

Chancen und Aufgaben für den Facharzt

Patientenorientierte Komplexversorgung für Menschen mit Demenz

Bei Forderungen nach einer besseren Demenzversorgung ist zu beachten, dass es bereits heute Ansätze gibt, die eine patientenorientierte Langzeitversorgung für Menschen mit Demenz praktizieren. Ein Beispiel ist das Versorgungsmodell in Stralsund. Darin nimmt der Facharzt eine zentrale Rolle ein, obwohl die Versorgung nicht arztzentriert, sondern eher koproduktiv und teamorientiert charakterisiert ist.

STEFANIE RICHTER, FÜRTH

Die Diskussion eines Versorgungsansatzes für Menschen mit Demenz, der medizinische, rehabilitativ-therapeutische, pflegerische und betreuende Leistungen sowie ambulante, teilstationäre und Wohnstrukturen integriert und darauf abzielt, eine auf den Einzelfall und den Krankheitsverlauf abgestimmte Komplexversorgung zu ermöglichen, und zwar lückenlos von der Diagnostik bis zur Begleitung am Ende des Lebens, steht im Mittelpunkt dieses Artikels. Dabei übernimmt der Facharzt Gatekeeper- und arbeitsteilig mit der Pflege Fallmanagerfunktionen und arbeitet eng mit Angehörigen, Pflege- und Betreuungskräften, Therapeuten sowie Haus- und Fachärzten zusammen.

Ausgangssituation

In Deutschland sind laut Schätzungen derzeit bis zu 1,47 Millionen Menschen demenziell erkrankt [1]. Die Prävalenz liegt bei den über 65-Jährigen bei zirka 8,8 % [1]. Bereits heute stellen Demenzerkrankungen die sechshäufigste Todesursache in Deutschland dar [2] und gehören zu den kostenintensiven Erkrankungen [3]. Sofern es keine ursächliche Therapie und Prävention gibt, werden im Zuge des Altersstrukturwandels die Fallzahlen deutlich steigen. Bickel prognostiziert für Deutschland im Jahr 2050 bis zu 3,02 Millionen Demenzfälle [1]. Charakteristisch für Demenzerkrankungen sind die fortschreitenden Gedächtnis- und Denkstörungen, begleitet von psy-

chischen, verhaltensbezogenen und körperlichen Störungen. Da die Patienten überwiegend in einem höheren Alter sind, können gleichzeitig altersbedingte Probleme wie Gebrechlichkeit (Frailty), Multimorbidität oder weitere chronische Erkrankungen auftreten. Dementsprechend vielschichtig sind die Auswirkungen auf das Leben und die Alltagsbewältigung der Menschen mit Demenz sowie ihrer Angehörigen. Im Krankheitsverlauf wird ein breites Repertoire an Versorgungsleistungen und Strukturen relevant (**Abb. 1**). Zwar gibt es bisher keine ursächliche Behandlung, jedoch zeigen Studien, dass verschiedene Elemente einer guten Versorgung den fortschreitenden Krankheitsprozess verzögern und

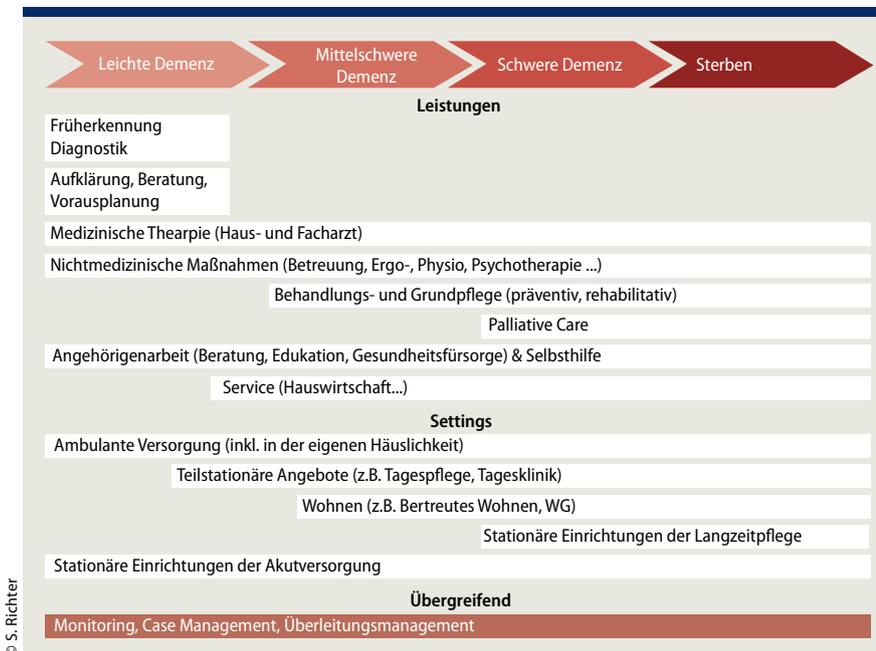
Symptome vorbeugen oder sie lindern können. Hierzu zählen zum Beispiel

- eine frühzeitige Problemwahrnehmung durch den Hausarzt und Differenzialdiagnostik durch den Facharzt,
- eine umfassende Aufklärung, Information, Versorgungsvorausplanung und begleitende Beratung,
- eine auf den Einzelfall zugeschnittene Versorgung, die fach- und hausärztliche Behandlung mit nichtmedizinischen Maßnahmen (z. B. Betreuung, Ergo-, Bewegungs- und Ernährungstherapie) kombiniert und die dem wachsenden Bedarf angepasst wird,
- eine Ressourcen und Wohlbefinden fördernde, präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Behandlung, Betreuung,

Im Rahmen des Versorgungsmodells übernimmt ein ambulanter Pflegedienst präventiv-rehabilitativ ausgerichtete Grund-, Behandlungs- und Palliativpflege in der Häuslichkeit sowie im Betreuten Wohnen.

© Alepnul / Fotolia.com





© S. Richter

Abb. 1: Versorgungsleistungen und Settings, die im Verlauf einer Alzheimer-Demenz relevant werden können.

Therapie und Pflege, die auf konzeptionellen Grundsätzen demenzieller Versorgung aufbaut (z. B. personenzentrierter Ansatz nach Kitwood [4] oder NICE-Guidelines [5, 6]) und palliative Aspekte frühzeitig integriert, — eine ambulante, teilstationäre und Wohn- beziehungsweise stationäre Angebote integrierende Versorgungsstruktur mit einer dem Bedarf angepassten Milieugestaltung sowie — eine systematische Integration und Unterstützung der pflegenden Angehörigen [7, 8].

Eine auf den Einzelfall abgestimmte und koordinierte Komplexversorgung erfordert allerdings Strukturen der interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit sowie Instrumente wie Case- und Care-Management. Nachfolgend wird ein in der Praxis entwickelter Ansatz zur umfassenden Versorgung von Menschen mit Demenz über Sektorengrenzen hinweg vorgestellt. In diesem Modell übernimmt der Facharzt Funktionen des Gatekeepers und Fallmanagers, unterstützt durch die involvierte Pflege.

Praxisbeispiel in Stralsund

Stralsund liegt im Nord-Osten Mecklenburg-Vorpommerns, wo frühzeitig der

demografische Wandel sichtbar wurde, verschärft durch die Wegzüge der jüngeren Bevölkerung nach 1989. Heute sind in der Hansestadt 25% der 57.301 Einwohner 65 Jahre und älter (2013 [9]), von denen entsprechend einer Prävalenz von etwa 8,8% schätzungsweise 1.262 Personen demenziell erkrankt sind. Der Bedarf einer auf Demenz spezialisierten Versorgungseinrichtung entstand infolge steigender Fallzahlen und einer Vielzahl an Problemen im Alltag einer „normalen“ ambulanten sozialpsychiatrischen Praxis: Die Betroffenen kamen erst in sehr späten Stadien zur Diagnostik zum Facharzt, was mangelndes Wissen seitens der Hausärzte und Zugangsprobleme bei den Betroffenen vermuten ließ; die Praxis war sowohl räumlich als auch diagnostisch und personell nicht auf die Zielgruppe ausgerichtet. Die Zusammenarbeit mit externen Diensten scheiterte häufig bereits bei der Kommunikation oder brach die fachärztliche Versorgung an Übergängen in ein Krankenhaus oder Pflegeheim ab. In Zusammenarbeit mit Partnern eines bereits existierenden Netzes zur psychosozialen Gesundheit konzipierte der Facharzt eine „erweiterte“ ambulante Gedächtnisambulanz. 2009 startete die Memo Cli-

nic® (MC) als Spezialeinrichtung für Menschen mit Demenz und entwickelt sich seitdem sukzessive weiter.

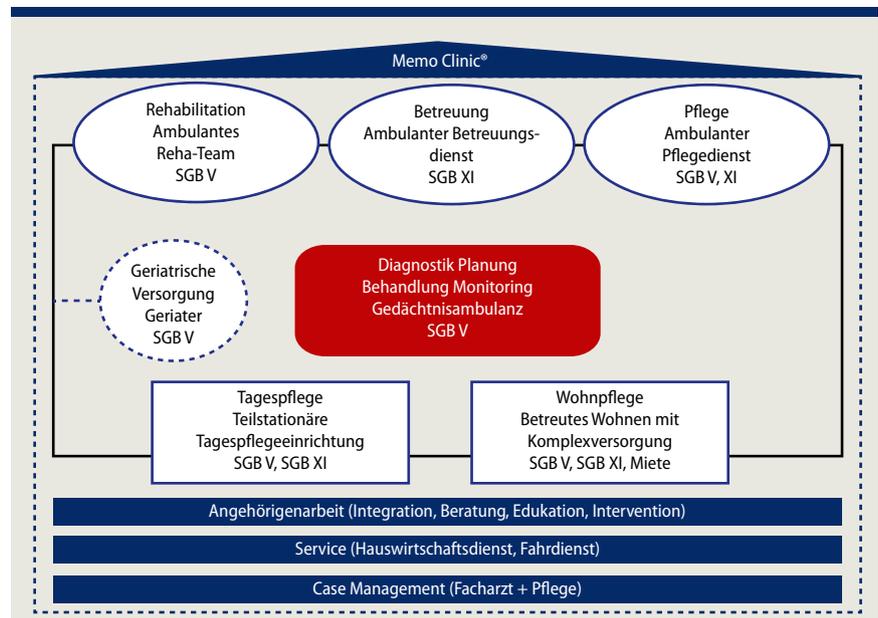
Struktur, Angebot und die Rolle des Facharztes und der Pflege

Die MC richtet sich an Menschen mit Gedächtnisstörungen und ihre pflegenden Angehörigen. Ziel ist eine möglichst frühzeitige Diagnostik einzuleiten und von der Diagnose an eine an dem Bedarf und den Bedürfnissen des Patienten und Angehörigen ausgerichtete, lückenlose und abgestimmte Versorgung über den gesamten Verlauf. Hierzu arbeitet der Facharzt mit Fachkräften der niederschweligen Betreuung, ambulanten Pflege, der Rehabilitation, der Tagespflege und des Betreuten Wohnens unter einem Dach sowie mit weiteren lokalen Partnern eng zusammen. Im Unterschied zu den meist an Kliniken etablierten Memory Kliniken, deren Fokus besonders auf Diagnostik und medikamentöse Therapie liegt [10], werden in der MC diagnostische und medizinische Leistungen durch ein breites Spektrum nicht medizinischer Angebote erweitert und fallbezogen abgestimmt. Die in **Abb. 2** dargestellten „Versorgungsmodule“ werden nachfolgend kurz skizziert, allerdings mit besonderem Fokus auf den Facharzt (vgl. ausführlich in [7]).

Ein Spezialbau: Er vereint unter einem Dach den ambulanten Facharztbereich, Servicepoint der ambulanten Dienste, die Tagespflege und das Betreute Wohnen für Menschen mit Demenz. Die Gedächtnisambulanz schließt an den Eingangsbereich an und liegt direkt benachbart zum Betreuten Wohnen und zur Tagespflege. Baukonstruktion, Design und Konzeption des gesamten Zentrums sind speziell auf die Demenzversorgung zugeschnitten. Das Gebäude befindet sich sichtbar in einem Wohnquartier und ist sehr gut mit Privatwagen und öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Facharztpraxis: Der Zugang des Patienten erfolgt über die gerontopsychiatrische Facharztpraxis (Gedächtnisambulanz), in der die Differenzialdiagnostik, Behandlungsplanung, medizinische Behandlung, das halbjährliche Monitoring und die Versorgungsabstimmung mit

den Partnern stattfinden. Der Facharzt begleitet die Patienten von der Diagnostik an im gesamten Krankheitsverlauf ambulant, in der Tagespflege sowie im Betreuten Wohnen und übernimmt steuernde Aufgaben. Grundsätzlich finden Erstkontakt sowie alle weiteren Treffen unter Einbezug der (pflegenden) Angehörigen statt. Dies dient neben der Beratung, Information und nachhaltigen Umsetzung des Behandlungsplans besonders der Gesundheitsvorsorge des Angehörigen. Im Gespräch kann der Arzt frühzeitig potenzielle Risiken wie die einer Dekompensation erkennen und entgegenwirken, etwa durch die Anbahnung eines Tagespflegeaufenthaltes des Betroffenen. Der Facharzt arbeitet systematisch an den Schnittstellen zu den Akteuren der MC und weiteren lokalen Leistungserbringern und Einrichtungen. Er informiert den Hausarzt über die Diagnose, den Behandlungsplan sowie über die Modifikationen im weiteren Verlauf und stimmt mit ihm beispielsweise die medikamentöse Therapie ab. Patient und Angehörige werden frühzeitig durch Information und Angebote der Angehörigenschulung über das Krankheitsbild und mögliche Unterstützungsleistungen nach SGB XI aufgeklärt und können bei Bedarf sich vor Ort von Dienstleistern beraten lassen. Geht ein Patient bereits in die Tagespflege, findet der Kontrolltermin beim Facharzt unter Einbezug der Tagespflegeleitung (PDL) statt. Das gemeinsame Gespräch zwischen Patient, Angehörigen, Arzt und PDL ermöglicht ein umfassendes Bild über den Status quo und stellt sicher, dass alle gleich informiert sind und Änderungen im Versorgungsplan wie etwa die Umstellung der Medikation oder Sturzprophylaxe in der Tagespflege unmittelbar umgesetzt werden. Die multidisziplinären Fallbesprechungen im Betreuten Wohnen finden wöchentlich mit dem Facharzt statt, sodass unmittelbar ärztliche Fragen geklärt und medizinisch-therapeutische Maßnahmen eingeleitet, umgesetzt und in ihrer Wirksamkeit kontrolliert werden können. Ebenso stimmt er sich bei den ambulanten Patienten fallbezogen mit den Fachkräften der Betreuung, Pflege und Rehabilitation ab, entweder durch ein Gespräch vor Ort oder mittels digitaler Pa-



© S. Richter

Abb. 2: Die Bestandteile des MC-Konzeptes. Deutlich wird, dass ambulante, teilstationäre und Wohnstrukturen sowie unterschiedliche Berufsgruppen unter einem Dach zusammengefasst sind. Die gestrichelte Linie deutet die Einbettung in ein erweitertes lokales Netzwerk an.

tientenakte. Letzteres stellt ein wichtiges Medium für die Akteure der MC dar. Bei Einverständniserklärung zum mündlichen und digitalen Datenaustausch, können sich Arzt und am Fall involvierte Akteure umfassend über Befunde, Krankheitsverlauf sowie Status quo der Versorgung informieren und zeitnah fallbezogen Probleme kommunizieren. Aber auch externe Dienste wie Pflegedienste oder Logopäden werden kontinuierlich informiert und bei Bedarf in Fallbesprechungen einbezogen. Eine Arbeitsteilung mit der Pflege entlastet den Arzt. Pflegekräfte seines Praxisteam übernehmen zum Beispiel Testdiagnostik, Aufklärung, Beratung und koordinierende Aufgaben wie Recall, Abstimmung mit dem Hausarzt und den involvierten Akteuren. In der Tagespflege übernimmt die Tagespflegeleitung die reibungslose Umsetzung von Modifikationen des Versorgungsplans oder das Überleitungsmanagement für einen Tagespflegepatienten, zum Beispiel in ein Krankenhaus. Dasselbe gilt für das Betreute Wohnen.

Das Reha-Team: Es besteht aus Ergo-, Physiotherapeuten sowie Sporttrainern eines lokalen Rehabilitationszentrums

und bietet Therapie für ambulante beziehungsweise Patienten in der Tagespflege und im Betreuten Wohnen an. In deren Konzepten ist Rehabilitation elementarer Bestandteil sowohl in Form von Gruppen- als auch Einzelangeboten. Jeder Tagespflegepatient und Bewohner des Betreuten Wohnens erhält ein auf seinen Bedarf ausgerichtetes individuelles rehabilitativ-therapeutisches Programm und nimmt an Gruppenangeboten teil. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium arbeiten zum Beispiel die Ergotherapeuten palliativ mit dem Bewohner. In dem Setting der MC kann der Patient von Beginn an bis zum Sterben über mehrere Versorgungsstufen hinweg von denselben Therapeuten begleitet werden. Das verhindert Versorgungsabbrüche und befördert die Beziehungsarbeit sowie eine lange Aufrechterhaltung von Ressourcen und Zufriedenheit. Die Arbeit im Team mit anderen Berufsgruppen ermöglicht den Therapeuten zum Beispiel eine fallbezogene Abstimmung sowie wechselseitige Unterstützung und Entlastung.

Ein Betreuungsdienst: Er erbringt niederschwellig Betreuungsleistungen. Mitarbeiter eines lokalen Pflegedienstes ha-

ben sich als festes Team für diese Aufgaben spezialisiert. Eine systematische Betreuung ist eine wichtige Ressource zur frühen Förderung und Unterstützung in der Häuslichkeit sowie Entlastung der Angehörigen. Dementsprechend strukturiert sind die Betreuungsleistungen ausgerichtet (Assessment, Ziel, Planung, Umsetzung, Evaluation) und arbeiten die Fachkräfte vorausschauend. Erkennt die Betreuungskraft zum Beispiel Risiken einer unzureichenden Wohnraumgestaltung, dann berät sie die Angehörigen. Im Betreuten Wohnen sind Betreuungskräfte angestellt, um die Strukturierung und Gestaltung des Alltags zu unterstützen. Sie arbeiten im Team mit den ambulanten Pflegekräften und den Reha-Therapeuten zusammen und begleiten die Angehörigen.

Ein ambulanter Pflegedienst: Er übernimmt präventiv-rehabilitativ ausgerichtete Grund-, Behandlungs- sowie Palliativpflege in der Häuslichkeit sowie im Betreuten Wohnen. Die Pflegekräfte sind überwiegend in der Versorgung der Menschen mit Demenz tätig und entsprechend spezialisiert. Hier gilt dasselbe wie für das Reha-Team, dass der Pflegedienst den Patienten von der ersten Pflegestufe an bis an das Lebensende trotz Übergang in das Betreute Wohnen versorgen und damit Kontinuität sicherstellen kann. In der Häuslichkeit und im Betreuten Wohnen wird Bezugspflege und Patientenzentrierung nach Kitwood umgesetzt. Ein Wechsel der Bezugspflegekraft findet lediglich am Übergang in das Betreute Wohnen statt, jedoch werden Informationen systematisch weitergeleitet, unterstützt durch abgestimmte digitale Akten und Assessmentinstrumente. Das erhöht die Chance auf eine anschließende passgenaue Pflege und Minderung der Übergangskrisen.

Die Tagespflege: Mit einem festen Team aus Pflege-, Betreuungskräften und Reha-Therapeuten bietet sie den Patienten wochentags Alltagsstrukturierung, Einzel- und Gruppentherapie, Betreuung, soziale Integration und fachmedizinische Versorgung durch die Termine in der Gedächtnisambulanz. Die PDL übernimmt in enger Abstimmung mit dem Facharzt die fallbezogene Koordination und Ver-

sorgungsabstimmung mit den beteiligten Akteuren, dem Hausarzt und Angehörigen sowie im Falle eines Übergangs in das Betreute Wohnen oder Krankenhaus das Überleistungsmanagement. Das Konzept ist auf Demenzerkrankungen ausgerichtet und integriert die Angehörigen durch aktive Teilhabe, Information, Selbsthilfe und Austausch. Ein Fahrdienst stellt den Zugang für die nicht mehr mobilen Patienten sicher.

Das Betreute Wohnen: Dies ist ein Setting, in dem die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung möglichst lange durch räumliche sowie konzeptionelle Gestaltung aufrechterhalten werden und das durch die Kombination aus betreuenden und zugehenden medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und Serviceleistungen einen Übergang in die stationäre Langzeitpflege verhindert. Die Patienten können von den ambulanten Diensten weiterhin versorgt oder das Leistungsspektrum kann entsprechend des Bedarfs stufenweise erweitert werden. Für jeden Bewohner wird ein individueller Versorgungsplan erstellt, der in den wöchentlichen Fallbesprechungen des Teams aus Facharzt, Pflege, Betreuung und Reha-Therapeut überprüft und angepasst wird. Der Bewohner hat ein festes Bezugspflegeteam aus Pflege, Betreuung und Therapie. Die Angehörigen können sich je nach Wunsch einbringen, den Alltag mitgestalten und erhalten Angebote der Beratung, Information und des Austausches. Das interne Fallmanagement am Übergang und im Betreuten Wohnen entlastet die Angehörigen. Das Betreute Wohnen arbeitet mit einem spezialisierten ambulanten Palliative Care Team (SAPV) und einem Hospizverein zusammen, sodass eine angemessene Begleitung am Ende des Lebens auch im Betreuten Wohnen gesichert wird. Im Unterschied zu einem Heim sind mit dem Betreuten Wohnen mehr Rechte für die Bewohner als Mieter verbunden, was eine Patientenorientierung zusätzlich befördert.

Die ambulante geriatrische Praxis: Sie entstand zunächst aufgrund eines lokalen altersmedizinischen Bedarfs und zur Auslastung der Praxisräume. Ein Geriater wurde gewonnen, an festen Tagen

eine Zweitpraxis dort zu führen. Es zeigt sich ein mehrfacher Gewinn. Die allgemeinmedizinische Versorgung öffnet das Haus für die älteren Bewohner des Quartiers und baut so Schwellenängste ab; Früherkennung und frühzeitiger Zugang zu Diagnostik, Beratung und Versorgung werden gefördert; kurze Wege erlauben einen direkten Austausch vor allem bei geriatrischen Fragestellungen; die Patienten der MC erhalten vor Ort die Möglichkeit einer altersmedizinischen Versorgung, besonders diejenigen, deren Hausarztversorgung im Betreuten Wohnen nicht mehr möglich ist. Grundsätzlich wird jedoch angestrebt, die bestehende Beziehung zwischen Hausarzt, Patienten und Facharzt aufrechtzuerhalten und zu unterstützen.

Die Angehörigenarbeit: Sie ist zentraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes. Sie beginnt mit dem ersten Termin in der Gedächtnisambulanz und zielt auf Partizipation, Information, Beratung, Befähigung, Entlastung und (Krisen)Intervention. Beispielsweise werden modulierte Angehörigen Schulungen durchgeführt, finden in der Tagespflege vierteljährlich Angehörigentreffen und gemeinsame Veranstaltungen statt und es gibt eine enge Zusammenarbeit mit einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik, in der Angehörige in Krisensituationen wieder gestärkt und durch Tagespflegeaufenthalt des erkrankten Familienmitglieds entlastet werden können.

Kooperationsnetz: Die Akteure der MC können keine umfassende Versorgung in jedem Einzelfall abdecken, zumal Patienten und Angehörige sich gegebenenfalls auch für andere lokale Leistungserbringer wie einen Pflegedienst entscheiden. Mit dem Ziel, eine lückenlose und fallbezogene Versorgung zu erreichen, ist die MC in ein weites Kooperationsnetz lokaler Partner und Einrichtungen eingebettet. Dabei spielen die Hausärzte eine zentrale Rolle, da sie in der Regel den Patienten überweisen und in der Zusammenarbeit ein abgestimmter Versorgungsverlauf umsetzbar wird. Im Gesamtkonzept der MC wird die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt systematisch gefördert, etwa durch Information, strukturierte Patientenbriefe und den

Einbezug in Entscheidungen, durch Terminabstimmung und Bereitstellung von Diagnostikräumen im Betreuten Wohnen. Nach den ersten Jahren zeigt sich, dass Barrieren abgebaut wurden und es überwiegend eine gute Zusammenarbeit gibt. Zugleich ist zu beobachten, dass die Hausärzte immer früher ihre Patienten bei ersten Auffälligkeiten überweisen und somit die Chance einer frühen Diagnostik, Ressourcenförderung und Entlastung der Angehörigen steigt.

Finanzierung und Organisation: Dazu sei angemerkt, dass es keine Bindung an eine spezielle Rechtsform oder integrierte Versorgungsverträge mit Krankenkassen bedarf. Die Akteure schließen miteinander Kooperationsverträge ab und können lokal unterschiedlich organisiert sein. Wie **Abb. 2** zeigt, werden alle Leistungen im Rahmen des SGB V und SGB XI, gegebenenfalls ergänzt um Leistungen des SGB XII, erbracht und durch die gute Verzahnung für den Einzelfall optimal ausgeschöpft. Im Betreuten Wohnen sind die Bewohner Mieter mit Miet-, Service- und Betreuungsverträgen, worüber zusätzliche Leistungen wie Verpflegung, Wäscheservice, Alltagshilfen oder Ergotherapie finanziert werden. In der Tagespflege werden die Kosten über den ausgehandelten Pflegesatz mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den Tagessatz des Patienten gedeckt, der gegebenenfalls über § 45b SGB XI oder bei entsprechender Bedürftigkeit über die Sozialhilfe zu erstatten ist. Die Realisierung des Modells erfordert Standortanalysen sowie einen Investor des spezifischen Neubaus. Aber auch hier sind unterschiedlichste Konstellationen denkbar [7]. In Stralsund hat der Facharzt in der MC eine zweite Betriebsstätte einer ambulanten Facharztpraxis und ist spezialisiert für Psychiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin. Diese breite Qualifikation ist nicht zwingend, jedoch sollte der Arzt über mindestens eine neurologische oder psychiatrische Vertiefung sowie über geriatrisches und demenzspezifisches Wissen verfügen.

Bedingungen für Kooperation und Versorgungsqualität

Es bedarf an Strukturen, Instrumenten und Entwicklungsprozessen, die einer-

Zentrale Bedingungen für eine gelingende Kooperation und Versorgungsqualität

- Alles gebündelt an einem Ort ermöglicht Patienten und Angehörigen einen Zugang zu breiter Information, Beratung und Hilfe und erleichtert den Akteuren vor Ort die Kommunikation, Abstimmung und Überleitung. Im Betreuten Wohnen reduzieren sich für die ambulanten Dienste (z. B. Pflege) die An- und Abfahrzeiten bei der Versorgung mehrerer Bewohner. Die gewonnene Zeit nutzen sie für die Arbeit mit dem Patienten.
- Der Baukörper und die Milieugestaltung, abgestimmt auf die Zielgruppe, fördern die Selbstständigkeit sowie Orientierung der Patienten und unterstützen die Arbeit der Professionellen. Beispielsweise ist im Betreuten Wohnen der Garten (Atrium) von überall her einsehbar, sodass sich die Bewohner selbstständig inner- und außerhalb bewegen können und die Professionellen alles im Blick haben.
- Kooperationsverträge zwischen den Akteuren sowie die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation gemeinsamer Ziele, Kultur und Standards sind die Basis der Zusammenarbeit und Versorgungsqualität. Im Mittelpunkt steht zum Beispiel eine optimale Versorgung sowie Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen, aber auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Das eine schließt das andere nicht aus. Erforderlich sind die systematische Erschließung von Synergien durch Kooperation, Arbeitsteilung und Langzeitversorgung sowie eine gemeinsam geteilte Kultur der Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen, mit externen Partnern wie Hausarzt oder Krankenhäusern sowie der Arbeits- und Umgangsformen untereinander. Abgestimmte Standards wie der Personalentwicklung und Qualitätssicherung befähigen die Mitarbeiter zur Umsetzung der Ziele und Kultur.
- Eine Definition und Transparenz der jeweiligen Arbeits- und Kompetenzfelder der Akteure und Bereiche reduziert das Risiko von Doppelstrukturen und Konkurrenz und befördert die Umsetzung von Teamarbeit sowie eine gezielte Weiterleitung bei fachfremden Fragen.
- Informations- und Kommunikationstechnologien wie die digitale Patientenakte des Arztes mit Zugangsrechten für die am Versorgungsprozess beteiligten Akteure oder aufeinander abgestimmte Assessment- und Dokumentationssysteme unterstützen einen reibungslosen Informations- und Kommunikationsfluss sowie die Wissensintegration.
- Die Etablierung übergreifender Austausch- und Entwicklungsforen ist neben den Strukturen eines fallbezogenen interprofessionellen Austausches wichtig für den gemeinsamen Betrieb des Netzwerkes, für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Standards oder zur Problem- und Konfliktlösung. Hierzu zählen regelmäßige Leitungsbesprechungen oder Qualitätszirkel. Erfahrungen der Transparenz, Partizipation, Wertschätzung, des Aushandelns auf Augenhöhe und der Realisierung übergreifender Ziele sind einer kollektiven Identität zuträglich.
- Eine gemeinsam praktizierte Patientenorientierung, modularisierte Angebotsstruktur, Case-Management und Monitoring erlauben eine auf den Bedarf zugeschnittene Versorgung. Definierte Versorgungspfade, Schnittstellen und strukturierte Übergänge leiten das Handeln und sichern eine leitliniengerechte und optimale Versorgung. Das Risiko von Versorgungslücken oder -abbrüchen im Krankheitsverlauf wird zudem reduziert durch das umfassende und spezialisierte Angebot an Versorgungsleistungen sowie die Leistungserbringung über Übergänge hinweg, zum Beispiel von der Häuslichkeit in das Betreute Wohnen. Der Facharzt als Gatekeeper und Case-Manager im Tandem mit der involvierten Pflege stellt eine bedarfsgerechte, koordinierte und kontinuierliche Versorgung sicher.
- Weitere wesentliche Bedingungen sind die Teamorientierung im Versorgungsprozess; Qualitätsmanagement und Personalentwicklung; ein unterstützendes Management, das zum Beispiel Aufgaben des Controllings, der Moderation und der Öffentlichkeitsarbeit übernimmt; Schwellenabbau durch Öffnung des Zentrums nach außen, etwa mittels Veranstaltungen, Angeboten in Quartiereinrichtungen (Yoga für Menschen mit und ohne Demenz), Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Aufklärung in der Lokalpresse.

seits die interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit befördern, andererseits eine am individuellen Bedarf und den Bedürfnissen ausgerichtete umfassende Versorgung im Krankheitsverlauf unterstützen (siehe Info oben: **Zentrale Bedingungen für gelingende Kooperation und Versorgungs-**

qualität [7]). Die Arbeit mit den Menschen mit Demenz und Angehörigen sowie in interprofessionellen Zusammenhängen verlangt von allen beteiligten Berufsgruppen ein erweitertes Spektrum an Wissen und Kompetenzen. So setzt gelingende Teamarbeit bei allen Partnern entsprechende Grundhaltun-

gen (wie Offenheit, Wertschätzung, Lernbereitschaft), interdisziplinäre Kompetenzen (wie Kommunikation-, Interaktions-, Aushandlungsfähigkeiten) sowie ein über das eigene Fach hinausgehendes Wissen zu Risiken, Bedarf und Versorgung voraus, um frühzeitig Veränderungen erkennen und Schritte jenseits der eigenen Kompetenz einleiten zu können.

Erweiterte Anforderungen an den Facharzt und die Pflegefachkraft

Abschließend wird diskutiert, welche Anforderungen für den Facharzt und die Pflege in der vernetzten Versorgung demenziell erkrankter Menschen unter Einbezug der Angehörigen (wie am Beispiel der MC gezeigt) bestehen.

Pflegerisches Handeln

Eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz erfordert von der Pflegekraft mehr als die Kompensation verrichtungsbezogener Einschränkungen. Pflegerisches Handeln umfasst neben Behandlungs- und Grundpflege vor allem Früherkennung und Prävention von Risiken und Verschlechterung (z. B. Testdiagnostik, Sturzprophylaxe, kognitives Training); wirksame körperliche, psychische und soziale Aktivierung und Befähigung zur Förderung von Wohlbefinden und zum Kompetenzerhalt (z. B. in der Betreuung, Tagespflege); Beratung, Aufklärung und Edukation (z. B. in der Angehörigenarbeit); Milieugestaltung und Einbezug von Assistenzsystemen; Palliativpflege sowie Vernetzung und Management (z. B. Case Management, Überleitungsmanagement, Leitung der Tagespflege). Die Realisierung setzt entsprechende Qualifikationen und Rahmenbedingungen wie einen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff, demenzspezifische Pflegekonzepte, wirksame Pflegemaßnahmen oder eine institutionelle Anerkennung der Arbeit mit Menschen mit Demenz voraus. Für die deutsche Pflegepraxis stellt das schottische dsdc (Dementia Services Development Centre) mit seinen Guidelines, Audit-, Lern- und Trainingsprogrammen eine interessante Ressource dar, vor allem die qualitativ hochwertigen Qualifizierungsprogramme „Best Practice in Dementia Care“ [11].

Fachmedizinisches Handeln

Der Facharzt, unterstützt vom Praxisteam, nimmt ein breites Spektrum an Aufgaben wahr wie die Anamnese, Differenzialdiagnostik sowie das Diagnosegespräch mit Aufklärung, Prognose und vorausschauender Beratung; die Versorgungsplanung in Abstimmung mit den Patienten, Angehörigen und den involvierten Akteuren; bei Bedarf die Anbahnung von nicht medizinischen Maßnahmen durch Information und Vermittlung vor Ort; die fachmedizinische Behandlung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, Multimorbidität und -medikation; die ambulante oder zugehende Verlaufskontrolle unter Einbezug der involvierten Akteure; die Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen und Empfehlungen an die beteiligten internen und externen Akteure wie Reha-Team oder Hausarzt; die systematische Dokumentation und Bündelung von Informationen in der digitalen Patientenakte; die fortlaufende Beratung, Information und Gesundheitsvorsorge der Angehörigen sowie die Vertretung der fachmedizinisch-leitlinienorientierten Expertise im Kooperationszusammenhang. Neben der fachlichen Spezialisierung sind zur Realisierung dieser Aufgaben weitere Wissensbestände und Kompetenzen im Umgang mit dem Patienten, Angehörigen und den Kooperationspartnern für den Arzt von Bedeutung:

- Soziale und kommunikative Kompetenzen zur Diagnosemitteilung, Beratung und angemessenen Information
- Planungs-, Koordinations-, Moderations- und Aushandlungskompetenzen, etwa zur sensiblen Ausbalancierung von Selbst- und Fremddarstellungen im Gespräch mit dem Patienten und Angehörigen oder im Management zwischen Patient, Angehörigen und Akteuren
- Positive Einstellung gegenüber Ko-Produktion, also die gleichberechtigte Beteiligung professioneller als auch bürgerschaftlich organisierter oder informeller Partner
- Teamorientierung
- Wissen über den nichtmedizinischen Versorgungsbedarf und Leistungen, Angebote und lokale Strukturen sowie über sozialrechtliche Rahmen.

Fazit für die Praxis

Zwar ist allorts die Forderung nach einer besseren Demenzversorgung zu vernehmen, jedoch zeigt der analytische Blick in die Praxis, dass es bereits heute Versorgungsansätze gibt, die eine patientenorientierte Langzeitversorgung von der Diagnose bis zum Ende des Lebens nachhaltig praktizieren, wie etwa das vorgestellte Modell der MC. Darin nimmt der Facharzt eine zentrale Rolle ein, obgleich die Versorgung nicht arztzentriert, sondern eher koproduktiv und teamorientiert ist. Es zeigt sich, dass gelingende interprofessionelle und -sektorale Versorgungszusammenhänge Strukturen und kollektive Entwicklungsprozesse voraussetzen und für alle Beteiligten neue Aufgaben und Anforderungsprofile mit sich bringen. Für den Facharzt zeichnet sich trotz eines erhöhten Aufwands ein mehrfacher Nutzen ab: Er kann über die medizinische Versorgung hinaus Interventionen initiieren und anbahnen und so den Behandlungserfolg erhöhen und eine leitliniengerechte und wirksame Versorgung im Hinblick auf Lebensqualität, Verhinderung von Heimübergängen und Entlastung der Angehörigen bis zum Lebensende mit gewährleisten. Im Team und in Fallbesprechungen wird sein Fallwissen erweitert und können Maßnahmen aufeinander abgestimmt, modifiziert und überprüft werden. Die Arbeitsteilung (z. B. psychosoziale Beratung und Koordination durch Pflege), die Verfügbarkeit von Handlungsoptionen über das medizinische Repertoire hinausgehend und die Integration in ein multiprofessionelles Team können entlastend wirken. Ein solches Modell kann zwar nicht von jedem Facharzt realisiert werden, aber bereits erste Kooperationen etwa mit einer Tagespflege erweitern die Optionen und Chancen, den Patienten möglichst lange zu begleiten. □

Die Autorin hat das MC-Modell von 2012 bis 2014 wissenschaftlich begleitet.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

Prof. Dr. phil. Stefanie Richter

Professorin für Gesundheitswissenschaften
 Wilhelm Löhe Hochschule Fürth
 Merkurstr. 41, 90763 Fürth
 E-Mail: Stefanie.Richter@wlh-fuerth.de

Literatur

1. Bickel, H. (2014): Das Wichtigste 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen(2014). <https://www.deutsche-alzheimer.de> (20.03.2015).
2. Statistisches Bundesamt (2014): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2013. <https://www.destatis.de> (20.03.2015).
3. Nöthen, M.; Böhm, K. (2009): Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 48. <http://www.rki.de> (20.03.2015).
4. Kitwood, T. (2000): Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl). Bern: Huber.
5. NICE (2006): Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42.
6. NICE (2013): Quality standard for supporting people to live well with dementia. NICE quality standard 30.
7. Richter, S.; Waehnke, O.; Zabel, R. (2014): Integriert versorgen bei Demenz. Gelingende Praxis am Beispiel der Memo Clinic®. München: SpringerMedizin.
8. Zieschang, T.; Oster, P.; Pfisterer, M.; Schneider, N. (2012): Palliativversorgung von Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (1), S. 50–54.
9. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2014): Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern. Teil 2: Gemeindeergebnisse 2013. http://service.mvnet.de/statmv/daten_stam_berichte/e-bibointerth01/bevoelkerung-haushalte--familien--flaeche/a-i___/a133g___/2013/daten/a133g-2013-00.xls (28.05.15)
10. Lueke, S.; Kehrwieder, N.; Hoffmann, W.; Teipel, S.; Fleßa, S. (2011): Qualitätsmerkmale deutscher Memory-Kliniken. Eine Querschnittsuntersuchung. In: Der Nervenarzt, S. 1–8.
11. Richter, S. et al. (2014): Das Dementia Service Development Centre dsdc. Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin. 66 (10), S. 27.