



Foto: Christoph Soeder / Deutsches
Zentrum für Altersfragen

Netzwerktagung Nationale Demenzstrategie:

Wohnumfeld – Versorgungsstrukturen stärken

Dementia Care Management — auf dem Weg in die Routineversorgung?

im Rahmen der Tagung des Netzwerks Nationale Demenzstrategie am 20.9.2022
„Leben mit Demenz – Wohnen heute und morgen“

Prof. Dr. René Thyrian

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)



Handlungsfeld 2

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen

2.1.1 Dementia Care Management

Das BMG wird unter Einbindung des DZNE und weiterer einschlägiger Forschungseinrichtungen, der BÄK, der KBV und des GKV-SV prüfen, ob ein Dementia Care Management im Rahmen des SGB XI eingeführt werden kann, damit Menschen mit Demenz und deren Angehörige bedarfsgerecht bei der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsplanung und -umsetzung unterstützt und begleitet werden.

+ diverse andere
Maßnahmen



Was ist Dementia Care Management?

Grob

Ein demenzspezifischer Case/ Care Management Ansatz – eine Tätigkeit

Definierende Kriterien

- Subsidiäres Versorgungskonzept
- Spezifisch qualifizierte Personen (DCM)
- IT-unterstützte Tätigkeit (VMS oder IMS)
- In der Lebenswelt der Patienten (zu Hause)
- Umfassende/ transdisziplinäre Versorgungsplanung und -umsetzung
- Personen-orientierte, längerfristige Unterstützung
- Einbezug der An- und Zugehörigen



Ist DCM in der Routineversorgung flächendeckend verfügbar?

Nein

Was muss auf dem Weg geklärt werden?

- Evidenz der Wirksamkeit?
- Kosten-Effektivität?
- Qualifikation?
- Wer und wo?
- Für wen?
- Finanzierung?
- Translation?
- ...



Ist Dementia Care Management wirksam?

Methode

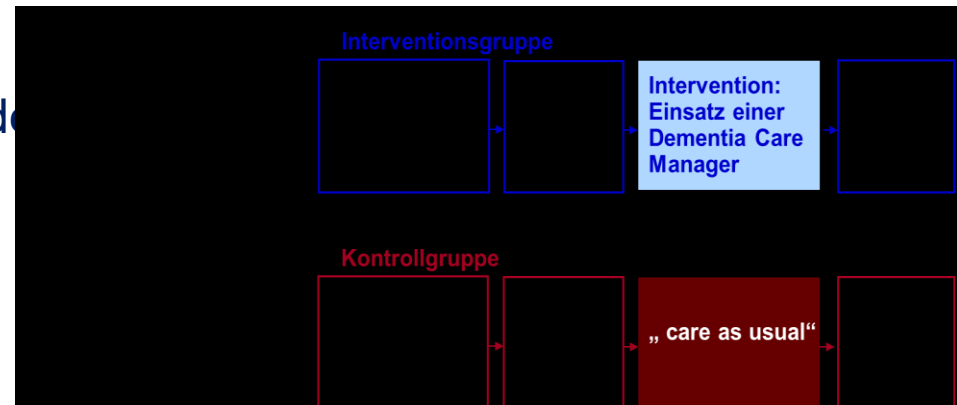
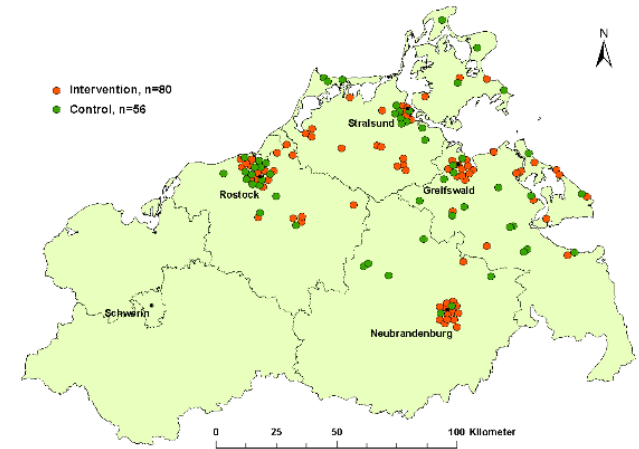
Praxenbasierte, cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie

Stichprobe

N=634 in Hausärzt*innenpraxen der Region positiv auf Demenz gescreente Menschen

Outcomes

- Lebensqualität
- Medikamentöse Versorgung mit Antidementiva
- Neuropsychiatrische Symptome
- Angehörigenbelastung



Ist DCM wirksam?

Menschen mit Demenz, die in der Interventionsgruppe durch DCM unterstützt wurden:

Nach 12 Monaten

- Therapie mit Antidementiva ↑
- Neuropsychiatrische Symptome ↓
- Lebensqualität (bei nicht Alleinlebenden) ↑
- Angehörigenbelastung ↓



Nach 24 Monaten

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität ↑
- Versorgungskosten ↓
- Übertritte in Pflegeeinrichtungen ↓

DCM ist wirksam und kosteneffektiv

Evidenz für den Transfer in die Routineversorgung gegeben

Was muss auf dem Weg geklärt werden?

- Evidenz der Wirksamkeit? 
- Kosten-Effektivität? 
- Qualifikation?
- Wer und wo?
- Für wen?
- Finanzierung?
- Translation?






School of Dementia Care Management

- Kooperation mit bundesweiten Bildungsträger, der **WBS Training AG**
- Curriculum umfasst 630 Stunden, aufgeteilt auf Theoriemodule und Praxisphasen
- Pilotkurs startete im Januar 2021 mit 20 Pflegefachpersonen, ans Evaluation
- „**Roll-out**“ in die Praxis interessierten Pflegefach Parallelkursen pro Halbjahr **Quartal 2023** geplant



Agenda heute

Was muss auf dem Weg geklärt werden?

- Evidenz der Wirksamkeit? 
- Kosten-Effektivität? 
- Qualifikation? 
- Wer und wo?
- Für wen?
- Finanzierung?
- Translation?



Implementation in verschiedene Settings

Worch-Studie

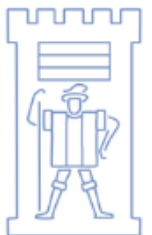
Ziel: Identifikation des Settings mit dem größten Bedarf, geringsten Barrieren und größten Wirksamkeit und Kosten-Effektivität bei der Implementierung des Dementia Care Managements

Umsetzung: Erprobung des Dementia Care Management für je 2 Jahre in folgenden Settings:

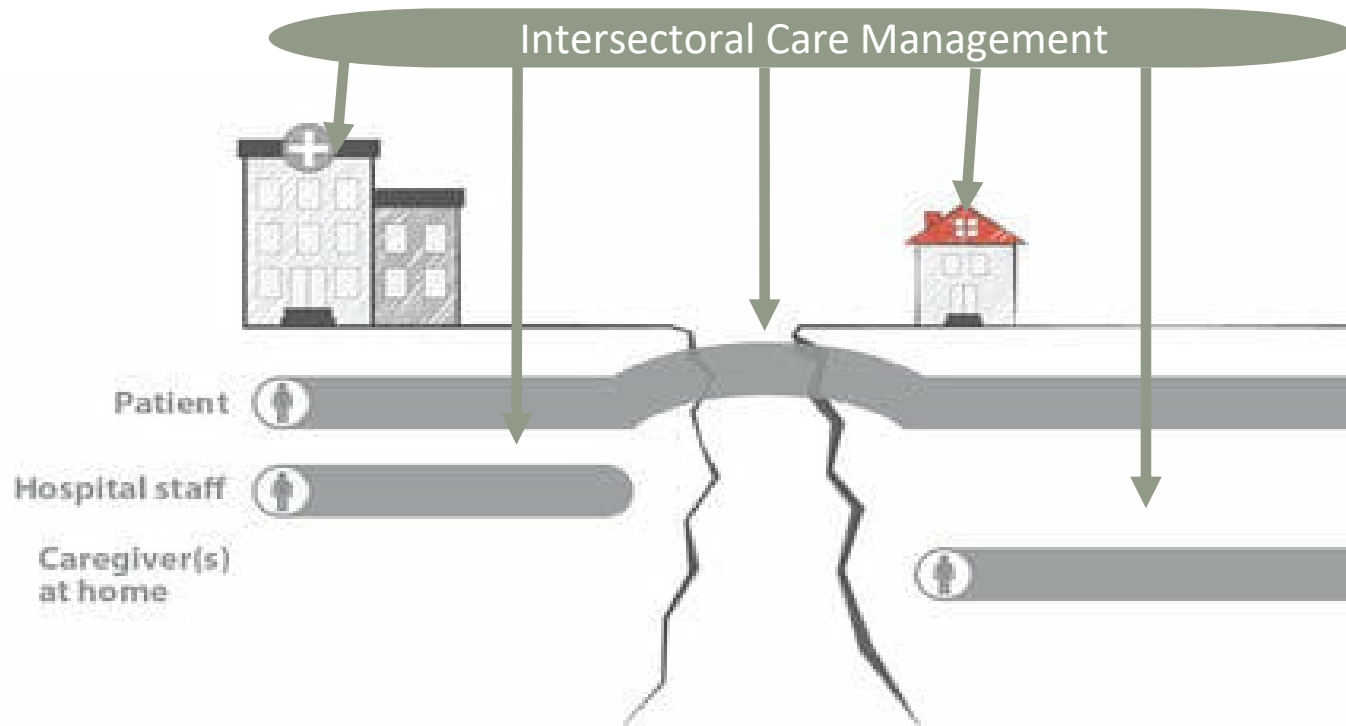
- Ärztenetz (2019/2020)
- Pflegedienst und Tagespflege (2021/2022)
- Medizinische Versorgungszentren (2023/2024)

Erste Ergebnisse:

- Im Vergleich zum Ärztenetz waren Patient:innen des Pflegesettings älter, mehr pflegebedürftig, in der Erkrankung weiter fortgeschritten und hatten daher weniger ungedeckte Bedarfe, die von der Care Managerin zu bearbeiten waren



DCM an der Schnittstelle Akutkrankenhaus – Häuslichkeit (intersecCM)



Multizentrische, longitudinale randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie mit 2 Armen (care as usual vs. care as usual + Care Management) mit 4 Erhebungszeitpunkten (screening, baseline, follow-up 1 und follow-up 2)

SPONSORED BY THE

- Anzahl an Versorgungsbedarfen im poststationären Bereich ist hoch
 - **Handlungsbedarf das Entlass-/ Übergangsmanagement zu optimieren**
- Ein vom DCM abgeleitetes intersektorales Care Management verbessert signifikant die **Lebensqualität** von kognitiv beeinträchtigten Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt + wirkt sich auf die **Wiederaufnahme** innerhalb 12 Monate aus
 - **Weiterer wichtiger Baustein für Implementation von DCM**
- keine Unterschiede bei der Re-hospitalisierung innerhalb des Quartals bzw. Institutionalisierung
 - Einfluss von Corona? Generell niedrige Raten? ...
- Implementation von CM muss sehr gute Analyse des Settings vorangehen für bestmögliche Implementierungsergebnisse
 - *Kein one-size fits all*
- Heterogenität der Bedarfe und Eigenheiten der Stichprobe erschweren Nachweis spezifischerer Effekte

Agenda heute

Was muss auf dem Weg geklärt werden?

- Evidenz der Wirksamkeit? ✓
- Kosten-Effektivität? ✓
- Qualifikation? ✓
- Wer und wo? i.A.
- Für wen?
- Finanzierung?
- Translation?



DCM für An- und Zugehörige?



GAIN
Gesund Angehörige Pflegen

Sie sind pflegender Angehöriger eines Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit, leben in MV und wünschen sich eine bessere Versorgung?

Trifft das auf Ihre Situation zu?

- ☑ Sie pflegen einen Angehörigen, der an einer Gedächtnisstörung oder einer Demenz, z.B. vom Typ Alzheimer, leidet?
- ☑ Sie fühlen sich bei Ihren aktuellen Problemen nicht ausreichend unterstützt oder wissen nicht, wie Sie die richtige Hilfe bekommen können?

Im Rahmen dieser Studie erhalten Sie die Möglichkeit, Ihre offenen Versorgungsbedarfe zu erkennen und diese zu reduzieren, notwendige Unterstützung zu erhalten und Ihre Lebensqualität langfristig zu steigern.

Was bedeutet die Teilnahme für Sie?

Zu Beginn werden Sie gebeten, Fragen an einem Tablet-PC zu beantworten. Diesen Fragebogen füllen Sie während Ihres Arztbesuches gleich im Wartezimmer aus. Einer unserer Mitarbeiter / eine unserer Mitarbeiterinnen vereinbart anschließend mit Ihnen einen Termin für einen häuslichen Besuch, um individuelle Unterstützungsangebote mit Ihnen zu besprechen. Einige Teilnehmer/-innen erhalten während dieses Zeitraums zusätzlich monatliche Anrufe durch einen unserer Mitarbeiter / eine unserer Mitarbeiterinnen. Nach einem halben Jahr werden Sie erneut gebeten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Das bieten wir Ihnen:

- ☑ Aufdeckung Ihrer persönlichen Versorgungslücken
 - ☑ Unterstützung und Hilfe bei der Erfüllung der offenen Versorgungsbedarfe
 - ☑ Angebote und Vorschläge für Unterstützungsmöglichkeiten in Ihrer Nähe
- ☑ Sprechen Sie gern das Praxispersonal an, um weitere Informationen über unsere Studie zu erhalten.

Gesund Angehörige pflegen

GAIN • Versorgungsstudie für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

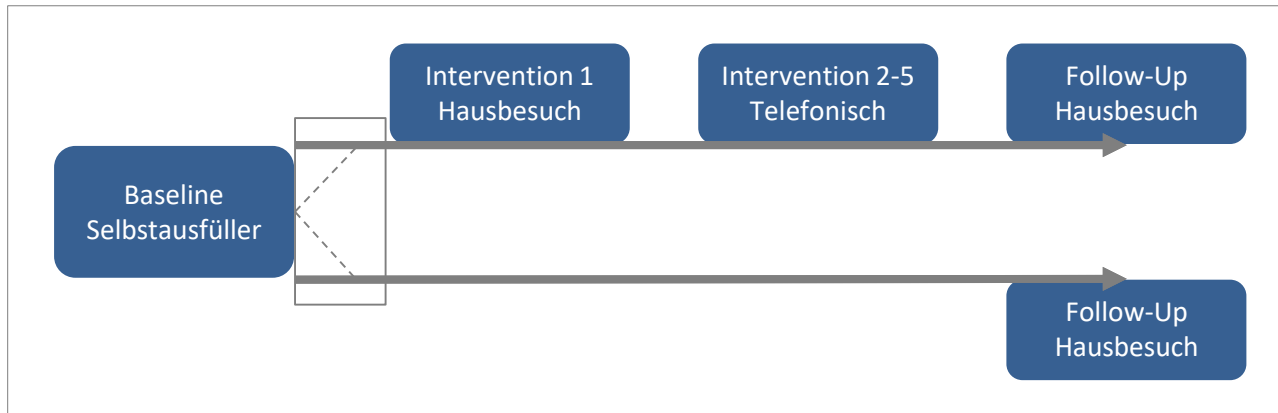
Durchgeführt vom DZNE Rostock/Greifswald unter Leitung von Prof. Dr.

Wolfgang Hoffmann & Dr. Ingo Killimann

Projektkoordination: Dr. Olga Klein

Gefördert von

- Rekrutierung bei Haus- und Fachärzten sowie Gedächtnisambulanzen in MV
- Randomisierung in Interventions- oder Kontroll- bzw. Wartegruppe
- Intervention basierend auf dem evidenz-basierten „Dementia Care Management“



Primäres Ziel

- Offene Bedarfe im psychischen und physischen Bereich ermitteln und verringern sowie eine Verbesserung der Lebensqualität der Pflegepersonen

Sekundäre Ziele (u.a.)

- Pflegerische Belastung verringern sowie die Aufrechterhaltung/Verbesserung der sozialen Kontakte fördern
- Bundesweite Einführung in die GKV-Grundversorgung

Hypothese: Im Vergleich zur Kontrollgruppe geringere offene Bedarfe, erhöhte Lebensqualität, eine geringere Belastung, verbesserte soziale Kontakte/Unterstützung sowie eine adäquate Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen

Was muss auf dem Weg geklärt werden?

- Evidenz der Wirksamkeit? ✓
- Kosten-Effektivität? ✓
- Qualifikation? ✓
- Wer und wo? i.A.
- Für wen? Menschen mit Demenz + Zu-/ Angehörige (i.A.)
- Finanzierung?
- Translation?



Finanzierung von Casemanagement?



RubiN

Regional ununterbrochen betreut im Netz



RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

Gefördert durch  Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Vom Innovationsfonds in die Regelversorgung

Eine Initiative der Modellregionen

Unter fachlicher Leitung von  GeriNet Leipzig
...für alle Sinne, weil das Leben!



rubin-netzwerk.de

Finanzierung von Casemanagement?

Der RubiN-Pfad in die Regelversorgung

R - Festlegungen getroffen

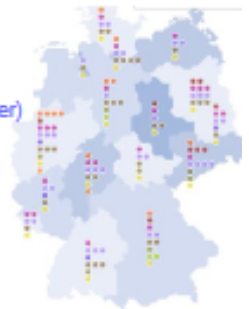
- ✓ CCM ist eine vom Arzt zu verordnende Leistung
 - ✓ CCM hat einen Krankheitsbezug
(z. B. onkologisch, seltene Erkrankungen, Schlaganfall, etc.)
 - ✓ CCM ist keine vom Arzt delegierte Leistung
 - ✓ CCM wird im SGB V Krankenversicherung verortet
- **Konkrete Ableitungen formulieren, nicht „nur“ Rahmenrechte!**

Andere mögliche Festlegungen

- CCM braucht keine ärztliche Verordnung
- CCM hat nicht zwingend Krankheitsbezug
(z. B. soziale Indikation bei Spielsucht, Eheproblemen)
- CCM ist eine ärztliche / ärztlich-delegierte Leistung
(z. B. Hausbesuch MFA)
- CCM braucht ein eigenes SGB (z. B. SGB 0)

Durch die vielen Projekte können wir wichtige Inhalte konkretisieren:

- Anspruchsvoraussetzungen
- Zugang des CCM
- Umfang zum CCM
- CCM-Anbieter (zulassungsfähige Leistungserbringer)
- Qualifikationsvoraussetzungen
- Strukturvoraussetzungen
- Ärztliche Aufgaben & CCM
- Abgrenzung zu Rechtsdienstleistungen
(z. B. Vorsorgevollmachten erstellen)
- etc.



z. B. analog Heilmittelerbringer

Leistungsrechtliche Verortung im Dritten Kapitel;
Schaffung neuer 6. Abschnitt „Care- und Case-Management“,
andockend an Zählweise als § 43d SGB V

§ 43 d SGB V Care- und Case Management

- (1) Versicherte mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach einer Krankheit oder mit multimorbiden chronischen Zuständen haben Anspruch auf Care – und Case-Management.
- (2) Das Leistungsspektrum eines Care- und Case-Management umfasst eine assessmentgestützte Bestandsaufnahme zur Ermittlung des Zustands des Patienten, eine Hilfeplanung und eine darauf aufbauende individuelle Betreuungs- und Koordinationsleistung.
- (3) Die Leistung ist von einem Vertragsarzt zu verordnen. Sie ist ein standardisiertes Eingangsassessament zur Ermittlung des konkreten Hilfe- und Versorgungsbedarfes aus. Aus den Ergebnissen und den daraus abgeleiteten Empfehlungen des Care- und Case-Managers, legt der Vertragsarzt den Leistungsumfang nach medizinischer Notwendigkeit fest. Die Leistungsdauer umfasst bis zu zwölf Monate.
- (4) Folgeverordnungen können für einen über den genannten Zeitraum hinaus ausgestellt werden. Maßgeblich ist der Gesundheitszustand des Versicherten, den der Vertragsarzt überprüft hat. Die Folgeverordnung ist innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf der vorherigen Verordnung auszustellen.

Anpassung § 73 Abs. 2 SGB V (Vertragsärztliche Verordnung)
Ergänzung um eine Nr. 15 „Verordnung von Care- und Case-Management“

Einfügung Leistungserbringer im 8. Abschnitt des Vierten Kapitels eines § 134 SGB V

- (1) Care- und Case-Management wird von zugelassenen Leistungserbringern erbracht.
- (2) Zulassungsfähig sind bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Praxisnetze nach § 07b SGB V und deren Gesellschaften sowie Pflegeeinste.

Erweiterung durch Übernahme heilkundlicher Aufgaben (*Erweiterung der Pflegerolle – AHEAD-Studie*)

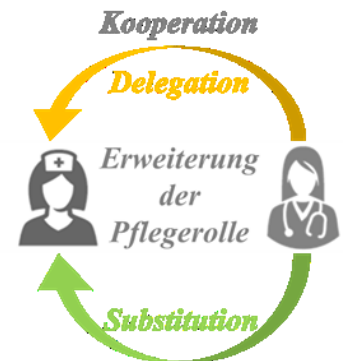
Fragestellungen: Können Arbeitsprozesse zwischen Hausärzten und Pflegefachkräften künftig in Kooperation, Delegation und Substitution organisiert werden und wie wird dies akzeptiert?

Methode: Befragung von 865 Teilnehmern (Hausärzten, Pflegefachkräften, Menschen mit Demenz und Angehörigen); Laufzeit: 01.05.2017 – 30.04.2020 (abgeschlossen)

Ergebnisse:

- ✓ **Erweiterung der Pflegerolle durch Substitution oder Delegation** → größte Akzeptanz, vor allem bei Betroffenen und deren Angehörige

- ✓ **Erweiterung der Pflege:**
 - Vorteil für den Patienten,
 - zur Stärkung des Vertrauens in die Pflege
 - **Verbesserung der Kooperation** zw. Hausärzten und Pflegefachkräften
 - **Entlastung** und Verbesserung der Arbeitsbedingung der Hausärzte



Interprofessionelle Demenzversorgung: *Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung (InDePendent)*



- Multizentrische, clusterrandomisierte, kontrollierte **Interventionsstudie** + **Modellvorhaben** zur Erprobung erweiterter Pflegerollen in der ambulanten Demenzversorgung
- **Laufzeit:** 01.04.2020 – 31.03.2024
- **Projektziele:**
 - Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation von MmD in der Häuslichkeit durch Aufgabenneuverteilung zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzten,
 - Entlastung der Angehörigen von MmD & der Hausärzte
- **Innovative, subsidiäre und kollaborative Versorgungsform** für zu Hause lebende Menschen mit Demenz im versorgungsnahen Setting -> Weiterentwicklung des bestehenden **Dementia Care Management**



Gefördert vom:  **Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**

Erfolge

(InDePendent)

- Erweiterte Qualifizierung von Pflegefachpersonen („School of DCM“), zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, inkl.
 - Genehmigung des Curriculums durch BMG & BMFSFJ
 - staatliche Prüfung der Pflegefachpersonen
- **Bundesweite Implementation** in 5 Ärztenetzen & Evaluation
- Bislang konnten **403 Probanden** erfolgreich in die Studie eingeschlossen und versorgt werden (Ziel: 464)
- **Ergebnisse** werden **Ende 2023** erwartet

- **Modellvorhaben zur erweiterten Pflegerolle mit Versorgungsvertrag nach §63 3c SGB V**
- **Einführung §64d im Januar 2022: Verpflichtende Umsetzung von Modellvorhaben nach §63 3c SGB V in allen Bundesländern mit allen Kassen ab 01.01.2023**



- 1 Vorpommern-Greifswald
- 2 Ueckermünde
- 3 Uckermark
- 4 Südbrandenburg
- 5 Frankfurt a. M.

Was muss auf dem Weg geklärt werden?

- Evidenz der Wirksamkeit? ✓
- Kosten-Effektivität? ✓
- Qualifikation? ✓
- Wer und wo? i.A.
- Für wen? Menschen mit Demenz + Zu-/ Angehörige (i.A.)
- Finanzierung? i.A.
- Translation?



DCM in der Routineversorgung am Beispiel der Region Siegen-Wittgenstein“ (RoutineDeCM)



Grundidee:

Implementierung und Evaluation im Bereich der SGB V und XI etablierten Versorgungsstrukturen

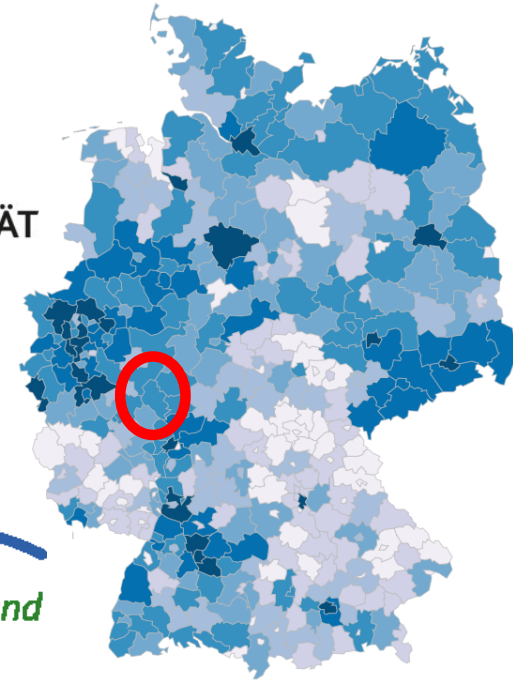
Übergeordnetes Ziel:

nachhaltige, evidenz-basierte Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung von MmD und ihren Angehörigen für eine ganze Region

→ Übertragbarkeit

Vorgehen:

- DeCM wird von den Projektpartnern adaptiert und modellhaft in der Region implementiert
→ Expertise + Handlungsempfehlungen
- begleitende wissenschaftliche Prozessevaluation

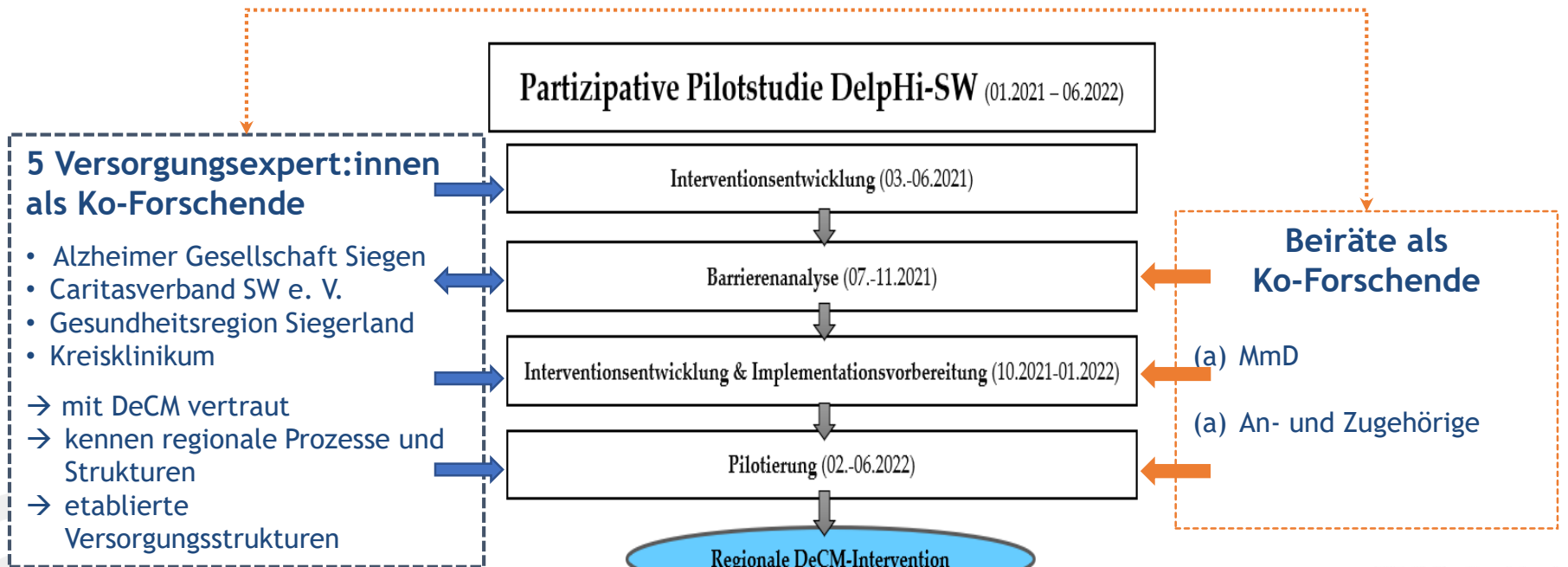


Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Dementia Care Management in der Routineversorgung am Beispiel der Region Siegen-Wittgenstein“ (RoutineDeCM)



Gefördert durch:

Aktueller Stand

- Identifikation und Berücksichtigung regionaler Ressourcen, Strukturen, Prozesse und deren optimale Nutzung ohne Schaffung neuer Versorgungsstrukturen
 - Barrieren-Identifikation auf intra- und intersektoraler Ebene
- erhöht Machbarkeit und Akzeptanz der Implementierung komplexer Modelle in bestehende Versorgungsstrukturen

Nachhaltigkeit

- Ein Schritt: Förderung des Netzwerks durch § 45c Absatz 9 SGB XI
- ...

Einschluss

- Probanden/ Patienteneinschluss seit 1.9.2022

Ist DCM in der Routineversorgung flächendeckend verfügbar?

Nein

Was muss auf dem Weg geklärt werden?

- Evidenz der Wirksamkeit? ✓
- Kosten-Effektivität? ✓
- Qualifikation? ✓
- Wer und wo? i.A.
- Für wen? Menschen mit Demenz + Zu-/ Angehörige (i.A.)
- Finanzierung? i.A.
- Translation? i.A.

➤ Gestaltungspartner der NDS setzen sich zusammen....

Ihre
Aufmerksamkeit war
mir **eine FREUDE.**
Vielen Dank.



Kontakt: rene.thyrian@dzne.de



@DZNE_Thyrian