

Entwicklung von Versorgungszielen

Beispiel: Demenzerkrankungen

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Universität Leipzig &
& Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH
für die DNVF Ad-hoc-Kommission Versorgungsziele

Demenzkrankungen sind folgenschwer

Selbstportraits von William Utermohlen

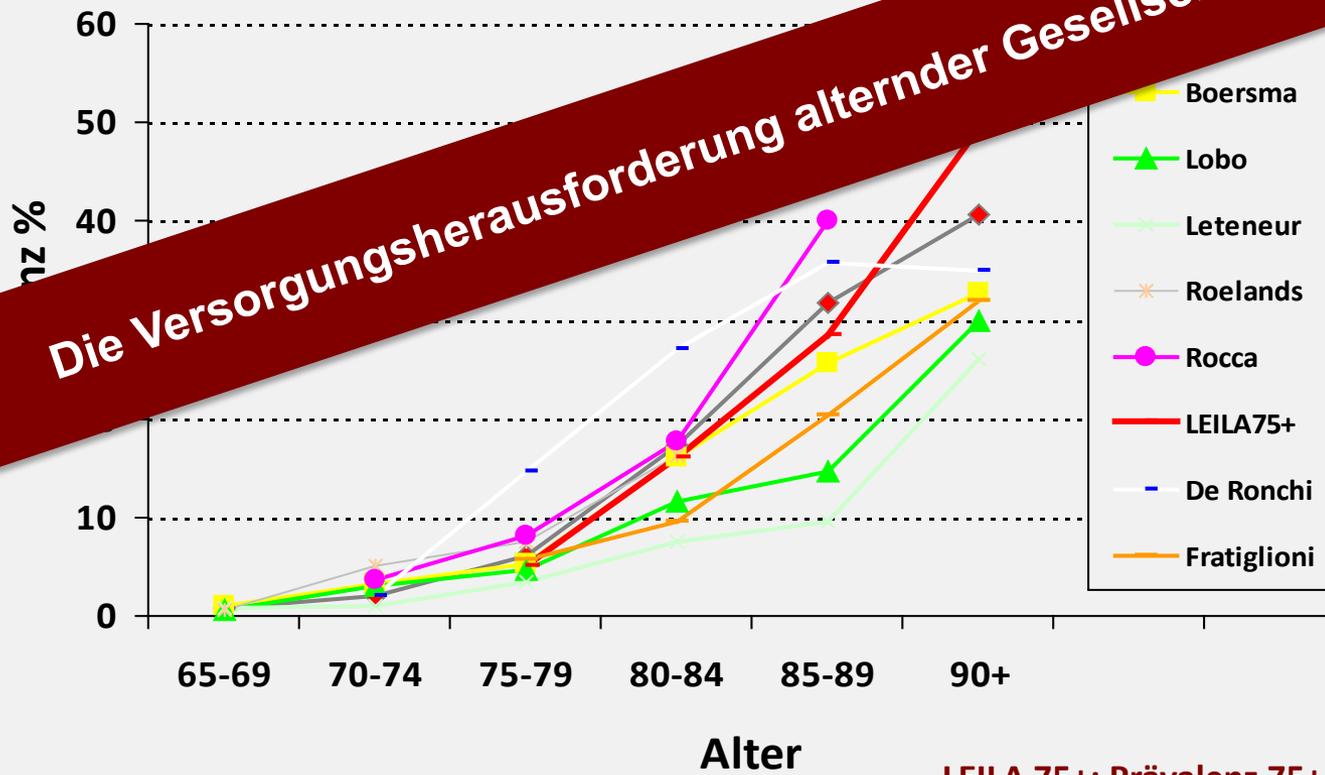
1996



2000

Demenzerkrankungen sind häufig

Die Versorgungsherausforderung alternder Gesellschaften!



Projekte und Initiativen zur Verbesserung der Versorgung

Beispiele für wissenschaftliche Projekte, die gefördert werden:

- **Delphi-MV** („Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern“)
- **PreDADQoI** („Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen für die Prädiktion der Alzheimer-Demenz“)
- **Mobiassist** („Trainingssystem zur Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Mobilität von Demenzpatienten“)
- **InterMem** („Interactive Memories“)



Aus dem Koalitionsvertrag 2018 zwischen CDU, CSU und SPD:

*...Insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen sollen damit bessere und passgenauere Leistungen erhalten. (...) Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll Betroffene unterstützen und das Verständnis und die Sensibilität für Demenzerkrankungen fördern. Dafür sollen bereits vorhandene Initiativen auf lokaler Ebene zusammengeführt, gebündelt und gemeinsam **weiterentwickelt** werden. (S. 59)*



Frage: Woran sollen sich die Projekte & Initiativen ausrichten?

Antwort: Wir brauchen Versorgungsziele!

Von der Analyse zum Versorgungsziel

Systematische & datenbasierte Analyse (Recherche, Erfassung in einer Matrix)



Was wissen wir?



Versorgungsziele



Was wissen wir nicht?



Versorgungsforschungsbedarf



Analyse der Versorgungssituation

Entsprechend folgender Matrix

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Kategorie	Zugang <i>(von Personen mit entsprechendem Bedarf)</i>		Qualität <i>(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)</i>				Ergebnisse (Zugang x Qualität)		Ressourcen/ Kosten	Effizienz <i>(Ergebnisse ÷ Kosten)</i>	
	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Responsiveness/ Patient experience		Gesundheit („Effectiveness“)		Patientensicherheit	Durchschnitt			Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>
			Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>					
(1) Gesund bleiben <i>(Prävention)</i>											
Gesund werden <i>(Akutversorgung/</i>											
(2) Diagnostik & Versorgung											
(3) Leben mit chronischer Krankheit & Pflege											
(4) Versorgung im letzten Lebensabschnitt End-of-life-care											

-  Genügend Informationen zur Analyse der Versorgungssituation vorhanden
-  Zum Teil Informationen vorhanden
-  Keine oder keine hinreichenden Informationen vorhanden

Analyse: Systematisches und datenbasiertes Vorgehen

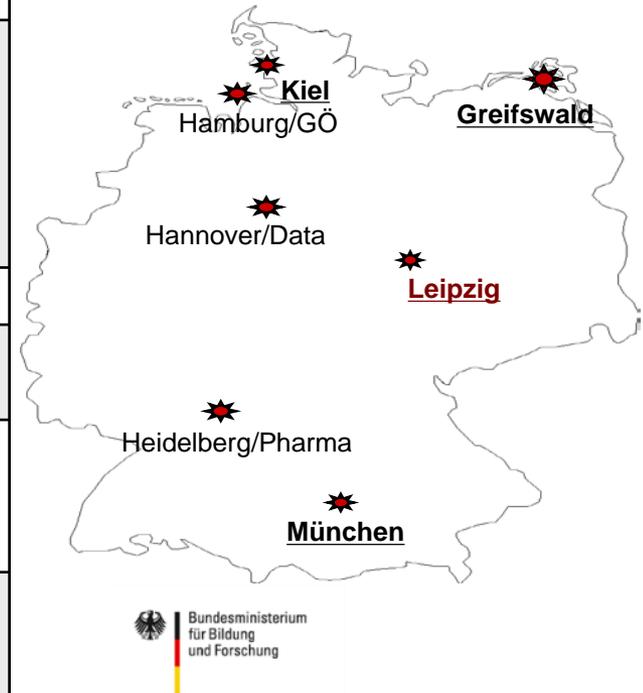
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Kategorie	Zugang <i>(von Personen mit entsprechendem Bedarf)</i>		Qualität <i>(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)</i>				Ergebnisse (Zugang x Qualität)		Ressourcen/ Kosten	Effizienz <i>(Ergebnisse ÷ Kosten)</i>	
	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Responsiveness/ Patient experience		Gesundheit („Effectiveness“)		Patientensicherheit	Durchschnitt			Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>
			Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>					
(1) Gesund bleiben <i>(Prävention)</i>											
Gesund werden <i>(Akutversorgung/</i>											
(2) Diagnostik											
(3) Leben mit chronischer Krankheit/ Pflegedürftigkeit											
(4) Versorgung im letzten Lebensabschnitt End-of-life-care											



Exkurs: Vom Risikofaktor zur Präventionsstudie

Studien	FINGER	MAPT	PreDIVA
Stichprobengröße	1.260 gemeindebasiert	1.680 gemeindebasiert	3.533 gemeindebasiert
Haupteinschlusskriterien	Risikoscore	Ältere Menschen	Ältere Patienten
Eintrittsalter			
Studiendesign			
Intervention	In verschiedenen Domänen	In verschiedenen Domänen	In verschiedenen Domänen
Dauer	2 Jahre + 5-jähriges erweitertes FUP	3 Jahre + 2-jähriges erweitertes FUP	6 Jahre
Outcome	Cognitive performance ✓	Change in cognitive function	Dementia, disability

- ① Ernährungsberatung
- ② Bewegung
- ③ Kognitives Training und soziale Aktivität
- ④ Monitoring und Management metabolischer und vaskulärer Risikofaktoren



Exkurs: Gesundheitskompetenz

Wissen und Einstellung zu Prävention bei Demenzen

Denken Sie, man kann etwas gegen Demenz tun?

Ja: 62%

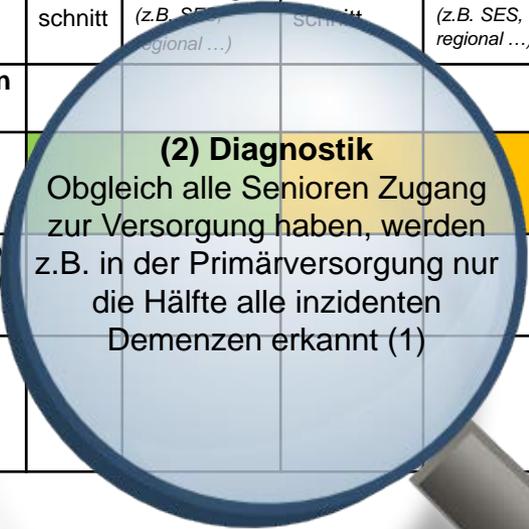
Wenn ja - Was?

(Freitextantwort n=544, 971 Einzelnennungen, Mehrfachantworten möglich, induktive Kategoriebildung)

Gedächtnistraining/Gehirntraining	26,9%
Geistige Betätigung im breiteren Sinn	19,4%
Aktives Leben im breiteren Sinne/Teilhabe	10,5%
Medikamente	9,4%
Sport und Bewegung	7,7%
Soziale Kontakte pflegen	7,4%

Analyse: Systematisches und datenbasiertes Vorgehen

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Kategorie	Zugang <i>(von Personen mit entsprechendem Bedarf)</i>		Qualität <i>(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)</i>				Ergebnisse (Zugang x Qualität)		Ressourcen/ Kosten	Effizienz <i>(Ergebnisse ÷ Kosten)</i>	
	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Responsiveness/ Patient experience		Gesundheit („Effectiveness“)		Patienten- sicherheit	Durchschnitt			Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>
			Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>					
(1) Gesund bleiben (Prävention)											
Gesund werden (Akutversorgung/ (2) Diagnostik											
(3) Leben mit chronischer Krankheit/ Pflegedürftigkeit											
(4) Versorgung im letzten Lebensabschnitt End-of-life-care											



1. Pentzek M, Wollny A, Wiese B, Jessen F, Haller F, Maier W, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Bickel H, Mösch E, Weyerer S, Werle J, Bachmann C, Zimmermann T, van den Bussche H, Abholz HH, Fuchs A; AgeCoDe Study Group. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? Am J Geriatr Psychiatry. 2009 Nov;17(11):965-75.)

Analyse: Systematisches und datenbasiertes Vorgehen

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Kategorie	Zugang <i>(von Personen mit entsprechendem Bedarf)</i>		Qualität <i>(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)</i>				Ergebnisse (Zugang x Qualität)		Ressourcen/ Kosten	Effizienz <i>(Ergebnisse ÷ Kosten)</i>	
			Responsiveness/ Patient experience		Gesundheit („Effectiveness“)		Patienten-sicherheit				
	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>			
(1) Gesund bleiben <i>(Prävention)</i>											
Gesund werden <i>(Akutversorgung/</i>											
(2) Diagnostik											
(3) Leben mit chronischer Krankheit/ Pflegedürftigkeit			3. Leben mit chronischer Krankheit <ul style="list-style-type: none"> ● Hausarztbasierte Versorgungsmodelle und transsektorale Demenznetzwerke nur modellhaft an wenigen Orten vorhanden (1) ● Leitliniengerechte Therapie optimierungsbedürftig, 1/4 aller diagnostizierten Demenzkranken erhalten eine antidementive Therapie, Ost-West-Gefälle (2, 3) 								
(4) Versorgung im letzten Lebensabschnitt End-of-life-care											

1. Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Eichler T, Michalowsky B, Dreier-Wolfgramm A, Zwingmann I, Kilimann I, Teipel S, Hoffmann W. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017 Sep 30; 74:996-1004
2. Bohlken J, Schulz M, Rapp MA, Bätzing-Feigenbaum J. Pharmacotherapy of dementia in Germany: Results from a nationwide claims database. Eur Neuropsychopharmacol. 2015 Dec;25(12):2333-8.
3. Schulz M; Bohlken J; Hering R; Bätzing-Feigenbaum J (2014): Diagnostische und therapeutische Leistungsdichte von neu erkrankten, zu Hause lebenden Patienten mit Demenz. Hg. v. Versorgungsatlas ZI. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland



Exkurs: Lebensqualität von pflegenden Angehörigen

n=119 ältere pflegende Angehörige (≥ 60 Jahre, informelle Pflege von Demenzerkranktem;

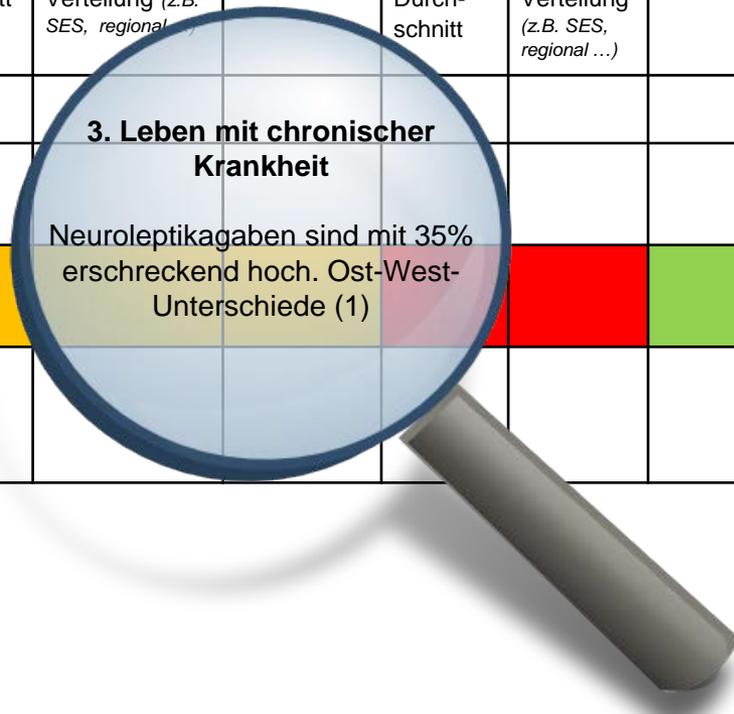
n=1133 Personen aus der nicht-pflegenden Allgemeinbevölkerung (≥ 60 Jahre, repräsentative Vergleichsstichprobe)

*p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001

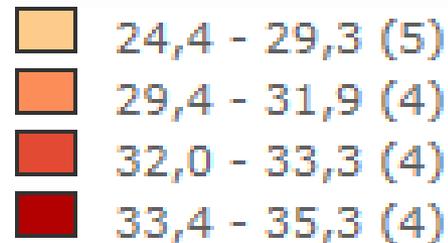
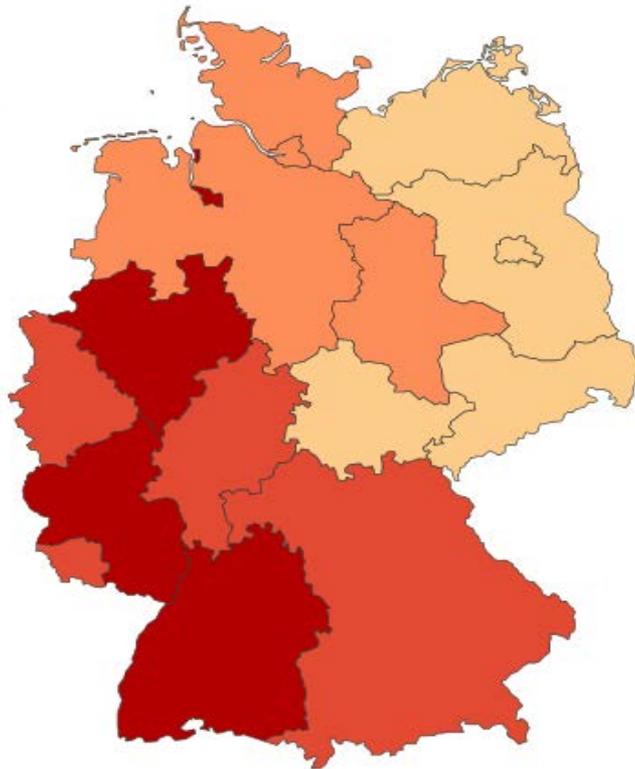
		Ältere pflegende Angehörige			Ältere Allgemeinbevölkerung			Differenzen		
		n	M	SD	n	M	SD	t	df	p
WHOQOL-BREF	Physisch	118	66.4	16.1	1131	67.3	21.1	-0.460	1247	.646
Domänen	Psychisch	116	66.5	16.0	1131	70.4	16.4	-2.439	1245	.015*
	Soziale Beziehungen	117	58.9	19.9	1121	67.1	18.4	-4.560	1236	.000***
	Umwelt	119	72.3	12.6	1131	73.5	15.7	-0.811	1248	.418
	BREF-Globalwert	119	58.3	18.3	1133	63.2	19.7	-2.591	1250	.010**
WHOQOL-OLD	Sinnesfunktion	119	73.8	20.0	1133	75.4	20.7	-0.804	1250	.422
Facetten	Autonomie	118	57.9	19.1	1127	68.4	19.0	-5.706	1243	.000***
	Aktivitäten	119	64.7	15.5	1132	65.3	16.5	-0.435	1249	.664
	Partizipation	118	64.6	18.0	1132	68.7	20.2	-2.096	1248	.036*
	Tod und Sterben	118	63.0	27.9	1126	62.3	24.8	.298	1242	.766
	Intimität	119	66.3	20.7	1131	64.5	21.6	.851	1248	.395
	OLD-Gesamtwert	119	65.3	12.7	1133	67.4	14.8	-1.702	1250	.089

Analyse: Systematisches und datenbasiertes Vorgehen

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Kategorie	Zugang <i>(von Personen mit entsprechendem Bedarf)</i>		Qualität <i>(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)</i>				Ergebnisse (Zugang x Qualität)		Ressourcen/ Kosten	Effizienz <i>(Ergebnisse ÷ Kosten)</i>	
	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Responsiveness/ Patient experience		Gesundheit („Effectiveness“)		Patientensicherheit	Durchschnitt			Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>
			Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>					
(1) Gesund bleiben <i>(Prävention)</i>											
Gesund werden <i>(Akutversorgung/</i>											
(2) Diagnostik											
(3) Leben mit chronischer Krankheit/ Pflegedürftigkeit											
(4) Versorgung im letzten Lebensabschnitt End-of-life-care											

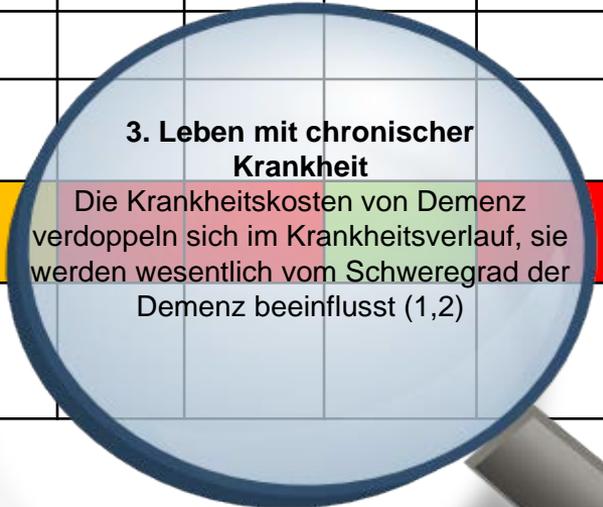


Exkurs: Neuroleptikagabe bei Demenz ist problematisch!



Analyse: Systematisches und datenbasiertes Vorgehen

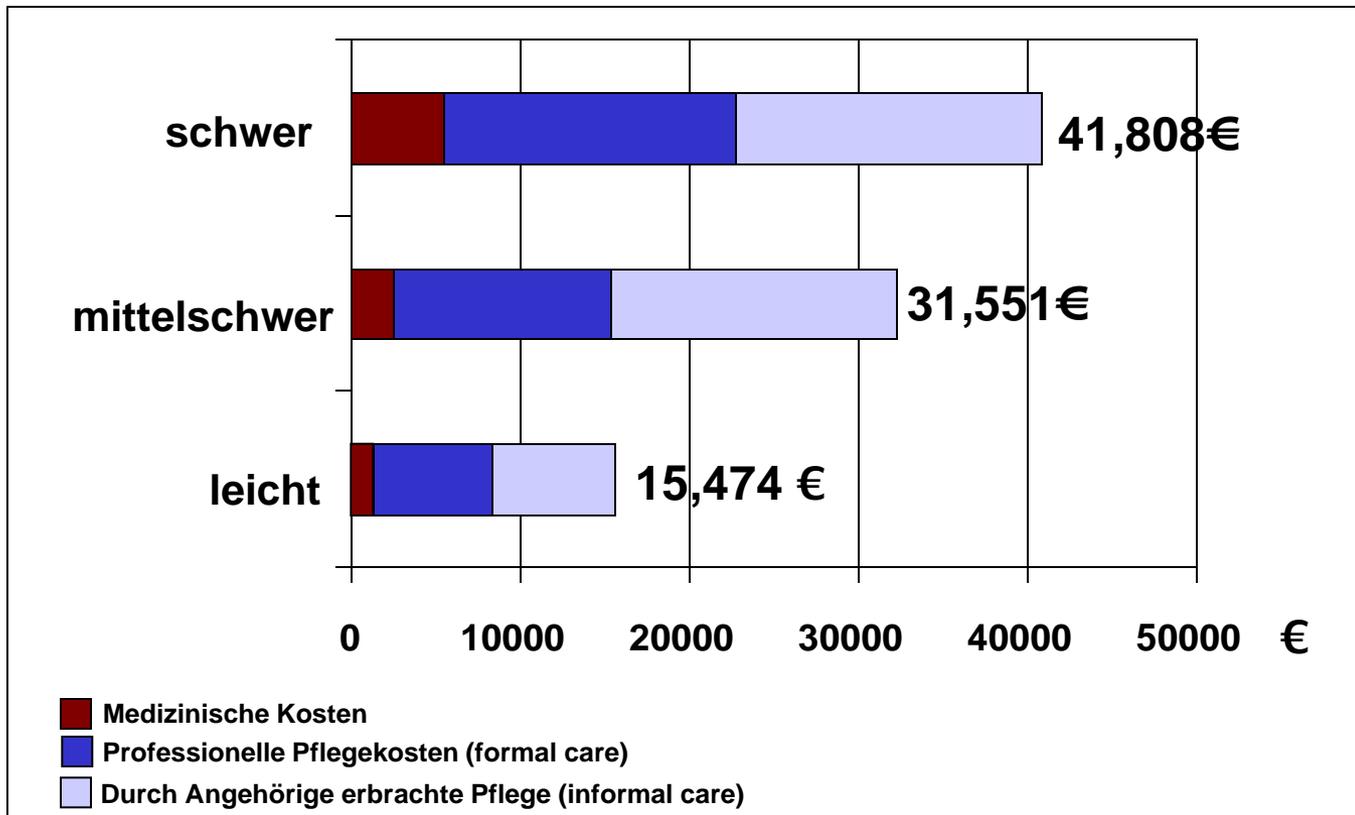
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Kategorie	Zugang <i>(von Personen mit entsprechendem Bedarf)</i>		Qualität <i>(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)</i>				Ergebnisse (Zugang x Qualität)		Ressourcen/ Kosten	Effizienz <i>(Ergebnisse ÷ Kosten)</i>	
	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Responsiveness/ Patient experience		Gesundheit („Effectiveness“)		Patienten- sicherheit	Durchschnitt			Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>
			Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>					
(1) Gesund bleiben (Prävention)											
Gesund werden (Akutversorgung/ (2) Diagnostik											
(3) Leben mit chronischer Krankheit/ Pflegedürftigkeit											
(4) Versorgung im letzten Lebensabschnitt End-of-life-care											



1. Leicht H, König HH. Krankheitskosten bei Demenz aus gesellschaftlicher Perspektive - eine Übersicht. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012 May;55(5):677-84;
 2. Leicht H, Heinrich S, Heider D, Bachmann C, Bickel H, van den Bussche H, Fuchs A, Luppä M, Maier W, Mösche E, Pentzek M, Riedel-Heller SG, Tebarth F, Werle J, Weyerer S, Wiese B, Zimmermann T, König HH; AgeCoDe study group.. Net costs of dementia by disease stage. Acta Psychiatr Scand. 2011 Nov;124(5):384-95.)

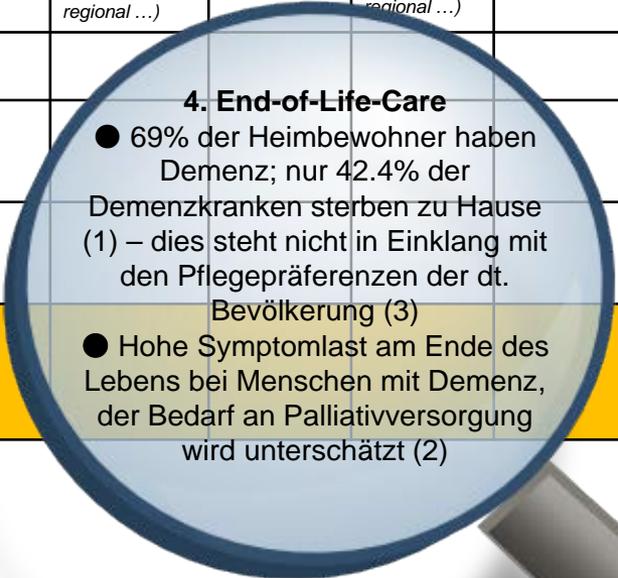
Exkurs: Kosten für Demenzerkrankungen in Deutschland

Jährliche stadien-spezifischen Excess-Kosten (€), AgeCoDe-Studie



Analyse: Systematisches und datenbasiertes Vorgehen

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Kategorie	Zugang <i>(von Personen mit entsprechendem Bedarf)</i>		Qualität <i>(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)</i>				Ergebnisse (Zugang x Qualität)		Ressourcen/ Kosten	Effizienz <i>(Ergebnisse ÷ Kosten)</i>	
	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Responsiveness/ Patient experience		Gesundheit („Effectiveness“)		Patientensicherheit	Durchschnitt			Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>
			Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>	Durchschnitt	Verteilung <i>(z.B. SES, regional ...)</i>					
(1) Gesund bleiben (Prävention)											
Gesund werden (Akutversorgung/ (2) Diagnostik											
(3) Leben mit chronischer Krankheit/ Pflegedürftigkeit											
(4) Versorgung im letzten Lebensabschnitt End-of-life-care											



1. Pinzon LC, Claus M, Perrar KM, Zepf KI, Letzel S, Weber M. Dying with dementia: symptom burden, quality of care, and place of death. Dtsch Arztebl Int. 2013 Mar;110(12):195-202.
 2. Förstl H, Bickel H, Kurz A, Borasio GD. Sterben mit Demenz. Versorgungssituation und palliativmedizinischer Ausblick Fortschr Neurol Psychiatr. 2010 Apr;78(4):203-12.
 3. Hajek A, Lehnert T, Wegener A, Riedel-Heller SG, König HH.. Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. Gesundheitswesen. 2017 Mar 7 Epub ahead of print

Von der Analyse zu „SMARTEN“ (Beispiel-)Versorgungszielen

- Bild SMART entfernt -

Versorgungsziele I

(1) Gesund bleiben (Prävention)

Innerhalb der nächsten 5 Jahre soll die **Evidenzbasis für die Wirksamkeit präventiver Versorgungsleistungen** zur Prävention dementieller Erkrankungen (brain health) unter Alltagsbedingungen ausgebaut werden. Bei Erfolg sollen dann in den nächsten 10 Jahren präventive Versorgungsleistungen flächendeckend implementiert werden.

In den nächsten 5 Jahren soll die **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung für kognitive Störung substanziell erhöht werden (brain health literacy).

Versorgungsziele II

(2) Diagnostik & Behandlung

Die Neuerkrankungen von Demenz sollen in der Primärversorgung zu über 90 % als solche **erkannt werden**. **Behandlungspfade** in der Diagnostik die sowohl die primärärztliche als auch fachärztliche Diagnostik einbinden, sind etabliert.

80% aller Demenzkranken werden in 5 Jahren **leitliniengerecht versorgt**.

Innerhalb der nächsten 10 Jahre ist in allen Regionen ein Demenz-Netzwerk zu etablieren, welche Menschen mit Demenz **sektorübergreifend und kollaborativ** versorgt. DCM spielt eine wichtige Rolle.

Die **Neuroleptikabehandlung** Demenzkranker wird innerhalb von 5 Jahren halbiert auf 15%. **Anticholinergika und andere PIM** werden nicht mehr verabreicht.

Versorgungsziele III

(3) Leben mit chronischer Erkrankung & Pflege

In 5 Jahren verbleiben Demenzkranke (entsprechend Präferenzen) länger in der **Häuslichkeit**. Die Rahmenbedingungen der Versorgung Demenzkranker sollen flächendeckend verbessert werden (demenzfreundliche Kommune, demenzfreundliches Krankenhaus).

Die **Lebensqualität von Betroffenen und pflegenden Angehörigen** wird verbessert. Angehörige, die Vollzeit pflegen, haben Anspruch auf 30 Tage Urlaub, die über Kurzzeitpflege der Demenzkranken realisiert wird. Innerhalb der nächsten 5 Jahre soll es Regularien geben, die dies über die Pflegeversicherung den Angehörigen ermöglichen.

In den nächsten 5 Jahren ist ***advanced care planning*** in Pflegeheimen zwingend implementiert. Zudem wird diese bei der Mehrheit der in der Häuslichkeit lebenden Demenzkranken implementiert.

In den nächsten 5 Jahren werden die **freiheitsentziehenden Maßnahmen** in Pflegeheimen um die Hälfte reduziert.

Versorgungsziele IV

(4) End-of-life-care

In 5 Jahren verbleiben Demenzkranke länger in der Häuslichkeit und entsprechend Präferenzen der Betroffenen und ihrer Angehörigen sterben 2/3 zu Hause.

In 10 Jahren ist eine palliative Versorgung für Demenzkranke am Lebensende etabliert und mit einer deutlichen Reduktion der Symptombelastung verbunden.



Soziale_Medizin_in_Leipzig (Bildnachweis: Fischer-Art 2010)