

Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®: Für eine gute Pflege von LSBTI*

DemStepCare: Demenzversorgung im regionalen Teilhabe- und Versorgungsnetzwerk

International: Langzeitpflege im europäischen Vergleich



Kuratorium
Deutsche Altershilfe



Pflegereformen



Perspektiven auf den
fachpolitischen Diskurs

Das rheinland-pfälzische Modell *DemStepCare*

Medizinisch-pflegerische Demenzversorgung im regionalen Teilhabe- und Versorgungsnetzwerk

Die Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) stellt eine große Herausforderung für Gesellschaft und Medizin dar. Der vorliegende Beitrag stellt das innovative Modell zur ambulanten medizinisch-pflegerischen Demenzversorgung *DemStepCare* vor, das eingebettet ist in die rheinland-pfälzische Demenzstrategie. Kennzeichen des medizinischen Modells stellen Hausarzt-Basierung und Multiprofessionalität dar. Eine zentrale Rolle spielen hierbei ein bedarfsadaptiert tätiges, ambulantes Casemanagement und eine von Pflegeexperten geführte Krisenambulanz.

Ein wichtigen Baustein der rheinland-pfälzischen Demenzstrategie stellen die Empfehlungen des Expertenforums Demenz von 2014 dar. Die Expertenkommission des Expertenforums Demenz war multiprofessionell besetzt, gegenüber fachspezifischen Empfehlungen oder Leitlinien zur Demenzversorgung zeichnen sich die von Experten aus den Bereichen Pflege, Beratung, Selbsthilfe und Medizin erarbeiteten Empfehlungen besonders durch die gemeinsame Perspektive aus. Eine übergeordnete Empfehlung stellte der Aufbau regionaler, interdisziplinärer, sektorenübergreifender Teilhabe- und Versorgungsnetzwerke dar. Hierdurch sollte laut der Expertenkommission einerseits den regionalen strukturellen Besonderheiten Rechnung getragen werden, andererseits die Qualität (Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität) in der Versorgung von MmD entlang des Krankheitsverlaufs (s. Abb. 1) in allen Angeboten und Einrichtungsformen durch die Implementierung vorhandener Leitlinien und Versorgungsstandards sichergestellt werden. Die Kommunen sollen laut der Empfehlung als Teil des regionalen Demenznetzwerkes für die Koordination der Vernetzung verantwortlich sein.

Demenzdiagnostik und die Rolle des Hausarztes

Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gestellt. Grundlage für eine bedarfsorientierte Versorgung stellt eine fachliche Demenzdiag-

nose dar. Natürlich wird es von vielen Menschen auch nicht besser (d. h. durch die alleinige Durchführung unterschiedlicher, z. T. belastender diagnostischer Verfahren) – wenn die Diagnostik nicht mit bedarfsgerechten Therapie- und Versorgungsangeboten verknüpft ist.

Mit der Diagnostik demenzieller Erkrankungen steht es in der Primärversorgung nicht zum Besten. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei nur etwa 40 Prozent der Menschen mit manifesten demenziellen Syndromen beim Hausarzt eine Demenzdiagnose dokumentiert wurde (Eichler et al. 2014).

Dabei wissen wir heute, dass schon in den Anfängen einer Demenzentwicklung sowohl Patienten als auch Partner/Angehörige einem erheblichen Leidensdruck und chronischem Stress ausgesetzt sind, die die Erkrankung vorantreiben und für eine Reihe von komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen verantwortlich sind. Es zeigte sich etwa, dass in der Gruppe der Angehörigen (n=988, davon 73 Prozent Lebenspartner) von Personen, die erste Symptome für eine Alzheimer-Entwicklung aufwiesen (v. a. Vergesslichkeit), die Depressionshäufigkeit 23 Prozent betrug (gegenüber der Depressionshäufigkeit von 7 Prozent in der altersgleichen Bevölkerungsstichprobe) (Seeher et al. 2013).

Der Hausarzt als Lotse des Gesundheitswesens und als wichtiger Partner der regionalen Demenzversorgung sollte eine gute medizinische

Demenzkompetenz und Sensibilität für das Thema aufweisen. Untersuchungen zeigten hingegen, dass Hausärzte eher keine oder eine verspätete Demenzdiagnose stellen und sich mit den Diagnostik-, Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten wenig auskennen. In einer aktuell publizierten, anonymisierten, schriftlichen Befragung von 425 rheinland-pfälzischen Hausärzten (was einer Rücklaufquote von 17 Prozent entspricht) zeigte sich, dass viele Hausärzte aufgrund von Unsicherheiten, wahrgenommenen oder befürchteten Risiken und Belastungen bei der Demenzdiagnostik sehr zurückhaltend agieren (Wangler et al. 2018). Mit entsprechenden Folgen für die Effektivität der (Früh-)Erkennung und bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit Demenz. Dass es möglich und effektiv ist, den Hausarzt in ein Versorgungskonzept mit früher Demenzdiagnostik und regionaler Vernetzung über Pflegestützpunkte einzubeziehen, konnten wir im Rahmen des Modellprojektes start-modem zeigen (BMG-Leuchtturmprojekt) (Laux et al. 2010; Geschke et al. 2012).

Problemanalyse: Herausforderungen der ambulanten Demenzversorgung

Neben der Problematik, dass Demenzdiagnosen häufig nicht gestellt werden oder erst, wenn die häusliche Versorgung auf der Kippe steht, lässt sich in der Regelversorgung eine bedarfsgerechte, Personen-zentrierte Versorgung aufgrund weiter Strickfehler der ambulanten Versorgung nur sehr eingeschränkt realisieren: Es fehlen notwendige Versorgungs- und Kommunikationsstrukturen sowie eine Finanzierung, um die für *Multiprofessionalität und Multimodalität notwendige, auch sektorenübergreifende, regionale Vernetzung* aufzubauen – so wie sie etwa in der ambulanten Palliativversorgung

Gründe für die Durchführung von Diagnostik bei Demenzverdacht

„Eine frühzeitige syndromale und ätiologische Diagnostik ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen und deshalb allen Betroffenen zu ermöglichen.“
(S3-Leitlinie Demenzen Langversion, 1. Revision August 2015, S. 27)

Wichtige Gründe für ein flächendeckendes Vorhalten dieser Art von Frühdiagnostik sind:

- ein Wunsch nach diagnostischer Klärung von Seiten der Betroffenen
- der Ausschluss bzw. eine Diagnose symptomatischer demenzieller Syndrome mit z. T. kurativen Therapiemöglichkeiten
- die Kenntnis der Prognose für die weitere Lebens- und Versorgungsgestaltung
- eine frühe Heranführung der betroffenen Familie an die regionalen Teilhabe- und Versorgungsnetzwerke zur Ermittlung bedarfsgerechter Hilfen

(spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SAPV) realisiert ist.

Da die medizinischen, pflegerischen oder psychosozialen Versorgungsbedarfe von MmD und deren Angehörigen sich interindividuell und entlang des Erkrankungsverlaufes sehr unterschiedlich darstellen, bedarf es zudem der *Möglichkeit einer systematischen Klassifikation von Versorgungsbedarfen und Versorgungsrisikos*, um zukünftig sowohl Unter- als auch Überversorgung zu reduzieren. Besonders vulnerabel etwa sind alleinlebende MmD, die auch dreifach höhere Kosten im Gesundheitssystem verursachen im Vergleich zu nicht alleinlebenden Patienten.

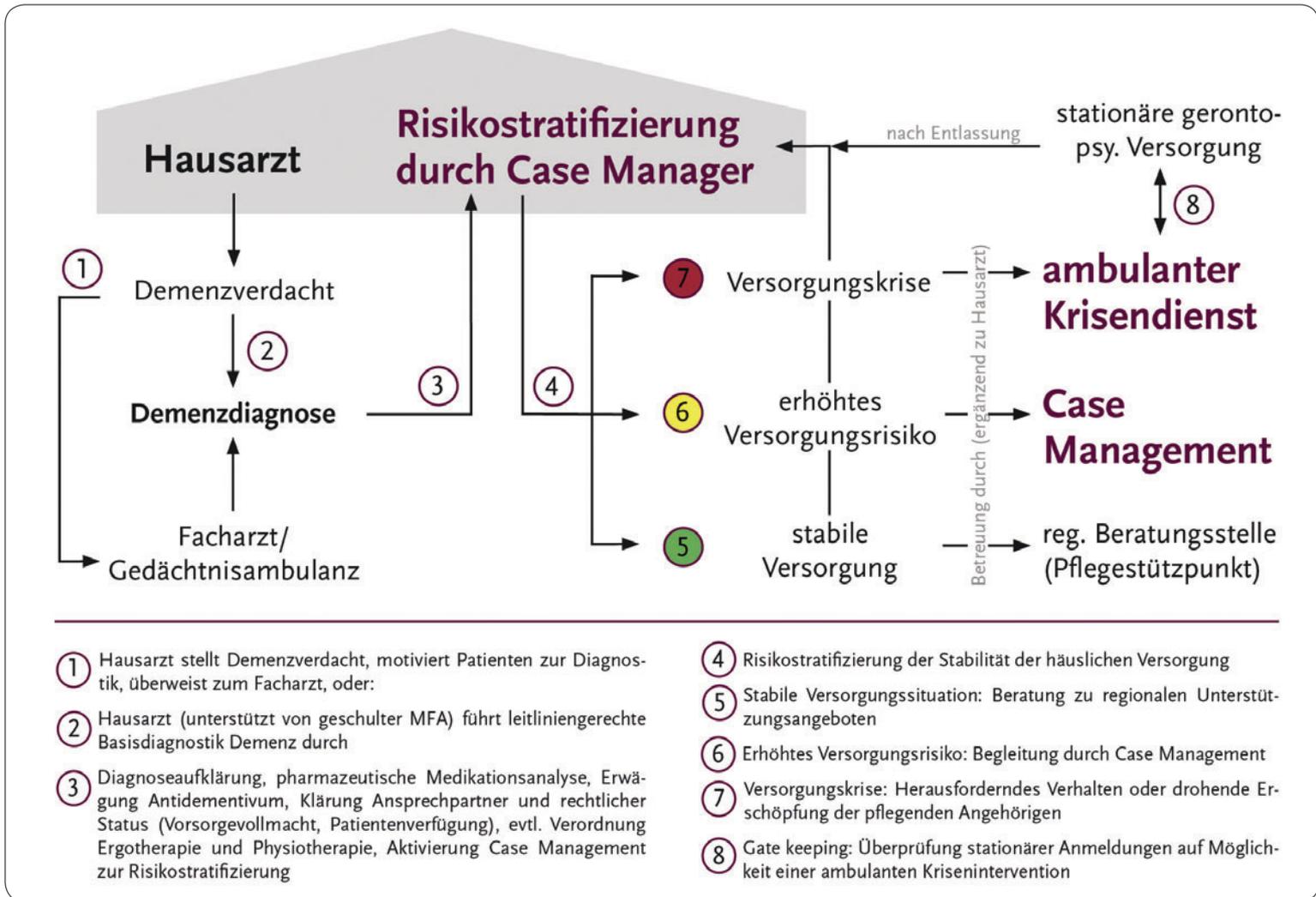
Nicht zuletzt sind auch *effektive Strukturen zur ambulanten Krisenintervention* notwendig. Versorgungskrisen treten aufgrund von Erschöpfung von pflegenden Angehörigen oder sich entwickelnden Verhaltensauffälligkeiten (herausfor-

Abb. 1: Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz und ihren Familien entlang des Erkrankungsverlaufes

Keine Einschränkung	Erste Symptome	Zunehmende Einschränkung	Zunehmender Pflegebedarf
Öffentliches Bewusstsein für Demenz	Leitliniengerechte Diagnostik	Beratung und Information für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen	Bei zunehmendem Pflegebedarf Unterstützung durch Ehrenamt, ambulante und stationäre Pflege
Information über Symptome und Prävention stehen zur Verfügung	Vorliegen der Erkrankung wird bestätigt	Zukunfts- und Ressourcenorientierung	Aktueller Versorgungsbedarf wird regelmäßig überprüft und mit Angehörigen angepasst
Anlaufstellen sind bekannt		Leitliniengerechte Therapie	Leitliniengerechte Therapie
Multiprofessionelle, interdisziplinäre Versorgungskette			

Quelle: Expertenforum Demenz Rheinland-Pfalz 2014

Abb. 2: DemStepCare – Risikostratifizierung, Case Management, ambulanter Krisendienst



Quelle: Wendrich/Fellgiebel LKH (AöR)

derndes Verhalten) mit potenzieller Selbst- und Fremdgefährdung auf. In solchen Krisensituationen kommt es i. d. R. zu Krankenhauseinweisungen, die mit höheren Kosten im Vergleich zu nicht-dementen Patienten sowie Komplikationen verbunden sind. Neben Krankenhauseinweisungen oder nebenwirkungsreichen Behandlungen mit Psychopharmaka gibt es in der Regelversorgung keine effektive Möglichkeit zur Krisenintervention auf der Basis leitlinienorientierter, nicht-medikamentöser Behandlungsansätze.

Innovative Versorgungsform DemStepCare

Eine grundlegende Verbesserung dieser unbefriedigenden ambulanten Versorgungssituation soll durch das Versorgungsmodell DemStepCare erzielt werden, dessen Erprobung der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mittels des Innovationsfonds für die kommenden drei Jahre finanziert. Modellregionen sind die Stadt Worms, der Landkreis Alzey-Worms und die Stadt Bad-Kreuznach.

Dreh- und Angelpunkt der Demenzversorgung stellt bei DemStepCare die Hausarztpraxis dar. Hausärzte sind bei der komplexen Symptomatik und den unterschiedlichen psychosozialen Problemstellungen häufig überfordert und sehen keine Möglichkeit, dem Patienten und seiner Familie gerecht zu werden.

Entsprechend der Problemanalyse enthält das Modellprojekt neben verbesserter Frühdiagnostik und besserer Vernetzung zwei zentrale innovative Elemente:

1. Nach einer möglichst frühen und leitlinien-gerechten Diagnosestellung wird von einem pflegerischen Casemanager die Beurteilung der häuslichen Versorgungssituation in der Hausarztpraxis strukturiert durchgeführt (Ampel-Klassifikation der Versorgungsbedarfe und des Versorgungsrisikos, s. Abb. 2). Ist diese gut, erhält die betroffene Familie eine Beratung über regionale Hilfs- und Versorgungsmöglichkeiten und einen Hinweis auf den zuständigen Pflegestützpunkt.

Bei schwieriger Versorgungssituation, wie z. B. bei einem alleinstehenden Demenzpatienten, bietet der Casemanager eine bedarfsgerechte kontinuierliche Begleitung an.

2. Bei manifesten oder drohenden Versorgungskrisen können Hausarzt, Casemanager oder auch Dritte die multiprofessionelle Krisenambulanz aktivieren. Vorbild hierfür ist der seit Mitte 2016 von der gerontopsychiatrischen Abteilung der Rheinischen Fachklinik Alzey angebotene Pflegeexperten-basierte, multiprofessionelle, aufsuchende Krisendienst (im Rahmen eines vom Land Rheinland-Pfalz und vom Landeskrankenhaus (AöR) finanzierten Modellprojektes). Ziel dieser Krisenambulanz ist es, im Falle von manifesten oder drohenden Krisen bei Demenzpatienten durch zeitnahe Diagnostik und konsekutive Abfolge primär nicht-pharmakologischer Interventionen, angelehnt an Serial Trial Intervention (Kovach et al. 2012), eine ambulante Stabilisierung der Versorgungssituation zu erreichen und eine stationäre Aufnahme zu vermeiden. Die oft sehr belasteten Angehörigen sollen präventiv und dyadisch mitbehandelt werden.

Das Versorgungsmodell enthält zudem die Möglichkeit einer systematischen Überprüfung aller Medikamente, denn nicht selten ist die Polypharmazie für Verhaltensänderungen verantwortlich. Auch sollen die multiprofessionellen Akteure (Pflegekräfte, Casemanager, Haus- und Fachärzte) durch eine digitale Krankenakte effektiver vernetzt werden.

Fazit

Mit der innovativen Versorgungsform *DemStep-Care* wird die hausärztliche Demenzversorgung durch effektive, ambulante Handlungsoptionen ergänzt (Casemanagement, Versorgungsbedarfsanalyse und Risikostratifizierung, Pflegeexperten-geführte Krisenambulanz zur Vermeidung oder ambulanten Bewältigung von Versorgungskrisen), die zu einer stabileren Versorgung in der Häuslichkeit mit besserer Lebensqualität von Patienten und Angehörigen führen sollen. Hierdurch sollten auch kontraproduktive Krankenhauseinweisungen von MmD vermieden und die hausärztliche Sensibilisierung für das Thema Demenzversorgung verbessert werden. ■

Literatur

Empfehlungen Expertenforum Demenz Rheinland-Pfalz 2014: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Bericht_Expertenforum_Demenz_RLP.pdf [abgerufen am 14.2.2019].

Eichler, Thilly et al. (2014): Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care: results of the Delphi-Trial. In: Journal of Alzheimer's disease. 42/2, S. 451–458.

Seeherr, Katrin et al. (2013): Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: a systematic literature review. In: Alzheimers&Dementia. 9(3), S. 346–355.

Wangler, Julian; Fellgiebel, Andreas; Jansky, Michael (2018): Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. In: Dtsch. Med. Wochenschr. 143(19)/2018, S. e165–e171.

Laux, Nina et al. (2010): Verbesserte ambulante Demenzversorgung. Das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Modellprojekt „start-modem“. In: Dtsch Med Wochenschr 135(44)/2010, S. 2175–2180.

Geschke, Katharina et al. (2012): Hausarztbasierte Demenzversorgung: Effektivität früher psychosozialer Beratung der Angehörigen. In: Dtsch Med Wochenschr. 137(43)/2012, S. 2201–2206.

Kovach, Christine R. et al. (2012): Comparison of the effectiveness of two protocols for treating nursing home residents with advanced dementia. In: Res Gerontol Nurs. 5(4)/2012, S. 251–263.

Autor

Prof. Dr. Andreas Fellgiebel, Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Landeskrankenhaus (AöR), Hartmühlenweg 2–4, 55122 Mainz, Tel. 0 61 31/3 78-31 01, E-Mail: a.fellgiebel@rfk.landeskrankenhaus.de.

Innovationsfonds innovative Versorgungsform DemStepCare

Konsortialführung: Univ.-Prof. Dr. Andreas Fellgiebel, Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Mainz; *Konsortialpartner:* Hausarztnetz Medidoc, Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Krankenkassen: TK, BKK, DAK; *Kooperationspartner:* IKK Südwest, Stadtverwaltung Alzey-Worms, Stadtverwaltung Worms, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Landesärztekammer Rheinland-Pfalz; Hausarztverband Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, Gesundheitsnetz Alzey-Worms; *Wissenschaftliche Evaluation:* Leitung Prof. Dr. H. Binder und Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Universitätsklinikum Freiburg; *Pflegewissenschaftliche Evaluation:* Prof. Dr. M. Schulz und Prof. Dr. M. Lühr, Gütersloh; *Medikationsanalyse:* Prof. Dr. Kramer und Dr. Mildner, Apotheke Universitätsmedizin Mainz; Hausarztaktivitäten: Prof. Dr. M. Jansky und Dr. J. Wangler, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz