

Unterstützung für Hausärzte und Betroffene

Optimierte ambulante Demenzversorgung im Rheinland-Pfälzischen Innovationsfonds-Projekt *DemStepCare*

Support for Family Physicians and Patients

Optimized Outpatient Dementia Care in the Rhineland-Palatinate Innovation Fund Project *DemStepCare*

Katharina Geschke^{*1,2}, Julian Wangler^{*4}, Alexandra Wuttke-Linnemann^{1,2}, Michael Jansky⁴, Andreas Fellgiebel^{1,2,3}

Zusammenfassung

Studien belegen, dass die hausärztliche Versorgung nicht immer effektiv genug ist, wenn es darum geht, Demenzerkrankungen frühzeitig zu erkennen und die Weichen für eine gelingende Weiterversorgung zu stellen, sodass Versorgungskrisen für Patienten und Angehörige abgewendet werden können. Ein erhebliches Problem stellt der Mangel an geeigneten Strukturen in der ambulanten Demenzversorgung dar, die a) eine multiprofessionelle, sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen, b) medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen entgegenkommen und c) wirksame Kriseninterventionen ohne eine Krankenhauseinweisung ermöglichen. Der Beitrag thematisiert das Modell zur ambulanten medizinisch-pflegerischen Demenzversorgung *DemStepCare*, das Bestandteil eines Innovationsfondsprojektes ist. Im Mittelpunkt steht die gezielte Unterstützung der hausärztlichen Versorgung mittels eines bedarfsadaptierten tätigen, ambulanten Case-Managements sowie einer von Pflegeexperten geführten Krisenambulanz. Darüber hinaus soll *DemStepCare* in umfassender Weise zu einer stärkeren Demenzkompetenz und -sensibilität der einbezogenen Hausärzte beitragen. Im Folgenden werden Hintergründe, Zielsetzungen und Status quo des Projekts vorgestellt.

Schlüsselwörter

Demenzversorgung; Demenzdiagnostik; Risikostratifizierung; Case-Management; Hausarzt

Summary

Studies have shown that primary care is not always sufficiently effective to detect dementia at an early stage and to set the course for successful further care so that care crises for patients and relatives can be averted. A major problem is the lack of suitable structures in outpatient dementia care that a) enable multi-professional, cross-sector care, b) meet the medical, nursing and psychosocial needs of patients and relatives, and c) enable effective crisis interventions without hospitalization. The article presents the model for outpatient medical and nursing dementia care *DemStepCare*, which is part of an innovation fund project. The central point is on supporting family physicians by means of a needs-based outpatient case management and a crisis ambulance run by nursing experts. In addition, *DemStepCare* should promote a stronger dementia competence and sensitivity of the family physicians involved in a comprehensive way. The background, objectives and status quo of the project are presented below.

Keywords

dementia care; dementia diagnostics; risk stratification; case management; family physician

* Katharina Geschke und Julian Wangler teilen sich die Erstautorenschaft.

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

² Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Landeskrankenhaus (AÖR) Mainz

³ Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Agaplesion Elisabethenstift, Darmstadt

⁴ Abteilung für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz

Peer reviewed article eingereicht: 09.09.2020; akzeptiert: 07.10.2020

DOI 10.3238/zfa.2021.0120-0124

Hintergrund

In Deutschland sind derzeit ca. 1,7 Millionen Menschen vom Krankheitsbild Demenz betroffen [1]; bis 2050 wird mit einem Anstieg auf bis zu 2,7 Millionen gerechnet [2]. Um rechtzeitig die Weichen für eine funktionierende Versorgung von Patienten mit einer Demenz zu stellen, macht die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Demenzen“ darauf aufmerksam, dass es sich bei Demenzerkrankungen „um einen dynamischen und progredienten Prozess handelt und viele therapeutische und präventive Ansätze gerade im Frühstadium der Erkrankung Belastung und Pflegebedürftigkeit verzögern können“. Entsprechend wird eine frühzeitige Diagnostik von Demenzerkrankungen gefordert, um so auf das Fortschreiten der Erkrankung möglichst effektiv einzuwirken [3]. Ebenso bedeutsam ist es für Patienten und Angehörige, so lange wie möglich eine gute Lebensqualität zu bewahren. Heute ist bekannt, dass schon zu Beginn einer Demenzerkrankung sowohl Patienten als auch Angehörige beträchtlichem Stress und Leidensdruck ausgesetzt sind, die die Erkrankung vorantreiben und für eine Reihe von komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen verantwortlich sind, insbesondere einem Anstieg von Depressionen [4, 5]. Aufgrund von Erschöpfung pflegender Personen oder sich entwickelnden Verhaltensauffälligkeiten (herausforderndes Verhalten) mit Selbst- bzw. Fremdgefährdung kann es zu krisenhaften Versorgungs- und Pflegesituationen kommen. Daher ist es wichtig, Patienten und Angehörige auf Folgen der Erkrankung vorzubereiten und an entsprechende Beratungs- und Unterstützungsangebote heranzuführen [6, 7]. Auf diese Weise können Voraussetzungen für einen gelingenden Alltag von Demenzbetroffenen in ihrem gewohnten Umfeld geschaffen, andererseits auch einem ‚Ausbrennen‘ pflegender Angehöriger vorgebeugt werden [8].

Als Primärversorger und Lotsen im Gesundheitswesen kommt Hausärzten bei der Erkennung und Betreuung von Patienten mit Demenz herausragende Bedeutung zu [9]. Da Hausärzte gerade mit ihren älteren

Patienten gut vertraut sind, sind sie in der Lage, kognitive Veränderungsprozesse frühzeitig festzustellen und können als wichtige Partner der regionalen Demenzversorgung die Voraussetzungen für eine funktionierende Weiterversorgung sicherstellen [10, 11]. Allerdings bestehen im hausärztlichen Setting verschiedene Hürden und Probleme, die sich auf die Leistungsfähigkeit der ambulanten Demenzdiagnostik und -versorgung auswirken.

Herausforderungen der ambulanten Demenzversorgung

Untersuchungen deuten darauf hin, dass die hausärztliche Demenzversorgung nicht immer optimal funktioniert [9, 12, 13]. So haben Arbeiten gezeigt, dass ein Teil der Hausärzte häufig keine oder erst zu einem vergleichsweise späten Zeitpunkt eine Demenzdiagnose stellt [14, 15]. Zudem bewegen sich die Erkennungsraten für Patienten mit manifesten demenziellen Syndromen in den meisten Studien deutlich unterhalb von 50 % [16–18]. Einige Studien stellen überdies fest, dass die hausärztliche Kenntnis von demenzbezogener Diagnostik-, Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten sowie von Leitlinien nicht immer in umfassender Weise gegeben ist [19–21].

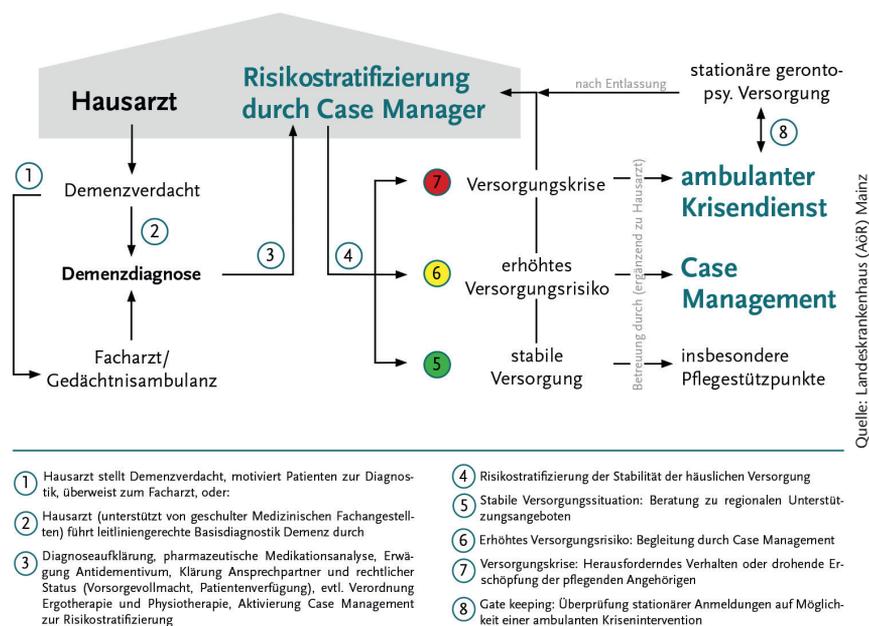
Weitere Forschungsergebnisse weisen auf eine eher zurückhaltende Anwendung bestehender Demenztests hin [22]. So zeigte ein Modellprojekt zur ambulanten Demenzversorgung [3, 8], aber auch mehrere quantitative und qualitative Befragungen [14, 23, 24], dass ein großer Teil der Hausärzte eine (leitliniengerechte) Diagnose vorzugsweise Fachärzten überlässt. Ferner verweist bzw. vermittelt lediglich ein Teil der Hausärzte Patienten und/oder Angehörige an spezifische Hilfs- und Beratungseinrichtungen (z.B. Demenz-Netzwerke, Pflegestützpunkte), da Kenntnisse über und Kooperationen mit solchen Akteuren oft nicht gegeben sind [23].

Die Gründe für solche Befunde sind vielfältig. Angeführt werden beispielsweise Faktoren wie Zeitdruck und Ressourcenknappheit, daneben auch geringe Wirksamkeitserwartungen aufgrund eines erlebten Mangels

an Therapieoptionen für demenzielle Erkrankungen, der bisweilen zu Zweifeln an deren Sinnhaftigkeit führt [25]. Zudem werden die enge Beziehung des Hausarztes zum Patienten und der Anspruch, diesen (gut) zu kennen, als mögliche Hürden einer rechtzeitigen Demenzdiagnostik angeführt. Hintergrund ist eine mögliche Befangenheit, den Patienten nicht zu verletzen und ihn vor potenziellen (stigmatisierenden) Auswirkungen einer Diagnosestellung zu schützen [26–28]. Schließlich suchen Patienten den Hausarzt wahrscheinlich eher selten mit der Bitte um eine spezifische Diagnostik bei Demenzverdacht auf. Analog besteht bei hausärztlichen Patienten seltener selbst oder durch die Familie der Wunsch zur erweiterten Diagnostik und Beratung als in Gedächtnisambulanzen oder bei spezialisierten Fachärzten, welche nur aus diesem Grund aufgesucht werden [3, 4, 9].

Jenseits der individuellen hausärztlichen Arbeit besteht ein Mangel an Versorgungs- und Interaktionsstrukturen, die nicht nur Hausärzte effektiv unterstützen können, sondern auch eine multiprofessionelle, sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen, wie sie beispielsweise in der ambulanten Palliativversorgung (SAPV) umgesetzt wurde. So besteht ausdrücklich die Forderung nach strukturierten interdisziplinären Versorgungsformen, die ärztliche, pflegerische und weitergehende Betreuungsangebote besser verzahnen, eine möglichst klare Aufgabenteilung beinhalten und ein regelmäßiges Qualitätsmonitoring erfahren, um eine bedarfsgerechte, personenzentrierte und leitlinienorientierte Versorgung von Patienten mit Demenz bieten zu können [29, 30]. Die große Vielfalt medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Bedürfnisse von Demenzpatienten und deren Angehörigen macht zudem eine systematische Klassifikation von Versorgungsbedarfen und -risiken erforderlich. Eine besonders vulnerable Gruppe stellen insbesondere Alleinlebende dar. Das Fehlen von adäquaten und wirksamen Strukturen zur ambulanten Krisenintervention führt in der Regel bei Krisensituationen rasch zu Kran-

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 Diagnoseklärung, 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

Abbildung 1 DemStepCare – Risikostratifizierung, Case-Management, ambulanter Krisendienst

kenhauseinweisungen, die nicht nur mit höheren Kosten einhergehen, sondern auch Komplikationen für die Patienten mit sich bringen können [31, 32]. So kommt es durch Krankenhausbehandlungen bei Patienten mit Demenz zu erhöhter Mortalität und häufigeren anschließenden Pflegeheimaufnahmen [33], einer längeren Aufenthaltsdauer, häufigeren Delirien (30–40 % aller stationären Patienten über > 65 Jahre), Stürzen, Exsikkose, Mangelernährung, Verschlechterung der kognitiven und körperlichen Funktionen und häufigeren Infektionen [34]. Nur bei medizinisch zwingender Erforderlichkeit sollten Patienten mit Demenz ins Krankenhaus eingewiesen werden; im Idealfall sollte versucht werden, die Behandlung möglichst vollständig ambulant zu gestalten [3].

DemStepCare als Versorgungsinnovation

Um einen Beitrag zur Optimierung der ambulanten Versorgung zu leisten, wurde das Versorgungsmodell *DemStepCare* entwickelt. Seit Projektbeginn am 1. April 2019 wird es für drei Jahre vom Innovationsfonds des

Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert. Im Einzugsgebiet des Modells liegen der Landkreis Alzey-Worms, die Stadt Worms, der Landkreis Bad Kreuznach, der Landkreis Mainz-Bingen und Teile des Landkreises Bad Dürkheim sowie des Donnersbergkreises.

Im Mittelpunkt von *DemStepCare* steht die bedarfsgerechte, personenzentrierte und leitlinienorientierte Unterstützung des Hausarztes bei der Einordnung von demenziellen Syndromen, der Diagnostik sowie der Vorbeugung von Versorgungskrisen und dem Management verschiedener psychosozialer Probleme. Dabei zeichnet sich das Versorgungskonzept insbesondere durch folgende innovative Elemente (Abb. 1) aus:

- Auswahl und Einschreibung der Patienten erfolgt durch die betreuende hausärztliche Praxis. So kann ein Hausarzt entweder selbstständig eine – idealerweise frühzeitige, leitliniengerechte – Demenzdiagnostik durchführen oder zwecks Diagnosestellung an einen Facharzt überweisen.
- Konnten die Patienten für eine Teilnahme am Modellprojekt gewonnen werden, wird ein Case-Manager

in die Koordination der Versorgung eingeschaltet. Dieser führt strukturiert die Beurteilung der häuslichen Versorgungssituation durch (Klassifikation der Versorgungsbedarfe und des Versorgungsrisikos anhand eines Ampelsystems [grün-gelb-rot], Abb. 1). Ist diese stabil, erhält die betroffene Familie eine Beratung über regionale Hilfs- und Versorgungsmöglichkeiten und einen Hinweis auf den zuständigen Pflegestützpunkt.

- Im Fall eines erhöhten Versorgungsrisikos übernimmt der Case-Manager zentrale Aufgaben bei der Organisation und Koordinierung zusätzlicher Versorgungsangebote und bietet eine bedarfsgerechte kontinuierliche Begleitung an, die nicht zuletzt in enger, häufig persönlicher, Rücksprache mit dem zuständigen Hausarzt erfolgt. Die Kontaktaufnahme des Case-Managers erfolgt persönlich, telefonisch und per elektronischer Fallakte.

- Drohen oder manifestieren sich Versorgungskrisen, können Hausarzt oder Case-Manager kurzfristig und vorübergehend die aufsuchende Krisenambulanz in Anspruch nehmen. Vorbild hierfür war die Pflegeexperten-basierte, multiprofessionale Aufsuchende gerontopsychiatrische Fachambulanz (AGFA) der Rheinischen Fachklinik Alzey. Das multiprofessionelle Team besteht aus Pflegeexperten für kognitive Störungen und Demenz, einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Sozialdienst. Die Ambulanz arbeitet im 2-Schicht-System inklusive nächtlicher Rufbereitschaft, sodass eine Erreichbarkeit an 7 Tagen 24 Stunden gewährleistet ist. Ziel dieser Krisenambulanz ist es, im Falle von manifesten oder drohenden Krisen bei Patienten mit Demenz durch zeitnahe Diagnostik und konsekutive Abfolge primär nicht-medikamentöser Interventionen, angelehnt an *serial trial intervention* [35], eine ambulante Stabilisierung der Versorgungssituation zu erreichen und eine stationäre Aufnahme zu vermeiden. Die oft sehr belasteten Angehörigen werden von dem Team mitbetreut.

- Das Versorgungsmodell ermöglicht eine systematische Überprüfung aller Medikamente, denn nicht selten ist die Polypharmazie für Verhaltensauffälligkeiten und -änderungen verantwortlich. Klinische Pharmazeuten führen bei jedem Patienten, unabhängig von der aktuellen Versorgungssituation, quartalsweise Medikationsanalysen durch und geben Empfehlungen zur Überprüfung auf mögliche Interaktionen und Nebenwirkungen und Anpassung der Medikationsverordnungen. Die Arzneimitteltherapiesicherheit soll hierdurch insgesamt verbessert werden.
- Durch eine elektronische Fallakte, auf die alle Behandler Zugriff haben und in welcher alle Behandler dokumentieren, werden die multiprofessionellen Akteure (Pflegerkräfte, Case-Manager, Haus- und Fachärzte) effektiver vernetzt.
- Hausärzte werden zielgerichtet geschult und fortgebildet, insbesondere mit Blick auf eine verbesserte (Früh-)Diagnostik und eine bessere Vernetzung mit regionalen Versorgungsakteuren, aber auch sonstige mit Demenz assoziierte Themenfelder und Krankheitsbilder. So soll längerfristig eine günstigere Demenzkompetenz und -sensibilität gefördert werden, die zu verschiedenen Zeitpunkten im Projektverlauf im Zuge der begleitenden Evaluation ermittelt wird.

Projektziele

Laut ursprünglicher Projektplanung sollten im Verlauf der Studie ca. 120 Hausärzte und ca. 1600 Patienten (13–14 Patienten pro Hausarzt) gewonnen werden. Teilnehmende Hausärzte können Patienten mit diagnostizierter Demenz und (falls vorhanden) deren Versorger (in der Regel pflegende Angehörige), welche der Teilnahme zustimmen, in die Studie einschließen. Ausschlusskriterien sind eine fehlende gesicherte Demenzdiagnose, ein Wohnort des Patienten außerhalb des Studiengebietes oder in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Im Zuge einer prospektiven clusterrandomisierten Studie wurden die Praxen in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe randomisiert.



Dr. phil. Julian Wangler ...

... ist wissenschaftlicher Mitarbeiter (Postdoc) in der Abteilung Allgemeinmedizin des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der empirischen Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung sowie der Auswirkungen von eHealth und mHealth auf die allgemeinmedizinische Tätigkeit und das Gesundheitssystem. Im Rahmen von *DemStepCare* ist er für die Evaluation der hausärztlichen Aktivitäten zuständig.

Foto: privat



Dr. med. Katharina Geschke ...

... ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin des Zentrums für psychische Gesundheit im Alter des Landeskrankenhauses (AöR). Besonderes klinisches und Forschungsinteresse ist die Verbesserung der Prävention und Behandlung gerontopsychiatrischer Erkrankungen. Sie ist stellvertretende Projektleitung von *DemStepCare* und für die Projektkoordination zuständig.

Foto: Landeskrankenhaus (AöR) Mainz

Die Interventionsgruppe erhält neben einer pharmazeutischen Medikationsanalyse das pflegerische Case-Management für Patienten mit erhöhtem Versorgungsrisiko sowie bei Bedarf eine Behandlung durch die aufsuchende 24-h-Krisenambulanz. Sämtliche Hausärzte erhalten Fortbildungen, u.a. zum Versorgungsnetz und regionalen Unterstützungsmöglichkeiten.

Primäre Endpunkte sind die Reduktion der stationären Behandlungstage, die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit Demenz, die Reduktion der Belastung der pflegenden Angehörigen. Sekundäre Endpunkte sind die Verbesserung der leitliniengerechten medizinischen Demenzversorgung und der Arzneimitteltherapiesicherheit, die Optimierung des regionalen Versorgungsnetzes und die effizientere Vernetzung und Kommunikation durch die Nutzung einer elektronischen, multiprofessionellen Fallakte. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt durch die Universität Freiburg (IMBI), das Zentrum für Allgemeinmedizin der Unimedizin Mainz, die Apotheke der Unimedizin Mainz und pflegewissenschaftlich durch das LWL-Klinikum Gütersloh.

Aktueller Stand, Projektfortschritte und Perspektiven

Die Vorbereitungsphase ab dem 1. April 2019 konnte erfolgreich abgeschlossen werden, und die Versorgung der Patienten mit Demenz ist zeitgerecht am 1. Oktober 2019 gestartet. Die Case-Manager absolvierten im Vorfeld erfolgreich die zertifizierte Weiterbildung zum Case-Manager im Sozial- und Gesundheitswesen nach den Richtlinien der DGCC. Die Mitarbeiter der Krisenambulanz sowie die teilnehmenden Hausärzte und deren Praxispersonal wurden zu den Abläufen im Projekt geschult.

Im Verlauf der ersten Monate zeigte sich, dass ein intensiver Kontakt zwischen den Hausärzten und Case-Managern sinnvoll ist, und dieser wurde intensiviert. Im persönlichen Austausch wurden Prozesse entwickelt, um die Patienteneinschreibung zu erleichtern, z.B. regelmäßige Sprechstunden der Case-Manager in den Hausarztpraxen.

Zum 27. März 2020 musste jedoch vorübergehend die aufsuchende Tätigkeit der Case-Manager und Krisenambulanz-Mitarbeiter aufgrund der Corona-Pandemie pausiert werden. In dieser Zeit konnte lediglich eine reduzierte bedarfsweise telefo-

nische Versorgung der Patienten und Angehörigen erfolgen. Die Wiederaufnahme der Hausbesuche und der Patientenrekrutierung begann zum 1. Juni 2020 unter Berücksichtigung der aktuellen Hygienevorgaben und mit eigenem Hygienekonzept. Es ist gelungen, eine gute Versorgungsqualität trotz Einhaltung aller notwendigen Hygienestandards aufgrund der Corona-Pandemie zu etablieren.

Im Sommer 2020 konnte zudem das Studienggebiet erweitert werden, um noch mehr Hausärzte und damit Patienten von dem Projekt profitieren lassen zu können.

Aktuell nehmen 62 Hausärzte bei *DemStepCare* teil; bisher konnten trotz der Corona-Pandemie über 160 Patienten von dem Versorgungsmodell profitieren (Stand September 2020). Leider ist eine deutlich höhere Motivation zur Patientenrekrutierung in der Interventionsgruppe zu verzeichnen. Jedoch wird schlussendlich nur ein Vergleich zur Kontrollgruppe ein Nutzen der Intervention zeigen und gegebenenfalls zu einer Überführung der Intervention in die Regelversorgung führen können.

Zusammenfassend zeigt sich aber im ersten Jahr der Patientenversorgung eine gute Umsetzbarkeit des innovativen Modells *DemStepCare*. Alle beteiligten Akteure sind zufrieden mit den Angeboten. Die Case-Manager und Mitarbeiter der Krisenambulanz sind hochmotiviert und engagiert und erhalten ein hohes Maß an Anerkennung und positivem Feedback von Seiten der Patienten und Angehörigen. Auch die Rückmeldungen der

meisten Hausärzte sind positiv; einige wenige Ärzte merken an, dass es ihnen schwerfalle, in innovativen Versorgungsformen zu denken und sich in neue Strukturen und Systeme einzufinden. Eine weiter steigende Zahl von Patienteneinschreibungen ist in den letzten Monaten zu verzeichnen, sodass die Konsortialpartner des Projekts zuversichtlich sind, die avisierten Zielstellungen erreichen zu können. Erste Ergebnisse im Modellprojekt werden für das Jahr 2021 erwartet.

Fazit

Die innovative Versorgungsform *DemStepCare* soll eine Versorgungslücke für den hausärztlichen Bereich schließen, indem Hausärzten effektive ambulante Unterstützungsinstrumente an die Hand gegeben werden (Case-Management, Versorgungsbedarfsanalyse und Risikostratifizierung, Pflegeexperten-geführte Krisenambulanz zur Vermeidung stationärer Einweisungen und ambulante Bewältigung von Versorgungskrisen). Diese sollen zu einer stabileren Versorgungssituation und mehr Lebensqualität von häuslich gepflegten Patienten mit Demenz und deren Angehörigen führen. Infolgedessen sollen sich kontraproduktive und teure Hospitalisierungen vermeiden, der Einsatz von Psychopharmaka reduzieren sowie die hausärztliche Demenzkompetenz stärken lassen. Längerfristig soll hierdurch eine engmaschige Vernetzung und Kooperation von Hausärzten mit regionalen Demenz-Netzwerken und Pflegestützpunkten entstehen.

Innovationsfonds neue Versorgungsformen: *DemStepCare*

Konsortialführung: Landeskrankenhaus (AÖR) mit dem Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Mainz, sowie Rhein-Mosel Akademie (RMA), Andernach

Konsortialpartner: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, BKK Landesverband Mitte, DAK Gesundheit, LWL Klinikum Gütersloh, Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, MEDI Südwest GmbH, Techniker Krankenkasse, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz

Informationen zum Projekt: Teresa Weber, Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Landeskrankenhaus (AÖR), Hartmühlenweg 2–4, 55122 Mainz, Tel.: 06131 3783101, t.weber@zpga.landesskrankenhaus.de, www.landesskrankenhaus.de/aktuelles/projekte-im-landesskrankenhaus/zentrum-fuer-psychische-gesundheit-im-alter-zpga/demstepcare-das-hausarztbasierte-versorgungskonzept

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

Das Literaturverzeichnis finden Sie in der Online-Version dieses Artikels auf www.online-zfa.de.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Julian Wangler
 Zentrum für Allgemeinmedizin
 und Geriatrie
 Universitätsmedizin Mainz
 Am Pulverturm 13, 55131 Mainz
julian.wangler@unimedizin-mainz.de



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den
 „Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

www.tag-der-allgemeinmedizin.de