

Dementia Care Management

Neue Wege in der ambulanten Demenzversorgung – ein Fallbeispiel

Dementia Care Management

Going New Ways in Ambulant Dementia Care – a Case Study

Tilly Eichler^{1*}, Jochen René Thyrian^{1*}, Adina Dreier², Bernhard Michalowsky¹,
Diana Wucherer¹, Stefan Teipel^{3,4}, Wolfgang Hoffmann^{1,2}

Zusammenfassung: DelpHi-MV (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern) ist eine hausarztbasierte, Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines innovativen Modells zur ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Betreuungspersonen. Ziel ist die Verbesserung der häuslichen Versorgungssituation, indem den Betroffenen frühzeitig Zugang zu den Angeboten des regional verfügbaren Gesundheits- und Versorgungssystems ermöglicht wird. Die Intervention wird von Dementia Care Managern (DCM) – speziell qualifizierten Pflegefachpersonen – in der Häuslichkeit der Betroffenen durchgeführt. Die DCM bestimmen dabei im Rahmen einer umfangreichen Basiserhebung zunächst die individuellen Ressourcen und Bedarfe (auf ärztlicher, pflegerischer, medikamentöser, psychosozialer und sozialrechtlicher Ebene), um diese im Verlauf der Intervention in enger Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt angemessen zu adressieren. Die Rekrutierung von Probanden für die Hauptstudie begann im Januar 2012. Zurzeit beteiligen sich bereits über 130 Hausärzte mit mehr als 600 Patienten an der DelpHi-Studie (Stand Dezember 2014). Ziel dieses Beitrags ist die Beschreibung der DelpHi-Intervention anhand eines Fallbeispiels.

Schlüsselwörter: hausarztbasierte ambulante Demenzversorgung; Dementia Care Management; Integrierte Versorgung; DelpHi-MV

Summary: DelpHi-MV (Dementia: life- and person-centered help in Mecklenburg-Western Pomerania) is a family practitioner-based cluster-randomized controlled intervention trial. The intervention aims to provide optimum care for community-dwelling people with dementia and their caregivers. Procedures contain integration of multi-professional and multimodal strategies to individualize and optimize treatment of dementia within the framework of the established health care and social service system. The intervention is conducted by Dementia Care Managers (DCM) – nurses with dementia-specific training – at the patients' homes. The DCM collect baseline data regarding each patient's specific medical, nursing, pharmaceutical, psychosocial, and legal situation to identify unmet needs in order to address these needs in close cooperation with the treating family physician. Enrollment into the study started in January 2012. More than 130 family practitioners and more than 600 patients are already included into the study (December 2014). The aim of this paper is to describe the DelpHi-Intervention, illustrated by a case study.

Keywords: Family Practitioner Based Outpatient Dementia Care; Dementia Care Management; Integrated Care; DelpHi-MV

¹ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald, Greifswald

² Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald

³ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald, Rostock

⁴ Klinik für psychosomatische Medizin, Universitätsmedizin Rostock

* Geteilte Erstautorenschaft

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01401582

Peer reviewed article eingereicht: 30.07.2014, akzeptiert: 07.11.2014

DOI 10.3238/zfa.2015.0031-0037

Einleitung

Die alternde Gesellschaft und die damit verbundene Zunahme der Inzidenz und Prävalenz demenzieller Erkrankungen stellen große Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem dar [1]. Die Entwicklung wirksamer kausaler Therapien ist bislang nicht absehbar, sodass neue und effektive Wege insbesondere der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) unumgänglich sind, um diesen Herausforderungen zu begegnen.

Die Komplexität demenzieller Erkrankungen erfordert eine umfassende und individualisierte Versorgung der MmD und ihrer Betreuungspersonen, die neben physischen auch psychologische, pflegerische, medikamentöse, soziale und rechtliche Aspekte berücksichtigt.

Das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem bietet bereits ein breites Spektrum an gut etablierten Einrichtungen und Dienstleistungen für MmD und deren Angehörige, wie zum Beispiel den Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Neurologie/Psychiatrie, Gedächtnisambulanzen, komplexe geriatrische Rehabilitation, Pflegedienste, Pflegestützpunkte, den Sozialpsychiatrischen Dienst, Tagespflegeeinrichtungen oder Angehörigenschulungen. Ein großes Problem besteht jedoch in der unzureichenden Vernetzung und Kooperation dieser vielfältigen Angebote, sodass diese vor allem von älteren, nicht mobilen Betroffenen unzureichend in Anspruch genommen werden (können). Die Nutzung hängt somit oft weniger vom aktuellen Bedarf als vielmehr von individuellen, regionalen, logistischen oder strukturellen Bedingungen ab [2]. Um eine optimale ambulante Versorgung von MmD gewährleisten zu können, scheint die Koordination und Integration bereits etablierter Angebote die Methode der Wahl – weniger die Schaffung neuer zusätzlicher Versorgungsstrukturen.

Die große Mehrheit der MmD wird vom Hausarzt behandelt, sodass der Hausarzt eine Schlüsselrolle bei der Optimierung der ambulanten Versorgung einnimmt [3]. Bisherige Studien zeigen die Effektivität von integrierten Versorgungsmodellen im primär-

ärztlichen Bereich. Eine aktuelle Übersichtsarbeit über sechs randomisierte kontrollierte Studien mit Case-Management-Programmen für MmD im Hausarztbereich zeigt, dass die Intensität des Case Managements sowie der Grad der Integration verschiedener Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems mit einer höheren Wirksamkeit verbunden sind [4]. Mit einer Ausnahme wurden jedoch alle Studien in den USA durchgeführt, sodass die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Die Mehrheit der MmD möchte so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit leben. Um dies zu ermöglichen, ist in der Regel die Unterstützung durch eine betreuende oder pflegende Bezugsperson notwendig, insbesondere in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien. Die Bezugspersonen sind dabei oft stark belastet. Untersuchungen zeigen einen negativen Einfluss auf deren physische und mentale Gesundheit, häufig verbunden mit einem vorzeitigen Übergang des MmD in die stationäre Pflege [5]. Die adäquate Unterstützung der Bezugspersonen ist daher ein unverzichtbarer Bestandteil der ambulanten Demenzversorgung.

Im Rahmen der Studie DelpHi-MV (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern) wird ein innovatives hausarztbasiertes subsidiäres Versorgungsmodell für MmD und deren Betreuungspersonen entwickelt, implementiert und evaluiert. Die DelpHi-Intervention soll dabei folgende Bedingungen erfüllen:

- Integration von multiprofessionellen und multimodalen Strategien, um eine optimale, individuell an die jeweiligen Ressourcen und Bedarfe angepasste Behandlung im Rahmen des regional verfügbaren Gesundheits- und Sozialsystems zu ermöglichen;
- eine frühzeitige Diagnostik, um die Behandlung in einem möglichst frühen Stadium zu beginnen und alle notwendigen Schritte einzuleiten, um die Betroffenen auf das Fortschreiten der Krankheit vorzubereiten;
- die adäquate Behandlung von komorbiden Erkrankungen;

- die Gewährleistung einer angemessenen Unterstützung und Entlastung der Betreuungspersonen.

Als primäre Ergebnisparameter werden dabei Lebensqualität, neuropsychiatrische Symptomatik, Pharmakotherapie und die Belastung der Betreuungsperson betrachtet. Sekundäre Ergebnisparameter umfassen unter anderem die Aktivitäten des täglichen Lebens, den kognitiven Status, die soziale Unterstützung oder die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen [2]. Die Studie wird im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt, das durch eine ausgeprägte demografische Alterung, weite Versorgungswege und das Wegbrechen pflegerischer und ärztlicher Unterstützungssysteme im ländlichen Raum gekennzeichnet ist. Die Ergebnisse, die hier gewonnen werden, sind daher auch von hoher Relevanz für andere deutsche und europäische Regionen, die in Zukunft vor ähnlichen demografischen Herausforderungen stehen werden wie heute bereits das Bundesland MV. Bisher beteiligen sich bereits 131 Hausärzte mit 614 Patienten an der Studie (Stand: Dezember 2014).

Ziel dieses Beitrags ist die Beschreibung der DelpHi-Intervention, veranschaulicht anhand eines ausgewählten Fallbeispiels.

Methoden

Design, Setting, Probanden

DelpHi-MV ist eine hausarztbasierte, Cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (Details siehe [2]). Die teilnehmenden Hausarztpraxen wurden per Losverfahren entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Im Rahmen der Studie werden in den Hausarztpraxen geeignete Patienten (ab 70 Jahre, nicht im Pflegeheim lebend) vom Praxispersonal mit dem DemTect [6] auf Demenz gescreent. Patienten, die das Einschlusskriterium (DemTect < 9) erfüllen, werden von ihrem Hausarzt über die DelpHi-Studie informiert und eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Kann der Patient eine Betreuungsperson benennen, wird diese ebenfalls zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Sollte der Patient selbst

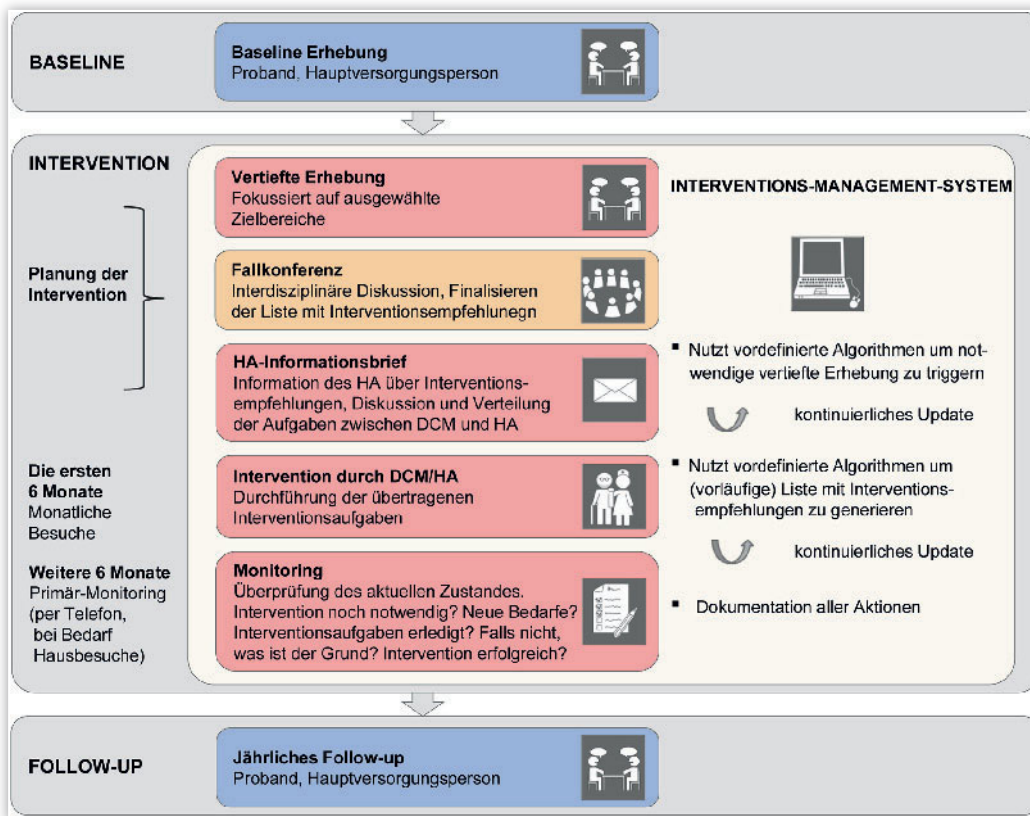


Abbildung 1

Ablauf der
DelpHi-Intervention

nicht mehr einwilligungsfähig sein, wird der gesetzliche Betreuer gebeten, die Einverständniserklärung zu unterzeichnen (Protokoll genehmigt durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Registrierungsnummer BB 20/11). Die Basis- und Follow-up-Erhebungen sind in Interventions- und Kontrollgruppe identisch. Während die Kontrollgruppe die routinemäßige Behandlung durch den Hausarzt erhält, wird in der Interventionsgruppe die „DelpHi-Intervention“ von Dementia Care Managern (DCM) – speziell qualifizierten Pflegefachpersonen – durchgeführt [7]. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Ablauf der DelpHi-Intervention.

Fallbeispiel: *Der Patient Herr L. wird im Alter von 72 Jahren in der Praxis seines behandelnden Hausarztes mit dem DemTect positiv auf Demenz gescreent, er erreicht 3 von 18 möglichen Punkten. Herr L. lebt in einer Einrichtung für Betreutes Wohnen und erfüllt damit alle Einschlusskriterien für die Studie DelpHi-MV, über die er im Folgenden von seinem Hausarzt aufgeklärt wird. Sowohl Herr L. als auch seine Schwester Frau M. erklären sich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden. Frau M. ist die gesetzliche Be-*

treuerin von Herrn L. und unterzeichnet die Einverständniserklärung in seinem Namen. Die Kontaktdaten werden daraufhin vom Praxisteam an das Studienzentrum – das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Greifswald – weitergeleitet und dort pseudonymisiert in der Studiendatenbank gespeichert. Eine DCM kontaktiert Herrn L. und Frau M. per Telefon und vereinbart mit ihnen einen ersten Besuchstermin.

Basiserhebung

Während der ersten beiden Hausbesuche führen die DCM eine standardisierte Basiserhebung durch, um die individuellen Bedarfe und Ressourcen jedes Probanden zu bestimmen sowie Daten für die spätere Analyse der Wirksamkeit der Intervention zu gewinnen (Abb. 2). Die DCM erhebt dabei umfangreiche soziodemografische und klinische Informationen über den MmD, sein soziales Umfeld sowie seine momentane Versorgungssituation und führt standardisierte Tests durch (z.B. Mini-Mental-Status-Test (MMST) [8], Bayer ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens)-Skala [9], Geriatrische Depressions-Skala (GDS) [10]). Eine komplette Übersicht der verwendeten

Erhebungsinstrumente findet sich in Eichler et al. [11]. In der Befragung der Betreuungsperson werden neben soziodemografischen und klinischen Variablen auch Informationen über deren Beanspruchung und Belastung erhoben. Daneben dient die Befragung der Betreuungsperson der Fremdanamnese (Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Neuropsychiatrisches Interview (NPI) [12]). Alle Informationen werden von der DCM vor Ort in einen Tablet-PC eingegeben und anschließend im Studienzentrum in einer zentralen Datenbank pseudonymisiert gespeichert.

Mithilfe eines in den Tablet-PC integrierten Scanners erfassen die DCM zudem alle zu Hause befindlichen Medikamente, die der Studienteilnehmer einnimmt, inklusive selbst erworbener Arzneimittel, von deren Einnahme der Hausarzt oft keine Kenntnis hat. Zusätzlich werden Informationen zu Einnahme, Nebenwirkungen und Lagerung aufgenommen.

Bei Einverständnis des Studienteilnehmers werden diese Informationen bei Probanden der Interventionsgruppe an den zuvor vom Studienapotheker geschulten Stammapotheker des Probanden weitergeleitet, wo die Me-

dikamente anhand der PRISCUS-Liste [13] und der ABDA-Datenbank [14] auf mögliche potenziell inadäquate Medikation (PIM), Doppelverordnungen sowie Risiken für Neben- und Wechselwirkungen geprüft werden. Die Ergebnisse dieser Prüfung werden zu einer pharmazeutischen Empfehlung zusammengefasst und zusammen mit dem Hausarztbrief der DCM (s.u.) an den Hausarzt weitergeleitet. Hat der Proband keine Stammapotheke oder möchte diese nicht an der DelpHi-Studie teilnehmen, erfolgt das Medikationsmanagement durch den Studienapotheker [15].

Die DCM besucht Herrn L. zu den vereinbarten Terminen für die Basiserhebung in der Häuslichkeit. Aufgrund des großen Umfangs der Befragung findet diese an mindestens zwei Terminen statt. Herr L. lebt allein in einer Einraumwohnung im Betreuten Wohnen. Nach einer kurzen Kennenlernphase beginnt die DCM mit der Datenerhebung. Herr L. zeigt leichte Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags (B-ADL = 2,4). Er hat keine Pflegestufe und nimmt weder einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch noch besucht er eine Tagespflege bzw. Tagesstätte. Mittags erhält er „Essen auf Rädern“.

Herr L. besucht seinen Hausarzt regelmäßig und ist bei einem HNO-Arzt in Behandlung. In der Patientenakte ist die Diagnose F01.3 (gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz) dokumentiert, er nimmt kein Antidementivum ein. Im MMST erzielt er 18 Punkte, was auf eine mittelgradige kognitive Beeinträchtigung hinweist. Die Ergebnisse der Geriatriischen Depressionsskala (GDS) ergeben keinen Hinweis auf eine Depression. Herr L. leidet an einer Reihe von komorbiden Erkrankungen, in seiner Patientenakte sind neben der Demenz 14 weitere chronische Diagnosen dokumentiert. Dazu zählen verschiedene Atemwegserkrankungen wie chronische respiratorische Insuffizienz (J96.19), Asthma bronchiale (J45.9), chronische Bronchitis (J41.0) und Dyspnoe (R06.0) sowie eine Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz (I11.0) und Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz (I12.0). Herr L. nutzt ein Sauerstoffgerät. Er nimmt insgesamt vier verschreibungspflichtige Medikamente regelmäßig ein (Tiotropiumbromid, Budesonid/Formoterol, Verapamil, Valsartan) und nutzt zur Unterstützung der Einnahme einen Medikamenten-



Abbildung 2 Besuch der DCM bei den Patienten zu Hause (abgebildete Personen sind nicht identisch mit den Personen im Text)

dispenser. Er gibt an, die Einnahme der Medikamente gelegentlich zu vergessen. Weitere zehn freiverkäufliche Medikamente nimmt Herr L. bei Bedarf ein, diese sind jedoch nicht im Medikamentenplan des Hausarztes aufgeführt. Als Hilfsmittel nutzt Herr L. eine Brille, einen Rollator sowie eine spezielle Nachtbeleuchtung.

Die Teilnahme der Hauptversorgungsperson ist im Rahmen der Studie von großer Bedeutung. Zum einen sollen Angehörige durch die Arbeit der DCM entlastet werden, z.B. durch Beratung zum Umgang mit demenzspezifischen Themen, die Vermittlung von Angehörigenschulungen oder -gruppen oder durch Entlastung beim Betreuungs- und Pflegeaufwand durch den Einsatz professioneller Angebote wie Tagespflege oder ambulanter Pflegedienste. Zum anderen ist der Angehörige auch ein wichtiger Ansprechpartner für die DCM im Hinblick auf die Fremdanamnese sowie für die Umsetzung vorgeschlagener Interventionen.

In einem weiteren Termin führt die DCM die Basiserhebung mit der Schwester von Herrn L. durch. Sie wurde 1934 geboren, lebt in der gleichen Stadt wie Herr L. und ist nicht mehr berufstätig. Sie unterstützt ihren Bruder seit mehr als sechs Jahren, momentan hilft sie ihm an etwa acht Tagen im Monat (jeweils zwei Std.) bei Einkäufen, Post, Behördengängen, Finanzen und im Haushalt. Das monatliche Nettoeinkommen von Herrn L. beträgt ca. 700 Euro und die Schwester macht sich oft

Sorgen, dass die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um eine angemessene Pflege und Unterstützung gewährleisten zu können. Ansonsten fühlt sie sich durch die Betreuung weder physisch noch psychisch belastet. Nach Angaben der Schwester zeigt Herr L. keine neuropsychiatrischen Symptome der Demenz (NPI = 0).

Intervention nach dem DelpHi-Standard

Nach der Basiserhebung erhalten die Probanden der Interventionsgruppe ein Jahr lang die DelpHi-Intervention nach dem DelpHi-Standard [11]. Dieser wurde erarbeitet, um eine möglichst optimale Versorgung von MmD und ihren Angehörigen entsprechend der Definition von Gesundheit der WHO (1948) zu ermöglichen: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ [16]. Um diese Bedingungen zu erfüllen, muss die Intervention komplex, multiprofessionell, multimodal und an die individuellen Ressourcen und Bedarfe der Betroffenen sowie des regional und lokal verfügbaren Versorgungssystems angepasst sein.

Die Entwicklung des DelpHi-Standards basiert im Wesentlichen auf evidenzbasierten Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung der Demenz [17, 18] und Experteninterviews.

EMPFEHLUNGEN DER DCM FÜR DEN HAUSARZT	
Name der DCM (Studienschwester): [REDACTED]	Name des Probanden: [REDACTED]
Bitte füllen Sie untenstehende Tabelle aus und faxen Sie das Dokument an folgende Nummer: DelpHi-MV Studienzentrum DZNE Greifswald 03834-867744	
Empfehlungen der DCM	Bewertung des Arztes/ Wird bearbeitet von:
ALLGEMEINE UND SOZIALRECHTLICHE EMPFEHLUNGEN	
EMPFEHLUNGEN ZUR PFLEGERISCHEN BETREUUNG	
Beantragung Pflegestufe 1/ zusätzliche Betreuungsleistungen	<input checked="" type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:
EMPFEHLUNGEN ZUM WEITEREN VORGEHEN	
Indikationsprüfung Antidementivum (z.Zt. keine Einnahme von Antidementivum)	<input checked="" type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:
Unterstützung bei Vorbereitung/ Verabreichung der Medikamente	<input type="checkbox"/> DCM <input checked="" type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:

Abbildung 3 Empfehlungen der DCM für den Hausarzt mit Rückmeldung des Hausarztes, wer die entsprechende Interventionsaufgabe übernehmen soll

Eine genauere Beschreibung des DelpHi-Standards mit Beispielen findet sich in Eichler et al. [11]. Alle erhobenen Informationen werden von den DCM in einen Tablet-PC eingegeben und sofort verarbeitet. Zur Unterstützung der komplexen Planung, Durchführung und Dokumentation der DelpHi-Intervention wurde das computergestützte Interventions-Management-System (IMS) entwickelt und implementiert [19]. Dabei wird aus den Daten zunächst abgeleitet, in welchen Bereichen eine vertiefte Erhebung notwendig ist. Im Rahmen des ersten Interventionsbesuches werden dann alle von IMS indizierten vertieften Erhebungen durchgeführt (u.a. Mobilitätseinschränkungen (Timed up & go [20]; Sturzrisiko (Tinetti [21]); Depression (MINI Depression [22]); neurologische und psychiatrische Auffälligkeiten; Rehabilitationsbedarf und -fähigkeit).

Die vertiefte Erhebung ergibt bei Herrn L. folgende Ergebnisse: Im Timed up & go benötigt Herr L. 13 Sekunden (Hinweis auf eine geringe Mobilitätseinschränkungen, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz). Der Tinetti-Test ist unauffällig, d.h. es besteht derzeit kein erhöhtes Sturzrisiko. Herr L. zeigt neben der kognitiven Beeinträchtigung keine weiteren psychiatrischen und bis auf eine persistierende moderate Aphasie auch keine neurologischen Auffälligkeiten. Die DCM schätzt den Demenzschweregrad als „leichte Demenz“ ein.

Auf der Grundlage der Basiserhebung sowie der vertieften Erhebung generiert das IMS automatisch eine individuelle vorläufige Liste mit Interventionsempfehlungen. Jede Empfehlung wird von der DCM dahingehend bewertet, ob sie notwendig und von den Betroffenen erwünscht ist. Individuelle Interventionsbedarfe, die nicht vom DelpHi-Standard abgedeckt wurden, können von der DCM zusätzlich in die Liste aufgenommen werden.

In einer wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Fallkonferenz werden die Interventionsempfehlungen diskutiert. An den Fallkonferenzen nehmen neben den DCM eine Pflegewissenschaftlerin und eine Psychologin regelmäßig teil, bei Bedarf werden eine Pharmazeutin sowie ein Facharzt für Neurologie hinzugezogen. Eine Teilnahme der Hausärzte an den Fallkonferenzen wäre wünschenswert, steht jedoch für den einzelnen Hausarzt in keiner vernünftigen Kosten-Nutzen-Relation, da in einer Fallkonferenz höchstens 1–2 Patienten pro Hausarzt besprochen werden.

Die Fallkonferenzen sind ein wichtiger Bestandteil der Studie, da sie dazu dienen, die Einhaltung des Studienprotokolls zu überprüfen sowie die Angemessenheit der Interventionsmodule zu bewerten. Durch die Fallkonferenzen erhalten wir somit wichtige Informationen für die spätere Auswertung der DelpHi-Intervention sowie Hinweise aus der Praxis für die weitere

Optimierung des Dementia Care Managements.

Anschließend erstellt die DCM einen Informationsbrief für den behandelnden Hausarzt. Dieser besteht aus vier Teilen:

- einem Anschreiben, das eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Befragung, eine Bewertung des Demenzschweregrads sowie besonders wichtige Interventionsempfehlungen enthält;
- einer Anlage mit Informationen über den Probanden, Auswertungen von standardisierten neuropsychologischen Testungen und anderen Fragebögen, Ergebnisse der vertieften neurologischen und psychiatrischen Erhebung sowie Informationen über die Hauptversorgungsperson und deren Belastungserleben durch neuropsychiatrische Symptome des Probanden;
- den Interventionsempfehlungen der DCM für den Hausarzt, die aus den Ergebnissen der Befragung abgeleitet wurden;
- einer pharmazeutische Zusammenfassung des Apothekers für den Hausarzt, die die Ergebnisse des Medikationsmanagements enthält, Hinweise auf eventuell bestehende arzneimittelbezogene Probleme (ABP) gibt und entsprechende Lösungsmöglichkeiten vorschlägt.

Die Interventionsempfehlungen werden von Hausarzt und DCM diskutiert

und der Hausarzt wird um Rückmeldung gebeten: Für jede Empfehlung soll er entscheiden, ob er die Intervention selbst durchführen oder sie an die DCM delegieren möchte oder sie als „nicht erforderlich“ bzw. „nicht erwünscht“ beurteilt. Der Hausarztbrief ist ein zentrales Instrument für die Kommunikation und Koordination und sichert die zentrale Rolle des Hausarztes im Rahmen der Intervention.

In ihrem Hausarzt-Informationsbrief für Herrn L. gibt die DCM dem Hausarzt folgende Empfehlungen: Beantragen der Pflegestufe 1 und zusätzliche Betreuungsleistungen; Unterstützung bei der Vorbereitung/Verabreichung der Medikamente; Indikationsprüfung Antidementivum. Der Stammapotheker stellte keine ABP fest.

Der Hausarzt delegiert die Beantragung der Pflegestufe sowie der zusätzlichen Betreuungsleistungen an die DCM und übernimmt die beiden anderen Aufgaben selbst (Abb. 3).

Im darauffolgenden halben Jahr besucht die DCM den Probanden regelmäßig in der Häuslichkeit und versucht in Zusammenarbeit mit den Angehörigen, behandelnden Ärzten und verschiedenen Vertretern des Gesundheits- und Sozialsystems alle Interventionsaufgaben umzusetzen, die der Hausarzt an sie delegiert hat. Bei Bedarf berät sie zusätzlich die Angehörigen zu verschiedenen Themengebieten. Im zweiten halben Jahr verfolgt die DCM die Umsetzung der Interventionsaufgaben, vorzugsweise per Telefon, wenn notwendig können jedoch auch weitere Hausbesuche erfolgen.

Im Rahmen der Interventionsphase konnten alle Empfehlungen erfolgreich umgesetzt werden. Zusätzliche Betreuungsleistungen wurden mithilfe der DCM beantragt und bewilligt (200 Euro). Die Gelder werden für regelmäßige Spaziergänge mit einer Betreuungsperson (zweimal wöchentlich) sowie für die Teilnahme an sozialen Aktivitäten (z.B. Ausflüge) der Wohn Einrichtung genutzt. Auch die Pflegestufe 1 wurde beantragt und bewilligt. Davon wird ein ambulanter Pflegedienst zweimal pro Woche für Grundpflege und Hauswirtschaftshilfe finanziert. Der Hausarzt verordnete Herrn L. das Antidementivum Memantin (10 mg) sowie die Unterstützung bei der Einnahme der Medikamente durch einen Pflegedienst (zweimal täglich).

Follow-up-Befragung

Nach einem Jahr ist die Interventionsphase abgeschlossen. Um den Effekt der Intervention bewerten zu können, findet sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe eine umfangreiche Follow-up-Erhebung (analog der Basisbefragung) statt. Um die Langzeiteffekte der Intervention bewerten zu können, erfolgt mindestens fünf Jahre lang in beiden Gruppen eine jährliche Follow-up-Befragung.

Herr L. befindet sich zur Follow-up-Befragung in einem recht guten Allgemeinzustand, trotz vier neuer Diagnosen (J44.99; N29.8; K80.20; I49.9). Er ist regelmäßig in ärztlicher Behandlung (Hausarzt, HNO-Arzt). Zur medikamentösen Behandlung nimmt er sechs verschreibungspflichtige Präparate regelmäßig (Tiotropiumbromid, Memantin, Valsartan, Torasemiol, Spironolacolon, Ivabradin) und sechs freiverkäufliche Präparate bei Bedarf ein. Herr L. zeigt keine neurologischen oder psychiatrischen Auffälligkeiten. Die Wohnsituation hat sich seit der Basiserhebung nicht geändert. Die Alltagsmobilität ist weiterhin nur leicht eingeschränkt (Timed up & go: 11 Sekunden), er ist im vergangenen Jahr nicht gestürzt. Durch die regelmäßigen Spaziergänge bewegt sich Herr L. häufiger als zuvor, nach eigener Einschätzung hat er bei der Bewältigung des täglichen Lebens nur leichte Einschränkungen (B-ADL = 4,7). Seine Schwester berichtet dagegen in der Fremdanamnese von deutlichen Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags (B-ADL = 6,5). Sie unterstützt Herrn L. weiterhin an etwa zehn Tagen im Monat (jeweils 1,5 Std.) bei Einkäufen, Post, Behördengängen, Finanzen und im Haushalt. Sie fühlt sich dadurch weder physisch noch psychisch belastet. Aufgrund der Bewilligung der Pflegestufe sowie der zusätzlichen Betreuungsleistungen hegt sie keine Befürchtungen mehr, dass die finanziellen Mittel nicht ausreichen könnten, um eine angemessene Pflege und Unterstützung zu ermöglichen.*

Diskussion

Anhand des vorliegenden Fallbeispiels wurde ein aus Sicht der Autoren erfolgreiches Dementia Care Management im Rahmen der DelpHi-Studie beschrieben. Die Versorgung des Probanden

konnte durch den Einsatz der DCM verbessert werden. Ob das Dementia Care Management die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz tatsächlich wirksam verbessern kann, wird jedoch erst der Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe zum Follow-up-Zeitpunkt zeigen. Die DelpHi-Intervention erfüllt drei wichtige Bedingungen für effektives Dementia Care Management [4]: eine hohe Spezifität, eine hohe Intensität sowie einen hohen Grad an Integration verschiedener vorhandener Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems. Im Hinblick auf die primären Ergebnisparameter der DelpHi-Studie werden signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erwartet (in der Interventionsgruppe eine bessere Lebensqualität der Probanden sowie der Betreuungsperson, weniger neuropsychiatrische Symptome, eine leitliniengerechte Behandlung mit Antidementiva, weniger arzneimittelbezogene Probleme sowie eine geringere Angehörigenbelastung).

Die Identifikation von Patienten mit Demenz erfolgt im Rahmen der DelpHi-Studie mithilfe eines Screeningtests (DemTect). Auch wenn sich dieses Vorgehen im Studienkontext als gut durchführbar erweist, sprechen sich Leitlinien gegen ein Screening von Patienten auf Demenz aus [17, 23, 24]. Daher wird es im Falle der Wirksamkeit des DCM-Konzepts notwendig sein, andere Routinen der Patientenidentifikation zu entwickeln und zu testen.

Umfassende gesundheitsökonomische Analysen sind zur Beurteilung der Kosten-Effektivität der DelpHi-Intervention geplant. Zusätzlich soll mithilfe einer Befragung die Evaluation des Dementia Care Management-Konzepts aus Sicht der Interventionshausärzte erfolgen.

Sollte sich die DelpHi-Intervention als wirksam erweisen und aus Sicht der Hausärzte eine sinnvolle Entlastung darstellen, ist unser Ziel die Implementierung des Dementia Care Management-Konzepts in die Routineversorgung. Eine zentrale Voraussetzung – insbesondere im Hinblick auf die Kosten-Effektivität – ist dabei die Fokussierung des Dementia Care Managements auf seine wesentlichen wirksamen Bestandteile. Eine große Rolle wird dabei die zielgerichtete

**Dr. rer. med. Tilly Eichler und
PD Dr. rer. med. Jochen René Thyrian ...**



... sind Diplom-Psychologen und im Rahmen der DelpHi-Studie als Wissenschaftliche Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Greifswald tätig. Forschungsschwerpunkt: Interventionelle Versorgungsforschung

Reduktion der umfangreichen Datenerhebung spielen. So soll beispielsweise die Basiserhebung zur Identifizierung von Interventionsbedarfen auf einen einmaligen Hausbesuch reduziert und die Anzahl der Hausbesuche im Weiteren individuell und bedarfsgerecht gestaltet werden. In der weiteren Diskussion wird zudem unter Berücksichtigung der Wirksamkeitsanalysen die Frage geklärt werden müssen, wer zukünftig die

Funktion des Dementia Care Managers in welcher Form übernehmen kann.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Danksagung: Für ihre Mitwirkung bei der Entwicklung und Implementierung der DelpHi-Studie möchten wir uns herzlich bedanken bei Ines Abraham, Kerstin Albuerne, Aniela Angelow, Grit

Abmann, Vaska Böhmman, Dr. Georgia Böwing, Kathleen Dittmer, Dr. Thomas Fiß, Daniel Fredrich, Sarah Gardzella, Jana Hubert, Ulrike Kempe, Dr. Ingo Kili-mann, Viktoriya Kim, Leonore Köhler, Bernhard Michalowsky, Andrea Pooch, Saskia Moll, Sabine Schmidt, Christiane Schnick, Christine Winckler, Paula Winter, Dr. Kerstin Wernecke und Diana Wucherer. Unser besonderer Dank gilt allen Hausärzten und ihren Praxisteams sowie allen Studienapothekern, die sich im Rahmen der DelpHi-Studie engagieren.

Korrespondenzadresse

Dr. Tilly Eichler
DZNE Rostock/Greifswald
Ellernholzstraße 1–2
17489 Greifswald
Tel.: 03834 867591
tilly.eichler@dzne.de

Literatur

- Hampel H, Prvulovic D, Teipel S, et al. The future of Alzheimer's disease: The next 10 years. *Prog Neurobiol* 2011; 95: 718–728
- Thyrian JR, Fiss T, Dreier A, et al. Life and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2012; 13: 56
- Wagner G, Abholz H. Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2002; 78: 239–244
- Somme D, Trouve H, Drame M, Gagnon D, Couturier Y, Saint-Jean O. Analysis of case management programs for patients with dementia: a systematic review. *Alzheimers Dement* 2012; 8: 426–436
- Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20: 423–428
- Kalbe E, Kessler J, Calabrese P, et al. DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 136–43
- Dreier A, Hoffman W. Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2013; 56: 1398–1409
- Kessler J, Markowitsch HJ, Denzler P. Mini-Mental-Status-Test (MMST). Göttingen: Beltz Test GmbH, 1990
- Hindmarch I, Lehfeld H, de JP, Erzigkeit H. The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dement Geriatr Cogn Disord* 1998; 9 Suppl 2: 20–26
- Gauggel S, Birkner B. Validity and reliability of a German version of the Geriatric Depression Scale (GDS). *Z klin Psychol Psychother* 1999; 28: 18–27
- Eichler T, Thyrian JR, Dreier A, et al. Dementia care management: going new ways in ambulant dementia care within a GP-based randomized controlled intervention trial. *Int Psychogeriatr* 2014; 26: 247–256
- Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997; 48(Suppl 6): S10–S16
- Holt S, Schmiedl S, Thurmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 543–551
- ABDA-Datenbank. <http://www.pharmazie.com> (letzter Zugriff am 10.07.2014)
- Fiss T, Thyrian JR, Wucherer D, et al. Medication management for people with dementia in primary care: description of implementation in the DelpHi study. *BMC Geriatr* 2013; 13: 121
- Constitution of the World Health Organization, World Health Organization, 1948
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.(DEGAM). DEGAM-Leitlinie Nr 12: Demenz. Düsseldorf: omikron publishing; 2008
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuND, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S-3 Leitlinie Demenzen 2009. http://www.alzheimer-bayern.de/pdf_antraege/S3LeitlinieDemenz.pdf (letzter Zugriff am 10.07.2014)
- Eichler T, Thyrian JR, Fredrich D, et al. The benefits of implementing a computerized Intervention-Management-System (IMS) on delivering integrated dementia care in the primary care setting. *Int Psychogeriatr* 2014; 26: 247–256
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142–148
- Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 119–126
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatr* 1997; 12: 224–231
- UK National Screening Committee (UK NSC). The UK NSC policy on Alzheimer's Disease screening in adults (2010). <http://www.screening.nhs.uk/dementia> (letzter Zugriff am 10.07.2014)
- U.S.Preventive Services Task Force. Screening for cognitive impairment in older adults (2014). <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspdsdeme.htm> (letzter Zugriff am 10.07.2014)