

*Erik Farin-Glattacker, Harald Binder, Julian Wangler, Michael Jansky,  
Michael Löhr, Michael Schulz, Claudia Mildner, Irene Krämer, A. Fellgiebel  
& Studiengruppe DemStepCare*

# **Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und Einsatz spezialisierter Pflegekräfte (DemStepCare)**

Förderung im Innovationsfonds „Neue  
Versorgungsformen“ durch den Gemeinsamen  
Bundesausschuss

**Themenfeld 3: Versorgungsmodelle für  
spezifische Krankheiten: Demenz**



# Gliederung

## 1. Ziele

1.1 Versorgungsproblem & Interventionselemente

1.2 Fragestellung/Hypothese

## 2. Ergebnisse – aktueller Stand der Studie

## 3. Lessons Learned

3.1 Corona & Fallzahlen

3.2 Datenschutz, Datenmanagement & Datenflüsse

# 1.1) Herausforderungen der derzeitigen Demenzversorgung

- **leitliniengerechte, zeitnahe** Diagnostik und Therapie
- Sicherstellung einer **multiprofessionellen und multimodalen Versorgung** unter Einbezug medizinischer, pflegerischer, sozialer, psychologischer und auch rechtlicher Maßnahmen
- Eingehen auf die angesichts der hohen Variabilität der Versorgungsprobleme sehr **individuellen Bedarfe**
- Verfügbarkeit effektiver Strukturen zur ambulanten **Krisenintervention** in Versorgungskrisen (z. B. Erschöpfung von pflegenden Angehörigen)

# 1.1) Herausforderungen der derzeitigen Demenzversorgung

- leitliniengerechte, zeitnahe Diagnostik und Therapie
- Sicherstellung einer multiprofessionellen und multimodalen Versorgung unter Einbezug medizinischer, pflegerischer, sozialer, psychologischer und auch rechtlicher Maßnahmen
- Eingehen auf die angesichts der hohen Variabilität der Versorgungsprobleme sehr individuellen Bedarfe
- Verfügbarkeit effektiver Strukturen für ambulante Krisenintervention in Versorgungskrisen (z.B. Erschöpfung von pflegenden Angehörigen)

**Bedarf an  
innovativen  
Versorgungs-  
angeboten**

# 1.1) Interventionselemente DemStepCare

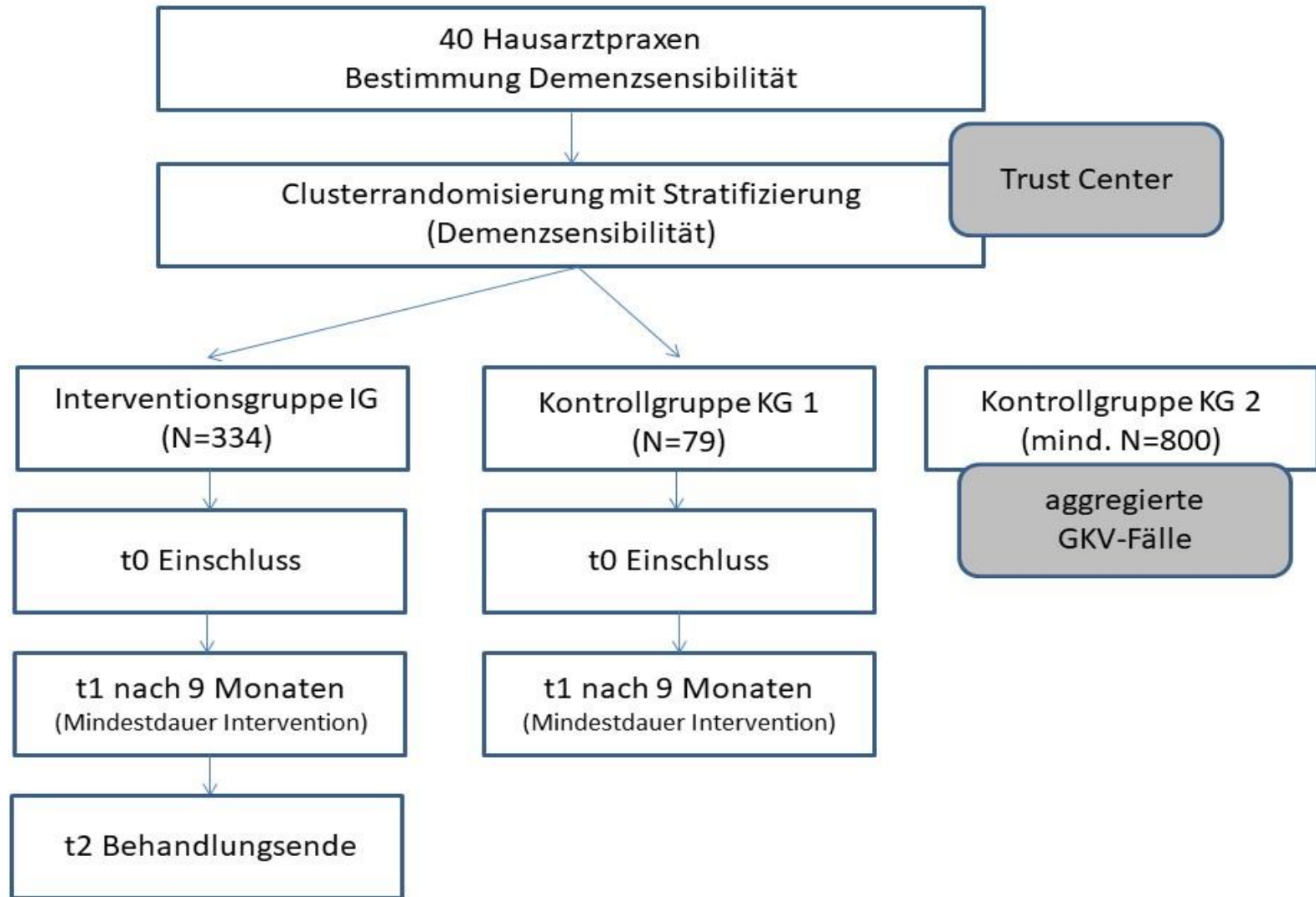
- Zugang über **Hausarzt**
- Nach **Diagnosestellung** Beratung von Patient und Angehörigen durch pflegerischen Case Manager
- Ermittlung Versorgungsbedarf und **Klassifikation** Versorgungssituation (stabil → regionales Versorgungsnetz, instabil → Case Manager & Hausarzt, Versorgungskrise → Krisenambulanz)
- **Krisenambulanz**: multiprofessionelles, aufsuchendes Team (Pflegeexperte Demenz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologe, Sozialdienst)
- Beratender **Apotheker** (z. B. Polymedikation)
- Einführung **Elektronische Fallakte** (eFA)

## 1.2) Fragestellung/Hypothese

Durch DemStepCare kann gegenüber Usual Care (Kontrollgruppe) eine Verbesserung bzgl. der folgenden primären Zielgröße erreicht werden:

- eine Reduktion von **stationären Behandlungstagen** sowie der Krankenhauseinweisungen

# Design des RCT



# Ergebnisevaluation: Endpunkte

Ziele	Operationalisierung
<u>Vermeidung stationärer Aufnahmen</u> → <u>primärer Endpunkt</u>	<u>IG und KG 1: Fragebogen und Individualdaten der GKV, KG 2: aggregierte GKV-Routinedaten</u>
Verbesserung der <b>Lebensqualität</b> des <b>Patienten</b>	Fragebogen Patient und Angehörige, ggf. mit Assistenz im Telefoninterview
Reduktion <b>Belastung</b> pflegender Angehöriger	Fragebogen Angehörige
<b>Lebensqualität</b> und Morbidität pflegender <b>Angehöriger</b>	WHOQOL-BREF und Morbiditätsindex
Verlauf des <b>Stresserlebens</b> der Angehörigen	Visuelle Analogskala (VAS)
<b>Versorgungsstabilität</b>	Demenzspezifisches Screening zur Versorgungssituation (DSV)
<b>Leitliniengerechte</b> Demenzdiagnostik und -therapie	u. a. Durchführung Geriatrisches Basisassessment
Angemessenheit der <b>medikamentösen Behandlung</b>	Medication Appropriateness Index
<b>Demenzsensibilität</b> der Hausärzte	Selbst neu entwickeltes Fragebogen-Instrument



# Prozessevaluation

Ziele	Operationalisierung
Akzeptanz, Nutzenbewertung und Partizipation der <b>Patienten und Angehörigen</b>	Fragebogen (selbst entwickelt), adaptierter PICS (Perceived Involvement in Care) und N=20 Interviews
Akzeptanz und Nutzenbewertung der <b>Hausärzte</b>	Fragebogen (selbst entwickelt) und N=10 Interviews
Akzeptanz, Nutzenbewertung und Stressverarbeitung der <b>Case Manager/Pflegeexperten</b>	Interviews (Vollerhebung) und Fragebogen

## 2. Ergebnisse: Aktueller Stand der Studie

- Interventionsphase Beginn: 01.10.2019
- Rekrutierung (t0-Messzeitpunkt) am 31.03.2022 beendet
- Datenerhebung (t1) & Intervention noch bis 31.12.2022
- Fallzahlen aktuell: ca. n=250 (IG + KG)
- Analysen bzw. Ergebnisse und Erkenntnisse noch kaum existent, zumindest nicht in Bezug auf den primären Endpunkt oder die Intervention
- Aber kürzlich erste Nebenstudie zu den Prädiktoren der Angehörigenbelastung (t0-Daten)

## 3.1) Corona & Fallzahlen

- Unterschätzt, wie aufwändig die Rekrutierung ist
- Hausärzte durch Covid-Situation überfordert (auch die reichliche PR-Arbeit nicht ausreichend)
- Kostenneutrale Laufzeitverlängerung
- Interventionseffekt: Durchaus mit Effekten der bzw. Verzerrungen durch die Pandemie auf Versorgung/Erkrankung denkbar (Lockdown, Hausbesuche durch Case Manager/innen erschwert, steigende Belastung für Angehörige etc. = insgesamt schlechtere Versorgung?)

## 3.2) Datenschutz, Datenmanagement & Datenflüsse

- **Viele Projektakteure** → **komplexe Datenflüsse** : Interventionsteams, Evaluationsteams, Truststelle/ZKS, Datenmanager, Krankenkassen, IT-Betreiber (eFA)
- **Datenlieferung & -zusammenführung** erfordert viel Überblick bzw. Koordination:
  - Daten **aus verschiedenen Quellen**: Eigene Fragebögen der evaluierenden Institute, Individual- & aggregierte GKV-Routinedaten, Daten aus elektronischer Fallakte
  - = verschiedene Formate/Kodierungen, verschiedene Transferwege, unterschiedliche Bedarfe der Evaluationsteams
  - u. U. Einschränkungen bei späteren Analysen, wenn Datenschutzkonzept nicht vorausschauend verfasst (es muss klar sein, welche Daten wirklich benötigt werden)
- Anforderungen für **datenschutzrechtlich** sichere Übermittlung und Verarbeitung von Sozialdaten hoch, zugleich mehrere und/oder unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen (Individualdaten von GKV: teils §26 DSGVO, teils §75 SGB X)
- **Testdatenlieferung** sinnvoll und angedacht, von Krankenkassen aber nicht immer unterstützt (Aufwand unwirtschaftlich)
- **IT-Abwicklung** nicht immer einfach

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**