

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Landeskrankenhaus (AÖR), Andernach
Förderkennzeichen:	01NVF18027
Akronym:	DemStepCare
Projekttitel:	Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostatifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
Autoren:	Dr. Katharina Geschke, Teresa Buch
Förderzeitraum:	1. April 2019 – 31. März 2023

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis.....	2
II. Abbildungsverzeichnis.....	3
III. Tabellenverzeichnis.....	3
1. Zusammenfassung	5
2. Beteiligte Projektpartner	6
3. Projektziele.....	7
4. Projektdurchführung.....	10
5. Methodik.....	17
6. Projektergebnisse.....	27
a. Prozessevaluation	27
b. Effektevaluation	30
c. Gesundheitsökonomische Evaluation.....	42
7. Diskussion der Projektergebnisse	42
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	43
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	44
10. Literaturverzeichnis.....	44
11. Anhang	46
12. Anlagen.....	47

I. Abkürzungsverzeichnis

AbP	arzneimittelbezogene Probleme
BKK	BKK Landesverband Mitte
BIZA-D	Fragebogen Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz
BRS	Brief Resilience Scale
CM	Case Manager:innen
CMAI	Cohen Mansfield Agitation Inventory
DAK	DAK-Gesundheit
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V.
DSV	Demenzspezifische Screening zur Versorgungssituation
FORTA	Fit for the Aged
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HÄ	Hausärzt:innen
IG	Interventionsgruppe
IKK Südwest	IKK Südwest
IMBI Freiburg	Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg
KG	Kontrollgruppe
KG1	Kontrollgruppe 1 (mit Risikostratifizierung und ohne Zugang zu Case Management und Krisenambulanz; prospektiv rekrutiert)
KG2	Kontrollgruppe 2 (Kontrollkohorte aus aggregierten Daten einer Teilmenge beteiligter Krankenkassen)
LKH	Landeskrankenhaus (AÖR)
LPfIK	Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
LWL-Klinikum Gütersloh	Landschaftsverband Westfalen-Lippe-Klinikum Gütersloh
MAI	Medication Appropriateness Index
MEDI Südwest	MEDI Südwest GmbH
MFA	Medizinische Fachangestellte
NOSGER II	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients
PCNE	Pharmaceutical Care Network Europe
PICS	Perceived Involvement in Care
PIM	potenziell inadäquate Medikation
PSS	Perceived Stress Scale
QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease

RMA	Rhein-Mosel-Akademie, Landeskrankenhaus (AÖR)
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SOC	Stress of Coherence
START	Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Persons' Potentially inappropriate prescriptions
TK	Techniker Krankenkasse
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UM Mainz	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – Kurzform
ZpGA	Zentrum für psychische Gesundheit im Alter, Landeskrankenhaus (AÖR)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Versorgungsinnovation: Risikostratifizierung, Case Management, ambulanter Krisendienst	12
Abbildung 2	Flussdiagramm Daten und Fallzahlen	20
Abbildung 3	Ergebnisse der Regressionsanalysen zum primären Endpunkt (Reduktion stationärer Belegungstage; IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)	35
Abbildung 4	Ergebnisse der Regressionsanalysen zum Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“ (IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)	38

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Leistungsbeschreibung in DemStepCare	13
Tabelle 2	Primärer Endpunkt der Ergebnisevaluation	21
Tabelle 3	Übersicht sekundärer Endpunkte der Ergebnisevaluation	21
Tabelle 4	Explorative Fragestellungen	23
Tabelle 5	Übersicht Prozessevaluation	23
Tabelle 6	Datengrundlage für die Primäranalyse und die ergänzenden Analysen	31
Tabelle 7	Baseline-Charakteristika in der IG und KG1	32
Tabelle 8	Baseline-Charakteristika in der IG und KG1 (GKV-Individualdaten)	33
Tabelle 9	Baseline-Charakteristika in der IG (GKV-Individualdaten) und KG2 (aggregierte GKV-Daten)	34
Tabelle 10	Auswertungen zum primären Endpunkt (Reduktion der stationären Behandlungstage): Vergleichene Kollektive mit Gruppengrößen und	35

	Datengrundlagen. Die Mittelwerte (\emptyset) geben jeweils die mittlere rohe Anzahl der stationären Behandlungstage an.	
Tabelle 11	Auswertungen zum Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“: Vergleichene Kollektive mit Gruppengrößen und Datengrundlagen. Die Mittelwerte (\emptyset) geben jeweils die mittlere rohe Anzahl der Krankenhauseinweisungen an.	37
Tabelle 12	Übersicht der Gruppen- bzw. Interventionseffekte der sekundären Endpunkte	40
Tabelle 13	Charakteristika der Hausärzt:innen zu den jeweiligen Erhebungszeiträumen	41

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Im Projekt „Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte“, kurz „DemStepCare“, wurde die Regelversorgung von Menschen mit Demenz durch ein Case Management und eine multiprofessionelle, aufsuchende Krisenambulanz ergänzt. Dabei zielte DemStepCare auf eine verbesserte Betreuung und Koordination von Versorgungsleistungen ab.

DemStepCare hatte als hausarztbasiertes Versorgungskonzept eine sowohl leitliniengerechte als auch patient:innenzentrierte Versorgung von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen zum Ziel. Es sollten die medizinische und psychosoziale Versorgungsqualität nachhaltig verbessert und häufige Fehlversorgungen reduziert werden.

Methodik

In dieser prospektiven clusterrandomisierten Studie wurden von 62 teilnehmenden Hausärzt:innen 195 Patient:innen in der Interventionsgruppe (IG) und 45 Patient:innen in der Kontrollgruppe 1 (KG1) ins Projekt aufgenommen. Alle Patient:innen erhielten initial eine Risikostratifizierung bzgl. ihrer Versorgungsstabilität. In der IG erfolgten zudem 1.) eine pharmazeutische Medikationsanalyse bei allen Patient:innen, 2.) ein pflegerisches Case Management für Patient:innen mit erhöhtem Versorgungsrisiko und 3.) im Falle von Versorgungskrisen (Erschöpfung der Angehörigen, herausforderndes Verhalten der Patient:innen) eine Behandlung durch die aufsuchende Krisenambulanz (Pflegeexpert:innen im multiprofessionellen Team). In der KG1 erfolgte die Regelversorgung durch Hausärzt:innen unter optionaler Nutzung von regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten, z. B. durch Pflegestützpunkte. Zusätzlich wurde aus aggregierten Krankenkassendaten eine Kontrollgruppe 2 (KG2) gebildet.

Ergebnisse

Die Gesamtbeurteilung von DemStepCare, die auf einer Evaluation der Sicht von a) Patient:innen und deren Angehörigen, b) der Behandelnden sowie c) auf gesundheitsökonomischen Aspekten beruht, fällt gemischt aus.

Einerseits lassen sich in den quantitativen Auswertungen von Patient:innen und Angehörigen partielle Hinweise auf einen positiven Effekt der Intervention feststellen, jedoch waren bei keinem der Endpunkte zu den stationären Aufenthalten, zur psychosozialen Situation oder Versorgungsstabilität signifikante Verbesserungen der Versorgungssituation durch DemStepCare nachweisbar. Gleichzeitig stabilisierte sich trotz fortschreitender Erkrankung die Versorgung in IG und KG1.

Andererseits zeigte sich bei den qualitativen Befragungen aller Beteiligten, dass das die neue Versorgungsform im Großen und Ganzen als positiv, unterstützend, entlastend und als Gewinn empfunden wurde. Gerade die Betreuung durch das Case Management in der Funktion als Ansprechpartner:innen und die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärzt:innen und Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen wurden dabei hervorgehoben.

Diskussion

Auf Grundlage der wissenschaftlichen Evaluation der Intervention kann keine Empfehlung zur Übernahme des DemStepCare-Versorgungskonzepts in die Regelversorgung ausgesprochen werden. Dies trifft in gleichem Maße für die gesundheitsökonomischen Aspekte bzw. die Kosten-Nutzen-Effizienz der neuen Versorgungsform zu. Die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz kann jedoch gemäß der Wahrnehmung der Beteiligten (qualitative Befragungen) in erheblichem Umfang von einer systematischen Einbettung in multiprofessionelle Strukturen profitieren.

2. Beteiligte Projektpartner

Nr.	Projektpartner	Institution	Verantwortlichkeiten
Konsortialführung			
00	Prof. Dr. Andreas Fellgiebel Dr. Katharina Geschke Teresa Buch	Zentrum für psychische Gesundheit im Alter, Landeskrankenhaus (AöR)	Projektleitung, Projektkoordination
Konsortialpartner			
01	Christian Kampmann	BKK Landesverband Mitte	Versorgungsvertrag, Datenauswertung, Beteiligung an Überlegungen zur Überführung in die Regelversorgung
02	Edmund Kolb	DAK Gesundheit, Landesvertretung Rheinland-Pfalz	Versorgungsvertrag, Datenauswertung, Beteiligung an Überlegungen zur Überführung in die Regelversorgung
03	Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker Prof. Dr. Harald Binder	Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Sektion Versorgungsforschung Universitätsklinikum Freiburg	Evaluation (quantitativ) und Koordination der an der Evaluation beteiligten Institute
04	David Dietz Manuela Raiß	Landespflegekammer Rheinland-Pfalz	Öffentlichkeitsarbeit, Unterstützung bei der Rekrutierung Case Manager:innen
05	Prof. Dr. Michael Löhr Prof. Dr. Michael Schulz Dr. Fabian Klein	LWL Klinikum Gütersloh	Evaluation (qualitativ)
06	Axel Motzenbäcker Magda Becht	MEDI Südwest GmbH	Abrechnung Leistungen
07	Mechthild Fröhlich	Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz	Versorgungsvertrag, Datenauswertung, Beteiligung an Überlegungen zur Überführung in die Regelversorgung
08	Prof. Dr. Irene Krämer Dr. Claudia Mildner Marie Kockläuner	Apotheke, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz	Evaluation der pharmazeutischen Medikationsanalysen

09	Prof. Dr. Michael Jansky Dr. Julian Wangler	Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatric, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg- Universität Mainz	Evaluation der Hausarztaktivitäten
Kooperationspartner			
10	Dr. Florian Brandt	IKK Südwest	Datenlieferung für Evaluation, Beteiligung an Überlegungen zur Überführung in die Regelversorgung
11	Andrea Maurer	Stadtverwaltung Alzey-Worms	Unterstützung Durchdringung des Projektes
12	Hans-Jürgen Hauck	Stadtverwaltung Worms	Unterstützung Durchdringung des Projektes
13	Petra Regelin	Landespsychotherapeutenkammer	Unterstützung Durchdringung des Projektes
14	Dr. Günther Matheis	Landesärztekammer Rheinland- Pfalz	Unterstützung Durchdringung des Projektes
15	Dr. Barbara Römer	Hausarztverband Rheinland-Pfalz	Unterstützung Durchdringung des Projektes
16	Marion Hilden- Ahanda	Ministerium für Soziales, Arbeit, Transformation und Digitalisierung (ehemals MSAGD)	Ideelle Unterstützung, Durchdringung des Projektes
17	Dr. Julia Schwaben	Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz (ehemals MSAGD)	Ideelle Unterstützung, Durchdringung des Projektes
18	Dr. Friedel Rohr	Gesundheitsnetz Alzey-Worms	Unterstützung Durchdringung des Projektes

3. Projektziele

Hintergrund

Problemfelder der derzeitigen Demenzversorgung: Demenzdiagnosen werden häufig nicht gestellt oder erst, wenn die häusliche Versorgung gefährdet ist; die wenigsten Patient:innen erhalten eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie (vgl. Wangler et al. 2018; Pentzek et al. 2009).

Multiprofessionalität und Multimodalität: Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige bedürfen vor allem Unterstützung und Beratung in pflegerischen, sozialen, psychischen und

rechtlichen Aspekten (vgl. Eichler et al. 2014). Eine besondere Rolle spielt dabei die Pflege (vgl. Dreier und Hoffmann 2013). Besonders defizitär ist die aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes notwendige multiprofessionelle und multimodale Versorgung (vgl. Eichler et al. 2014). Es fehlen integrierte, sektorenübergreifende Ansätze zur effektiven ambulanten Demenzversorgung (vgl. Baumgardt et al. 2014). Insbesondere im ländlichen Raum werden effiziente (digitale) Kommunikationsstrukturen zur Umsetzung der o. g. Anforderungen benötigt.

Hohe Varianz der Komplexität von Versorgungsbedarfen: Die medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsbedarfe bei Demenz stellen sich interindividuell und entlang des Erkrankungsverlaufes sehr unterschiedlich dar. Besonders vulnerabel sind alleinlebende Menschen mit Demenz, die auch dreifach höhere Kosten im Gesundheitssystem verursachen im Vergleich zu nicht alleinlebenden Menschen mit Demenz (vgl. Michalowsky et al. 2017). Hier ließen sich durch ein *Dementia Care Management* die Versorgungsqualität steigern und Pflegekosten senken (vgl. ebd.). Tatsächlich bedarfsgerechte, d. h. Versorgungsrisiko-adaptierte, Interventionsmöglichkeiten sind bislang nicht etabliert.

Effektive Strukturen zur ambulanten Krisenintervention: Versorgungskrisen von Menschen mit Demenz treten aufgrund von Erschöpfung von pflegenden Angehörigen oder sich entwickelndem herausforderndem Verhalten (vgl. Cerejeira et al. 2012) mit potenzieller Selbst- und Fremdgefährdung auf. In solchen Krisensituationen kommt es i. d. R. zu Krankenhauseinweisungen (vgl. Toot et al. 2013), die mit höheren Kosten im Vergleich zu Patient:innen ohne Demenz (vgl. Lyketsos et al. 2000) sowie häufiger mit Komplikationen verbunden sind (vgl. Bail et al. 2013). Neben Krankenhauseinweisungen oder nebenwirkungsreichen Behandlungen mit Psychopharmaka gibt es in der Regelversorgung keine effektive Möglichkeit zur Krisenintervention auf der Basis leitlinienorientierter, nicht-medikamentöser Behandlungsansätze. In Rheinland-Pfalz konnten positive Erfahrungen mit hausarztbasierten Versorgungsmodellen gesammelt werden. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Leuchtturmprojektes start-modem konnten positive Effekte einer hausarztbasierten Demenzversorgung gezeigt werden (vgl. Geschke et al. 2012; Laux et al. 2010; Fellgiebel 2018). Zudem wurde seit Mitte 2016 von der gerontopsychiatrischen Abteilung der Rheinhessen Fachklinik Alzey ein Pflegeexpert:innen-basierter, multiprofessioneller, ambulant aufsuchender Krisendienst im Rahmen eines vom Land Rheinland-Pfalz und vom Landeskrankenhaus (AÖR) finanzierten Modellprojektes angeboten. Ziel dieser Krisenambulanz war es, im Falle von drohenden oder manifesten Krisen bei Menschen mit Demenz durch die zeitnahe Diagnostik und konsekutive Abfolge primär nicht-medikamentöser Interventionen (angelehnt an Serial Trial Intervention [vgl. Kovach et al. 2012]) eine ambulante Stabilisierung der Versorgungssituation zu erreichen und eine stationäre Aufnahme zu vermeiden.

Das durch den Innovationsfonds mit Bundesmitteln finanzierte innovative Versorgungsmodell DemStepCare (Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte) zielte auf eine verbesserte ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ab.

Die für eine möglichst frühe Demenzdiagnostik sensibilisierten Hausärzt:innen sollten durch spezialisierte, multiprofessionelle Fachkräfte unterstützt werden:

- a. Patient:innen und (falls vorhanden) deren Angehörigen wurden von Case Manager:innen beraten. Die Case Manager:innen ermittelten den aktuellen Versorgungsbedarf und klassifizierten die Stabilität der derzeitigen Versorgungssituation in Form einer Ampel (vgl. Abbildung 1): bei stabiler Versorgung (grün) wurde auf das regionale Versorgungsnetz und den zuständigen Pflegestützpunkt verwiesen. Bei instabiler Versorgungssituation (gelb) boten die Case Manager:innen kontinuierliche fachliche Unterstützung an und nahmen diese in enger Abstimmung mit den Hausärzt:innen wahr. In einer

- Versorgungskrise (drohende Erschöpfung der pflegenden Angehörigen oder ausgeprägtes herausforderndes Verhalten der Patient:innen; rot) wurde die Krisenambulanz aktiviert.
- b. Die Krisenambulanz bestand aus einem multiprofessionellen Team (Pflegeexpert:innen für Demenz, Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie, Psycholog:in, Sozialdienst), das aufsuchend tätig ist. Den primären Kontakt zu Patient:innen und Angehörigen hatten die Pflegeexpert:innen. Durch Beratung und weitere, primär nicht-medikamentöse Maßnahmen, sollte die Krise im häuslichen Umfeld, unter Vermeidung einer stationären Einweisung, entaktualisiert werden.
 - c. Da Menschen mit Demenz überwiegend geriatrische und multimorbide Patient:innen mit Polypharmazie sind, wodurch das Risiko für arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) steigt, war ein:e beratende:r Apotheker:in ebenfalls in das Versorgungssystem eingebunden, um Medikationsanalysen zu erstellen und über indizierte Medikationsänderungen zu beraten.
 - d. Zur optimierten Vernetzung der multiprofessionellen Versorgungspartner:innen wurde für die klinische Kommunikation und Datenspeicherung eine elektronische Fallakte genutzt.

DemStepCare hatte als hausarztbasiertes Versorgungskonzept zum Ziel, eine sowohl leitliniengerechte als auch patient:innenzentrierte Versorgung von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen zu ermöglichen. Hierdurch sollten die medizinische und psychosoziale Versorgungsqualität nachhaltig verbessert und häufige Fehlversorgungen (demenzbezogene Krankenhauseinweisungen oder aufgrund von sog. „ambulatory caresensitive conditions“; nicht leitliniengerechte ambulante Diagnostik und Behandlungen, Doppeluntersuchungen, Einsatz von risikoreichen Psychopharmaka) reduziert werden.

Ziele und Fragestellungen des Projekts

Es wurde die primäre Hypothese untersucht, dass durch DemStepCare gegenüber der üblichen Regelversorgung eine Verbesserung bzgl. der folgenden Zielgröße erreicht werden kann:

- eine Reduktion von stationären Behandlungstagen der Patient:innen (Vergleich IG vs. KG1)

Ferner wurden weitere, sekundäre Hypothesen überprüft:

- a) Die Anzahl der stationären Behandlungstage der Patient:innen (Vergleich IG vs. KG 2) und die Anzahl der Krankenhauseinweisungen der Patient:innen (Vergleich IG vs. KG1 sowie IG vs. KG2) werden reduziert.
- b) Die Lebensqualität der Patient:innen verbessert sich (Vergleich IG vs. KG1 sowie longitudinaler Verlauf in IG).
- c) Die pflegebezogene Belastung der Angehörigen nimmt ab (Vergleich IG vs. KG1 sowie longitudinaler Verlauf in IG).
- d) Die hausarztbasierte Demenzversorgung verbessert sich, operationalisiert anhand
 - Deprescribing, Reduktion von Medikationsfehlern und Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch Medikationsanalysen beratender Apotheker:innen
 - Demenzsensibilität der Hausärzt:innen
 - Versorgungsbereitschaft und Versorgungsakzeptanz der Hausärzt:innen im Zeitverlauf
- e) Es besteht eine Kosten-Effektivität der Intervention.

Basierend auf den erhobenen Daten wurden explorativ weitere Fragestellungen überprüft, die im Kontext der Zielrichtung des Projektes standen:

- Leitlinien-treue der Diagnostik und der Spezifität der Demenzdiagnosen (Vergleich IG vs. KG1 im Gesamtzeitraum der Studie)
- Versorgungsstabilität: Durch die Risikostratifizierung und das begleitende Case Management kann über das Demenzspezifische Screening zur Versorgungssituation (DSV) die Versorgung stabilisiert werden (Vergleich IG vs. KG1)
- Nutzungsgrad der Ressourcen in der Versorgung bzw. von Unterstützungsangeboten (Vergleich IG und KG1 sowie longitudinaler Verlauf).

4. Projektdurchführung

4.1 Allgemeinverständliche Beschreibung der neuen Versorgungsform DemStepCare

Koordinierte Kooperation: Die hausarztbasierte Demenzversorgung sollte durch verbesserte S3-Leitlinien-Orientierung in der Demenzdiagnostik und -therapie, verbesserte sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringenden sowie die Implementierung Versorgungsrisiko-adaptierter Interventionsmöglichkeiten optimiert werden. Es erfolgten Schulungen der Hausärzt:innen und deren Medizinischen Fachangestellten der IG zu folgenden Themen (vgl. Anlage 3):

- Unterstützung einer S3-leitliniengerechten Demenzdiagnostik und -therapie
- Pflegerisches Case Management (s. u.)
- Krisenambulanz (s. u.)
- weitere Prozesse und Partner der regionalen Vernetzung (z. B. Pflegestützpunkte)
- Einführung einer elektronischen Fallakte
- Medikationsanalyse durch die kooperierenden Pharmazeut:innen

Hierdurch sollten Patient:innen früher diagnostiziert und an die bestehenden komplementären Beratungs- und Unterstützungsangebote herangeführt, pflegende Angehörige stärker miteinbezogen und spezialisierte Interventionen (Case Management, Pflegeexpert:innen) bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Die Patient:innen durften zum Zeitpunkt der Einschreibung nicht im Pflegeheim wohnhaft sein (= Ausschlusskriterium). Daneben waren folgende Kriterien Voraussetzung für die Studienteilnahme:

- Gesicherte Demenzdiagnose
- Wohnhaft im Studiengebiet
- Zustimmung zur Teilnahme

Elektronische Fallakte: Es wurde auf eine cloudbasierte Softwarelösung zurückgegriffen, die in der Region Alzey-Worms bereits seit mehreren Jahren im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bei den palliativmedizinisch tätigen Hausärzt:innen erfolgreich etabliert ist. Die hier realisierten SAPV-Anforderungen an die elektronische Fallakte (Multiprofessionalität, Interdisziplinarität, Ausleitung von Statistik und Abrechnungsdaten, Verknüpfung mit Medikamentenplan) sind vergleichbar mit denen der neuen Versorgungsform.

Risikostratifizierung der Versorgungsstabilität: Durch eine routinemäßige Risikostratifizierung der Versorgungsstabilität initial sowie jährlich im weiteren Verlauf der Demenz wurden medizinisch, pflegerisch oder psychosozial vulnerable Patient:innen und Angehörige

identifiziert. Vulnerabilität kann sich aus einem komplexen Versorgungsbedarf bei mangelnder Bedarfsdeckung, besonders gefährdeten Angehörigen oder alleinstehenden Patient:innen ergeben (vgl. Michalowsky 2017). Die Risikostratifizierung erfolgte durch Case Manager:innen in enger Kooperation mit den Hausärzt:innen. Sie regelte eine entsprechende Zuordnung zu Case Management oder Krisenambulanzdienst und basierte auf einem Algorithmus, der Erkrankungsschwere, Faktoren der Umwelt und Faktoren der Person kombiniert. In einem sequentiellen Screening erfolgte anhand von acht Screeningfragen des DSV zunächst eine Einschätzung der Versorgungsstabilität unter Einbezug der Dimensionen Bedarf, Bedarfsdeckung und Versorgungssituation über Angehörige (zeitlicher Aufwand pro Patient:in ca. 10 Minuten). Bei dem DSV handelt es sich um ein neu konzipiertes Screening-Instrument, welches die kurzfristige Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation von Menschen mit Demenz erleichtern soll. Mithilfe des DSV können in einem halbstrukturierten Interview Angehörige/Pflegende der Patient:innen bezüglich verschiedener Dimensionen befragt werden. Der DSV-Algorithmus zur Einschätzung der Versorgungssituation bzw. -stabilität setzt sich dabei zusammen aus den folgenden sieben Kategorien:

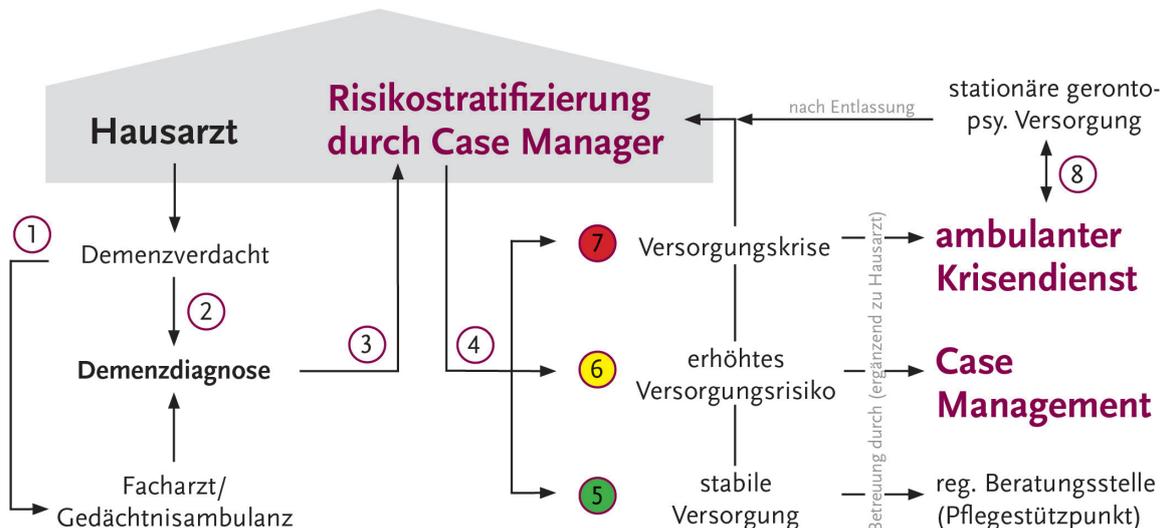
1. Informelles Hilfesystem
2. Mobilität
3. Kontinenz
4. Ernährung
5. Ungewohnte Verhaltensweisen
6. Hilfesystem
7. Persönliche Situation der Hauptpflegeperson

Jede Kategorie erfragt dabei jeweils, ob in den letzten vier Wochen bzgl. dieser Kategorien jeweils Beeinträchtigungen, Einschränkungen, Probleme etc. erlebt wurden (nein = gut im Sinne der Stabilität (=1), ja = schlecht im Sinne der Stabilität (= 0)). Lediglich die erste Kategorie ist gegenteilig gepolt, da sie erfasst, ob bei Bedarf Menschen im Umfeld der Angehörigen zur Verfügung stünden, die bei der Pflege helfen könnten (nein = schlecht im Sinne der Stabilität (= 0), ja = gut im Sinne der Stabilität (= 1)). Dieser Algorithmus floss als Hilfestellung mit 40% in die Bewertung der Versorgungsstabilität ein. Zusätzlich dazu erfolgte mit einer 8. Kategorie die Frage nach der persönlichen Einschätzung von Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen (welche im Zweifelsfall vom Ergebnis des DSV-Algorithmus abweichen konnte). Die letztendliche Entscheidung über die Versorgungsstabilität wurde von den Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen sodann auf Basis des DSV-Algorithmus und der eigenen Einschätzung getroffen. Eine stabile Versorgung (= 1) wurde in den Analysen damit attestiert, wenn die 8. Kategorie mit Ja beantwortet wurde – ansonsten lag eine instabile Versorgung (= 0) bzw. ein erhöhtes Versorgungsrisiko oder gar eine Versorgungskrise vor.

Befanden sich Patient:innen in einer stabilen Versorgungssituation (s. Abbildung 1), informierten die Case Manager:innen über bestehende regionale Beratungs- und Unterstützungsangebote, hinterließen Kontaktdaten und vereinbarten einen Termin zur Re-Evaluation in 9 Monaten (Zeitaufwand pro Patient:in ca. 20 Minuten). Gab das Screening Hinweis auf eine möglicherweise instabile Versorgungssituation, so wurden die aktualisierten Bedarfe durch weitere Assessments spezifiziert: NOSGER II (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) als Basisassessment und weitere Fokusassessments wie CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) (zeitlicher Aufwand pro Patient:in ca. 60 Minuten). Patient:innen mit bestätigtem erhöhtem Versorgungsrisiko wurden über das Case Management begleitet (Zeitaufwand pro Patient:in pro Monat ca. 120 Minuten). Patient:innen mit akuter Versorgungskrise wurden bis zur Entaktualisierung durch den ambulant-aufsuchenden Krisendienst behandelt (Zeitaufwand pro Patient:in pro Woche ca. 180 Minuten) (s. Abbildung 1).

Abbildung 1: Versorgungsinnovation: Risikostratifizierung, Case Management, ambulanter Krisendienst

Versorgungsinnovation: Risikostratifizierung – Case Management – ambulanter Krisendienst



- ① Hausarzt stellt Demenzverdacht, motiviert Patienten zur Diagnostik, überweist zum Facharzt, oder:
- ② Hausarzt (unterstützt von geschulter MFA) führt leitliniengerechte Basisdiagnostik Demenz durch
- ③ Diagnoseaufklärung, pharmazeutische Medikationsanalyse, Erwägung Antidementivum, Klärung Ansprechpartner und rechtlicher Status (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung), evtl. Verordnung Ergotherapie und Physiotherapie, Aktivierung Case Management zur Risikostratifizierung

- ④ Risikostratifizierung der Stabilität der häuslichen Versorgung
- ⑤ Stabile Versorgungssituation: Beratung zu regionalen Unterstützungsangeboten
- ⑥ Erhöhtes Versorgungsrisiko: Begleitung durch Case Management
- ⑦ Versorgungskrise: Herausforderndes Verhalten oder drohende Erschöpfung der pflegenden Angehörigen
- ⑧ Gate keeping: Überprüfung stationärer Anmeldungen auf Möglichkeit einer ambulanten Krisenintervention

Case Management: Spezialisierte Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation Case Management nach DGCC (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management) führten die Risikostratifizierung (s. o.) durch und fungierten einerseits als Vermittelnde zwischen ambulanten Leistungserbringenden und Patient:innen, andererseits wurden sie je nach Bedarf handelnd aktiv (vgl. Holloway/Carson 2001). Die Case Manager:innen standen in Kontakt zu den jeweiligen für den Versorgungsprozess verantwortlichen Personen und koordinierten direkt für die Patient:innen Termine. Dabei überwachten die Case Manager:innen die Umsetzung dieser Leistungen und evaluierten die Prozesse (vgl. ebd.). Insbesondere mit den Hausärzt:innen sollte anhand strukturierter Kommunikation ein enger Austausch über geplante und durchgeführte Interventionen von sekundär- bis hin zu tertiär-präventiven Fragestellungen erfolgen. Zusätzlich sollten alle Patient:innen mit erhöhtem Versorgungsrisiko einmal im Quartal bei den Hausärzt:innen vorstellig werden. Das Ziel des Case Managements war, gefährdete Patient:innen mit einer Kontinuität in der Versorgung zu begleiten sowie durch einen besseren Zugang zu Leistungen die Versorgungseffizienz zu steigern. Dabei zeigen Patient:innen, die durch ein Case Management begleitet werden, geringere Institutionalisierungsraten (vgl. Reilly et al, 2015). Allerdings zeigen sich keine Unterschiede in der Hospitalisierung, was v. a. auf einen Mangel ambulanter Möglichkeiten zur Krisenintervention zurückzuführen ist.

Ambulanter Krisendienst: Akute Versorgungskrisen sind definiert als nicht kompensierbares herausforderndes Verhalten der Patient:innen und / oder Erschöpfung der pflegenden

Angehörigen, die zu einer Gefährdung der häuslichen Versorgungssituation (und i. d. R. zur stationären Einweisung) führen. Dabei gibt es gute Hinweise, dass eine ambulante, nicht-medikamentöse, Pflegeexpert:innen-basierte Verhaltensmodulation effektiv ist (vgl. Callahan et al. 2006). Basierend auf diesen Befunden und den eigenen Vorerfahrungen wurden im Falle einer Versorgungskrise ambulant aufsuchend Pflegeexpert:innen für Demenz im multiprofessionellen Team eingesetzt. Die Ambulanz arbeitete im Zwei-Schicht System inklusive zeitweise nächtlicher Bereitschaft, so dass eine erweiterte Erreichbarkeit gewährleistet war. Bisherige eigene Erfahrungen zeigten, dass ein Großteil der ambulanten Krisen innerhalb von drei Wochen (drei bis vier Hausbesuche in der ersten Woche, zwei Hausbesuche in der zweiten Woche, ein Hausbesuch in der dritten Woche) entaktualisiert werden können. Anhand bereits etablierter digitaler Kommunikationsmöglichkeiten konnten multiprofessionelle Teammitglieder (z. B. Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie) über mobile Tablets bedarfsweise vor Ort „zugeschaltet“ werden („multiprofessionelles Team vor Ort“), was gerade im ländlichen Raum eine wichtige Unterstützung der aufsuchend agierenden Pflegeexpert:innen darstellt. Im Falle einer im häuslichen Rahmen nicht behandelbaren Komplikation (z. B. Delir) erfolgte die stationäre Aufnahme der Patient:innen in die Gerontopsychiatrie. Dabei wurden Patient:innen und Angehörige durch die Bezugs-Pflegeexpert:innen mitbetreut, um eine zügige Entlassung und fachliche ambulante Weiterversorgung zu ermöglichen.

Tabelle 1: Leistungsbeschreibung in DemStepCare

<p>Ärztliche Leistungen Kontrollgruppe 1 (einmalig)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selektion/Detektion von Patient:innen mit V.a. demenzielles Syndrom • Ansprache der Patient:innen/Angehörigen • Erläuterung des Modellprojektes/der neuen Versorgungsform • Einholung der Unterschrift zur Teilnahmeerklärung/Einschreiben in den Vertrag zur besonderen Versorgung (nur Versicherte der Konsortialkassen) • Übermittlung Diagnosenliste zu t0 und t1 • Übermittlung Medikationsplan zu t0 und t1 • Angaben über mögl. stat. Behandlung, Tage und Indikation zu t1
<p>Ärztliche Leistungen Interventionsgruppe (einmalig)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selektion/Detektion von Patient:innen mit V.a. demenzielles Syndrom • Ansprache der Patient:innen/Angehörigen • Erläuterung des Modellprojektes/der neuen Versorgungsform • Einholung der Unterschrift zur Teilnahmeerklärung/Einschreiben in den Vertrag zur besonderen Versorgung (nur Versicherte der Konsortialkassen) • Anlegen einer elektronischen Fallakte • Eingabe Diagnosenliste zu t0 und t1 und bei Änderungen in elektronische Fallakte • Eingabe Medikationsplan zu t0 und t1 und bei Änderungen in elektronische Fallakte • Angaben über mögl. stat. Behandlung, Tage und Indikation zu t1

	<ul style="list-style-type: none"> • Ersteingruppierung des Versorgungsrisikos in rot/gelb/grün bei Einschreibung und Bestätigung der Eingruppierung der Case Manager:innen bei jeder Änderung • Medikamentenüberprüfung, Konsil Apotheke (weiterhin auch 1x/Quartal und bei Versorgungskrise) • Übergabe / Interaktion Case Management
Ärztliche Betreuung Interventionsgruppe Patient:innen "Grün"	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1x/Quartal persönlicher Kontakt mit Patient:innen inklusive Reevaluation der Versorgungssituation • Kommunikation/Interaktion mit Case Management bedarfsweise • Medikamentenüberprüfung, Konsil Apotheke 1x/Quartal • Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient:innen und Angehörigen bezüglich Kontaktart, Dauer, Indikation und Ergebnis
Ärztliche Betreuung Interventionsgruppe Patient:innen "Gelb"	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1x/Quartal persönlicher Kontakt mit Patient:innen inklusive Re-Evaluation der Versorgungssituation • Ausführliches Angehörigengespräch 1x/Quartal • Kommunikation / Interaktion mit Case Management bedarfsweise • Medikamentenüberprüfung, Konsil Apotheke 1x/Quartal • Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient:innen und Angehörigen bezüglich Kontaktart, Dauer, Indikation und Ergebnis
Ärztliche Betreuung Interventionsgruppe Patient:innen „Rot“	<ul style="list-style-type: none"> • Zuweisung, Kooperation und Interaktion mit Krisenambulanz • Bedarfsgerechte Unterstützung der Versorgungssituation zur Endaktualisierung der Krise • Absprache/Kooperation mit Kooperations-Apotheke bzgl. Fortführen der Medikation • Absprache/Kooperation mit Krisenambulanz, Case Management und weiteren Versorgern • Persönlicher Kontakt mit Patienten nach Endaktualisierung der Krise innerhalb von einer Woche • Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient:innen und Angehörigen bezüglich Kontaktart, Dauer, Indikation und Ergebnis
Case Management Fallbegleitung Interventionsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Risikostratifizierung der Versorgungsstabilität, bei möglicher instabiler Versorgungssituation: weitere Assessments (NOSGER II, CMAI) • Kontakt und strukturierte Kommunikation zu Hausärzt:innen • Kontakt zu Motivation der Datenerhebung • Bei jedem Kontakt: Stresserleben der Angehörigen mit visueller Analogskala <p>Patient:innen „Grün“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information über bestehende regionale Beratungs- und Unterstützungsangebote • Kontakt nach spätestens 6 Monaten oder bei Indikationsstellung durch Hausärzt:innen

	<p>Patient:innen „Gelb“: <u>Leistungsspektrum, das nach individuellem Bedarf erbracht wird:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressourcenorientierte Aktivitätenplanung • Erstellung eines individuellen Versorgungsplans • Demenzspezifische Psychoedukation, Problemlösetraining, Schulung im Umgang mit der Erkrankung und der Kommunikation • Beratung zur Anpassung der Umgebung/Wohnung • Vermittlung zwischen den Leistungserbringenden und den Teilnehmenden • Kontakt zu den jeweiligen für den Versorgungsprozess verantwortlichen Personen und Koordination von Terminen für Patient:innen • Überwachung der Umsetzung dieser Leistungen und Evaluation der Prozesse • Kontakt bedarfsorientiert oder bei Indikationsstellung durch Hausärzt:innen, min. 1x/Monat <p>Patient:innen „Rot“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rücksprache mit Hausärzt:innen bzgl. Zuweisung Krisenambulanz • Überleitung an und Kooperation mit Krisenambulanz
<p>Krisenambulanz</p>	<p><u>Leistungsspektrum, das nach individuellem Bedarf erbracht wird:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante, nichtmedikamentöse, Pflegeexpert:innen-basierte Verhaltensmodulation im multiprofessionellen Team (Pflege, Fachärzt:in, Psycholog:in, Sozialdienst) nach Serial Trial Intervention • 2-Schichtmodell, Rufbereitschaftsdienst, Erreichbarkeit zum Teil 7 Tage 24 Stunden • Zeitnahe Hausbesuche zur Unterstützung bei Deeskalation nicht kompensierbarem herausforderndem Verhalten der Patient:innen und/oder Erschöpfung der Angehörigen bei gefährdeter häuslicher Versorgungssituation • Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau durch die Pflegeexpert:innen im häuslichen / vertrauten Umfeld der Patient:innen nach haus-/fachärztlicher Indikationsstellung / Überweisung • In der Regel: drei bis vier Hausbesuche in der ersten Woche, zwei Hausbesuche in der zweiten Woche, ein Hausbesuch in der dritten Woche • Bei jedem Kontakt Stresserleben der Angehörigen mit visueller Analogskala • Ausführliche Anamnese (Vorerkrankung, soziale Kontakte, informelles Netzwerk, Kognition, Mobilität, Alltagskompetenz, Biografie, Demenz-Diagnose) • Assessments (z. B. Art, Schwere, Frequenz und wenn möglich Umgebungsbedingungen des herausfordernden Verhaltens; Schmerz-Assessment)

	<ul style="list-style-type: none">• Demenz-Basisdiagnostik• Klärung des rechtlichen Status (Einwilligungsfähigkeit, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, rechtliche Betreuung), bei Bedarf hierzu Beratungsgespräch• Durchführung ambulanter, nicht-medikamentöser Therapien (wie z. B. kognitive Stimulation, Stressreduktion durch progressive Muskelentspannung nach Jacobson für Patient:innen und deren Angehörige, basale Stimulation nach Bienstein, Validation nach Richard, 10-Minuten Aktivierung, Erinnerungstherapie)• ressourcenorientierte Aktivitätenplanung• Erkennen von akuten Versorgungsdefiziten, ggf. Erstellung eines individuellen Versorgungsplans oder Übergabe an Case Management zur Erstellung des Versorgungsplans• Demenzspezifische Psychoedukation, Problemlösetraining, Schulung im Umgang mit der Erkrankung und der Kommunikation• Beratung zur Anpassung der Umgebung / Wohnung• Regelmäßige Multiprofessionelle Teambesprechungen (1x/Woche)• Digitale Kommunikation mit multiprofessionellem Team• Bei nicht ausreichender Wirkung von nicht-medikamentösen Therapien Therapieversuch mit Analgetika• Einsatz psychopharmakologischer Behandlungen, wenn nötig, immer nur klar symptombezogen nach einem vorgegebenen Schema• Erfassung der individuellen Pflegesituation und Pflegebelastung, um eine individualisierte „Mitbehandlung“ initiieren zu können durch verschiedene Assessments• Unterstützung, Kontakt zu Netzwerkpartner:innen aufzubauen, um neben der Behandlung und im Anschluss bedarfsgerechte Hilfen in Anspruch nehmen zu können (Beratung, Betreuung, Entlastung, Aktivierung, Teilhabe)• Überführung in stationären Aufenthalt in der Gerontopsychiatrie• Mitbetreuung von Patient:innen und Angehörigen durch Bezugs-Pflegeexpert:innen im Falle einer stationären Aufnahme der Patient:innen in die Gerontopsychiatrie, um eine zügige Entlassung und fachliche ambulante Weiterversorgung zu ermöglichen• Überleitung an Case Manager:innen und Hausärzt:innen nach Entaktualisierung der Krise
--	--

4.2 Rechtsgrundlage für die neue Versorgungsform DemStepCare

Für die Umsetzung der neuen Versorgungsform „DemStepCare“ wurde ein Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V für eine hausarztbasierte Demenzversorgung in Rheinland-Pfalz geschlossen. Vertragsparteien waren der BKK Landesverband Mitte, die DAK-Gesundheit, die IKK Südwest, die Techniker Krankenkasse, die MEDI Südwest GmbH und das Landeskrankenhaus (AÖR).

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung für diese besondere Versorgung willigten die Versicherten dieser Krankenkassen der Übermittlung der Routine-Abrechnungsdaten entsprechend der Datensatzbeschreibung über eine Vertrauensstelle an den Evaluator ein. Die Nutzung dieser Sozialdaten wurde auf Grundlage des **§ 75 SGB X** beim Bundesamt für soziale Sicherung und zuständigen Landesaufsichten der beteiligten Krankenkassen beantragt und genehmigt.

Die Zustimmung zur Behandlung und Erhebung von Primärdaten im Rahmen von DemStepCare erfolgte über einen Behandlungsvertrag nach **§ 630a BGB**, mit dem auch Versicherte aller übrigen, nicht am Projekt beteiligten gesetzlichen Krankenkassen, an DemStepCare teilnehmen konnten.

4.3 Erfahrungen zur Implementierung und Herausforderungen

Trotz intensiver Marketingmaßnahmen konnte die ursprünglich geplante Zahl an hausärztlichen Praxen nicht erreicht werden. Da Patient:innen lediglich über die am Projekt teilnehmenden hausärztlichen Praxen ins Projekt aufgenommen werden konnten, um von der neuen Versorgungsform zu profitieren, intensivierten die Case Manager:innen den Kontakt zu den hausärztlichen Praxen und Praxismitarbeitenden. Zur neuen Versorgungsform wurde wiederholt geschult und im persönlichen Austausch wurden Prozesse entwickelt, um die Patient:inneneinschreibung zu vereinfachen und zu erleichtern, z. B. durch regelmäßige Sprechstunden der Case Manager:innen in den hausärztlichen Praxen, das Bereitstellen von Einschreibematerialien-Paketen usw.. Die COVID-19-Pandemie hatte zur Folge, dass im April und Mai 2020 die Versorgung im Projekt nicht aufrechterhalten werden konnte und das Projekt pausieren musste. Durch die COVID-19-Pandemie kam es zu weiteren Verzögerungen der Rekrutierung, weil die hausärztlichen Praxen andere Prioritäten hatten. Aufgrund der geringen Patient:innenrekrutierung in den ersten fünf Projektquartalen wurde Anfang 2021 ein Antrag auf Rekrutierungszeit- und Projektlaufzeitverlängerung gestellt, der im Juli 2021 bewilligt wurde. Im Rahmen dieser Verlängerung wurden die Ziel-Fallzahlen angepasst. Leider blieben die Rekrutierungszahlen konstant (zu) niedrig, so dass auch die angepassten Fallzahlen nicht erreicht wurden. Als Erfahrung aus dem Projekt ist zu konstatieren, dass ein Begrenzen der Rekrutierung auf hausärztliche Praxen nachteilig war und es vermutlich besser gewesen wäre, Patient:innen unabhängig von teilnehmenden hausärztlichen Praxen in das Projekt einzuschließen.

5. Methodik

5.1 Darstellung des Studiendesigns

Es wurde ein longitudinaler Ansatz gewählt, der auf einem clusterrandomisierten, kontrollierten Design beruhte. Zu Beginn erfolgte eine klassifizierende Vorbefragung der Hausärzt:innen zu Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zum Thema Demenz, die eine Klassifikation der Demenzsensibilität erlaubte. Anschließend folgte durch eine unabhängige Stelle (Trustcenter) eine Randomisierung der Hausärzt:innen in eine IG und KG1, wobei eine Stratifizierung von demenzsensiblen und weniger oder nicht demenzsensiblen Ärzt:innen zu gleichen Teilen auf die Studienarme geplant war. Dies war jedoch u. a. aufgrund von zeitversetzten Einschlüssen der Hausärzt:innen in drei Wellen und der häufigen Zugehörigkeit

zu Praxisgemeinschaften nicht konsequent machbar. So gab es einzelne Ärzt:innen, welche schon vor Einschluss ins Projekt wussten, in welche Gruppe sie kommen werden, da beispielsweise ihre Praxis bereits durch die Teilnahme von Praxiskolleg:innen zugeteilt war. Insgesamt ist daher – strenggenommen – von einer kontrollierten Studie statt einer randomisiert-kontrollierten Studie auszugehen. Bei allen Patient:innen wurde eine Risikostratifizierung vorgenommen. In der KG1 wurde das Ergebnis nicht an die Behandelnden weitergegeben. Nur die Patient:innen der IG erhielten bedarfsweisen Zugang zu Case Management oder Krisenambulanz. In der Interventions- und Kontrollgruppe erfolgte eine pharmazeutische Medikationsanalyse, deren Ergebnisse in der Interventionsgruppe dem behandelnden Arzt in Form pharmazeutischer Empfehlungen elektronisch zur Verfügung gestellt wurden.

Die Evaluation sah verschiedene Messzeitpunkte vor. Um einen Vergleich zwischen KG1 und IG zu gewährleisten, wurden diese beiden Gruppen zu t0 (Baseline) sowie zu t1 (9 Monate) untersucht. In der IG wurde darüber hinaus die Intervention im gesamten Behandlungszeitraum weiter angeboten (maximal 39 Monate/Patient:in). Die Endpunkte bzgl. der stationären Behandlungstage und der Krankenhauseinweisungen wurden anhand von drei unterschiedlichen Datengrundlagen evaluiert: Fragebögen, GKV-Individualdaten (für die Teilmenge der Teilnehmer:innen mit Versicherung bei einer der beteiligten Krankenkassen), sowie aggregierte GKV-Daten einer externen Kontrollgruppe. Dabei wurde jeweils der Zeitraum t0 bis t1 (9 Monate nach t0) betrachtet. Eine ergänzende Evaluation bis zum individuellen Behandlungsende t2, wie ursprünglich anhand der Daten der elektronischen Fallakte geplant, war nicht möglich, da eine Erhebung von t2-Fragebögen nicht realisierbar und die Fallzahlen in den GKV-Daten unzureichend waren.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie musste das Projekt DemStepCare vorübergehend pausieren, um insbesondere den Schutz aller teilnehmenden Patient:innen zu gewährleisten. Diese Pause fand zwischen dem 30.03.2020 und dem 31.05.2020 statt. In diesem Zeitraum wurde die reguläre DemStepCare-Intervention vollständig ausgesetzt; es gab lediglich eine telefonische Notfallberatung. Ab dem 01.06.2020 wurde die Behandlung unter besonderen Hygiene-Vorkehrungen wieder aufgenommen. Um diese außerplanmäßige Behandlungspause auch in der Evaluation abzubilden, wurde entschieden, eine zeitliche Anpassung bei allen Erfassungen vorzunehmen, die von dieser Pause betroffen sind. Konkret bedeutet dies, dass alle t1-Messzeitpunkte, zu denen Effekte der DemStepCare-Intervention erfasst werden sollten, die innerhalb der COVID-19 bedingten Behandlungspause lagen, um zwei Monate nach hinten verschoben wurden. Dies betrifft t1-Messzeitpunkte derjenigen Patient:innen und Hausärzt:innen, die bis zum 31.05.2020 in die Studie eingeschlossen wurden und t1-Messzeitpunkte aller Case Manager:innen.

5.2 Zielpopulation und Ein- und Ausschlusskriterien

Die Menschen mit Demenz wurden von den teilnehmenden und sie behandelnden Hausärzt:innen in die Studie eingeschrieben und je nach behandelnder hausärztlicher Praxis der IG bzw. KG1 zugeteilt.

Einschlusskriterien:

- Patient:innen mit diagnostizierter Demenz (F00-F03) und (falls vorhanden) deren Versorgende (in der Regel pflegende Angehörige)
- in Behandlung bei an DemStepCare teilnehmenden Hausärzt:innen in der Studienregion Landkreis Alzey-Worms, Landkreis Mainz-Bingen, Teile des Landkreises Bad Kreuznach und des Donnersbergkreises, der Landkreis Bad Dürkheim und die Stadt Worms.
- Zustimmung zur Teilnahme
- GKV-Versicherung

Ausschlusskriterien:

- Patient:innen ohne Demenzdiagnose
- Wohnort der Patient:innen außerhalb eines Radius von ca. 10 Kilometern um das Studiengebiet
- Menschen mit Demenz, welche in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben
- PKV-Versicherung
- Berechtigte nach § 264 SGB V (Asylbewerber)

Zur Untersuchung der Fragestellungen dieses Projekts wurden neben der oben beschriebenen IG (vgl. Abbildung 2) zwei Kontrollstichproben gebildet:

- KG1: mit Risikostratifizierung und ohne Zugang zu Case Management und Krisenambulanz; prospektiv rekrutiert. Zur Bildung von IG und KG1 wurden die teilnehmenden Hausärzt:innen randomisiert in Interventions- und Kontrollhausärzt:innen eingeteilt, wobei eine Stratifizierung von demenzsensiblen und weniger demenzsensiblen oder nicht demenz-sensiblen Ärzt:innen zu gleichen Teilen auf die Studienarme geplant war (s. oben.). Der IG zugeordnete Hausärzt:innen rekrutierten Patient:innen für die IG; der KG zugeordnete Hausärzt:innen rekrutierten Patient:innen für die KG1.
- KG2: Kontrollkohorte aus aggregierten Daten einer Teilmenge (am Vertrag zur besonderen Versorgung beteiligte Krankenkassen). In KG2 wurde der Einschluss analog zu den Patient:innen in IG und KG1 definiert, d. h. der Einschluss wurde mittels Kassendaten nachgebildet.

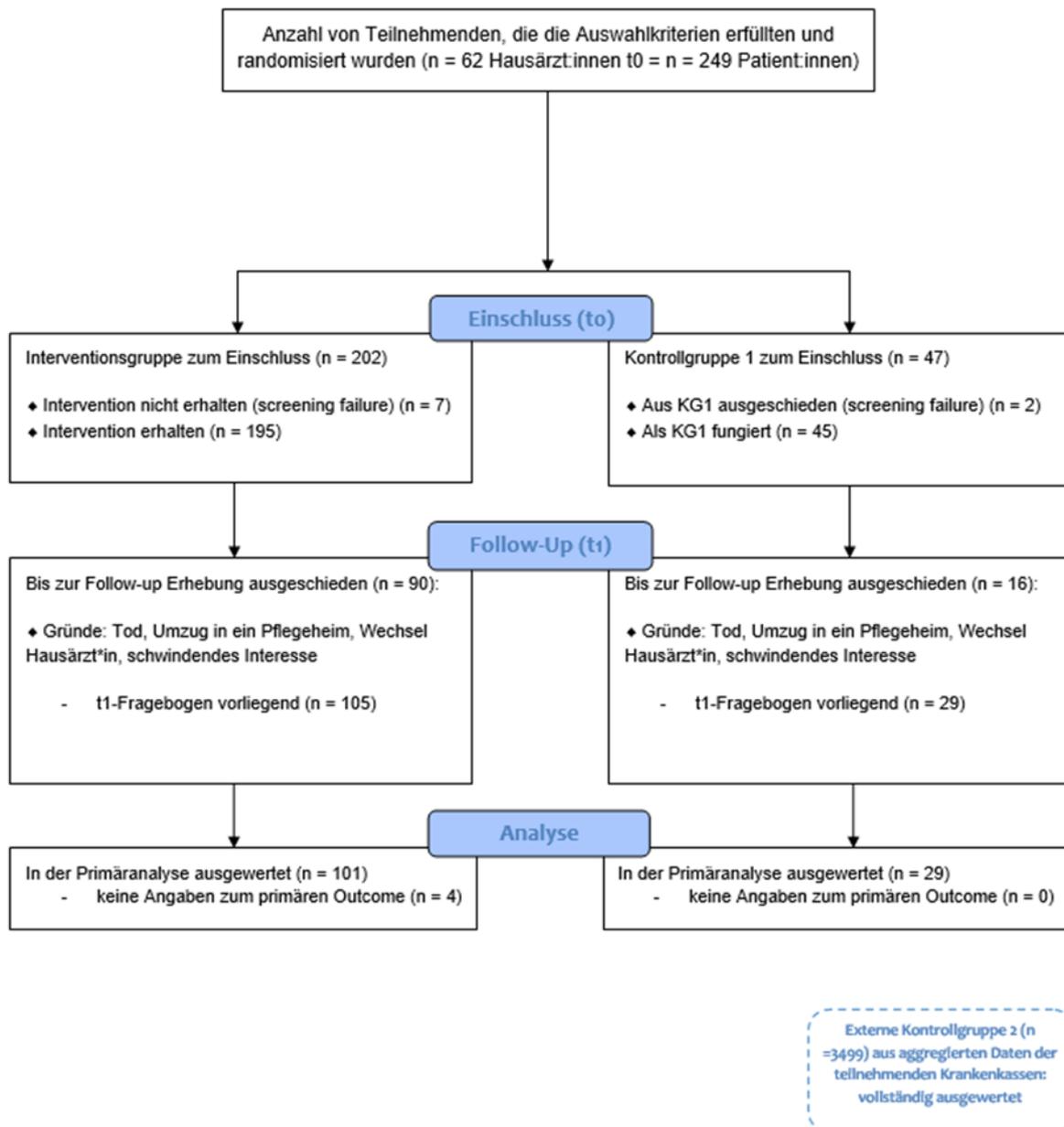
5.3 Fallzahlen inkl. Drop-Out

Es nahmen 62 Hausärzt:innen in 40 Praxen teil (23 Praxen in der IG, 17 in der KG1). Zu Projektbeginn wurde ursprünglich der Einschluss von 120 Hausärzt:innen und weit mehr Patient:innen und – wenn möglich – deren primär pflegende Angehörigen (N=800 je IG und KG1) angestrebt. Mit der Projektverlängerung in 2021 wurde die Ziel-Fallzahl auf 334 Fälle in der IG sowie 79 Fälle in der KG1 angepasst. Die final erreichten Fallzahlen bis März 2022 (Ende Einschluss) bzw. Dezember 2022 (Ende Intervention) blieben jedoch auch hinter diesen Erwartungen zurück. Eingeschlossen wurden 202 Patient:innen in die IG sowie 47 Patient:innen in die KG1, versorgt wurden 195 Patient:innen in der IG und 45 Patient:innen in der KG1 (s. Abbildung 2). Die Fallzahl der extern nachgebildeten KG2 (N=3499) blieb von diesen Fallzahl-Entwicklungen unberührt.

Dem Flussdiagramm in Abbildung 2 sind sowohl das Design als auch die final erreichten Fallzahlen der Primäranalysen zu entnehmen.

Abbildung 2: Flussdiagramm Daten und Fallzahlen

CONSORT 2010 Flow Diagram DemStepCare



5.4 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte

In Tabelle 2 und Tabelle 3 werden zunächst der primäre und die sekundären Endpunkte im Hinblick auf das erfasste Konstrukt, den Datenzugang, Messzeitpunkte und Gruppe (IG vs. KG1/KG2) beschrieben. In Tabelle 4 erfolgt selbiges in Bezug auf die explorativen Fragen der Evaluation.

Tabelle 2: Primärer Endpunkt der Ergebnisevaluation

Konstrukt	Operationalisierung/ Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe
Reduktion von stationären Behandlungstagen (IG vs. KG1)	Anzahl stationärer Behandlungstage: Fragebogen und pseudonymisierte Individualdaten der beteiligten Krankenkassen	zu t0 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 Monate, zu t1 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 bzw. 11 Monate

Anmerkungen: Interventionsgruppe = IG, Kontrollgruppe = KG; t0 = Einschlusszeitpunkt, t1 = 9 bzw. 11 Monate nach Einschluss (= Mindestdauer der Intervention)

Tabelle 3: Übersicht sekundärer Endpunkte der Ergebnisevaluation

Konstrukt	Operationalisierung/ Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe
Reduktion von stationären Behandlungstagen (IG vs. KG2)	Anzahl stationärer Behandlungstage; IG: Fragebogen und pseudonymisierte Individualdaten der am Versorgungsvertrag beteiligten Krankenkassen, KG2: aggregierte Routinedaten	zu t0 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 Monate, zu t1 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 bzw. 11 Monate
Reduktion der Krankenhauseinweisungen (IG vs. KG1 sowie IG vs. KG2)	Anzahl der Krankenhauseinweisungen; IG + KG1: Fragebogen und pseudonymisierte Individualdaten der am Versorgungsvertrag beteiligten Krankenkassen, KG2: aggregierte Routinedaten	zu t0 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 Monate, zu t1 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 bzw. 11 Monate
Lebensqualität der Patient:innen	Fragebogen für Patient:innen und Angehörige, bei Patient:innen nach Bedarf Assistenz im telefonischen Interview (Quality of Life in Alzheimer's Disease [QOL-AD] (Logsdon et al, 2002) in Patient:innen- und Angehörigenversion); in IG und KG1	t0, t1
Belastung pflegender Angehöriger	Fragebogen Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D) (Zank et al, 2006)	t0, t1
Stress pflegender Angehöriger	Perceived Stress Scale (PSS) (Klein et al, 2016)	t0, t1
Resilienz pflegender Angehöriger	Brief Resilience Scale (BRS) (Smith et al, 2008)	t0, t1
Lebensqualität pflegender Angehöriger	World Health Organization Quality of Life – Kurzform	t0, t1

	(WHOQOL-BREF) (Angermeyer et al, 2000)	
Verlauf des Stresserlebens der Angehörigen	Skala von 0-10, die bei jedem Kontakt mit dem Team (Case Manager:innen, Krisenambulanz) erfragt wurde	Im Verlauf der Betreuung
Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität der Hausärzt:innen	selbst entwickeltes Fragebogen-Instrument	Vor der Schulung der Ärzt:innen (t _{0HÄ}), 12 bzw. 14 Monate (t _{1HÄ}) nach Abschluss der Schulung und am Ende der Interventionsphase (t _{2HÄ}) (IG und KG)
Angemessenheit der medikamentösen Behandlung Anzahl potenziell inadäquater Medikamente (PIM) Anzahl arzneimittelbezogener Probleme Unterversorgung behandlungsbedürftiger Indikationen Anzahl verordneter Arzneimittel und Risikoarzneimittel	Studienadaptierter Medication Appropriateness Index (MAI) (Hanlon et al, 1992, Samsa et al, 1994) PRISCUS-Liste (Holt et al, 2010), FORTA-Liste (Kuhn-Thiel et al, 2014, Pazan et al, 2016, Pazan et al, 2018, Pazan et al, 2019) und STOPP-Kriterien (O'Mahony et al, 2015, O'Mahony 2020) Nach dem Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (The PCNE Classification V 9.1) START-Kriterien (O'Mahony et al, 2015) Deprescribing	IG: t ₀ und dann einmal pro Quartal, (ggf. auch zu t ₁ und im Krisenfall) t ₁ nötig je nach Abstand zu Quartalsmessung, zu t ₂ bezogen auf den individuellen Behandlungszeitraum der IG KG 1: t ₀ , t ₁ , t ₂

Anmerkungen: Interventionsgruppe = IG, Kontrollgruppe = KG; t₀ = Einschluszeitpunkt, t₁ = 9 bzw. 11 Monate nach Einschluss (= Mindestdauer der Intervention), t₂ = Behandlungsende (wobei gilt: t₂ >9 Monate nach Einschluss und t₂ <39 Monate nach Einschluss)

Tabelle 4: Explorative Fragestellungen

Konstrukt	Operationalisierung/ Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe
Nutzungsgrad von ambulanten Unterstützungsangeboten	Selbst entwickelter Index (aus Daten der elektronischen Fallakte)	im Studienverlauf, ohne spezifizierte Zeitpunkte (IG)
Versorgungsstabilität	Demenzspezifisches Screening zur Versorgungssituation (DSV)	zu t0, t1 bezogen auf den Zeitraum der letzten 4 Wochen
Leitliniengerechte Demenzdiagnostik und -therapie	Operationalisiert über die Durchführung des abrechnungsfähigen Geriatrischen Basisassessments und über die Diagnosespezifität	im Studienverlauf, ohne spezifizierte Zeitpunkte (IG und KG1)

Anmerkungen: Interventionsgruppe = IG, Kontrollgruppe = KG; t0 = Einschluszeitpunkt, t1 = 9 bzw. 11 Monate nach Einschluss (= Mindestdauer der Intervention)

Die Prozessevaluation verfolgte das Ziel, ergänzend zur Wirksamkeitsprüfung der Ergebnisevaluation, Prozessmerkmale der neuen Intervention zu erfassen, die einen relevanten Einfluss auf die Umsetzbarkeit unter Routinebedingungen hatten. Damit können Probleme eines zukünftigen Implementierungsprozesses antizipiert werden und es ergeben sich Hinweise für die Optimierung der Interventionskonzeption. Die Fragestellungen der Prozessevaluation waren explorativ; erwartet wurde aber im Sinne der Wirksamkeitshypothese, dass sich bei allen wesentlichen evaluativen Indikatoren der Prozessqualität (z. B. Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung) positive Werte ergeben, die eine Umsetzung unter Routinebedingungen möglich erscheinen lassen.

Tabelle 5 gibt zunächst einen Überblick über die Elemente der Prozessevaluation und spezifiziert das zu erfassende Konstrukt, den Datenzugang, Messzeitpunkte und Methodik der Datenanalysen.

Tabelle 5: Übersicht Prozessevaluation

Konstrukt	Operationalisierung / Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe	Datenanalyse
Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Patient:innen/ Angehörigen bzgl. der Intervention; partizipative Mitwirkung der Angehörigen	a) Fragebogen für Angehörige (selbst entwickelte Items und adaptierter PICS (Lerman et al, 1990)) b) Interviews (N=20 Patient:innen bzw. Angehörige)	a) t0: PICS, t1: PICS (IG und KG 1); selbst entwickelte Items (IG) b) t1	a) Konfirmatorische und deskriptive quantitative Datenanalyse b) Qualitative Inhaltsanalyse
Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Hausärzt:innen bzgl. der Intervention	a) Fragebogen (selbst entwickelt; Ärzt:innen der IG und KG1)	a) 12 bzw. 14 Monate (t1 _{HÄ}) nach Abschluss der Schulung der Ärzt:innen und am Ende der	a) Quantitative Datenanalyse b) Qualitative Inhaltsanalyse

	b) Interviews (N=10 Ärzt:innen der IG)	Interventions- phase (t _{2HÄ}) b) t _{1HÄ}	
Akzeptanz, Zufriedenheit, Nutzenbewertung und arbeitsbezogene Verhaltensmuster im Zusammenhang mit Stressverarbeitung und Widerstandsfaktoren der Case Manager:innen und der Pflegeexpert:innen bzgl. der Intervention	a) Interviews (Case Manager:innen bzw. Pflegeexpert:innen, Vollerhebung geplant) b) Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben (AVEM) (Schaarschmidt, Fischer, 1996), Stressverarbeitung (SVF) (Erdmann, Janke, 2008), Kohärenzsinn als Widerstandsfaktor gegen Stress (SOC) (Antonovsky, 1996)	a) ab Monat 20 nach Arbeitsaufnahme Case Management b) Vor Beginn der Arbeitsaufnahme (t _{0CM}), nach 14 Monaten (t _{1CM}), nach 24 Monaten (t _{2CM})	a) Qualitative Inhaltsanalyse b) Quantitative Datenanalyse

Anmerkungen: Interventionsgruppe = IG, Kontrollgruppe = KG; t₀ = Einschlusszeitpunkt, t₁ = 9 bzw. 11 Monate nach Einschluss (= Mindestdauer der Intervention), t₂ = Behandlungsende (wobei gilt: t₂ >9 Monate nach Einschluss und t₂ <39 Monate nach Einschluss)

5.5 Methoden der statistischen und qualitativen Analysen

Im Vorfeld der über die Hypothesen / Endpunkte entscheidenden Regressionsanalysen wurden deskriptive Statistiken (z. B. hinsichtlich Merkmalsverteilungen der Stichproben der Fragebögen [IG und KG1] und aggregierten Krankenkassenroutinedaten [KG2], Drop-outs) berechnet. Wegen der typischerweise schiefen Verteilung wurden die Hauptanalysen zur Anzahl stationärer Behandlungstage und Krankenhauseinweisungen mittels Negativ-Binomial-Regressionsmodellen durchgeführt. Interventionseffekte wurden bei beiden Outcomes zwischen der IG und KG1 sowie zwischen IG und KG2 untersucht. Der a-priori festgelegte primäre Endpunkt war dabei der Vergleich von stationären Behandlungstagen zwischen der IG und KG1. Der analoge Vergleich zwischen IG und KG2 sowie der Krankenhausweisungen zwischen IG und KG1 bzw. KG2 stellten sekundäre Endpunkte dar.

Die regressionsbasierten Hauptanalysen zum Vergleich der Krankenhaustage und -einweisungeneinweisungen zwischen IG und KG1 erfolgten unter Berücksichtigung der individuell unterschiedlichen Follow-up-Zeiten als Exposure. Eine Adjustierung erfolgte, wie vorab spezifiziert, um die Variablen Alter, Geschlecht, Demenzsensibilität der Hausärzt:innen sowie COVID-19-bedingter Behandlungspause (ja/nein). Zur Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur der Daten erfolgte – wie auch bei den Analysen der psychosozialen Endpunkte – eine Spezifikation cluster-robuster Standardfehler auf Hausärzt:innen-Ebene. Beim Vergleich mit den aggregierten Daten der KG2 wurde aufgrund der Gegenüberstellung von Individualdaten (IG) und aggregierten Daten (KG2) eine Poisson-Regression mit der Follow-up-Zeit als Exposure und robusten Standardfehlern durchgeführt. Eine Adjustierung erfolgte hier um die Altersgruppen, das Geschlecht und die Pflegegradgruppen.

Zusätzlich zu den multivariaten Hauptanalysen wurden univariate Analysen betrachtet. Dabei wurden im Sinne von Sensitivitätsanalysen die Adjustierungsvariablen ausgeklammert, aber sonst identische Regressionsmodelle verwendet.

Neben den biostatistischen und gesundheitsökonomischen Endpunkten standen die psychosoziale Situation bzw. zum einen die Lebensqualität der Patient:innen (Hypothese b) sowie zum anderen die pflegebezogene Belastung bei den Angehörigen (Hypothese c) als sekundäres Outcomes der Intervention im Fokus. Hierfür wurden die Fragebögen der Patient:innen und Angehörigen (IG vs. KG1) als Datenbasis herangezogen (vgl. Tabelle 4).

Über die pflegebezogene Belastung der Angehörigen hinaus wurden – im Hinblick auf die psychosoziale Situation der Angehörigen – ferner weitere psychologische Konstrukte untersucht. Dieses Vorgehen ermöglichte einen tieferen Einblick in die psychosoziale Situation von Angehörigen während der Studienteilnahme. Konkret evaluiert wurden dabei die Resilienz, Lebensqualität und der empfundene Stress bzw. das Stresserleben (vgl. Tabelle 4).

Alle genannten psychologischen Konstrukte gingen jeweils als Outcome-Variablen in die Auswertungen ein. Um den Effekt der Gruppenzugehörigkeit auf die jeweiligen Endpunkte zu den Post-Interventionszeitpunkten zu untersuchen, wurden Ordinary Least Squares- bzw. lineare OLS-Regressionsmodelle mit einer Clusterung nach den teilnehmenden Hausärzt:innen/Praxen bzw. einer Spezifikation cluster-robuster Standardfehler auf Hausärzt:innen-Ebene geschätzt. Lediglich das Stresserleben mittels numerischer Analogskala wurde zusätzlich als Zeitreihe evaluiert, da es (über die Erhebung in der elektronischen Fallakte) mit bis zu 15 Messzeitpunkten erfasst wurde.

Zusammenfassend galt in den Voranalysen das folgende Auswertungsschema:

- I. Univariate Statistiken zum Endpunkt (Verteilungen zur Kontextualisierung)
- II. Bivariate Voranalysen (Gruppenunterschiede & Korrelationen zur Vorabselektion)

Im Anschluss wurden pro Endpunkt zwei bis drei Regressionsmodelle gerechnet:

- III. Multivariates Modell mit dem psychosozialen Konstrukt zu t1 als Outcome, einer Adjustierung um die t0-Messung des Outcomes sowie der Gruppe als Prädiktor sowie Adjustierung weiterer Prädiktoren/Kovariaten (cut-off: $p < 0,20$)
- IV. Sofern die Adjustierung in III. eine Reduktion der Fallzahlen von $> 10\%$ bewirkte: Zusätzlich zum Vorgehen in III. ein multivariates Modell mit multipler Imputation fehlender Werte

Wenn keine multiple Imputation erfolgte, galt die jeweilige Hypothese als sicher bestätigt, wenn Signifikanz in den Modellen III. vorlag. Die Modelle IV. dienten der zusätzlichen Bestätigung der Signifikanz unter Kontrolle weiterer potenzieller Prädiktoren. Wenn eine multiple Imputation erforderlich war, galt die jeweilige Hypothese mit Signifikanz in den Modellen IV. als bestätigt. Die Modelle IV. dienten allerdings auch der Kontrolle und Exploration weiterer potenzieller Prädiktoren der Endpunkte.

Von diesem Schema wich lediglich die Untersuchung der Lebensqualität der Patient:innen geringfügig ab: Diese Evaluation stützte sich auf die Fragebögen der Patient:innen, die zum einen nicht mit denen der Angehörigen verknüpft wurden (= anderer Datensatz als bei den übrigen psychosozialen Endpunkten der Angehörigen) sowie zum anderen deutlich weniger Variablen bzw. potenzielle Prädiktoren erhoben haben. Als (soziodemographische) Kontroll-/ Adjustierungsvariablen standen damit lediglich das Alter und Geschlecht der Patient:innen zur Verfügung. Diese wurden (ohne cut-off-Wert) adjustiert. Eine multiple Imputation fehlender Werte war nicht notwendig. Als Regressionsmodell zur Beantwortung dieses sekundären Endpunkts wurde folglich – analog zu den Modellen der Angehörigen-Endpunkte, siehe oben – Modell III. geschätzt.

Größtenteils auf Grundlage der Daten aus der elektronischen Fallakte und angereichert mit den Fragebogendaten wurden die Leitlinien-treue und Spezifität der Demenzdiagnosen als Bestandteil der verbesserten Hausärzt:innenversorgung sowie weitere explorative Fragestellungen im Zusammenhang mit der Zielsetzung von DemStepCare evaluiert. Dabei wurde jeweils auf Unterschiede zwischen IG und KG1 getestet. Ein longitudinaler Verlauf der

explorativen Endpunkte Versorgungsstabilität sowie Leitlinien-treue und Spezifität von Demenzdiagnosen war aufgrund lückenhafter Datenlage und / oder nicht spezifizierter Messzeitpunkte nicht zu untersuchen. In Bezug auf den Nutzungsgrad von Unterstützungsangeboten war dies nur zu einem Teil – mit den Fragebögen der Angehörigen – möglich, gleichermaßen aber nicht mit den Daten aus der elektronischen Fallakte.

Zur gesundheitsökonomischen Evaluation, die u. a. auf der Analyse der pseudonymisierten Daten der GKV basierte, wurde in Abstimmung mit den am Projekt beteiligten Krankenkassen eine Datensatzbeschreibung zu den zu liefernden Daten erstellt. Zunächst wurden über die Art, Frequenz und Dauer der Krankenhauseinweisung deren Kosten mittels standardisierter Bewertungsätze bestimmt (Bock et al. 2015). Dann wurde die interventionsbezogene Kostenreduktion (in Bezug auf Krankenhauseinweisungen jeweils im Vergleich zu KG1 und KG2) ermittelt. Diese wurde wiederum mit den Kosten der Intervention in Bezug gesetzt. Schlussendlich wurden die nun vorhandenen Nettokosten der Intervention (Interventionskosten minus Kosten vermiedener Krankenhauseinweisungen) im Sinne von Kosten-Effektivitäts-Analysen mit den Interventionseffekten bzgl. Lebensqualität der Patient:innen und Belastungsreduktion der Angehörigen in Relation gesetzt. Im Falle statistisch signifikanter Effektschätzer wurden zur Darstellung der Inferenz für die einzelnen Kosten-Effektivitäts-Relationen 95%-Konfidenzintervalle mittels der Anwendung von Fieller's Theorem kalkuliert (Fieller et al. 1954). Neben diesen Kosten wurden keine weiteren Kostenfaktoren berücksichtigt.

Neben den quantitativen Herangehensweisen wurden verschiedene Konstrukte ebenfalls auf qualitativer Ebene pflegewissenschaftlich evaluiert (LWL-Klinikum Gütersloh). Zur Erfassung der Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Patient:innen/Angehörigen bezüglich der Intervention wurden zu t1 insgesamt 20 Interviews angestrebt, wovon jeweils 10 aus Personen mit einer stabilen Versorgungslage (Versorgungsstufe „grün“) und 10 aus Personen mit (potentiell) gefährdeter Versorgungslage (Versorgungsstufen „gelb“/„rot“) bestehen sollten. Die für das Interview ausgewählten Personen wurden aus dem Gesamtpool aller Patient:innen zufällig ausgewählt. Hierzu wurden den Pflegewissenschaftler:innen im ersten Schritt jeweils 10 Patient:innen-Kontaktdaten zur Verfügung gestellt. Da nicht alle der ausgewählten Patient:innen einer Befragung zustimmten, wurden sukzessive weitere Daten zur Verfügung gestellt, bis die angestrebte Gesamtzahl an Befragten erreicht wurde. Die Interviews wurden anhand von vorab festgelegten Leitfragen (s. Evaluationsbericht) telefonisch durchgeführt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen wurden für die Auswertung vollständig transkribiert, wobei Pausen, Stimmlagen und sonstige parasprachliche Elemente nicht erfasst wurden. Aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews angewandt werden, waren hier nicht erforderlich. Die Transkription konnte somit auf entsprechende Vermerke verzichten und enthielt nur den Inhalt des Gesprächs (vgl. Mayer 2011; Mayring 2010). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Transkripte anonymisiert, so dass diese keine Informationen enthielten, die persönliche Rückschlüsse auf die Teilnehmenden für Dritte ermöglichten.

Die Auswertung der Interviews wurde an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angelehnt. Er beschreibt zum einen die Technik des Zusammenfassens und die Kategorienbildung als eine Grundform des Interpretierens: „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ und zum anderen die Technik des Strukturierens: „Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, [...] einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“.

Die Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Hausärzt:innen bzgl. der Intervention wurde zu t1_{Arzt} ebenfalls qualitativ untersucht. Hierzu wurden alle am Projekt beteiligten Hausärzt:innen angeschrieben und um Rückmeldung gebeten, ob sie für eine Befragung zur

Verfügung stehen. Es wurde eine Gesamtzahl von 10 Interviews angestrebt. Das leitfragengestützte Vorgehen bei der qualitativen Befragung der Hausärzt:innen in Hinblick auf Datenerhebung, -verarbeitung und -auswertung wurde analog zur qualitativen Befragung der Patient:innen / Angehörigen durchgeführt.

Die Akzeptanz, Zufriedenheit, Nutzenbewertung und arbeitsbezogene Verhaltensmuster im Zusammenhang mit Stressverarbeitung und Widerstandsfaktoren der Case Manager:innen und der Pflegeexpert:innen bzgl. der Intervention wurde sowohl quantitativ als auch qualitativ mittels Vollerhebung erfasst. Quantitativ wurde sich der Fragestellung mithilfe der in Tabelle 5 genannten Fragebögen genähert, welche zu Beginn der Tätigkeit, nach 14 Monaten sowie nach 24 Monaten Projektaktivität postalisch an alle Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen verschickt wurden. Die qualitative Befragung wurde ab dem 20. Monat Projektaktivität durchgeführt und stellte sich im Vorgehen analog zur qualitativen Befragung der Patient:innen Angehörigen dar.

6. Projektergebnisse

a. Prozessevaluation

Fragebogenbefragung der Patient:innen und Angehörigen (IG & KG1)

Die Ergebnisse der Prozessevaluation über den PICS zeigten auf, dass sich die Teilnehmenden sowohl in IG als auch in KG1 jeweils vergleichbar stark auf mittlerem Niveau in die Behandlung einbezogen wahrnahmen. Wiederum konnte für die Angehörigen (der IG) eine sehr hohe Zufriedenheit bzw. Nutzenbewertung mit DemStepCare beobachtet werden. Darunter wurde bspw. auch der Frage nach einer Entlastung durch das Projekt im Mittel sehr hoch zugestimmt.

Interviews der Patient:innen bzw. Angehörigen (IG)

Bei der Auswertung der Interviews wurden unter Berücksichtigung der Versorgungssituation zu t0 die Interviewergebnisse kontrastiert und dementsprechend gegenübergestellt. So konnten die Aussagen der Angehörigen, die sich initial in einer stabilen (grünen) Versorgungssituation mit ihrem erkrankten Angehörigen befanden, denen gegenübergestellt werden, die sich initial in einer instabilen (gelb) oder kritischen (rot) Versorgungssituation befanden. Folgende Oberkategorien wurden gebildet:

- Versorgungssituation der Patient:innen / Situation der Angehörigen
- Bewertung des DemStepCare-Projektes und durch das Projekt angestoßene Veränderungen in der Versorgungssituation
- Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Projekt

Es stellte sich heraus, dass die Familien, die sich in einer stabilen Versorgungssituation befanden, ein gutes Netzwerk im Kontext ärztlicher und pflegerischer Unterstützung hatten, über ein erweitertes Netzwerk im familiären Umfeld verfügten und eine konsequente Einbindung eines externen Pflegedienstes vorhanden war. Dagegen gaben die Angehörigen, die sich in instabilen Versorgungssituationen befanden, an, dass die vorhandene Unterstützung nicht ausreichte, der/die zu pflegende Angehörige sich schon häufig verletzt hatte (wie z. B. Stürze) und dass eine ununterbrochene Unterstützung notwendig war. In beiden Gruppen war die gefühlte Belastung gleichsam hoch. In der Gesamtbewertung des DemStepCare-Projektes gab die Gruppe mit initial stabiler Versorgungssituation an, dass sie die hohe Kompetenz der Case Manager:innen sehr schätzte. Auch wurde als vorteilhaft bewertet, dass es feste Ansprechpartner:innen gab. Ein weiterer Vorteil wurde in konkreten und angepassten Hilfen gesehen, so wie in der guten Erreichbarkeit der Case Manager:innen. Auch in der Gruppe mit initial instabiler Versorgungssituation wurde die Kompetenz der Case Manager:innen als sehr hoch angesehen. Es wurde jedoch auch gesagt, dass die angebotenen Hilfen nicht ausreichen würden. In beiden Gruppen wurde darauf hingewiesen, dass es

Schwierigkeiten gab, wenn die Ansprechperson (Case Manager:in) gewechselt hat. In beiden Gruppen wurden dieselben Veränderungen durch das Projekt benannt. Es kam zu einer verbesserten Aufklärung / Verständnis über die Erkrankung selbst. Auch wurde angegeben, dass sich neue Handlungsoptionen aufgetan haben. Daneben gab es emotionale Unterstützung und eine Verbesserung der Gesamtsituation. Auch festzuhalten ist, dass die Corona-Pandemie die Belastungssituationen für die Familien noch erhöht hatte.

Fragebogenbefragung der Hausärzt:innen (IG & KG1)

Wie die Ergebnisse zur quantitativen hausärztlichen Befragung zeigen, bekunden die projektinvolvierten Ärzt:innen vor allem in der IG ein hohes Maß an Zufriedenheit mit dem Gesamtprojekt und dem Potenzial, welches sich in verschiedenen Zusammenhängen entfalten konnte. Dabei wurden sowohl Mehrwerte als auch Entlastungsfaktoren genannt. Die Befragten konstatierten verbreitet eine wirksame Verbesserung der praxiseigenen Demenzversorgung, was mit der funktionierenden Kooperation mit den Case Manager:innen in Zusammenhang gestellt wurde. Ärzt:innen in der IG nahmen aufgrund der Projektteilnahme ein höheres Maß an (ambulanter) Versorgungsstabilität wahr. Es fiel ihnen leichter, Versorgungsbedarfe von Patient:innen und Angehörigen abzuschätzen und Hilfsangebote aufzuzeigen.

Vereinzelt zeigten sich Schwierigkeiten aufgrund des empfundenen Mehraufwands, insbesondere mit Blick auf die als hochschwierig wahrgenommene Einschreibung von Patient:innen ins Projekt, Dokumentationsanforderungen und den Umgang mit der elektronischen Fallakte. Auch wurde die Kommunikation im Projekt und die fehlende umfangreiche ‚Mitnahme‘ der Ärzt:innen gelegentlich kritisiert. Vergleichbare Problematiken sind aus anderen klinischen Forschungsprojekten, bei denen Hausärzt:innen einbezogen wurden, bekannt.

Interviews der Hausärzt:innen (IG)

Bei der Interpretation der Interviewergebnisse der Hausärzt:innen muss berücksichtigt werden, dass die angestrebten 10 Interviews nicht vollständig zustande gekommen sind. Lediglich vier Hausärzt:innen haben sich bereit erklärt, ein Interview zu ihren Erfahrungen mit dem DemStepCare-Projekt zu geben. Die Auswertung der Interviews wurde an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angelehnt. Nach Transkription wurden die Interviews durch zwei wissenschaftliche Mitarbeitende analysiert und die Aussagen der Hausärzt:innen in Oberkategorien zusammengefasst.

Folgende Oberkategorien wurden gebildet:

- Schwierige Versorgungssituationen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
- Veränderung der Versorgungssituation durch DemStepCare
- Zusammenarbeit mit den Case Manager:innen
- Entlastungen durch das Projekt DemStepCare
- Belastungen durch das Projekt DemStepCare
- Kritikpunkte
- Verbesserungswünsche

Insgesamt zeigte sich eine hohe Zufriedenheit mit dem Gesamtprojekt. Jedoch wurden auch einige Kritikpunkte der Hausärzt:innen deutlich. So wurde das Dokumentationssystem (gemeinsame elektronische Fallakte) als nicht geeignet, beziehungsweise zu kompliziert eingeschätzt. Auch der administrative Aufwand wurde kritisiert. In der Zusammenarbeit mit den Case Manager:innen wurde mehr direkte Kommunikation gewünscht. Auch wurde deutlich, dass Hausärzt:innen sich durch die Case Manager:innen im Kontext der Administration entlastet fühlten. Wenngleich eine positive Grundhaltung gegenüber dem

Projekt DemStepCare bestand, gab es differente Meinungen im Detail, was gut gelaufen sei und welche Verbesserungspotentiale vorhanden seien. Das differente Meinungsbild wird ursächlich mit der geringen Fallzahl der Interviews zusammenhängen.

Case Manager:innen & Pflegeexpert:innen

Die befragten Case Manager:innen & Pflegeexpert:innen waren alle weiblich und im Mittel 40,50 (SD = 13,22) Jahre alt.

Für die qualitative Befragung der Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen mittels Interview wurden insgesamt 8 (von potentiell 11) Personen erreicht. Die anderen Personen sind vorzeitig aus dem Projekt ausgeschieden und standen aus diesem Grund nicht mehr für ein Interview zur Verfügung.

Bei den Interviews der Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen wurden folgende Oberkategorien gebildet:

Es wurden insgesamt sieben Oberkategorien gefunden:

- Arbeitsalltag der Befragten
- Positive Aspekte des Projektes im Allgemeinen
- Veränderung im Arbeitsalltag durch DemStepCare
- Kritik am Projekt im Allgemeinen
- Versorgungssituation der Patient:innen
- Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen – Qualität der Zusammenarbeit
- Verbesserungsvorschläge

Der Arbeitsalltag der Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen stellte sich unterschiedlich dar. Vor allen Dingen im Caseload der Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen gab es deutliche Unterschiede. Diese Unterschiede hingen unter anderem ursächlich damit zusammen, ob Case Manager:innen viele Patient:innen / Familien mit stabiler Versorgungssituation betreuten. Dies war nicht so Ressourcen aufwändig, wie eine Betreuung von Patient:innen und ihren Familien, die eine instabile Versorgungssituation hatten. Dem gegenüber hatten Pflegeexpert:innen weniger Patient:innen, dafür aber sehr intensiv zu betreuen. Ein Ungleichgewicht entstand zusätzlich dadurch, dass die Case Manager:innen den hausärztlichen Praxen zugeordnet waren und die Hausärzt:innen eher unterschiedlich viele Patient:innen einschrieben, was nicht antizipiert werden konnte bei der Zuteilung. Der Aufbau von Hilfenetzwerken war in allen Arbeitskontexten der Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen eine zentrale Aufgabe. Auch die Beratung der Patient:innen und Familien war eine immer wiederkehrende Tätigkeit. Ein zentraler Punkt im Kontext der Interviews mit den Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen war die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen. Die Zusammenarbeit wurde als verbesserungswürdig eingestuft. Hier zu nennen ist die nicht konsequente Nutzung der elektronischen Fallakte sowie eine falsche Erwartungshaltung und die fehlende Erreichbarkeit der Hausärzt:innen. Es kann festgehalten werden, dass die Kommunikation aus Sicht der Case Manager:innen besser hätte gestaltet werden können. Ein größerer Kritikpunkt der Case Manager:innen war die Abgabe eines Falls an die Pflegeexpert:innen der Krisenambulanz, wenn durch die Risikostratifizierung eine krisenhafte Versorgungssituation nicht mehr auszuschließen war. Ab diesem Zeitpunkt kam es zu einem Wechsel der Zuständigkeit, vom Case-Management hin zu Pflegeexpert:innen der Krisenambulanz. Diesen Bruch der Beziehung bemängelten die Case Manager:innen deutlich. Auch den Einschreibeprozess ins Projekt sahen die Case Manager:innen als problematisch und zu kompliziert an. Die Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen hielten das DemStepCare-Projekt für ein gutes Grundkonzept. Die Familien mit Menschen mit Demenz erhielten viele Hilfen. Sie würden sich aber für die Zukunft eine konsequente Nutzung der gemeinsamen

elektronischen Fallakte wünschen. Für sie persönlich habe es einige positive Optionen im Kontext der Arbeitsgestaltung gegeben. So seien die Arbeitszeiten familienfreundlich gewesen und die Arbeit sei mit einer hohen Autonomie und Gestaltungsfreiheit einhergegangen.

Die Auswertung der Fragebogendaten ergab im Vergleich zwischen den Zeitpunkten keinerlei signifikante Unterschiede im Hinblick auf den Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-29). Im Hinblick auf den Fragebogen zu arbeitsbezogenem Verhalten und Erleben (AVEM) ergab die statistische Analyse eine Zunahme der Skala „subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“ im Vergleich von t0 zu t1. Die Auswertung der einzelnen Skalen des Fragebogens zur Stressverarbeitung (SVF-120) ergab ein sehr diffuses Bild: im Vergleich von t0 zu t1 zeigten sich Zunahmen auf den Skalen „Negativstrategien“ sowie „Entspannung“, im Vergleich von t0 zu t2 ergaben sich Zunahmen auf den Skalen „Herunterspielen“ und „Entspannung“, während im Vergleich von t1 zu t2 eine Zunahme auf der Skala „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ auftrat. Bei der Interpretation ist als wichtige Einschränkung der Daten anzumerken, dass es auch bei den Fragebögen einen Drop-Out bei der für quantitative Analysen ohnehin kleinen Stichprobengesamtgröße von 11 Personen über die Zeit gab. Dies führte dazu, dass es zu t1 nur noch 9 und zu t2 nur noch 7 Datensätze waren, die für eine statistische Analyse zur Verfügung standen. Vor diesem Hintergrund sind die berichteten quantitativen Ergebnisse nur als explorativer Einblick zu verstehen.

b. Effektevaluation

Fragebogenbefragung der Patient:innen und Angehörigen

Reduktion von stationären Behandlungstagen (IG vs. KG1, IG vs. KG2)

Der primäre Endpunkt, die Reduktion stationärer Behandlungstage, wurde basierend auf drei präspezifizierten Vergleichen zwischen der IG und KG1 bzw. KG2 ausgewertet:

- a) IG vs. KG1 anhand von Fragebogendaten
- b) IG vs. KG1 anhand von GKV-Individualdaten
- c) IG vs. KG2 anhand von GKV-Individualdaten respektive aggregierten GKV-Daten

Dabei wurden vorab die Auswertung a) als Primäranalyse und b) sowie c) als nachrangige, ergänzende Analysen festgelegt, da GKV-Individualdaten lediglich für eine Teilmenge der Teilnehmer:innen verfügbar waren – und zwar diejenigen mit Versicherung bei einer der beteiligten Krankenkassen. Beispielsweise standen von den 130 in Analyse a) ausgewerteten Personen nur für 44 GKV-Individualdaten zur Verfügung. Eine Aufschlüsselung der Kollektive nach der Datengrundlage findet sich in Tabelle 6:

Tabelle 6: Datengrundlage für die Primäranalyse und die ergänzenden Analysen

	Fragebogen vorhanden		
	ja	nein	gesamt
GKV-Individualdaten vorhanden			
ja			
N	44	35	79
Anteil (%)	26.67	21.21	47.88
nein			
N	86	0	86
Anteil (%)	52.12		52.12
Gesamt			
N	130	35	165
Anteil (%)	78.79	21.21	100.00

Im folgenden Unterkapitel werden zunächst die in den Auswertungen a), b) und c) verglichenen Kollektive beschrieben.

Deskription der Kollektive

a) IG vs. KG1 anhand von Fragebogendaten (Primäranalyse)

Auswertbare Fragebögen lagen für 130 Personen vor. Von diesen gehörten 101 der IG an und 29 der KG1. Die Baseline-Charakteristika der beiden Gruppen sind in Tabelle 7 dargestellt. Hierbei zeigten sich keine auffälligen Gruppenunterschiede zwischen der IG und KG1, und insbesondere eine sehr ähnliche Zusammensetzung bzgl. der Alters- und Geschlechterstruktur.

Tabelle 7: Baseline-Charakteristika in der IG und KG1

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	29	101	130
Anteil (%)	22,31	77,69	100,00
Geschlecht: weiblich			
N	17	58	75
Anteil (%)	58,62	57,43	57,69
Geschlecht: männlich			
N	12	43	55
Anteil (%)	41,38	42,57	42,31
Alter			
Mittelwert	80,69	82,37	81,99
Standardabweichung	6,61	6,83	6,79
Minimum	65	62	62
Median	82	83	83
Maximum	91	98	98
Demenzsensibilität der Hausärzt:innen			
Mittelwert	2,21	2,27	2,25
Minimum	1	1	1
Maximum	3	3	3

b) IG vs. KG1 anhand von GKV-Individualdaten

Grundlage dieser Auswertung waren GKV-Individualdaten des BKK Landesverband Mitte, der DAK und der TK. Die Analysepopulation entspricht damit derjenigen Teilmenge der DemStepCare-Teilnehmenden mit Versicherung bei einer dieser drei Krankenkassen. GKV-Individualdaten lagen für insgesamt 79 der Teilnehmenden vor. Von diesen gehörten 67 Personen der IG und 12 der KG1 an. Die geringen Gruppengrößen sind der Tatsache geschuldet, dass viele Teilnehmende nicht bei einer der drei oben genannten Krankenkassen versichert waren. In Tabelle 8 sind die jeweiligen Baseline-Charakteristika dargestellt. Während die Altersstruktur vergleichbar war, fiel der Frauenanteil in der IG etwas geringer aus als in der KG1, was in Anbetracht der geringen Gruppengrößen allerdings nicht als auffällig bezeichnet werden kann.

Tabelle 8: Baseline-Charakteristika in der IG und KG1 (GKV-Individualdaten)

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	12	67	79
Anteil (%)	15,19	84,81	100,00
Geschlecht: weiblich			
N	8	36	44
Anteil (%)	66,67	53,73	55,70
Geschlecht: männlich			
N	4	31	35
Anteil (%)	33,33	46,27	44,30
Alter			
Mittelwert	80,08	82,25	81,92
Standardabweichung	8,80	5,97	6,45
Minimum	64	62	62
Median	84	83	83
Maximum	90	99	99
Demenzsensibilität der HÄ			
Mittelwert	2,25	1,99	2,03
Minimum	1	1	1
Maximum	3	3	3

c) IG vs. KG2 anhand von GKV-Individualdaten respektive aggregierten GKV-Daten

In dieser Auswertung erfolgte ein Vergleich der IG mit einer aus Nichtteilnehmenden bestehenden externen Kontrollgruppe (KG2), für die der individuelle Studieneinschluss und das Follow-up analog zu den DemStepCare-Teilnehmern nachgebildet wurde. Datengrundlage waren für die IG die GKV-Individualdaten des BKK Landesverband Mitte, der DAK und der TK und für die KG2 aggregierte GKV-Daten des BKK Landesverband Mitte, der TK sowie der IKK Südwest. Die KG2 umfasste 3499 Personen; das Kollektiv der IG stimmt mit demjenigen überein, das im vorherigen Abschnitt der internen KG1 gegenübergestellt wurde und enthielt folglich 67 Personen. Zur Vergleichbarkeit mit den aggregierten KG2-Daten wurden für die IG die Einflussgrößen Alter und Pflegegrad in jeweils drei Gruppen kategorisiert. Die Baseline-Charakteristika sind in Tabelle 9 dargestellt. Es fällt auf, dass die IG im Vergleich zur KG2 einen höheren Anteil älterer Personen enthielt, sowie einen geringeren Anteil mit einem mittleren Pflegegrad (Grad 1 oder 2).

Tabelle 9: Baseline-Charakteristika in der IG (GKV-Individualdaten) und KG2 (aggregierte GKV-Daten)

	Gruppe		
	KG2	IG	Gesamt
N	3499	67	3566
Anteil (%)	98,12	1,88	100,00
Geschlecht: weiblich			
N	1927	36	1963
Anteil (%)	55,07	53,73	55,05
Geschlecht: männlich			
N	1572	31	1603
Anteil (%)	44,93	46,27	44,95
Alter <=74			
N	853	7	860
Anteil (%)	24,38	10,45	24,12
Alter 75-85			
N	1841	42	1883
Anteil (%)	52,62	62,69	52,80
Alter >=86			
N	805	18	823
Anteil (%)	23,01	26,87	23,08
Pflegegrad 0			
N	1656	38	1694
Anteil (%)	47,33	56,72	47,50
Pflegegrad 1-2			
N	845	6	851
Anteil (%)	24,15	8,96	23,86
Pflegegrad 3-5			
N	998	23	1021
Anteil (%)	28,52	34,33	28,63

Ergebnisse

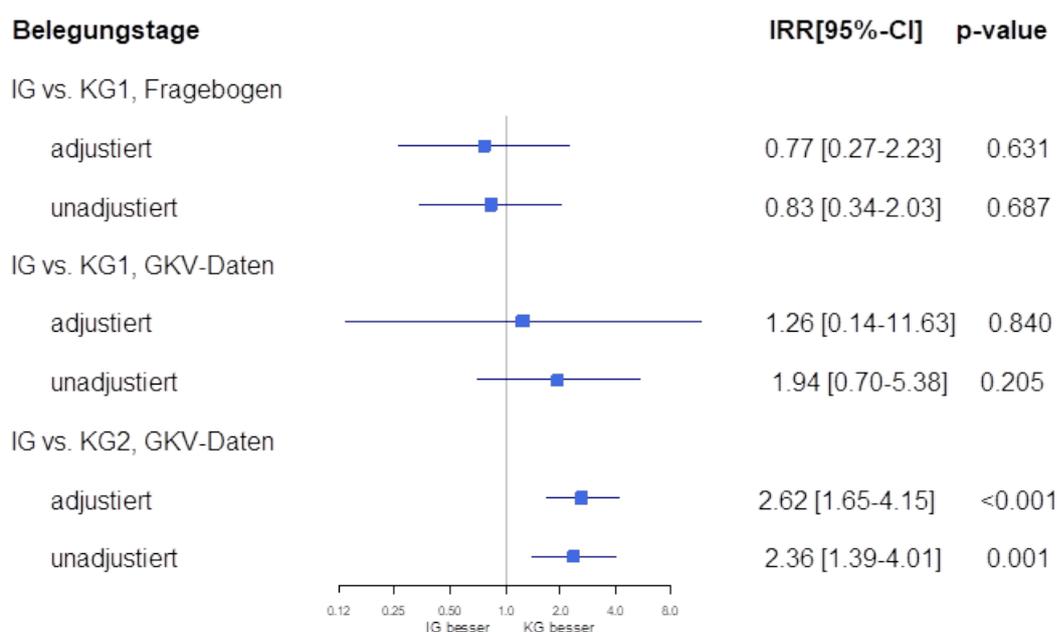
Die mittlere rohe Anzahl stationärer Behandlungstage je Gruppe ist in Tabelle 10 dargestellt, für jeden der drei Vergleiche. Da bei dieser Auswertung weitere Faktoren und insbesondere die individuell verschieden langen Follow-ups unberücksichtigt bleiben, sind diese Kennzahlen allerdings als Supplement für die nachfolgenden Ergebnisse der regressionsbasierten Analysen zu verstehen.

Tabelle 10: Auswertungen zum primären Endpunkt (Reduktion der stationären Behandlungstage): Vergleichene Kollektive mit Gruppengrößen und Datengrundlagen. Die Mittelwerte (\emptyset) geben jeweils die mittlere rohe Anzahl der stationären Behandlungstage an.

Fragebogen	IG	KG1	Primär-analyse
Individual vs. Individual	N=101 $\emptyset=3.03$	N=29 $\emptyset=3.48$	
GKV-Daten	IG	KG1	
Individual vs. Individual	N=67 $\emptyset=9.00$	N=12 $\emptyset=5.83$	
GKV-Daten	IG	KG2	
Individual vs. Aggregat	N=67 $\emptyset=9.00$	N=3499 $\emptyset=4.03$	

Die Resultate der regressionsbasierten Auswertungen in Form des geschätzten Inzidenzratenverhältnisses mit 95%-Konfidenzintervall sind in Abbildung 3 zusammengefasst. Werte kleiner 1 sprechen dabei für eine Reduktion der stationären Behandlungstage unter der Intervention, Werte größer 1 für eine Zunahme.

Abbildung 3: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum primären Endpunkt (Reduktion stationärer Belegungstage; IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)



Auswertbare Fragebogendaten lagen für n = 101 Patient:innen der IG und für n = 29 Patient:innen der KG1 vor. Anhand dieses Kollektivs wurde, wie a priori festgelegt, die Primäranalyse durchgeführt. Im adjustierten Hauptmodell wurde ein Inzidenzratenverhältnis

von 0,77 geschätzt, was als 23%ige Reduktion stationärer Behandlungstage unter der Intervention interpretiert werden kann. Aufgrund des breiten Konfidenzintervalls war dieser Effekt allerdings nicht statistisch signifikant bzw. bewegte sich im Bereich des Zufälligen. Das unadjustierte Modell lieferte ähnliche Ergebnisse.

Der zweite Vergleich (IG vs. KG1 anhand von GKV-Daten) stützte sich auf lediglich 67 Patient:innen der IG und 12 Patient:innen der KG1. Zudem war die Schnittmenge mit den Kollektiven aus der Primärauswertung gering; nur für etwas mehr als 50% (44 von 79) der Patient:innen waren sowohl GKV-Individualdaten als auch Fragebogendaten verfügbar. Auf dieser Grundlage wurde ein IRR von 1,26 (adjustiertes Modell) bzw. 1,94 (unadjustiertes Modell) geschätzt, wobei in beiden Fällen keine statistische Signifikanz vorlag.

Im dritten Schritt erfolgte der Vergleich der IG (GKV-Individualdaten) mit der externen KG2 aus Nichtteilnehmer:innen (aggregierte GKV-Daten). Zur Bildung der KG2 wurde auf Basis des Zeitpunkts einer ambulant diagnostizierten Demenz ein hypothetischer Einschluss in die DemStepCare-Studie nachgebildet. Hier lagen ebenfalls die Daten der 67 IG-Patient:innen vor, sowie aggregierte Daten von 3.499 Patient:innen der KG2. Das Ergebnis fällt mit einem IRR von 2,62 bzw. 2,36 deutlich zuungunsten der Intervention aus, und auch die 95%-Konfidenzintervalle weisen darauf hin, dass die Inzidenzrate der stationären Behandlungstage unter der Intervention mindestens 65% bzw. mindestens 39% höher ausfällt. Dabei ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine explorative Sekundäranalyse handelte und keine Adjustierung für Multiples Testen erfolgte.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die auf prospektiv erhobenen Daten basierende Primärauswertung zwar einen Hinweis auf eine geringfügige Reduktion der stationären Behandlungstage unter der Intervention lieferte, dieser Effekt jedoch nicht als erwiesen angesehen werden kann. Darüber hinaus lieferten die explorativen Sekundäranalysen, in welchen die GKV-Individualdaten einer Subgruppe von Teilnehmer:innen sowie die aggregierten Daten einer externen Kontrollgruppe ausgewertet wurden, gegenteilige Resultate. Dieser Befund ist möglicherweise auf einige zufällige Ausreißer in den GKV-Individualdaten der IG in Kombination mit der rechtsschiefen Verteilung und den geringen Fallzahlen zurückzuführen (vgl. rohe Mittelwerte in Tabelle 10 sowie analoge Auswertungen zum Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“), er lässt sich aber nicht mit Sicherheit erklären.

Reduktion der Krankenhauseinweisungen (IG vs. KG1, IG vs. KG2)

Ergänzend zum primären Endpunkt, der Reduktion stationärer Behandlungstage, wurde als sekundärer Endpunkt die Reduktion der Krankenhauseinweisungen betrachtet. Hier flossen also alle stationären Aufenthalte ungeachtet ihrer Dauer gleichwertig in die Analysen ein.

Die in Abschnitt 1.1.2 ausgewerteten Kollektive entsprechen denjenigen in Abschnitt 1.1.1, die jeweiligen Baseline-Charakteristika sind also in Tabelle 7, Tabelle 8 bzw. Tabelle 9 zu finden. Analog zum primären Endpunkt wurde auch der Endpunkt der Reduktion der Krankenhauseinweisungen basierend auf drei präspezifizierten Vergleichen zwischen der IG und KG1 bzw. KG2 ausgewertet:

- a) IG vs. KG1 anhand von Fragebogendaten
- b) IG vs. KG1 anhand von GKV-Individualdaten
- c) IG vs. KG2 anhand von GKV-Individualdaten respektive aggregierten GKV-Daten

Dabei ist wieder zu beachten, dass die Kollektive, wie in Tabelle 6 aufgeschlüsselt, aufgrund der unterschiedlichen Datenverfügbarkeit nicht deckungsgleich sind.

Ergebnisse

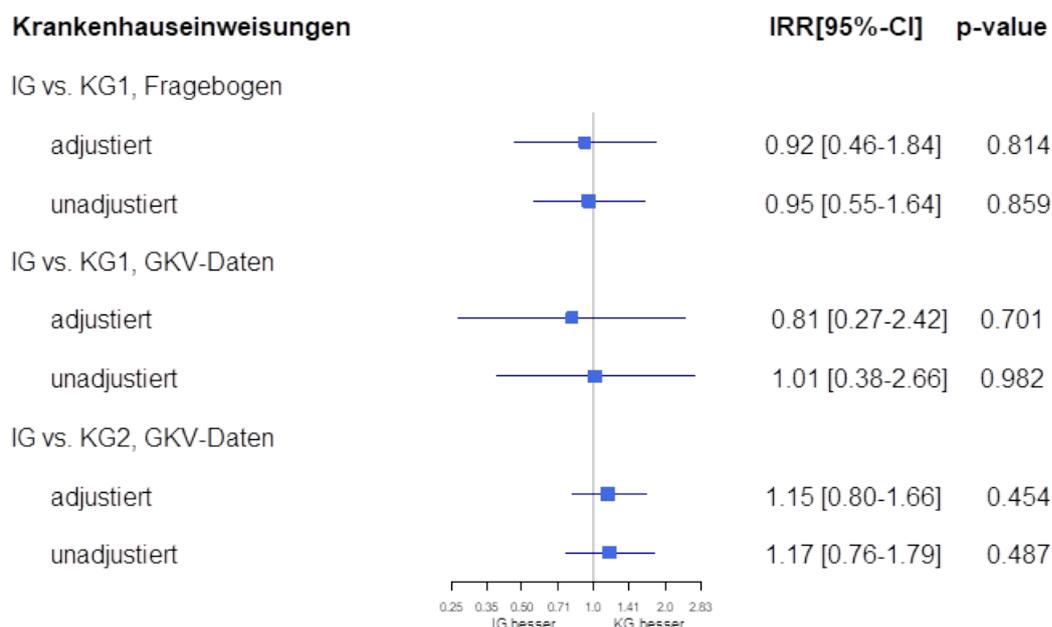
In Tabelle 11 ist für jeden der drei Vergleiche die mittlere rohe Anzahl der Krankenhauseinweisungen je Gruppe ist angegeben. Da bei dieser Auswertung weitere Faktoren und insbesondere die individuell verschiedenen langen Follow-ups unberücksichtigt bleiben, sind diese Kennzahlen allerdings als Supplement für die nachfolgenden Ergebnisse der regressionsbasierten Analysen zu verstehen.

Tabelle 11: Auswertungen zum Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“: Vergleichene Kollektive mit Gruppengrößen und Datengrundlagen. Die Mittelwerte (\emptyset) geben jeweils die mittlere rohe Anzahl der Krankenhauseinweisungen an.

Fragebogen	IG	KG1
Individual vs. Individual	N=101 $\emptyset=0.42$	N=29 $\emptyset=0.41$
GKV-Daten	IG	KG1
Individual vs. Individual	N=67 $\emptyset=0.70$	N=12 $\emptyset=0.75$
GKV-Daten	IG	KG2
Individual vs. Aggregat	N=67 $\emptyset=0.70$	N=3499 $\emptyset=0.65$

In Abbildung 4 sind die Resultate der regressionsbasierten Auswertungen in Form des geschätzten Inzidenzratenverhältnisses mit 95%-Konfidenzintervall zusammengefasst. Werte kleiner 1 sprechen dabei für eine Reduktion der Krankenhauseinweisungen unter der Intervention, Werte größer 1 für eine Zunahme.

Abbildung 4: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“ (IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)



Die Analyse der Fragebogendaten anhand des adjustierten Modells lieferte ein Inzidenzratenverhältnis von 0,92, was sich folgendermaßen interpretieren lässt: Unter der Intervention ist die Inzidenzrate von Krankenhauseinweisungen um 8% kleiner (zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall: 54% kleiner bis 84% größer) als unter KG1-Bedingungen. Auf Basis des Konfidenzintervalls kann daher nicht von einer Reduktion der Krankenhauseinweisungen durch das DemStepCare-Programm ausgegangen werden. Das Result des unadjustierten Modells war ähnlich.

Der zweite Vergleich (IG vs. KG1 anhand von GKV-Daten) lieferte ein Inzidenzratenverhältnis von 0,81 (adjustiertes Modell) bzw. 1,01 (unadjustiertes Modell), wobei in beiden Fällen keine statistische Signifikanz vorlag. Zu beachten ist hierbei, dass für diese Auswertung lediglich 67 Patient:innen der IG und 12 Patient:innen der KG1 zur Verfügung standen.

Der Vergleich der IG (GKV-Individualdaten) mit der externen KG2 aus Nichtteilnehmer:innen (aggregierte GKV-Daten) fiel mit einem Inzidenzratenverhältnis von 1,15 bzw. 1,17 zuungunsten der Intervention aus, ohne statistische Signifikanz zu erreichen.

Verglichen mit den Resultaten zum primären Endpunkt (vgl. Abschnitt 1.1.1.2) ergibt sich hier ein etwas anderes Bild, da beim Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“ alle stationären Aufenthalte ungeachtet ihrer Dauer gleichwertig in die Analysen einfließen. Der Vergleich anhand der prospektiv erhobenen Fragebogendaten lieferte zwar ebenfalls einen Hinweis auf eine Reduktion der Einweisungen unter der Intervention, ohne statistische Signifikanz zu erreichen; aber die Analyse der GKV-Individualdaten fiel hier nun eher zugunsten der Intervention aus (nicht statistisch signifikant). Das geschätzte Inzidenzratenverhältnis aus dem Vergleich mit der externen KG2 deutete zwar wie bei der analogen Auswertung des primären Endpunkts auf eine Zunahme der Krankenhauseinweisungen unter der Intervention hin, der Effekt fiel aber weitaus geringer aus und bewegte sich im Bereich des Zufälligen.

Die Effektevaluation bzgl. des primären Endpunkts zur Anzahl stationärer Krankenhaustage ergab in der fragebogenbasierten Hauptanalyse zusammenfassend zwar einen Hinweis auf einen positiven Interventionseffekt, aber keinen signifikanten Nachweis. Dies gilt auch für die analoge Auswertung des sekundären Endpunkts zur Anzahl der Krankenhauseinweisungen, in

die alle stationären Aufenthalte ungeachtet ihrer Dauer gleichwertig einfließen. Die ergänzenden Auswertungen der verfügbaren GKV-Individualdaten von Teilnehmenden sowie der Vergleich mit aggregierten Daten einer externen Kontrollgruppe (KG2) fielen teilweise zuungunsten der Intervention aus. Die Reduktion von stationären Krankenhaustagen bzw. -einweisungen im Vergleich zur Regelversorgung kann somit nicht als erwiesen angesehen werden.

Sekundäre, psychosoziale Endpunkte

Die Evaluation der sekundären, psychosozialen Endpunkte basierte auf Grundlage der Fragebogendaten (s. o., Deskription des Kollektivs IG vs. KG1 der Primäranalyse). [Tabelle 12](#) gibt einen Überblick über die mittels Regressionsanalysen untersuchten Interventionseffekte mit (unstandardisierten) Regressionskoeffizienten und zugehörigem p-Wert. Detailliertere Ergebnisse sind – wie zu allen hier dargestellten Ergebnissen der Effektevaluation – dem Kapitel 3.2 des Evaluationsberichts zu entnehmen.

Im Hinblick auf die Lebensqualität der Patient:innen konnte die Hypothese ebenfalls nicht bestätigt werden; die Intervention führte zu keiner statistisch signifikanten Verbesserung, jedoch kam es auch nicht zu einer signifikanten Verschlechterung, was angesichts einer neurodegenerativen, fortschreitenden Erkrankung bereits ein lohnendes Ziel darstellt. Die Auswertungen der psychosozialen Situation lieferten allesamt sehr vergleichbare Ergebnisse in IG und KG1. Sofern Gruppenunterschiede überhaupt vorlagen, waren sie sehr gering. Der einzige signifikante Gruppeneffekt auf die Belastung der Angehörigen konnte bei Belastungen durch fehlende Akzeptanz der Situation nachgewiesen werden; da war es jedoch die KG1, die eine signifikant reduzierte Belastung zu t1 vorzuweisen hatte. Bei den im Kontext der Belastung bzw. psychosozialen Situation von Angehörigen zusätzlich untersuchten Endpunkten (Stress, Resilienz und Lebensqualität) konnten ebenfalls kaum relevante Gruppenunterschiede nachgewiesen werden. Häufig war zudem zu beobachten, dass leichtere Unterschiede zwischen der IG und KG1 zum Zeitpunkt t1 bereits in ähnlichem Ausmaß zu Studienbeginn vorlagen. Mit Ausnahme der o. g. Belastungs-Sub-Skala bedeutet dies, dass entweder keine Unterschiedlichkeit in den Ausprägungen der Outcomes zwischen den Gruppen vorlag oder diese (überwiegend geringen) Unterschiede nicht auf die Intervention bzw. DemStepCare zurückführbar sind.

Tabelle 12: Übersicht der Gruppen- bzw. Interventionseffekte der sekundären Endpunkte

<i>Interventionseffekt je Endpunkt</i>	<i>Koef.</i>	<i>p</i>
Lebensqualität der Patient:innen	-.292	0.708
Belastung durch kognitive Einbußen der Patient:innen	-1.136	0.179
Belastung durch aggressives Verhalten der Patient:innen	1.033	0.204
Belastung durch persönliche Einschränkungen der Angehörigen	-0.412	0.661
Belastung durch Pflegeaufgaben der Angehörigen	-1.556	0.358
Belastung durch fehlende soziale Unterstützung der Angehörigen	-.215	0.750
Belastung durch fehlende Akzeptanz der Situation der Angehörigen	1.702	0.020
Stress der pflegenden Angehörigen	1.116	0.247
Resilienz pflegende Angehörige	-.034	0.730

Hinsichtlich der Lebensqualität der Angehörigen zeigte bereits die zur Vorabselektion potenzieller Prädiktoren erfolgten Korrelationsanalysen, dass die Intervention keinerlei signifikanten Effekte auf die Lebensqualität der Angehörigen ausübte: Alle vier Sub-Skalen bzw. Domänen (physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt) waren mit r-Werten < 0,10 (nach Pearson) und p-Werten zwischen 0,37 und 0,88 kaum bis sehr schwach mit der Gruppenzugehörigkeit assoziiert. Weiterführende Regressionsanalysen waren zu diesem psychosozialen Endpunkt daher nicht nötig.

Explorative Endpunkte

Die auf der Grundlage der elektronischen Fallakte (explorativ) untersuchten Fragestellungen lieferten ebenfalls keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Bei der Nutzung der Daten der elektronischen Fallakte waren wir aber auch klaren Limitationen ausgesetzt. Die Daten konnten den formalen und inhaltlichen Erwartungen trotz etlicher Bemühungen der Konsortialführung und des Hauptevaluators im Austausch mit dem Betreiber der Fallakte nicht den Erwartungen gerecht werden, wodurch eine valide Auswertung erschwert oder in Teilen unmöglich war. Die Daten der elektronischen Fallakte wurden folglich maximal ausgeschöpft, solange aus unserer Sicht wissenschaftlich sichere und valide Ergebnisse garantiert werden konnten.

Im Hinblick auf die Versorgungsstabilität, die Leitlinien-treue sowie Spezifität von Demenzdiagnosen und der Nutzung von (ambulanten) Unterstützungsangeboten konnten

grundsätzlich keine Gruppenunterschiede ausgemacht werden. Die einzige Ausnahme war die „Unterstützung durch Angehörige“, die in der IG signifikant eher in Anspruch genommen wurde. Bei der Vielzahl der Auswertungen muss jedoch dabei immer auch das Problem des multiplen Testens (Inflation des Alpha-Fehlers) beachtet werden, so dass einzelne, nicht a priori spezifizierte Signifikanzen vorsichtig zu interpretieren sind.

Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität der Hausärzt:innen

[Tabelle 13](#) sind die Charakteristika der Hausärzt:innen zu entnehmen:

Tabelle 13: Charakteristika der Hausärzt:innen zu den jeweiligen Erhebungszeiträumen

Erhebungszeitraum:	t0 HÄ (vor Schulung der Ärzt:innen bzw. Intervention)	t1 HÄ (12 Monate nach Abschluss der Schulung der Ärzt:innen)	t2 HÄ (am Ende der Interventionsphase)
Komponenten	Demenzsensibilität (Grundlage für Stratifizierung der HÄ in IG/KG)	Demenzsensibilität, Bewertung Projektteilnahme/ Intervention	Demenzsensibilität, Bewertung Projektteilnahme/ Intervention
Stichprobengröße (N):	63	34	34
IG:		18	20
KG:		16	14
Geschlecht:	52% männlich, 48% weiblich	47% männlich, 53% weiblich	47% männlich, 53% weiblich
Durchschnittsalter:	53 (Median: 54)	53 (Median: 54)	53 (Median: 54)
Praxisumgebung (Einwohner:innen des Ortes):	40% unter 5.000, 27% 5.000 - 20.000, 33% 20.000 - 100.000	44% unter 5.000, 29% 5.000 - 20.000, 27% 20.000 - 100.000	44% unter 5.000, 29% 5.000 - 20.000, 27% 20.000 - 100.000
Praxisform:	35% Einzelpraxen, 54% Gemeinschaftspraxen, 11% MVZ/Sonstige	38% Einzelpraxen, 59% Gemeinschaftspraxen, 3% MVZ/Sonstige	34% Einzelpraxen, 53% Gemeinschaftspraxen, 13% MVZ/Sonstige

Nicht zuletzt ist eine merklich gestiegene subjektive Kompetenz bei Diagnostik, Krankheitsmanagement und der Anwendung der S3-Leitlinie anzuführen. Somit zeichnet sich ab, dass die im Rahmen von DemStepCare gewählte Intervention Hausärzt:innen erhebliche Kenntnis-, Orientierungs- und Sicherheitsgewinne verschafft hat.

Medikationsanalysen

Im Behandlungszeitraum wurden bei den Patient:innen der Interventionsgruppe (IG) insgesamt 1568 Medikationsanalysen und bei den Patient:innen der Kontrollgruppe 1 (KG1) 119 Medikationsanalysen durchgeführt. In der Interventionsgruppe wurde durch eine einmalige umfassende pharmazeutische Medikationsanalyse und daraus abgeleitete pharmazeutische Empfehlungen eine signifikante Reduktion des studienadaptierten MAI-Summenscores sowie des studienadaptierten MAI-Patientenscores erreicht. Wiederholte Medikationsanalysen verbesserten die Angemessenheit der Medikation gemessen anhand des MAI-Scores nicht signifikant. Die Anzahl von AbP und Risikoarzneimitteln konnte durch pharmazeutische Empfehlungen sowie Deprescribing ebenfalls signifikant reduziert werden. Hinsichtlich der PIM-Verordnungen konnte in der Behandlungsgruppe der Demenzpatienten ≥ 65 Jahre nur die Anzahl an PIM nach den STOPP-Kriterien signifikant reduziert werden. Die fehlende Signifikanz der Reduktion von PIM für Demenz-Patient:innen ≥ 65 Jahre nach der

FORTA- und PRISCUS-Liste ist primär durch die geringe Verordnungshäufigkeit dieser Arzneimittel zu erklären. Die Unterversorgung mit Arzneimitteln wurde gemäß START-Kriterien bei behandlungsbedürftigen Indikationen und Demenz-Patient:innen ≥ 65 Jahre im Behandlungsverlauf ebenfalls signifikant reduziert.

Die Ergebnisse zeigen den Nutzen und Bedarf für eine pharmazeutische Betreuung von Demenzpatienten in der ambulanten Versorgung. Klinische Pharmazeut:innen können im multiprofessionellen Team die AMTS bei Demenzpatienten eindeutig verbessern. Alle verwendeten Instrumente sind zur Detektion unangemessener Arzneimittel geeignet und können effektiv zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Arzneimitteltherapie von Menschen mit Demenz eingesetzt werden. Gemäß den Ergebnissen der DemStepCare-Studie ist bei Demenzpatienten eine jährliche umfassende pharmazeutische Medikationsanalyse, ergänzt um anlassbezogene Medikationsanalysen, wie z. B. bei Krankenhausaufenthalt oder Stürzen, zu empfehlen. Zur Effizienzsteigerung muss dringend die einheitliche elektronische Fallakte und die digitale interprofessionelle Kommunikation etabliert werden.

c. Gesundheitsökonomische Evaluation

Aus gesundheitsökonomischer Sicht kann von keiner Kosten-Nutzen-Effizienz der Intervention ausgegangen werden. Die Kosten durch die angebotenen Leistungen der Intervention (Case-Management, Krisenambulanz etc.) überstiegen die Kosten der KG1 bei gleichzeitig nicht (signifikant) verringerten Krankenhaustagen bzw. -einweisungen. Aufgrund fehlender statistischer Signifikanz konnten dadurch gesundheitsökonomisch keine Kosten-Nutzen-Vorteile in der IG ausgemacht werden. Aufgrund der fehlenden Signifikanz war es lediglich deskriptiv möglich, die Kosten der Intervention in ein Verhältnis zu psychosozialen Aspekten (Lebensqualität, Belastung) zu setzen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Die Gesamtbeurteilung von DemStepCare, die auf einer Evaluation aus Sicht a) von Patient:innen und deren pflegenden Angehörigen, b) der Behandelnden sowie c) gesundheitsökonomischer Aspekte beruht, fällt gemischt aus. Auf der einen Seite lassen sich – auch aufgrund von Limitationen, siehe folgende Ausführungen – in den quantitativen Auswertungen der Fragebogen von Patient:innen und Angehörigen allenfalls Hinweise auf einen positiven Effekt der Intervention feststellen, jedoch ohne statistische Signifikanz zu erreichen. Bei keinem der Endpunkte zu den stationären Aufenthalten, zur psychosozialen Situation oder Versorgungsstabilität waren signifikante Verbesserungen der Versorgungssituation durch DemStepCare nachweisbar. Hingegen stabilisierte sich trotz fortschreitender Erkrankung die Versorgung in beiden Gruppen. Auf Grundlage der wissenschaftlichen Evaluation der Intervention kann somit keine Empfehlung zur Übernahme des DemStepCare-Programms in die Regelversorgung ausgesprochen werden. Dies trifft in gleichem Maße für die gesundheitsökonomischen Aspekte bzw. die Kosten-Nutzen-Effizienz der neuen Versorgungsform zu.

Im Zusammenhang mit diesen Resultaten müssen aber folgende Limitationen der Studie berücksichtigt werden, die es erschwert haben, Effekte als signifikant nachzuweisen:

- Kleine Fallzahlen, insb. in der KG1: Bedingt wurde dies im Wesentlichen durch Schwierigkeiten bei der Rekrutierung sowohl von Hausarzt:innen als auch Patient:innen. Diese Situation ergab sich trotz großer Bemühungen um die Gewinnung von Teilnehmenden, z. B. durch zahlreiche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit. Weitere Gründe waren auch die COVID-19 Pandemie und ein – zumindest aus Sicht der Case Manager:innen und Hausarzt:innen – zu kompliziertes Einschreibeverfahren (in die Studie für alle teilnehmenden Patient:innen und zusätzlich in die besondere Versorgung bei den

vertragsschließenden Krankenkassen). Zu den relativ kleinen auswertbaren Fallzahlen tragen zudem die hohe Drop-Out- und Non-Response-Rate bei. Diese zeigte sich trotz engmaschiger Begleitung der Teilnehmenden in der Datenerhebung. Sie sind u. a. zurückzuführen auf Sterbefälle der Patient:innen, Umzüge in ein Pflegeheim und auf Überforderung der durch die Pflege ohnehin oft stark belasteten Angehörigen.

- Auswahl der Endpunkte: Unter Umständen waren einige der sekundären Endpunkte im Hinblick auf ihre Beeinflussbarkeit durch die Intervention zu breit gewählt. Komplexe psychosoziale Konstrukte wie die Lebensqualität oder die allgemeine Belastung können zahlreiche Ursachen haben, die nur partiell durch die Interventionselemente in DemStepCare adressiert werden konnten. Spezifischere Endpunkte bzw. psychosoziale Konstrukte könnten in künftigen Studien zielführender sein. Diese These wird auch dadurch gestützt, dass in den Zufriedenheits- und Nutzenbewertungen der Teilnehmenden große Entlastungen durch die Studie rückgemeldet wurden. Scheinbar waren diese Entlastungen aber nicht hinreichend, um die wahrgenommene Belastung oder Lebensqualität signifikant zu verändern. Zudem muss bei einer fortschreitenden progredienten Erkrankung, wie der Demenz, auch eine erreichte Stabilität gegenüber einer Verschlechterung als Erfolg gewertet werden und nicht eine Verbesserung Ziel sein.

Auf der anderen Seite bleibt die Einschätzung, dass das Projekt und seine Interventionselemente prinzipiell gute, bisher nicht in der Regelversorgung umgesetzte Ansätze für eine innovative Demenzversorgung umfassen. Das bestätigten die qualitativen Ergebnisse der Befragung von Patient:innen und Angehörigen, Hausärzt:innen und Case Manager:innen bzw. Pflegeexpert:innen, die das Projekt im Großen und Ganzen als positiv, unterstützend, entlastend und als Gewinn bewerteten. Gerade die Betreuung durch das Case-Management in der Funktion als Ansprechpartner:innen kann dabei hervorgehoben werden – auch Angehörige fühlten sich durch dieses Interventionselement besser unterstützt. Ebenfalls als Gewinn wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärzt:innen und Case Manager:innen / Pflegeexpert:innen von beiden Seiten wahrgenommen (trotz Verbesserungspotenzial insb. in der Kommunikation und gemeinsamen Fallbearbeitung). Wie die Befragungsergebnisse der Hausärzt:innen insgesamt aufzeigten, wurde die Intervention von DemStepCare mittels Case Management, Versorgungsbedarfsanalyse (Risikostratifizierung) und Krisenambulanz von den teilnehmenden Hausärzt:innen (darunter auch hausärztlich tätige Internist:innen) insgesamt als effektiver Beitrag erlebt, um die hausarztbasierte Demenzversorgung dauerhaft zu verbessern und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Der Nutzen einer pharmazeutischen Medikationsanalyse konnte in der vergleichenden, longitudinalen Studie nachgewiesen werden. Aus den Studienergebnissen leitet sich die Empfehlung zu einer jährlichen umfassenden pharmazeutischen Medikationsanalyse, ergänzt um anlassbezogene Medikationsanalysen z. B. bei Krankenhausaufenthalt oder Stürzen ab. Zur Effizienzsteigerung muss die digitale Datenbasis und die interdisziplinäre Kommunikation allerdings dringend etabliert werden. In Summe lässt sich ableiten, dass die hausärztliche Versorgung in erheblichem Umfang von einer systematischen Einbettung in multiprofessionelle Strukturen profitieren kann.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Zum jetzigen Zeitpunkt ist keine Fortführung bzw. Weiterentwicklung des Projektes geplant. Durch DemStepCare konnte kein primärer oder sekundärer Endpunkt signifikant verbessert werden. Auf Grundlage der wissenschaftlichen Evaluation der Intervention kann somit keine Empfehlung zur Übernahme des DemStepCare-Programms in die Regelversorgung ausgesprochen werden.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Publizierte Ergebnisse:

Bablok, I., Binder, H., Stelzer, D., Kaier, K., Graf, E., Wangler, J., Jansky, M., Löhr, M., Schulz, M., Kockläuner, M., Geschke, K., Wuttke-Linnemann, A., Fellgiebel, A., Farin, E., study group DemStepCare (2021). Primary dementia care based on the individual needs of the patient: study protocol of the cluster randomized controlled trial, DemStepCare. *BMC geriatrics*, 21(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02114-z>

Geschke, K., Wangler, J., Wuttke-Linnemann, A., Jansky, M., Fellgiebel, A. (2021). Unterstützung für Hausärzte und Betroffene: Optimierte ambulante Demenzversorgung im Rheinland-Pfälzischen Innovationsfonds-Projekt DemStepCare. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 97(3), 120-124.

Geschke, K., Fellgiebel, A., Wuttke, A. (2023). Ein hausärztlich basiertes multiprofessionelles, bedarfsgerechtes Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. *Psychotherapie im Alter*, 20(2), 143-156.

Wangler, J., Geschke, K., Wuttke-Linnemann, A., Fellgiebel, A., & Jansky, M. (2023). Prävention von demenzbedingten Versorgungskrisen im hausarztbasierten Setting – das Projekt DemStepCare als innovative Versorgungsform. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18(1), 145-151. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00931-7>

Wangler, J., Geschke, K., Wuttke-Linnemann, A., Jansky, M., Fellgiebel, A. (2022). Die hausarztbasierte Demenzversorgung interdisziplinär denken - das Projekt DemStepCare als innovative Versorgungsform. *Der Hausarzt*, 19/2022.

Geplante Publikationen beziehen sich u. a. auf die Wirksamkeitsprüfung der Intervention bzgl. primärer und sekundärer Endpunkte sowie auf Einflussfaktoren der psychosozialen Situation von Angehörigen von Menschen mit Demenz.

10. Literaturverzeichnis

Angermeyer, M. C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.

Bail, K., Hudson, C., Grealish, L., Shannon, K., Eshen, S., Peut A., Gibson, D., Draper, B., Kamel, R. (2013). Characteristics of rural hospital services for people with dementia: findings from the Hospital Dementia Services Project. *The Australian journal of rural health*, 21(4), 208–215.

Baumgardt J., Radisch, J., Touil, E., Moock, J., Plewig, H.-J., Kawohl, W., Rössler, W. (2014). Aspects of sustainability in outpatient health care for demented individuals. *Psychiatrische Praxis*, 41(8), 424–431.

Bock, J.-O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, R., Holle, R., Greiner, W., Hönic, H.H. (2015). Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheits-ökonomische Evaluation. *Gesundheitswesen*, 77(01), 53–61.

Callahan, C. M., Boustani, M. A., Unverzagt, F. W., Austrom, M. G., Damush, T. M., Perkins, A. J., Fultz, B. A., Hiu, S. L., Counsell, S. R., Hendrie, H. C. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*, 295(10), 2148–2157.

- Cerejeira, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, 3(73).
- Dreier, A., Hoffmann, W. (2013). Dementia Care Manager for patients with dementia. Determination of the requirements and qualifications contents for nurses in the DelpHi-Mvstudy. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56 (10), 1398–1409.
- Eichler, T., Thyrian, J. R., Hertel, J., Köhler, L., Wucherer, D., Dreier, A., Michalowsky, B., Teipel, S., Hoffmann, W. (2014). Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care: results of the DelpHi-Trial. *Journal of Alzheimer's disease*, 42 (2), 451–458.
- Erdmann, G., Janke, W. (2008). Stressverarbeitungsfragebogen: SVF; Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem. Hogrefe.
- Fellgiebel, A. (2018). Resilience to mental disorders in old age. *Der Nervenarzt*, 89(7), 773–778.
- Fieller, E. C. (1954): Some problems in interval estimation. *J. R. Stat. Soc. Ser. B Methodol*, 175–185.
- Geschke, K., Scheurich, A., Schermuly, I., Laux, N., Böttcher, A., & Fellgiebel, A. (2012). Effectivity of early psychosocial counselling for family caregivers in general practitioner based dementia care. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137(43), 2201.
- Hanlon, J. T., Schmader, K., Samsa, G. P. et al. (1992). A method for assessing drug therapy appropriateness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(10), 1045–1051.
- Holloway, F., Carson, J. (2001). Case management: an update. *The international journal of social psychiatry*, 47(3), 21–31.
- Holt S., Schmiedl S., Thürmann P.A. (2010). Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*; 107(31-32), 543–551.
- Klein, Brähler, Dreier et al. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale – psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*, 16(1), 159.
- Kovach, C. R., Simpson, M. R., Joesse, L., Logan, B. R., Noonan, P. E., Reynolds S. A., Woods, D. L., Raff, H. (2012). Comparison of the effectiveness of two protocols for treating nursing home residents with advanced dementia. *Research in gerontological nursing*, 5(4), 251–263.
- Kuhn-Thiel A. M., Weiß C, Wehling M. (2014). Consensus validation of the FORTA (Fit FOR The Aged) List: a clinical tool for increasing the appropriateness of pharmacotherapy in the elderly. *Drugs Aging*, 31(2), 131–140.
- Laux, N., Melchinger, H., Scheurich, A. et al. (2010). Verbesserte ambulante Demenzversorgung. Das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Modellprojekt „start-modem“. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135, 2175–2180.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510–519.
- Lyketos, C. G., Sheppard, J. M., Rabins, P. V. (2000). Dementia in elderly persons in a general hospital. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 704–707.
- Michalowsky, B., Flessa, S., Eichler, T., Hertel, J., Dreier, A., Zwingmann, I., Wucherer, D., Rau, H., Thyrian, J. R., Hoffman, W. (2017). Healthcare utilization and costs in primary care patients with dementia: baseline results of the DelpHi-trial, *The European journal of health economics*, 19(1), 87–102.

- O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S., O'Connor M.N., Ryan C., Gallagher P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–218.
- O'Mahony D. (2020). STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 13(1), 15–22.
- Pazan F., Weiss C., Wehling M. (2016). The FORTA (Fit FOR The Aged) List 2015: Update of a Validated Clinical Tool for Improved Pharmacotherapy in the Elderly. *Drugs Aging*, 33(6), 447–449.
- Pazan F., Weiss C., Wehling M. (2018). The EURO-FORTA (Fit FOR The Aged) List: International Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. *Drugs Aging*, 35(1), 61–71.
- Pazan F., Weiss C., Wehling M. (2019) The FORTA (Fit FOR The Aged) List 2018: Third Version of a Validated Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. *Drugs & Aging*, 36(5), 481–484.
- Pentzek, M., Wollny, A., Wiese, B. et al. (2009). Apart from nihilism and stigma: What influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 965–975.
- Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., Hoe, J., Toot, S., Challis, D., Orrell, M. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), Cd008345.
- Samsa G. P., Hanlon J. T., Schmadre K. E. et al. (1994). A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 47(8), 891–896.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (1996). *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Swets Test Services.
- Scheibler, F., Freise, D., Pfaff, H. (2004). Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung Validierung der deutschen PICS-Skalen. *Journal of Public Health*, 12, 199–209.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194–200.
- The PCNE Classification V 9.1 [Stand: 06.02.2022]. Verfügbar unter: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf.
- Toot, S., Devine, M., Akporobaro, A., Orrell, M. (2013). Causes of hospital admission for people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Directors Association*, 14(7), 463–70.
- Wangler, J., Fellgiebel, A., Jansky, M. (2018). Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 143(19), 165–171.
- Zank, S., Schacke, C., Leipold, B. (2006). Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz (BIZA-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 296–305.

11. Anhang

Nicht vorhanden.

12. Anlagen

- Anlage 1: Qualifizierungsmanual für das pflegerische Case Management im Rahmen einer hausarztbasierten und ambulanten Demenzversorgung im Projekt DemStepCare
- Anlage 2: „Demenzkompetenz in der Hausarztpraxis: Das Projekt DemStepCare“ (Präsentation)
- Anlage 3: Endstellige Codierung Demenzen (Handout)
- Anlage 4: Interventionsgruppe Checkliste Einschreibung (Handout)
- Anlage 5: Interventionsgruppe Checkliste Versorgung (Handout)
- Anlage 6: Kontrollgruppe Checkliste Einschreibung (Handout)

Die Anlagen 2 bis 6 gehören zu den Schulungsunterlagen der Hausärzt:innen. Alle weiteren im Laufe des Projektes erarbeiteten Unterlagen finden sich in den Anlagen des Evaluationsberichts.



Qualifizierungsmanual
für das pflegerische Case Management
im Rahmen einer hausarztbasierten und ambulanten Demenzversorgung
im Projekt DemStepCare

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Das Verständnis eines pflegerischen Case Managements im Projekt DemStepCare.....	6
3. Entwicklung und Umsetzung der Weiterbildung pflegerisches Case Management im Projekt DemStepCare.....	7
4. Qualifizierungsmanual pflegerisches Case Management im Rahmen einer hausarztbasierten und ambulanten Demenzversorgung.....	9
Literaturverzeichnis	12

1. Einleitung

Nach Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend leben in Deutschland über 3,5 Millionen Menschen, die pflegebedürftig sind. Etwa 1,6 Millionen Menschen sind an Demenz erkrankt. Der größte Teil der pflegebedürftigen Menschen, nämlich 2,7 Millionen, werden ambulant zu Hause versorgt (vgl. BFSFJ 2020).

Für eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz sind eine frühe Diagnostik und Behandlung sowie eine interdisziplinäre Begleitung notwendig. Die Begleitung zielt sowohl auf die Patientinnen und Patienten als auch auf die Angehörigen, auf deren Lebenssituation sich die Diagnose häufig ebenso auswirkt. Hier kann auch von den unsichtbaren zweiten Patientinnen und Patienten gesprochen werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fördert Versorgungsforschungsprojekte, die auf eine Verbesserung der bestehenden Versorgung zielen, durch einen Innovationsfonds. Ziel ist, die sektorenübergreifende Versorgung weiterzuentwickeln, die Trennung der Sektoren zu überwinden und die innersektoralen Schnittstellen zu optimieren (vgl. G-BA online).

Das Projekt „Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte – DemStepCare“ zählt zu den durch den G-BA für den Zeitraum vom 01.04.2019 bis 31.03.2023 mit 4,4 Millionen Euro geförderten Projekten.

Ziel des Projekts ist die sektorenübergreifende hausarztbasierte Versorgung von Menschen mit Demenz mit Hilfe von:

- spezialisierten Pflegefachpersonen, die als ambulanter Krisendienst fungieren, um in Krisensituationen kurzfristig und vorübergehend die ambulante Versorgung zu übernehmen sowie
- ausgebildeten Pflegefachpersonen, die im Case Management weitergebildet werden, um Versorgungsbedarfe zu identifizieren,

effektiv im regionalen Netzwerk zu koordinieren, Versorgungsrisiken zu erkennen und frühzeitig abzuwenden.

Dem Projekt DemStepCare liegt die Idee einer geteilten Verantwortung zwischen Hausarzt und den pflegerischen Case Manager:innen zugrunde.

Die zentrale Schnittstelle bilden die pflegerischen Case Manager:innen, die den Praxen zugeordnet sind und mit den Hausärzten kooperieren. Die Case Manager:innen erfassen den Versorgungsbedarf der Menschen mit Demenz ab Diagnosestellung durch die Hausärzte und schätzen dabei mögliche Versorgungsrisiken ein.

Um das pflegerische Case Management in den Praxen installieren zu können, bedurfte es zunächst der spezifischen Qualifizierung von Pflegefachpersonen im Case Management für die Demenzversorgung im ambulanten Setting.

„Jedoch fehlt es an einer Qualifizierung [und einem Manual], die auf das spezifische Aufgabenfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung fokussiert und damit einerseits auf die Erweiterung der fachlichen Fähigkeiten von Pflegefachkräften im Hinblick auf die ambulante Demenzversorgung und Angehörigenentlastung abzielt sowie die transparente und abgestimmte Zusammenarbeit von allen am Netzwerk beteiligten Akteuren unterstützt.“ (Dreier 2011, S. 34)

Die im Projekt DemStepCare durchgeführte Weiterbildung von Pflegefachpersonen zu Case Manager:innen und das daraus entwickelte, vorliegende Qualifizierungsmanual, zielt darauf, die bislang bestehende Qualifizierungslücke zu schließen.

Bei der Konzeption des vorliegenden Manuals gaben,

- die Standards und Richtlinien für die Weiterbildung im Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC),
- das Positionspapier „Qualifikationsrahmen zertifizierter Case Manager und Case Managerinnen (DGCC)“,

- das durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) und den Pädagogikexperten Prof. Dr. Thomas Bals entwickelte Kerncurriculum Case Management (KCM) – Pflegeberatung sowie
- der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR), nach dessen Definition die Anforderungen an die Case Managenden dem DQR Niveau 6 entsprechen,

eine wesentliche fachliche Orientierung.

Da die Bezeichnung Case Managende, Case Manager und Case Managerin nicht geschützt sind, ist die Zertifizierung der Weiterbildung durch die DGCC ein wichtiges Gütesiegel, die bei der Konzeption berücksichtigt wurde.

Der Aufbau des Qualifizierungsmanuals orientiert sich neben den Standards und Vorgaben der DGCC für die Zertifizierung der Weiterbildung ebenso an der durch die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz vorgegebenen Rahmenvorgabe für die Weiterbildung in Pflegeberufen.

Das vorliegende Qualifizierungsmanual wird als Empfehlung für die Ermöglichung einer auf die jeweilige Region anpassungsfähige, kompetenzorientierte Weiterbildung von Pflegefachpersonen im Case Management im Bereich der sektorenübergreifenden hausarztbasierten Versorgung von Menschen mit Demenz verstanden.

2. Das Verständnis eines pflegerischen Case Managements im Projekt DemStepCare

Dem Projekt DemStepCare liegt die Idee einer geteilten Verantwortung zwischen Hausarzt und Case Manager:innen zugrunde. Die zentrale Schnittstelle bilden die Case Manager:innen, die den hausärztlichen Praxen zugeordnet sind und mit diesen kooperieren. Die Case Manager:innen haben die Aufgaben:

- durch eine gestufte Risikostratifizierung die möglichen Fälle für das pflegerische Case Management zu identifizieren und zu koordinieren,
- anhand standardisierter Assessments Versorgungsbedarfe zu ermitteln und einen individuellen Serviceplan zu erstellen,
- Versorgungskrisen möglichst abzuwenden bzw. die Krisenambulanz einzuschalten.

Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten mit Demenz und ihre Angehörigen in der Versorgung kontinuierlich zu begleiten und die Versorgungseffizienz durch einen besseren Zugang zu Leistungen im ambulanten Bereich zu steigern.

Für die gestufte Risikostratifizierung wurde das nachfolgende 3-Stufen-Modell entwickelt, welches bei dem ersten Hausbesuch durch den pflegenden Case Manager:innen angewandt werden soll.

Ist die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten **stabil**, verweisen die pflegerischen Case Manager:innen die Patientinnen und Patienten an die Pflegestützpunkte. Ist die ambulante Versorgung **gefährdet**, besteht ein erhöhtes Versorgungsrisiko, sodass die Versorgungssituation ein Fall für das Case Management wird, bei dem die Case Manager:innen im Sinne einer vermittelnden, unterstützenden Vorgehensweise eine mit Hilfeleistungen selektierenden Funktion die Steuerung des Falls übernehmen. Bei einer **Versorgungskrise** übernimmt kurzfristig und vorübergehend der ambulante Krisendienst.

Um diese innovative, neue Versorgungsform im Projekt DemStepCare umzusetzen, wurden Pflegefachpersonen zu pflegerischen Case Manager:innen nach DGCC weitergebildet.

3. Entwicklung und Umsetzung der Weiterbildung pflegerisches Case Management im Projekt DemStepCare

Die Weiterbildung der Pflegefachpersonen als Case Manager:innen im Projekt DemStepCare basierte auf einem „Blended Learning Konzept“, bei dem Präsenzlernen, Selbststudium und digitales Lernen miteinander vernetzt und die Standards der DGCC berücksichtigt wurden.

Die Weiterbildung bestand aus sieben aufeinander aufbauenden Modulen: vier Basismodule und drei Aufbaumodule mit verschiedenen didaktischen Verfahren, die in der Regel an zwei Präsenztagen stattfanden. An die Präsenztage schloss sich ein angeleitetes, digitales Selbststudium an. Eine enge Verzahnung zwischen Online- und Präsenzaufgaben war wichtig, um die Inhalte aus dem Selbststudium auf die Spezifika aus dem Projekt DemStepCare zu transferieren und deren Anwendbarkeit und Umsetzung zu prüfen.

Die Basismodule zielten auf die Einführung in die theoretischen Grundlagen und die praktische Umsetzung des Handlungsansatzes Case Management bei der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ab. In den Aufbaumodulen wurden vertiefende Kenntnisse, vor allem in Bezug auf rechtliche Aspekte, die Gesprächsführung und Moderation, vermittelt. Ebenso fanden Supervisionen statt, die auf die Reflektion der täglichen Praxis des pflegerischen Case Managements abzielten.

Zwischen den Modulen organisierten die Teilnehmenden vertiefende Arbeitsgruppen, im Rahmen derer spezifische Fragestellungen aus den jeweils vorangegangenen Modulen bearbeitet wurden und im Rahmen derer eine kollegiale Fallberatung stattfand.

Abgeschlossen wurde die Weiterbildung neben der Teilnahme an den oben beschriebenen Modulen mit der Anfertigung einer Abschlussarbeit und einem mündlichen Fachgespräch zu einem ausgewählten Thema im Kontext der Umsetzung des pflegerischen Case Managements im Projekt DemStepCare.

Im Laufe des Projekts wurden weitere notwendige Qualifikationsbedarfe ermittelt, die für die Anwendung und Umsetzung des Case Managements im Bereich der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz wichtig waren und vermittelt werden konnten. Diese zielten sowohl auf vertiefende Kenntnisse der Demenz, ihrer Formen, Diagnostik und Therapie als auch auf die Moderation von Gesprächen, die Begleitung und Kommunikation mit den Betroffenen und ihren Angehörigen, rechtliche Aspekte sowie auf die Netzwerkarbeit von den Pflegestützpunkten bis zur Krisenambulanz.

Vor dem Hintergrund der im Projekt DemStepCare gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen bei der Weiterbildung von Pflegefachpersonen und den Bedarfen für die kompetente Ausübung eines pflegerischen Case Managements in der Praxis ist das vorliegende, bundesweit erste Qualifizierungsmanual für ein pflegerisches Case Management im Rahmen einer hausarztbasierten Demenzversorgung entwickelt worden.

Das Manual ist aufgrund der sehr guten Erfahrungen im Projekt DemStepCare und den Anforderungen an eine moderne Arbeitswelt als „Blending-Learning-Konzept“ konzipiert und verbindet sowohl Anforderungen einer Funktionsweiterbildung in der Pflege, Standards der Demenzforschung und Versorgung als auch Standards der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

4. Qualifizierungsmanual pflegerisches Case Management im Rahmen einer hausarztbasierten Demenzversorgung

<p>Weiterbildungsbezeichnung Pflegerische Case Managende für die hausarztbasierte Demenzversorgung</p>				
<p>Ziel der Weiterbildung Pflegerische Case Managende entwickeln handlungsorientierte Kompetenzen mit denen sie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im ambulanten Setting fachspezifisch versorgen und begleiten ▪ Krisen während der ambulanten Versorgung erkennen, abwenden und stationäre Einweisungen verringern ▪ aufeinander abgestimmte Kommunikation und Kooperation mit den im regionalen Versorgungsnetzwerk Beteiligten koordinieren und umsetzen 				
<p>Art der Weiterbildung Funktionsweiterbildung nach § 2 Abs. 3 Weiterbildungsordnung Landespflegekammer RLP, Stand 2021</p>				
<p>Zulassungsvoraussetzungen Um die Richtlinien der DGCC für Pflegefachpersonen zu erfüllen bedarf es eines Nachweises über den Erwerb personaler, methodischer, beratungsrelevanter Kompetenzen im Umfang von mindestens 120 Unterrichtseinheiten (UE) Beratungskompetenz und 40 UE Sozialrecht.</p> <p>Insgesamt 64 UE Beratungskompetenz und 40 UE Sozialrecht können durch die Teilnahme an der vorliegenden Weiterbildung erworben werden. Insgesamt 56 UE Beratungskompetenz sind durch die Qualifikation außerhalb dieser Weiterbildung nachzuweisen.</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen orientieren sich an den jeweils aktuellen Standards der DGCC. Änderungen vorbehalten.</p>				
<p>Dauer der Weiterbildung Regelzeit 1,5 Jahre</p>				
Umfang der Weiterbildung	Anzahl der Module	Präsenzzeit	Selbststudium	Arbeitsgruppen
344 UE	11	232 UE	56 UE	56 UE

Modulübersicht	Moduleinheit	Präsenz	Selbststudium	Arbeitsgruppen	Supervision
Basismodule (B)					
Professionelles Rollenverständnis des pflegerischen Case Managements im ambulanten, regionalen Versorgungskontext entwickeln					
Geschichte und Entwicklungen im Case Management (CM) im Sozial- und Gesundheitswesen, Funktionen, Rollen im pflegerischen Case Management mit hausarztbasierter Demenzversorgung	B1	16 UE	8 UE	7 UE	-
Fallsteuerung I Screening zum Versorgungsbedarf, Versorgungsrisiken erkennen, Versorgungssituation durch Risikostratifizierungs-Assessment erheben und handeln	B2	16 UE	8 UE	7 UE	-
Fallsteuerung II Versorgungssituation anhand von Phasen im CM steuern und reflektieren, Telemedizin anwenden und verstehen	B3	32 UE	16 UE	14 UE	
Spezialisierungsmodul (SI)					
Krankheitsverständnis entwickeln, professionelle Kommunikation anwenden, Begleitung und Fallsteuerung koordinieren					
Medizinische Grundlagen der Diagnostik, Therapie, Behandlung der Demenz kennen und verstehen	S1	40 UE	-	7 UE	-
Instabile Situationen durch professionelles Krisenmanagement ambulant beeinflussen, verringern, Krisen im ambulanten Setting erkennen, relevante Akteure kennen, einbinden, koordinieren	S2	16 UE	-	-	-
Hausbesuche planen, durchführen, reflektieren, Techniken der Moderation kennen und anwenden	S3	16 UE	-	-	-
Dyadische Aspekte kennen, ressourcenorientierte, deeskalierende Gesprächsführung verstehen, anwenden und Angehörigen vermitteln, Konzepte zur Resilienz und Selbstfürsorge kennen und anwenden	S4	32 UE	-	7 UE	-
Gesprächssituationen am Telefon einschätzen, deeskalieren, reflektieren	S5	8 UE	-	-	-
Spezialisierungsmodul (SII)					
Regionale Kooperationsformen u. rechtliche Grundlagen kennen, anwenden reflektieren; Supervision					
Institutionelle Rahmenbedingungen und regionale Netzwerkstrukturen in der ambulanten Versorgung kennen, umsetzen, reflektieren	S II/S1	16 UE	16 UE	14 UE	16 UE
Rechtliche Grundlagen für das Tätigkeitsfeld kennen und beratend anwenden	SII/S2	40 UE	-	-	-
Rollen- und Fallsupervision im Kontext der Professionalisierung eines pflegerischen Case Managements, kollegiale Fallberatung kennen und anwenden Mündliches Kolloquium	SII/S3	8 UE	8 UE		8 UE
Unterrichtseinheiten (UE) 45 Min.		232 UE	56 UE	56 UE	24 UE
Praktische Einsätze bei Case Managenden aus der Praxis werden während der Weiterbildung empfohlen.					

Für eine perspektivisch bundesweite Verbreitung dieses Weiterbildungsmanuals wird empfohlen, die medizinische, psychologische und pädagogische Fachexpertise kontinuierlich einzubinden. Dadurch könnten die Handlungskompetenzen und die zu erzielenden Lernergebnisse in Bezug auf das Wissen, das Können und die Werte der Teilnehmenden für die professionelle Berufsausübung weiter ausdifferenziert und standardisiert werden.

Die nach den definierten Handlungskompetenzen und Lernergebnissen tatsächlich zu vermittelnden Inhalte und Lehrmittel sind vor dem Hintergrund der jeweiligen Bedingungen in den Regionen vor Ort von den Weiterbildungsdurchführenden zu benennen und an die regionalen Konzepte und Versorgungsformen anzupassen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2022): Der DGR Niveau 6. Online: https://www.dgr.de/dgr/de/der-dgr/dgr-niveaus/niveau-6/niveau-6_node.html Zugriff: 20.01.2022

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ) (2020): Serviceportal Wegweiser Demenz. Informieren, ermutigen, vernetzen – Informationen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Online: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/serviceportal-wegweiser-demenz-726660> Zugriff: 01.04.2020

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2019): Standards und Richtlinien für die Weiterbildung Case Manager und Case Managerin DGCC. Online: <https://www.dgcc.de/cm-weiterbildung/weiterbildungs-standards/weiterbildungsrichtlinien/> Zugriff: 20.01.2022

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2016): Positionspapier Qualifikationsrahmen zertifizierter Case Manager und Case Managerinnen (DGCC). Online: https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2017/02/DQR_Positionspapier_FG_WB_DGCC.pdf Zugriff: 20.01.2022

Dreier A. (2011): Thema: Ambulante Betreuungsmanager für Patienten mit Demenz: Ermittlung des Anforderungsprofils, des Qualifikationsbedarfs und der Qualifikationsinhalte im allgemeinmedizinischen Versorgungskontext in einer Modellregion Mecklenburg-Vorpommerns. Online: https://epub.ub.uni-greifswald.de/frontdoor/deliver/index/docId/944/file/Diss_Dreier_Adina.pdf Zugriff: 01.04.2020

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (G-BA) (o.D.): Innovationsfonds. Online: <https://innovationsfonds.g-ba.de/> Zugriff: 27.10.2020

Pflegekammer Rheinland-Pfalz (2021): Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Online: <https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html#weiterbildung> Zugriff: 20.01.2022

Zentrum für Qualität in der Pflege (2014): Kerncurriculum Case Management (KCM) – Pflegeberatung. Online: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Kerncurriculum_Case_Management_Pflegeberatung.pdf Zugriff: 20.01.2022



**Demenzkompetenz in der
Hausarztpraxis
Das Projekt DemStepCare**

Ansprechpartner



Teresa Weber

t.weber@zpga.landeskrankenhaus.de

06131 – 378 3101

Dr. med. Katharina Geschke

k.geschke@zpga.landeskrankenhaus.de

0157 - 80 69 67 59

Was brauchen wir für eine gute medizinische Demenzversorgung in Rheinland-Pfalz?

Andreas Fellgiebel, Mainz

Ärzteblatt Rheinland-Pfalz | 9/2018

Prävention!

Frühe Diagnostik ist wichtig!

Versorgungskrisen vermeiden oder ambulant meistern

Demenzkompetenz im Krankenhaus

Bessere Fortbildungen: interessanter, interdisziplinärer, praxisnäher, welche die regionale interdisziplinäre Vernetzung unterstützen

Prävention Demenz

Mechanismen	Präventive Maßnahmen		
Kognitive Resilienz		Hörfunktion erhalten; Bildung; geistige Aktivität	Soziales Netzwerk; Behandlung Depression
Reduktion ZNS-Schäden	Körperliche Aktivität; Sport; Reduktion chronischer Stress*	Nichtrauchen; Normalgewicht; Erkennen & Behandlung von Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen	
Reduktion Entzündlicher ZNS-Prozesse			Mediterrane Diät

Modifiziert nach: *Livingston al. Lancet. 2017;390(10113):2673-2734*
s. auch: *Fellgiebel Nervenarzt. 2018;89(7):773-778*

Effektivität präventiver Maßnahmen

Ca. ein Drittel der Risikos ist auf modifizierbare Risikofaktoren zurückzuführen.

(Livingston *al. Lancet. 2017;390(10113):2673-2734*)

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012

Kenneth M. Langa, MD, PhD; Eric B. Larson, MD, MPH; Eileen M. Crimmins, PhD; Jessica D. Faul, PhD; Deborah A. Levine, MD, MPH; Mohammed U. Kabeto, MS; David R. Weir, PhD

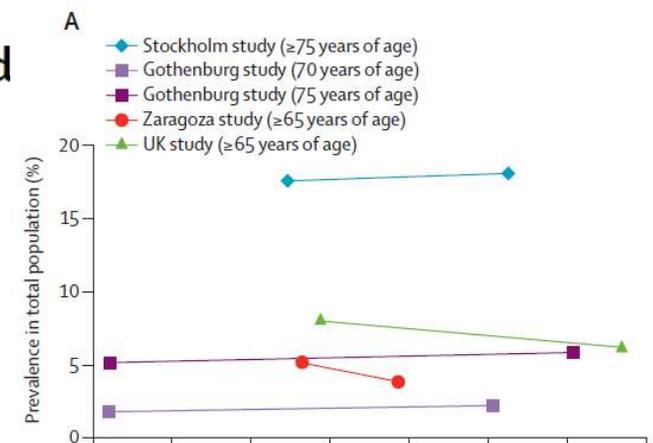
JAMA Intern Med. 2017 Jan 1;177(1):51-58

Entgegen aller Demographie-assoziiertes Prognosen sind die Prävalenzzahlen rückläufig. Assoziation mit steigender Bildung, spekulativ auch mit besser kontrollierten/eingestellten vaskulären Risikofaktoren.

Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making

Yu-Tzu Wu, Laura Fratiglioni, Fiona E Matthews, Antonio Lobo, Monique M B Breteler, Ingmar Skoog, Carol Brayne

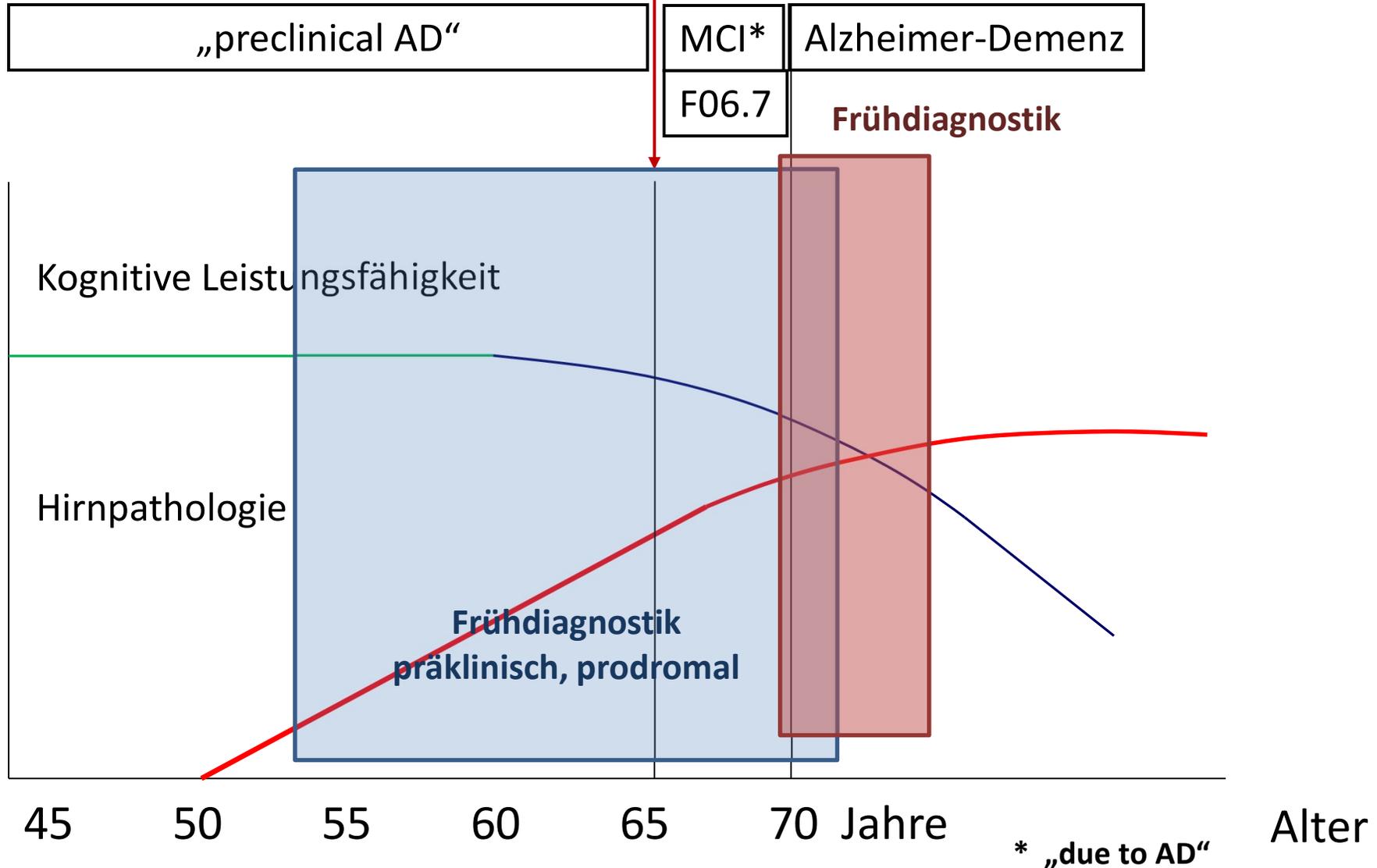
Lancet Neurol. 2016 Jan;15(1):116-24.



Frühe Diagnostik ist wichtig!

Alzheimer-Frühdagnostik

Messbarkeit der klinischen Veränderungen



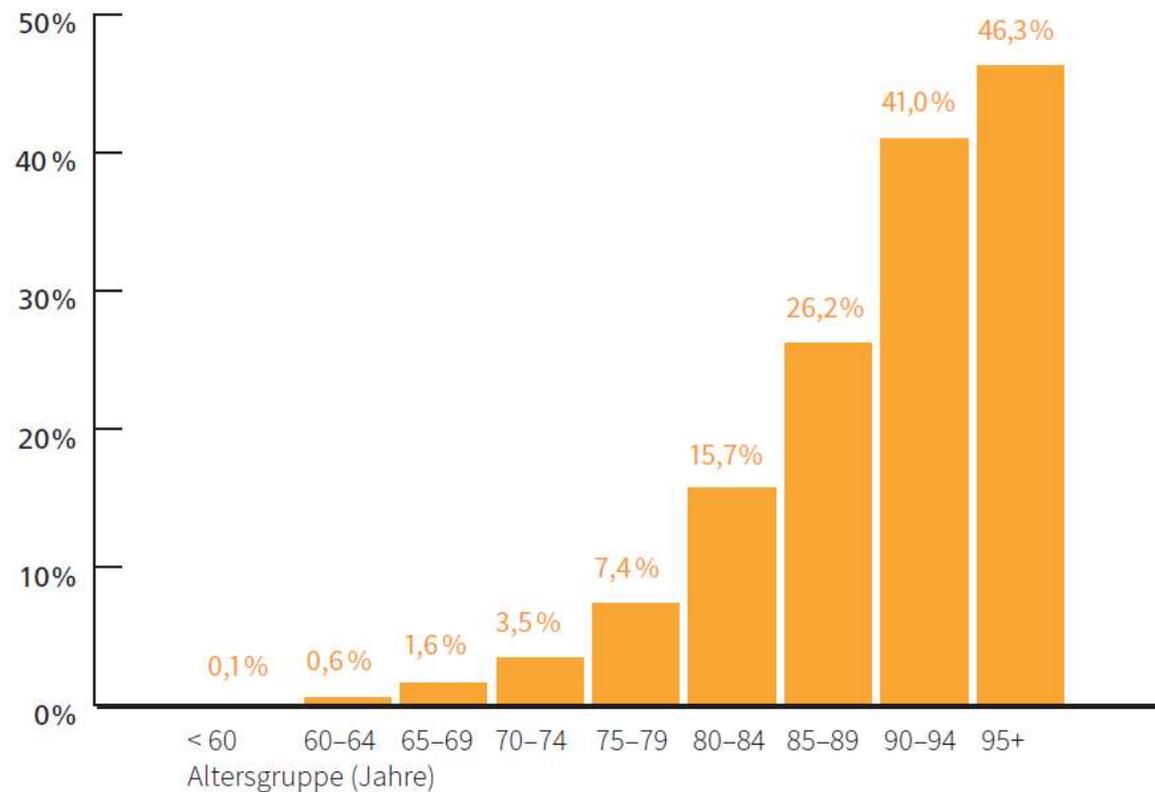
Demenz: Warum frühe Diagnostik?

Gründe für ein flächendeckendes Angebot von Demenz-Basisdiagnostik sind:

- Wunsch nach diagnostischer Klärung von Seiten der Betroffenen
- Ausschluss bzw. Diagnose symptomatischer demenzieller Syndrome mit z.T. kurativen Therapiemöglichkeiten
- die Kenntnis der Prognose für die weitere Lebens- und Versorgungsgestaltung
- frühe Heranführung der betroffenen Familie an die regionalen Teilhabe- und Versorgungsnetzwerke zur Ermittlung bedarfsgerechter Hilfen

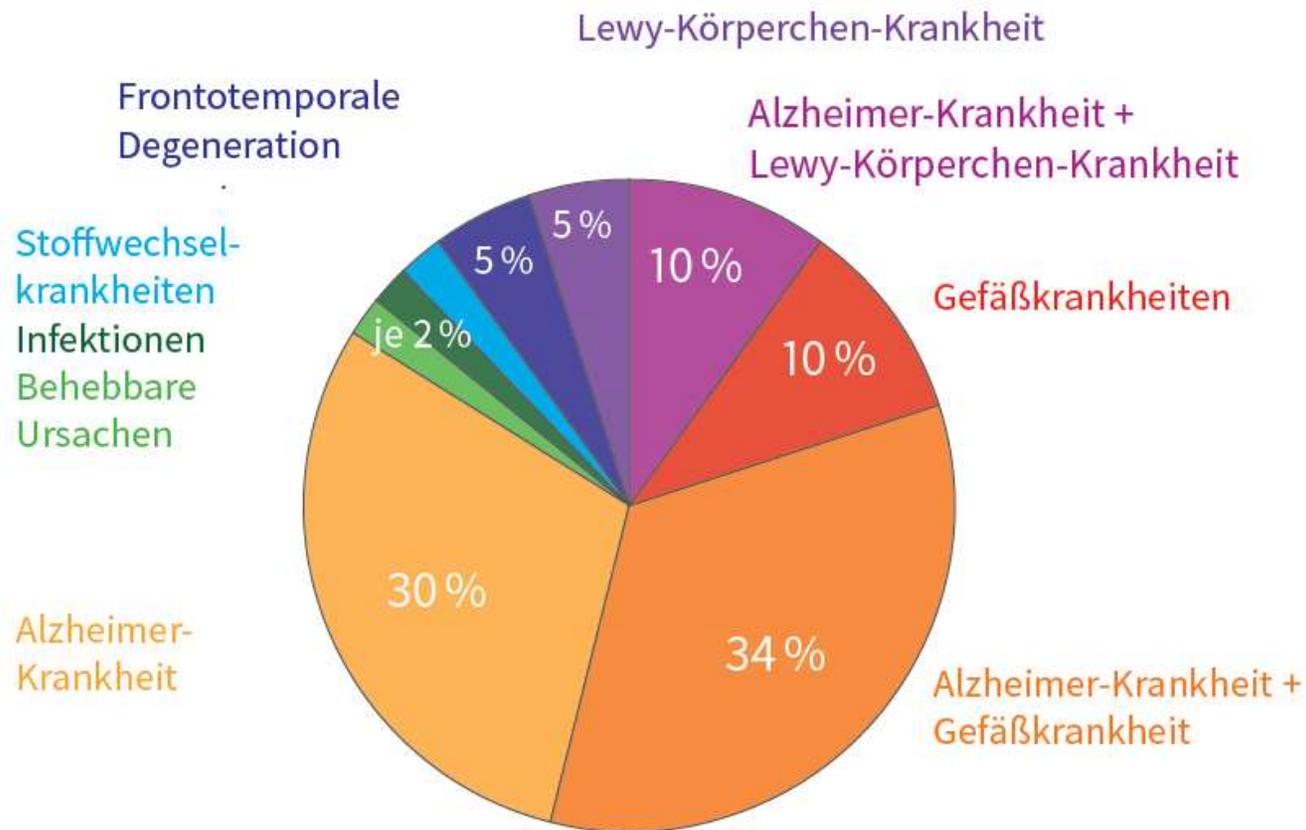
Im Falle einer Demenz: frühe Therapie ist hilfreich! Verzögerung der Progression; Kenntnis der Prognose! **Unterstützung der Angehörigen:** Beratung z.B. im Pflegestützpunkt! Psychoedukation! Ressourcen-Orientierung, Stärkung der Partnerschaft, Annahme notwendiger Entlastungsangebote

Altersspezifische Häufigkeit der Demenz



Quelle: Prevalence of dementia in Europe. Luxembourg, Alzheimer Europe 2013; Vieira et al., Epidemiology of early-onset dementia: a review of the literature. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2013

Demenzformen



Quelle: Schneider et al., Neurology 69: 2197-2204, 2007

Die Demenzdiagnose wird „klinisch“ gestellt

1. Syndrom

Anamnese/Fremdanamnese (Medikamente?)

Klinische Untersuchung (psychiatrisch, neurologisch, internistisch)

Neuropsychologische Objektivierung der kognitiven Dysfunktion
(MMSE, GDS, DemTect)

2. Ausschlußdiagnostik:

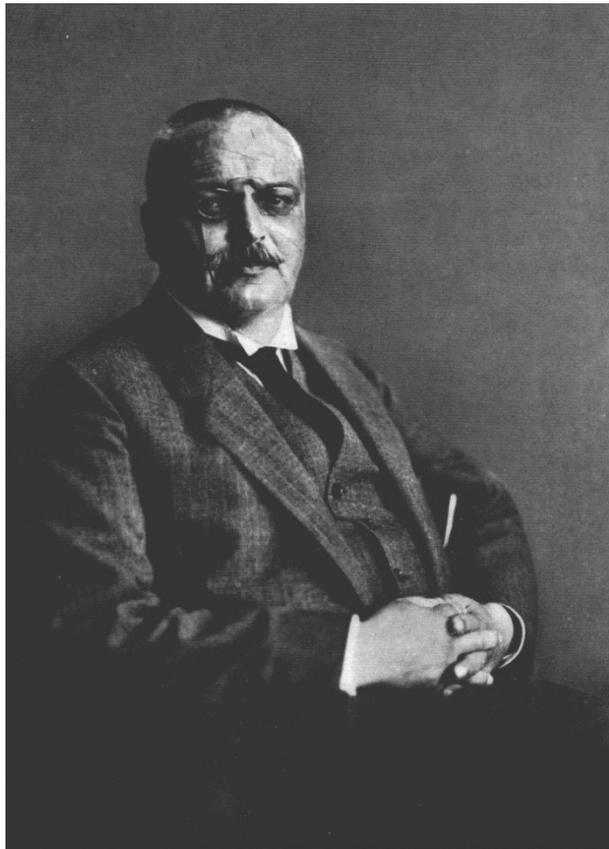
MRT-Schädel oder cCT

Labor: BB, TSH, E'lyte, Leber-, Nierenfunktion, CRP, BZ, Vit.B12

3. Spezifische Marker

Bei leichtem oder unklarem Syndrom (Liquor, PET) oder V.a. seltene Erkrankung (Lues, Borreliose, Limbische Enzephalitis: Liquor: AK)

Syndrom Demenz vom Alzheimer Typ



Alzheimer

Entwicklung der kognitiven Symptome:

Kurzzeitgedächtnis, Merkfähigkeit

Traurigkeit, Affektlabilität

Wortfindung

Aufmerksamkeit

sozialer Rückzug, Apathie

zeitliche Orientierung

Reizbarkeit, Depression

Angst

Demenzschwelle

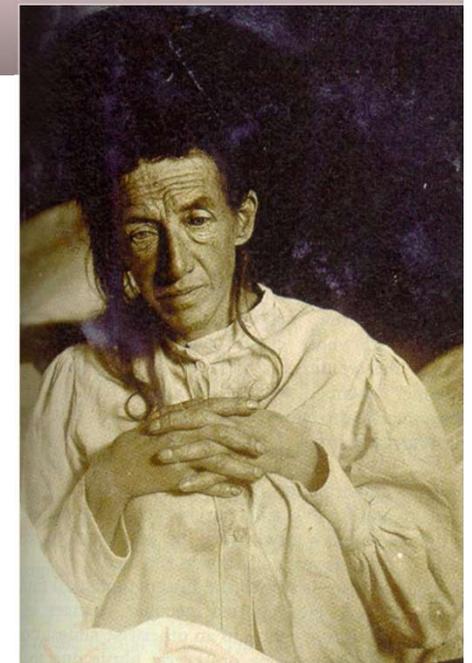
planendes Denken und Handeln

räumliche Orientierung

emotionale Indifferenz

Urteilsvermögen, abstraktes Denken

situative Orientierung



Fall 1: Die Demenzdiagnose wird klinisch gestellt

70jähriger Patient, seit 1,5 Jahren zunehmende Merkfähigkeits- u. Wortfindungsstörungen. Aufmerksamkeitsstörung, zeitliche Orientierungsstörung, Antriebsschwäche (Apathie), leichte Reizbarkeit.

Anlass der Untersuchung: „**Verlaufen in fremder Umgebung**“

Neuropsychologisches Screening:

MMSE: 25 von 30 Punkten, DemTect: 9 von 18 Punkten.

Keine Depression (GDS 15: 2P), keine (anticholinergen) Medikamente, keine Benzodiazepine, keine vaskulären Risikofaktoren.

Neurologischer Status: Normalbefund.

➤ V.a. Alzheimer-Demenz

Notwendige Zusatzuntersuchungen zur Ausschlußdiagnostik:

MRT-Schädel oder cCT

Labor: Schilddrüse, E'lyte, Leber-, Nierenfunktion, Vit.B12

➤ **Diagnose Alzheimer-Demenz**

Fallbeispiel 2

75 jährige Patientin mit seit ca. 9 Monaten zunehmender Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit. Zudem ausgeprägte und zunehmende Gedächtnisstörungen, kein Leidensdruck.

Labor: kein pathologischer Befund.
 Neurostatus: unauffällig.

DemTect

N
V
S

1) Wortliste

1. Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

2. Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20) **9**

2) Zahlen-Umwandeln (siehe Rückseite)

Richtige Umwandlungen (max. 4) **2**

3) Supermarktaufgabe (1 Min.)

Genannte Begriffe (max. 30) **10**

4) Zahlenfolge rückwärts

1. Versuch
7-2
4-7-9
5-4-9-6
2-7-5-3-6
8-1-3-5-4-2

2. Versuch
8-6
3-1-5
1-9-7-4
1-3-5-4-8
4-1-2-7-9-5

Längste richtig rückwärts wiederholte Zahlenfolge (max. 6) **4**

5) Erneute Abfrage der Wortliste

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

Richtig erinnerte Begriffe (max. 10) **5**

10 Punkte

Score **26**

A. Orientierung

Zeit (z. B. Welchen Tag haben wir heute?)
 Ort (z. B. Wo sind wir?)

1. Jahr
2. Jahreszeit
3. Datum
4. Wochentag
5. Monat
6. Land/Staat
7. Bundesland
8. Stadt/Ortschaft
9. Klinik/Praxis/Altersheim
10. Stockwerk

Summe (max. 10): **10**

B. Merkfähigkeit

Der Untersucher nennt folgende drei Gegenstände und fordert den Patienten auf, die Begriffe zu wiederholen (1 Punkt für jede richtige Antwort)
 Der Untersucher wiederholt die Wörter so lange, bis der Patient alle drei gelernt hat (höchstens 6 Wiederholungen).

1. >Auto<
2. >Blume<
3. >Kerze<

Summe (max. 3): **3**

C. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit

Von 100 an sind jeweils 7 abzuziehen. Falls ein Rechenfehler gemacht wird und die darauf folgenden Ergebnisse „verschoben“ sind, so wird nur ein Fehler gegeben.
 ODER
 Falls der Patient die Aufgabe nicht durchführen kann oder will, „RADIO“ rückwärts buchstabieren lassen: O-I-D-A-R

1. >93<
2. >86<
3. >79<
4. >72<
5. >65<

1. O
2. I
3. D
4. A
5. R

Summe (max. 5): **5**

D. Erinnerungsfähigkeit

Der Untersucher fragt nach den drei zuvor genannten Wörtern.

1. >Auto<
2. >Blume<
3. >Kerze<

Summe (max. 3): **3**

E. Sprache

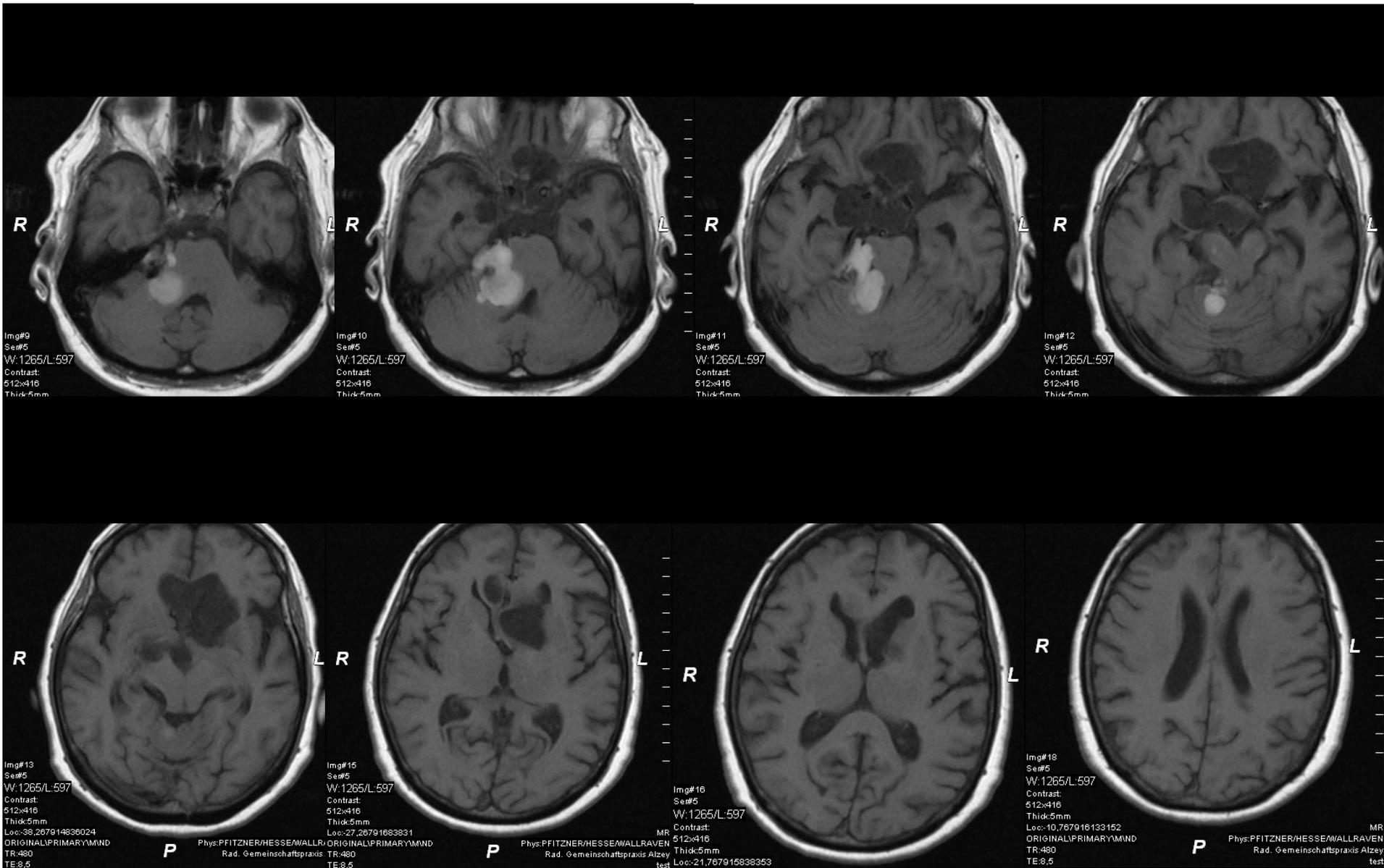
Der Untersucher zeigt zwei Gegenstände und fordert den Patienten auf, sie zu benennen.
 Der Untersucher fordert den Patienten auf, nachzusprechen.
 Der Untersucher läßt den Patienten folgendes Kommando befolgen.
 Der Untersucher bittet den Patienten,
 Der Untersucher dreht das Blatt um und fordert den Patienten auf,
 Der Untersucher läßt den Patienten die auf der Rückseite vorgegebene Figur malen (1 Punkt, wenn alle Seiten und Winkel stimmen und die sich überschneidenden Linien ein Viereck bilden).

1. Armbanduhr
2. Bleistift
3. "Sie leiht ihm kein Geld mehr"
4. „Nehmen Sie dieses Blatt in die rechte Hand“
5. „Falten Sie es in der Mitte“
6. „Legen Sie es auf den Boden“
7. die Anweisung auf der Rückseite zu befolgen
8. einen vollständigen Satz zu schreiben (Rückseite).
9. Nachzeichnen (Rückseite)

Summe (max. 9): **9**

Gesamtsumme bitte oben eintragen

26 Punkte



Diagnose: Demenzielles Syndrom bei Hirntumor

Frühe Diagnostik und Therapie sind wichtig!

Patienten und Angehörige leiden von Beginn an!

Prodromale Frühdiagnostik: MCI, beginnende Demenz

Patienten und Angehörige leiden von Beginn an!

Patienten stehen unter chronischem Stress:

- **erhöhte Depressionsraten bei MCI**, insbesondere amnestic MCI
- Depressive aMCI Patienten zeigen schnellere Demenzentwicklung!

Dlugaj et al. J Alzheimers Dis. 2015;45(1):159-74

Kida et al. J Alzheimers Dis. 2016;51(2):405-15

Mourao et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(8):905-11, Metaanalyse

Defrancesco et al. J Alzheimers Dis. 2017;59(4):1439-1448

Partner stehen auch schon bei MCI unter chronischem Stress:

Depressionsprävalenz 23% (CES-D score ≥ 16)

Syst. Review: *Seeher et al. Alzheimers Dement. 2013;9(3):346-55*

Höhere Cortisolspiegel sind mit stärkerem kognitivem Abbau bei Amyloid-positiven kognitiv gesunden Älteren (preclinical AD) assoziiert .

Pietrzak et al. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. 2017;2(1):45-52

Prodromale Frühdiagnostik: MCI, beginnende Demenz

Patienten und Angehörige von Beginn an behandeln!

Patienten

Stressmodulation!

Positiver Effekt auf Wohlbefinden, QoL und kognitiven Abbau

Cortisol-level Serum: [Lehallier et al. JAMA Neurol.](#) 2016;73(2):203-212

Cortisol-level CSF: Popp et al. [Neurobiol Aging.](#) 2015;36(2):601-7

Achtsamkeit und Meditation: [Rev Neurosci.](#) 2018;29(7):791-804

Körperliche Aktivität/ körperliches Training

Positiver Effekt auf Wohlbefinden und kognitiven Abbau

de Souto Barreto P et al. DSA MAPT Study Group. [J Sci Med Sport.](#) 2018;21(1):52-57

Meta-analyse: Song et al. [Int J Nurs Stud.](#) 2018;79:155-164

Depressionsbehandlung (SSRI reduzieren Demenzentwicklung bei MCI)

Förderung resilienter Mechanismen

[Bartels et al. Am J Psychiatry.](#) 2018;175(3):232-241

Prodromale Frühdiagnostik: MCI, beginnende Demenz

Ambulante Psychotherapiegruppe (der Gedächtnisambulanz) für Patienten MCI due to AD/ leichte Demenz

(MMSE MW 24, Range: 23-27) seit 2003

12 Gruppensitzungen

- 14-tägiger Abstand
- jeweils 1,5 Stunden

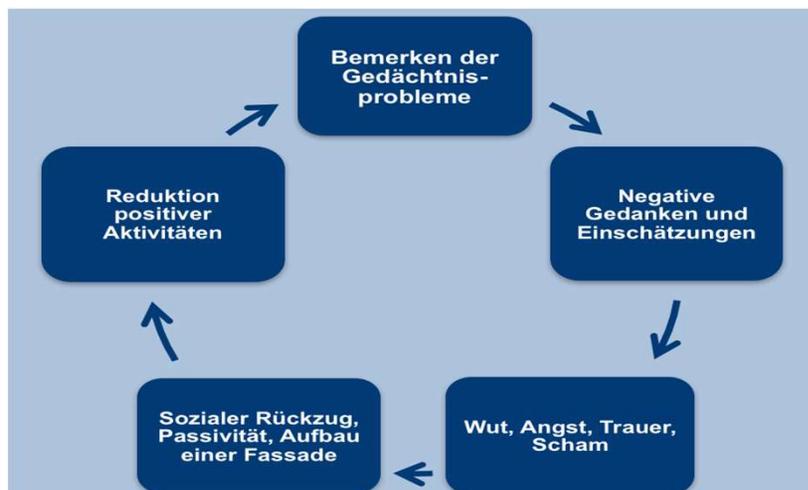
Aufbau

- Übungen zur psychomotorischen Aktivierung
- Krankheitsbezogene Informationsblöcke
- Rollenspiele zur Stärkung der sozialen Kompetenz
- Kognitive Stimulation

Prodromale Frühdiagnostik: MCI, beginnende Demenz

Wirkfaktoren der Psychotherapiegruppe

- Universalität des Leidens
- Lernen am Modell
- Teufelskreis Gedächtnisprobleme durchbrechen



- Partnerschaft stärken, aktiv teilnehmen



Frühe Diagnostik ist wichtig!

Patienten und Angehörige leiden von Beginn an!

Frühe Therapie:

- **Stressmodulation (Stärkung der Resilienz)**
- **Stabilisierung der Versorgungssituation
Nutzung der ambulanten Beratungs- und
Unterstützungsmöglichkeiten (Pflegestützpunkt)**
- **Medikamentöse Therapie**

Medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz

Kernsymptomatik

Kognition
Alltagsaktivitäten

Leicht bis mittelschere AD:

Acetylcholinesterase-Hemmer

Donepezil 5-10mg/d

Galantamin 16-24mg/d

Rivastigmin 6-12mg/d
(4,6; 9,5; 13,3mg Pflaster)

Mittelschere bis schwere AD:

(MMSE 0-20)

Memantin 20mg/d

Verhaltenssymptome

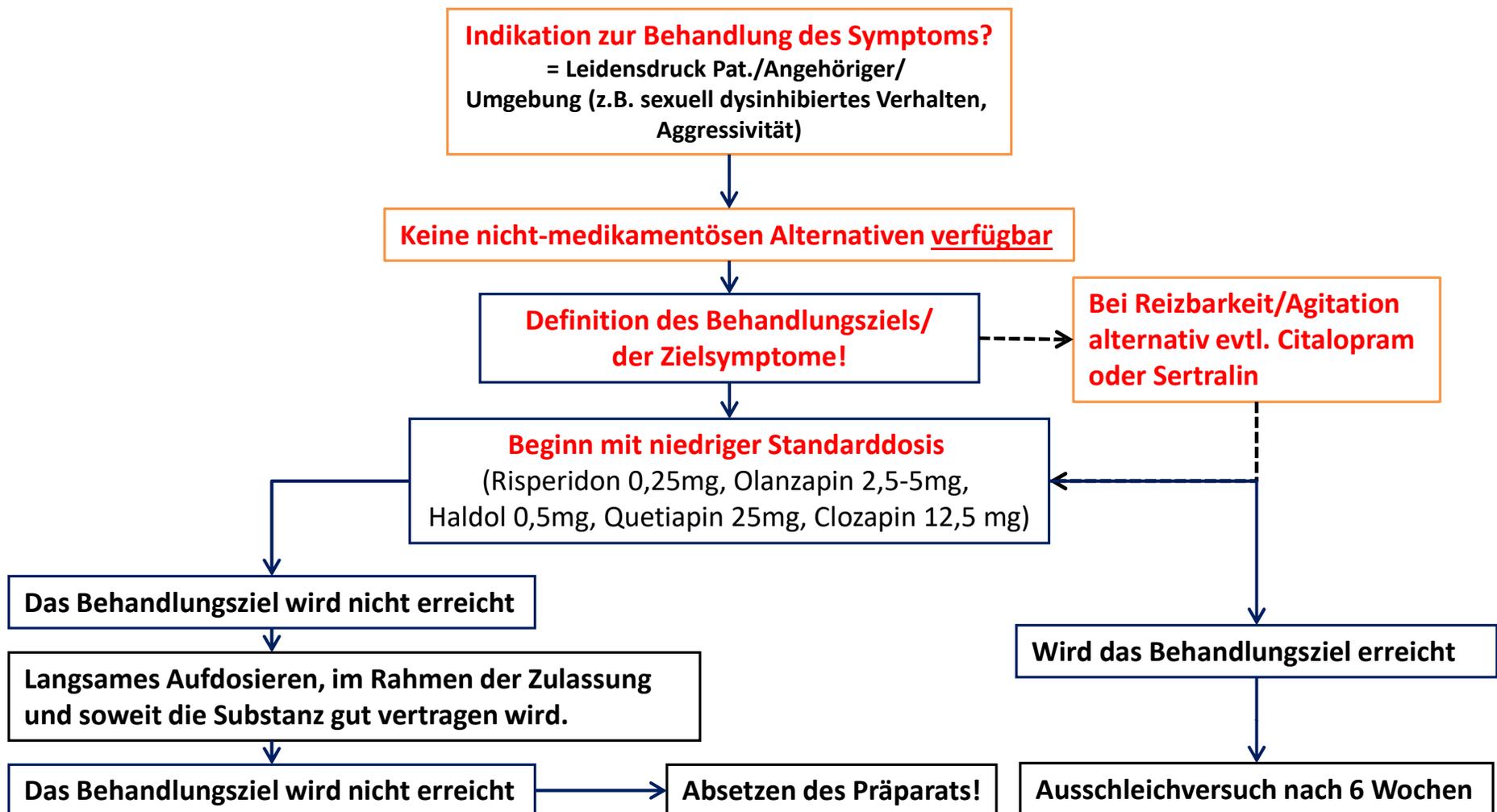
Wahn, Halluzinationen
Apathie, Agitation, Depression

Acetylcholinesterase-Hemmer
und Memantin führen zu einer
leichten Reduktion des Auf-
tretens

Vorsicht Antipsychotika!

**Verhaltenstherapeutische
Intervention!**

Antipsychotika zur Therapie von Aggression, Agitation, Wahn, Halluzinationen



Versorgungskrisen vermeiden oder ambulant meistern

Versorgungskrise: Indikation für stationäre Einweisung (da keine systematischen ambulanten Interventions- bzw. Unterstützungsmöglichkeiten):

- Verhaltensstörung Patient
- Erschöpfung pflegender Angehöriger droht

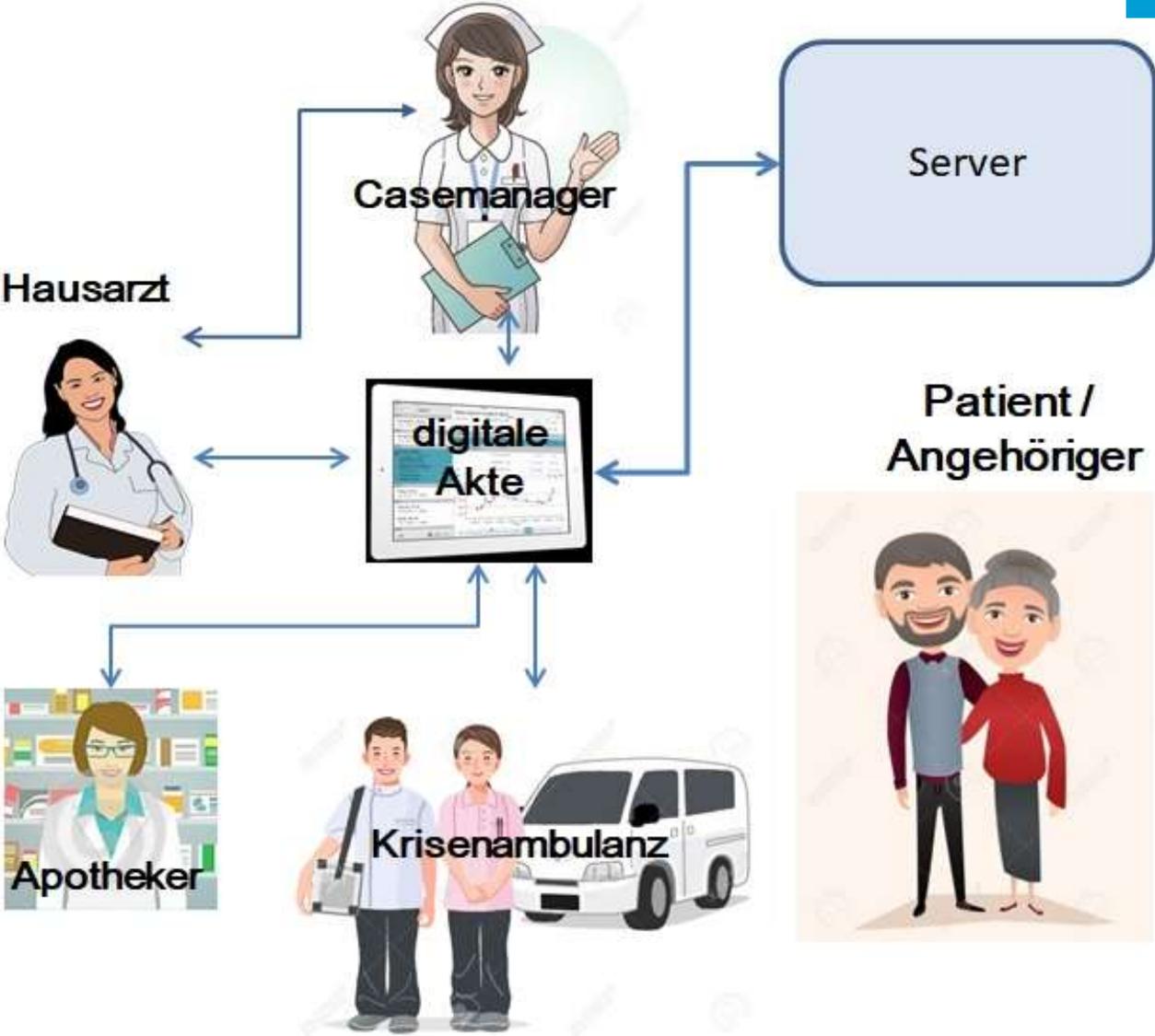
Innovation DemStepCare

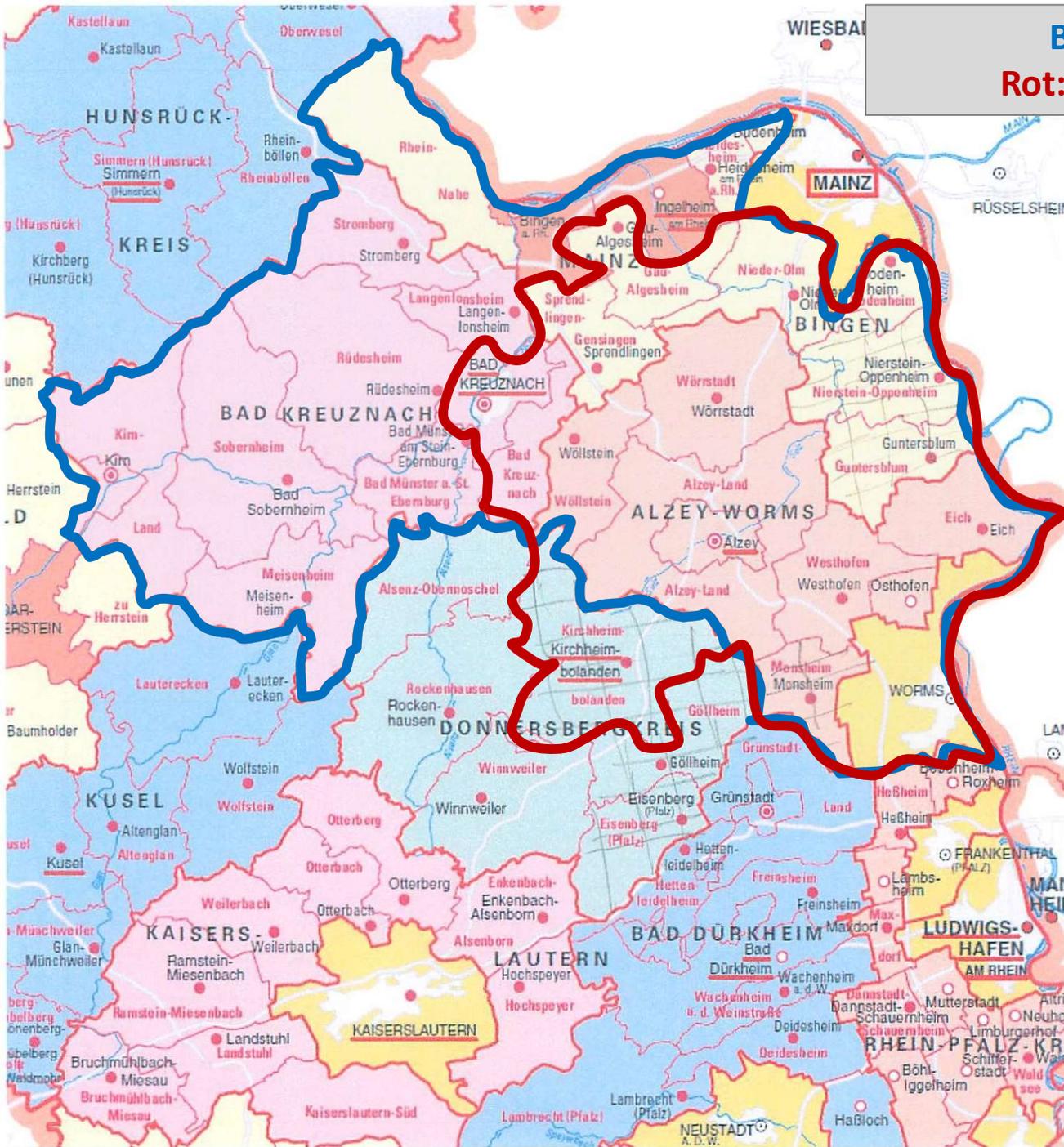


1. Hausarzt stellt Demenzverdacht, motiviert Patienten zur Diagnostik, überweist zum Facharzt, oder:
2. Hausarzt (unterstützt von geschulter MFA) führt leitliniengerechte Basisdiagnostik Demenz durch
3. Diagnoseaufklärung, pharmazeutische Medikationsanalyse, Erwägung Antidementivum, Klärung Ansprechpartner und rechtlicher Status (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung), evtl. Verordnung Ergotherapie und Physiotherapie, Aktivierung Case Management zur Risikostratifizierung

4. Risikostratifizierung der Stabilität der häuslichen Versorgung
5. Stabile Versorgungssituation: Beratung zu regionalen Unterstützungsangeboten
6. Erhöhtes Versorgungsrisiko: Begleitung durch Case Management
7. Versorgungskrise: Herausforderndes Verhalten oder drohende Erschöpfung der pflegenden Angehörigen
8. Gate keeping: Überprüfung stationärer Anmeldungen auf Möglichkeit einer ambulanten Krisenintervention

Klinisches Versorgungsnetz DemStepCare





Blau: Einzugsgebiet RFK Alzey
Rot: Einzugsgebiet DemStepCare

PLZ im AGFA-Gebiet		
AZ-WO	Worms	Nieder-Olm
55232	67547	55268
55234	67549	55270
55237	67550	55271
55239	67551	
55286		Sprendlingen-Gensingen
55288	Bad	Gensingen
55291	Kreuznach	55457
55578	55543	55459
55597	55545	55576
55599	55583	55578
67294		
67575	Rhein-	Bodenheim
67577	Selz	55294
67578	55276	55296
67582	55278	55299
67590	55279	
67591	55283	Kirchheim-
67592	67585	bolanden
67593	67583	67292
67595	67587	67294
67598		67295
67598	Gau-	67297
67599	Algesheim	67808
	55435	67814
	55437	67819
	55270	

Befragung & Randomisierung der Hausärzte



Juni / Juli

Fragebogen (6 Seiten)



Anfang August

Einteilung
Interventions-/ Kontrollgruppe



August / September

Schulungen
(Ärzte und MFAs)



18.9. Kick-off-Veranstaltung

1.10. Einschluss erster Patient

Befragung & Randomisierung der Hausärzte



Juni / Juli

Fragebogen (6 Seiten)

**Kontinuierliche Anmeldung weiterer Ärzte möglich!
Nachschulungen erfolgen im Januar und nach Bedarf!**

→ Machen Sie bei Ihren Kollegen Werbung!

August / September

Schulungen
(Ärzte und MFAs)

18.9. Kick-off-Veranstaltung

1.10. Einschluss erster Patient

Weitere Schulungen

- Schulung der MFAs (2 Std im September):
 - ✓ Motivation zur Diagnostik
 - ✓ Demenzdiagnostik (Kurztests, wie MMST, Uhrentest, u.a., orientiert am geriatrischen Assessment)
 - ✓ Kommunikation mit Patienten und Angehörigen
 - ✓ Regionale Hilfen / Ansprechpartner / Beratungsstellen
- Weitere Fortbildungen für Ärzte
 - min. 1x pro Quartal zu verschiedenen Themen der Altersmedizin, z.B. im Rahmen von Qualitätszirkeln

Teilnahmevoraussetzungen der Patienten



Einschlusskriterien:

- Patienten mit diagnostizierter Demenz (F00-F03)
- und (falls vorhanden) deren Versorger (in der Regel pflegende Angehörige)
- Bei Hausärzten im Studiengebiet und Wohnort der Patienten im Radius ca. 10 km darum herum
- Zustimmung zur Teilnahme mit Grundeinsichtsfähigkeit
- GKV-Versicherung

Ausschlusskriterien:

- Patienten ohne Demenzdiagnose
- Wohnort des Pat außerhalb eines Radius von ca. 10 km um das Studiengebiet
- Patienten mit Demenz, welche in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben
- PKV-Versicherung
- Berechtigte nach § 264 SGB V (Asylbewerber)

Demenz-Zusatzdiagnostik in DemStepCare

Im Projekt DemStepCare sind folgende Untersuchungen mindestens notwendig:

- **MMST** *auf Stick und in theracase*
- **GDS-15** *auf Stick und in theracase*
- **Labor** - falls letztes älter als ein Jahr:
kl. BB, Natrium, Kalium, Calcium, TSH basal,
CRP, GOT, GGT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12,
Nüchtern-BZ *nach S3-LL Demenzen*
- **zerebrale Bildgebung** - falls noch nicht erfolgt

Einwilligungserklärungen



- Welche bei wem?
- Je eine bei:
 - **Patienten**
 - **Betreute Patienten mit gesetzlichem Betreuer**
 - **Angehörige**

Einwilligungserklärungen



- Beteiligte Kassen:

- TK
- DAK
- IKK
- BKK

→ Bei Patienten dieser Kassen ist ein zusätzliche
Einwilligungserklärung notwendig!

Ärztliche Leistungen

- Einschreibung von Patient



- Selektion / Detektion von Patienten mit V.a. demenzielles Syndrom
- Ansprache der Patienten und Angehörigen
- Erläuterung des Modellprojektes
- Demenz-Differentialdiagnostik
 - mindestens MMST und GDS-15
 - falls noch nicht erfolgt: Labor und zerebrale Bildgebung
- Endstellige Kodierung der Demenz-Diagnose
 - Liste auf Stick und in theracase hinterlegt
- Aufklärung über Diagnose
- Empfehlung zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Region
- Einholung der Unterschrift auf Teilnahmeerklärungen

Einschreibung =
einmalig 50€ / Pat

Ärztliche Leistungen

- Einschreibung von Patient

Einholen der Unterschriften auf den Einwilligungserklärungen



INTERVENTIONSGRUPPE

- 1) Einwilligungserklärungen an MEDI Südwest GmbH
- 2) Anlegen einer elektronischen Fallakte
(Smart Q installiert theracase bei HÄ der IG)
- 3) Einpflegen der relevanten Daten

→ weiteres Vorgehen nach Pause

KONTROLLGRUPPE

- 1) Einwilligungserklärungen und Checkliste an MEDI Südwest GmbH mit Angabe von
 - Diagnoseliste inkl. endstelliger Demenzdiagnose
 - Medikationsplan
 - MMST und GDS-15 Punktwert
 - Angabe zerebrale Bildgebung (*erfolgt/unklar/nein*)
 - Labor (*erfolgt/unklar/nein*) und Ausdruck
 - ggf. zusätzliche relevante Unterlagen (z.B. DemTect, Uhrentest, Gedächtnisambulanz/Facharzt)
- 2) Anlegen einer elektronischen Fallakte durch MEDI Südwest GmbH und Einpflegen der übermittelten Daten

Weitere Versorgung der Patienten der Kontrollgruppe



Elektronische Fallakte durch MEDI Südwest GmbH



Automatische Benachrichtigung des Case Managers



Untersuchung der Versorgungssituation und Beratung durch Case Manager
Befragung zu Lebensqualität und Belastungssituation des Patienten und Angehörigen (t0)



Erneute Untersuchung der Versorgungssituation und Befragung zu Lebensqualität
und Belastungssituation des Patienten und Angehörigen nach 9 Monaten (t1)

PAUSE

im Anschluss:

Spezifische Schulung für Interventionsgruppe

Zusätzliche ärztliche Leistungen - Einschreibung von Patient (IG)



- Selektion / Detektion von Patienten mit v.a. demenzielles Syndrom
- Ansprache der Patienten und Angehörigen
- Erläuterung des Modellprojektes
- Demenz-Differentialdiagnostik
 - mindestens MMST und GDS-15
 - falls noch nicht erfolgt: Labor und cerebrale Bildgebung
- Endstellige Kodierung der Demenz-Diagnose
 - Liste auf Stick und in theracase hinterlegt
- Aufklärung über Diagnose
- Empfehlung zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Region
- Einholung der Unterschrift auf Teilnahmeerklärungen
- Anlegen einer elektronischen Fallakte

Einschreibung alle =
einmalig 50€ / Pat

siehe
vorne

Nur Interventionsgruppe:

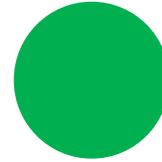
- Ersteingruppierung des Versorgungsrisikos in  bei Einschreibung
- Bestätigung der Eingruppierung vom Case Manager oder Rücksprache anfordern
- Medikamentenüberprüfung und Apotheken-Konsil (weiter 1x/Quartal und bei )
- Übergabe und Interaktion mit Case Manager

Einschreibung IG =
einmalig 10€ / Pat zusätzlich

Versorgung der Patienten

- stabile Versorgungssituation
→ Hausarzt
- erhöhtes Versorgungsrisiko
→ Case Management
- Versorgungskrise
→ Krisenambulanz

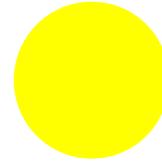
Ärztliche Betreuung - „grüne“ Patienten



- mindestens 1x / Quartal persönlicher Kontakt mit Patienten inklusive Reevaluation der Versorgungssituation
- Bedarfsweise Kommunikation und Interaktion mit Case Management
- Apotheken-Konsil 1x / Quartal und Medikamentenüberprüfung
- Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient und Angehörigen bezüglich Kontaktart, Dauer, Indikation und Ergebnis in theracase

pro Quartal
17,50€ / Pat

Ärztliche Betreuung - „gelbe“ Patienten

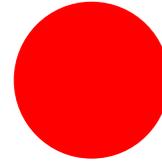


- mindestens 1x / Quartal persönlicher Kontakt mit Patienten inklusive Reevaluation der Versorgungssituation
- Ausführliches Angehörigengespräch 1x / Quartal
- Bedarfsweise Kommunikation und Interaktion mit Case Management
- Apotheken-Konsil 1x / Quartal und Medikamentenüberprüfung
- Regelmäßige Laborkontrollen je nach klinischer Situation oder auf Anraten der Apotheke
- Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient und Angehörigen bezüglich Kontaktart, Dauer, Indikation und Ergebnis in theracase

pro Quartal
45€ / Pat

Ärztliche Betreuung

- „rote“ Patienten



pro Quartal
45€ / Pat

- EKG und Labor
- Zuweisung, Kooperation und Interaktion mit Krisenambulanz
- Bedarfsgerechte Unterstützung der Versorgungssituation zur Endaktualisierung der Krise
- Absprache und Kooperation mit Kooperations-Apotheke bzgl. Fortführen der Medikation, sowie Case Management und weiteren Versorgern
- Persönlicher Kontakt mit Patienten nach Endaktualisierung der Krise innerhalb von einer Woche
- Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient und Angehörigen bezüglich Kontaktart, Dauer, Indikation und Ergebnis in theracase

Dokumentation in theracase



Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient und Angehörigen bezüglich:

- 1) Kontaktart: Telefonate, Praxisbesuch, Hausbesuch
- 2) Dauer in Minuten
- 3) Indikation und Ergebnis: z.B. Medikationsänderungen und Grund, (neue) Diagnosen, Gespräche, Untersuchungen, Interventionen, Therapien, Praxisbesuche, Hausbesuche, Telefonate, Befunde und Berichte, Kontakt mit CM oder Krisenambulanz

Plus: Medikationsplan ist in theracase immer aktuell halten !!

FRAGEN ?



Endstellige Codierung von Demenz-Diagnosen

Demenz bei Alzheimer-Krankheit

F00.0* G30.0+	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (<65 Jahre)
F00.1* G30.1+	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (<65 Jahre)
F00.2* G30.8+	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form

Vaskuläre Demenz

F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz

Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F02.0* G31.0+	Demenz bei Pick-Krankheit / frontotemporaler Lobärdegeneration
F02.2* G10+	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3* G20+	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.8* G31.82+	Demenz bei Lewy-Körper-Krankheit



Checkliste zur Einschreibung neuer Teilnehmer – Interventionsgruppe

Name: _____ Geb-Datum: _____

- Einwilligungserklärung Patient (bzw. gesetzlicher Betreuer)
- Zusätzl. Einwilligungserklärung: teilnehmende BKKen, DAK, IKK; TK
- Einwilligungserklärung Angehöriger angefügt (falls vorhanden)
- Anlegen einer elektronischen Fallakte in theracase / ISPC
- Patient bleibt „auf Anfrage“ und wird von Case Manager „aktiviert“

**Einscannen in theracase/
ISPC und versenden an:
MEDI Südwest GmbH**
Dresdener Straße 23
67663 Kaiserslautern

In theracase einzugeben:

- Endstellige Demenzdiagnose nach ICD-10
- Weitere Diagnosen
- Aktuelle Medikation
- MMST-Ergebnis in Punkten
- GDS-15-Ergebnis in Punkten
- RR / Puls / Gewicht
- Cerebrale Bildgebung: erfolgt unklar nicht erfolgt
- Labor (kl. BB, Natrium, Kalium, Calcium, TSH basal, CRP, GOT, GGT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12, Nüchtern-BZ):
 - erfolgt (Ausdruck einscannen) unklar nicht erfolgt
- ggf. zusätzliche relevante Unterlagen einscannen (z.B. DemTect, Uhrentest, Gedächtnisambulanz/Facharzt- Konsultation)
- Ersteingruppierung des Versorgungsrisikos („rot – gelb – grün“)



Checkliste Versorgung – Interventionsgruppe

Name: _____ Geb-Datum: _____

- Bestätigung der Eingruppierung des Versorgungsrisikos vom Case Manager oder Rücksprache mit Case Manager anfordern
- Medikamentenüberprüfung und Apotheken-Konsil 1x/Quartal und bei Versorgungskrise
- Dokumentation eines jeden projektrelevanten Kontaktes mit Patient und Angehörigen bezüglich:
 - Kontaktart: Telefonate, Praxisbesuch, Hausbesuch
 - Dauer in Minuten
 - Indikation und Ergebnis: z.B. Medikationsänderungen und Grund, (neue) Diagnosen, Gespräche, Untersuchungen, Interventionen, Therapien, Praxisbesuche, Hausbesuche, Telefonate, Befunde und Berichte, Kontakt mit CM oder Krisenambulanz
 - Medikationsplan in theracase immer aktuell halten !!

Grün:

- Persönlicher Kontakt mit Patienten inkl. Reevaluation der Versorgungssituation min. 1x/Quartal
- Bedarfsweise Kommunikation und Interaktion mit Case Management

Gelb:

- Persönlicher Kontakt mit Patienten inkl. Reevaluation der Versorgungssituation min. 1x/Quartal
- Ausführliches Angehörigengespräch 1x/Quartal
- Bedarfsweise Kommunikation und Interaktion mit Case Management
- Regelmäßige Laborkontrollen je nach klinischer Situation oder auf Anraten der Apotheke

Rot:

- EKG und Labor
- Zuweisung, Kooperation und Interaktion mit Krisenambulanz
- Bedarfsgerechte Unterstützung der Versorgungssituation zur Endaktualisierung der Krise
- Absprache und Kooperation mit Kooperations-Apotheke bzgl. Fortführen der Medikation, sowie mit Case Management und weiteren Versorgern
- Persönlicher Kontakt mit Patienten nach Endaktualisierung der Krise innerhalb von einer Woche



An:
MEDI Südwest GmbH
Dresdener Straße 23
67663 Kaiserslautern

Checkliste zur Einschreibung neuer Teilnehmer – Kontrollgruppe

Name, Vorname: _____ **Geb-Datum:** _____
Adresse: _____ **Tel.-Nr.:** _____
Krankenkasse: _____ **Versicherten-Nr.:** _____
Angehöriger / Ansprechpartner (Name, Adresse, Tel.-Nr.): _____

- Einwilligungserklärung Patient angefügt (bzw. gesetzlicher Betreuer)
- Zusätzliche Einwilligungserklärung bei BKK, DAK, IKK; TK
- Einwilligungserklärung Angehöriger angefügt (falls vorhanden)

Endstellige Demenzdiagnose (ICD-10): _____

Weitere Diagnosen (oder Ausdruck der Diagnosen anfügen):

Aktuelle Medikation (oder Ausdruck des Medikamentenplans anfügen):

- RR: _____
- Puls: _____
- Gewicht: _____
- MMST-Ergebnis in Punkten: _____
- GDS-15-Ergebnis in Punkten: _____
- Cerebrale Bildgebung: erfolgt unklar nicht erfolgt
- Labor (kl. BB, Natrium, Kalium, Calcium, TSH basal, CRP, GOT, GGT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12, Nüchtern-BZ):
 erfolgt (Ausdruck angefügt) unklar nicht erfolgt
- ggf. zusätzliche relevante Unterlagen bitte anfügen (z.B. DemTect, Uhrentest, Gedächtnisambulanz/Facharzt- Konsultation)

Datum, Stempel der Praxis: