

# **„Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ (IDA) unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten**

**PD Dr. med. Elmar Gräbel**  
**Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen**

## **I. Ausgangslage (gegenwärtige Situation):**

1. In Deutschland: 900.000 bis 1,2 Millionen Demenzkranke (1,1, - 1,5% der Bevölkerung).  
Allein in Nürnberg: mindestens 5.000 Demenzkranke
2. In Deutschland wird nur etwa jeder fünfte Patient mit einer Alzheimer-Demenz mit einer evidenzbasierten Arzneimitteltherapie behandelt (evidenzbasiert, d.h. gestützt auf den höchsten Grad der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnis).  
Diese Therapie wird zur Hälfte von Nervenärzten und zur anderen Hälfte von Hausärzten/Allgemeinärzten durchgeführt.
3. Sind durchschnittlich 3 Jahre nach der Stellung der Diagnose Demenz vergangen, wünschen sich 20% der Angehörigen noch mehr Information und Beratung durch den Haus-/Allgemeinarzt.
4. Obwohl der entlastende und unterstützende Wert des Besuchs einer Angehörigengruppe inzwischen in mehreren Studien nachgewiesen wurde besuchen weniger als 1% der pflegenden Angehörigen eine Angehörigengruppe.
5. Etwa ein Viertel der Demenzkranken lebt in einem Pflegeheim. Die meisten Demenzkranken und ihre Angehörigen wünschen, dass die/der Erkrankte möglichst lange zu Hause leben und versorgt werden kann. Die häusliche Versorgung wird von den Betroffenen als wichtiger Aspekt der Lebensqualität bei Demenz angesehen.
6. Das Statistische Bundesamt schätzt die jährlichen Kosten für die medizinische Versorgung der Demenzpatienten in Deutschland auf ca. 2 Mrd. Euro. Es ist zu erwarten, dass die Kosten in den nächsten Jahren aufgrund der

demographischen Entwicklung in Deutschland dramatisch ansteigen werden. Nachhaltig lässt sich eine gute Versorgung nur sichern, wenn auch ihre Wirtschaftlichkeit berücksichtigt wird.

## **II. Schlussfolgerungen aus der gegenwärtigen Situation:**

1. Es ist wichtig, die therapeutische Versorgung von Demenzkranken durch Haus-/Allgemeinärzte zu stärken, da sie in der Regel die erste Anlaufstelle für die Erkrankten und ihre Angehörigen sind.
2. Entlastende Angebote für Angehörige wie Angehörigengesprächsgruppen werden noch viel zu wenig angeboten und genutzt.
3. Es fehlt an wissenschaftlichen Nachweisen, welche Unterstützungsangebote den Übertritt eines Demenzkranken ins Pflegeheim hinauszögern oder vermeiden helfen.

## **III. Anknüpfungspunkte zum IDA-Projekt, die sich aus der gegenwärtigen Situation der Demenzkranken und ihrer Angehörigen ergeben**

Deshalb sollen im IDA-Projekt

1. Hausärzte stärker in die medizinische Versorgung von Demenzkranken eingebunden werden, indem sie zu Diagnose und Therapie fortgebildet werden.
2. verstärkt Angehörigengruppen angeboten werden. Außerdem sollen die pflegenden Angehörigen von ihrem Hausarzt konkrete Empfehlungen zum Besuch einer Angehörigengruppe erhalten.
3. professionelle Pflege-Koordinatoren (sog. Care-Manager/innen) eingesetzt werden, die die Erkrankten und ihre Angehörigen zu Hause besuchen und ihnen konkrete Ratschläge geben und weitere Hilfeangebote vermitteln.

#### **IV. Rahmendaten zum IDA-Projekt**

1. Die Aufnahme von Studienpatienten ist auf insgesamt 900 beschränkt, wobei von einer Beteiligung von 180 Ärzten ausgegangen wird, so dass jeder Arzt etwa 5 Patienten im Rahmen des Modellvorhabens betreuen kann.
2. Die Untersuchungsdauer ist mit 2 Jahren allerdings deutlich länger als in den meisten anderen Studien und bietet daher die Chance, den Krankheitsverlauf und die Belastung der Pflegepersonen im Längsschnitt untersuchen zu können.
3. Das Projekt wird Nürnberg und in den westlichen Teilen Mittelfrankens durchgeführt (siehe Abbildung 1).
4. Die Durchführung dieses Modellvorhabens findet, wie international üblich, in Form einer sog. cluster-randomisierten Studie statt. Hierzu werden die an der Teilnahme interessierten Ärzte der Region nach einem statistischen Zufallsverfahren einer von drei Gruppen zugeordnet. Alle Ärzte werden zum Thema „Diagnostik der Demenzen“ fortgebildet. In der Gruppe A (60 Ärzte) erfolgt die Versorgung der Demenzpatienten in der bisher üblichen Form. In der Gruppe B und C (jeweils 60 Ärzte) werden die Ärzte zusätzlich zur Therapie der Demenzen fortgebildet. In beiden Gruppen wird außerdem durch die Haus-/Allgemeinärzte der Besuch des Angehörigen in einer Angehörigengruppe vermittelt. In der Gruppe C wird Unterstützung der Familien zusätzlich durch sog. Care-Manager/innen verstärkt. Sie werden den Betroffenen individuell abgestimmte Unterstützungsangebote vermitteln (siehe Abbildung 2).
5. Die Untersuchung der Patienten und die Befragung ihrer pflegenden Angehörigen findet zu Beginn der Studie, nach 1 Jahr und nach 2 Jahren statt. Sie wird sich auf die wichtigsten Aspekte, insbesondere zum Pflegeaufwand und zur Lebensqualität, beschränken. Zur Auswertung der Kosten für Diagnostik, Therapie und Pflege können außerdem die Kassendaten der AOK Bayern herangezogen werden.
6. Das Modellvorhaben ist in seiner Art, mit seinem Umfang und Dauer sowie dem hohen Aufwand für die wissenschaftliche Evaluation für Deutschland einmalig und international herausragend.

7. Die Durchführung der Studie erfolgt in Abstimmung mit der zuständigen Ethik-Kommission und dem Datenschutzbeauftragten des Landes Bayern.

## **V. Wissenschaftliche Ziele des IDA-Projektes**

1. Herausfinden, welche Vorgehensweise die Lebensqualität der Demenzkranken und ihrer Angehörigen am wirkungsvollsten verbessert.
2. Feststellen, ob durch eine verbesserte Diagnostik, durch den verstärkten Einsatz therapeutischer Möglichkeiten und durch die rechtzeitige Vermittlung ambulanter Hilfeangebote medizinische Komplikationen bei Demenz seltener auftreten und die Angehörigen sich entlasteter fühlen.
3. Herausfinden, ob und falls ja durch welche Vorgehensweise der Übertritt ins Pflegeheim hinausgezögert werden kann.
4. Untersuchen, welche Kosten derartige Versorgungsangebote verursachen und ob durch den verstärkten Einsatz therapeutischer Möglichkeiten und durch die rechtzeitige Vermittlung ambulanter Hilfeangebote eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreicht werden kann. In die Wirtschaftlichkeitsanalysen gehen neben den Ausgaben der Sozialversicherungsträger auch der Pflegeaufwand durch Angehörige und Aspekte der Lebensqualität mit ein. Solche Untersuchungen ermöglichen, bei gegebenem Ausgabenbudget eine bestmögliche Versorgung für die Bevölkerung zu erzielen.