

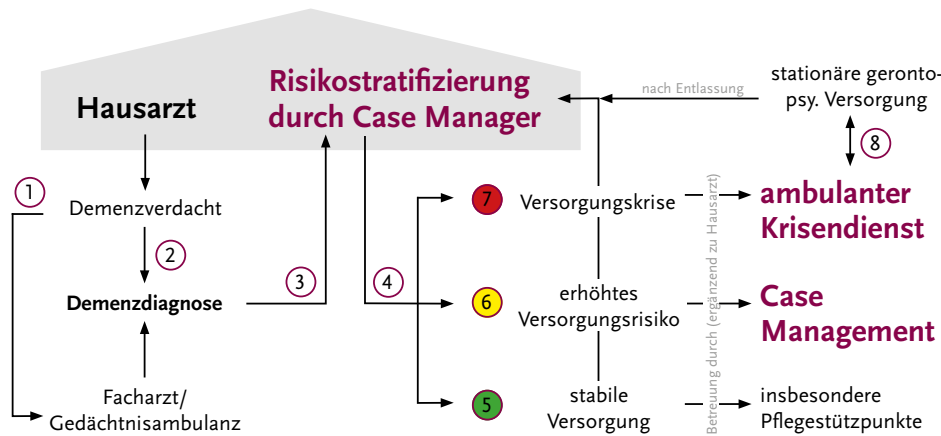


cidesign021/shutterstock.com

DEM STEP CARE

EIN HAUSARZTBASIERTES VERSORGUNGS-
KONZEPT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ

Versorgungsinnovation: Risikostratifizierung – Case Management – ambulanter Krisendienst



- ① Hausarzt stellt Demenzverdacht, motiviert Patienten zur Diagnostik, überweist zum Facharzt, oder:
- ② Hausarzt (unterstützt von geschulter Medizinischen Fachangestellten) führt leitliniengerechte Basisdiagnostik Demenz durch
- ③ Diagnoseaufklärung, pharmazeutische Medikationsanalyse, Erwägung Antidementivum, Klärung Ansprechpartner und rechtlicher Status (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung), evtl. Verordnung Ergotherapie und Physiotherapie, Aktivierung Case Management zur Risikostratifizierung
- ④ Risikostratifizierung der Stabilität der häuslichen Versorgung
- ⑤ Stabile Versorgungssituation: Beratung zu regionalen Unterstützungsangeboten
- ⑥ Erhöhtes Versorgungsrisiko: Begleitung durch Case Management
- ⑦ Versorgungskrise: Herausforderndes Verhalten oder drohende Erschöpfung der pflegenden Angehörigen
- ⑧ Gate keeping: Überprüfung stationärer Anmeldungen auf Möglichkeit einer ambulanten Krisenintervention

DemStepCare – Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte

Ein Innovationsfondsprojekt in den Regionen Alzey, Bad Kreuznach, Worms und Kirchheimbolanden

Für eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz ist eine frühe Diagnostik, Behandlung und Begleitung notwendig.

Das Projekt DemStepCare verfolgt das Ziel einer hausarztbasierten Demenzversorgung mit Hilfe von Case Managern, die Menschen mit Demenz entsprechend ihres Versorgungsbedarfes begleiten. Im Krisenfall übernimmt kurzfristig vorübergehend eine Krisenambulanz eine Behandlung, um diese Krise zu entschärfen und einen stationären Aufenthalt zu vermeiden.



Wichtige innovative Aspekte der neuen Versorgungsform sind die Etablierung

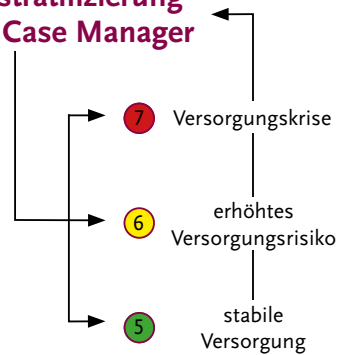
- eines Versorgungsrisiko-abhängigen Behandlungsalgorithmus,
- eines Case Managements sowie
- eines ambulanten Krisendienstes.

Diese Elemente werden in die bestehende, hausarztbasierte Regelversorgung integriert.

Der Hausarzt erhält gerade in schwierigen Situationen eine bedarfsgerechte Unterstützung für seine Patienten (Case Management und ambulanter Krisendienst), so dass stationäre Einweisungen durch positive ambulante Versorgungsalternativen vermieden werden können.

Leitliniengerechte, nicht-medikamentöse Behandlungsansätze können durch die neue Versorgungsform implementiert werden, für die es bisher in der Regelversorgung keine Struktur gibt. Pflegenden Angehörigen können besser unterstützt werden. Gerade eine zu hohe Stressbelastung der pflegenden Angehörigen kann eine stabile Versorgung im häuslichen Umfeld gefährden.

Risikostratifizierung durch Case Manager



Ausgehend vom Hausarzt werden Patienten mit Verdacht auf Demenz oder bereits bestehender Demenz-Diagnose in die Studie eingeschrieben. Nach leitliniengerechter Diagnostik und Einleitung der entsprechenden Therapie wird ein Case Manager in die Koordination der Versorgung eingeschaltet. Dies sind spezialisierte Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation Case Management.

Zu Beginn führt der Case Manager eine Einschätzung hinsichtlich der Stabilität der Versorgung (Ampelsystem: rot-gelb-grün) durch und plant entsprechend die Versorgungsangebote. Im Falle einer stabilen Versorgung (grün) wird zur weiteren Beratung an Pflegestützpunkte und andere reguläre Beratungsstellen verwiesen. Im Falle eines erhöhten Versorgungsrisikos (gelb) übernimmt der Case Manager zentrale Aufgaben bei der Organisation und Koordinierung zusätzlicher Versorgungsangebote. Im Falle einer Versorgungskrise (rot), zum Beispiel bei schweren Verhaltensauffälligkeiten des Patienten und/oder drohender Überlastung des Angehörigen, wird der ambulante Krisendienst kurzfristig vorübergehend aktiviert (siehe ambulanter Krisendienst). Nach Abklingen der Krise wird der Patient wieder an den Case Manager übergeben.

7 Versorgungskrise → ambulanter Krisendienst

Im Laufe der Demenzerkrankung können Versorgungskrisen zum Beispiel aufgrund von Erschöpfung von pflegenden Angehörigen oder sich entwickelnden Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz auftreten. In solchen Krisensituationen kommt es häufig zu Krankenhauseinweisungen, die mit vermeidbaren Komplikationen und höheren Kosten verbunden sind.

Dabei gibt es gute Hinweise und Erfahrungen, dass eine ambulante, nicht-medikamentöse, Pflegeexpertenbasierte Verhaltensmodulation effektiv ist. Basierend auf diesen Befunden und den eigenen Vorerfahrungen werden im Falle einer Versorgungskrise Pflegeexperten für kognitive Einschränkungen und Demenz im multiprofessionellen Team bei DemStepCare eingesetzt. Diese sind engmaschig aufsuchend tätig mit dem Ziel, die Krise zu entschärfen und somit eine Krankenhauseinweisung zu verhindern. Zudem besteht das Team aus einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einer Psychologin und einem Sozialarbeiter. Die Ambulanz arbeitet im Zwei-Schicht System inklusive nächtlicher Rufbereitschaft, sodass eine Erreichbarkeit an sieben Tagen 24 Stunden gewährleistet ist. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass ein Großteil der ambulanten Krisen innerhalb von drei Wochen (drei bis vier Hausbesuche in der ersten Woche, zwei

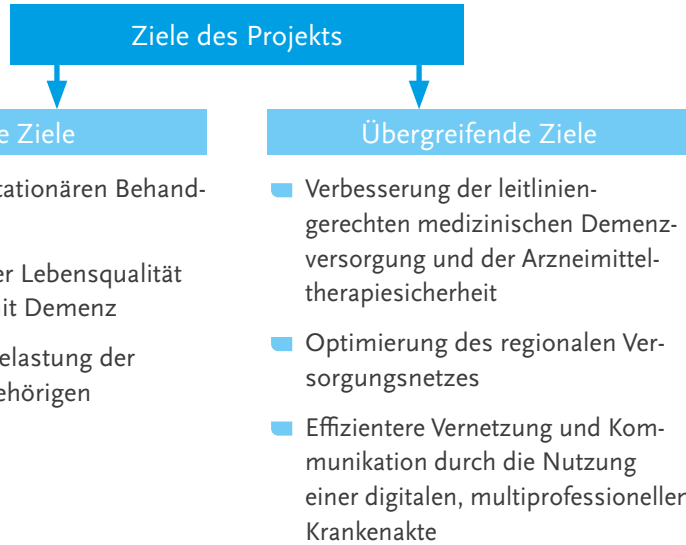
Hausbesuche in der zweiten Woche, ein Hausbesuch in der dritten Woche) entaktualisiert werden können.

Anhand bereits etablierter digitaler Kommunikationsmöglichkeiten können multiprofessionelle Teammitglieder (z.B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) über mobile Tablets bedarfsweise vor Ort „zugeschaltet“ werden, was gerade im ländlichen Raum eine wichtige Unterstützung der aufsuchend agierenden Pflegeexperten darstellt.



Die Qualifikation des Pflegeexperten für kognitive Einschränkungen und Demenz wird über ein umfassendes Weiterbildungscurriculum sichergestellt. In dieser Weiterbildung, die sich primär an Gesundheits- und Krankpflegefachkräfte sowie Altenpflegefachkräfte richtet, erlernen die Pflegenden Verhaltenssicherheit im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Mitbehandlung der Angehörigen sowie neben medizinischem Grundlagenwissen spezifische Pflegekonzepte, die sie in ihrem professionellen Handeln unterstützen.





Primäre Ziele

- Reduktion der stationären Behandlungen
- Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit Demenz
- Reduktion der Belastung der pflegenden Angehörigen

Übergreifende Ziele

- Verbesserung der leitlinien-gerechten medizinischen Demenz-versorgung und der Arzneimittel-therapiesicherheit
- Optimierung des regionalen Ver-sorgungsnetzes
- Effizientere Vernetzung und Kom-munikation durch die Nutzung einer digitalen, multiprofessionellen Krankenakte

Maßnahmen

- Schulungen von Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten
- quartalsweise Medikationsanalyse durch klinische Pharmazeuten bei allen Patienten der Inter-ventionsgruppe
- Risikostratifizierungen der Ver-sorgungsstabilität durch pflege-rische Case Manager in enger Ko-operation mit dem Hausarzt
- Zuordnungen der Patienten bei erhöhtem Versorgungsrisiko zu Case Management, bei akuter Versorgungskrise zu Krisenambu-lanzdiensten oder bei stabiler Versorgungssituation zu bestehen-den regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten

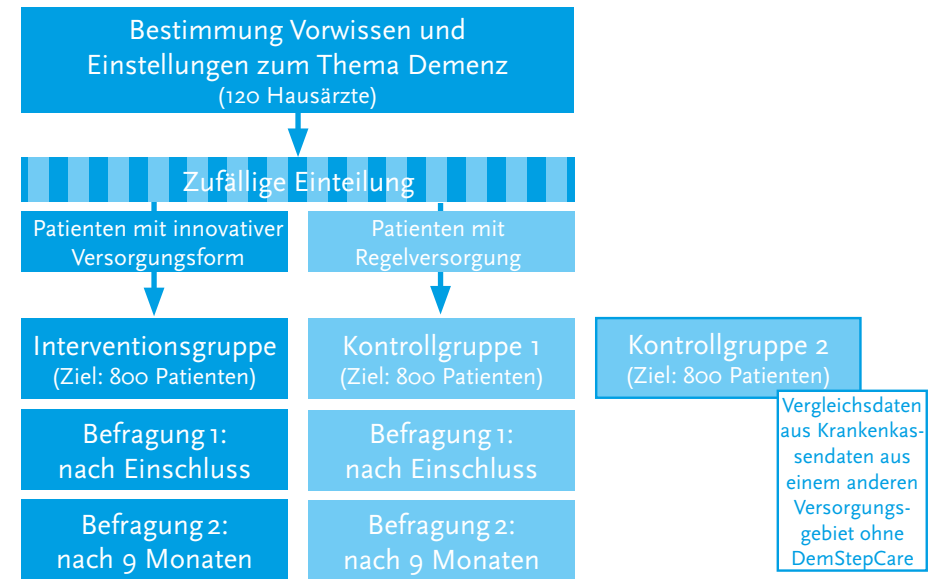
Das Ziel des Case Managements ist, gefährdete Patienten durch eine Kontinuität in der Versorgung zu begleiten und die Versorgungseffizienz durch einen besseren Zugang zu Leistungen zu steigern.

Im Falle einer Versorgungskrise werden ambulant aufsuchende Pflegeexperten im multiprofessionellen Team eingesetzt. Der ambulante Krisendienst arbeitet im Zwei-Schicht System inklusive nächtlicher Rufbereitschaft.

Projektdauer

1. April 2019 bis 31. März 2022

Patienten können vom 1. Oktober 2019 bis 31. März 2021 in das Projekt eingeschlossen werden.



Organisatorischer Ablauf

Das in der Projektlaufzeit erprobte Versorgungskonzept wird im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt und ausgewertet. Für diese Untersuchung werden nach Zufallsprinzip zwei Gruppen gebildet, um mögliche Unterschiede durch die neue Versorgungsform festzustellen. Eine Patientengruppe erhält die innovativen Versorgungsleistungen, eine zweite Patientengruppe (Kontrollgruppe 1) wird regelversorgt. Für die wissenschaftliche Begleitung werden alle teilnehmenden Patienten und ihre Angehörigen zweimal (zum Teilnahmebeginn und nach neun Monaten) in Form eines Fragebogens befragt.

**Landkreis
Alzey-Worms**

55232
55234
55237
55239
55286
55288
55291
55545
55578
55597
55599
67294
67574
67575
67577
67578
67580
67582
67590
67591
67592
67593
67595
67596
67598
67599

Worms

67547
67549
67550
67551

**Landkreis
Mainz-Bingen**

55218
55257
55262
55263
55268
55270
55271
55276
55278
55283
55294
55296
55299
55411
55424
55425
55435
55437
55457
55459
55576
55578
67583
67585
67586
67587

**Landkreis
Bad Dürkheim**

67278

**Landkreis
Bad Kreuznach**

55442
55444
55450
55452
55543
55546
55559
55566
55568
55569
55571
55576
55583
55585
55592
55593
55595
55595
55596
67824
67826
67829

**Donnersberg-
kreis**

67292
67294
67295
67297
67308
67808
67811
67813
67814
67819
67821
67822
67823

Ansprechpartner

Möchten Sie gerne mehr über das Projekt erfahren und können sich vorstellen, Teil davon zu werden?

Ihre Ansprechpartnerin, Teresa Weber, im Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA) freut sich über Ihr Interesse:

- Telefon (0 61 31) 3 78-31 01
- t.weber@zpga.landeskrankenhaus.de

Patienten und Angehörigen, die Interesse an DemStepCare haben, bitten wir, sich für mehr Informationen an ihren Hausarzt zu wenden.

Gefördert durch:



Konsortialführung



Evaluation



Dienstleister



Kooperationspartner



Konsortialpartner



Dem Step Care

Eine Innovation
des Landeskrankenhauses

LANDESKRANKENHAUS (AÖR)

Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA)
Hartmühlenweg 2 – 4
55122 Mainz

Telefon (0 61 31) 378-31 01

KOMPETENZ schafft Vertrauen.