

Integrierte Versorgung Demenz - DGPPN Rahmenkonzept

Inhalt	S.
1. Einleitung	2
1.1. Epidemiologie von Demenzerkrankungen	3
1.2. Aktuelle Versorgungssituation von Demenzpatienten	3
1.3. Zielsetzung der integrierten Versorgung	4
2. Vernetzung innerhalb der integrierten Versorgung	6
2.1. Ätiologische Diagnostik	7
2.2. Therapeutische Pfade	9
3. Qualitätssicherung	11
3.1. Leitlinien	12
3.2. Dokumentation	12
3.3. Datenfluss	13
3.4. Qualitätsindikatoren	13
3.5. Fortbildung	14
4. Anhang	15

1. Einleitung

Die sektorielle Trennung mit unzureichender Vernetzung von hausärztlichen, fachärztlichen und an Kliniken bestehenden Möglichkeiten zur Diagnostik und Therapie wurde in den letzten Jahren als ein Hindernis zur Qualität- und Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitssystem identifiziert. Der § 140 SGB V hat daher die gesetzlichen Grundlagen zur Entwicklung und Implementierung von Netzwerken zur integrierten Versorgung (IV) geschaffen. Ziel von IV Netzen ist die qualitative und ökonomische Verbesserung bisheriger Versorgungsstrukturen. Die Etablierung von IV Netzen ist insbesondere bei häufigen und chronischen Erkrankungen mit großer gesundheitsökonomischer Bedeutung gesetzlich gewünscht.

Aufgrund des langen Verlaufs, der Multimorbidität, der nahezu unweigerlichen Pflegebedürftigkeit im späten Krankheitsstadium und des daraus resultierenden gestuften Behandlungsbedarfs erfordern Demenzerkrankungen eine in besonderem Maße kontinuierliche und abgestimmte Versorgungsstruktur. Im Sinne einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung steht hierbei im Bereich der Diagnostik die haus- und nervenfachärztliche Vernetzung mit Gedächtnisambulanzen oder spezialisierten Praxen unter Einbezug apparativer Leistungen (Labor, Bildgebung) im Vordergrund. Im Bereich der Therapie soll durch die Vernetzung von Ärzten und anderen Leistungsanbietern eine breite Anwendung adäquater Behandlungen sicher gestellt werden mit dem Ziel u.a. stationäre Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und die Unterbringung in ein Pflegeheim zu verzögern.

Die Regelungen des § 140 SGB V erlauben einer Vielzahl von potentiellen Vertragspartnern regionale IV Netze zu bilden. Zur Etablierung eines hohen Qualitätsstandards und zur Übersicht über die in den einzelnen konkreten Projekten zu regelnden Bereiche hat die DGPPN in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie), DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) und DGGPP (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und- psychotherapie) sowie den Berufsverbänden BVDN (Berufsverband deutscher Nervenärzte), BVDP (Berufsverband deutscher Psychiater), BDN (Bund deutscher Neurologen), Deutscher Hausärzteverband und in Abstimmung mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und dem Kompetenznetz Demenzen das vorliegende IV-Rahmenkonzept zur Versorgung von Demenzpatienten entworfen.

Dieses Rahmenkonzept beinhaltet Diagnostik- und Behandlungspfade, wobei sich die Inhalte an den existierenden Leitlinien zur Demenzversorgung orientieren und im Konsens mit den o.g. Gesellschaften und Verbänden festgelegt wurden.

Es soll vorangestellt werden, dass aufgrund des hohen Anteils von Pflegeleistungen bei der Versorgung von Demenzpatienten eine wirklich umfassende integrierte Versorgung nur durch die Zusammenfassung von Krankenkassen- und Pflegekassenleistungen möglich erscheint, was bei der aktuellen IV Gesetzgebung innerhalb SGB V nicht realisiert werden kann.

1.1 Epidemiologie vom Demenzerkrankungen

In Deutschland leben zur Zeit circa 1 -1,5 Million Demenzkranke. Bei zwei Dritteln ist die Alzheimer Krankheit ursächlich für die Demenz. Da das Alter den wichtigsten Risikofaktor für Demenzerkrankungen darstellt, werden Prognosen zur Prävalenz maßgeblich aus der demografischen Entwicklung abgeleitet. Gemäß der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bis 2050 des Statistischen Bundesamtes wird die Anzahl der über 65-Jährigen aufgrund steigender Lebenserwartung von derzeit rund 13,4 Millionen (16% d. Bevölkerung) bis zum Jahre 2050 auf rund 21 Millionen (28% der Bevölkerung) ansteigen. Diese Entwicklung hat erhebliche Auswirkungen auf die geschätzte Zahl der Demenzkranken, so wird im Jahr 2050 von ca. 2,5 Millionen Patienten ausgegangen. Gleichzeitig entsteht durch abnehmende Geburtenraten ein Bevölkerungsrückgang in der jüngeren Generation, was zu erhebliche Problemen der Finanzierung der Versorgung von Demenzpatienten führen wird. Ziel von Behandlungsmodellen muss daher neben der qualitativen Versorgungsverbesserung auch der optimierte Einsatz vorhandener Ressourcen sein.

1.2 Aktuelle Versorgungssituation von Demenzpatienten

Zur Zeit besteht im Bereich der Diagnostik von Demenzerkrankungen in weiten Teilen eine verbesserungswürdige Versorgungssituation. Auf der einen Seite werden Demenzerkrankung oft erst im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf diagnostiziert. Die differentialdiagnostische Abklärung ist häufig unzureichend und die Patienten und Angehörigen werden nicht adäquat über die Diagnose und ihre Implikationen aufgeklärt werden. Gründe hierfür sind oft mangelnde Kenntnis von Versorgungsstrukturen auf Seite der Ärzte und Ängste, Unkenntnis und Schamgefühl aus Seiten der Betroffenen.

Andererseits werden aber auch wiederholte oder nicht erforderliche diagnostische Maßnahmen durchgeführt. Ursächlich hierfür sind oft diagnostische Unsicherheit und schlechter Datenaustausch zwischen den verschiedenen beteiligten Ärzten.

Im Bereich der Therapie ist die Forderung nach einer leitlinienorientierten Behandlung von Demenzpatienten bisher ebenfalls nicht zufriedenstellend umgesetzt. Eine spezifische medikamentöse Behandlung kommt nur einem Teil der Patienten zu. Gleichzeitig umfasst über die Hälfte des Verschreibungsvolumen zur Behandlung einer Demenz Medikamente ohne nachgewiesene Wirksamkeit. Ein großes therapeutisches Problem stellen ferner die psychiatrischen und neurologischen Begleiterkrankungen bei der Demenz dar. Diese werden bisher oft spät erkannt oder falsch behandelt, was wiederum zu einer stationären Krankenhauseinweisung führt, die bei früher und adäquater Intervention hätte vermieden werden können.

Nicht-pharmakologische Therapieangebote, die zunehmend wissenschaftlich evaluiert und angeboten werden, sind in den einzelnen Regionen nicht allen Versorgern bekannt und sehr schlecht aufeinander abgestimmt. Dies führt dazu, dass die potentiellen Effekte dieser Ansätze in Bezug auf Reduktion von z.B. psychiatrischen Begleiterkrankungen oder Erhalt von Alltagskompetenzen nicht genutzt werden.

Ein weiteres wichtiges Problem sind die körperlichen und psychischen Folgen der Demenz bei pflegenden Angehörigen (30-50% weisen eine klinisch signifikante Depression auf). Hauptursache ist eine Überforderung durch die häusliche Pflegesituation. Es kann davon ausgegangen werden, dass es durch eine optimierte, auch ambulante, Versorgung von Demenzpatienten ist zu einer psychischen und physischen Entlastung und damit voraussichtlich auch zu einer geringeren Morbidität der pflegenden Angehörigen kommt.

1.3 Zielsetzung der integrierten Versorgung

Ziel einer integrierten Versorgung (IV) ist sowohl die qualitative, wie auch die ökonomische Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzpatienten. Teilziele sind (1) eine Optimierung der Diagnostik unter Vermeidung überflüssiger Untersuchungen, (2) eine leitliniengestützte Behandlung unter Vermeidung nicht-wirksamer Therapien (hier ist anzumerken, dass bei Aufhebung des Patentschutzes der aktuell wirksamen Medikamente eine Kostenreduktion durch Generika, die dann bevorzugt verordnet werden, zu erwarten ist), (3) eine Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten durch Optimierung der ambulanten Diagnostik und Therapie, u.a. durch die Früherkennung und –behandlung von Krisensituationen, (4) ein möglichst langes Verbleiben im familiären Umfeld mit

Verzögerung der Pflegeheimweisung, (5) ein Schutz der Gesundheit der Angehörigen durch Optimierung der Therapie des Patienten und Verbesserung supportiver Strukturen, und zusammenfassend (6) die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und Angehörigen.

Dies erfordert die Integration der von verschiedenen Beteiligten angebotenen Leistungen im Rahmen eines sektorenübergreifenden Diagnose- und Therapiekonzeptes.

Die wesentlichen Teilnehmer an der integrierten Versorgung für Demenzerkrankungen sind Hausärzte, nervenärztlichen Fachärzte (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Neurologie und Nervenärzte) sowie spezialisierte Zentren (Gedächtnisambulanz/spezialisierte Praxis) bei entsprechenden lokalen Voraussetzungen. Ferner ist die Einbindung von Facharztpraxen mit der Teilgebietsbezeichnung Geriatrie sinnvoll. In jedem Fall sollten lokale Alzheimer Gesellschaften bzw. Angehörigengruppen eingebunden werden.

Entsprechend der lokalen Angebote sind weitere potentielle Partner psychiatrische und gerontopsychiatrische sowie neurologische Tageskliniken oder Krankenhausabteilungen, Pflegeheime, neuroradiologische Praxen oder Krankenhausabteilungen, neuropsychologisch arbeitende Psychologen und sozialpsychiatrische Dienste. Zusätzlich können behandlungsergänzende Leistungserbringer (z.B. ambulante Ergotherapie, Krankengymnastik) sowie Pflegedienste und Apotheken am IV Netz teilnehmen. Durch die Flexibilität, die die Gesetzgebung bei der Konzeption von IV Verträgen erlaubt, ist die Einbindung auch i.S. einer externen Partnerschaft möglich.

Die Unabhängigkeit aller Partner von Industrieförderern sollte gegeben sein.

Das hier vorliegende Rahmenkonzept umfasst die Versorgung von Demenzpatienten im ambulanten Bereich und skizziert Schnittstellen zur stationären Versorgung. Die Einbindung stationäre Leistungserbringer ist prinzipiell sinnvoll, um den geforderten sektorenübergreifenden Charakter des IV Netzes zu garantieren und qualitativ hochwertige stationäre Behandlungsplätze vorzuhalten. Gleichzeitig ermöglicht dies den lückenlosen Datenfluss zwischen ambulanter und stationärer und Behandlung. Es ist aber das Ziel, Demenzpatienten ambulant zu behandeln und eine stationäre Behandlung nur in Einzelfällen durchzuführen, was bei der entsprechenden Vertragsgestaltung berücksichtigt werden sollte.

In das IV Netz sollten prinzipiell Patienten in allen Stadien der Erkrankung, die die Kriterien einer Demenz nach ICD-10 bei Alzheimer Krankheit (F00), vaskulärer Demenz (F01), Demenz bei M. Pick (fronto-temporale Demenz) (F02.0) und Demenz bei Parkinson-Krankheit, inklusive Lewy-Körperchen Demenz (F02.3) erfüllen, aufgenommen werden.

In der Praxis wird es Patienten mit Demenzsyndromen im frühen Stadium geben, die nach Abschluss der standardisierten Diagnostik umklassifiziert werden (z.B. Leichte Kognitive Störung) oder bei denen sich eine Ätiologie der kognitiven Störung zeigt, die eine grundlegend andere Behandlung erfordern (z.B. chronisch subdurales Hämatom, Normaldruckhydrozephalus, „depressive Pseudodemenz“), und die daher das Netz wieder verlassen. Um auch bei diesen Patienten eine Diagnostik im IV Netz zu gewährleisten, sollte die Verdachtsdiagnose einer primären Demenz ausreichend sein, um in das Netz einzutreten.

Es kann ein modulares System zur Anwendung kommen, welches standardisierte Diagnostik bei kognitiver Störung mit dem Ziel der ätiologischen Diagnose als ein Modul und Therapie einer der o.g. Demenzerkrankung bei Erfüllung der diagnostischen Kriterien als zweites Modul enthält.

Die Qualitätssicherung ist ein zentraler Baustein des IV-Netzes und garantiert die Beibehaltung und ständige Verbesserung der Standards im Netz. Grundlage für die Qualitätssicherung ist ein umfassender Datentransfer innerhalb des Netzes mit einer zentralen Datenbank.

2. Vernetzung innerhalb der integrierten Versorgung

Die Arbeit des IV Netzes Demenz kann in die Bereiche ätiologische Diagnostik und Therapie unterteilt werden. Bei der ätiologischen Diagnostik handelt es sich im Regelfall um einen einmaligen Prozess, der zu Beginn der Versorgung geleistet wird, aber auch wiederholt werden kann, wenn im Laufe der Erkrankung neue Ereignisse oder Symptome auftreten (z.B. cerebrale Ischämie, Entwicklung eines Parkinsonsyndroms).

Die Therapie ist ein mehrjähriger Prozess, der eine laufende Evaluation und Anpassung an verschiedene Krankheitsstadien mit typischen Problemkonstellationen umfasst. Entsprechend sind neben einem möglichen modularen Aufbau des Netzes für beide Bereiche separate Schnittstellen zwischen den Partnern zu definieren.

2.1. Ätiologische Diagnostik

Das vorliegende Rahmenkonzept verfolgt im Bereich der ätiologischen Diagnostik im Wesentlichen zwei Ziele: (1) die Verbesserung der Identifikation von Demenzpatienten (2) die Etablierung eines aussagekräftigen diagnostischen Verfahrens.

Zentrale Partner des diagnostischen Prozesses sind die Hausärzte, die nervenärztlichen Fachärzte, die Gedächtnisambulanzen/spezialisierten Praxen und Fachärzte mit der Teilgebietsbezeichnung Geriatrie. Assoziierte mögliche Partner sind radiologische Praxen sowie gerontopsychiatrische, psychiatrische, neurologische, neuroradiologische und ggf. nuklearmedizinische Krankenhausabteilungen.

Im ersten Schritt soll eine Verbesserung der Identifikation von Patienten mit kognitiven Leistungsstörungen erreicht werden.

Diese Identifikation kognitiver Störungen ergibt sich aus den direkten Beschwerden des Patienten, der Fremdanamnese oder aus einem geriatrischen Assessment. Ein kurzes neuropsychologisches Verfahren (e.g. MMSE, Demtect) muss die kognitive Leistungsstörung abbilden. Wesentlich ist, dass alle Netzteilnehmer in der Identifikation von Frühsymptomen einer Demenz und in der Durchführung orientierender neuropsychologischer Tests in verpflichtenden Fortbildungen geschult werden.

Bei Vorliegen kognitiver Defizite führt der Arzt Untersuchungen zum Ausschluss anderer Ursachen durch (z.B. Anämie, Herzinsuffizienz, Diabetes, Medikamentennebenwirkungen). Die Durchführung dieser Untersuchungen in hausärztebasierten Versorgungsmodellen ist bei entsprechenden lokalen Gegebenheiten sinnvoll.

Sollte keine Ursache gefunden, bzw. durch eine Behandlung keine Besserung erreicht werden, wird die Verdachtsdiagnose einer primären Demenz gestellt. Ab diesem Zeitpunkt kann der Patient in das Netz eingeschrieben werden.

Nach Einschreibung in das Netz durchläuft der Patient eine standardisierte Diagnostik, die eine körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen und im Regelfall die cerebrale Bildgebung als Basisprogramm umfasst (s. Abbildung). Eine zerebrale Bildgebung wird als wesentlich in der Diagnostik angesehen, da Erkrankungen wie z.B. ein subdurales Hämatom, langsam wachsende Tumore oder eine Normaldruckhydrozephalus von primären Demenzerkrankungen klinisch nicht in jedem Fall unterschieden werden können und die therapeutischen Intervention grundlegend andere sind. Die Beurteilung des Ausmaßes einer vaskulärer Schädigung bzw. Atrophie ist außerdem relevant für die ätiologische Zuordnung, mögliche erweiterte Diagnostik, Therapieplanung und Prognose. Bei Patienten, bei denen die therapeutischen Konsequenzen in Frage stehen, kann unter dem Gesichtspunkt der

Zumutbarkeit ggf. auf eine cerebrale Bildgebung verzichtet werden. Wesentlich ist, dass im Netz Protokolle bzgl. Datenerhebung und Befundformulierung festgelegt werden.

Nach Abschluss der Basisdiagnostik sollte im Regelfall eine ätiologische Zuordnung der Demenz getroffen werden können.

Bei bestimmten Konstellationen wird eine weitergehende Diagnostik notwendig sein, wie z.B. eine ausführlichere neuropsychologische Testung, erweiterte Laboruntersuchungen (u.U. inklusive Liquordiagnostik), erweiterte Bildgebung (z.B. MRT) oder die Vorstellung bei einem anderen Netzpartner (z.B. bei Parkinsonsyndrom, schwere psychiatrische Syndrome, wie Wahn oder Aggressivität, Multimorbidität). Diese erweiterte Diagnostik sollte im Netz standardisiert sein und die Abläufe sollten zwischen den beteiligten Netzwerkpartnern festgelegt werden. Abbildung 1 stellt ein mögliches Ablaufschema graphisch dar.

Die Mitteilung über die gestellte Diagnose muss durch den Arzt persönlich erfolgen. Sie wird in Verbindung mit einem Beratungsgespräch möglichst zusammen mit Angehörigen erfolgen. Sie umfasst allgemeine Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten, individuelle Beratung unter Berücksichtigung der Biographie und aktuellen Lebenssituation und Aufklärung über den Ablauf der Behandlung im IV-Netz sowie über lokale Hilfsangebote (Alzheimer Gesellschaft, kommunale Beratungsstellen etc.). Hierfür soll ein expliziter Leitfaden innerhalb des Netzes formuliert werden, der Teil qualitätssichernder Maßnahmen ist. Das Aufklärungsgespräch muss dokumentiert werden und die Dokumentation muss den Netzwerkpartnern zugänglich sein.

Es soll eine Struktur geschaffen werden, die ein zügiges Durchlaufen des diagnostischen Prozess von der Erstvorstellung bis zur Diagnoseübermittlung ermöglicht.

Wesentlich ist, dass durch eine zentrale Datenbank die erhobenen Befunde über den Patienten und die abschließende Diagnose allen Netzpartnern, die diesen Patienten betreuen, zur Verfügung stehen, um eine Doppeldiagnostik zu vermeiden.

Nach Beendigung des diagnostischen Prozesses verbleibt der Patient im Regelfall beim Arzt seines Vertrauens. Die Entscheidung, welcher Arzt innerhalb des Netz den Patienten weiter betreut, obliegt dem Patienten.

2.2 Therapeutische Pfade

Die wesentlichen Ziele des therapeutischen Prozesses im IV-Netz sind (1) die Anwendung leitlinienorientierter Therapie, (2) Therapieevaluation, (3) Vermeidung unwirksamer Therapien und (4) frühzeitige Behandlung neurologisch-psychiatrischer Begleiterkrankungen.

Die Behandlung orientiert sich an einer gemeinsamen Leitlinie, z.B. entsprechend Abbildung 2. Modifikation von Leitlinien des Netzes sollen immer möglich sein, um sich aktuellen Empfehlungen anzupassen. Es gibt im therapeutischen Prozess Bereiche, für die keine ausreichenden Evidenzkriterien vorliegen und die in verfügbaren Leitlinien nicht zufrieden stellend abgebildet sind, wie z.B. Therapieabbruch, -umstellung und Kombinationsbehandlungen. Hier sollte versucht werden innerhalb des Netzes unter Einbindung aller relevanten Partner Festlegungen zu entwickeln.

Therapieverlaufsdokumentation

Um Therapieentscheidungen transparent zu machen, ist der Behandlungsverlauf vom behandelnden Arzt in definierten Abständen (z.B. alle 6 Monate) mit geeigneten Instrumenten zu dokumentieren. Die verwendeten Instrumente sollten sowohl die Kognition, wie auch die Alltagsfunktionen und den klinischen Gesamteindruck des Patienten abbilden (z.B. MMSE, GDS, s.a. EBM Ziffer 03341). Die Kriterien, die einen Therapieerfolg definieren, müssen im Netz festgelegt werden, sofern sie nicht explizit in Leitlinien dargestellt sind. Je nach interner Vereinbarung kann bei bestimmten Fragestellungen auch eine aufwendigere Untersuchung in z.B. nervenärztlichen Facharztpraxen oder der Gedächtnisambulanz/spezialisierte Praxis als Therapieerfolgskontrolle angewendet werden.

Die Möglichkeit aufsuchender Assessments sollte innerhalb von Vertragsausgestaltungen geschaffen werden, um durch Untersuchung im heimischen Umfeld wichtige Zusatzerkenntnisse über mögliche krankheitsstabilisierenden Behandlungsmassnahmen zu gewinnen.

Wichtig ist, dass die Behandlungsdokumentation allen beteiligten Ärzten zugänglich ist und dass definiert wird, in welcher Form und durch Einbindung welcher Partner Entscheidungen gefällt werden. Es sollte sichergestellt werden, dass grundsätzliche therapeutische Entscheidungen immer durch die wesentlich an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzte und den Patienten, ggf. nach Patientenverfügung bzw. vertreten durch den gesetzlichen Betreuer getroffen werden. Ethisch schwierige und nicht konsensuelle Entscheidungen sollten in Fallkonferenzen diskutiert werden. Die Gründe für schwerwiegende Entscheidungen sind zu dokumentieren.

Psychiatrische und neurologische Komorbidität

Psychiatrische oder neurologische Begleitsymptome können im Verlauf der Erkrankung auftreten. Ziel ist die frühzeitige Diagnostik und Therapie, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Daher sollen alle Netzpartner in verbindlichen Fortbildungen bzgl. erster Hinweise auf neurologische oder psychiatrische Begleiterkrankungen geschult werden.

Depressive Syndrome können von dem Hausarzt entsprechend Leitlinien medikamentös behandelt werden. Kommt es nach einem Behandlungsversuch nicht zu einer Besserung, sollte die Zuweisung zum nervenärztlichen Facharzt zur Initiierung einer weitergehenden Behandlung erfolgen. Schwere psychiatrische oder neurologische Komplikationen sollten durch nervenärztlicher Fachärzte behandelt werden. Entsprechende Zuweisungspfade sollten im Netz definiert werden. Die nervenärztliche Behandlung schwerwiegender psychiatrischer oder neurologischer Komplikationen erfordert auch die Betreuung im Verlauf, so dass auch eine nervenfachärztliche Betreuung zu Hause und in Pflegeheimen innerhalb des Netzes sichergestellt werden sollte. Die neurologisch-psychiatrische Pharmakotherapie sollte Bestandteil der IV-Netz Leistungen sein, damit eine qualitätsorientierte, kontrollierte und für alle transparente Behandlung gewährleistet ist.

Bei schweren neurologisch-psychiatrischen Störungen (Delir, schwere Depression, schweres Parkinsonsyndrom) ist ggf. eine stationäre Behandlung im Rahmen des IV-Netzes oder durch assoziierte externe Partner indiziert. Detaillierte Regelungen zur Vergütung stationärer Leistungen muss das jeweilige konkrete Netz aufgrund der regionalen stationären Versorgungsstruktur vereinbaren. Durch die Vorhaltung der ambulanten Netzstrukturen soll in jedem Fall eine Verkürzung der stationären Behandlung ermöglicht werden.

Nicht-pharmakologische Behandlung

Die nicht-pharmakotherapeutische Behandlung von Demenzpatienten nimmt einen hohen Stellenwert ein, insbesondere bei der Reduktion von psychiatrischen Symptomen (u.a. durch stützende ärztliche Gesprächsführung, Milieuthherapie und kognitive und körperliche Aktivierung im Rahmen von Ergo- und Physiotherapie auf Seiten der Patienten und Psychoedukation und ggf. stützende Psychotherapie auf Seiten der Angehörigen). Eine wesentliche Funktion kommt hier dem behandelnden Arzt zu, der entsprechend der im IV Netz verbindlichen Schulungen berät und diese Beratungen dokumentiert.

Es ist zwingend erforderlich, vorhandene Strukturen für Angehörige zu integrieren bzw. neu zu etablieren, falls keine vorhanden sind. Die Angehörigenarbeit muss Angehörigengruppen, aber auch professionell geleitete Schulungen umfassen. Dadurch kann eine Stabilisierung des Krankheitsverlaufs, Erhalt von Alltagskompetenzen und Erhöhung von Lebensqualität des Patienten und der Angehörigen erreicht werden. Es sollte angestrebt werden, diese Leistungen in den teilnehmenden Praxen zu realisieren.

Das ambulante Angebot weiterer Therapien ist in den verschiedenen Regionen sehr variabel, so dass in diesem Rahmenkonzept keine spezifischen Anbieter aufgeführt werden können. Solche Anbieter können z.B. die regionalen Alzheimer Gesellschaften, ambulante Therapeuten, gerontopsychiatrische Dienste oder andere Einrichtungen von Trägern der überörtlichen Wohlfahrtspflege sein. Es wird empfohlen in Abhängigkeit der jeweiligen lokalen Angebotsstruktur diese Anbieter zu integrieren, wobei Verfahren zur Anwendung kommen sollten, für die es Wirksamkeitsevidenz gibt.

Im weiter fortgeschrittenen Krankheitsstadium ist es sinnvoll, lokale Angebote aus dem Bereich der Tagespflege/Tagesklinik und ambulante Pflegedienste zu assoziieren. Heime können im Fall demenzspezifischer Angebote ebenfalls assoziiert werden.

Inwieweit diese Leistungen auch finanziell in das Vergütungssystem der IV integriert werden können, müssen die Partner vorab festlegen. Nicht-kommerzielle Leistungen, wie Selbsthilfegruppen und kommunale Beratung soll der Patient mit seinen Angehörigen selbstständig aufsuchen. Die Information über diese Angebote und die Teilnahme ist vom behandelnden Arzt zu dokumentieren.

Patienten des Netzes erhalten ein Informationsblatt über die Versorgungsleistungen und über die Bedingungen, die mit der Einschreibung in das Netz verbunden sind.

Eine graphische Darstellung des therapeutischen Ablaufs ist im Anhang beigelegt.

3. Qualitätssicherung

Zum Erreichen der zentralen Ziele eines IV-Netzes (Versorgungsverbesserung und Wirtschaftlichkeit) ist ein Qualitätsmanagement, das auch in den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die IV explizit gefordert ist, notwendig. Ziel der Qualitätssicherung ist die Gewähr der Einhaltung von definierten Diagnostik- und Therapiepfaden mit festgelegter Dokumentation und die kontinuierliche Anpassung der Prozesse im Netz an neue Leitlinien und evidenzbasierte Empfehlungen. Die Qualitätssicherung umfasst daher die Festlegung des leitliniengestützten Diagnostik- und Therapieabläufen, die Dokumentation,

inklusive entsprechender Qualitätsindikatoren, die Gewährleistung und Kontrolle des Datenflusses, die regelmäßige Datenanalyse mit Qualitätsbericht und die Organisation von Fortbildungen. Den Gedächtnisambulanzen / spezialisierten Praxen kann bei der Qualitätssicherung eine koordinierende Aufgabe zukommen. Diese kann u.a. die Initiierung von Modifikationen im Diagnostik- und Therapieablauf entsprechend der Leitlinienweiterentwicklung, die zentrale Erfassung und regelmäßige Analyse von Daten, inklusive des Qualitätsberichts und die Organisation von Fortbildung umfassen. Analog zu netzinternen Fortbildungen können auch qualitätsgesicherte Fortbildungsmaßnahmen, z.B. des Instituts für Hausärztliche Fortbildung (IHF), als qualitätssichernde Bausteine verwendet werden.

3.1 Leitlinien

Ziel der IV ist die standardisierte Diagnostik und Therapie von Demenzpatienten entsprechend definierter Behandlungspfade und Leitlinien. Abbildung 1 und 2 skizzieren diagnostische und therapeutische Pfade. Die detaillierte Definition der Schritte richtet sich nach aktuellen Leitlinienaussagen, die u.a. gegenwärtig entwickelt werden.

In der Versorgungspraxis existieren ferner verschiedene Fragestellungen, zu denen keine konkreten Stellungnahmen vorliegen (z.B. Indikatoren für Therapiedauer oder –abbruch, Medikamentenumstellung). Hier sollten im IV Netz Festlegungen getroffen werden, die sich am aktuellen Stand des Wissens orientieren. Den Gedächtnisambulanzen/spezialisierte Praxis kann hier die Aufgabe der ständigen Aktualisierung der Leitlinien innerhalb des Netz im Rahmen von Konsensusfestlegungen mit den Netzpartner zukommen.

3.2 Dokumentation

Die Dokumentation im IV Netz sollte standardisiert, aussagekräftig und zeitökonomisch sein. Sie wird innerhalb des Netzes für alle Beteiligten verbindlich festgelegt und sollte neben einer soziodemographischen und medizinischen Basisdokumentation die diagnostischen und therapeutischen Pfade abbilden. Sie sollte die Diagnose inklusive Schweregrad und den Behandlungsverlauf mit Maßnahmen und Ergebnis dokumentieren.

3.3 Datenfluss

Entscheidend für eine Versorgungsoptimierung ist ein lückeloser Datenfluss zwischen den einzelnen Netzpartnern. Zur technischen Gewährleistung ist ein IT System zu empfehlen. Alternativ müssen IT-unabhängige Informationsflussabläufe verbindlich festgelegt werden. Ziel des Datenflusses ist die Möglichkeit, dass jeder Beteiligte auf die Informationen, die über einen Patienten im Netz vorliegen, zugreifen kann. Dies kann nur mit einer zentralen Datensammlung erreicht werden. Die zentrale Datensammlung kann in der Gedächtnisambulanz/spezialisierte Praxis realisiert werden. An dieser Stelle kann auch die Kontrolle der Eingabe bzgl. geforderter Inhalte und Frequenzen erfolgen. Anhand dieser zentralen Datenbank ist die Erstellung von Qualitätsberichten durch die Gedächtnisambulanz/spezialisierte Praxis mit Angaben zu z.B. Anzahl der Patienten, Diagnoseverteilung, Therapieverlaufs usw. möglich. Die Organisation der zentralen Datenbank, die eventuell mit einer zentralen Mittelvergabe kombiniert werden kann, muss in der Finanzierung des Netzes berücksichtigt werden.

3.4 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind zu erfassende Variablen, die die Struktur des Netzes, die Behandlungsabläufe und die Qualität des Ergebnisses widerspiegeln. Die Erfassung und Analyse dient der Beurteilung der Struktur des Netzes, der Versorgungsqualität und der Identifizierung von Problemen.

Beispiele von Qualitätsindikatoren in der integrierten Versorgung

Struktur

Netzbezogen

Anzahl und Qualifikation der beteiligten Partner

Patientenbezogen

Anzahl und soziodemographische Daten

Demenz- und Komorbiditätsdiagnosen (ICD-10)

Schweregrad (leicht, mittel, schwer, MMSE)

Prozess

Zuweisung zwischen den Netzpartnern

Diagnosesteller

Eingesetzte diagnostische Verfahren

Therapeutische Verfahren (pharmakologisch / nicht – pharmakologisch)

Ergebnis

Netzbezogen

Interaktionsfrequenz zwischen Netzpartnern

Zufriedenheit der Netzpartner

Patientenbezogen

Verlauf von Behandlungen

Einsatz von z.B. Psychopharmaka

Patientenzufriedenheit / -compliance

Angehörigenzufriedenheit

Stationäre Aufnahmen

Pflegeheimeinweisungen

3.5 Fortbildung

Ziel der Fortbildung im IV Netz Demenzen ist die stetige Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung von Demenzpatienten. Daher ist für eine ständige regelmäßige Aktualisierung des Wissens aller Netzpartner und der angewandten Konzepte Sorge zu tragen. Den Gedächtnisambulanzen/ Schwerpunktpraxen kann hierbei die Aufgabe der Organisation zukommen, wobei sich alle Netzwerkpartner inhaltlich an den Fortbildungen beteiligen sollten. Fortbildungsmaßnahmen können auch durch Veranstaltungen, z.B. des IHF erfolgen. Die Fortbildungsmaßnahmen umfassen regelmäßige Veranstaltungen zu allen Teilbereichen der Netzwerktätigkeit in Form von zertifizierten Veranstaltungen, Fallkonferenzen, Qualitätszirkeln und Konferenzen zur Optimierung der Netzabläufe. Fallkonferenzen und Qualitätszirkel sollen quartalsweise stattfinden.

Ätiologische Diagnostik

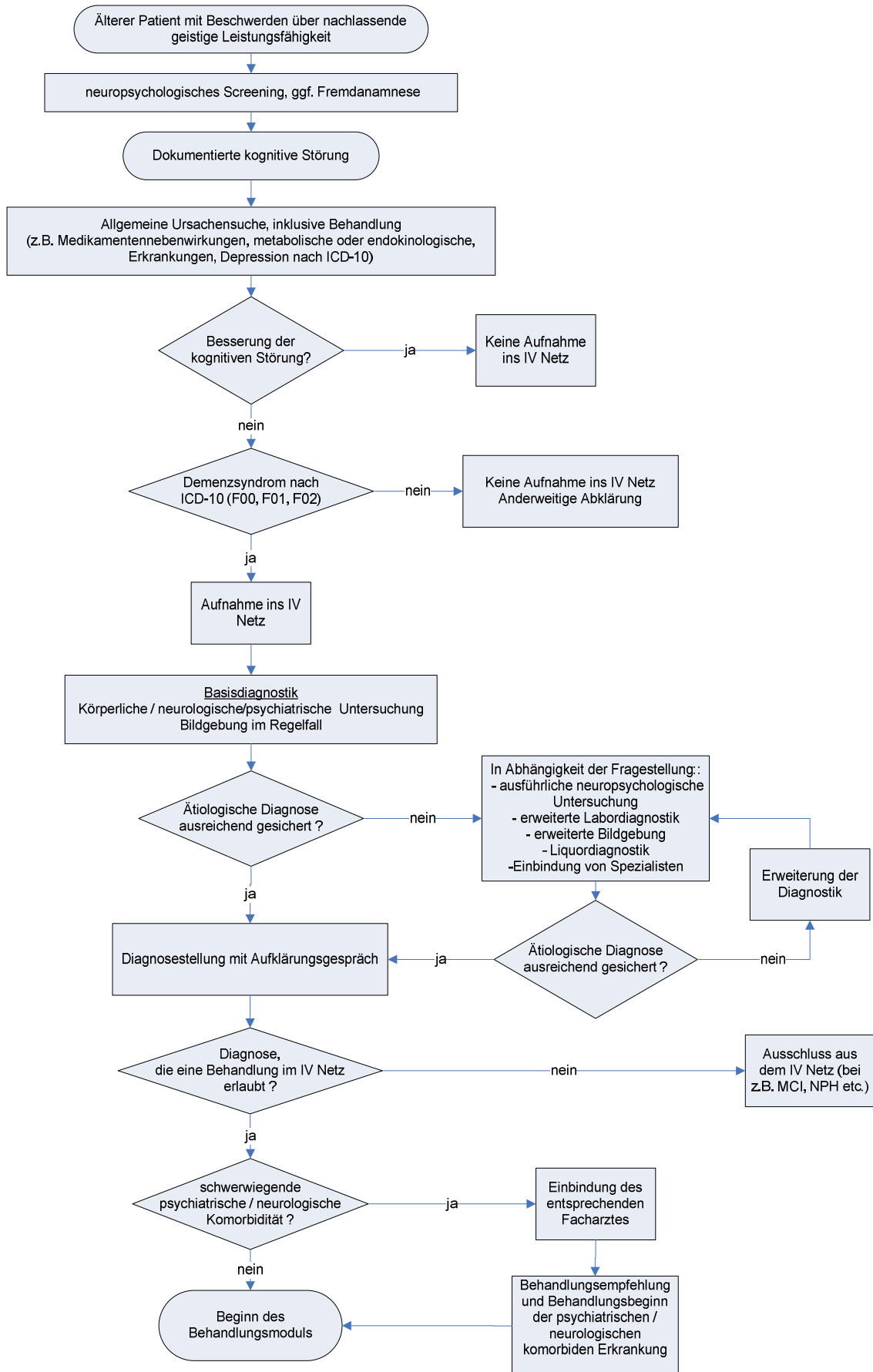


Abbildung 2: Therapie

