



Bundesministerium
für Gesundheit



Evaluation von Versorgungsstrukturen im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“

DemenzNetz Aachen

Förderung von Frühdiagnostik und häuslicher Versorgung

Bericht über die HausärztInnen-Befragung

Prof. Dr. Liane Schirra-Weirich
Katholische Hochschulen NRW, Abteilung Aachen

Stand: August 2011

Inhalt:

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
1. Einleitung	5
2. Methodische Vorbemerkungen	5
2.1. Stichprobe	5
2.2. Soziodemografische Daten zur Stichprobe	7
3. Hausärztliche Leistungen im Kontext der Demenz-Versorgung	11
4. Kooperationen zwischen der hausärztlichen Praxis und dem Versorgungsnetzwerk	19
4.1. Kooperation zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Ambulanz	20
4.2. Informationsaustausch zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Ambulanz	24
4.3. Kooperation zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle	26
4.4. Informationsaustausch zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle	29
5. Qualitätszirkel als Element der Netzwerkversorgung	30
5.1. Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätszirkel	34
6. Demenz als Herausforderung für die hausärztliche Tätigkeit	38
7. Demenzversorgung: Eine Kombination medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Aufgaben	42
8. Fazit	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wege der Rücksendungen.....	7
Abbildung 2:	Altersstruktur der befragten Hausärztinnen	7
Abbildung 3:	Räumliche Verteilung der HausärztInnen	8
Abbildung 4:	Dauer der hausärztlichen Tätigkeit	9
Abbildung 5:	Anteil PatientInnen, 70 Jahre und älter'	10
Abbildung 6:	Versorgungsleistungen	12
Abbildung 7 :	Anteile der HausärztInnen, die an Qualitätszirkeln teilgenommen haben	31
Abbildung 8:	Gründe für die Teilnahme an Qualitätszirkeln	32
Abbildung 9:	Konsequenzen für das hausärztliche Handeln aus der Teilnahme an Qualitätszirkeln.....	37
Abbildung 10:	Zeitliche Konsequenzen durch Behandlung von PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose	39
Abbildung 11:	Finanzielle Konsequenzen für den Praxisetat aufgrund der Versorgung.....	40
Abbildung 12:	Wichtigkeit der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aufgabenbereiche	43
Abbildung 13:	Wichtigkeit der Aufgabenbereiche für eine umfassende Versorgung.....	44
Abbildung 14:	Übernahme der Koordination der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aufgaben	45
Abbildung 15:	Phasen des Case Managements.....	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anteile der HausärztInnen, die entsprechende Behandlungsschritte durchführen	13
Tabelle 2:	Anzahl der durchgeführten Versorgungsleistungen	14
Tabelle 3:	Beratung zu und Durchführung / Vermittlung von unterstützenden Maßnahmen.....	16
Tabelle 4:	Demenzbezogene Versorgungsleistungen durch HausärztIn und / oder Gerontopsychiatrische Ambulanz	21
Tabelle 5:	Aufteilung der demenzbezogenen Versorgungsleistungen zwischen HausärztIn und / oder Gerontopsychiatrische Ambulanz.....	23
Tabelle 6:	Ist-Soll-Vergleich Schnittstelle: Informationsaustausch GPA - HausärztIn.....	25
Tabelle 7:	Beratung, Durchführung und Vermittlung pflegerischer und psychosozialer Unterstützungsangebote durch die GPB.....	27
Tabelle 8:	Ist-Soll-Vergleich Schnittstelle: Informationsaustausch GPB - HausärztIn.....	29
Tabelle 9:	Anzahl der genannten Gründe für die Teilnahme an Qualitätszirkeln.....	33
Tabelle 10:	Praxisrelevante Themen der Qualitätszirkel	34
Tabelle 11:	Anzahl der genannten praxisrelevanten Themen	35
Tabelle 12:	Veränderungen in Folge der Teilnahme an Qualitätszirkeln.....	36
Tabelle 13:	Anzahl der genannten Aspekte zeitlicher Konsequenzen	39
Tabelle 14:	Anzahl der genannten Aspekte finanzieller Konsequenzen	41
Tabelle 15:	Anzahl der genannten Aspekte finanzieller Konsequenzen	46
Tabelle 16:	Beteiligte Partner in der Koordination	46

1. Einleitung

HausärztInnen stellen im DemenzNetz Aachen zentrale Akteure in der Versorgungsstruktur dar. Aus diesem Grund umfasst die Evaluation des Versorgungsnetzes eine Befragung von HausärztInnen mit der Intention, aus dem Blickwinkel der HausärztInnen die Funktionsweise der hausärztlichen Versorgung zu analysieren. Die Ziele liegen darin, die Strukturen und Prozesse einer vernetzten Versorgung im Demenzbereich einer kritischen Betrachtung zu unterziehen.

2. Methodische Vorbemerkungen

Die Befragung ist als anonymisierte Querschnittsanalyse auf der Basis eines weitgehend standardisierten Fragebogens konzipiert. Es erfolgt eine computergestützte Datenauswertung mit Hilfe von PASW Statistics 18 auf der Grundlage deskriptiver Statistiken.

2.1 Stichprobe

Die Befragung der HausärztInnen dient der Identifikation der Konsequenzen der Betreuung und Versorgung von Demenzerkrankten und ihren Angehörigen hinsichtlich der Organisation der hausärztlichen Praxis sowie der Analyse der Strukturqualität des Versorgungsnetzwerkes. Weiterhin werden Hinweise bzgl. der Chancen und Grenzen hinsichtlich der Frühdiagnostik durch hausärztliche Versorgung gewonnen. Der Fragebogen umfasst mehrere Schwerpunkte:

- Erfassung von patientInnen- und praxisbezogenen Strukturdaten,
- Erfassung von hausärztlichen Tätigkeitsfeldern bzw. Leistungen im Kontext dementieller Erkrankungen,
- Beschreibung der Vernetzung von HausärztInnen mit den weiteren Akteuren des Versorgungsnetzwerkes.

Die erhobenen Daten dienen der Beschreibung der Ist-Situation, geben aber auch Hinweise auf zukünftig erforderliche Maßnahmen zur Behandlung, Versorgung und Unterstützung der DemenzpatientInnen und ihrer Angehörigen.

Grundlage der HausarztInnenbefragung sind die Mitgliederlisten der Arbeitsgemeinschaft Aachener Hausärztinnen und Hausärzte (AGAH). Der Versand der Fragebögen erfolgt in mehreren Wellen und umfasst jeweils den Fragebogen und ein Anschreiben, das über die Zielsetzung der Befragung informiert.

- Erste Versandaktion (1. Welle)

Ende Juli 2009 werden 230 Hausarztpraxen aus dem Stadt- und Kreisgebiet Aachen kontaktiert, 139 davon per E-Mail und weitere 91 per Post. Den E-Mail-EmpfängerInnen wird der Fragebogen als Download zur Verfügung gestellt, die per Post Kontaktierten erhalten den Fragebogen in gedruckter Form. Aufgrund fehlerhafter Post- bzw. E-Mail-Adressen können in der ersten Versendewelle 221 Hausarztpraxen erreicht werden (E-Mail: 132, Post: 89). In den Fällen, in denen es sich um Gemeinschaftspraxen handelt, werden die Teilnehmenden gebeten, jede/n in der Praxis tätigen HausärztIn einen Fragebogen ausfüllen zu lassen. In 10% der Fälle (n = 22) handelt es sich um Gemeinschaftspraxen mit zwei und mehr HausärztInnen, somit umfasst die Grundgesamtheit der kontaktierten HausärztInnen n=250.

- Zweite Versandaktion (2. Welle)

Ende August 2009 werden alle in der ersten Runde kontaktierten Hausarztpraxen erneut über die Befragungsaktion informiert und um Beteiligung gebeten. Ergänzend hierzu informiert der Vorstand des Arbeitskreises Aachener Hausärztinnen und Hausärzte über die Befragung und bittet die Mitglieder, sich zu beteiligen.

An der Befragung beteiligen sich 49 HausärztInnen, dies entspricht einer Rücklaufquote von 19,6%. In vier von zehn Fällen erfolgt die Rücksendung des Fragebogens per Fax (42,9%), in rund einem Drittel der Fälle per Post (34,7%). Ein Fünftel nutzt den Weg des E-Mail-Versands (22,4%).

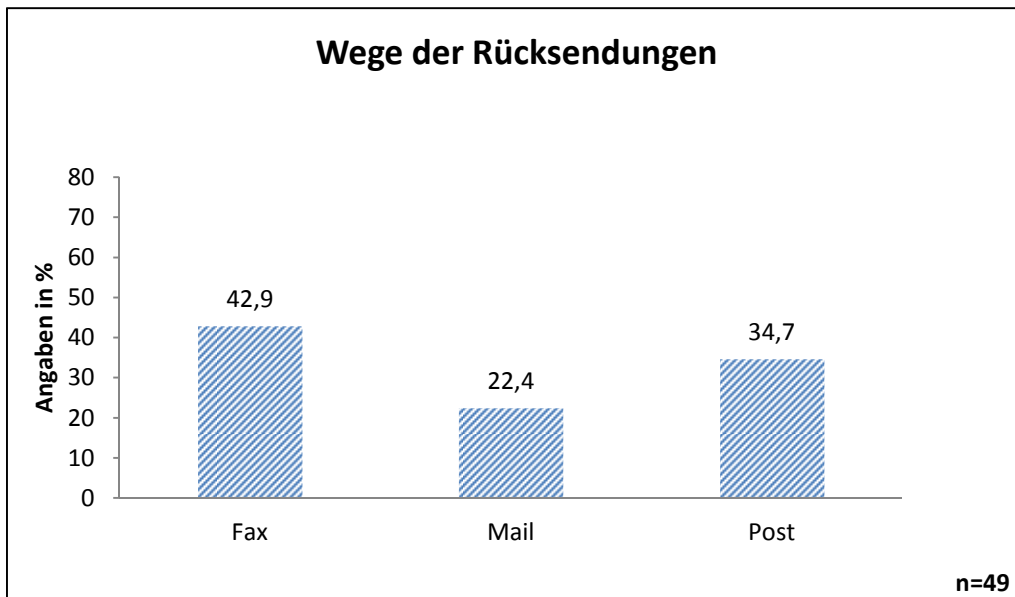


Abbildung 1: Wege der Rücksendungen

2.2 Soziodemografische Daten zur Stichprobe

Zur Beschreibung der Gruppe der beteiligten HausärztInnen wird die zugrundeliegende Stichprobe auf der Basis zentraler soziodemografischer Daten beschrieben. Die Geschlechterverteilung zeigt in der Stichprobe ein Verhältnis von 42,9% Hausärztinnen gegenüber 55,1% Hausärzten (2%: Keine Angabe).

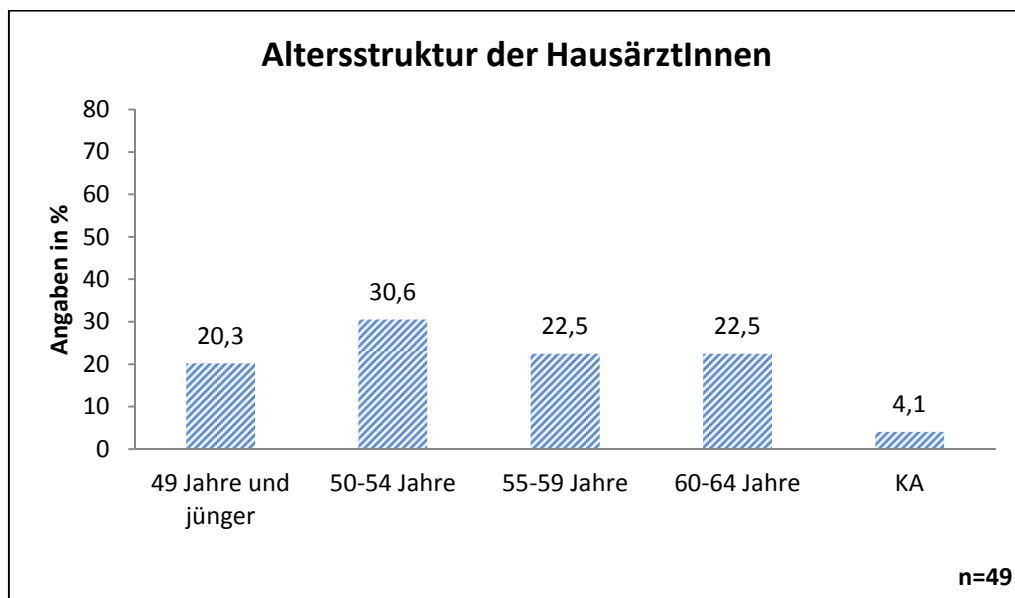


Abbildung 2: Altersstruktur der befragten Hausärztinnen

Drei Viertel der HausärztInnen sind 50 Jahre und älter, wobei 45% in die Altersgruppe ‚55 bis 64 Jahre‘ entfallen. Demgegenüber ist ein Fünftel (20,3%) 49 Jahre und jünger (4,1%: Keine Angabe).

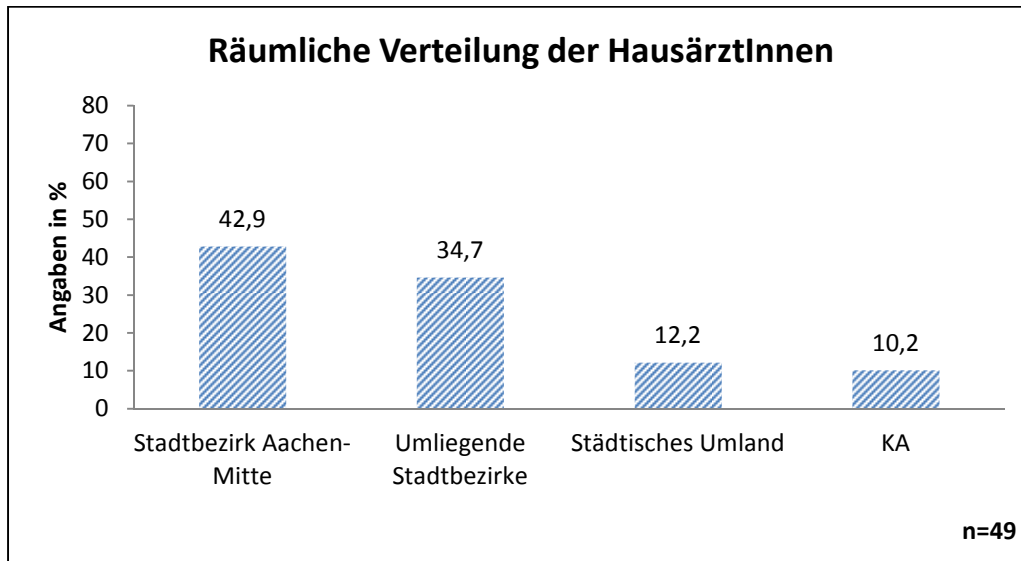


Abbildung 3: Räumliche Verteilung der HausärztInnen

Hinsichtlich der räumlichen Verteilung der HausärztInnen zeigt sich eine stärkere Beteiligung im Stadtbezirk Aachen - Mitte. Knapp die Hälfte der Beteiligten (42,9%) praktizieren im Zentrum Aachens, während ein Drittel in den umliegenden Stadtbezirken tätig ist. Mit 12,2 % stellt der Anteil derjenigen HausärztInnen, die im städtischen Umland hausärztlich tätig sind, rund jeden 8. Fall der Stichprobe dar. Jede/r 10. BefragungsteilnehmerIn macht keine Angabe zur räumlichen Verortung der Praxis.

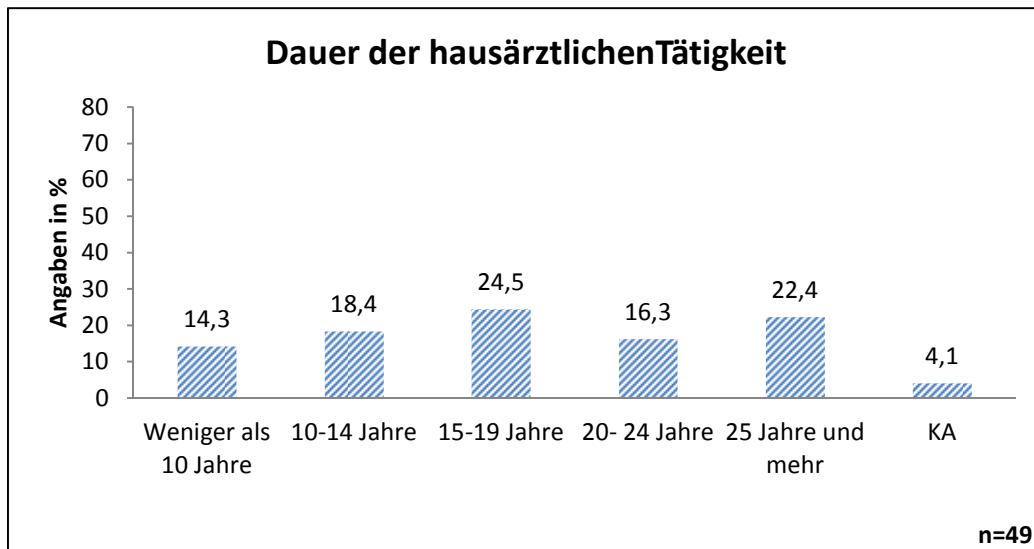


Abbildung 4: Dauer der hausärztlichen Tätigkeit

Die Betrachtung der Dauer der aktuellen hausärztlichen Tätigkeit lässt auf vorhandenes Erfahrungswissen der UntersuchungsteilnehmerInnen schließen. Mehr als ein Fünftel ist 25 Jahre und länger hausärztlich tätig. Weitere 16,3% verfügen über einen 20- bis 24-jährigen Erfahrungshintergrund. Die quantitativ stärkste Gruppe (24,5%) wird von denjenigen gebildet, die zwischen 15 und 19 Jahren die Hausarztpraxis betreiben. Ein Drittel gibt als Zeitrahmen 14 Jahre und weniger an (10-14 Jahre: 18,4%; weniger als 10 Jahre: 14,3%). Vier von fünf der an der Befragung beteiligten HausärztInnen üben die hausärztliche Tätigkeit bereits 10 Jahre und länger aus. Für 4,1% liegen keine Angaben vor.

Im Weiteren werden Strukturdaten dargestellt, die Aufschluss über den Anteil der PatientInnenkohorte im Alter ‚70 Jahre und älter‘ geben. Die Angaben zur durchschnittlichen Anzahl an PatientInnen mit 70 Jahren und älter, die im Quartal in der Praxis behandelt werden, variiert zwischen 30 und 1.000 PatientInnen pro Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxis. In 50% der Fälle werden pro Quartal schätzungsweise ‚bis 399 PatientInnen‘ dieser Altersgruppe behandelt, in den verbleibenden 50% der Fälle werden zwischen 400 und 1000 ‚70-Jährige und Ältere‘ versorgt. In diesem Zusammenhang ist von besonderem Interesse, wie hoch der prozentuale Anteil der Alterskohorte, in der hier interessierenden Alterskategorie ‚70 Jahre und älter‘, ist.

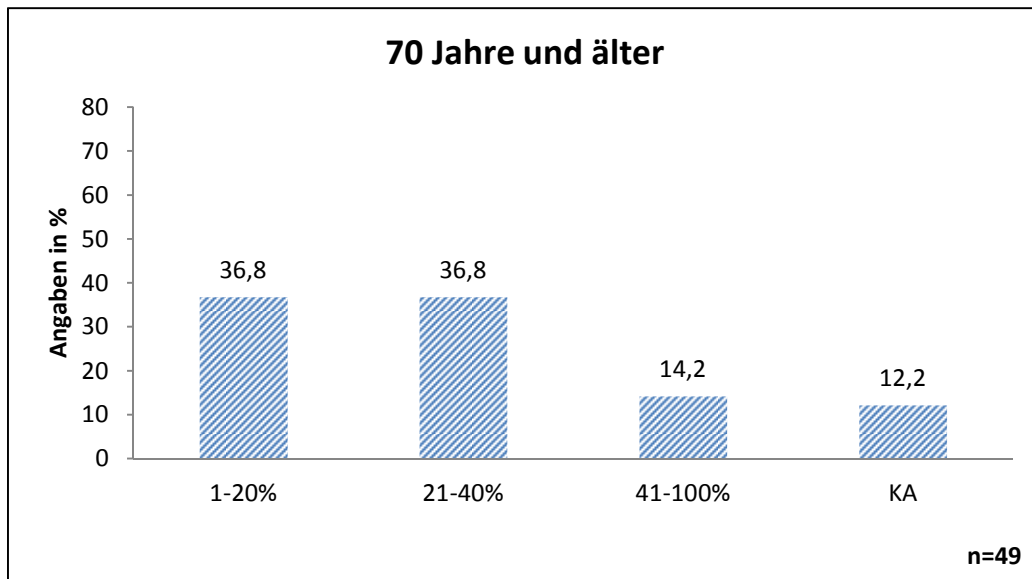


Abbildung 5: Anteil PatientInnen, 70 Jahre und älter'

Bezogen auf die GesamtpatientInnenpopulation stellen die 70-Jährigen und Älteren bei rund drei Viertel der HausärztInnen maximal 40% des PatientInnenstammes. Bei rund jedem 6. Fall liegt der Anteil über 41%. In 12,2% der Fälle liegen keine Angaben vor. Ergänzend hierzu gilt zu erwähnen, lediglich ein/e HausärztIn gibt an, über eine geriatrische Zusatzausbildung zu verfügen.

Das Thema ‚Demenz‘ ist in nahezu allen an der Befragung beteiligten Praxen von Relevanz. 93,9% der HausärztInnen geben an, DemenzpatientInnen in der Praxis zu versorgen (Keine DemenzpatientInnen: 4,1%; KA: 2,0%). Abschließend betrachtet kann die Stichprobe wie folgt beschrieben werden:

- Langjährige Erfahrung in der hausärztlichen Tätigkeit,
- quantitativ relevanter Anteil an geriatrisch zu versorgenden PatientInnen,
- nicht zu vernachlässigende Relevanz der Demenzthematik

3. Hausärztliche Leistungen im Kontext der Demenz-Versorgung

Die Demenz-Versorgung stellt spezifische Anforderungen an die hausärztliche Praxis und erfordert demenzbezogene Behandlungsansätze. Hierzu zählen die im Versorgungsnetz explizit aufgeführten Behandlungselemente:

- Neuropsychologische Testung,
- Diagnose von dementiellen Erkrankungen,
- Erstellung eines Medikationsplanes,
- Einleitung der Medikation,
- Einleitung von Ergo-/ Physiotherapie und Logopädie.

Unabhängig von der konkreten Versorgung einer/s DemenzpatientIn werden die HausärztInnen gebeten, die Relevanz der im Versorgungsnetz vorgesehenen Behandlungsschritte aus ihrer eigenen Sicht für die Versorgung Demenzerkrankter einzustufen. Ziel ist es, den eigenen Versorgungsanspruch der HausärztInnen abzubilden und einen Einblick zu gewinnen, welches Anforderungsprofil in der hausärztlichen Demenzversorgung existiert.

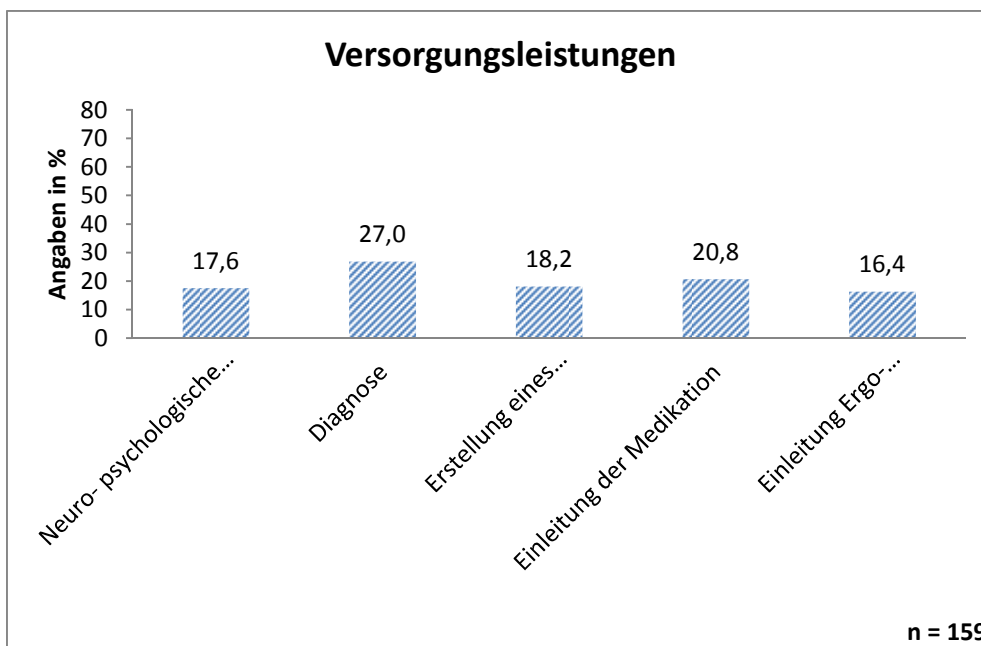


Abbildung 6: Versorgungsleistungen¹

Aus Sicht der HausärztInnen sind alle Versorgungsleistungen relevant, allerdings mit durchaus unterschiedlichen Prioritäten.

Die Diagnosestellung repräsentiert mit 27,0% der Nennungen den wichtigsten Part in der hausärztlichen Versorgung und gut ein Sechstel der durchgeführten Leistungen entfallen auf den Aspekt ‚Neuropsychologische Testung‘. Somit thematisiert knapp die Hälfte der Nennungen (44,6%) Leistungen im diagnostischen Bereich. Maßnahmen, die dem pharmakologischen Bereich zugerechnet werden können, stellen rd. 40% der Angaben. Während 18,2% der Nennungen zu den demenzbezogenen Leistungen die ‚Erstellung eines Medikationsplans‘ thematisieren, bezieht sich ein Fünftel (20,8%) auf die Einleitung einer Medikation. Ein Sechstel (16,3%) der Nennungen hat therapeutische Maßnahmen zum Gegenstand. Die klassischen Versorgungsleistungen ‚Diagnose‘ und ‚Einleitung einer Medikation‘ bündeln den Hauptanteil der Nennungen. Erstaunlich ist, dass die

¹ n=159 repräsentiert die Gesamtzahl der Nennungen der befragten HausärztInnen, zu den in der Demenzversorgung relevanten Leistungen

„Neuropsychologische Testung“ – ein im Kontext der Demenzdiagnose konstitutives Element- mit einer Prozentsatzdifferenz von -9,4% hinter dem Anteil „Diagnose“ liegt.

Versorgungsleistung	Anteil der HausärztInnen (n=49)
	Angaben in %
Diagnose von dementiellen Erkrankungen	87,7
Einleitung der Medikation	67,3
Erstellung eines Medikationsplanes	59,2
Neuropsychologische Testung	57,1
Einleitung von Ergo-/Physiotherapie und Logopädie	53,0

Tabelle 1: Anteile der HausärztInnen, die entsprechende Behandlungsschritte durchführen

Die leitliniengerechte Versorgung entsprechend der DEGAM Leitlinien Nr.12² sieht eine differenzierte Behandlung von PatientInnen mit einer Demenzerkrankung bzw. mit Verdacht auf Demenz vor. Die Zusammenstellung der in der hausärztlichen Praxis durchgeführten Versorgungsleistungen zeigt, dass eine knappe Mehrheit der HausärztInnen die in der Demenzversorgung vorgesehenen Vorgehensweisen einsetzen. Dennoch werden nicht alle Versorgungsschritte mit gleicher Priorität realisiert. Dies zeigt sich in unterschiedlich großen Anteilen an HausärztInnen, die die jeweiligen Schritte umsetzen. An vorderster Stelle stehen die Diagnose von dementiellen Erkrankungen (87,7%) und die Einleitung einer Medikation (67,3%). Demgegenüber sind die Erstellung eines Medikationsplanes (59,2%), Neuropsychologische Testung (57,1%) und die Einleitung von Ergo-/Physiotherapie und Logopädie (53,0%) von nachrangiger Bedeutung. Fast 9 von 10 HausärztInnen sehen die Diagnosestellung als grundlegenden Behandlungsschritt. Der Anteil derjenigen, die im Rahmen der Behandlung neuropsychologische Testungen durchführen, liegt mit einer Prozentsatzdifferenz von -20,6% deutlich niedriger. Die Einleitung der Medikation wird bei zwei von drei HausärztInnen in der Behandlung umgesetzt, demgegenüber erstellen drei von fünf HausärztInnen einen Medikationsplan. Jede/r zweite HausärztIn leitet für PatientInnen mit Demenzerkrankung oder Verdacht auf Demenz eine Ergo-/Physiotherapie bzw. Logopädie ein.

² Die Kurzfassung der DEGAM Leitlinie Nr. 12 ist zu finden unter http://leitlinien.degam.de/uploads/media/kurzversion_Demenz_002.01.pdf

Der hohe Anteil an Diagnosestellung ohne in gleichem Maße die Durchführung einer neuropsychologischen Testung zu benennen, verweist auf eine unzureichende Einhaltung der Einschreibekriterien in das Versorgungsnetzwerk und auf eine nicht umfassende Umsetzung der Empfehlungen zur leitliniengerechten Versorgung. Die Differenz zwischen der am häufigsten und der am niedrigsten genannten Versorgungsleistung liegt bei 34,7 Prozentpunkten. Hier findet sich ein Indiz dafür, dass die Empfehlungen zu einer leitliniengerechten Versorgung von Demenzerkrankten in der hausärztlichen Praxis nur anteilig umgesetzt werden. Inwieweit es sich hierbei um eine fehlende Praktikabilität oder um einen mangelnden Informationsstand handelt, kann hier nicht eindeutig geklärt werden.

Deutlich wird, dass in der hausärztlichen Versorgung im Bereich Demenz der ganzheitliche Versorgungsansatz mit diagnostischen, pharmakologischen, ergo- und physio-therapeutischen sowie logopädischen Elementen nicht flächendeckend handlungsorientierend grundgelegt ist. Somit muss von einer unzureichenden Umsetzung einer leitliniengerechten Versorgung in einem nicht zu vernachlässigenden Umfang in der hausärztlichen Versorgung ausgegangen werden.

Anzahl an Versorgungsleistungen	Anteil der HausärztInnen (n=49)
	Angaben in %
1 Versorgungsleistung	12,2
2 Versorgungsleistungen	16,3
3 Versorgungsleistungen	14,1
4 Versorgungsleistungen	28,6
5 Versorgungsleistungen	24,5
Keine Angaben	4,3

Tabelle 2: Anzahl der durchgeführten Versorgungsleistungen

Die Vermutung, wonach bei einem Teil der HausärztInnen im Bedarfsfall keine umfassende leitliniengestützte Versorgung realisiert wird, lässt sich stützen durch die Betrachtung der Anzahl für DemenzpatientInnen bzw. PatientInnen mit Demenzverdacht durchgeführten oder angebotenen Versorgungsleistungen. Lediglich jede/r zweite HausärztIn legt ein umfassendes Behandlungsschema zugrunde, in dem vier bzw. fünf Versorgungsleistungen durchgeführt werden. Rd. ein Drittel (30,4%)

beschränkt die Versorgung auf zwei bzw. drei Leistungen und jede/r 8. HausärztIn gibt an, die Behandlung basiere auf einer der genannten Leistungen. Hierbei handelt es sich in allen Fällen um die Diagnose der dementiellen Erkrankung, wobei auch hier darauf zu verweisen ist, dass eine Diagnosestellung und eine neuropsychologische Testung in ursächlichem Zusammenhang stehen.

Ergänzend zu den medizinischen und therapeutischen Versorgungsleistungen besteht in der Demenzversorgung ein umfassender Bedarf an ergänzenden Hilfs- und Unterstützungsleistungen, deren Inanspruchnahme eine differenzierte Information über die bestehende Angebotsinfrastruktur voraussetzt. An dieser Stelle kommt dem/der HausärztIn als einem zentralen Akteur in der ambulanten Versorgung eine wichtige Rolle in der Informationsvermittlung zu. Neben der Informationsweitergabe übernimmt der / die HausärztIn vielfach auch die Aufgabe der Durchführung bzw. Vermittlung entsprechender Leistungen³.

³ Der HausärztInnenfragebogen umfasst die Items ‚Auswahl und Einsatz ambulanter Pflegedienste‘ und ‚Häusliche Pflege‘. Bei der Analyse der erhobenen Daten wird festgestellt, dass die beiden Items nicht trennscharf gegeneinander abzugrenzen sind. Aus diesem Grund wird in der weiteren Analyse auf die Bearbeitung des Items ‚Häusliche Pflege‘ verzichtet.

	Anteil der HausärztInnen (n=49)		
	Angaben in %		
	Information	Durchführung	Vermittlung
Ambulantes und häusliches kognitives Training	71,4	4,1	
Einleitung und Beantragung einer Pflegestufe	83,7	51,0	
Auswahl und Einsatz ambulanter Pflegedienste	87,8	46,9	
Heimplatzsuche und individuelle Heimplatzauswahl	77,6	38,8	
Schulungsangebote für Angehörige	65,3	2,0	
Selbsthilfegruppen für Angehörige	69,4	2,0	
Tages- und Verhinderungspflege im Urlaub	83,7		30,6
Ehrenamtliche Entlastungsangebote	55,1		16,3
Häusliche Umbaumaßnahmen und Finanzierung	63,3		14,3

Tabelle 3: Beratung zu und Durchführung / Vermittlung von unterstützenden Maßnahmen

Mindestens vier von fünf HausärztInnen beraten ihre PatientInnen zu dem Thema ‚Pflege‘ mit unterschiedlicher themenbezogener Spezifizierung. Zu den Aspekten ‚Einleitung und Beantragung einer Pflegestufe‘ und ‚Tages- und Verhinderungspflege im Urlaub‘ informieren jeweils 83,7%, und 87,8% der BefragungsteilnehmerInnen geben Informationen zu Auswahl und Einsatz ambulanter Pflegedienste weiter. Die Weitergabe von Hinweisen zu häuslichen Umbaumaßnahmen und Finanzierung, die durch knapp zwei Drittel (63,3%) der befragten HausärztInnen erfolgt, zielt auf die Bemühungen, den Verbleib der PatientInnen im gewohnten, häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

Während sich die bisher genannten Beratungsangebote stärker auf den funktionalen Pflege- und Versorgungsbereich beziehen, nehmen Hilfs- und Unterstützungsdienstleistungen, die vorrangig die psychosoziale Versorgung ins Zentrum der Versorgung dementiell veränderter Personen sowie deren Angehöriger rücken, weniger relevante Positionen ein. Beratungstätigkeiten hinsichtlich eines

ambulanten und häuslichen kognitiven Trainings übernehmen 71,4% und räumen diesem Versorgungsaspekt eine geringere Relevanz als den funktionalen Pflege- und Versorgungselementen (mit Ausnahme der häuslichen Umbaumaßnahmen und der Finanzierung) ein. Hinsichtlich von Schulungsangeboten für Angehörige (65,3%) und Selbsthilfegruppen für Angehörige (69,4%) werden jeweils von rund zwei Dritteln entsprechende Informationen vermittelt. Die Weitergabe von Hinweisen zu ehrenamtlichen Entlastungsangeboten erfolgt demgegenüber von durchschnittlich jedem/r zweiten HausärztIn (55,1%).

Die Beratungstätigkeit hinsichtlich einer Heimplatzsuche und der individuellen Heimplatzauswahl wird von rund drei Vierteln vorgenommen und berücksichtigt die Option, die Versorgung des Demenzerkrankten aus nicht spezifizierbaren Gründen nicht mehr im häuslichen Umfeld fortzusetzen.

Das dargestellte Informationsverhalten der beteiligten HausärztInnen repräsentiert ein eher funktional-orientiertes Verständnis von Versorgung. Im Vordergrund stehen die Informationen zur Klärung struktureller Bedingungen wie Pflegestufe, Pflegedienst und Verhinderungspflege sowie Heimplatzsuche, während die psychosozialen Aspekte der Versorgung mit nachrangiger Relevanz versehen sind. Die Schaffung eines tragfähigen und nachhaltigen sozialen Umfeldes durch Stabilisierung der Angehörigen über Schulungsmaßnahmen und Selbsthilfegruppen sowie durch Einbindung ehrenamtlicher Entlastungsangebote gehört für eine kleinere Gruppe der HausärztInnen zu den erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen. Pointiert ausgedrückt, realisiert lediglich jede/r zweite HausärztIn einen Versorgungsansatz, der medizinische, pflegerische und psychosoziale Komponenten umfasst und somit den ganzheitlichen Ansatz im Rahmen der Versorgung dementiell veränderter Personen widerspiegelt.

Über die Beratungsfunktion hinaus übernehmen HausärztInnen auch in unterschiedlichem Maße Durchführungs- und Vermittlungsverantwortung. Hier spiegelt sich seitens der Priorisierung ein ähnliches Bild wieder, allerdings liegen die Anteile derjenigen, die in operative Durchführungs- bzw. Vermittlungsverantwortung gehen, deutlich niedriger.

Bezüglich der Einleitung und Beantragung einer Pflegestufe wird jede/r zweite HausärztIn aktiv und übernimmt für bzw. gemeinsam mit dem/der PatientIn diese Aufgabe. Die Anteile, derjenigen, die die Aufgabe der Auswahl und des Einsatzes eines Pflegedienstes wahrnehmen, liegt niedriger, aber dennoch bei 46,9%. Rd. jede/r dritte HausärztIn (30,6%) kommt für die Vermittlung im Bereich der Verhinderungspflege auf. Von quantitativer Relevanz zeigt sich ebenfalls das operative Mitwirken bei

der Heimplatzsuche und der individuellen Heimplatzauswahl. In den weiteren Bereichen handelt es sich um zu vernachlässigende oder eher geringe Anteile an HausärztInnen, die entsprechende Unterstützungsleistungen übernehmen.

Die Betrachtung des Durchführungs- und Vermittlungsaspekts bringt drei Aspekte zum Vorschein:

1. Ein Teil der HausärztInnen übernimmt in der Versorgung von DemenzpatientInnen anteilig Versorgungsleistungen, die nicht ursächlich dem Berufsfeld der Medizin zugeordnet sind. Die Beantragung und Einleitung einer Pflegestufe, die Auswahl und der Einsatz ambulanter Pflegedienste und die Organisation einer Tages- und Verhinderungspflege im Urlaub sind originäre Aufgaben des Sozialdienstes im Gesundheitswesen und werden im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung ihrer PatientInnen von den ambulant versorgenden HausärztInnen übernommen.

Deutlich wird hier, dass somit im medizinischen Bereich Aufgaben angesiedelt sind, deren Zuordnung zum Aufgabenfeld der hausärztlichen Versorgung diskutierbar ist. Dies wirft nicht nur unter gesundheits-ökonomischen Gesichtspunkten Fragen auf, inwieweit diese Aufgaben effektiver und effizienter und somit auch kostensparender von dafür ausgebildeten Berufsgruppen übernommen werden sollten. Weiterhin resultiert aus der Übernahme fachfremder Aufgaben durch MedizinerInnen die Gefahr einer potentiellen Überlastung in ihrer Rolle als HausärztInnen.

2. Des Weiteren ist unter Ungleichheitsaspekten darauf hinzuweisen, dass aufgrund der „freiwilligen“ Übernahme entsprechender Aufgaben durch die/den HausärztIn kein gleichberechtigter Zugang aller PatientInnen zu diesen Versorgungsleistungen erfolgt. Damit ist der Zugang zu entsprechenden Versorgungsleistungen von der individuellen Bereitschaft und Sensibilität der behandelnden HausärztInnen abhängig.
3. Die Übernahme zusätzlicher Versorgungsleistungen beschränkt sich weitgehend auf patientInnenbezogene Aspekte. Ferner findet kein umfassender Einbezug der individuellen Angehörigenperspektive statt, sodass die für die Demenzversorgung notwendige Stabilisierung des familiären Umfeldes – zumindest in Teilen der hausärztlichen Versorgung - unberücksichtigt bleibt. Eine derartig strukturierte Versorgung eines Demenzerkrankten lässt die Notwendigkeit der Einbindung und Berücksichtigung der Angehörigen sowie die Konzentration auf das persönliche soziale Umfeld außer Acht und bedingt auf Seiten der

Angehörigen ggf. eine gesundheitliche Fehl- oder Unterversorgung, die eine dauerhafte Erkrankung des Angehörigen zur Folge haben kann.

Die dargestellten hausärztlichen Versorgungskonzepte verdeutlichen eine erhebliche Differenz zwischen einer leitliniengestützten Versorgung Demenzerkrankter und der hausärztlichen Versorgungsrealität, die sich – in einem nicht zu vernachlässigenden Umfang - in einer Nicht-Passung zwischen Soll-Vorgehen (DEGAM) und Ist-Verfahren (gelebte Realität) darstellt.

4. Die hausärztliche Praxis im Versorgungsnetzwerk ⁴

Ausgangspunkt der nachfolgenden Analyse ist die Schnittstelle ‚Hausärztliche Praxis und ‚Angebote der Fachklinik‘. Für die Netzwerkversorgung sind das Zusammenwirken der hausärztlichen Praxis mit der gerontopsychiatrischen Ambulanz (GPA) und der gerontopsychiatrischen Beratungsstelle (GPB) sowie die Inanspruchnahme der Qualitätszirkel und der Schulungsangebote für medizinische Fachangestellte konstitutiv.

Um die genannten Elemente in die Versorgung des/der DemenzpatientInnen einbinden zu können, ist die Einschreibung eines Hausarztes in das Netzwerk erforderlich.⁵ Über die Einschreibung erhält der/die HausärztIn Zugangsmöglichkeiten zu den jeweiligen Unterstützungsleistungen für PatientInnen und deren Angehörige. Die patien/Innen-unabhängigen Angebote – wie Qualitätszirkel

⁴Die Auswertung der Daten ergibt, die vielfach komplexe Filtersetzung im Fragebogen, die einer exakten Darstellung der relevanten Teilstichproben dienen sollte, ist bei der Beantwortung seitens der teilnehmenden HausärztInnen nicht angemessen berücksichtigt worden. Dies bedingt, dass zu Fragen Antworten vorliegen, die aufgrund einer Filterung nicht beantwortet werden sollten. Ausgehend von der Annahme, wonach die gegebenen Antworten – trotz zuvor nicht berücksichtigter Filterungen – der darzustellenden Realität entsprechen, werden im folgenden die real existierenden Angaben der Fragebögen zur Grundlage der weiteren Ausführungen gemacht und auf die filterspezifischen Subgruppenanalysen wird verzichtet.

Das Versorgungsnetzwerk bietet ein System verschiedener Angebote, die sowohl auf die beteiligten HausärztInnen und das medizinische Fachpersonal sowie die PatientInnen und deren Angehörige gerichtet sind. Das bestehende Versorgungsnetzwerk genießt in der Gruppe der BefragungsteilnehmerInnen einen hohen Bekanntheitsgrad. 93,9% der teilnehmenden HausärztInnen sind über die Möglichkeit der vernetzten Versorgung informiert.

und Schulungsangebote für medizinische Fachangestellte – sind gerichtet auf die Sensibilisierung für das Krankheitsbild ‚Demenz‘ und die Qualifizierung von HausärztInnen sowie das medizinische Fachpersonal im Umgang mit dementiell veränderten Personen und ihren versorgenden Angehörigen.

Die Teilnahme an den Angeboten des Versorgungsnetzwerkes ist ohne eine unmittelbare Einschreibung eines/r PatientIn möglich.

Drei von vier der an der Befragung teilnehmenden HausärztInnen sind eingeschriebene Netzwerkakteure. Gleichzeitig haben 57,1% der HausärztInnen, PatientInnen mit einer Demenzdiagnose bzw. mit Verdacht auf Demenz in die vernetzte Versorgung eingeschrieben. Bei einer Mehrheit der teilnehmenden HausärztInnen, die PatientInnen eingeschrieben haben (51,9%), handelt es sich um 1 bis 3 PatientInnen. In den verbleibenden Fällen (n=13) handelt es sich annähernd zu gleich großen Teilen um eine Fallgröße von 4 bis 6 PatientInnen (25,9%) bzw. 7 und mehr PatientInnen (22,2%)⁶. Die vernetzte Versorgung im Zusammenspiel von HausärztInnen und Fachklinik erfordert die Abklärung von jeweiligen Kompetenzen und Zuständigkeiten. Dabei ist die Versorgungssituation insbesondere unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten und den Aspekten des effektiven Zusammenspiels der Versorgungspartner zu betrachten.

4.1 Kooperation zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Ambulanz (GPA)

Die Gerontopsychiatrische Ambulanz agiert als ein Kooperationspartner in dem zugrunde liegenden Versorgungsnetzwerk für Demenzerkrankte und deren Angehörige. Sechs von zehn HausärztInnen haben im Rahmen der vernetzten Versorgung bereits Kontakt mit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz aufgenommen. Zu den Leistungen der Gerontopsychiatrischen Ambulanz zählen mehrere demenzbezogene Versorgungsleistungen, die bereits im Rahmen der hausärztlichen Versorgung von PatientInnen mit Demenzverdacht bzw. Demenzdiagnose dargestellt worden sind. Die folgende Darstellung fokussiert die Versorgungsleistungen der beteiligten Akteure im Netzwerk.

⁶ Die Angaben beziehen sich auf eine Teilstichprobe (n=27): Eingeschriebene HausärztIn hat PatientInnen eingeschrieben und eine Angabe zur Anzahl gemacht.

	Nur HausärztIn	Nur GPA	GPA und HausärztIn
	Angaben in % (n=29)		
Diagnose der dementiellen Erkrankung	55,2	62,1	34,5
Neuropsychologische Testung	41,4	62,1	31
Erstellung eines Medikationsplanes	41,4	48,3	20,7
Einleitung einer Medikation	31	62,1	27,6
Einleitung einer Ergo-/Physiotherapie und Logopädie	34,5	44,8	24,1

Tabelle 4: Demenzbezogene Versorgungsleistungen durch HausärztIn und / oder Gerontopsychiatrische Ambulanz

Von den HausärztInnen werden die demenzbezogenen Versorgungsschritte im Rahmen der vernetzten Versorgung in unterschiedlich starkem Umfang ausgeübt.⁷ Gut jede/r zweite HausärztIn erstellt im Kontext einer vernetzten Versorgung eine Diagnose der dementiellen Erkrankung, 4 von 10 führen neuropsychologische Testungen durch. Ein ähnlich hoher Anteil (41,4%) erstellt einen Medikationsplan. Demgegenüber leitet weniger als ein Drittel (31%) eine Medikation ein und rd. ein Drittel (34,5%) veranlasst eine Ergo-/Physiotherapie und Logopädie. Im Vergleich zur Leistungserbringung in der Hausarztpraxis liegen die Anteile der HausärztInnen, die entsprechende Versorgungsleistungen von der Gerontopsychiatrischen Ambulanz (GPA) durchführen lassen, durchgängig höher. Jeweils knapp Zweidrittel (62,1%) lassen durch die GPA eine Diagnose der dementiellen Erkrankung erstellen und neuropsychologische Testungen durchführen. Ein gleich hoher Anteil fordert die Einleitung einer Medikation an. Knapp jede zweite HausärztIn (48,3%)

⁷ Die hier dargestellten Anteile beziehen sich auf diejenigen HausärztInnen, die entsprechende Versorgungsleistungen durchgeführt haben, in Abgrenzung zu dem im vorherigen Kapitel dargestellten Anteilen, die angeben, welche Versorgungsleistungen als Bestandteile der Demenzversorgung betrachtet werden.

erbittet von der GPA die Erstellung eines Medikationsplanes und in 44,8% der Fälle wird die Einleitung einer Ergo-/Physiotherapie und Logopädie seitens der GPA erbeten.

Ein Vergleich der Leistungen der HausärztInnen-Praxis und der GPA verweist auf einen Anteil an Doppelleistungen, die in demenzspezifischen Versorgungsaspekten deutlicher ausgeprägt sind. In einem Drittel der Fälle werden Doppeldiagnosen erstellt und in knapp einem Drittel (31%) werden zweifach neuropsychologische Testungen durchgeführt. Gut ein Viertel (27,6%) der HausärztInnen geben an, dass die Einleitung einer Medikation von der GPA angefordert wird, zuvor allerdings bereits eine Medikation in der hausärztlichen Praxis veranlasst wurde. Im Bereich ‚Erstellung eines Medikationsplanes‘ zeigt sich ein Anteil von 20,7%, in dem eine Doppelleistung erbracht wird, in einem Viertel der Fälle (24,1%) werden sowohl von dem/der HausärztIn als auch von der GPA Ergo-/Physiotherapie und Logopädie veranlasst.

Das Ausmaß der von der GPA angeforderten Leistungen deutet hin auf die Tendenz die Demenzversorgung in die fachärztliche Betreuung zu delegieren. Immerhin zwei von drei HausärztInnen greifen in der Behandlung auf die demenzspezifischen Versorgungsleistungen (Diagnose, Testung und Medikation) der fachärztlichen Versorgung zurück. Auch die demenzunspezifischen Behandlungsaspekte (Medikationsplan, Ergo- / Physiotherapie und Logopädie) werden von annähernd jeder/m zweiten/m HausärztIn angefordert.

An dieser Stelle stellt sich die Frage, aus welchen Gründen in so deutlichem Maße auf die fachärztlichen Konsultationen rückgegriffen wird. Fehlt in der hausärztlichen Versorgung ein entsprechendes Wissen oder stellt die Demenz-Erkrankung eine für die hausärztliche Versorgung besondere Herausforderung dar, so dass verstärkt die Kooperation mit der Fachklinik genutzt werden muss?

Die Betrachtung der Kooperation zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Ambulanz verweist auf folgende Aspekte, die kritisch zu diskutieren sind.

- Nicht nur aus gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten ist das Ausmaß der Doppelleistungen zu betrachten, sondern auch unter Kriterien der Versorgungsqualität. Die Doppelung im Bereich Diagnosestellung und Testung erweist sich sicherlich als systemnotwendig, damit die/der PatientIn in den Versorgungsprozess integriert werden kann. Inwieweit die Erstellung eines Medikationsplanes zweifach bzw. von der Fachklinik erforderlich ist, ist einer kritischen Bewertung zu unterziehen. Ebenso verhält es sich mit der

Einleitung einer Ergo/Physiotherapie und Logopädie. Als versorgungskritisch ist an dieser Stelle sicherlich die doppelte Einleitung einer Medikation zu bewerten. Hier gilt es unter pharmakologischen Gesichtspunkten den Blick auf die Patientensicherheit zu richten und entsprechende Verfahrenswege zu initialisieren, die eine Doppel- bzw. Mehrfachmedikation verhindern.

- Vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgungssituation ist eine Weiterentwicklung des Versorgungsnetzwerkes zur Vermeidung strukturell nicht erforderlicher Doppelleistungen und der Steigerung der Patientensicherheit an zu visieren. Hierdurch ist einerseits eine finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems realisierbar und andererseits eine Steigerung der Patientensicherheit durch eindeutige Zuordnung der Entscheidung über Behandlungsschritte.
- Eine schematische Zuordnung der Versorgungsschritte zwischen HausärztIn und Gerontopsychiatrischer Ambulanz zeigt die Möglichkeit einer entsprechenden Kompetenzordnung.

	HausärztIn	GPA
Diagnose der dementiellen Erkrankung	X	X
Neuropsychologische Testung	X	X
Erstellung eines Medikationsplanes	X	
Einleitung einer Medikation		X
Einleitung einer Ergo- /Physiotherapie und Logopädie	(X)	(X)

Tabelle 5: Aufteilung der demenzbezogenen Versorgungsleistungen zwischen HausärztIn und / oder Gerontopsychiatrische Ambulanz

Hinsichtlich der Testung und Diagnose als Einstiegskriterien in eine Versorgung sind Doppelleistungen beider Versorgungspartner begründbar, aber unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten unter Umständen diskutierbar. Ein begründeter Verdacht einer Demenzerkrankung seitens des/r HausärztIn kann die Überweisung zur Gerontopsychiatrischen Ambulanz bedingen, worauf weitere Schritte in der Fachklinik durchgeführt werden können und somit Doppelleistungen vermeidbar

bleiben. Allerdings erscheint dies insbesondere beim Krankheitsbild Demenz als ein eher kontraproduktives Vorgehen. Ziel einer qualitativen Demenzversorgung ist ein möglichst frühzeitiger Einstieg in entsprechende Versorgungspfade. In diesem Zusammenhang erfüllt der/die HausärztIn vielfach eine Türöffnerfunktion, da e/sie in der Regel als langjähriger Akteur in der Gesundheitsversorgung eine Vertrauensposition inne hat.

- Die Erstellung eines Medikationsplanes kann der hausärztlichen Versorgungsleistung zugeordnet werden, da dies als eine originär der hausärztlichen Tätigkeit zuzuordnende Aufgabe betrachtet werden kann. Die Einleitung der Medikation ist unter dem Aspekt einer demenzspezifischen Versorgung dem Leistungskatalog der GPA zuzuordnen.
- Es ist möglich, die Einleitung einer Ergo/Physiotherapie und Logopädie unter versorgungstechnischen Aspekten beiden Bereichen zuzuweisen, wobei die Zuordnung zum hausärztlichen Leistungskatalog im Sinne des/r PatientIn unter dem Blickwinkel einer umfassenden Demenzversorgung sicherlich vorteilhafter ist. Unter abrechnungstechnischen Gesichtspunkten ist dies gesondert zu prüfen und hinsichtlich bestehender kassenärztlicher und fachärztlicher Finanzierungsmodalitäten zu regeln.

4.2 Informationsaustausch zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Ambulanz

Eine der zentralen Schnittstellen intersektoraler Zusammenarbeit stellt der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren dar. Von Relevanz sind an dieser Stelle sowohl die Frequentierung diverser Informationswege (Ist-Zustand) als auch die Darstellung der Präferenz hinsichtlich der Weitergabe von Informationen (Soll-Zustand).

Während von der HausärztInnenpraxis im Kontakt zum Gerontopsychiatrischen Zentrum das Instrument ‚Einschreibebogen‘ und ‚Quartalsbogen‘ in standardisierter Form gewählt wird, werden in umgekehrter Richtung der so genannte Arztbrief, weniger das persönliche Gespräche präferiert.

Informationsweg	Ist-Zustand	Soll-Zustand
	Angaben in % (n=28)	Angaben in % (n=30)
Arztbrief	64,2	70
Persönliches Gespräch	35,8	30
Rückmeldeform		
	Angaben in % (n=25)	Angaben in % (n=33)
Zwischenbericht	56	54,5
Abschlussbericht	44	45,5

Tabelle 6: Ist-Soll-Vergleich Schnittstelle: Informationsaustausch GPA - HausärztIn

Die Nennungen hinsichtlich der favorisierten Informationswege seitens des GPA hin zum/r HausärztIn beziehen sich mehrheitlich, zu zwei Dritteln auf den Arztbrief als Informationsmedium. Ein gutes Drittel thematisiert das persönliche Gespräch als Weg der Informationsweitergabe⁸.

Der Vergleich zum präferierten Informationsweg (Soll-Zustand) zeigt eine ähnliche Verteilung, die etwas stärker die schriftliche Informationsübermittlung favorisiert. Allerdings ist auch hier darauf hinzuweisen, dass ein kleinerer Teil die Kombination aus beiden Wegen bevorzugt, was eine schriftliche und mündliche Informationsübermittlung umfasst.

Die Nennungen zur Rückmeldeform zeigen sowohl bei der Ist- als auch bei der Sollsituation eine geringe Dominanz bzgl. der Form des Zwischenberichtes. Mit einer Prozentsatzdifferenz von +12 (Ist-Zustand) bzw. +19 Prozentpunkten (Soll-Zustand) wird der Zwischenbericht gegenüber dem Abschlussbericht als Rückmeldeform bevorzugt⁹.

⁸ Eine subgruppenanalytische Betrachtung derjenigen, die angeben, tatsächlich Kontakt zur GPA zu haben, zeigt folgendes Bild: 32% geben an, keine Rückmeldung erhalten zu haben oder machen hierzu keine Angabe. Von denjenigen, die eine Angabe zum Informationsweg machen (n=20), geben 40% an, sowohl über Arztbrief als auch über ein persönliches Gespräch Informationen zu erhalten. Darüber hinaus wünschen sich 20% derjenigen, die eine Angabe gemacht haben, auch künftig eine Rückmeldung via Arztbrief und persönlichem Gespräch.

⁹ Diejenigen, die die Frage zur Rückmeldeform beantwortet haben (n=18), geben zu 38,8% an, sowohl Zwischen- als auch Abschlussbericht erhalten zu haben. Demgegenüber präferieren 26,9% derjenigen, die eine Angabe zum Soll-Zustand gemacht haben (n=26), eine Kombination aus Zwischen- und Abschlussbericht.

Die Vorschläge für die weitere Zusammenarbeit zwischen den HausärztInnen und der Gerontopsychiatrischen Ambulanz beziehen sich überwiegend auf die Beibehaltung bzw. die Erweiterung der kurzen Informationsübermittlung im Rahmen persönlicher Gespräche. Als besonders wichtig wird der direkte Weg des Austausches gesehen, der als unmittelbare Möglichkeit der Problemlösung genutzt werden kann. Dies korrespondiert auch mit der Rückmeldeform des Zwischenberichtes, der eine zeitnahe Informationsübermittlung ermöglicht.

4.3 Kooperation zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle¹⁰

Die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle (GPB) übernimmt in der Versorgung von DemenzpatientInnen und ihren Angehörigen Elemente der psychosozialen Unterstützung und Begleitung. Hierbei handelt es sich um Informationen und Durchführung bzw. Vermittlung verschiedener pflegerischer und psychosozialer Unterstützungsleistungen. Rund jede/r zweite HausärztIn hat bis zum Zeitpunkt der Befragung Kontakt zur Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle. Vier von zehn verneinen einen bisherigen Kontakt und 8,2% machen hierzu keine Angabe.

¹⁰ Auch hier werden die tatsächlich in der Versorgung angeforderten Versorgungsleistungen dargestellt, im Unterschied zu den unter Pkt. 3. ‚Hausärztliche Leistungen im Kontext der Demenzversorgung‘ aufgezeigten Einschätzungen, welche Versorgungsleistungen als Bestandteile der Demenzversorgung betrachten.

	Gerontopsychiatrische Beratungsstelle		
	Angaben in % (n=49)		
	Beratung	Durchführung	Vermittlung
Ambulantes und häusliches kognitives Training	22,4	10,2	
Einleitung und Beantragung einer Pflegestufe	26,5	16,3	
Auswahl und Einsatz ambulanter Pflegedienste	20,4	14,3	
Heimplatzsuche und individuelle Heimplatzauswahl	18,4	12,2	
Schulungsangebote für Angehörige	32,7	18,4	
Selbsthilfegruppen für Angehörige	26,5	14,3	
Tages- und Verhinderungspflege im Urlaub	20,4		8,2
Ehrenamtliche Entlastungsangebote	22,4		8,2
Häusliche Umbaumaßnahmen und Finanzierung	18,4		4,1

Tabelle 7: Beratung, Durchführung und Vermittlung pflegerischer und psychosozialer Unterstützungsangebote durch die GPB

Die Beratungs- und Vermittlungsleistungen der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle werden durchgängig von geringen Anteilen der teilnehmenden HausärztInnen in Anspruch genommen. Weniger als ein Fünftel der HausärztInnen (18,4%) fordern eine Beratung hinsichtlich einer Heimplatzsuche und einer individuellen Heimplatzauswahl bzw. häuslicher Umbaumaßnahmen und einer entsprechenden Finanzierung an. Jeweils ein Fünftel (20,4%) fragt die GPB an hinsichtlich der Auswahl und dem Einsatz ambulanter Pflegedienste bzw. einer Tages- und Verhinderungspflege im Urlaub. Gut ein Fünftel (22,4%) nehmen Unterstützung durch die GPB im Bereich ‚Ambulantes und kognitives häusliches Training‘ und ‚Ehrenamtliche Entlastungsangebote‘ in der hausärztlichen Versorgung in Anspruch. Ein Viertel (26,5%) greift auf die Beratungsangebote im Bereich ‚Einleitung

und Beratung einer Pflegestufe' und ‚Selbsthilfegruppe für Angehörige' zurück und ein Drittel (32,7%) beansprucht eine Beratung hinsichtlich von Schulungsangeboten für Angehörige.

Die Durchführungshäufigkeiten in den unterschiedlichen Beratungsbereichen seitens der GPB sind eher gering. Mit 18,4%, d. h. weniger als jede/r 5. HausärztIn gibt an, dass Schulungsangebote für Angehörige in Anspruch genommen werden. In rund jedem 6. Fall folgt durch die GPB eine Einleitung und Beantragung einer Pflegestufe. Bei rund jedem 7. Fall werden unterstützende Maßnahmen wie ‚Auswahl und Einsatz ambulanter Pflegedienste' oder ‚Selbsthilfegruppen für Angehörige' initiiert. ‚Heimplatzsuche und individuelle Heimplatzauswahl' übernimmt in der Durchführungshäufigkeit den 4. Rangplatz (12,2%), obwohl im Rahmen des Versorgungsnetzwerkes der Übergang in eine stationäre Einrichtung erst als Option gesehen wird, wenn alle anderen Möglichkeiten erschöpft sind.

Durchführungs- und Vermittlungsleistungen in den verbleibenden Bereichen erfolgen in geringem Maße, wobei das ambulante und häusliche kognitive Training mit 10,2% für jede/n 10. PatientIn durchgeführt wird. Tages- und Verhinderungspflege im Urlaub, ehrenamtliche Entlastungsangebote sowie häusliche Umbaumaßnahmen und Finanzierung werden für rund jede/n 12. bzw. 25. PatientIn vermittelt.

Sofern psycho-soziale Unterstützungsleistungen in der Versorgung greifen, nutzt der/die HausärztIn unter Beratungsaspekten verstärkt Leistungen für die Stabilisierung der versorgenden Angehörigen (Schulungsangebote, Selbsthilfegruppe) und zur Sicherung notwendiger Pflegeleistungen (Pflegestufe). Dies bildet sich auch tendenziell in der Struktur der durchgeführten Versorgungsleistungen ab. Die Netzwerkstruktur wird unter dem Blickwinkel der Beratung wie auch der Durchführung zur Stabilisierung des Angehörigenumfeldes genutzt.

Eine Gegenüberstellung der Beratung, Durchführung und Vermittlung von Unterstützungsleistungen, die in der hausärztlichen Praxis angeboten bzw. von der GPB angefordert werden, zeigt eine eher rudimentäre Nutzung der Leistungen der GPB durch die HausärztInnen. An dieser Stelle gilt es sicherlich noch detaillierter zu überprüfen, warum die beteiligten HausärztInnen nicht stärker auf die Angebotsstruktur der GPB zurückgreifen. Gibt es an dieser Stelle ein Informationsdefizit seitens der HausärztInnen, erfordert die Versorgung eines Demenzerkrankten oder einer/s PatientIn mit Demenzverdacht eine weitgehende Versorgung im bekannten Umfeld oder wollen die HausärztInnen die Versorgung tendenziell ganzheitlich leisten? Hierbei handelt es sich um Fragen, die im Hinblick auf eine vernetzte Versorgung zu diskutieren sind.

4.4 Informationsaustausch zwischen der hausärztlichen Praxis und der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle

Die Qualität der vernetzten Versorgung ist abhängig vom Informationstransfer, in den auch die Leistungen der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle einfließen. Ähnlich zur Gerontopsychiatrischen Ambulanz kann zwischen den Informationswegen und der Rückmeldeform differenziert werden.

Informationsweg	Ist-Zustand	Soll-Zustand
	Angaben in % (n=19)	Angaben in % (n=25)
Schriftlicher Bericht	57,8	68
Persönliches Gespräch	42,2	32
Rückmeldeform		
	Angaben in % (n=22)	Angaben in % (n=27)
Zwischenbericht	54,5	48,2
Abschlussbericht	45,5	51,8

Tabelle 8: Ist-Soll-Vergleich Schnittstelle: Informationsaustausch GPB - HausärztIn

Die Nennungen¹¹ zu den existierenden Informationswegen verweisen auf eine höhere Relevanz des schriftlichen Berichtes. 57,8% der Nennungen verweisen auf den schriftlichen Weg, während die verbleibenden Nennungen das persönliche Gespräch thematisieren¹². Der schriftliche Bericht

¹¹ Grundlage der Ausführungen sind die Nennungen, derjenigen HausärztInnen, die Aussagen zum Informationsweg der Rückmeldungen von der GPB gemacht haben (n=14).

¹² Von den 25 HausärztInnen, die Kontakt zur Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle haben, geben 6 Personen (24%) an, keine Rückmeldungen zu den Leistungen der GPB erhalten zu haben.

gewinnt hinsichtlich des präferierten Weges noch an Bedeutung. Mehr als zwei Drittel (68%) wünschen sich ein Berichtswesen in Schriftform¹³.

Bei der Rückmeldeform dominiert im Ist-Zustand der Zwischenbericht (54,5%) mit einer Prozentsatzdifferenz von + 9 Punkten gegenüber dem Abschlussbericht (45,5%). Bezüglich der geäußerten Präferenzen zeigt sich ein geringfügig anders gelagertes Meinungsbild. Eine geringfügige Mehrheit (51,8%) präferiert den Abschlussbericht gegenüber 48,2%, die für den Zwischenbericht votieren¹⁴.

Vereinzelte Vorschläge auf Verbesserungsmöglichkeiten für die künftige Zusammenarbeit zwischen HausärztInnen und GPB verweisen auf die Notwendigkeit kurzer und zeitnaher Rückmeldungen seitens der GPB an die HausärztInnen. Dennoch stehen sowohl der schriftliche Bericht als auch der Abschlussbericht in der Präferenz vor den flexibleren und zeitnahen Informationsmöglichkeiten des persönlichen Gesprächs und des Zwischenberichts.

Diese leicht widersprüchlich wirkende Situation wirft weitere Fragen auf wie z B.: Werden die Versorgungselemente der GPB, die einen stärkeren Fokus auf die pflegerische und psychosoziale Versorgung haben als weniger zeitkritisch betrachtet und bedingen somit die Einschätzung weniger schnell handeln zu müssen?

5. Qualitätszirkel als Element der Netzwerkversorgung

Qualitätszirkel sind Instrumente der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung und werden als Weiterbildungsinstrumente genutzt. Im Rahmen von moderierten, auf Freiwilligkeit¹⁵ basierenden Arbeitstreffen findet u.a. eine Auseinandersetzung mit zentralen Demenz bezogenen Themen und

¹³ Von denjenigen, die eine Angabe zum präferierten Informationsweg machen (n=20) geben 25% als Präferenz beide Wege an; die verbleibenden drei Viertel wählen entweder den schriftlichen Bericht (60%) oder das persönliche Gespräch (15%).

¹⁴ Auch spricht sich ein Teil derjenigen, die eine Angabe zur Form der Rückmeldung gemacht haben (n=21) für eine Kombination von Zwischen- und Abschlussbericht aus (28,5%).

¹⁵ Die HausärztInnen erhalten Qualifizierungspunkte, welche für eine geriatrische Weiterbildung bei der Kassenärztlichen Vereinigung anrechenbar sind. Weiterhin basiert das Konzept des Versorgungsnetzwerkes auf der nicht-sanktionierbaren Verpflichtung an Qualitätszirkeln teilzunehmen, somit wird der Freiwilligkeitsaspekt relativiert und bedingt außer Kraft gesetzt wird.

Fragestellungen der ambulanten Versorgung statt. Darüberhinaus finden in den Qualitätszirkeln Fallbesprechungen statt.

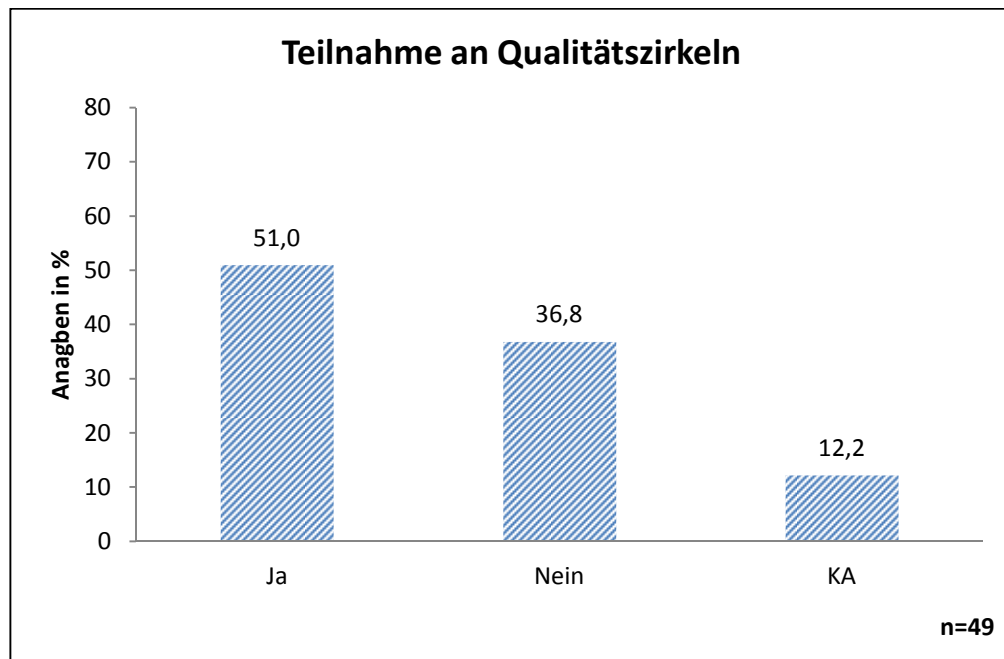


Abbildung 7 : Anteile der HausärztInnen, die an Qualitätszirkeln teilgenommen haben

Jede/r 2. HausärztIn hat bis zum Zeitpunkt der Befragung laut eigener Angabe an einem Qualitätszirkel teilgenommen. Gut ein Drittel verneint eine entsprechende Teilnahme, 12,2% machen hierzu keine Angabe. Die Argumente der Nicht-TeilnehmerInnen an den Qualitätszirkeln verweisen überwiegend auf den zeitlichen Aufwand bzw. die zu geringe Zahl an DemenzpatientInnen, die einen entsprechenden Zeiteinsatz rechtfertigen. Weiterhin wird die Nicht-Teilnahme durch Termenschwierigkeiten begründet. Die Argumentation ‚Über ausreichendes Fachwissen in Bezug auf die Demenzerkrankung zu verfügen‘, wonach eine Fortbildung nicht erforderlich ist, wird nicht angeführt. Eine Erhöhung der TeilnehmerInnenquote erfordert u.a. auch die Berücksichtigung zeitstruktureller Rahmenbedingungen in der hausärztlichen Versorgungspraxis.

Die Motivation für die Teilnahme kann sowohl auf inhaltlicher als auf struktureller Ebene liegen. Die Gründe, an den Qualitätszirkeln teilzunehmen, korrespondieren mit dem Bestreben, die Qualität der Versorgung der DemenzpatientInnen zu steigern.

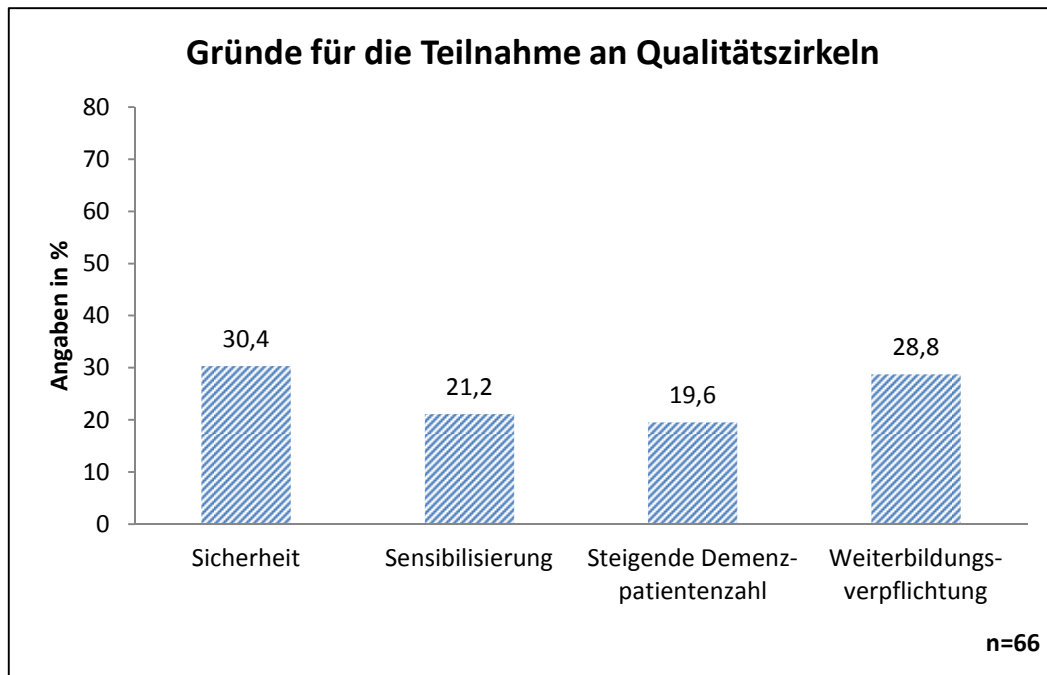


Abbildung 8: Gründe für die Teilnahme an Qualitätszirkeln

Weniger als ein Drittel der Nennungen (30,4%), bezogen auf die Teilnahmegründe, fällt auf die Gewinnung von Sicherheit im Rahmen der Diagnosestellung. Weitere 21,2% der Aussagen, somit rund ein Fünftel, thematisiert die Sensibilisierung für PatientInnen mit Verhaltensauffälligkeiten im Praxisalltag. Knapp ein Fünftel (19,6%) entfällt auf den Aspekt ‚Steigende Zahl an DemenzpatientInnen‘ und 28,8%, deutlich mehr als ein Viertel der Nennungen, beziehen sich auf die Verpflichtung der internen Weiterbildung in Verbindung mit der Einschreibung in das Versorgungsnetzwerk.

Die inhaltlich bedingten Gründe zur Teilnahme (Sicherheit, Sensibilisierung: 51,6%) sind ähnlich stark vertreten wie die strukturellen Gründe (Steigende DemenzpatientInnenzahl, Weiterbildungsverpflichtung: 48,4%). Die Nennungen signalisieren eine Bereitschaft, sich im hausärztlichen Kontext im Hinblick auf das Thema ‚Demenz‘ weiterzubilden und damit einen eigenen Beitrag zur Qualitätssteigerung in der Demenzversorgung zu leisten.

Anzahl genannte Gründe	Angaben in % (n=26)
1 Grund	23
2 Gründe	34,6
3 Gründe	7,8
4 Gründe	34,6

Tabelle 9: Anzahl der genannten Gründe für die Teilnahme an Qualitätszirkeln

Neben der inhaltlichen Ausrichtung der Motive verweist die Anzahl der gewählten Gründe auf eine Differenziertheit der Motivationslage. Ein knappes Viertel (23%) begründet ihre Teilnahme auf der Basis eines einzelnen Grundes. Jeweils rund ein Drittel (34,6%) führen zwei bzw. vier Gründe an, für 7,8% sind drei Gründe ausschlaggebend. Für drei Viertel der HausärztInnen, die an Qualitätszirkeln teilgenommen haben, ist eine Kombination von zwei und mehr Gründen ursächlich gewesen, somit kann in der Mehrzahl der Fälle von einer differenzierteren Motivationslage ausgegangen werden.

Dennoch sind in diesem Zusammenhang zwei Aspekte kritisch hervor zu heben:

- Relativ geringe Akzeptanz der Qualitätszirkel und
- bedingter Freiwilligkeitscharakter.

Im Umkehrschluss bedeutet die Teilnahme jedes/r zweiten HausärztIn, dass die Hälfte der im Netzwerk Eingeschriebenen bisher nicht an einem Qualitätszirkel beteiligt war. Damit kommt diesem Qualifizierungselement nur ein begrenzter Wirkungsgrad zu. Weiterhin relativiert die im Versorgungskonzept verankerte Verpflichtung nach der Einschreibung an Qualitätszirkeln teilzunehmen und die Option aufgrund einer entsprechenden Teilnahme Qualifizierungspunkte für eine geriatrische Weiterbildung der Kassenärztlichen Vereinigung zu erwerben, den Freiwilligkeitscharakter.

Die externe Vorgabe der Weiterbildungsverpflichtung (Teilnahmepflicht bzw. Qualifizierungspunkte) stellt einen in der Höhe nicht exakt zu benennenden Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft an Qualitätszirkeln dar. Im Sinne der Schaffung eines niederschweligen Zugangs von

DemenzpatientInnen zur Frühdiagnostik über die hausärztliche Praxis scheint es notwendig, entsprechende Anreize (monetäre oder qualifikatorische) in der hausärztlichen Versorgung zu etablieren, um die Teilnahmebereitschaft an entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen zu erhöhen.

5.1 Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätszirkel

Unabhängig von dem Ausmaß der Teilnahme stellt sich die Frage, welche Inhalte für diejenigen, die teilgenommen haben, von Relevanz sind.

Themen	Angaben in % (n=164)
Struktur und Funktion des ‚DemenzNetz Aachen‘	7,9
Leistungen des Gerontopsychiatrischen Zentrums	11,5
Krankheitsbild ‚Demenz‘	12,8
Basisassessment im Rahmen des ‚DemenzNetz Aachen‘	11,5
Medikation dementieller Erkrankungen	14,6
Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten von PatientInnen mit Demenz bzw. Verdacht auf Demenz	14,6
Möglichkeiten der Einbindung von Angehörigen	14,6
Fallbesprechungen	12,1

Tabelle 10: Praxisrelevante Themen der Qualitätszirkel

Die in den Qualitätszirkeln behandelten Themen tangieren im weitesten Umfang die alltägliche hausärztliche Praxis im Kontext der Versorgung dementiell veränderter PatientInnen sowie deren Angehöriger. Die Nennungen der befragten HausärztlInnen bringen die Gewichtungen der einzelnen Themen zum Ausdruck. Insgesamt führen die HausärztlInnen 164 Nennungen zu den genannten Themen an. Rund jede 7. Nennung (14,6%) entfällt auf ‚Medikation dementieller Erkrankungen‘, ‚Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten von PatientInnen mit Demenz bzw. Verdacht auf Demenz‘ und

‚Möglichkeiten der Einbindung von Angehörigen‘. An nächster Stelle der Nennungshäufigkeit stehen Informationen zum Krankheitsbild ‚Demenz‘ (12,8%) und Fallbesprechungen (12,1%).

Themen, die vorrangig strukturelle Aspekte fokussieren, bilden die Gruppe mit den geringsten Häufigkeitsanteilen. Jeweils 11,5% der Nennungen entfallen auf das Basisassessment im Rahmen des Versorgungsnetzes und die Erläuterungen zu den Leistungen des Gerontopsychiatrischen Zentrums. Mit einem Prozentsatz von 7,9 stellen die Erläuterungen zur Struktur und Funktion des Versorgungsnetzwerkes das Thema mit dem geringsten Nennungsanteil dar.

Anzahl genannte Gründe	Angaben in % (n=28)
2-3 Gründe	10,8
4-5 Gründe	35,7
6-7 Gründe	21,4
8-9 Gründe	32,1

Tabelle 11: Anzahl der genannten praxisrelevanten Themen

Die Anzahl der genannten praxisrelevanten Themen kann als Hinweis auf die Relevanz und den Nutzen der im Versorgungsnetzwerk angebotenen, begleiteten Weiterbildungsinhalte gedeutet werden. Mehr als jede/r zweite HausärztIn charakterisiert sechs und mehr der behandelten Themen als relevant für die alltägliche Praxis. Ein gutes Drittel (35,7%) ordnet vier bis fünf Themen eine Bedeutung für den hausärztlichen Versorgungsalltag zu und jede 10. TeilnehmerIn hält 2 bis 3 Gründe für wichtig.

In Verbindung mit den Angaben zu den thematischen Inhalten zeigt sich ein differenzierter Informationsbedarf, wobei die fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Demenz‘ eine zentrale Position einnimmt. Die Daten verweisen auf ein Interesse der HausärztInnen hinsichtlich einer differenzierten Unterstützung und Fortbildung im Bereich der Behandlung und Versorgung dementiell veränderter PatientInnen.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die Qualitätszirkel mit ihren inhaltlichen Ausrichtungen ein notwendiges Instrument des Versorgungsnetzwerkes darstellen, die Versorgungsqualität für DemenzpatientInnen zu erhöhen.

	Angaben in % (n=129)
Verbesserung des Wissensstandes	14,7
Erhöhte Sicherheit in der Diagnosestellung	12,4
Erhöhte Sicherheit in der Therapie	11,6
Sensibilisierung für PatientInnen mit Verhaltensauffälligkeiten	9,3
Sensibilisierung im Umgang mit PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose	10,1
Erhöhte Sicherheit bzgl. der Beratung zu Versorgungsleistungen	8,5
Erhöhte Sicherheit bzgl. der Vermittlung zu Versorgungsleistungen	10,1
Sensibilisierung im Umgang mit versorgenden Angehörigen	12,4
Erhöhte Sicherheit bzgl. der Beratung zu Unterstützungsleistungen für versorgende Angehörige	10,9

Tabelle 12: Veränderungen in Folge der Teilnahme an Qualitätszirkeln

Nach Einschätzungen der HausärztInnen induziert die Teilnahme an den Qualitätszirkeln Verbesserungen in unterschiedlichen Bereichen der Praxis. Der Kriterienkatalog erfasst verschiedene Aspekte der Versorgung und bezieht sich sowohl auf medizinische und beratungstechnische Aspekte sowie auf den Umgang mit PatientInnen als auch mit versorgenden Angehörigen. Rund ein Siebtel der Nennungen bezieht sich auf die Verbesserung des Wissensstandes durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln. Die weiteren medizinischen und therapeutischen Kategorien ‚Erhöhte Sicherheit in der Diagnosestellung‘ (12,4%) und ‚Erhöhte Sicherheit in der Therapie‘ (11,6%) repräsentieren gemeinsam ein knappes Viertel der Nennungen.

Einen weiteren Schwerpunkt bilden die Nennungen im Kontext der versorgenden Angehörigen. Ebenfalls 12,4% der Nennungen beziehen sich auf die ‚Sensibilisierung im Umgang mit versorgenden Angehörigen‘ und 10,9% auf die ‚Erhöhte Sicherheit bzgl. der Beratung zu Unterstützungsleistungen für versorgende Angehörige‘. Knapp ein Viertel der Nennungen fokussiert somit die versorgenden Angehörigen als für die hausärztliche Praxis relevante Akteure in der Demenzversorgung.

Die Sensibilisierung für PatientInnen mit Verhaltensauffälligkeiten (9,3%) sowie die Sensibilisierung im Umgang mit PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose (10,1%) verweisen auf einen einsetzenden Enttabuisierungseffekt in der hausärztlichen Praxis für die Thematik ‚Demenz‘ durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln. Somit bezieht sich knapp ein Fünftel der Angaben auf die Schärfung der Wahrnehmung bzgl. PatientInnen mit Verhaltensauffälligkeiten oder dementiellen Veränderungen, wodurch die Chance auf Früherkennung gesteigert werden kann.

Mehr Sicherheit hinsichtlich Beratungs- und Vermittlungsleistungen vereinen auf sich in der Gesamtsicht die geringsten Anteile der Nennungen, repräsentieren aber dennoch zusammen knapp ein Fünftel (18,6%). Die Veränderungen hinsichtlich des Umgangs mit dem Thema ‚Demenz‘ durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln korrespondiert tendenziell mit den Angaben zu den Konsequenzen für das hausärztliche Handeln aufgrund der Qualitätszirkelteilnahme.

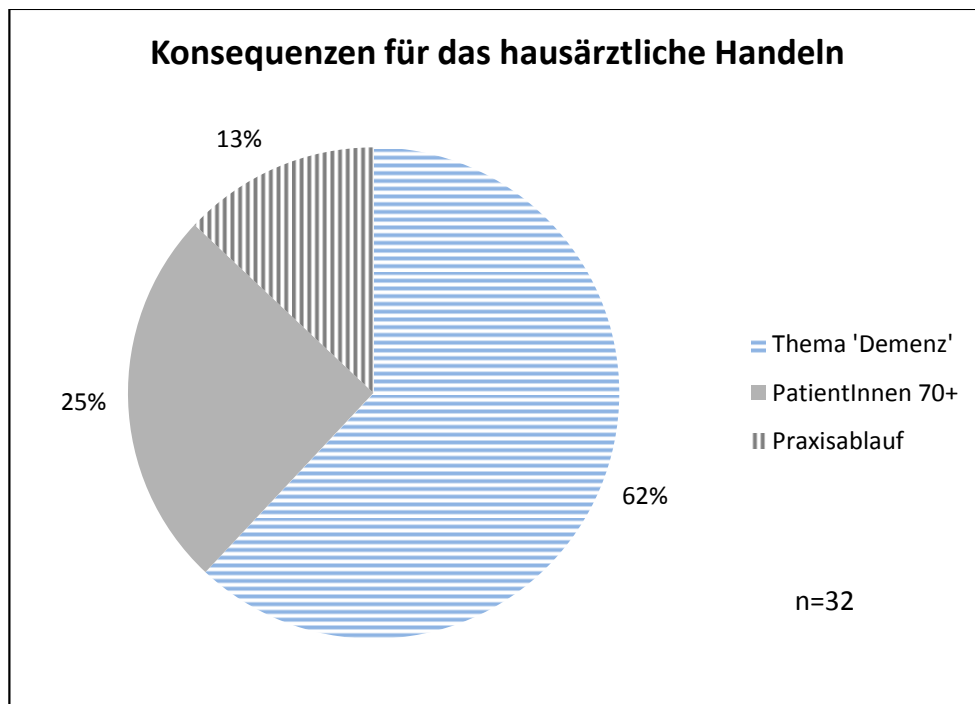


Abbildung 9: Konsequenzen für das hausärztliche Handeln aus der Teilnahme an Qualitätszirkeln

Rund zwei Drittel der Angaben der HausärztInnen, die bisher an Qualitätszirkeln teilgenommen haben, beziehen sich auf einen veränderten Umgang mit dem Thema ‚Demenz‘. Ein Viertel beschreibt eine Veränderung des Umgangs mit PatientInnen im Alter 70 Jahre und älter, jede 8. Nennung thematisiert eine Veränderung in der Organisation des alltäglichen Praxisablaufes.

Die Qualitätszirkel als Instrument der Qualifizierung der hausärztlichen Demenzversorgung werden als Möglichkeit der Gewinnung von behandlungsspezifischen Kenntnissen im Bereich Medizin und Therapie gesehen sowie als Option der Einbindung von Angehörigen in die Versorgung. Qualitätszirkel als Möglichkeit, die Versorgung in einem medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Netzwerk auszubauen und zu vernetzen, erscheint von nachrangiger Ordnung. Insoweit sind bei einer Etablierung des so gestalteten Versorgungsnetzwerkes insbesondere die möglichen Synergieeffekte und die Entlastungsmöglichkeiten einzelner AkteurInnen transparenter zu machen und strukturell zu verankern. Dies erfordert eine deutliche Definition von Zuständigkeitsbereichen und klare Absprachen hinsichtlich der Übernahme einzelner Aufgabenbereiche. Dabei handelt es sich um Kommunikationsanforderungen und Strukturierungselemente, die bei der Installation zu berücksichtigen sind.

6. Demenz als Herausforderung für die hausärztliche Tätigkeit

Die Versorgung von DemenzpatientInnen kann sich aufgrund des spezifischen Krankheitsbildes sowie des Krankheitsverlaufes auf den Ablauf in der hausärztlichen Praxis auswirken. PatientInnen, die auf Unterstützung und Begleitung durch Angehörige angewiesen sind, die Termine nur mit zusätzlichem organisatorischem Aufwand einhalten können, die für Praxis- und Behandlungsabläufe größere Zeitressourcen benötigen, erfordern gesteigerte organisatorische Aufmerksamkeiten und organisatorische Ressourcen im Praxisalltag.

Gut jede/r zweite HausärztIn gibt an, durch die Behandlung von DemenzpatientInnen Konsequenzen im alltäglichen Praxisalltag feststellen zu können. Der verbleibende Teil verneint entsprechende Konsequenzen.

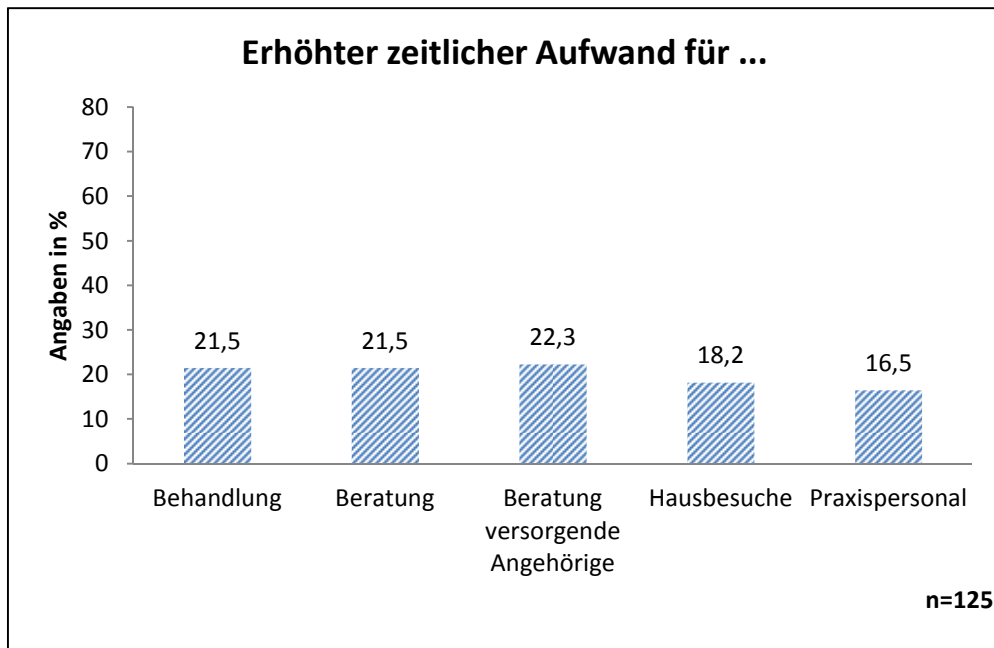


Abbildung 10: Zeitliche Konsequenzen durch Behandlung von PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose

Sechs von zehn Nennungen thematisieren zeitliche Konsequenzen in Folge der Behandlung von DemenzpatientInnen. Rund zwei Drittel der Nennungen entfallen auf die ‚Behandlung der/s PatientIn mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose‘ (21,5%), ‚Beratung von PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose‘ (21,5%) sowie ‚Beratung versorgender Angehöriger‘ (22,3%).

Knapp ein Fünftel der Angaben beziehen sich auf zeitliche Konsequenzen bei der Durchführung von Hausbesuchen. Jede 6. Nennung bringt zum Ausdruck, dass diese PatientInnengruppe zeitliche Konsequenzen für die Praxisorganisation nach sich zieht.

Anzahl genannte Aspekte	Angaben in % (n=33)
1-2 Aspekte	9,2
3-4 Aspekte	36,3
5 Aspekte	54,5

Tabelle 13: Anzahl der genannten Aspekte zeitlicher Konsequenzen

Neun von zehn HausärztInnen nennen drei und mehr Gründe, warum die Behandlung zu zeitlichen Einflüssen führt. Die Behandlung von DemenzpatientInnen bzw. von PatientInnen mit Demenzverdacht wirkt sich auf die unterschiedlichen Bereiche im hausärztlichen Versorgungsprozess aus. Neben dem Arzt / der Ärztin sind sowohl die/der PatientIn, der Angehörige sowie das Praxispersonal von diesen veränderten Versorgungsbedingungen betroffen.

Abgesehen von zeitlichen Konsequenzen benennt rund jede/r zweite HausärztIn finanzielle Konsequenzen aufgrund der Versorgung von PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose.

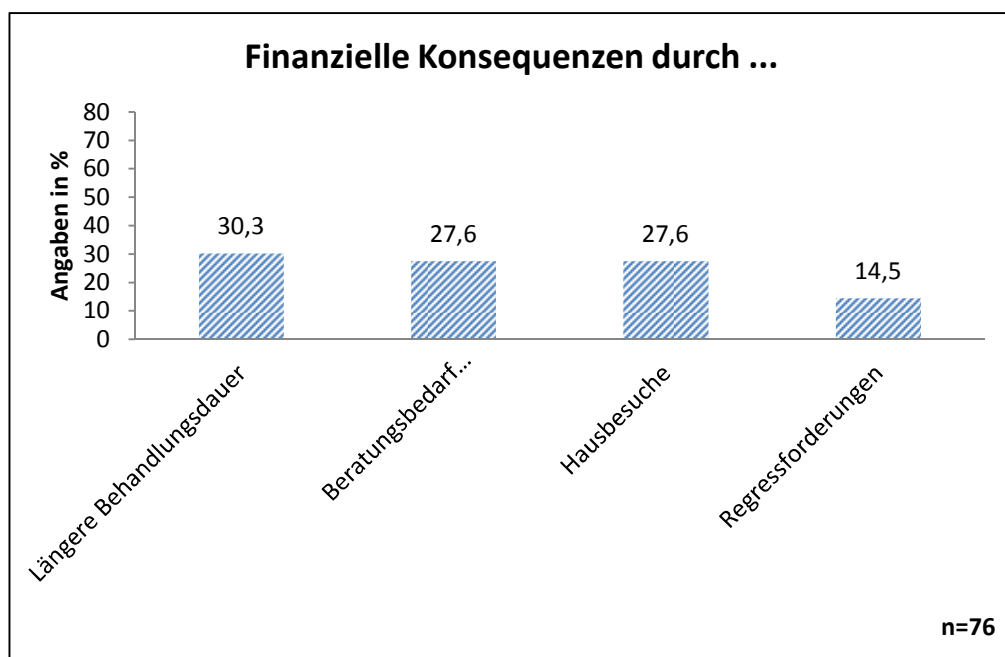


Abbildung 11: Finanzielle Konsequenzen für den Praxisetat aufgrund der Versorgung

Ein knappes Drittel der Nennungen fokussiert die finanziellen Konsequenzen, die sich durch die längeren Behandlungsdauern ergeben. Ein weiteres gutes Viertel der Angaben benennt den zusätzlichen Beratungsbedarf der Angehörigen und die damit verbundenen finanziellen Belastungen. Ebenfalls ein gutes Viertel bezieht sich auf die wirtschaftlichen Belastungen in Folge der zusätzlichen Hausbesuche für PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose. Ein vergleichsweise geringer Anteil der Nennungen, rund jede 7. Nennung entfällt auf mögliche Regressforderungen in Folge von Budgetüberschreitungen.

Anzahl genannter Aspekte	Angaben in % (n=24)
1-2 Aspekte	16,6
3-4 Aspekte	83,4

Tabelle 14: Anzahl der genannten Aspekte finanzieller Konsequenzen

Fünf Sechstel der HausärztInnen nennen 3 bis 4 Aspekte finanzieller Konsequenzen.

Die Versorgung des Klientels mit Demenz bzw. Verdacht auf Demenz stellt Anforderungen an das Zeit- und Finanzmanagement, allerdings ist darauf zu verweisen, dass in privatwirtschaftlich organisierten hausärztlichen Praxen beide Aspekte unmittelbar miteinander in Verbindung stehen. Die Angaben der HausärztInnen verweisen auf aufgrund der besonderen Anforderungen in der Demenzversorgung auf Anpassungsleistungen im praxisstrukturellen Bereich, wobei Zeitkontingente und Finanzaspekte zu berücksichtigen sind.

Die HausärztIn-PatientIn-Beziehung¹⁶ erfährt in der Demenzversorgung unter struktureller Perspektive eine zweifache Veränderung. Die Versorgung des dementiell veränderten Menschen erfordert einen durch die kognitiven Einschränkungen bedingten höheren zeitlichen Aufwand. Behandlung und Beratung sind den veränderten gesundheitlichen Bedingungen anzupassen und benötigen mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung zeitliche Ressourcen, die über die funktionalen Versorgungsprozess, die im hausärztlichen Kontext zur Verfügung stehen, hinausgehen. Es ist erforderlich auf das Krankheitsbild ‚Demenz‘ zugeschnittene Behandlungs- und Praxisprozesse zu entwickeln.

Eine weitere zentrale Veränderung in der Versorgung des dementiell veränderten Menschen resultiert aus der Notwendigkeit, dass der dementiell veränderte Mensch durch weitere Personen unterstützt werden muss. Die/der Angehörige werden zu zentralen Akteuren in der Versorgung der/des DemenzpatientIn. Die/der HausärztIn hat somit nicht mehr den/die PatientIn als einzigen Bezugspunkt, sondern das PatientIn-Angehörigen-Tandem ersetzt die/den PatientIn als

¹⁶ Die folgenden Ausführungen können für die gesundheitliche Versorgung von geriatrisch zu versorgenden Menschen generalisiert werden. Der geriatrisch zu versorgende Mensch stellt in mehrfacher Hinsicht veränderte Anforderungen an den gesundheitlichen Versorgungsprozess. Am Beispiel der Demenzerkrankung kann dies idealtypisch dargestellt werden.

Individualbezugsgröße. Aus der klassischen HausärztIn-PatientIn-Dyade wird die HausärztIn-PatientIn-Angehörigen-Triade. Hieraus resultieren u. a. medizinisch-rechtliche Fragen wie z. B. der medizinischen Schweigepflicht, des Selbstbestimmungsrechts des/der PatientIn, besonders in den Fällen, in denen keine rechtlich verbindlichen Vorsorge- oder Betreuungsvollmachten sowie PatientInnenverfügungen existieren bzw. nicht mehr vereinbart und abgeschlossen werden können¹⁷.

Die/der Angehörige als Teil der Triade steht zwischen HausärztIn und PatientIn und übernimmt bei fortschreitender Erkrankung zunehmend die Rolle des/r ModeratorIn zwischen den Beteiligten. Die ModeratorInnen-Rolle setzt allerdings einen umfassenden Informationsstand voraus, um die notwendigen Entscheidungen und Prozesse zu stützen und zu begleiten. Strukturell betrachtet bedeutet dies, der/die PatientIn bleibt in der Position des/r direkten BehandlungspartnerIn und wird durch die/den Angehörige/n als indirekte Behandlungs- und KontraktpartnerIn ergänzt. Der Versorgungsprozess wird um eine Ebene erweitert, in dem die/der Angehörige als indirekte/r BehandlungspartnerIn involviert und zu einem Garanten für die Umsetzbarkeit der Behandlung wird.

Vertragsstrukturell und honorartechnisch ist die Erweiterung des Versorgungsprozesses um die Ebene einer indirekten Behandlungsperson als Moderator nicht geregelt und verweist somit auf Defizite und Lücken in den Regelungen der bestehenden Versorgungsstrukturen.

7. Demenzversorgung: Eine Kombination medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Aufgaben

Die Leitlinien zur Demenzversorgung heben die Bedeutung der Verbindung von Versorgungsleistungen aus dem medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bereich hervor. Obwohl das Procedere in diesem Zusammenhang ein Zusammenspiel der einzelnen Bereiche ist, kann es zu unterschiedlichen Gewichtungen der drei Versorgungsbereiche kommen. Die HausärztInnen werden auf einer Skala von ‚vollkommen wichtig‘, ‚eher wichtig‘, ‚eher unwichtig‘ bis ‚vollkommen unwichtig‘ um ihre Einschätzungen gebeten, für wie wichtig sie die jeweiligen

¹⁷ Ähnliche Situationen sind in der pädiatrischen Versorgung vorzufinden, wobei sich aufgrund der Fürsorgepflicht und des Sorgerechts der Eltern die Verantwortung über medizinisch notwendige Behandlungsschritte rechtlich geregelt sind und somit andere strukturelle Bedingungen existieren.

Aufgabenbereiche in der umfassenden Versorgung von PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose halten.

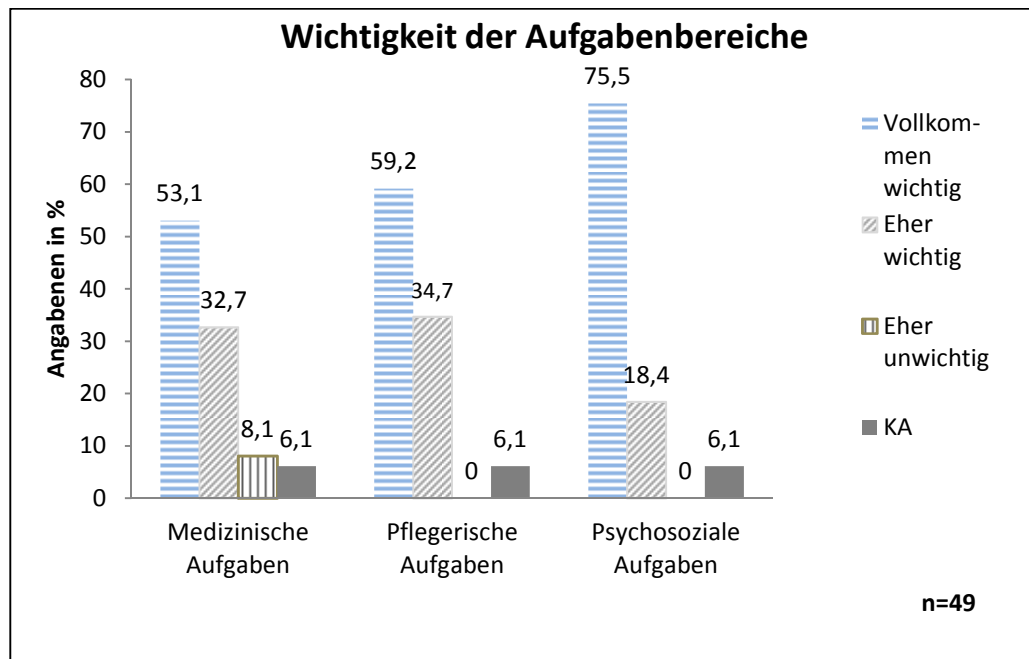


Abbildung 12: Wichtigkeit der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aufgabenbereiche

Alle Bereiche werden durchgängig mehrheitlich für tendenziell wichtig eingeschätzt; einheitlich liegen in allen Aufgabenbereichen in 6,1% der Fälle keine Angaben vor. Hinsichtlich der medizinischen Aufgaben existiert das differenzierteste Meinungsbild. Jede/r zweite HausärztIn hält die medizinischen Aufgaben für ‚vollkommen wichtig‘, ein weiteres Drittel stuft sie als ‚eher wichtig‘ ein. Rund jede/r 12. befragte HausärztIn ordnet den medizinischen Aufgaben ein ‚eher unwichtig‘ zu¹⁸.

Die Einschätzungen zur Relevanz der pflegerischen und psychosozialen Aufgaben sind in der Zusammenschau identisch, 93,9% betrachten beide Bereiche in der Versorgung als ‚vollkommen‘ bzw. ‚eher wichtig‘. Allerdings gibt es Unterschiede zwischen den Kategorien: Während 59,2% die pflegerischen Aufgaben als ‚sehr wichtig‘ einschätzen, liegt der Anteil derjenigen, die sie für ‚eher wichtig‘ halten, bei rund einem Drittel (34,7%). Hinsichtlich der psychosozialen Aufgaben geben drei

¹⁸ Inwieweit es sich hierbei um statistische Ausreißer handelt, müsste im Rahmen einer quantitativ umfangreicheren Studie überprüft werden, um evidenzbasierte Aussagen tätigen zu können.

Viertel der HausärztInnen an, dass sie ‚sehr wichtig‘ sind, während 18,4% sie als ‚eher wichtig‘ einstufen.

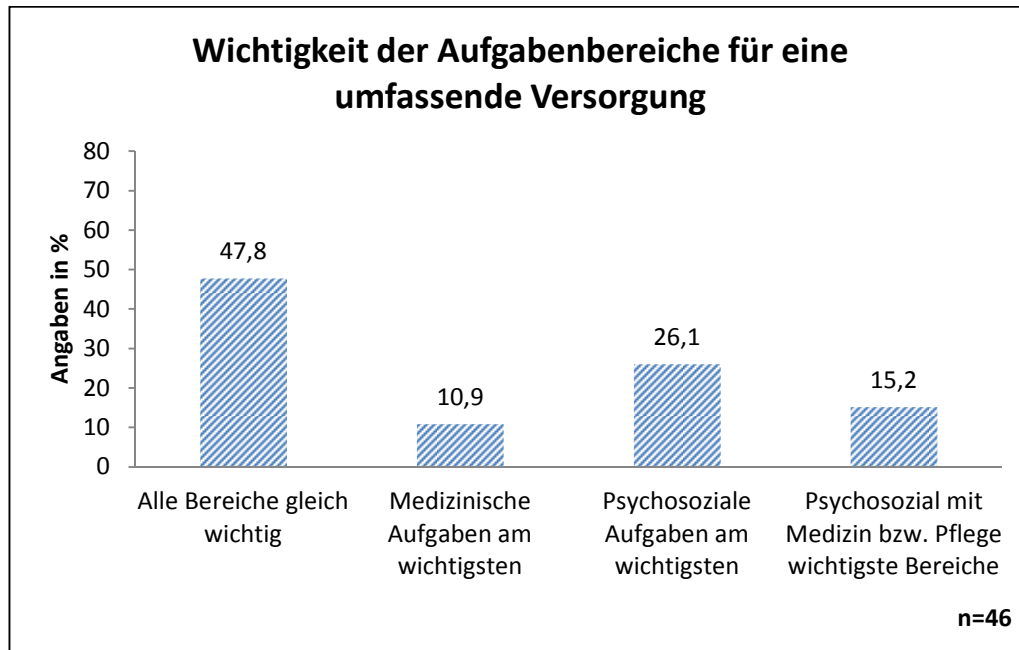


Abbildung 13: Wichtigkeit der Aufgabenbereiche für eine umfassende Versorgung

Weniger als jede/r zweite HausärztIn konstatiert das Zusammenwirken der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aufgabenbereiche für eine umfassende Versorgung als notwendig. Hiermit bestätigt sich auch, die bereits an früherer Stelle deutlich gewordene unzureichende Umsetzung der Leitlinien zur Demenzversorgung in der hausärztlichen Versorgungspraxis.

Jede/r 10. Hausärztin hält die medizinischen Aufgaben für den wichtigsten Bereich, womit verbunden ist, dass der pflegerische und psychosoziale Bereich als weniger relevant eingestuft werden. Demgegenüber benennt ein rundes Viertel die psychosozialen Aufgaben als die bedeutendste Versorgungskomponente und 15,2% ordnen dem psychosozialen Versorgungsaspekt eine gleich hohe Priorität wie den medizinischen und pflegerischen Aufgaben zu.

Die dargestellten Ergebnisse lassen sich in zweifacher Hinsicht deuten: Ein leitliniengestütztes Verständnis der umfassenden Versorgung dementiell veränderter PatientInnen ist bisher in der hausärztlichen Versorgungspraxis nicht flächendeckend umgesetzt. Dies zeigt sich einerseits darin, dass weniger als jede/r zweite Hausarzt die Kooperation der drei Aufgabenbereiche als gleich wichtig erachtet. Andererseits verweist der – wenn auch vergleichsweise geringe Anteil – der HausärztInnen, die den medizinischen Aufgaben die höchste Priorität einräumen, ebenfalls in diese Richtung.

Auch die hohe Gewichtung der psychosozialen Aufgaben als der wichtigste Aufgabenbereich und als gleichrangig mit einem weiteren Bereich lassen den Eindruck eines einseitig orientierten Versorgungsverständnisses entstehen. Inwieweit dieses Versorgungsverständnis mit der bisher geltenden Einschätzung der Unheilbarkeit der Krankheit Demenz korrespondiert und diesem im hausärztlichen Handeln Rechnung trägt und somit die rationalen Entscheidungen determinieren, bleibt an dieser Stelle spekulativ und sollte im Sinne einer qualitativen Demenzversorgung einer weiteren empirischen Überprüfung unterzogen werden.

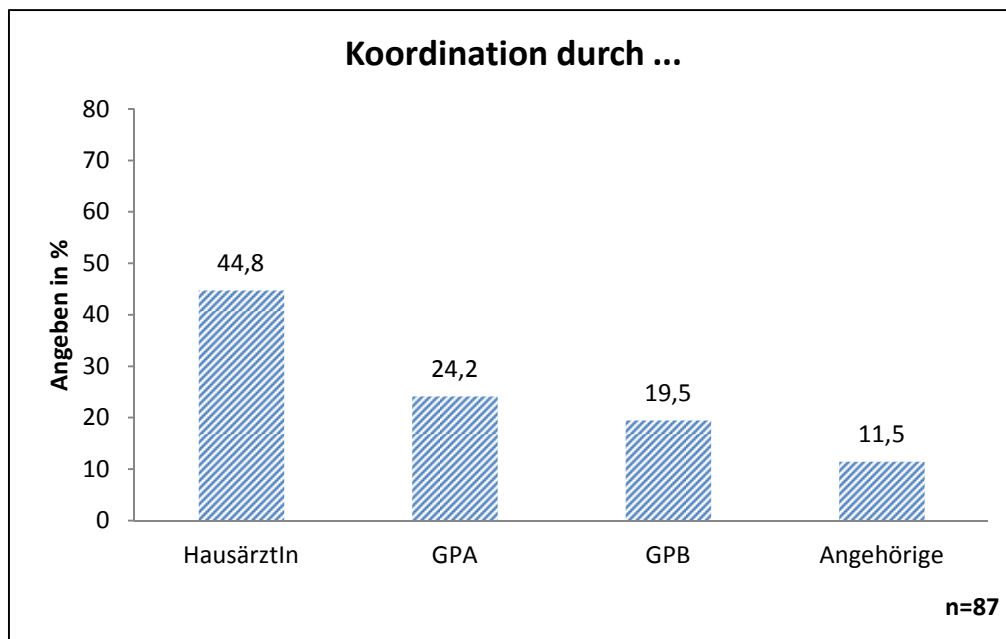


Abbildung 14: Übernahme der Koordination der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aufgaben

Eine multidisziplinäre Versorgung erfordert die Koordination der unterschiedlichen Aufgaben, diese kann in einer vernetzten Versorgungsstruktur von unterschiedlichen Akteuren übernommen werden. Aus Sicht der HausärztInnen wird die Koordination vorrangig in ihrer Zuständigkeit gesehen. 44,8% der Nennungen zu der Frage, durch wen die Koordination erfolgen soll, entfallen auf die Gruppe der/s HausärztIn. Ein weiteres Viertel der Angaben benennt die Gerontopsychiatrische Ambulanz als Koordinierungsstelle. Die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle vereinigt 19,5% der Angaben und rund jede 10. Nennung bezieht sich auf die Angehörigen als ausführende KoordinatorInnen.

Somit beziehen sich zwei Drittel der Nennungen auf den medizinischen Bereich als steuernde Koordinationsstelle.

Anzahl genannter KoordinatorInnen	Angaben in % (n=45)
1 KoordinatorIn	40
2 KoordinatorInnen	24,5
3 KoordinatorInnen	35,5

Tabelle 15: Anzahl der genannten Aspekte finanzieller Konsequenzen

Vier von zehn HausärztInnen ordnen die Koordination einem/r AkteurIn zu, wobei rund drei Viertel dieser Gruppe den/die HausärztIn als zentrale Instanz betrachten. Ein Viertel ordnet die Aufgabe einem Zweier-Team und rund ein Drittel einem Dreier-Team zu. Zusammengefasst betrachtet zeigt sich, eine Mehrheit sieht die Steuerung der Koordination in der Verantwortlichkeit eines Teams.

An der Koordination beteiligt ...	Angaben in % (n=45)
HausärztIn	86,6
HausärztIn und/oder GPA	97,7
GPB	37,7
Angehörige	24,5

Tabelle 16: Beteiligte Partner in der Koordination

Unabhängig von dem Umstand einer alleinigen oder Team-Koordination gewichten die BefragungsteilnehmerInnen die verschiedenen Akteure unterschiedlich in ihrer Relevanz. 86,6% sehen den/die HausärztIn an der Koordination beteiligt. Annähernd alle Beteiligte (97,7%) gehen davon aus, dass der/die HausärztIn und bzw. oder die Gerontopsychiatrische Ambulanz koordinierend tätig sein sollten. Ein gutes Drittel bezieht sich auf die Beteiligung der Gerontopsychiatrischen Beratungsstellen, ein Viertel würde die Angehörigen in kooperative Abstimmungsprozesse involvieren.

Dem medizinischen Bereich wird eine zentrale Koordinationsrolle zugeordnet. Die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle und die Angehörigen werden im Vergleich zum

medizinischen Bereich mit deutlich geringerer Priorität im Prozess gesehen.

Die relativ geringe Verantwortlichkeit der Angehörigen hinsichtlich der koordinierenden Aufgaben, die seitens der HausärztInnen benannt wird, ist im Sinne einer notwendigen Entlastung der Angehörigen im Versorgungsprozess der PatientInnen mit Verdacht auf Demenz und Demenzdiagnose als durchaus positiv zu bewerten. Die gegenwärtige Realität außerhalb eines multidisziplinären Versorgungsnetzwerkes entspricht allerdings diesen Einschätzungen nicht, hier existiert vielmehr eine umfassende Verantwortlichkeit der Angehörigen für die Organisation und Abstimmung der erforderlichen Versorgungsleistungen. Eine Entlastung der Angehörigen durch professionelle Akteure erscheint im Sinne der Stabilisierung der Versorgungssituation im häuslichen Umfeld dennoch als sinnvoll und notwendig.

Die Dominanz des medizinischen Sektors als Steuerungsinstanz im Abstimmungsprozess ist vor dem Hintergrund der deutlichen Gewichtung der psychosozialen Aufgaben in einer umfassenden Versorgung nur bedingt nachvollziehbar (vgl. Wichtigkeit der Aufgabenbereiche). Der überwiegende Teil der teilnehmenden HausärztInnen betont entweder die Gleichbedeutung aller Bereiche bzw. hebt die Relevanz der psychosozialen Aufgabenbereiche hervor. Damit wird eine Vielzahl von medizinisch, fachfremden Unterstützungsleistungen als wichtig eingestuft, für die aufgrund des formulierten Koordinierungsanspruchs seitens der HausärztInnen bzw. des medizinischen Bereiches die Steuerungshoheit beansprucht wird. Konkret formuliert: Aus Sicht der HausärztInnen liegt die Verantwortlichkeit für die Steuerung der medizinischen (Diagnosestellung, Medikation), pflegerischen (Einsatz professioneller Pflege, Vermittlung von Tages- und Verhinderungspflege, Ergo- und Physiotherapie) sowie psychosozialer Aufgaben (Schulungsangebote für Angehörige, Selbsthilfegruppen, Einleitung einer Pflegestufe, weitere Beratungsangebote) vorrangig in der hausärztlichen bzw. medizinischen Verantwortlichkeit seitens der HausärztInnen in Kombination mit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht stellt sich hier die Frage, ob an dieser Stelle nicht zwischen Steuerung im Sinne von Zusammenfluss aller Informationen und Case Management als Koordination von pflegerischen und psychosozialen Unterstützungsleistungen differenziert werden muss. HausärztInnen als die zentralen AnsprechpartnerInnen der PatientInnen mit Verdacht auf Demenz und Demenzdiagnose bilden das Zentrum des Versorgungssystems, dem alle Informationen der beteiligten Netzwerkpartner zufließen. Das Case Management übernimmt die operative Verantwortlichkeit für die Sicherstellung eines umfassenden pflegerischen und psychosozialen Hilfs-

und Unterstützungssystemen. Hierbei handelt es sich nicht um originäre medizinische Aufgaben und Kompetenzbereiche, so dass dies von VertreterInnen anderer Professionen übernommen werden kann, zu deren Ausbildungsinhalten neben Case Management und Beratungskompetenz auch umfassende Kenntnisse hinsichtlich der Versorgungslandschaft für PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenzdiagnose gehören. Hierzu zählen Professionelle der Sozialen Arbeit und der Pflege.

Somit kann und sollte der inhaltliche Ansatz der multidisziplinären Versorgung dementiell veränderter PatientInnen auf struktureller Ebene durch ein multiprofessionelles Team aus Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit umgesetzt werden und gewährleistet eine umfassende und leitliniengerechte Demenzversorgung.

8. Fazit

Die beteiligten HausärztInnen sind in Folge ihrer langjährigen hausärztlichen Tätigkeit und steigenden Alters ihrer PatientInnen durchaus mit Fragen der geriatrischen Versorgung konfrontiert. Das Thema ‚Demenz‘ besitzt aufgrund des Verlaufs der Erkrankung eine durchaus qualitativ relevante Bedeutung, ist rein quantitativ dagegen ein (noch) nachgeordnetes Phänomen. Oder anders ausgedrückt: Die zur Zeit eher noch zahlenmässig kleinere Zahl an PatientInnen mit Verdacht auf Demenz bzw. Demenz-Diagnose erfordern organisatorisch bzw. behandlingstechnisch umfangreiche Anpassungsleistungen in der hausärztlichen Praxis. Eine Betrachtung der hausärztlichen Versorgung im Kontext von Demenz verdeutlicht bei einem beachtlichen Anteil der HausärztInnen ein nur ansatzweise an den Leitlinien orientiertes Versorgungsverhalten. Hier stehen Anspruch und Wirklichkeit im Kontrast zueinander. Dies ist umso erstaunlicher, da selbst die Beteiligung im Netzwerk, das strukturell die Umsetzung der Leitlinien über verschiedene Elemente befördert, keine flächendeckende Umsetzung gewährleistet.

Die hausärztliche Versorgung orientiert sich an „klassischen“ Mustern der Diagnose und der Therapie (Medikation) und fokussiert die funktionale patienten-bezogene Perspektive, die durch eine optimierte medizinische und pflegerische Schwerpunktsetzung gekennzeichnet ist. Darüber hinausgehende Versorgungsleistungen, die einen ganzheitlichen, leitlinienorientierten Versorgungsanspruch spiegeln, sowie die Einbindung und Berücksichtigung des/der Angehörigen als zentralem Akteur der Versorgungssituation werden nachrangig priorisiert.

Hier stellt sich unweigerlich die Frage der strukturellen Realisierbarkeit der ganzheitlichen, leitliniengerechten Demenzversorgung in der hausärztlichen Praxis. Anders ausgedrückt: Der/ die HausärztIn befindet sich in einer Dilemmata-Situation, die aus Strukturinkompatibilitäten gespeist wird:

- Der/die DemenzpatientIn bedarf einer medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung. Die sozial- und gesundheitspolitischen Regelungen der Krankenversorgung sehen gegenwärtig in der hausärztlichen Versorgung der Demenz für diesen komplexen Versorgungstatbestand keine finanziellen Mittel vor (ausgenommen in spezifischen Modellfinanzierungen).
- Die Stabilisierung des Demenzerkrankten im häuslichen Umfeld erfordert in der Regel die Einbindung des Angehörigen in die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung. Hier wird die klassische Patient-Arzt-Beziehung durch die Person des versorgenden Angehörigen ergänzt, die ebenfalls im ärztlichen Versorgungsarrangement nicht als Kommunikations- und Kooperationspartner strukturell vorgesehen ist.

Hieraus ergibt sich, dass der/die HausärztIn in den Konflikt gerät, entsprechend den geplanten Versorgungswegen den/die DemenzpatientIn zu versorgen und damit einer leitliniengerechten Versorgung entgegen zu handeln, da das Gesundheitssystem eine Honorierung dieser Leistungen nicht vorsieht. Oder im Umkehrschluss Leistungen zu erbringen, die er/sie aufgrund des ganzheitlichen Versorgungsanspruches umsetzen möchte, die aber über die Solidargemeinschaft finanziell nicht abgedeckt sind. Dies kommt einer Individualisierung der Gemeinkosten der Demenzversorgung zu Lasten der HausärztInnen gleich. In diesem Zusammenhang sind die bestehenden Deutungsmuster der behandelnden HausärztInnen von zentraler Bedeutung. Agiert der/die HausärztIn am unternehmerischen Rationalitätsprinzip orientiert, kann er/sie nur Versorgungsleistungen durchführen, die über Kassenhonorare abgedeckt sind. Somit erfordert eine Leitlinien orientierte Versorgung eine zusätzliche Honorierung, die im Rahmen der bestehenden Modellfinanzierung über bestehende Pauschalen zumindest anteilig gewährleistet ist. Andererseits kann das Deutungsmuster ‚Hausarzt als Rund-um-Versorger‘ dazu führen, dass unabhängig von einer monetären Honorierung, die als notwendig und sinnvoll erachteten Leistungen erbracht werden. Damit bleibt das Versorgungsspektrum von der individuellen Einschätzung des/der HausärztIn abhängig und der sozialpolitisch anzustrebende

Gleichbehandlungsansatz in der gesundheitlichen Versorgung wird strukturell außer Kraft gesetzt.

Die veränderten Anforderungen bei der Versorgung von PatientInnen mit Demenzverdacht bzw. Demenzdiagnose erfordern strukturelle Anpassungen in der Finanzierung der Behandlung, wobei insbesondere die nicht-medizinischen Versorgungsaspekte und die Rolle des Angehörigen Berücksichtigung finden müssen.

Neben der inhaltlich komplexeren Versorgung der DemenzpatientInnen erweist sich die Behandlung auch unter strukturellen und finanziellen Gesichtspunkten als differenzierter. Nicht nur, dass der/die DemenzpatientIn aufgrund seiner Erkrankung längere organisatorische Abläufe bedingt - z.B. häufigeres Erinnern an einen Termin, langsames An- und Auskleiden -, sondern seine Compliance kann vielfach nur über einen Angehörigen erzielt werden. Dieser Angehörige wird, ohne selbst in der Patientenrolle zu sein, zum Gesprächs- und Verhandlungspartner des/der HausärztIn. Das klassische Patient-Arzt-Verhältnis wird durch eine Dreier-Konstellation aufgrund des Patient-Angehörigen-Tandems ersetzt. Eine strukturelle Gegebenheit, die in den Ablaufroutinen und monetären Versorgungsstrukturen nicht vorgesehen ist.

Abschließend betrachtet zeigen sich für die Demenzversorgung strukturelle Spezifika, die Anpassungsleistungen an verschiedenen Stellen erfordern:

- Der/die DemenzpatientIn benötigt ein komplexeres Versorgungssetting, das medizinische, pflegerische und psychosoziale Elemente umfasst.
- Der/die DemenzpatientIn bildet mit dem Angehörigen ein Patient-Angehörigen-Tandem und ersetzt somit den Individualpatienten als Gesprächspartner des/der HausärztIn.

Der/die HausärztIn deckt in seiner klassischen Rolle diese unterschiedlichen Aspekte ab, gerät allerdings aufgrund der Vielschichtigkeit der Koordinationserfordernisse sowie der monetär nicht abgedeckten Versorgungsleistung an Machbarkeitsgrenzen. Die Grenzen sind einerseits zeitlich bedingt, aber auch inhaltlich, da die Koordination der erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen einen umfassenden Wissens- und Kenntnisbestand erfordern.

Das Anforderungsprofil an eine so skizzierte Versorgungssituation verweist auf unterschiedliche Aufgaben, die nach dem Delegationsprinzip von verschiedenen Akteuren übernommen werden können. Der/die HausärztIn übernimmt die Aufgaben im medizinischen Bereich. Die

Koordinierungsaufgaben im Kontext pflegerischer und psychosozialer Themen sind klassisch dem Tätigkeitsfeld des Case Managements zuordnenbar.

Die Aufgaben, die sich im pflegerischen und psychosozialen Bereich ergeben, sind zunächst für den/die HausärztIn fachfremd und eröffnen die Option, weitere professionelle Akteure zu beteiligen.

An dieser Stelle sieht die Netzwerkversorgung das Case Management als Möglichkeit vor, die Koordinationsaufgaben zu pflegerischen und psychosozialen Themen zu übernehmen. Der Case Manager übernimmt die Koordination der erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen sowie der Aktivitäten zur Stabilisierung des häuslichen Umfeldes. Zu diesen Tätigkeiten gehören z.B. die Beantragung einer Pflegestufe, die Organisation von Entlastungsangeboten für Angehörige usw. Damit übernimmt das Case Management operative Tätigkeiten in der Koordination und ermöglicht aufgrund der vernetzten Zusammenarbeit die Steuerung der Patientenversorgung durch den /die HausärztIn.

Die Leistungen des Case Managements lassen sich in 4 Phasen zusammenfassen und bedeuten für den/die DemenzpatientIn folgende dargestellte Tätigkeiten

Phasen des Case Management

Assessment	Planung	Intervention	Monitoring / Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Ist-Situation • Klärung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfes 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung eines Hilfe- und Unterstützungsplanes • Zusammenstellung erforderlicher Hilfe- und Unterstützungsangebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung der geplanten Hilfe- und Unterstützungsangebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Betrachtung des Ist-Zustandes unter Berücksichtigung der durchgeführten Hilfs- und Unterstützungsangebote • Anpassung der Hilfe- und Unterstützungsleistungen

Abbildung 15: Phasen des Case Managements

Für den/die HausärztIn bedeutet dies in erster Linie die Chance der Entlastung von fachfremden Aufgaben im Bereich der Beratung und Begleitung von PatientInnen und Angehörigen in der Versorgungssituation. Im Umkehrschluss resultiert hieraus die Möglichkeit, die medizinische Versorgung zu fokussieren und die Gesamtversorgung zu steuern. Des Weiteren gewährleistet das Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen den Aufbau und die Sicherstellung einer vernetzten Versorgung unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgungsleistungen. Dies dient der nachhaltigen Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Patienten und des Angehörigen und begünstigt die Bedingungen zum Verbleib im häuslichen Umfeld.