum verringert. Sie betrug im Jahr 2010 rund 14 Prozentpunkte und zeigte eine Spannweite von 29,2 % in Sachsen bis 43,0 % in Bayern. Im Jahr 2014 führte Mecklenburg-Vorpommern mit 71,5 % an. Im Abstand von knapp 10 Prozentpunkten rangierte Schleswig-Holstein mit der geringsten Leistungsdichte (Abbildung 2).

Bei der Labordiagnostik sind die regionalen Unterschiede eher gering und lagen zwischen 84,9 % in Baden-Württemberg und 90,9 % in Berlin, Brandenburg und Sachsen (Daten nicht gezeigt). Einen deutlichen Zuwachs in der Leistungsdichte labordiagnostischer Verfahren vollzog sich in Bayern. Die Rate stieg von 79 % im Jahr 2010 kontinuierlich bis auf 88 % im Jahr 2014 an.

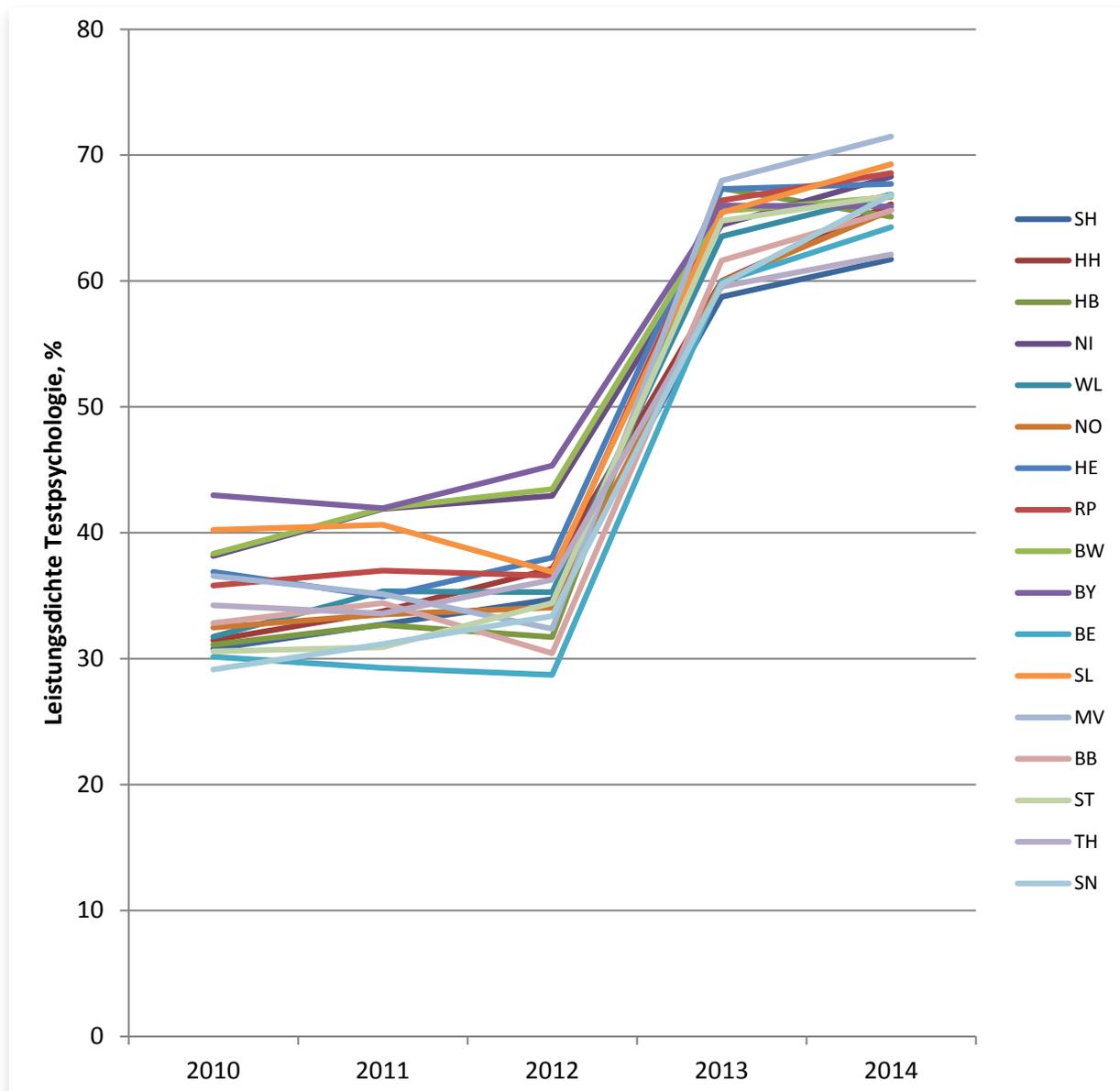
Regionale Unterschiede in der Leistungsdichte der Bildgebung finden sich insbesondere zwischen ost- und westdeutschen KV-Bereichen. Mit Ausnahme von Berlin zeichnen sich die ostdeutschen KV-Bereiche durch niedrigere Leistungsdichten aus. Dieser Unterschied bleibt auch im zeitlichen Verlauf bestehen. Aufgrund des allgemein abnehmenden Niveaus in der Leistungsdichte kommt es jedoch tendenziell zu einer Angleichung zwischen alten und neuen Bundesländern (Abbildung 3).



**Abbildung 1:** Entwicklung der bundesweiten Leistungsdichten bei neu erkrankten, zuhause lebenden Demenzpatienten 2010 bis 2014 für unterschiedliche relevante EBM-Positionen (VDX-Daten, 2009 - 2014)  
EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab; HA = Hausarzt; FA = Facharzt

Ähnlich verhält es sich bei der abgerechneten Menge an fachärztlichen Betreuungskomplexen (Daten nicht gezeigt). Auch diese zeigen grundsätzlich in Westdeutschland höhere Ausprägungen als in Ostdeutschland. Den geringeren Leistungsdichten im Osten stehen jedoch zum Teil höhere Abrechnungsmengen der fachärztlichen Gesprächsziffer gegenüber. Die Leistungsdichte der neu

eingeführten hausärztlichen Gesprächsleistung hingegen weist einen Nord-Süd-Gradienten auf (z. B. Mecklenburg-Vorpommern 89,8 % und Bayern 78,1 %). Der hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex wurde mit 55,5 % am seltensten in Thüringen und mit 67,5 % am häufigsten in Mecklenburg-Vorpommern abgerechnet.



**Abbildung 2:** Entwicklung der Leistungsdichte testpsychologischer Verfahren\* bei neu erkrankten, zuhause lebenden Demenzpatienten nach KV-Bereichen, 2010 bis 2014 (VDX-Daten, 2009 - 2014)

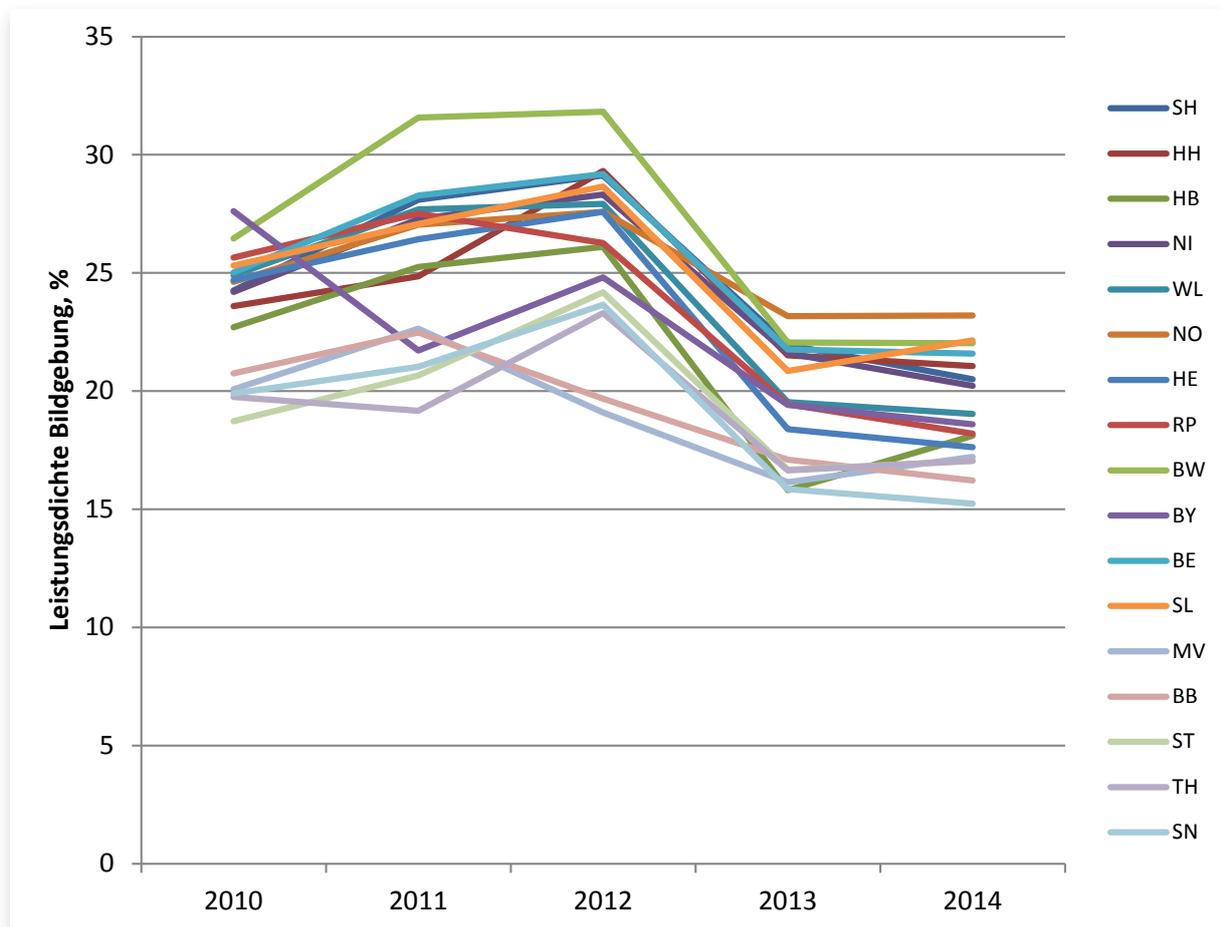
\* Abrechnung wenigstens einer EBM-Ziffer aus: 03240 (03360 ab 4. Quartal 2013), 03242, 16340, 21340, 35300, 35301

KV = Kassenärztliche Vereinigung; Bezeichnungen der einzelnen KV-Bereiche: BB = Brandenburg; BE = Berlin; BW = Baden-Württemberg; BY = Bayern; HB = Bremen; HE = Hessen; HH = Hamburg; MV = Mecklenburg-Vorpommern; NI = Niedersachsen; NO = Nordrhein; RP = Rheinland-Pfalz; SH = Schleswig-Holstein; SL = Saarland; SN = Sachsen; ST = Sachsen-Anhalt; TH = Thüringen; WL = Westfalen-Lippe

## Diskussion & Schlussfolgerung

Der vorliegende Bericht zeigt die zeitliche Entwicklung der Leistungserbringung im Bereich Diagnostik und Therapie bei neu erkrankten Demenzpatienten im vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Die Ausrichtung des Berichtes ist damit streng an den im Jahre 2014 veröffentlichten Basisbericht mit Daten aus 2009 [1] angelehnt und schreibt diesen fort. Zusätzliche Leistungsziffern, welche im Rahmen der Reform des Hausarzt-EBM bei der Versorgung von Demenzpatienten seit 2013 abrechnungsfähig sind, wurden miteinbezogen.

Kernergebnisse der Untersuchung sind a) Steigerung der administrativen Inzidenz von Demenzerkrankungen; b) deutliche Zunahme der Abrechnung testpsychologischer Verfahren; c) leichte Abnahme der Abrechnung bildgebender Verfahren. Im Vergleich zur Basisauswertung ergaben sich keine nennenswerten Trends bei den Leistungsdichten der Labordiagnostik sowie der fachärztlichen Therapieleistungen. Die in 2013 neu eingeführten hausärztlich-therapeutischen Leistungsziffern „Gespräch“ und „geriatrischer Betreuungskomplex“ wurden auf relativ hohem Niveau zur Versorgung von Demenzpatienten abgerechnet (siehe Ergebnisdarstellung). Die genannten Ergebnisse unter a) bis c) werden im Folgenden diskutiert.



**Abbildung 3:** Entwicklung der Leistungsdichte bildgebender Verfahren\* bei neu erkrankten, zuhause lebenden Demenzpatienten nach KV-Bereichen, 2010 bis 2014 (VDX-Daten, 2009 - 2014)

\* Abrechnung wenigstens einer EBM-Ziffer aus: 34310, 34410

KV = Kassenärztliche Vereinigung; Bezeichnungen der einzelnen KV-Bereiche: BB = Brandenburg; BE = Berlin; BW = Baden-Württemberg; BY = Bayern; HB = Bremen; HE = Hessen; HH = Hamburg; MV = Mecklenburg-Vorpommern; NI = Niedersachsen; NO = Nordrhein; RP = Rheinland-Pfalz; SH = Schleswig-Holstein; SL = Saarland; SN = Sachsen; ST = Sachsen-Anhalt; TH = Thüringen; WL = Westfalen-Lippe

Hinsichtlich der Anzahl neu erkrankter Demenzpatienten wurde im Bundesdurchschnitt eine deutliche Steigerung ab 2013 gegenüber den Vorjahren beobachtet (a). Diese betrug knapp 60 % (von rund 170.000 auf rund 270.000 PmD). Über die tatsächlichen Gründe für die Zunahme von inzidenten PmD können zum jetzigen Zeitpunkt nur Vermutungen angestellt werden. Denkbar ist z. B. eine verbesserte Dokumentation vorhandener Demenzerkrankungen, die aufgrund neuer Leistungen am 2013 auch abrechnungsrelevant erfasst werden. Die Beobachtung weiterer Diagnosejahre ist hierzu angezeigt. Da es sich bei der Schätzung der Anzahl von Demenzpatienten aus Sekundärdaten um sogenannte administrative Erkrankungsdaten [5] handelt, lässt diese Beobachtung keine sicheren Rückschlüsse auf epidemiologische Maßzahlen zu.

Ebenfalls in zeitlicher Nähe zur Einführung des neuen Hausarzt-EBM wurde eine deutliche Steigerung in der Leistungsdichte der Testpsychologie beobachtet (b). Diese geht maßgeblich auf neue Leistungsziffer zum geriatrischen Basisassessment zurück. Vor diesem Hintergrund zeigt die Entwicklung der Leistungsdichte testpsychologischer Verfahren eindrucksvoll das Potential für verbesserte leitliniengerechte Diagnostik bei angepasster Vergütung der zugrundeliegenden Leistungserbringung. Aufgrund der enormen Steigerung in der Patientenzahl ist jedoch auch berücksichtigen, dass die untersuchten Studienpopulationen untereinander nicht uneingeschränkt vergleichbar sind. Hier wären z. B. Informationen zur Erkrankungsschwere oder zum persönlichen Umfeld wünschenswert, um systematische Effekte ausgehend von unterschiedlichen Erkrankungsstadien bzw. Patientenpräferenzen ausschließen zu können.

Im Kontrast zur zunehmenden Erbringung testpsychologischer Leistungen steht der abnehmende Trend bei der Durchführung bildgebender Verfahren (c). Dieses Ergebnis ist insofern überraschend, als dass sich sowohl aus der Einführung der S3-Leitlinie als auch im Rahmen der Leistungsabrechnung keine veränderten Bedingungen bezüglich der Empfehlung oder der Honorierung gegenüber dem im Basisbericht betrachteten Diagnosezeitraum von 2009 ergaben. Wie auch schon gemäß früheren Leitlinien der neuropsychiatrischen Fachgesellschaften,

soll eine konventionelle cCT oder cMRT zur Differenzialdiagnostik durchgeführt werden (Empfehlungsgrad A). Trotz des hohen Empfehlungsgrades ist diese Empfehlung nicht unumstritten. In der Neufassung der Leitlinie von 2016 wird auf die fehlende therapeutische Konsequenz und erschwerte Durchführbarkeit bei hochbetagten multimorbiden Patienten hingewiesen [4]. Auch für die Leistungsdichten der Bildgebung gilt, dass mit der enormen Fallzahlsteigerung ab 2013 die Studienpopulationen nicht uneingeschränkt miteinander vergleichbar sind. Systematische Unterschiede bezüglich der Erkrankungsschwere sowie weiterer (unbekannter) Faktoren, die die Durchführung der Bildgebung beeinflussen, wirken möglicherweise auf die beobachteten Ergebnisse.

Der vorliegende Bericht gibt erste Anhaltspunkte bezüglich der zeitlichen Entwicklung der vertragsärztlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungserbringung bei neu erkrankten Demenzpatienten. Bei dieser Betrachtung wie bei längsschnittlichen Betrachtungen im Allgemeinen, sind vielfältige Faktoren und Ereignisse denkbar, die eine mittelbare oder unmittelbare Wirkung auf das Ergebnis ausüben können. Im Zusammenhang mit der Versorgung von Demenzpatienten sind konkret die Einführung neuer Leitlinienempfehlungen (S3-Leitlinie „Demenzen“ von DGPPN und DGN) sowie die Reform des Hausarzt-EBM mit einem Schwerpunkt auf geriatrischen Leistungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus können weitere Maßnahmen, wie das Inkrafttreten neuer gesetzlicher Vorgaben (z. B. Pflege-Neuausrichtungsgesetz [6]), aber auch KV-bereichsspezifische Regelungen, wie Abstaffelung oder Honorarquotierung das Abrechnungsverhalten beeinflussen. Ein möglicher Einfluss des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes ist insofern relevant, als das ab Januar 2013 Patienten mit einer Demenzdiagnose Leistungen der Pflegestufe 0 von der Pflegeversicherung beantragen konnten.

Der vorliegende Bericht erhebt nicht den Anspruch einer umfänglichen Betrachtung der Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Leistungsdichten, sondern fokussiert auf die Deskription der Leistungsdichten im zeitlichen Verlauf. Die Untersuchungsergebnisse bieten vielfältige Ansatzpunkte für tiefergehende statistische und regionale Auswertungen.

## Literatur

1. Schulz Mandy, Bohlken J, Hering R, Bätzing-Feigenbaum J. Diagnostische und therapeutische Leistungsdichte von neu erkrankten, zu Hause lebenden Patienten mit Demenz (2009). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 14/06. Berlin 2014. DOI: 10.20364/VA-14.06. URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=48> (zuletzt aufgerufen am 28.11.2016)
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie (DGP), Psychotherapie und Nervenheilkunde (DG-PPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.). Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Springer. Heidelberg 2010.
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Übersicht der Änderungen zum 1. Oktober 2013. URL: <http://www.kbv.de/html/12558.php> (zuletzt aufgerufen am 28.11.2016)
4. Deuschl G, Maier W et al. S3-Leitlinie Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie(DGN) (Hrsg.). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Berlin 2016. URL: <http://www.dgn.org/leitlinien> (zuletzt aufgerufen am 13.01.2017)
5. Schubert I, Ihle P, Koster I. Internal con-firmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions. Gesundheitswesen 2010; 72 (6): 316–322
6. Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) vom 23. Oktober 2012, Bundesgesundheitsblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 52, ausgegeben zu Bonn am 29. Oktober 2012