

Bedeutung der HausärztInnen

Andreas Fellgiebel

Herausforderungen regionaler Demenzversorgung

Nur etwa die Hälfte der Menschen mit Demenz hat Demenzdiagnose.

Demenzdiagnose wird oft erst gestellt, wenn die Versorgung auf der Kippe steht.

Hausärzte agieren aufgrund von Unsicherheiten, wahrgenommenen oder befürchteten Risiken und Belastungen bei der Demenzdiagnostik und -therapie sehr zurückhaltend
(Befragung von 425 Hausärzten in RLP: Wangler, Fellgiebel, Jansky, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2018).

Versorgungsbedarfe sind bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nicht selbstevident. Sie unterscheiden sich stark interindividuell und entlang des Erkrankungsverlaufes.

„Versorgungskrisen“ führen bei Menschen mit Demenz oft zu stationären Einweisungen und/oder Psychopharmaka-Medikation und können im ambulanten System weder vermieden noch aufgefangen werden.

Demenzversorgung: Bedarfe entlang des Erkrankungsverlaufes

Versorgungsebene	Allgemeine Maßnahmen und Prävention	Frühes Erkrankungsstadium	Fortschreitender Verlauf	Am Ende des Lebens
Medizinisch	<p>Präventive Beratung Lebensstil, Risikofaktoren, Resilienz Schulungen Ärzt:innen, Pflege, MFAs</p>	<p>Frühe Diagnostik, Medizinische Therapie Sekundär- und Tertiär-Prävention</p>	<p>Patienten-zentriert Behandlung von Ko-Morbiditäten, Komplikationen, Tertiär-Prävention</p>	<p>Patienten-zentrierte, palliative Versorgung</p>
Psycho-sozial	<p>Entstigmatisierung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung</p>	<p>Beratung und Begleitung Von Patient:innen und Angehörigen, dyadisches Stressmanagement, Monitoring Versorgungsbedarf, Stärkung Resilienz</p>	<p>Umgang mit Demenzbedingten Belastungen, Ressourcenorientierte Aktivierung</p>	<p>Organisation / Finanzierung von Hilfen zur Unterstützung und Entlastung</p>
Regional-öffentlich	<p>Informationen über Krankheitsbild und Möglichkeiten von Prävention, Diagnose, Therapie</p> <p>Inklusion und Teilhabe</p>	<p>Unterstützende Strukturen und Angebote Pflegestützpunkte, Case Management, ambulante Dienste, Ehrenamt, Hilfen Zur Entlastung, Inklusion u. Teilhabe, Wohnen</p>	<p>Unterstützende Strukturen und Angebote Pflegestützpunkte, Case Management, ambulante Dienste, Ehrenamt, Hilfen Zur Entlastung, Inklusion u. Teilhabe, Wohnen</p>	<p>Unterstützung ambulante Palliativversorgung</p> <p>Hospizplätze</p>

Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz

Dementia Diagnosis in General Practitioner Care – Attitudes, Procedures and Challenges from the Perspective of General Practitioners in Rhineland-Palatinate

Autoren
Julian Wangler¹, Andreas Fellgiebel², Michael Jansky¹

Dtsch Med Wochenschr 2018; 143: 1–7

- **Arzt-Patient-Kommunikation:** Die Rollenkonstellation im Umgang mit Demenzpatienten wird tendenziell als spannungsreich erlebt, v. a. mit Blick auf die Aufklärung über die Diagnose sowie die längerfristige Sicherstellung der Compliance.
- **Honorierung und Anreize:** Eine deutliche Mehrheit der Befragten sieht bislang zu geringe Anreize, die Demenzdiagnostik konsequent einzusetzen.
- **Rolle des Praxispersonals:** Nur ein kleiner Teil der Hausarztpraxen verfügt über geschultes Personal zur Durchführung der Demenzdiagnostik. Infolgedessen ist die Rolle des Praxispersonals etwa bei der Früherkennung vergleichsweise schwach ausgeprägt.
- **Geriatrische Weiterbildung:** Es fällt auf, dass Hausärzte ohne geriatrische Weiterbildung im Vergleich mit dahingehend fortgebildeten Kollegen in geringerem Ausmaß Demenzscreenings durchführen, seltener über geschultes Praxispersonal verfügen und Hinweise des Praxispersonals weniger stark bei der Demenzerkennung berücksichtigen.
- **Kooperation mit regionalen Versorgungsakteuren:** Weniger als die Hälfte der Befragungsteilnehmer arbeitet mit Versorgungsdiensten aus der Umgebung zusammen. Die Mehrheit der Hausärzte hat den Eindruck, sich nicht gut genug mit regional verfügbaren Versorgungsangeboten auszukennen.

Frühe Diagnostik beim Hausarzt und psychosoziale Unterstützung von PatientInnen und Angehörigen

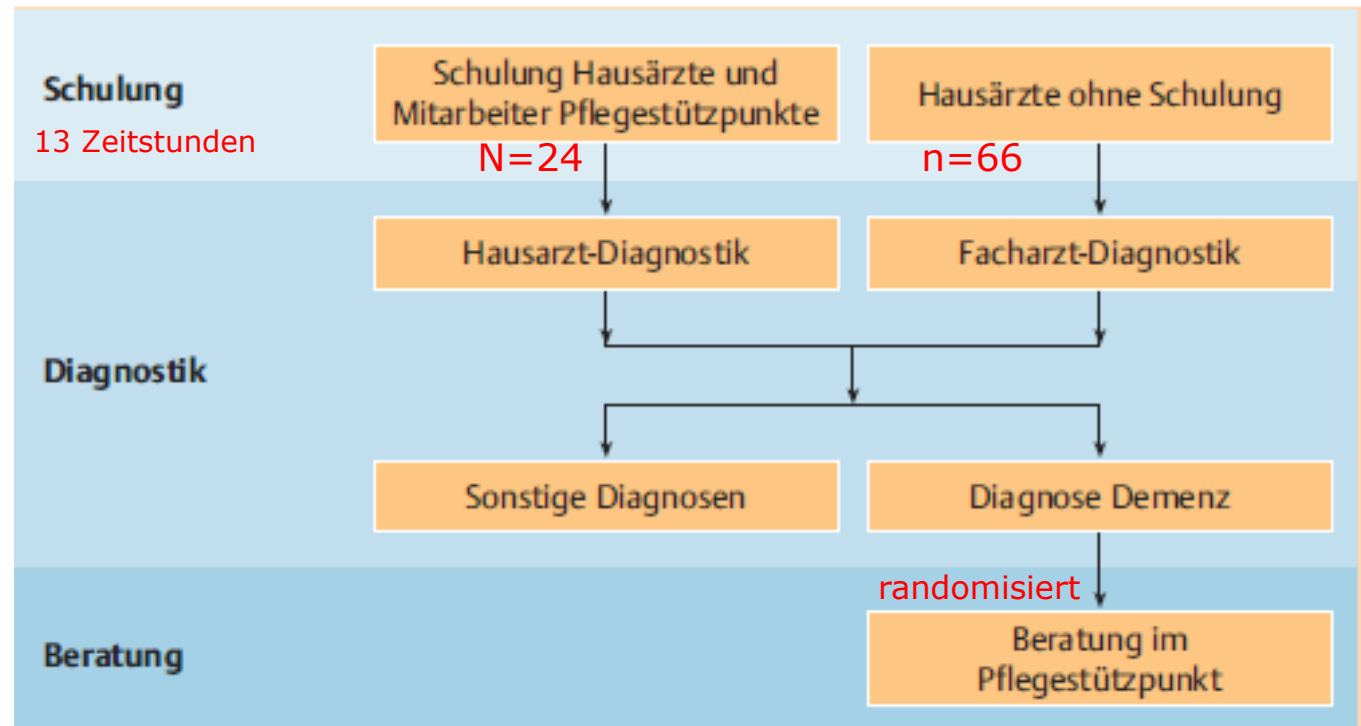
Verbesserte ambulante Demenzversorgung Das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Modellprojekt „start-modem“

Improving General Practitioners guided dementia care:
the pilot project start-modem in Rheinland-Pfalz, Germany

Autoren N. Laux¹ H. Melchinger² A. Scheurich¹ I. Schemuly¹ I. Germann³ S. Hilgert³ K. Lieb¹ A. Fellgiebel¹

Institut ¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
² Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover
³ Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.

Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 2175–2180



	SD-Hausärzte	ZW-Hausärzte	Gesamt
Patienten und Angehörige gesamt			
Anzahl Patienten (w)	86 (45)	70 (44)	156 ¹ (98)
	MW ± SD		
Alter der Patienten (Jahre)	75,6 ± 9,2	75,3 ± 9,4	75,5 ± 9,3
Alter der Angehörigen (Jahre)	63,9 ± 13,5	62,1 ± 14,0	63,1 ± 13,7
Patienten mit Demenzdiagnose			
Anzahl Patienten (w)	49 (29)	43 (27)	92 (56)
	MW ± SD		
Alter der Patienten	79,2 ± 6,3	78,8 ± 5,8	79,4 ± 6,1
MMST	21,2 ± 5,9/ 19,8 – 23,0	19,3 ± 6,0/ 17,5 – 21,2	20,3 ± 6,0/ 19,3 – 21,7

- Verbesserung der leitliniengerechten Basisdiagnostik
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten

Hausarztbasierte Demenzversorgung: Effektivität früher psychosozialer Beratung der Angehörigen

Effectivity of early psychosocial counselling for family caregivers in general practioner based dementia care

Autoren

K. Geschke¹ A. Scheurich¹ I. Schermuly¹ N. Laux¹ A. Böttcher¹ A. Fellgiebel¹

Institut

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 2201–2206

- In der Katamnese: signifikant weniger Depressionsentwicklungen bei initial beratenen Angehörigen 1,5 Jahre nach Beratung im Vergleich zu Angehörigen der Kontrollgruppe

Hausarzt-basierte Demenzversorgung: Versorgungskrisen vermeiden oder ambulant meistern

Versorgungskrise = oft Indikation für stationäre Einweisung
(da keine systematischen ambulanten Interventions-
bzw. Unterstützungsmöglichkeiten)

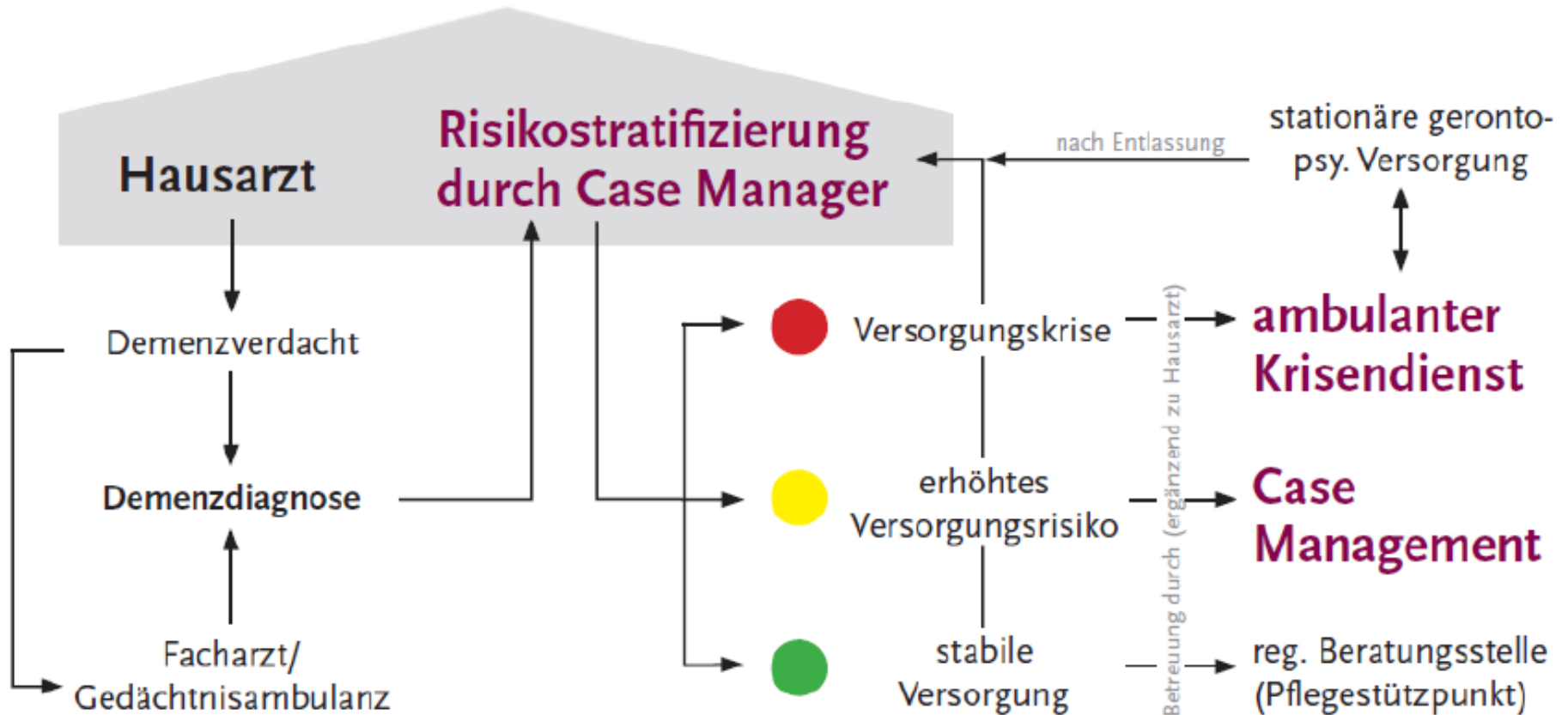
Neben zunehmenden kognitiven Defiziten droht eine Versorgungskrise bei:

- **„Verhaltensstörung“ Patient**
 - keine nicht-medikamentösen Therapien ambulant verfügbar
 - keine adäquate ambulante Diagnostik

→ **häufig probatorisch Psychopharmaka oder stationäre Einweisung**
- **Erschöpfung pflegender Angehöriger (droht)**
 - keine präventive Begleitung oder Mitbehandlung ambulant verfügbar

→ **häufig stationäre Einweisung**

**Keine systematische, valide Bedarfsermittlung auf Hausarztebene
verfügbar („Stratifizierung“ des Versorgungsrisikos)**



Hausarzt-basiert (in der Regelversorgung basal verankert)

Enge Zusammenarbeit von spezialisierter Casemanagerin und Hausarzt

Zeitnahes Assessment: Bedarfe und Versorgungsrisiken, auch Resilienz und Belastung Angehörige

Im Falle der Krise: zeitnahe, bedarfsgerechte Intervention ambulant

Ergebnisse

Interventionsgruppe

	Patienten	Angehörige
Anzahl	125	118
Geschlecht (w/%)	77/ 64%	81/ 69%
Alter (Jahre \pm SW)	81,5 \pm 7,2	65,6 \pm 11,4

Kontrollgruppe I

	Patienten	Angehörige
Anzahl	34	32
Geschlecht (w/%)	20/ 77%	24/ 81%
Alter (Jahre \pm SW)	80,3 \pm 7,3	64,4 \pm 12,7

DemStepCare: Risikostratifizierte Unterstützung der ambulanten Demenzversorgung – Bewertung aus hausärztlicher Perspektive

DemStepCare: Risk-stratified support for primary care-based dementia care – evaluation from general practitioner's view



Psychiat Prax 2024
DOI 10.1055/a-2286-1557

Autorinnen/Autoren

Katharina Geschke^{1, 2*}, Julian Wangler^{3*} , Fabian Klein⁴, Alexandra Wuttke-Linnemann^{2, 5}, Erik Farin-Glattacker⁶, Michael Löhr⁷, Michael Jansky^{3#}, Andreas Fellgiebel^{2, 8#}

► **Tab. 1** Quantitative hausärztliche Befragung, Zeitpunkte und Komponenten.

Messzeitpunkt	Abschnitt im Projekt	Ermitteltes Konstrukt
t0	vor Beginn der Schulung der Ärzt*innen und vor der Intervention	Motivation und Gründe der Projektteilnahme; Demenzsensibilität (auch zwecks Stratifizierung in IG und KG)
t1	12 Monate nach Abschluss der Schulung der Ärzt*innen	Zufriedenheit und Nutzenbewertung bzgl. der Intervention sowie Projekterfahrung; Demenzsensibilität
t2	am Ende der Interventionsphase (nach 39 Monaten Intervention)	Zufriedenheit und Nutzenbewertung bzgl. der Intervention sowie Projekterfahrung; Demenzsensibilität

Frage: Wie viel hat Ihnen die bisherige Teilnahme an DemStepCare gebracht in Bezug auf... (0= „Nichts gebracht“ bis 10= „Sehr viel gebracht“); dargestellte Ergebnisse: Mittelwert (Median)

Zeitpunkt Anzahl Probanden (n)	t1 IG (n= 18)	t1 KG (n= 16)	t2 IG (n= 20)	t2 KG (n= 14)
Erhöhung der Versorgungsstabilität	7,5 (8,0)*	3,5 (3,0)*	6,9 (8,0)*	3,3 (2,5)*
Vermeidung stationärer Aufnahmen	6,8 (8,0)*	2,2 (1,0)*	6,5 (8,0)*	3,0 (3,0)*
Verbesserung der Lebensqualität von Demenzpatient*innen	6,8 (8,0)*	2,9 (3,0)*	7,2 (8,0)*	3,4 (2,5)*
Reduktion der Belastung pflegender Angehöriger	7,1 (8,0)*	3,2 (3,0)*	6,9 (8,0)*	3,8 (4,0)*

► **Tab. 3** Subjektive Kompetenzeinschätzung bei diagnostischem und therapeutischem Vorgehen; Antwortmöglichkeiten: 0 = „Gar nicht gut“ bis 10 = „Sehr gut“; dargestellte Ergebnisse: Mittelwert (Median).

Erhebungszeitpunkt	t0	t0.K	t0.K IG	t1 IG	t1 KG	t2 IG	t2 KG
Stichprobengröße (n)	62	34	18	18	16	20	14
Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des diagnostischen Vorgehens bei Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?	5,5 (6,0)	5,3 (6,0)	6,7 (7,0)	7,7 (8,0)*	5,2 (5,0)*	7,0 (7,0)	5,9 (6,0)
Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des therapeutischen Vorgehens und dem Management von Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?	5,3 (5,0)	5,1 (6,00)	6,3 (6,5)	7,2 (8,0)*	4,6 (4,0)*	6,6 (7,0)	6,3 (6,5)
Was würden Sie sagen: Wie gut sind Sie mit der S3-Leitlinie zur Demenzdiagnostik und -therapie vertraut?	4,1 (4,0)	4,2 (4,0)	5,3 (5,0)	6,2 (6,5)	4,4 (5,0)	4,9 (5,0)	5,3 (5,0)
Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine leitliniengerechte Demenzdiagnose zu stellen? (Gemeint ist die S3-Leitlinie.)	3,9 (4,0)	3,9 (4,0)	5,1 (5,0)	6,2 (6,5)*	3,9 (3,5)*	5,7 (6,0)	4,0 (4,0)
Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine Demenzerkrankung leitliniengerecht zu managen, also mit therapeutischen und medikamentösen Maßnahmen zu begleiten? (Gemeint ist die S3-Leitlinie.)	4,2 (4,0)	4,3 (4,5)	5,3 (6,0)	6,1 (6,0)	4,3 (4,0)	5,5 (6,0)	4,0 (4,0)

t0= vor Schulung der Ärzt*innen bzw. Intervention; t1 = 12 Monate nach Abschluss der Schulung der Ärzt*innen; t2 = am Ende der Interventionsphase nach 39 Monaten; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; t0.K weist nur diejenigen Ärzt*innen aus, die auch zum Zeitpunkt t1 den Fragebogen ausgefüllt haben. * signifikanter Unterschied zwischen IG und KG zum jeweiligen Zeitpunkt ($p < 0,01$)

Fazit

HausärztInnen sind eine wichtige Schnittstelle zur frühen Demenzdiagnostik bedarfsgerechten psychosozialen Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Schulungen der Hausärzte und ihrer MFAs zur Diagnostik und psychosozialen Versorgung sind effektiv.

Zusammenführung von hausärztlicher Versorgung und regionaler psychosozialer Beratung/Unterstützung ist notwendig.

Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch ein bedarfsgerechtes, aufsuchendes, pflegerisches Case Management hilft, Versorgungskrisen präventiv zu vermeiden oder diese ambulant zu entaktualisieren.

Danke für die Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. Andreas Fellgiebel

Chefarzt Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT

Akademisches Lehrkrankenhaus

Landgraf-Georg-Straße 100

64287 Darmstadt

E-Mail: andreas.fellgiebel@agaplesion.de

Gründungsdirektor

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Zentrale Forschungseinheit für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA)

[ZpGA | Übersicht \(unimedizin-mainz.de\)](https://www.unimedizin-mainz.de)