

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:145–151
<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00931-7>
 Eingegangen: 8. September 2021
 Angenommen: 1. Januar 2022
 Online publiziert: 20. Januar 2022
 © Der/die Autor(en) 2022



Julian Wangler⁴ · Katharina Geschke^{1,2} · Alexandra Wuttke-Linnemann^{1,2} ·
 Andreas Fellgiebel^{2,3} · Michael Jansky⁴

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland; ² Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Landeskrankenhaus (AöR), Mainz, Deutschland; ³ Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Agaplesion Elisabethstift, Darmstadt, Deutschland; ⁴ Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Prävention von demenzbedingten Versorgungskrisen im hausarztbasierten Setting – das Projekt *DemStepCare* als innovative Versorgungsform

Katharina Geschke und Julian Wangler teilen sich die Erstautorenschaft

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

E-Mail: t.weber@zpga.landesskrankenhaus.de

<https://www.landesskrankenhaus.de/>

[aktuelles/projekte-im-landesskrankenhaus/zentrum-fuer-psychische-gesundheit-im-alter-zpga/demstepcare-das-hausarztbasierte-versorgungskonzept](#)

Verfügbarkeit von Daten und Materialien

Die Studiendaten werden nicht öffentlich zugänglich sein, da es sich um potenziell identifizierbare/vertrauliche Patientendaten handelt.

Nicht immer ist die hausärztliche Versorgung effektiv genug, wenn es darum geht, Demenzerkrankungen frühzeitig zu erkennen und die Weichen für eine gelingende Weiterversorgung zu stellen, damit Versorgungskrisen für Patient*innen und Angehörige abgewendet werden können. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt im Fehlen multiprofessioneller, sektorenübergreifender Strukturen im Bereich der Demenzversorgung. Das Innovationsfonds-geförderte Modellprojekt *DemStepCare* zielt darauf ab, durch Involvierung eines ambulanten Case Managements wirksame Kriseninterventionen ohne eine Krankenhauseinweisung zu ermöglichen.

Aktuell sind in Deutschland ca. 1,6 Mio. Menschen an Demenz erkrankt; Prognosen zufolge wird sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln [1]. Da es sich bei Demenz um einen dynamischen und progredienten Prozess handelt, kommt es darauf an, die Erkrankung möglichst frühzeitig zu diagnostizieren und die Weichen für eine dauerhaft gelingende Versorgung zu stellen.

Auf ein Fortschreiten der Erkrankung kann v. a. dann günstig eingewirkt werden, wenn Patient*innen und Angehörige auf die Folgen der Erkrankung vorbereitet, eine gute Lebensqualität für beide bewahrt und ein Verbleib des Patienten in der Häuslichkeit abgestützt werden kann [8, 14, 16, 23, 35]. Dennoch sind im Alltag krisenhafte Versorgungssituationen verbreitet, die zu Stress und Leidensdruck mit erhöhter Depressionsanfälligkeit auf Seiten Erkrankter und Angehöriger führen, eine Dekompensation pflegender Personen bewirken und Erkrankungsprozesse beschleunigen können [7, 12]. Eine Folge hiervon ist oftmals eine übereilte Hospitalisierung von Demenzbetroffenen mit sich anschließenden Pflegeheimaufnahmen [16]. Befunde zeigen, dass Krankenhaus- und Heimeinweisungen kontraproduktive Effekte für den Krankheitsverlauf sowie kognitive und körperliche Funktionen haben können und z. B. Delirieren, Stürze, Exsikkose, Mangelernährung häufiger auftreten [16, 35].

Hausarzt*innen können entscheidend dazu beitragen, solche kritischen Versorgungsszenarien durch aktive Erkennung und Betreuung von Demenzerkrankten zu vermeiden [22]. Da sie als Primär-

versorger*innen mit ihren älteren Patient*innen und deren Familien meist langjährig vertraut sind, können sie kognitive Veränderungsprozesse zeitnah erfassen und durch Vermittlung zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten die Voraussetzungen für eine funktionierende (Weiter-)Versorgung schaffen [27, 28]. Jenseits dieser positiven Potenziale ist die Realität der Demenzversorgung in der Hausarztpraxis allerdings verbreitet mit Hürden und Herausforderungen konfrontiert, die Folgen für die Effektivität des Primärarztsettings haben [18, 20, 22, 25].

Beispielsweise haben Studien gezeigt, dass Hausärzt*innen bei der Stellung von Demenzdiagnosen sowie beim Einsatz diagnostischer Verfahren teilweise zurückhaltend agieren [14, 21, 31], was mit vergleichsweise geringen Erkennungsraten für Patient*innen mit manifesten demenziellen Syndromen korrespondiert [3, 6, 10]. Auch scheinen Allgemeinmediziner*innen nicht immer über eine ausreichende Kenntnis demenzbezogener Diagnostik-, Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten zu verfügen und themenassoziierte Leitlinien nur begrenzt einzusetzen [18, 36]. Vor dem Hintergrund solcher Defizite sieht sich ein erheblicher Teil der Hausärzt*innen in Deutschland eher der Rolle eines Delegierers, der bei Demenzverdacht an Fachärzt*innen überweist und diesen eine leitliniengerechte Diagnose überlässt [12, 23, 32, 33]. Ferner hat sich gezeigt, dass lediglich ein Teil der Hausärzt*innen Patient*innen und Angehörige konsequent an Hilfs- und Beratungseinrichtungen verweist, weil Kenntnisse über und Kooperationen mit solchen Akteuren oft nicht gegeben sind [18, 31].

Die Gründe für derlei Problematiken sind vielfältig. Neben Zeit- und Ressourcenknappheit im täglichen Versorgungsgeschehen ist festgestellt worden, dass viele Allgemeinmediziner*innen in Bezug auf das Krankheitsbild Demenz geringe (Selbst-)Wirksamkeitserwartungen haben und einen Mangel an Therapieoptionen wahrnehmen, der bisweilen zu Zweifeln an der Sinnhaftigkeit einer Demenzdiagnostik bzw. -versorgung führt [9]. Zudem werden die enge

Beziehung von Hausärzt*innen zu Patient*innen und der Anspruch, diese (gut) zu kennen und sie vor potenziellen (stigmatisierenden) Auswirkungen einer Diagnosestellung zu schützen, als mögliche Hürden einer rechtzeitigen Demenzdiagnostik angeführt [5, 12, 14, 17, 22, 24].

Unsicherheiten und Zweifel bei der Demenzbetreuung auf Seiten von Hausärzt*innen stoßen in der Versorgungspraxis auf einen ausgeprägten Mangel an Versorgungs- und Interaktionsstrukturen, die eine multiprofessionelle, sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen. Dies wird gerade von deutschen Allgemeinmediziner*innen besonders moniert und als Erschwernis erlebt [31, 32]. Bislang fehlt es an strukturierten interdisziplinären Versorgungsformen, die ärztliche, pflegerische und weitergehende Betreuungsangebote miteinander verknüpfen, um eine bedarfsgerechte, personenzentrierte und leitlinienorientierte Versorgung von Demenzbetroffenen bieten zu können [19, 26]. Eine besondere Problematik ist dabei, dass Versorgungsbedarfe und -risiken bislang häufig nicht systematisch und rechtzeitig klassifiziert werden können, weil der Vielfalt medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Bedürfnisse von Demenzpatienten und deren Angehörigen nicht Rechnung getragen werden kann. Das Fehlen von adäquaten und wirksamen Strukturen zur ambulanten Krisenintervention führt i. d. R. bei Krisensituationen rasch zu Krankenhauseinweisungen, die nicht nur mit höheren Kosten für das Gesundheitssystem einhergehen, sondern auch Komplikationen für die Patient*innen mit sich bringen können [16, 35].

Methodik

Versorgungskonzept

Das Versorgungsmodell *DemStepCare* wurde als Intervention in der ambulanten Versorgung konzipiert [2]. Seit Projektbeginn im April 2019 wird es vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert. Das Einzugsgebiet des Modells umfasst die Region Rheinhessen und ei-

nige weitere Landkreise (Bad Kreuznach, Bad Dürkheim, Donnersbergkreises).

Die initiale Projektplanung sah vor, im Verlauf der Studie ca. 120 Hausärzt*innen und ca. 1600 Patient*innen (13–14 Patienten pro Hausärzt*in) zu rekrutieren. Im Zuge der prospektiven cluster-randomisierten Studie wurden die gewonnenen hausärztlichen Praxen mittels einer initialen Befragung zu Projektbeginn entlang der Demenzsensibilität in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe randomisiert [2]. Aufbauend auf mehreren Vorstudien (u. a. [31–33]) wurde die Demenzsensibilität hierbei als umfassendes Konstrukt operationalisiert, mit Schwerpunkten u. a. auf der Erfassung von Einstellungen zum Krankheitsbild Demenz, hausärztlichen Selbstwirksamkeitsannahmen, einschlägigen Kompetenzindikatoren (Diagnostik, Management, Leitlinienadhärenz), Versorgungs- und Betreuungsbereitschaft gegenüber Patient*innen mit einer Demenzerkrankung und deren Angehörigen (u. a. auch Vermittlung zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten) sowie wahrgenommenen Herausforderungen im Praxisalltag [31, 33].

Die am Projekt beteiligten Hausärzt*innen können nach Schulung und Randomisierung die Patient*innen mit einer Demenzerkrankung und deren Angehörige (falls vorhanden) in ihrer eigenen Praxis in *DemStepCare* einschreiben. Ausschlusskriterien sind eine fehlende gesicherte Demenzdiagnose, ein Wohnort des/der Patient*in außerhalb des Studiengebietes oder in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Die Hausärzt*innen und Patient*innen der Interventionsgruppe erhalten neben einer quartalsweisen Medikationsanalyse durch klinische Pharmazeuten das pflegerische Case Management für Patient*innen mit erhöhtem Versorgungsrisiko sowie bei Bedarf eine Behandlung durch die aufsuchende multiprofessionelle Krisenambulanz. Sämtliche Hausärzt*innen erhalten Fortbildungen u. a. zum Versorgungsnetz und regionalen Unterstützungsmöglichkeiten sowie vielen weiteren Themen rund um das Thema Demenz.

Primäre Endpunkte sind die Reduktion der stationären Behandlungstage,

J. Wangler · K. Geschke · A. Wuttke-Linnemann · A. Fellgiebel · M. Jansky

Prävention von demenzbedingten Versorgungskrisen im hausarztbasierten Setting – das Projekt *DemStepCare* als innovative Versorgungsform

Zusammenfassung

Hintergrund. In Deutschland mangelt es im Bereich der Demenzversorgung an multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Strukturen, die Hausärzt*innen unterstützen und es ermöglichen, auf individuelle Bedürfnisse von Patient*innen und Angehörigen einzugehen. Infolgedessen ereignen sich häufig Versorgungskrisen, die zu Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen führen.

Ziel der Arbeit. Der Beitrag thematisiert das Innovationsfonds-geförderte Modellprojekt zur ambulanten medizinisch-pflegerischen Demenzversorgung *DemStepCare*. Hierzu werden Hintergründe, Zielsetzungen und Status quo des Projekts vorgestellt sowie Herausforderungen bei der Rekrutierung angesprochen.

Material und Methoden. Im Mittelpunkt von *DemStepCare* steht die gezielte Unterstützung der hausärztlichen Versorgung mittels eines bedarfsadaptiert tätigen, ambulanten Case Managements sowie einer von Pflegeexpert*innen geführten Krisenambulanz. Darüber hinaus soll das Modellprojekt zu einer stärkeren Demenzkompetenz der einbezogenen Hausärzt*innen beitragen. **Ergebnisse.** Trotz erlebter Rekrutierungsproblematiken zeigt sich bereits eine gute Realisierbarkeit des Modells im ambulanten Setting. Befragungen von Case Manager*innen, Mitarbeiter*innen der Krisenambulanz und Hausärzt*innen belegen eine wahrgenommene Wirksamkeit, wenn es um die Prävention von Versorgungskrisen geht. Hausärzt*innen bestätigen

eine höhere Sicherheit im Umgang mit Demenzerkrankungen.

Diskussion. *DemStepCare* bietet das Potenzial, eine Versorgungslücke zu schließen, indem Hausärzt*innen effektive ambulante Unterstützungsinstrumente zur konsequenten Demenzversorgung und Risikoprävention an die Hand gegeben werden. Weitere Anstrengungen zur Stärkung einer hausarztbasierten, sektorenübergreifenden Demenzversorgung sollten angestrebt werden.

Schlüsselwörter

Demenzversorgung · Demenzdiagnostik · Risikostratifizierung · Case Management · Hausarzt · Kognitive Beeinträchtigungen · Intersektorale Versorgung

Prevention of dementia-related care crises in a general practitioner-based setting—the innovative care model *DemStepCare*

Abstract

Background. In Germany, there is a lack of multiprofessional, cross-sectoral structures in the area of dementia care that support general practitioners (GPs) and make it possible to address the individual needs of patients and their caregivers. As a result, crises often arise, leading to hospital and nursing home admissions.

Objectives. The article focuses on *DemStepCare*, a model project for outpatient medical and nursing dementia care funded by the German Innovation Fund. For this purpose, the background, objectives and status quo of the project as well as recruiting challenges are presented.

Materials and methods. The focus of *DemStepCare* is the targeted support of general practitioner care by means of a needs-based, outpatient case management and a crisis clinic run by nursing experts. In addition, the model project should contribute in a comprehensive way to stronger dementia competence of the GPs involved.

Results. Despite experienced recruitment problems, the model is already well feasible in the outpatient setting. Surveys of case managers, crisis outpatient staff and GPs demonstrate a perceived effectiveness when it comes to preventing or averting crises.

Family physicians confirm that they are more confident when dealing with dementia.

Discussion. *DemStepCare* offers the potential to close a gap in outpatient care by providing GPs with effective support instruments for consistent dementia care and risk prevention. Further efforts to strengthen GP-based, cross-sector dementia care should be sought.

Keywords

Dementia care · Dementia diagnosis · Risk stratification · Case management · Family physician · Cognitive disorders · Intersectoral care

die Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen mit Demenz und die Reduktion der Belastung der pflegenden Angehörigen jeweils nach 9 Monaten. 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.

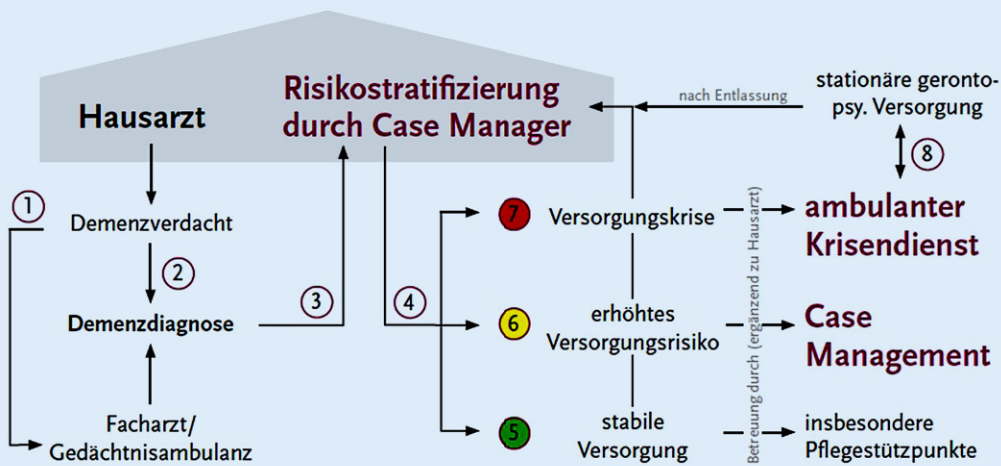
Dabei zeichnet sich das Versorgungskonzept insbesondere durch folgende innovative Elemente (vgl. **Abb. 1**) aus:

- Die teilnehmende hausärztliche Praxis steuert Auswahl und Einschreibung von Patient*innen sowie (falls vorhanden) deren Versorgung (i. d. R. pflegende Angehörige). Voraussetzung ist eine – idealerweise frühzeitige, leitliniengerechte – De-

menzdiagnose, die Hausärzt*innen entweder selbstständig durchführen können oder zur Diagnosestellung an einen Facharzt überweisen können.

- Nach Einschreibung der Patient*innen in das Projekt wird ein/e Case Manager/in in die Koordination der Versorgung eingeschaltet. Durch den/die Case Manager/in erfolgt eine Klassifikation der Versorgungsbedarfe und des Versorgungsrisikos anhand eines Ampelsystems (de-

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

Abb. 1 ◀ Grundlegender Aufbau des Projekts *Dem-StepCare* (Risikostratifizierung, Case Management, ambulanter Krisendienst). (Quelle: Landeskrankenhaus [AöR], Mainz)

menzspezifisches Screening zur Versorgungssituation [DSV]), sodass die häusliche Versorgungssituation genau eingeordnet werden kann.

- Sowohl Hausärzt*innen als auch klinische Pharmazeut*innen, Case Manager*innen und Mitarbeiter*innen der Krisenambulanz arbeiten und dokumentieren in einer elektronischen Fallakte (theracase[®] von ISPC, smart-Q GmbH, Bochum), zu der alle Behandler*innen Zugriff haben. Hierdurch werden die multiprofessionellen Akteure (Pflegerkräfte, Case Manager*innen, Haus- und Fachärzt*innen) miteinander intersektoral vernetzt.
- Bei einer als stabil klassifizierten Versorgungssituation werden Patient*innen und Angehörige einer Beratung über regionale Hilfs- und Versorgungsoptionen zugeführt und an den zuständigen Pflegestützpunkt vermittelt. Wurde ein erhöhtes Versorgungsrisiko festgestellt, nehmen die Case *innen zentrale Aufgaben bei der Organisation und Koordinierung zusätzlicher Versor-

gungsangebote wahr und leisten eine bedarfsgerechte kontinuierliche Begleitung. Diese zeichnet sich durch eine engmaschige Rücksprache mit den zuständigen Hausärzt*innen aus. Die Kontaktaufnahme der Case Manager*innen erfolgt persönlich, telefonisch und per elektronischer Fallakte.

- Sollten Versorgungskrisen drohen oder sich bereits manifestieren, besteht für projektinvolvierte Hausärzt*innen oder Case Manager*innen die Möglichkeit, die Dienste einer aufsuchenden Krisenambulanz in Anspruch zu nehmen. Das multiprofessionelle Team besteht aus Pflegeexpert*innen für kognitive Störungen und Demenz, einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Sozialdienst. Die Ambulanz arbeitet im Zwei-Schicht-System teilweise auch inklusive nächtlicher Rufbereitschaft, sodass eine fast durchgehende Erreichbarkeit gewährleistet ist. Die projektassoziierte Krisenambulanz soll durch zeitnahe Diagnostik und

konsequente Abfolge primär nicht-medikamentöser Interventionen, angelehnt an eine „serial trial intervention“ [13], eine ambulante Stabilisierung der Versorgungssituation erreichen und eine stationäre Aufnahme abwenden. Hierbei werden auch die oftmals stark belasteten Angehörigen mitbetreut [7].

- Innerhalb des Modellprojekts erfolgt eine konsequente Überprüfung der Medikation, da Polypharmazie häufig Verhaltensauffälligkeiten und -änderungen bewirkt [2, 22]. Klinische Pharmazeut*innen 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 optimiert werden.
- Projektbegleitend wird die Demenzkompetenz von Hausärzt*innen durch zielgerichtete Schulungen bzw. Fortbildungen adressiert. Besonders

eine verbesserte (Früh)diagnostik sowie eine bessere Vernetzung mit regionalen Hilfsakteuren stehen dabei im Mittelpunkt. Im Projektverlauf werden zu Beginn, nach einem Jahr und am Ende des Projekts Kompetenz- und Sensitivitätsindikatoren bei den involvierten Ärzt*innen erhoben, um die Wirksamkeit der Schulungen zu überprüfen.

Projektziele

Die Ziele des Projekts können alle unter dem Oberbegriff „Verbesserung der Demenzversorgung“ zusammengefasst werden. So soll durch die Sensibilisierung und Schulungen der Hausärzte sowie die pharmazeutischen Medikationsanalysen die ambulante ärztliche Versorgung optimiert werden, die leitliniengerechte medizinische Demenzversorgung und die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert werden. Durch das pflegerische Case Management für Patient*innen mit erhöhtem Versorgungsrisiko sowie bei Bedarf die Behandlung durch die aufsuchende multiprofessionelle Krisenambulanz soll die pflegerische und sozialmedizinische Versorgung, das regionale Versorgungsnetz und die effizientere Vernetzung sowie die psychiatrisch fachärztliche Betreuung verbessert werden. Durch die Intervention sollen stationäre Behandlungstage und die Belastung der pflegenden Angehörigen reduziert und die Lebensqualität von Patient*innen mit Demenz erhöht werden.

Sollte das Projekt positiv evaluiert werden, ist eine Überführung in die Regelversorgung geplant.

(Zwischen)ergebnisse

Bisheriger Verlauf des Projekts

Nach einer halbjährigen Vorbereitungsphase wurde die Versorgung der Patient*innen am 1. Oktober 2019 plangemäß gestartet. Im Vorfeld absolvierten die Case Manager*innen erfolgreich die zertifizierte Weiterbildung zum/zur Case Manager/in im Sozial- und Gesundheitswesen nach den Richtlinien der DGCC (Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management). Die Mitar-

beiter*innen der Krisenambulanz sowie die bereits zu Beginn 38 teilnehmenden Hausärzt*innen und deren Praxispersonal wurden zu den Abläufen im Projekt geschult.

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

Zwischen dem 30. März und 31. Mai 2020 musste vorübergehend die aufsuchende Tätigkeit der Case Manager*innen und Krisenambulanz-Mitarbeiter*innen aufgrund der Coronapandemie pausiert werden. In dieser Zeit konnte lediglich eine reduzierte bedarfsweise telefonische Versorgung der Patient*innen und Angehörigen erfolgen. Die Wiederaufnahme der Hausbesuche und der Patientenrekrutierung begann zum 1. Juni 2020 unter Berücksichtigung der Hygienevorgaben und mit eigenem Hygienekonzept. Es ist gelungen, eine gute Versorgungsqualität trotz Einhaltung aller notwendigen Hygienestandards aufgrund der Coronapandemie zu etablieren.

Im Jahr 2020 konnten durch intensive Werbemaßnahmen (v. a. in Form von Anschreiben und persönliche Ansprache) in dem nochmals erweiterten Projektgebiet weitere 24 Hausärzt*innen für eine Teilnahme bei *DemStepCare* gewonnen werden.

Aktuell nehmen nun 62 Hausärzt*innen bei *DemStepCare* teil; 39 in der Interventionsgruppe und 23 in der Kontrollgruppe. Bisher konnten trotz der Coronapandemie 257 Patient*innen in das Versorgungsmodell eingeschrieben werden (Stand Oktober 2021); 207 in der Interventionsgruppe und 50 in der Kontrollgruppe.

Bisherige Erfahrungen deuten auf eine gute Realisierbarkeit des innovativen Modells im ambulanten Setting hin. Erste qualitative Befragungen von Case Manager*innen, Mitarbeiter*innen der Krisenambulanz und Hausärzt*innen belegen eine wahrgenommene Wirksamkeit,

wenn es um die Prävention bzw. Abwendung von Versorgungskrisen geht. Eini-ge Hausärzt*innen bestätigen ein gestiegenes Sicherheitsempfinden im Umgang mit Demenzerkrankungen.

Sämtliche der beteiligten Akteure sind zufrieden mit den etablierten Angeboten. Die Case Manager*innen und Mitarbeiter*innen der Krisenambulanz bekunden eine hohe Motivation und berichten von einem hohen Maß an Anerkennung und positivem Feedback von Seiten der Patient*innen und Angehörigen. Auch Rückmeldungen der befragten Hausärzt*innen in Bezug auf die Intervention fallen klar positiv aus.

Herausforderungen bei der Rekrutierung

Es erfolgte eine systematische und differenzierte Rekrutierung von Ärzt*innen und Patient*innen. Die Rekrutierungsstrategien für Allgemeinmediziner*innen umfassten u. a. personalisierte Einladungen und Briefe, umfassendes Informationsmaterial zu Studienbegründung, -zielen und -design, Folgegespräche und telefonische Erläuterungen durch das Forschungsteam sowie eine finanzielle Entschädigung im Falle einer Beteiligung. Aufrufe zur Teilnahme und Werbung für die *DemStepCare*-Studie wurden in einer Vielzahl von praxisbezogenen Publikationen und Newslettern über verschiedene Netzwerke veröffentlicht. Darüber hinaus fand teilweise ein Face-to-face-Recruiting statt.

Sobald Hausärzt*innen Interesse an einer Teilnahme signalisierten, wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Eingeschlossene Ärzt*innen füllten eine Baseline-Erhebung aus (u. a. zur Ermittlung der Demenzsensitivität [2]).

Insgesamt wurden 276 Hausärzt*innen im Einzugsgebiet der Studie im Zuge der Rekrutierungsanstrengungen angeschrieben bzw. besucht. Hierbei zeigten sich beträchtliche Herausforderungen, Hausärzt*innen für eine cluster-randomisierte Patientenstudie zu gewinnen. Insgesamt konnte beobachtet werden, dass Allgemeinmediziner*innen auf schriftlich-postalische Anschreiben vergleichsweise selten reagierten und eine Kaltakquise („cold calls“) wenig

erfolgsversprechend war. Deutlich besser hat hingegen die Rekrutierung über die eingebundenen Arztnetzwerke und Qualitätszirkel funktioniert.

Aufgrund der geringeren Zahl an gewonnenen Hausarzt*innen (62 statt wie geplant 180) konnte die ursprünglich anvisierte Patientenzahl von 1600 (je 800 in Interventions- und Kontrollgruppe) nicht realisiert werden. Hinzu kommt, dass eine deutlich höhere Motivation zur Patientenrekrutierung in der Interventionsgruppe zu verzeichnen ist. Die betroffenen Hausärzte erklären dies mit dem Umstand, dass sie für die von ihnen eingeschriebenen Patient*innen eine möglichst optimale Versorgung erreichen wollen und eine Kontrollversorgung eben keine solche ist [11]. Auch merken einige wenige Ärzt*innen an, dass es ihnen schwer falle, in innovativen Versorgungsformen und wissenschaftlichen Konzepten zu denken oder sich in neue Strukturen und Systeme einzufinden. So macht die Nutzung der elektronischen Fallakte einigen Probleme, auch wenn die Case Manager*innen diese immer wieder erklären und den Umgang damit zeigen. Insgesamt ist aber eine weiter steigende Zahl von Patienteneinschreibungen in den letzten Monaten zu verzeichnen, so dass die Konsortialpartner des Projekts zuversichtlich sind, die angepasste avisierten Zielstellungen (336 Patient*innen in der Interventionsgruppe und 84 Patient*innen in der Kontrollgruppe) in einer inzwischen bewilligten Verlängerungsphase des Projekts erreichen zu können. Konkrete Ergebnisse für die Intervention werden im Modellprojekt für das Jahr 2023 erwartet.

Diskussion

Der Artikel stellt das Innovationsfondprojekt *DemStepCare* vor und berichtet von ersten Erfahrungen und qualitativen Eindrücken der im Projekt Tätigen.

Die innovative Versorgungsform *DemStepCare* soll eine Versorgungslücke für den hausärztlichen Bereich schließen, indem Hausarzt*innen effektive ambulante Unterstützungsinstrumente an die Hand gegeben werden (Case Management, Versorgungsbe-

darfsanalyse und Risikostratifizierung, pflegeexpertengeführte Krisenambulanz zur Vermeidung stationärer Einweisungen und ambulante Bewältigung von Versorgungskrisen). Diese sollen zu einer stabileren Versorgungssituation und mehr Lebensqualität von häuslich gepflegten Patient*innen 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 Demenznetzwerken und Pflegestützpunkten entstehen.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend gestaltet sich die Rekrutierung der Hausarzt*innen und der Patient*innen mit einer Demenzerkrankung jedoch deutlich schwieriger als zuvor gedacht. Die Gründe hierfür scheinen individuell und multifaktoriell zu sein. Auch bei vorangegangenen Studien hatte sich gezeigt, dass die Rekrutierung von Hausarzt*innen für komplexe cluster-randomisierte Studien eine große Herausforderung darstellen kann [4, 15, 29, 30, 34].

Jedoch wird schlussendlich bei unserer Studie, wie auch bei anderen Studien, nur ein Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe einen Nutzen der Intervention zeigen und ggf. zu einer Überführung der Intervention in die Regelversorgung führen können.

Längerfristig wird es darauf ankommen, Hausarzt*innen im Bereich Demenz mit dauerhaften Strukturen zu unterstützen, die einerseits die geriatrisch-diagnostischen Kompetenzen in der Primärversorgung stärken, andererseits zu einer rechtzeitigen und effektiven Risikostratifizierung und Versorgungszuweisung beitragen. Damit einher gehen der konsequente Verweis an Hilfsakteure sowie der Aufbau von Kooperationsnetzwerken. Indem Patient*innen und Angehörige rechtzeitig an multiprofessionelle Beratungs- und Versorgungsstrukturen herangeführt werden, profitiert zum einen die Patien-

tenversorgung, zum anderen lässt sich die Gefahr eines ‚Burnouts‘ pflegender Angehöriger entscheidend minimieren.

Fazit für die Praxis

- Das hausärztliche Setting ist für die konsequente Erkennung und das Management demenzieller Erkrankungen entscheidend. Bislang fehlt es jedoch an multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Strukturen im Bereich der Demenzversorgung.
- Das Innovationsfonds-geförderte Modellprojekt *DemStepCare* zielt darauf ab, wirksame Krisenpräventionen bzw. -interventionen ohne eine Krankenhauseinweisung zu ermöglichen.
- *DemStepCare* soll eine Versorgungslücke für den hausärztlichen Bereich schließen, indem Hausarzt*innen effektive ambulante Unterstützungsinstrumente an die Hand gegeben werden (Case Management, Versorgungsbedarfsanalyse und Risikostratifizierung, pflegeexpertengeführte Krisenambulanz zur Bewältigung von Versorgungskrisen).

Korrespondenzadresse

Julian Wangler

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Mainz
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz, Deutschland
julian.wangler@unimedizin-mainz.de

Förderung. Dieses Paper ist Teil des Projekts *DemStepCare*, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für drei Jahre gefördert wird¹. Eine Verlängerung des Projekts wurde kürzlich bewilligt. Proposal-ID: 01NVF18027.

Der Fördergeber war weder an der Gestaltung der Studie noch an der Erhebung, Analyse oder Interpretation von Studiendaten beteiligt, noch spielte er eine Rolle bei der Erstellung des Manuskripts oder der Einreichung des Manuskripts zur Veröffentlichung.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

¹ DemStepCare – Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte – G-BA Innovationsfonds.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Wangler, K. Geschke, A. Wuttke-Linnemann, A. Fellgiebel und M. Jansky geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz genehmigt (Referenznummer: 2019–14427). Alle Teilnehmer*innen (Patient*innen, Pflegepersonal, Hausärzt*innen, Fallmanager*innen) geben eine schriftliche Einwilligung nach Aufklärung, bevor Daten für die Studie erhoben werden. Wenn ein gesetzlicher Vertreter vorhanden ist, muss dieser neben dem Patienten eine schriftliche Einwilligung erteilen. Alle Patient*innen benötigen zur Einwilligung eine Grundkompetenz, ansonsten können sie nicht teilnehmen.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Alzheimer Europe (2020) European dementia monitor 2020. <http://www.bit.ly/DementiaMonitor2020>. Zugegriffen: 8. Sept. 2021
2. Bablok I, Binder H, Stelzer D et al (2021) Primary dementia care based on the individual needs of the patient: study protocol of the cluster randomized controlled trial, DemStepCare. *BMC Geriatr* 21:1–14
3. Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW et al (2005) Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *J Gen Intern Med* 20(7):572–577
4. Bower P, Wallace P, Ward E et al (2009) Improving recruitment to health research in primary care. *Fam Pract* 26(5):391–397
5. Connell CM, Boise L, Stuckey JC et al (2004) Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians. *Gerontologist* 44(4):500–507
6. Connolly A, Gaehl E, Martin H, Morris J, Purandare N (2011) Underdiagnosis of dementia in primary care: variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging Ment Health* 15(8):978–984
7. Cuijpers P (2005) Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health* 9(4):325–330
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2016) S3-Leitlinie „Demenzen“. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf. Zugegriffen: 8. Sept. 2021
9. Donath C, Gräbel E, Großfeld-Schmitz M et al (2010) Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients—results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Serv Res* 10:314
10. Eichler T, Thyrian JR, Hertel J et al (2014) Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care: results of the Delphi-trial. *J Alzheimers Dis* 42(2):451–458
11. Fletcher B, Gheorghie A, Moore D, Wilson S, Damery S (2012) Improving the recruitment activity of clinicians in randomised controlled trials: a systematic review. *BMJ Open* 2(1):e496
12. Geschke K, Scheurich A, Schermuly I et al (2012) Effectivity of early psychosocial counselling for family caregivers in general practitioner based dementia care. *Dtsch Med Wochenschr* 137(43):2201–2206
13. Kovach C, Simpson MR, Joosse L et al (2012) Comparison of the effectiveness of two protocols for treating nursing home residents with advanced dementia. *Res Gerontol Nurs* 5(4):251–263
14. Laux N, Melchinger H, Scheurich A et al (2010) Verbesserte ambulante Demenzversorgung. Das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Modellprojekt ‚start-modem‘. *Dtsch Med Wochenschr* 135(44):2175–2180
15. Lech S, O’Sullivan JL, Wellmann L et al (2021) Recruiting general practitioners and patients with dementia into a cluster randomised controlled trial: strategies, barriers and facilitators. *BMC Med Res Methodol* 21(1):61
16. Lehmann J, Michalowsky B, Kaczynski A et al (2018) The impact of hospitalization on readmission, institutionalization, and mortality of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 64(3):735–749
17. Low L-F, McGrath M, Swaffer K, Brodaty H (2019) Communicating a diagnosis of dementia: a systematic mixed studies review of attitudes and practices of health practitioners. *Dementia* 18(7–8):2856–2905
18. Mansfield E, Noble N, Sanson-Fisher R, Mazza D, Bryant J (2019) Primary care physicians’ perceived barriers to optimal dementia care: a systematic review. *Gerontologist* 59(6):697–708
19. Mißbeck A (2009) Plädoyer für gemeinsame Behandlungspfade. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Demenz-Plaedyer-fuer-gemeinsame-Behandlungspfade-372175.html>. Zugegriffen: 8. Sept. 2021
20. Pentzek M, Vollmar HC, Wilm S, Leve V (2017) Putting dementia awareness into general practice: the CADIF approach. *Z Gerontol Geriatr* 50(2):44–47
21. Pentzek M, Wöllny A, Wiese B et al (2009) Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners’ accuracy in identifying incident dementia? *Am J Geriatr Psychiatry* 17(11):965–975
22. Pimlott NJ, Persaud M, Drummond N et al (2009) Family physicians and dementia in Canada: part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions. *Can Fam Physician* 55(5):506–507.e5
23. Seeher K, Low LF, Reppermund S, Brodaty H (2013) Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: a systematic literature review. *Alzheimers Dement* 9(3):346–355
24. Stoppe G (2011) Demenz: Frühdiagnose und ambulante Versorgung. In: Stoppe G (Hrsg) Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S 133–140
25. Stoppe G, Pirk O, Haupt M (2005) Therapie der Alzheimer-Demenz mit der besten verfügbaren Evidenz – eine Utopie? *Gesundheitswesen* 67(1):20–26
26. Radisch J, Baumgardt J, Touil E, Moock J, Kawohl W (2015) Demenz – Behandlungspfade für die ambulante integrierte Versorgung. Kohlhammer, Stuttgart
27. Thyrian JR, Eichler T, Michalowsky B et al (2016) Community-dwelling people screened positive for dementia in primary care: a comprehensive, multivariate descriptive analysis using data from the Delphi-study. *J Alzheimers Dis* 52(2):609–617
28. Thyrian JR, Fiss T, Dreier A et al (2012) Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (Delphi): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 13(1):56
29. Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D et al (2017) Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 74(10):996–1004
30. Thyrian JR, Winter P, Eichler T et al (2017) Relatives’ burden of caring for people screened positive for dementia in primary care. *Z Gerontol Geriatr* 50(1):4–13
31. Wangler J, Fellgiebel A, Jansky M (2018) Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. *Dtsch Med Wochenschr* 143(19):165–171
32. Wangler J, Fellgiebel A, Mattlinger C et al (2018) Diagnostik und Versorgung der Demenz – eine Herausforderung für die Hausarztmedizin. *Z Allg Med* 94(1):12–16
33. Wangler J, Jansky M (2020) Dementia diagnostics in general practitioner care. Do general practitioners have reservations?—the findings of a qualitative study in Germany. *Wien Med Wochenschr* 170(9–10):230–237
34. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI et al (2006) The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care. *Ann Intern Med* 145(10):713–726
35. Wolf D, Rhein C, Geschke K, Fellgiebel A (2019) Preventable hospitalizations among older patients with cognitive impairments and dementia. *Int Psychogeriatr* 31(3):383–391
36. Yaffe MJ, Orzeck P, Barylak L (2008) Family physicians’ perspectives on care of dementia patients and family caregivers. *Can Fam Physician* 54(7):1008–1015