

Schwerpunkt

Projekt IDA – Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich

Jörg Lauterberg^{1,*}, Maria Großfeld-Schmitz², Stephan Ruckdäschel³, Simone Neubauer⁴, Hilmar Mehlig⁵, Maren Gaudig⁶, Dieter Hruschka⁷, Horst Christian Vollmar⁸, Rolf Holle⁴, Elmar Gräbel²

¹AOK-Bundesverband, Bonn

²Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

³HealthEcon AG, Basel

⁴Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Neuherberg

⁵Eisai GmbH, Frankfurt

⁶Pfizer Deutschland GmbH, Karlsruhe

⁷AOK Bayern – Zentrale, München

⁸Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung, Universität Witten/Herdecke

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund zahlreich beschriebener Versorgungsdefizite bei Demenzkranken setzt die Versorgungsforschungsstudie IDA (Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin) an der Schlüsselstellung der Hausärzte bei der Früherkennung, Aufklärung, Therapie und Vermittlung weiterer Hilfs- und Beratungsangebote an. Mitte 2005 wurde mit der Umsetzung des auf noch zu Hause lebende Demenzkranke gerichteten Modellvorhabens der AOK Bayern begonnen. In einer dreiarmligen, cluster-randomisierten Untersuchung mit derzeit bereits 180 teilnehmenden Hausarztpraxen soll im Vergleich zu einer Routineversorgung die Auswirkung zweier unterschiedlich intensiver Unterstützungsangebote (angeleitete Angehörigengruppen, zugehende Beratung und Fallbetreuung durch geschulte Fachkräfte) auf die Zeitdauer in häuslicher Betreuung durch Angehörige betrachtet werden. Weitere Zielgrößen sind Kognition, All-

tagsfähigkeiten und Lebensqualität der Patienten, Belastung der Angehörigen sowie Kosten der medizinischen und nicht-medizinischen Versorgung. Die Studienteilnehmer mit zu Beginn leichten und mittelschweren Erkrankungsstadien werden über zwei Jahre beobachtet. Eine Datenerhebung findet über die Hausärzte, die Angehörigen und unter Nutzung von Routinedaten der Kranken- und Pflegekasse statt. Bei noch bis Ende 2006 laufender Patientenrekrutierung charakterisieren die ersten Auswertungen von Patienten- und Angehörigenmerkmalen (Basis 254 Patienten, 227 Angehörige) die bisherige Gruppe von Demenzkranken als durchschnittlich 80-jährige Patienten am Beginn des mittelschweren Stadiums. Fast ein Drittel sind Fälle der Praxen mit einer Erstdiagnose. Mit abschließenden Ergebnissen des IDA-Projekts ist 2009 zu rechnen.

Sachwörter: Demenz, Versorgungsforschung, Cluster-randomisierte Studie, Komplexintervention, Hausärzte

*Korrespondenzadresse. Dr. med. Dipl.-Psych. Jörg Lauterberg, AOK-Bundesverband, Kortrijker Straße 1, D – 53177, Bonn. Tel.: 0228 843 326; Fax.: 0228 843 724.
E-Mail: joerg.lauterberg@bv.aok.de (J. Lauterberg)

IDA Project – Concept and Implementation of a Cluster-Randomized Trial on Dementia Management in a General Practice Setting

Abstract

Given the multiple deficits in dementia care IDA is a health services research project that addresses the key role of general practitioners in the early detection of dementia, patient and family education, therapy and referral to further counseling and supportive measures.

Mid 2005 IDA was started by the AOK Bavaria as a pilot project targeting patients living at home. This three-armed cluster-randomized trial – currently including 180 participating general practitioners – is to compare two supportive measures of different intensity (counseling for care-giving relatives and care management) with the usual care in terms of time to nursing home placement. Additional outcomes investigated include the development of the patient's cognitive status and his abilities to perform activities of daily living, burden and quality of life of care-giving relatives as

well as healthcare costs and costs of institutional care. Participating patients with initially mild to moderate disease will be observed for a period of two years. Data collection will proceed via general practitioners and caregivers and also utilize routine data of statutory health insurances and long-term care insurances. Keeping in mind that patient recruitment is ongoing throughout 2006 the initial analysis of 254 patients' data shows an average 80-year old patient in the early phase of moderate dementia. One third of the participants are cases with a first-time diagnosis obtained from their general practitioner. Final results for IDA are expected to be available in 2009.

Key words: dementia, health services research, cluster-randomized trial, complex intervention, general practitioners

Hintergrund

Die große und weiter wachsende Zahl an Demenzkranken, die beschriebenen Defizite in deren Versorgung [1] bei gleichzeitig erheblicher Belastung und gesundheitlicher Beeinträchtigung von betreuenden Angehörigen [2,20,21], sowie vergleichsweise hohe Ausgaben für Gesundheit und Pflege [3] bringen die allgemeinärztliche Betreuung noch zuhause lebender Demenzpatienten als einen Ansatzpunkt für Verbesserungen und Verzögerung der Institutionalisierung in den Blick. Denn Hausärzte sind auf Basis eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses die primären Ansprechpartner der nicht selten multimorbiden Demenzkranken [4] und ihrer Angehörigen in Fragen der Gesundheit. Sie haben somit bei der durch Tabuisierung und Stigmatisierung erschweren Demenzversorgung neben der kontinuierlichen Betreuungsfunktion eine Schlüsselrolle in den Bereichen Früherkennung, Aufklärung, Therapie und nicht zuletzt der Vermittlung weiterer Hilfs- und Beratungsangebote.

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen [Übersicht in 5] zeigt, dass ein komplexes Bündel von Einflüssen auf die hausärztliche Versorgung von Demenzpatienten besteht. Im Zusammenwirken von arzt-, patienten- und angehörigenbezogenen Faktoren mit externen Bedingungen allgemeinmedizinischer Praxis (z.B. Zeitmangel, Budgetierung von Arzneimittelverschrei-

bungen und verordneten Leistungen) resultiert häufig eine mit Unterdiagnostik beginnende suboptimale und nicht leitlinienkonforme Versorgung [6,7]. Als wesentliche Momente der hausärztlichen Einstellung zur Demenz erweisen sich neben dem fachlichen Wissen und der selbst wahrgenommenen Versorgungskompetenz besonders affektive Faktoren, die mittels qualitativer Untersuchungsmethoden wie Interviews oder Fokusgruppengespräche ermittelt werden konnten. Dazu gehören die Tabuisierung kognitiver Defizite, Scham vor Testung und Aufklärung („Überbringen von Hiobsbotschaften“) und das Erleben von eigener Hilflosigkeit und Frustration bei der ärztlichen Betreuung, auch im Kontext des wahrgenommenen Mangels von wirksamen Therapieoptionen oder Unterstützungsangeboten [5]. Die hausärztliche Vermittlung weiterer Beratungs- und Hilfsangebote für Patienten und Angehörige scheint aus verschiedenen Gründen nicht nur in Deutschland ein besonderes Problem darzustellen [6,9], obwohl die Vertrauens- und Koordinationsrolle der Allgemeinmediziner im Versorgungsprozess ideale Voraussetzungen hierfür bieten würde. Wesentliche Ursachen dürften fehlende Informationen, regional mangelnde Verfügbarkeit und die unzureichend geklärte bzw. widersprüchliche Evidenzlage bezüglich deren Nutzen sein [11–18]. Aber auch eine mitunter geringe Bereitschaft zur interdisziplinären

Kooperation spielt eine Rolle, zumal diese unter den heutigen Anreizbedingungen des Versorgungssystems strukturell erschwert ist. Schließlich kommen die häufig patienten- und angehörigenseitig vorhandenen Verleugnungs-, Abwehr- und Rückzugstendenzen als weitere Gründe dafür in Betracht, dass bisher die hausärztlichen Möglichkeiten zur Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote für Demenzkranke und ihre Familien zu wenig und zu unsystematisch genutzt werden.

Bei der erkannten Vielschichtigkeit von Determinanten der Demenzversorgung sollten Interventionen mit Verankerung im hausärztlichen Bereich multidimensional und in Bezug auf die Versorgungssektoren integrativ angelegt sein. Solche Komplexmaßnahmen enthalten idealerweise arzt-, patienten- und angehörigenbezogene Wirkkomponenten und Anreize. Alleinige Fokussierung von hausarztbezogenen Maßnahmen auf zum Beispiel die Wissensvermittlung und Leitlinienimplementierung [8,10] oder auf Einzelaspekte des Versorgungsprozesses wie die Früherkennung gehen wahrscheinlich nur mit marginalen Änderungen der Versorgungspraxis und ihrer Ergebnisse einher. Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt IDA als Vorhaben der Versorgungsforschung in Partnerschaft des AOK-Bundesverbandes, der AOK Bayern sowie der forschenden Pharmakonzerne Pfizer und Eisai konzipiert und 2005 in die Umsetzung gebracht.

Ziel von IDA ist es, die Versorgungsqualität von Demenzpatienten zu verbessern und deren Angehörige zu unterstützen. Darüber hinaus wollen die vier IDA-Partner mit dieser neuartigen Public-Private-Partnership und der ungewöhnlich engen Zusammenarbeit mit den beteiligten Forschungseinrichtungen (GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit in Neuherberg, Universität Erlangen, Universität Witten/Herdecke) zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beitragen.

Projekt IDA – Fragestellung, Design und Methoden

Als Vorhaben der Versorgungsforschung und auf Basis eines Modellprojektes der AOK Bayern nach § 63 SGB V wird IDA aktuell in der Region Mittelfranken durchgeführt. Diese wurde ausgewählt, um mit dem Mix städtischer Versorgungsstrukturen (Nürnberg, Erlangen) und einem ausgedehnten ländlichen Umfeld auch auf Flächenländer übertragbare Erfahrungen zu gewinnen.

Fragestellung

Die zentralen wissenschaftlichen Fragestellungen von IDA sind aus Versorgungssicht und gesundheitsökonomischer Perspektive:

- Lässt sich für Demenzkranke durch Komplexmaßnahmen mit gezielter Fortbildung von Hausärzten und Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige die Zeit in der häuslichen Umgebung verlängern?
- Wie wirken sich die Interventionen auf das Fortschreiten der Erkrankung sowie auf die Lebensqualität und Belastung der Angehörigen aus?
- Wie stellt sich die inkrementelle Kosten-Effektivität der unterschiedlich aufwändigen Beratungs- und Hilfsangebote im Vergleich zur Normalversorgung dar?

Studiendesign und Ablauf

IDA ist als dreiarmlige clusterrandomisierte Studie mit zweijähriger Beobachtungszeit, drei Messzeitpunkten und primärer Ausrichtung auf externe Validität, also Übertragbarkeit in die Normalversorgung des deutschen Gesundheitswesens angelegt (vgl. Abb. 1). Unterstützt von Kassenärztlicher Vereinigung und Hausärzterverband in Bayern begann Mitte 2005 die Umsetzung des Vorhabens mit der Gewinnung der Hausarztpraxen („Cluster“), die per Zufall den drei Studiengruppen zugewiesen und dann bis März 2006 an insgesamt 11 zertifizierten Schulungs- bzw. Fortbildungsmaßnahmen [Beschreibung in 19] teilnahmen. Nach wiederholten schriftlichen, telefonischen und persönlich-direkten Einladungen zur Teilnahme, die auch von regionaler Öffentlichkeitsarbeit begleitet wurden, konnte bereits im April 2006 das ursprüngliche Ziel von 180 vertraglich kooperierenden Praxen erreicht werden. Dies entspricht einer Ra-

te von ca. 20% aller in Frage kommender Hausärzte in Mittelfranken. Weitere Praxen aus einem bisher für das Projekt nicht erschlossenen, weil sehr dünn besiedelten, großräumigen Gebiet von Mittelfranken wurden für weitere Schulungstermine im Juli und September 2006 rekrutiert. Grund dieser Erweiterung ist der zögerliche Verlauf bei der Gewinnung teilnahmebereiter und auf Basis der engen Einschlusskriterien geeigneter Patienten und Angehöriger in den IDA-Hausarztpraxen (September 2006: Gesamtteilnahmestand $n = 262$). Daher soll mit Blick auf die statistische Fallzahlplanung von dreihundert Patienten pro Studienarm dieses Ziel nicht nur durch eine Verlängerung des Rekrutierungszeitraumes, sondern auch mittels einer Erhöhung der Zahl teilnehmender Praxen soweit wie möglich erreicht werden. Die Tatsache, dass Hausärzte teilweise noch 8 Monate nach der Schulungsteilnahme geeignete Patienten in die Studie einbringen, ist nicht nur Ausdruck der erhöhten Belastung

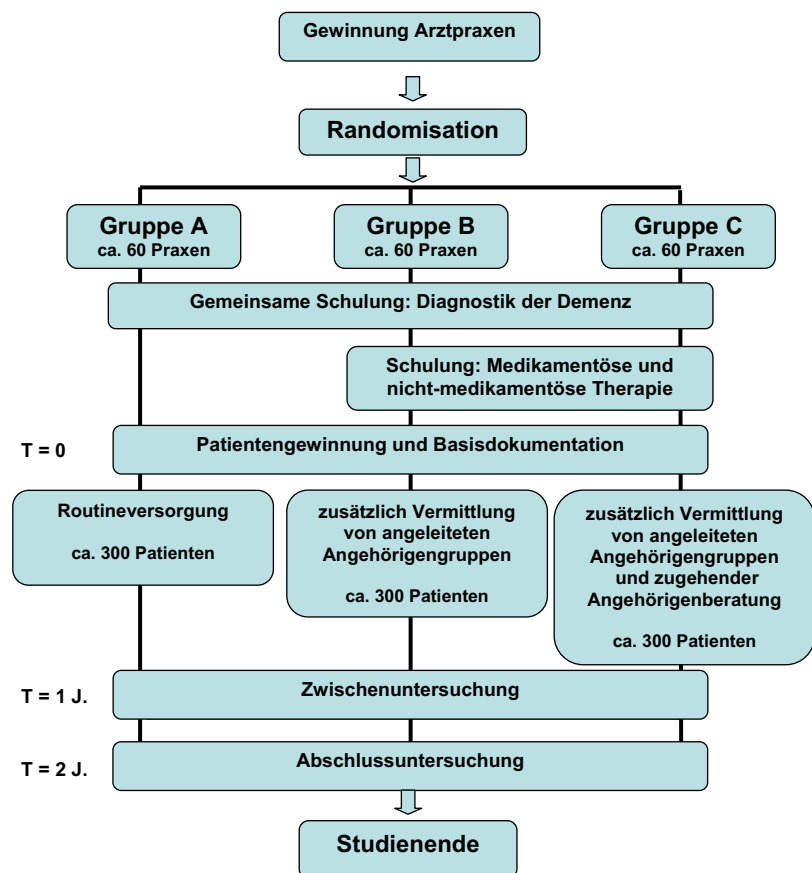


Abb. 1. IDA-Design.

durch zusätzliche, Zeit konsumierende und teilweise ungewohnte Forschungsaufgaben für die Praxen. Vor allem die von IDA-Hausärzten berichteten Schwierigkeiten bei Testung, Aufklärung und Motivierung der Patienten und Angehörigen zur Projektteilnahme, die oft mehrere Kontakte erfordert, dürften Grund für die beobachtete Verzögerung der Patientenrekrutierung sein. Letztere hängt wahrscheinlich bei der stigmatisierten Erkrankung „Demenz“ mit den zuvor erwähnten Tendenzen der Betroffenen zur Tabuisierung, Verleugnung und der insbesondere im ländlichen Bereich ausgeprägten Haltung zur Lösung von „Familienproblemen“ ohne Inanspruchnahme externer und professioneller Hilfe zusammen.

Gemäß Studienkonzept findet bei IDA zunächst eine initiale Fortbildung zur Diagnostik der Demenz für alle teilnehmenden Hausärzte statt, für die Hausärzte der Gruppen B und C gibt es zusätzlich auch einen Block zu medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmaßnahmen. Nach der Eingangsschulung beginnt die Patientenrekrutierung für alle drei Studienarme, wobei die Hausärzte der Gruppe A in der zweijährigen Beobachtungszeit anschließend eine „Routineversorgung“ durchführen, die Hausärzte der beiden Interventionsgruppen hingegen die betreuenden Angehörigen zur Teilnahme an angeleiteten Angehörigengruppen motivieren (Gruppe B) bzw. zusätzlich eine „zugehende“ Angehörigenberatung durch geschulte Fachkräfte vermitteln sollen (Gruppe C). Die Hausärzte der Gruppen B und C erhalten auf Wunsch zudem konsiliarische Unterstützung durch fünf über Mittelfranken verteilte gerontopsychiatrisch besonders ausgewiesene Facharztpraxen. Diese vergeben kurzfristige Termine für Studienpatienten, erstatten bzw. erstellen innerhalb weniger Werktagen Untersuchungsberichte und bieten den Hausärzten zudem eine abwechselnde Rufbereitschaft für Krisenfälle an Wochenenden und Feiertagen. Weiterhin fanden an mehreren Orten in der Studienregion Informationsveranstaltungen mit einer Schulung für Praxismitarbeiterinnen zur Durchführung kognitiver Tests (MMST, Dem-

Tect®) statt. In Hinblick auf die Anreize zur aktiven Mitarbeit bei diesem Versorgungsforschungsprojekt erhalten die Hausärzte und Praxismitarbeiterinnen eine fallbezogene Aufwandsvergütung. Zur AKdÄ-Leitlinie Demenz (3.A.) konforme Antidementivverordnungungen der teilnehmenden Praxen (Acetylcholinesterasehemmer und Memantine) bleiben im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen während des Projektzeitraumes als „Besonderheit“ unberücksichtigt.

Zielgrößen

Die primäre Zielgröße der Studie ist die (möglichst lange) Zeitdauer in häuslicher Versorgung. Das entspricht dem ganz überwiegenden Wunsch von Patienten und deren Angehörigen und folgt gleichzeitig ökonomischen Überlegungen. Darüber hinaus soll sich die Verbesserung der Versorgung bei IDA dadurch erweisen, dass kognitive und Alltagsfähigkeiten der Patienten stabilisiert und mit der Demenz verbundene Verhaltens- und Erlebensstörungen vermindert werden. Letztlich soll so eine höhergradige Pflegebedürftigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten. Auch die Auswirkungen der Maßnahmen auf die gesundheitlichen, psychischen und sonstigen Belastungen der betreuenden Angehörigen sowie auf die Inanspruchnahme und die Kosten von Gesundheits- und Pflegeleistungen werden erfasst.

Datenerhebung

Neben der Erhebung zweier psychometrischer Tests zur Kognition (MMST, DemTect®) und eines Tests zur Messung der Lebensqualität des Patienten (EQ-5D) wird von den Hausärzten zum Aufnahmezeitpunkt ein Basisdokumentationsbogen ausgefüllt, in dem die Symptomatik, Diagnostik, wichtige Komorbiditäten und Therapie der Demenzerkrankung angegeben werden. Im Bereich der überwiegend von den Hausärzten selbst durchgeführten Diagnostik werden einem leitlinienkonformen Standard-Algorithmus folgend die Kriterien für das Vorliegen einer Demenz, veranlasste Zusatzunters-

chungen sowie fachärztliche Konsile dokumentiert. Dies gilt sowohl für eine aktuelle Erstdiagnostik als auch für eine bereits vor dem Projekt abgeschlossene Diagnostik. Für die Zwischen- und Abschlussuntersuchung – nach einem bzw. zwei Jahren – sind die Kontrolle des MMST und die Beurteilung der Lebensqualität seitens der Hausärzte vorgesehen. Zwischenzeitliche Angaben sind nur bei einem Umzug ins Pflegeheim oder im Todesfall erforderlich. Im Studienarm B und C erfolgt zusätzlich bei Neuverordnung eines Antidementivums eine Kontrolluntersuchung nach 6 Monaten Behandlungsdauer. Inanspruchnahme- und Kostendaten von Patienten oder Angehörigen, die von der Krankenkasse erstattet werden, werden über Routinedaten von AOK und Kassenärztlicher Vereinigung erfasst. Weitere Angaben zum Versorgungsverlauf werden im Rahmen einer telefonischen Befragung der Angehörigen durch geschulte Interviewer (Medizinstudierende) erhoben. Hierbei werden zu allen drei Untersuchungszeitpunkten Daten zum Grad der Selbstständigkeit des Patienten, zum Versorgungsumfang, zu krankheitsbedingten nicht erstattungsfähigen Kosten und zur Belastungssituation erfasst. In fast allen Bereichen von Outcome-Variablen werden bei IDA standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt.

Studienpopulation

Für die Studie kommen in Einschränkung der potentiellen Grundgesamtheit hausärztlicher Demenzpatienten solche ab einem Alter von 65 Jahren in Frage, die eine leichte bis mittelschwere Demenz aufweisen (Mini-Mental-Status-Test (MMST) zwischen 10 und 23 Punkten). Sie müssen noch in der häuslichen Umgebung leben, AOK-Mitglied sein und einen regelmäßig unterstützenden Angehörigen im selben Haushalt oder in der Nähe haben. Der obere Grenzwert für das MMST-Ergebnis von 23 bei 30 maximal erreichbaren Punkten wurde bewußt gewählt, um die Einschlusszuverlässigkeit im Rahmen der hausärztlichen Diagnostik zu erhöhen und diffe-

rentialdiagnostische Probleme zwischen Demenzsyndrom und den ebenfalls häufigen leichten kognitiven Störungen weitgehend zu vermeiden. Die Patienten müssen nach hausärztlicher Einschätzung einwilligungsfähig sein und sowohl Patient als auch Angehöriger müssen der Studienteilnahme nach Aufklärung schriftlich zustimmen. **Tabelle 1** zeigt ausgewählte Charakteristika der ersten 254 Studienteilnehmer bzw. ersten 227 befragten Hauptpflegepersonen. Die Merkmale von Patienten und betreuenden Angehörigen dürften für die Gruppe durchschnittlich am Beginn des mittelschweren Stadiums befindlicher Demenzkranker typisch sein, so etwa der höhere Frauenanteil der Erkrankten und das deutliche Überwiegen weiblicher Hauptpflegepersonen [20]. Auffällig und möglicherweise als erstes Projektergebnis deutbar ist darüber hinaus der mit 30,3% hohe Anteil von Patienten mit Erstdiagnosestellung und der fast hälftige Anteil von mit Antidementiva Behandelten. Bis zum geplanten Abschluss der Rekrutierungszeit (12/2006) können sich trotz erkennbarer Trends die Merkmale der IDA-Studienpopulation noch ändern.

Interventionen

Die Interventionen in den Hausarztpraxen der Gruppen B und C haben An-

gebotscharakter. Ihre Realisierung hängt also – wie im normalen Versorgungsalltag – im Einzelfall von der ärztlichen Initiative und Faktoren wie Motivierbarkeit, Krankheitsakzeptanz und Beratungsbereitschaft von Patienten und Angehörigen ab. Dennoch ist ein klares Ziel von IDA, gerade durch hausärztliche Vermittlung eine möglichst hohe Nutzungsrate der angebotenen Unterstützungs- und Beratungsdienste zu erreichen, zu denen bisher nur ein geringer Teil der Betroffenen Zugang findet. Unter Nutzung entsprechender Informationsmaterialien motivieren die Hausärzte zur Teilnahme an professionell angeleiteten Angehörigengruppen. Diese befinden sich in Trägerschaft von gemeinnützigen Organisationen, die mit dem Projekt vertraglich kooperieren und die bei lokalem Bedarf auch bereit sind, neue Gruppen aufzubauen. Es muss sich dabei um Angehörigengruppen handeln, die sich mindestens zehnmal im Jahr treffen und in die psychoedukative Elemente zur Kompetenzsteigerung der Angehörigen systematisch integriert sind. Etwa die Hälfte der Gruppen bieten zeitgleiche Betreuungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für die Demenzkranken an, was die Angehörigenteilnahme in vielen Fällen erleichtert.

Um Angehörige frühzeitig mit präventiver Wirkung beraten zu können, wird

im aufwändigsten Studienarm C zusätzlich eine „zugehende“ Arbeitsweise mit Einsatz von qualifizierten DemenzberaterInnen (mit pflegerischem oder sozialpädagogischem Berufshintergrund) und psychosozialem Schwerpunkt erprobt. Je nach Bedarfslage und dem Verlauf der vertrauensbildenden Eingangsphase wird die Besuchs- und Kontaktfrequenz dieser an die Methoden des Fall- und Versorgungsmanagements angelehnten Intervention individuell gestaffelt. Neben Information und Beratung liegen die Aufgaben der Demenzberater in der Erstellung einer Bedarfsanalyse und eines Hilfeplans, in der Vermittlung weiterer Hilfs- und Entlastungsangebote (z.B. ehrenamtliche Besuchsdienste), in der Krisenhilfe und bei stationären Aufenthalten z.B. in der Mitwirkung bei der Entlassungsplanung. Ein fallbezogener Informationsaustausch mit den Hausärzten bzw. Praxismitarbeiterinnen wird angestrebt und erfordert wie die Beziehung zu den betreuten Patienten und Angehörigen eine Phase der Vertrauensbildung.

Ausblick

Mit abschließenden Ergebnissen des im Sinne eines Werkstattberichtes vorgestellten Projektes ist 2009 zu rechnen. Schon die ersten Umsetzungserfahrungen dieses im Bereich der ambulanten

Tabelle 1

	Mittelwert +/- StdAbw (Min;Max) bzw. Prozent
Alter des Patienten bei Aufnahme in die Studie ^a	80,0 +/- 6,8 (62;100)
Alter der HPP bei Aufnahme in die Studie ^b	60,9 +/- 13,9 (21;89)
Anteil weiblicher Patienten ^a	64,2%
Anteil weiblicher HPP ^b	74,0%
MMST ^a	18,7 +/- 3,8 (10;24)
Anteil Alzheimer Demenz ^a	44,9%
Anteil Vaskuläre Demenz ^a	33,1%
Anteil der Patienten mit Erstdiagnose ^a	31,1%
Anteil der Patienten mit Antidementiva ^a	49,6%
Anteil der Patienten mit Psychopharmaka ^a	31,9%
Anteil der Patienten mit nicht-medikamentösen Therapien (meist Physiotherapie) ^a	15,0%
Anteil der (Ehe-)Partner als HPP ^b	38,8%
Anteil Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste ^b	20,3%
Anteil berufstätiger HPP ^b	29,6%
Anteil gemeinsam lebender HPP und Patienten	72,3%
Anteil der HPP, die ihren Nachtschlaf in den letzten 4 Wochen unterbrechen mussten ^b	36,6%
Anteil der HPP, die in den letzten 4 Wochen Kontakt mit einer Angehörigengruppe hatten ^b	1,8%
HPP = Hauptpflegeperson	^a n = 254 ^b n = 227

Demenzversorgung angesiedelten, ambitionierten Vorhabens zeigen, dass die Überwindung vielfältiger Hürden einzuplanen ist, wenn es gilt, spürbare Verbesserungen in der hausärztlichen Betreuung und Unterstützung Demenzkranker und ihrer Angehörigen zu erzielen.

Literaturverzeichnis

- [1] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Berlin; 2002
- [2] Gräbel E. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Z Gerontol Geriatr* 1998;31:57–62.
- [3] Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *Br Med J* 1998;317:111–5.
- [4] Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, Marin D, Neumann PJ. Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2002;57a:M173–7.
- [5] Pentzek M, Fuchs A, Abholz HH. Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. Kognitive, affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde* 2005;24: 499–506.
- [6] Olafsdottir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care* 2001;19:194–8.
- [7] Melchinger H, Machleidt W. Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. *Nervenheilkunde* 2005;24:493–8.
- [8] Waldorff FB, Almind G, Mäkelä M, Moller S, Waldemar G. Implementation of a clinical dementia guideline. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:142–7.
- [9] Rosen CS, Chow HC, Greenbaum MA, Finney JF, Moos RH, Sheikh JI, Yesavage JA. How well are clinicians following dementia practice guidelines? *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2002;16: 15–23.
- [10] Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, O'Carroll R, Howie K, Illiffe S. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomized controlled study. *BMJ* 2006;332:692–6.
- [11] Newcomer RJ, Fox PJ, Harrington CA. Health and long-term care for people with Alzheimer's disease and related dementias: policy research issues. *Aging & Mental Health* 2001;5(Suppl.):S124–37.
- [12] Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care – A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2148–57.
- [13] Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivelä SL, Sivenius J, Sulkava R. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: A randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001;49: 1282–7.
- [14] Challis D, von Abendorff R, Brown P, Chesterman J, Hughes J. Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:315–25.
- [15] Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *JAMA* 1996;276: 1725–31.
- [16] Schulz R, O'Brien A, Czaja S, et al. Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *The Gerontologist* 2002;42:589–602.
- [17] Miller R, Newcomer R, Fox P. Effects of the Medicare Alzheimer's disease demonstration on nursing home entry. *Health Services Research* 1999;34:691–714.
- [18] Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002;42:356–72.
- [19] Vollmar HC, Gräbel E, Lauterberg J, et al. Multimodale Schulung von Hausärzten – Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA). *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2007;101:27–34.
- [20] Gräbel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. (2.A.). Egelsbach, Frankfurt a.M., Washington: Hänssel-Hohenhausen; 1998
- [21] Gräbel E. Die Situation betreuender Angehöriger von Demenzkranken – Bedarf und Wirksamkeit von Entlastungsmaßnahmen. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2007;101:61–2.

DMP-Qualitätsbericht: Hohe Qualität in Nordrhein durch strukturierte Behandlungsprogramme

Die Behandlung chronisch Kranker dauerhaft auf hohem Niveau zu sichern und zu steigern – diesem Ziel sollen die Disease-Management-Programme (DMP) dienen. Regelmäßige Qualitätsberichte zeigen, ob man auf dem richtigen Weg ist. Im September liegt der Bericht der nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung, den das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) angefertigt hat, mit den Daten des

Jahres 2005 vor. Er zeigt deutlich: Die Qualität in den DMP ist hoch. Im Versorgungsalltag spielen strukturierte Behandlungsprogramme eine immer größere Rolle. Knapp 264.000 Patientinnen und Patienten sind allein in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben. Sie werden von 4.237 diabetologisch geschulten Hausärzten und Schwerpunktpraxen betreut. Fast 98.000 Pati-

Magazin

enten nehmen am DMP KHK teil, 3.858 nordrheinische Ärzte versorgen sie im Rahmen des Programms nach evidenzbasierten Leitlinien. In das DMP Brustkrebs sind 9.230 Frauen eingeschrieben.
Auszug aus: http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/06_09/dmp_quali.html

