Leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit Demenz auf dem Land

Potenzial psychiatrischer Institutsambulanzen nutzen

Seit Ende der 1980er-Jahre ist die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) zur Umsetzung einer leitliniengerechten Versorgung von Menschen mit Demenz im ländlichen Raum im § 118 Sozialgesetzbuch (SGB) V verankert [1, 2]. Die rechtlichen Rahmenbedingungen des § 118 SGB V und die praktische Ausgestaltung entsprechender Krankenhausambulanzen auf Grundlage vertraglicher Regelungen zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und den Krankenhäusern ermöglicht es heute auch in ländlichen Regionen eine leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit Demenz umzusetzen. Der folgende Beitrag beleuchtet das Potenzial einer PIA anhand eines Praxisbeispiels und verweist auf die besondere Relevanz für die Versorgung spezifischer Patientengruppen in der Fläche.

Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Etablierung der PIA eine Versorgungsform am Krankenhaus, die einen ausgesprochen aktiv nachgehenden, aufsuchend ambulanten Charakter hat, die Kriseninterventionen ermöglicht und Behandlungen erbringt, die nicht nur von neurologisch-psychiatrisch tätigen Fachärzten allein, sondern in Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen (u. a. Psychologen, Sozialarbeitern, Pflege) geleistet wird [3, 4]. Seit 1988 beziehungsweise den 1990er-Jahren sind weitere rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen worden, wobei zwei zu erwähnen wären:

1. Die Komplexleistung einer PIA ist auf die Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten darauf angewiesen sind (§ 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Strukturelle Versorgungsprobleme (z. B. ländlicher Raum) können

Die vernetzten Strukturen psychiatrischer Institutsambulanzen ermöglichen die individuelle Versorgung von Betroffenen.

© Karin & Uwe Annas / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

ebenso eine Indikation für eine Behandlung in einer PIA darstellen.

2. Eine PIA kann am Hauptstandort des jeweilig ermächtigten Krankenhauses, an einer räumlich vom Krankenhaus entfernten Betriebsstätte (z. B. an ausgelagerten Tageskliniken) oder ohne unmittelbare räumliche oder organisatorische Anbindung an eine ansonsten ermächtigte voll- oder teilstationäre Krankenhauseinrichtung betrieben werden (§ 118 Abs. 4 SGB V).

2014 wurden deutschlandweit 2.354.793 Patienten in 482 Institutsambulanzen behandelt, zu 70 % durch Ärzte und Psychologen und zu 30 % durch Pflegepersonal, Ergotherapeuten und anderes nichtärztliches Personal. Sie wurden überwiegend (88 %) in den Räumlichkeiten der Ambulanz behandelt. Eine aufsuchende PIA-Behandlung fand bei circa 12 % aller Leistungen statt und wurde zu einem überwiegenden Teil von Ärzten erbracht. Die Verteilung der Altersgruppen zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit 13 % (0 bis 18 Jahre) und 70-Jährige und ältere Erwachsene mit 17 % weniger vertreten sind als Erwachsene zwischen 19 bis 44 Jahren (30 %) und 45 bis 69 Jahren (40 %) [5].

Es stellt sich die Frage, inwieweit das Potenzial der PIA in der Versorgung von älteren Menschen mit Demenz, insbesondere im ländlichen Raum, genutzt wird. Das Gesetz eröffnet zumindest den Handlungsspielraum, die Zielgruppe in ihrer Häuslichkeit kontinuierlich, multiprofessionell, koordiniert und leitliniengerecht zu versorgen und zu begleiten.

Leitlinien zur bedarfsgerechten und wirksamen Versorgung

Charakteristisch für Demenzerkrankungen sind die fortschreitenden Gedächtnis- und Denkstörungen, begleitet von psychischen, verhaltensbezogenen und körperlichen Störungen [6]. So sind im Krankheitsverlauf ein breites Repertoire an ärztlichen, therapeutischen, pflegerischen und betreuerischen Leistungen sowie Versorgungsstrukturen zu integrieren [7]. Zwar gibt es bisher keine ursächliche Behandlung, jedoch kann die Umsetzung einer leitliniengerechten Versorgung dazu beitragen, den fortschreitenden Krankheitsprozess zu verzögern und Symptomen vorzubeugen beziehungsweise diese zu lindern. In Deutschland liegen verschiedene Leitlinien vor, die eine qualitätssichernde und auf besten wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen fördern sollen. Zu erwähnen sind:

Die S3-Leitlinie „Demenzen" ist eine evidenz- und konsensusbasierte Handlungsanleitung mit Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie, einschließlich psychosozialer Interventionen und Interventionen zum Schutz der Gesundheit pflegender Angehöriger [8]. Darin wird deutlich, dass die Diagnostik und Behandlung von demenziell erkrankten Menschen mit Anforderungen verbunden sind, die eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sowie weiteren Akteuren indizieren (z. B. Differenzialdiagnostik, Verlaufskontrolle), dass psychosoziale Interventionen zentraler Bestandteil in der Betreuung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen sind und dass die Ansätze und Ziele der Verfahren breiter sind als die der pharmakologischen Therapien [8].

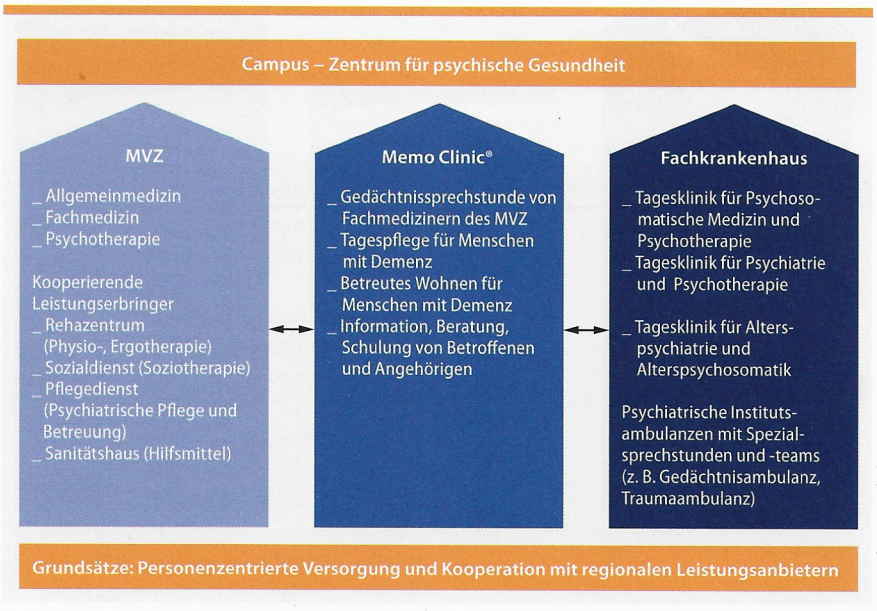
Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" zielt auf die Realisierung einer personenzentrierten und lebensweltorientierten Pflege und Beziehungsgestaltung zwischen dem Menschen mit Demenz, den Pflegenden und Angehörigen ab [9].

Die S3-Leitlinie „Pflegende Angehörige" beschreibt Interventionen der Früherkennung, Beratung, Entlastung, Behandlung und Unterstützung der Angehörigen (inklusive Koordination und Übergangsmanagement) und ist handlungsleitend für das haus- und fachärztliche Team sowie für Pflege, soziale Arbeit und andere Berufsgruppen [10].

Beispiel einer leitliniengerechten Demenzversorgung

Das nachfolgende Beispiel skizziert, wie Menschen mit Demenz im ländlichen Raum, entsprechend ihrer komplexen Bedarfslagen durch aktiv zugehende Angebote einer PIA leitliniengerecht versorgt und Angehörige entlastet werden können. Ausführlich ist das Beispiel in [11] dargestellt.

Der Landkreis Vorpommern-Rügen steht exemplarisch für die Herausforderungen in dünnbesiedelten Regionen. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren liegt hier mit 25,43 % bereits über dem Bundesdurchschnitt (21,39 %, Stand 31. Dezember 2017), Tendenz steigend (ca.



© S. Richter, R. Zabel

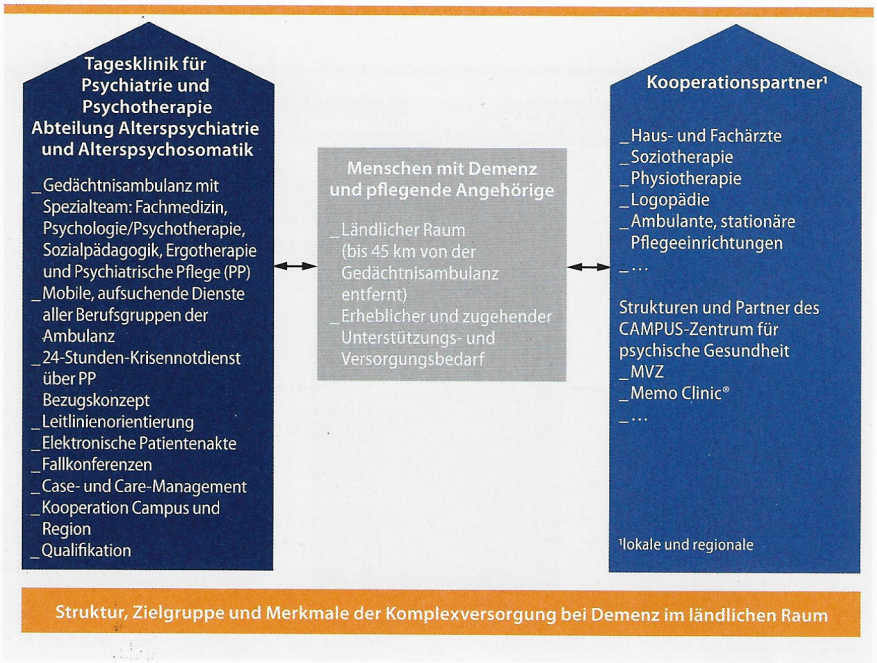
Abb. 1: Beispiel zum Aufbau von Versorgungsstrukturen in Stralsund mit der Memo Clinic® als Spezialeinrichtung für Menschen mit Demenz (vgl. [7], MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum).

35,4 %, 2030) [12, 13, 14]. Für die Region wird eine deutliche Zunahme an altersassoziierten Erkrankungen, insbesondere an demenziellen Erkrankungen prognostiziert [15]. Zugleich sind im Landkreis bestimmte Entwicklungen kennzeichnend wie beispielsweise der Verlust räumlich naher familiärer Ressourcen durch den Wegzug der Kinder in urbane Regionen oder der Verlust von Infra- und Gesundheitsstrukturen vor Ort, die das Dasein sichern. Es entstehen lange Anfahrtswege, die für Teile der älteren Bevölkerung ohne Hilfe kaum zu bewerkstelligen sind. Für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum steigt somit das Risiko einer Fehl- oder Unterversorgung beziehungsweise eines frühen Heimübergangs.

In der Stadt Stralsund arbeiten verschiedene Akteure auf dem Campus – Zentrum für psychische Gesundheit zusammen und haben sich seit 2009 unter anderem auf die Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisiert und sukzessive entsprechende Versorgungsstrukturen aufgebaut (**Abb. 1**). Zunächst entstand die Memo Clinic® als Komplexversorgung für die im Umfeld des Zentrums lebende städtische Bevölkerung sowie für Klienten mit einem ausreichenden Unterstützungssystem [7, 16]. Im nächsten Schritt wurde eine Tagesklinik für Alterspsychiatrie und Alterspsychosomatik mit PIA in Form einer Gedächtnisambulanz mit Spezialteam gegründet, die das Angebot für Betroffene in ländlichen Regionen und mit einem erheblichen und zugehenden Unterstützungsbedarf systematisch erweitert (**Abb. 2**).

Diagnostik in der Gedächtnisambulanz

Der Zugang zur Sprechstunde des neurologisch-psychiatrischen Facharztes der Gedächtnisambulanz erfolgt mit oder ohne Überweisung durch Haus- oder Fachärzte. In der Regel liegen bei Erstvorstellung keine diagnostischen Vorbefunde vor, sodass eine Differenzialdiagnostik und die Erhebung einer Eigen-, Fremd-, Familien-, Sozialanamnese entsprechend der S3-Leitlinie erfolgt [8]. Dabei kann der Facharzt der Ambulanz auf die im Fachkrankenhaus (d. h. Tagesklinik) vorhandenen personellen und instrumentellen Mittel zurückgreifen, zum Beispiel auf eine Neuropsychologin für spezifische Tests, auf Geräte zur Diagnostik oder auf Fahrzeuge für notwendige Hausbesuche. Anschließend finden Diagnosemitteilung, Aufklärung, Beratung und Versorgungsplanung statt. Je nach Bedarf und Lebenssituation werden über die medizinische Behandlung hinaus weitere Fachkräfte des PIA-Teams zu diesem Gespräch hinzugezogen beziehungsweise Interventionen externer Leistungsanbieter angebahnt.



© S. Richter, R. Zabel

Abb. 2: Erweiterung des Angebots für Betroffene durch Gründung einer Tagesklinik für Alterspsychiatrie und Alterspsychosomatik mit PIA in Form einer Gedächtnisambulanz mit Spezialteam.

Rolle der psychiatrischen Pflegekraft

Wesentlich für die Sicherstellung der weiteren Versorgung durch die Gedächtnisambulanz ist, dass der Arzt bei entsprechender Indikation (z. B. bedingte Adhärenz, strukturelle Versorgungsprobleme, Mobilitätseinschränkungen) die Behandlungspflege als Bezugspflege verordnen kann. Somit kann eine Pflegekraft für Psychiatrie auch in der Häuslichkeit von Beginn an und im weiteren Krankheitsverlauf kontinuierlich beratend sowie alltagsunterstützend tätig sein und die Umsetzung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen absichern.

Die psychiatrische Pflegekraft übernimmt zudem Case-Management-Aufgaben. Sie organisiert zum Beispiel Termine mit anderen Professionellen und stellt sicher, dass Kontrolltermine eingehalten werden (inklusive Fahrt zur Ambulanz und zurück). Darüber hinaus informiert sie Hausärzte, unterstützt bei der Beantragung von Pflegeleistungen oder organisiert die Medikamentengabe über einen ortsnahen Pflegedienst. Sie ist stets die Ansprechperson für die betroffene Person und die Angehörigen sowie für die an der Versorgung beteiligten Fachkräfte und Einrichtungen. Der Vorteil ist, dass sie die verantwortlichen Ärzte frühzeitig auf Krisen oder sichtbare Verschlechterungen hinweisen kann, sodass zeitnah gehandelt wird. Zudem wird von der psychiatrischen Pflege über den 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für die Betroffenen und Angehörigen sichergestellt, dass per Notruf ein Telefongespräch oder Hausbesuch veranlasst werden kann.

Psychosoziale Interventionen

Entsprechend der S3-Leitlinie sind neben einer medikamentösen Behandlung bereits frühzeitig psychosoziale Interventionen zur Erhaltung der kognitiven

und Alltagsfunktionen, der Handlungsfähigkeit sowie Mobilität einzuleiten. Die Interventionen zielen vor allem auf die Erhaltung von Teilhabe und Lebensqualität sowie auf einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten Umgebung ab, auch durch die Entlastung der Angehörigen. Neben dem Facharzt und der psychiatrischen Pflegekraft sind im PIA-Team der Gedächtnisambulanz Sozialpädagogen, Psychologen, Psycho- und Ergotherapeuten vertreten, die ebenso aufsuchend in der Häuslichkeit tätig sind. Dabei liegt die individuelle Behandlungsplanung und Koordination der Versorgung in den Händen des Facharztes der Gedächtnisambulanz, dem der jeweilige Bedarf und die notwendige Anpassung entsprechend rückgemeldet werden (Eins-zu-eins-Kontakte) und der ergänzende Maßnahmen verordnet und Leistungen delegiert. So stellt er nach Anmeldung eines Bedarfes die Indikation für ein erstes ergotherapeutisches Therapiegespräch und legt nach Rückmeldung durch den Ergotherapeuten Umfang und Ziele für das weitere Training fest (z. B. Verbesserung der motorischen Funktionsniveaus). Ziel kann es dann sein, die Gehfähigkeit mit Hilfsmitteln (z. B. Rollator) in der Häuslichkeit einzuüben und zu stabilisieren. Ergänzend können Sozialpädagogen in der Häuslichkeit beim Wunsch nach Erstellung einer Vorsorgevollmacht behilflich sein, bei finanziellen Angelegenheiten beraten oder zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Selbsthilfegruppen für Angehörige) Auskunft geben.

Bestehen erst leichte Einschränkungen des Gedächtnisses, können durch den Facharzt die Indikation zur Teilnahme an einem kognitiven Training bei einer Neuropsychologin gestellt und Termine vereinbart werden. Ergänzend können Psychotherapeuten bei auffälliger psychiatrischer Komorbidität (z. B. Angst, Depression) oder zur Vermittlung von Erkrankungswissen beziehungsweise zu Entlastungsgesprächen für die Angehörigen hinzugezogen werden.

Netzwerk ermöglicht weitere Versorgungsleistungen

Je nach individuellem Bedarf und Krankheitsphase werden weitere Versorgungsleistungen wie zum Beispiel Logopädie, ambulante Hauskrankenpflege, hauswirtschaftliche Hilfen oder ein Tagespflegeaufenthalt relevant. Dies wird in der Regel bei dem Kontrolltermin in der Sprechstunde mit den Betroffenen und Angehörigen besprochen und durch die psychiatrische Pflegekraft in enger Abstimmung mit den Beteiligten angebahnt und koordiniert. Zielführend sind hierbei ein aktuelles Strukturwissen über die lokalen und regionalen Leistungserbringer und Einrichtungen sowie der Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes. Die **Abb. 2** zeigt, dass neben den Angeboten und Akteuren des Zentrums für psychische Gesundheit auf weitere lokale und regionale Partner zurückgegriffen wird und Grundprämissen umgesetzt werden, unter anderem eine entsprechende Qualifikation des Teams.

Ausblick

Inwieweit es in Deutschland ähnliche Ansätze zur aufsuchenden und koordinierten Demenzversorgung im ländlichen Raum gibt, können wir nicht überblicken. Wir möchten jedoch hervorheben, dass die PIA eine systematische und schnittstellenarme Versorgung für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen in der Fläche ermöglicht. Die rechtlichen Rahmenbedingungen (SGB V) und die aktuellen Krankenhausstrukturen (psychiatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilungen) würden in Deutschland eine flächendeckende Etablierung von PIA erlauben. Je nach Leistungsvereinbarung mit den Krankenkassen und nach entsprechendem Leistungskatalog wäre eine multiprofessionelle psychiatrische Versorgung in der Fläche (bis zu 45 Kilometer Radius) gut möglich.

Eine Etablierung spezialisierter PIA für eine Demenzversorgung in der Fläche könnte unter anderem befördert werden durch:

- Information und Wissen über die rechtlich und finanziell gesicherten Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einer PIA,
- nachhaltige Umsetzung des Gesamtauftrags an die PIA, nämlich auch die „Versorgung in der Fläche" zu gewährleisten (§ 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V) und Übergänge in stationäre Versorgung vorzubeugen beziehungsweise zu vermeiden [17],
- Erweiterung und Spezialisierung auf gerontopsychiatrische Zielgruppen, die neben der psychiatrischen Symptomatik von weiteren geriatrischen und pflegerischen Bedarfslagen gekennzeichnet sein können, und deren Versorgung spezifische Konzepte und Strukturen erfordert,
- Strukturveränderungen im Krankenhaus, zum Beispiel durch den Ausbau von Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern, den Aufbau aufsuchender und koordinierender ambulanter Angebote (inklusive Fuhrpark),
- Durchsetzung einer bundeseinheitlichen Vergütungsvereinbarung nach dem bayerischen Katalog für PIA.

Grundlage dieses Beitrags ist ein ausführlicher Buchartikel zur Versorgung von Menschen mit Demenz im ländlichen Raum [11].

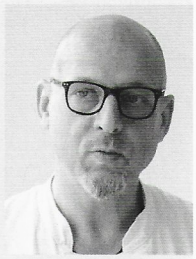
Literatur als Zusatzmaterial online:
www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Prof. Dr. phil. Stefanie Richter

Professur für Sozialmedizin/Public Health
Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften
OTH Regensburg
Seybothstraße 2, 93053 Regensburg

E-Mail: Stefanie.Richter@oth-regensburg.de



Dr. med. Ronald Zabel, M.A., LL.M.

Ärztlicher Direktor
der Uhlenhaus Klinik
Uhlenhaus Campus,
Rotdornweg 8-14
18439 Stralsund

E-Mail: r.zabel@uhlenhaus.de