



Konsortialführung:	Landeskrankenhaus (AÖR), 56626 Andernach
Förderkennzeichen:	01NVF18027
Akronym:	DemStepCare
Projekttitel:	DemStepCare – Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
Autoren:	<p>Projektleitung innerhalb der Institution:</p> <p>Prof. Dr. Harald Binder², Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker¹, Dr. Erika Graf², Prof. Dr. Michael Jansky³, Prof. Dr. Irene Krämer⁴, Prof. Dr. Michael Löhr⁵</p> <p>Projektmitarbeiter:innen:</p> <p>Dr. Klaus Kaier², Dr. Fabian Klein⁵, Georg Koch², Marie Kockläuner⁴, Dr. Claudia Mildner⁴, Emre Özbulut¹, Dominikus Stelzer², Dr. Julian Wangler³</p> <p>Projektmitarbeiter:innen, die in früheren Projektphasen beteiligt waren:</p> <p>Isabella Bablok¹, Julia Möllerherm⁵, Susanne Schlett¹, Jana Willems¹</p> <p>Wissenschaftliche Hilfskräfte:</p> <p>Luisa Himmelmeier⁵, Andreas Platz¹</p> <p>¹ Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) am IMBI, Universitätsklinikum Freiburg ² Institut für Medizinische Biometrie und Statistik (IMBI), Universitätsklinikum Freiburg ³ Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie (ZAG), Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ⁴ Apotheke der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ⁵ LWL Klinikum Gütersloh, Fachhochschule der Diakonie Bielefeld</p>
Förderzeitraum:	1. April 2019 – 31. März 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	5
II.	Abbildungsverzeichnis	7
III.	Tabellenverzeichnis.....	8
1.	Ziele der Evaluation	13
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	19
2.1	Prozessevaluation	21
2.1.1	Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Patient:innen/Angehörige.....	22
2.1.1.1	Quantitative Analyse	22
2.1.1.2	Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews	23
2.1.2	Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Hausärzt:innen	24

2.1.2.1	Quantitative Analyse	24
2.1.2.2	Qualitative Inhaltsanalyse	25
2.1.3	Akzeptanz, Zufriedenheit, Nutzenbewertung und arbeitsbezogene Verhaltensmuster: Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen	25
2.1.3.1	Quantitative Analyse	25
2.1.3.2	Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews	26
2.2	Effektevaluation	26
2.2.1	Hypothesen	26
2.2.2	Studiendesign und Fallzahlen	27
2.2.3	Stratifizierung der Hausärzt:innen nach Demenzsensibilität/Panelbefragung	29
2.2.4	Endpunkte	31
2.2.5	Methoden der statistischen und qualitativen Analysen	35
2.2.5.1	Reduktion von stationären Behandlungstagen (primär) und der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (sekundär)	35
2.2.5.2	Verbesserung der psychosozialen Situation von Patient:innen und Angehörigen	35
2.2.5.3	Nutzung von Unterstützungsangeboten, Versorgungsstabilität sowie Leitlinien-treue und Spezifität von Demenzdiagnosen	38
2.2.5.4	Gesundheitsökonomische Ergebnisevaluation	41
2.2.5.5	Angemessenheit der medikamentösen Behandlung	41
3.	Ergebnisse der Evaluation	44
3.1	Prozessevaluation	44
3.1.1	Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Patient:innen/Angehörige	44
3.1.1.1	Quantitative Analyse	44
3.1.1.2	Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews	48
3.1.2	Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Hausärzt:innen	51
3.1.2.1	Quantitative Analyse	51
3.1.2.2	Qualitative Inhaltsanalyse (zehn Hausärzt:innen der IG)	58
3.1.3	Akzeptanz, Zufriedenheit, Nutzenbewertung und arbeitsbezogene Verhaltensmuster: Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen	61
3.1.3.1	Quantitative Analyse	61
3.1.3.2	Qualitative Inhaltsanalyse	63
3.2	Effektevaluation	66

3.2.1	Reduktion von stationären Behandlungstagen (IG vs. KG1, IG vs. KG2).....	66
3.2.1.1	Vergleich IG vs. KG1 anhand von Fragebogendaten (Primäranalyse).....	67
3.2.1.2	Vergleich IG vs. KG1 anhand von GKV-Individualdaten	72
3.2.1.3	Vergleich IG vs. KG2 anhand von GKV-Individualdaten resp. aggregierten GKV-Daten (ergänzende Analyse)	77
3.2.1.4	Zusammenfassung.....	80
3.2.2	Reduktion der Krankenhauseinweisungen (IG vs. KG1, IG vs. KG2).....	82
3.2.2.1	Vergleich IG vs. KG1 anhand von Fragebogendaten	82
3.2.2.1.1	Modellbasierte Analyse	84
3.2.2.2	Vergleich IG vs. KG1 anhand von GKV-Individualdaten	84
3.2.2.2.1	Modellbasierte Analyse	86
3.2.2.3	Vergleich IG vs. KG2 anhand von GKV-Individualdaten resp. aggregierte GKV- Daten	87
3.2.2.3.1	Modellbasierte Analyse	87
3.2.2.4	Zusammenfassung.....	88
3.2.3	Lebensqualität der Patient:innen.....	89
3.2.4	Belastung pflegende Angehörige	91
3.2.4.1	Belastung durch kognitive Einbußen der Patient:innen.....	91
3.2.4.2	Belastung durch aggressive Verhaltensweisen der Patient:innen	93
3.2.4.3	Belastung durch persönliche Einschränkungen der Angehörigen.....	94
3.2.4.4	Belastung durch Pflegeaufgaben durch die Angehörigen	96
3.2.4.5	Belastung durch (fehlende) soziale Unterstützung der Angehörigen	99
3.2.4.6	Belastung durch (fehlende) Akzeptanz der Situation der Angehörigen.....	100
3.2.5	Stress pflegende Angehörigen	102
3.2.6	Resilienz pflegende Angehörige.....	104
3.2.7	Lebensqualität der pflegenden Angehörigen.....	105
3.2.8	Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität	108
3.2.9	Nutzungsgrad von ambulanten Unterstützungsangeboten.....	113
3.2.10	Versorgungsstabilität	115
3.2.11	Leitlinien-gerechte und spezifische Demenzdiagnostik und -therapie.....	115
3.2.12	Angemessenheit der medikamentösen Behandlung	116
3.2.12.1	Medication Appropriateness Index (MAI)	116

3.2.12.2	Potenziell inadäquate Medikamente (PIM)	119
3.2.12.3	Arzneimittelbezogene Probleme (AbP)	123
3.2.12.4	Risikoarzneimittel	130
3.2.12.5	START-Kriterien	134
3.2.12.6	Zusammenfassung	136
3.3	Gesundheitsökonomische Evaluation	136
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	138
4.1	Zusammenfassende Bewertung von DemStepCare aus verschiedenen Perspektiven	138
4.1.1	DemStepCare aus Sicht der Behandelnden (Zusammenfassung)	138
4.1.1.1	Befragung der Hausärzt:innen	138
4.1.1.1.1	Fragebogenbefragung der Hausärzt:innen (Interventions- & KG1)	138
4.1.1.1.2	Interviews der Hausärzt:innen (Interventionsgruppe)	138
4.1.1.2	Befragung der Case Manager:innen & Pflegeexperten	138
4.1.2	DemStepCare aus Sicht der Patient:innen und Angehörigen (Zusammenfassung)	139
4.1.2.1	Fragebogenbefragung der Patient:innen und Angehörigen (Interventions- & Kontrollgruppe 1)	139
4.1.2.2	Interviews der Patient:innen bzw. Angehörigen	140
4.1.3	Medikationsanalysen	141
4.1.4	DemStepCare aus gesundheitsökonomischer Sicht	141
4.2	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	141
5.	Literaturverzeichnis	143
6.	Anhang	148
7.	Anlagen	149

I. Abkürzungsverzeichnis

AbP	Arzneimittelbezogene Probleme
ACB	Anticholinerge Last
AchE	Acetylcholinesterase
Adj.	Adjustiert
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
ASS	Acetylsalicylsäure
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BKK	BKK Landesverband Mitte
BIZA-D	Fragebogen Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz
BRS	Brief Resilience Scale
CI/KI	Konfidenzintervall
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.
DMARD	Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug
DSV	Demenzspezifische Screening zur Versorgungssituation
FORTA	Fit for the Aged
GABS	German Anticholinergic Burden Scale
GDS	Geriatrische Depressionsskala
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
IRR	Inzidenzratenverhältnis
ITT	Intention-to-treat
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)
Koef.	Koeffizient
LKH	Landeskrankenhaus (AÖR)
LPfIK	Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Akronym: DemStepCare
Förderkennzeichen: 01NVF18027

LWL-Klinikum Gütersloh	Landschaftsverband Westfalen-Lippe-Klinikum Gütersloh
MAI	Medication Appropriateness Index
MEDI Südwest	MEDI Südwest GmbH
MFA	Medizinische Fachangestellte
MMST	Mini Mental Status Test
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NOSGER II	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients
OAK	orales Antikoagulans
P	p-wert
PP	Per-Protocol
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
RAS	Renin-Angiotensin-System
RMA	Rhein-Mosel-Akademie, Landeskrankenhaus (AÖR)
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
SOC	Stress of Coherence
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
START	Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Persons' Potentially inappropriate prescriptions
SVF-120	Stressverarbeitungsfragebogen-120
TAH	Thrombozytenaggregationshemmer
TDM	Therapeutisches Drug Monitoring
TK	Techniker Krankenkasse
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UM Mainz	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – Kurzform
ZAG	Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
ZpGA	Zentrum für psychische Gesundheit im Alter, Landeskrankenhaus (AÖR)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsinnovation: Risikostratifizierung, Case Management, ambulanter Krisendienst.....	17
Abbildung 2: Flussdiagramm Daten	29
Abbildung 3: Gesamtscore der Nutzenbewertung in Prozent (IG, t1)	47
Abbildung 4: Verteilung der Anzahl stationärer Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1	71
Abbildung 5: Verteilung der Anzahl stationärer Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)	76
Abbildung 6: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum primären Endpunkt (IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)	81
Abbildung 7: Verteilung der Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1	83
Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)	85
Abbildung 9: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum Endpunkt der „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“ (IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)	89
Abbildung 10: Verordnungshäufigkeiten von Arzneimitteln nach der FORTA-Liste Kategorie D bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (n: Anzahl FORTA D-Arzneimittel ITT Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).....	121
Abbildung 11: Verordnungshäufigkeiten von Arzneimitteln nach der PRISCUS-Liste bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (n: Anzahl PRISCUS-Arzneimittel ITT Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).....	122
Abbildung 12: Verordnungshäufigkeiten von Arzneimitteln nach den STOPP-Kriterien bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (n: Anzahl STOPP-Arzneimittel ITT Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).....	123
Abbildung 13: Prozentuale Verteilung der Arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) auf der Ebene „Problem“ nach PCNE Version 9.1 (278) bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).....	124
Abbildung 14: Prozentuale Häufigkeit der Empfehlungen zu Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) nach PCNE Version 9.1 (278) bei Patient:innen der IG im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende).....	128

Abbildung 15: Prozentuale Häufigkeit der Umsetzung von Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) in der IG im ITT-Kollektiv nach PCNE Version 9.1 (278) im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende).	129
Abbildung 16: Prozentuale Häufigkeit des Bearbeitungsstatus von Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) in der IG im ITT-Kollektiv nach PCNE Version 9.1 (278) im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende).....	129
Abbildung 17: Prozentuale Häufigkeit der klinischen Relevanz von Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) bei Patient: innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv nach PCNE Version 9.1 (278) im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).	130
Abbildung 18: Abzusetzende Risikoarzneimittel nach Wirkstoffgruppe bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl abzusetzende Risikoarzneimittel ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).	132
Abbildung 19: Prozentuale Verordnungshäufigkeit von Anticholinergika mit ACB ≥ 2 Punkten bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl Anticholinergika > 2 P ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1; ACB: anticholinerge Belastung; P: Punkte; Trizyklika: Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin; atypische Antipsychotika: Olanzapin, Quetiapin; urologische Spasmolytika: Desfesoterodin, Solifenacin, Trospiumchlorid).....	134

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Prozessevaluation	21
Tabelle 2: Prozessevaluation, Zeitpunkte und Komponenten	24
Tabelle 3: Zeitpunkte der Abfrage von Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität	31
Tabelle 4: Primärer Endpunkt der Ergebnisevaluation	32
Tabelle 5: Übersicht sekundäre Endpunkte der Ergebnisevaluation	32
Tabelle 6: Explorative Endpunkte/Fragestellungen	34
Tabelle 7: Perceived Involvement in Care Scale (PICS) zu t1: Regression	45
Tabelle 8: Nutzen- und Zufriedenheitsbewertung der Angehörigen mit DemStepCare.....	46
Tabelle 9: Quantitative hausärztliche Befragung, Übersicht der Nettostichproben.....	51
Tabelle 10: Gründe der Hausärzt:innen für die Teilnahme am Projekt DemStepCare zu t0 _{HÄ}	52
Tabelle 11: Zufriedenheit der Hausärzt:innen mit DemStepCare insgesamt.....	53
Tabelle 12: Positive Erfahrungen der Hausärzt:innen im Teilnahme- und Projektkontext (IG und KG1)	54

Tabelle 13: Negative bzw. verbesserungsbedürftige Erfahrungen im Teilnahme- und Projektkontext (IG und KG1)	55
Tabelle 14: Zusammenarbeit der Hausärzt:innen mit spezialisierten Pflegekräften bzw. Case Manager:innen (IG)	56
Tabelle 15: Verbesserung der Demenzversorgung infolge der Projektteilnahme	56
Tabelle 16: Subjektiver Belastungsgrad durch Projektteilnahme	57
Tabelle 17: Nutzen der DemStepCare-Teilnahme nach Anwendungsbereichen	57
Tabelle 18: Fragebogenwerte aus der Befragung der Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen	61
Tabelle 19: Datengrundlage für die Primäranalyse und die ergänzenden Analysen bzgl. der Reduktion von stationären Behandlungstagen	67
Tabelle 20: Tatsächliche Länge des Follow-up zwischen t0 und t1 in Tagen	67
Tabelle 21: Demenzsensibilität der Hausärzt:innen zu t0 _{HÄ}	68
Tabelle 22: Kovariablenverteilungen in der IG und KG1	69
Tabelle 23: Verteilung der Follow-up-Dauer in IG und KG1	69
Tabelle 24: Anzahl der stationären Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1	70
Tabelle 25: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	72
Tabelle 26: Sensitivitätsanalyse: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)	72
Tabelle 27: Kovariablenverteilungen (Alter, Geschlecht, Demenzsensibilität der Hausärzt:innen, Betroffenheit von einer COVID-19-bedingten Behandlungspause) in der IG und KG1 in der regressionsbasierten Analyse bzgl. der Reduktion von stationären Behandlungstagen (GKV-Individualdaten)	74
Tabelle 28: Verteilung der Follow-up-Dauer zwischen t0 und t1 in Tagen in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)	75
Tabelle 29: Anzahl der stationären Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)	75
Tabelle 30: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage anhand von GKV-Individualdaten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	77
Tabelle 31: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage anhand von GKV-Individualdaten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)	77
Tabelle 32: Kovariablenverteilungen (Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegradgruppe) in der IG und KG2 in der regressionsbasierten Analyse bzgl. der Reduktion von stationären Behandlungstagen	78

Tabelle 33: Poisson-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	79
Tabelle 34: Univariate Poisson-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	80
Tabelle 35: 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.....	80
Tabelle 36: Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1	83
Tabelle 37: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausarzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	84
Tabelle 38: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausarzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	84
Tabelle 39: Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)	85
Tabelle 40: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen anhand von GKV-Individualdaten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausarzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	86
Tabelle 41: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen anhand von GKV-Daten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausarzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)	86
Tabelle 42: Poisson-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	87
Tabelle 43: Univariate Poisson-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert).....	88
Tabelle 44: Auswertungen zum Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“: Vergleichene Kollektive mit Gruppengrößen und Datengrundlagen. Die Mittelwerte (\emptyset) geben jeweils die mittlere rohe Anzahl der Krankenhauseinweisungen an.....	88
Tabelle 45: Lebensqualität der Patient:innen: Regressionsanalyse (ohne Adjustierung).....	90
Tabelle 46: Lebensqualität der Patient:innen: Regressionsanalyse mit Adjustierung der Lebensqualität zu t0 (Hauptmodell)	91
Tabelle 47: Belastung durch kognitive Einbußen (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen): Regressionsmodell	92
Tabelle 48: Belastung durch aggressives Verhalten (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen): Regressionsmodell	94
Tabelle 49: Belastung durch persönliche Einschränkungen (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell.....	95

Tabelle 50: Belastung durch persönliche Einschränkungen (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation	96
Tabelle 51: Belastung durch Pflegeaufgaben (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell	98
Tabelle 52: Belastung durch Pflegeaufgaben (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation	99
Tabelle 53: Belastung durch fehlende soziale Unterstützung (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell.....	100
Tabelle 54: Belastung durch fehlende Akzeptanz (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell	101
Tabelle 55: Stress der Angehörigen: Regressionsmodell	102
Tabelle 56: Stress der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation	103
Tabelle 57: Resilienz der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation	104
Tabelle 58: Lebensqualität der Angehörigen: Mittelwertvergleiche	105
Tabelle 59: Lebensqualität der Angehörigen: Korrelationsanalysen mit der Soziodemographie.....	107
Tabelle 60: Quantitative hausärztliche Befragung, Übersicht der Nettostichproben.....	108
Tabelle 61: Einbindung in Demenzmanagement der Hausärzt:innen.....	109
Tabelle 62: Vorhandensein demenzgeschulten Praxispersonals in den hausärztlichen Praxen.....	109
Tabelle 63: Aussagen zur Demenzdiagnostik und -versorgung.....	110
Tabelle 64: Erlebte Herausforderungen bei Demenzdiagnostik und –versorgung der Hausärzt:innen	111
Tabelle 65: Subjektive Kompetenzeinschätzung bei diagnostischem und therapeutischem Vorgehen der Hausärzt:innen	112
Tabelle 66: Nutzungsgrad von Unterstützungsangeboten: Logistische Regression	114
Tabelle 67: Leitlinien-treue und Spezifität der Demenzdiagnosen: Häufigkeiten der vier Typen	116
Tabelle 68: MAI-Summenscore für Patient:innen der IG- und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).	117
Tabelle 69: MAI-Patient:innenscore für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).	118
Tabelle 70: Anteil und Anzahl der unangemessenen Verschreibungen pro Medication Appropriateness Kriterium für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0 t1, t2).....	119
Tabelle 71: Verordnung von potenziell inadäquaten Arzneimitteln bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).....	120

Tabelle 72: Arzneimittelbezogene Probleme (AbP) Kriterien bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).....	123
Tabelle 73: Prozentuale Verteilung der Arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) auf der Ebene „Ursache“ für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).	125
Tabelle 74: Prozentuale Verteilung der Arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) verursachenden Wirkstoffklassen für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).	127
Tabelle 75: Anzahl der von den Hausärzt:innen dokumentierten Arzneimittel für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).....	130
Tabelle 76: Verordnung von Risikoarzneimitteln bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).	131
Tabelle 77: Anticholinerge Last der verordneten Medikation bei Patient:innen der IG und KG1 des ITT-Kollektivs im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).	133
Tabelle 78: Zahl indizierter Arzneimittel nach den START-Kriterien bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).....	135
Tabelle 79: START-Arzneimittel nach Wirkstoffklassen in absteigender Häufigkeit bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).	135
Tabelle 80: Kostenanalyse	137

1. Ziele der Evaluation

DemStepCare stellt ein hausarztbasiertes Versorgungskonzept dar mit dem Ziel, eine sowohl Leitlinien-gerechte als auch Patient:innenzentrierte Versorgung von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen zu ermöglichen. Hierdurch sollen die medizinische und psychosoziale Versorgungsqualität nachhaltig verbessert und häufige Fehlversorgungen (Krankenhauseinweisungen Demenz-bezogen oder aufgrund von sog. „ambulatory caresensitive conditions“ [ACSCs]; nicht Leitlinien-gerechte ambulante Diagnostik und Behandlungen, Doppeluntersuchungen, Einsatz von risikoreichen Psychopharmaka) reduziert werden.

Problemfelder der derzeitigen Demenzversorgung: Demenzdiagnosen werden häufig nicht gestellt oder erst, wenn die häusliche Versorgung gefährdet ist; die wenigsten Patient:innen erhalten eine Leitlinien-gerechte Diagnostik und Therapie (vgl. Wangler et al. 2018; Pentzek et al. 2009: 965-75).

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: 247-56). Eine besondere Rolle spielt dabei die Pflege (vgl. Dreier/Hoffmann 2013: 1398-1409). Besonders defizitär ist die aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes notwendige multiprofessionelle und multimodale Versorgung (vgl. Eichler et al. 2014: 247-56). Es fehlen integrierte, sektorenübergreifende Ansätze zur effektiven ambulanten Demenzversorgung (vgl. Baumgardt et al. 2014: 424-431). 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: 87-102). Hier ließ sich durch *Dementia Care Management* die Versorgungsqualität steigern und Pflegekosten senken (vgl. ebd.: 87-102). 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 entwickelnden Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Cerejeira et al. 2012: 73) mit potenzieller Selbst- und Fremdgefährdung auf. In solchen Krisensituationen kommt es i. d. R. zu Krankenhauseinweisungen (vgl. Toot et al. 2013: 463-70), die mit höheren Kosten im Vergleich zu Patient:innen ohne Demenz (vgl. Lyketsos et al. 2000: 704-7) sowie 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 Leitlinien-orientierter, nicht-medikamentöser Behandlungsansätze. In Rheinland-Pfalz konnten positive Erfahrungen mit hausarztbasierten Versorgungsmodellen gesammelt werden. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Leuchtturmprojektes start-modem konnten positive Effekte einer hausarztbasierten Demenzversorgung gezeigt werden (vgl. Geschke et al. 2012: 2201-2206; Laux et al. 2010: 2175-2180; Fellgiebel 2018). Zudem wurde seit Mitte 2016 von der gerontopsychiatrischen Abteilung der Rheinischen 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 Patient:innen mit Demenz durch zeitnahe Diagnostik und konsekutive Abfolge primär nicht-medikamentöser Interventionen (angelehnt an Serial Trial Intervention (vgl. Kovach et al. 2012: 251-63)) eine ambulante Stabilisierung der Versorgungssituation zu erreichen und eine stationäre Aufnahme zu vermeiden.

Spezifische und messbare Indikatoren der Zielerreichung: Evaluiert wurde, ob es primär gelang, durch DemStepCare die stationären Behandlungstage zu reduzieren. Sekundär sollten unter anderem die stationären Einweisungen und die Belastung der Angehörigen reduziert sowie Lebensqualität der Patient:innen verbessert werden. Weitere Ziele oder explorative Interessen umfassen die Verbesserung von Diagnostik und Therapie, eine optimierte Nutzung bestehender Versorgungsangebote und die Nutzung nicht-medikamentöser Strategien in Krisenfällen zur Stabilisierung der ambulanten Versorgungssituation (Darstellung aller Ziele siehe Endpunkte, Kapitel 2.2.4).

Beitrag der neuen Versorgungsform zur Weiterentwicklung der Versorgung

Verbesserung der Versorgung: Die Attraktivität der neuen Versorgungsform ist darin zu sehen, dass innovative Elemente (risikostratifizierte Versorgung, Case Management, Krisenambulanz) auf bestehende Strukturen der hausarztbasierten Demenzversorgung aufgebaut werden. So können Schwachstellen der bisherigen Versorgung reduziert werden: mangelnde Leitlinien-gerechte Diagnostik und Therapie; geringe intersektoraler Multiprofessionalität und Multimodalität; hohe Varianz der Komplexität von Versorgungsbedarfen (Gefahr der Über- oder Unterversorgung); fehlende effektive Strukturen zur ambulanten Krisenintervention (s. S. 12-13). Die Qualität der Versorgung wird auf erster Stufe durch eine frühere, Leitlinien-gerechte Demenzdiagnostik verbessert. Zudem werden bestehende Ressourcen besser vernetzt (z. B. pharmazeutische Optimierung der Medikation; frühe Heranführung an Unterstützungssysteme). Durch die koordinierte Kooperation und Kommunikation wird die Zusammenarbeit an sektorenübergreifenden Schnittstellen optimiert. Vor allem das Case Management fungiert hier für die vulnerablen Patient:innen als Koordinator der Versorgungsleistungen und fördert somit Empowerment von Patient:innen und Angehörigen. Durch die risikoadaptierte Weiterbehandlung und damit einhergehender Strukturen des ambulanten Krisendienstes wird ein relevantes Versorgungsdefizit adressiert. Bisherige Case oder Care Managementmodelle konnten Versorgungsverbesserungen, aber keine Reduktion der Krankenhausbehandlung zeigen (vgl. Reilly et al. 2015: Cd008345). Die Versorgungsalgorithmen erweitern die hausärztlichen Handlungsmöglichkeiten, daher wurde eine verbesserte Demenzsensibilisierung und hohe Akzeptanz und Adhärenz bei den Hausärzt:innen (HÄ) erwartet. Eine Finanzierung der verbesserten ambulanten Strukturen könnte durch eine Reduktion der Krankenhausbehandlungen möglich sein.

Umsetzungspotenzial: Das Umsetzungspotenzial von DemStepCare hing wesentlich ab von der Akzeptanz der neuen Versorgungsform von den Hausärzt:innen sowie von der praktischen Umsetzbarkeit von Risikostratifizierung, Case Management und Krisenambulanz. Unter anderem von den Koordinator:innen der teilnehmenden Hausärzt:innennetze wurde eine hohe Akzeptanz bei den Hausärzt:innen erwartet, welchen, durch spezialisierte Pflegefachkräfte unterstützt, neue und effektivere Handlungsoptionen in der Demenzversorgung eröffnet wurden. Zu erwarten war auch, dass hierdurch die hausärztliche Demenzsensibilität steigt und sich die Haltung gegenüber Patient:innen mit Demenz positiv verändert. Aus organisatorisch-

rechtlicher Sicht könnte diese Art der koordinierten Kooperation durch einen Vertrag zur besonderen Versorgung zwischen regionalen Hausärzt:innennetzen und den Krankenkassen erzielt werden. Für die Machbarkeit eines Case oder Care Managements an der Hausarztpraxis liegen bereits positive Erfahrungen vor (vgl. Eichler et al. 2014: 247-56; Reilly et al. 2015: Cd008345). Für die Etablierung der neuen Behandlungsstrukturen und Prozesse in der Regelversorgung bedarf es der Finanzierung der Schulungen für die verschiedenen Berufsgruppen, der Dokumentationsaufwandpauschalen für die Leistungserbringenden, der Implementierung einer elektronischen Fallakte sowie der Finanzierung des Case Managements und der multiprofessionellen Krisenambulanz. Dem gegenüber standen eine zu erwartende Reduktion stationärer, vermeidbarer Krankenhausaufenthalte, eine verbesserte ambulante Behandlung sowie hohe Patient:innen- und Angehörigenzufriedenheit durch gesteigerte Lebensqualität und Entlastung. Somit wurde zu Projektbeginn damit gerechnet, dass die Versorgungsqualität und -effizienz bei mindestens gleichbleibenden Kosten signifikant gesteigert werden kann, gemessen an direkten Krankheitskosten.

Übertragbarkeit der Erkenntnisse: Die Erkenntnisse, die in der Förderphase von DemStepCare gewonnen wurden, sind flächendeckend ausweitbar. Beispielsweise sind vielerorts Hausärzt:innen in Ärzt:innennetzen organisiert, welche als Multiplikatoren fungieren können. Ebenfalls gibt es flächendeckend verschiedene, regionale Unterstützungsangebote, die durch die koordinierte Kooperation besser vernetzt und zugänglicher gemacht werden können. Wenn es beispielsweise in einer Region noch keine Pflegestützpunkte oder regionale Demenznetzwerke gibt, so kann eine Übernahme der Projektstruktur zu einer besseren Sichtbarkeit der verschiedenen Angebote genutzt werden und zu einer Bildung regionaler Netzwerke führen. Das Case Management und die damit einhergehende Risikostratifizierung und risikoadaptierte Begleitung wurden im Rahmen des Projektes modular an die Krisenambulanz angegliedert. Bezüglich einer Ausrollbarkeit des Projektes ist es ebenfalls denkbar, das Case Management als ein Modul der Versorgung zu betrachten und an bestehende Strukturen (z. B. Einrichtungen des Sozialdiensts, psychosoziale Kontaktstellen) anzugliedern, sollte die Etablierung einer multiprofessionellen Krisenambulanz nicht möglich sein. Bezüglich der Weiterqualifizierung von Pflegepersonal zu Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen, wurden im Rahmen des Innovationsfondsprojektes Handlungsanweisungen in Form eines Manuals erarbeitet, die bei einer Ausrollung des Projektes auf andere Regionen, zur Verfügung gestellt und übernommen werden können. Die flächendeckende Etablierung von multiprofessionellen Krisenambulanzen stellt zwar eine finanzierungstechnische und organisatorische Herausforderung dar. Betrachtet man allerdings eine potenzielle Reduktion stationärer Aufnahmen sowie Verbesserung der häuslichen Versorgung (gemessen an indirekten Krankheitskosten aufgrund längeren Verbleibs in häuslicher Umgebung, Entlastung pflegender Angehöriger), wird die mögliche Kosteneffizienz dieser Ambulanzen deutlich. Auch entstehen hier attraktive Stellen für die spezialisierte, z. T. auch akademisierte Pflege (z. B. Leitungsfunktion, Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Standards), die zur Stärkung des Berufsbildes und zur Schließung relevanter Versorgungslücken beitragen kann. Nach regionalen Gegebenheiten könnte die Krisenambulanz auch an ein Medizinisches Versorgungszentrum, eine Psychiatrische Institutsambulanz, eine geriatrische Klinik oder Hausärzt:innennetze angegliedert werden. Die Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag der neuen Versorgungsform können zu einer Entwicklung eines ‚DMP-Programms Demenz‘ beitragen.

Spezifische Interventionselemente/Teilleistungen von DemStepCare zur Versorgungsoptimierung

Die neue Versorgungsform implementiert medizinisch-pflegerische Versorgungselemente mit dem Ziel der Entwicklung regionaler Versorgungs- und Teilhabenetzwerke für Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Versorger (vgl. Fellgiebel 2018) (s. Abbildung 1, S. 6).

Koordinierte Kooperation: Die hausarztbasierte Demenzversorgung soll durch verbesserte S3-Leitlinien-Orientierung in Demenzdiagnostik und Therapie, verbesserte sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringenden sowie die Implementierung Versorgungsrisiko-adaptierter Interventionsmöglichkeiten optimiert werden. Es erfolgten Schulungen der Hausärzt:innen und deren Medizinische Fachangestellten der IG zu folgenden Themen:

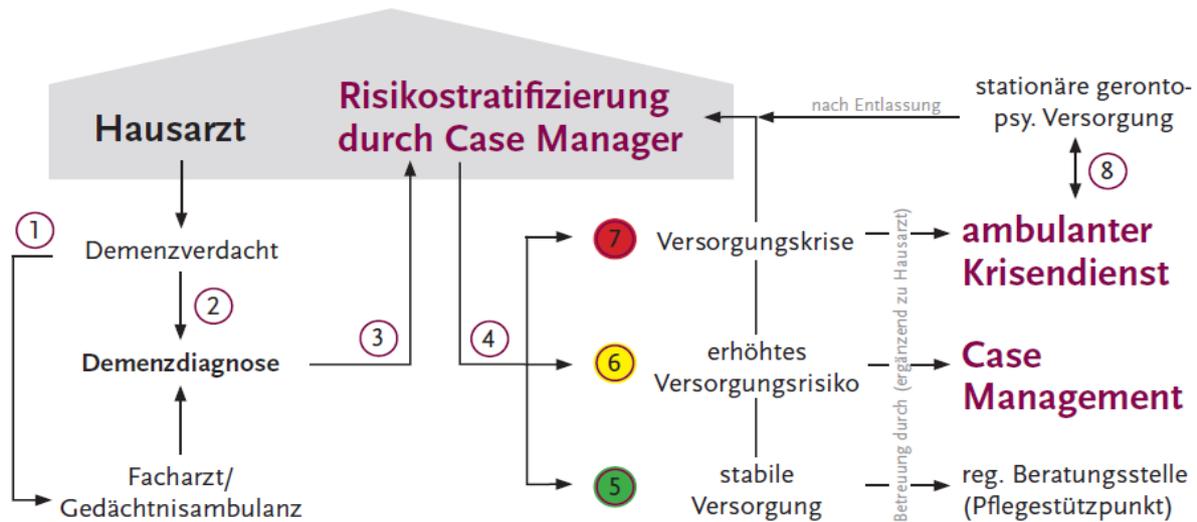
- Unterstützung einer S3-Leitlinien-gerechten Demenzdiagnostik und -therapie
- Pflegerisches Case Management (s. u.)
- Krisenambulanz (s. u.)
- weitere Prozesse und Partner der regionalen Vernetzung (z. B. Pflegestützpunkte)
- Einführung einer elektronischen Fallakte
- Medikationsanalyse durch die kooperierenden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

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

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 Erkrankung 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: 87-102). Die Risikostratifizierung erfolgte durch pflegerische Case Manager:innen in enger Kooperation mit den Hausärzt:innen. Sie regelte eine Zuordnung zu entsprechendem Case Management oder Krisenambulanzdiensten und basierte auf einem Algorithmus, der Erkrankungsschwere, Faktoren der Umwelt und Faktoren der Person kombiniert. In einem sequentiellen Screening erfolgte anhand von acht Screeningfragen (s. Anhang) zunächst eine Einschätzung der Versorgungsstabilität unter Einbezug der Dimensionen Bedarf, Bedarfsdeckung, Versorgungssituation über Angehörige (Demenzspezifisches Screenings zur Versorgungssituation´ [DSV]; zeitlicher Aufwand pro Patient:in ca. zehn Minuten). 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 neun Monaten.

Abbildung 1: 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

Gab das Screening Hinweis auf eine möglicherweise instabile Versorgungssituation, so wurden die aktuellen Bedarfe durch weitere Assessments spezifiziert: NOSGER II als Basisassessment und weitere Fokusassessments wie Cohen-Mansfield-Skala (s. Kap. 2.2.5.3) (zeitlicher Aufwand pro Patient:in ca. 60 Minuten). Patient:innen mit bestätigtem erhöhtem Versorgungsrisiko wurden über das Case Management begleitet. Patient:innen mit akuter Versorgungskrise wurden bis zur Entaktualisierung durch den ambulant-aufsuchenden Krisendienst (s. u.) behandelt.

Case Management: Spezialisierte Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation Case Management führten die Risikostratifizierung (s. o.) durch und fungierten einerseits als Vermittelnde zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen, andererseits wurden sie je nach Bedarf handelnd aktiv (vgl. Holloway/Carson 2001: 21-31). 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.: 21-31). Insbesondere mit den Hausärzt:innen sollte anhand strukturierter Kommunikation ein enger Austausch über geplante und durchgeführte Interventionen von sekundär- bis hin zu tertiärpräventiven 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 kontinuierlich 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: Cd008345). 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 kompensierbare Verhaltensauffälligkeiten bei Patient:innen (herausforderndes Verhalten) 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: 2148-57). Basierend auf diesen Befunden und den eigenen Vorerfahrungen wurden im Falle einer Versorgungskrise ambulant aufsuchende Pflegeexpert:innen Demenz im multiprofessionellen Team eingesetzt. Die Ambulanz arbeitete im Zweischicht System inklusive zeitweise nächtlicher Bereitschaft, so dass eine erweiterte Erreichbarkeit gewährleistet war. Bisherige 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. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) über mobile Tablets bedarfsweise vor Ort „zuschaltet“ werden („multiprofessionelles Team vor Ort“), was gerade im ländlichen Raum eine wichtige Unterstützung der aufsuchend agierenden Pflegeexpert:innen darstellt.

Gate-keeping: 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.

Abgrenzung der neuen Versorgungsform von der bestehenden Versorgung

Wichtigste innovative Aspekte der neuen Versorgungsform waren die Etablierung eines Versorgungsrisiko-abhängigen Behandlungsalgorithmus sowie eines ambulanten Krisendienstes. Beide Elemente wurden in die bestehende, hausarztbasierte Regelversorgung integriert. Hierdurch sollte die Versorgungseffizienz der ambulanten Versorgung erhöht und die Zusammenarbeit an intersektoralen Schnittstellen optimiert werden, um bestehende Ressourcen (Beratungsstellen, niederschwellige Unterstützungsangebote) effizienter nutzbar zu machen. Die Hausärzt:innen erhielten gerade bei schwierigen Patient:innen eine bedarfsgerechte Unterstützung (Case Management und Krisenambulanz), so dass stationäre Einweisungen durch positive ambulante Versorgungsalternativen vermieden werden sollten. Leitlinien-gerechte, nicht-medikamentöse Behandlungsansätze sollten durch die neue Versorgungsform implementiert werden, für die es bisher in der Regelversorgung keine Struktur gab. Pflegende Angehörige sollten besser unterstützt werden – ihre Stressbelastung ist ein wichtiger Faktor für die Destabilisierung der Versorgung von Patient:innen im häuslichen Umfeld.

Ergebnisse und Effekte

Output	Verbesserung der Leitlinien-treue von Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen; verbesserte medikamentöse Behandlung; verbesserter Zugang zu Beratungsangeboten nach Diagnosestellung; früheres, systematisches Erkennen von Risikokonstellationen
Outcome	Reduktion der stationären Behandlungstage; Verbesserung der Versorgung bei gleichbleibenden Kosten; höhere Lebensqualität der Patient:innen; effektivere Unterstützung pflegender Angehöriger

Impact	Etabliertes Netzwerk der koordinierten Kooperation zur kontinuierlichen transsektoralen Behandlungsoptimierung; bedarfsgerechte Behandlung durch Risikostratifizierung (weder Über- noch Unterversorgung); Ausgleich des bestehenden Stadt-Land Versorgungsgefälles; Ausdehnung auf bundesweite Versorgung möglich (Case Management und Krisenambulanz können auch an Medizinische Versorgungszentrum, Psychiatrische Institutsambulanz, Geriatrie oder Hausarztnetz angeschlossen werden); Weiterentwicklung des Berufsfeldes von Pflegefachkräften.
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Die Evaluation umfasste zwei Bausteine: eine formative Prozess- und eine summative Ergebnisevaluation. Letztere stand im Mittelpunkt der Evaluation und beinhaltete einen longitudinalen Ansatz mit einem clusterrandomisierten, kontrollierten Design. Diese Kombination aus Prozess- und Ergebnisqualität entspricht den Empfehlungen bei der Evaluation komplexer Interventionen (Moore et al. 2015).

Aufgrund des interdisziplinären Problemfelds und den damit verbundenen berufsgruppenübergreifenden Themen war auch das Evaluationsteam interdisziplinär besetzt. Es bestand aus vier Evaluationsinstituten:

- Die Hauptevaluation mit zentraler Datenzusammenführung und einem Fokus auf die summative Evaluation übernahm das Institut für Medizinische Biometrie und Statistik des Universitätsklinikums Freiburg (IMBI) sowie die Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA), die zum IMBI gehört (Prof. Dr. **H. Binder**, Prof. Dr. **E. Farin-Glattacker**) (*kurz: IMBI*)
- Die Evaluation aus allgemeinmedizinischer Sicht erfolgte durch das Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz (Prof. Dr. **M. Jansky**, Dr. **J. Wangler**) (*kurz: ZAG*)
- Die Evaluation pflegewissenschaftlicher Aspekte erfolgte durch das LWL-Klinikum Gütersloh (Prof. Dr. **M. Löhr**, Dr. **F. Klein**) (*kurz: Pflegewissenschaft*)
- Medikationsanalysen zur Evaluation der medikamentösen Behandlung übernahm die Apotheke der Universitätsmedizin Mainz (Prof. Dr. **I. Krämer**, Dr. **C. Mildner**) (*kurz: Apotheke*)

Die jeweiligen Aufgaben der vier beteiligten Evaluationsinstitute werden im Folgenden, eingebettet in der Gesamtstrategie der Evaluation, näher dargestellt.

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 Hygienevorkehrungen wiederaufgenommen. 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 Hausarzt:innen, die bis zum 31.05.2020 in die Studie eingeschlossen wurden und t1-Messzeitpunkte aller Case

Manager:innen. Im Folgenden sind solche durch die COVID-19-Pandemie bedingte nachträgliche Änderungen mit Fußnoten gekennzeichnet.

Beschreibung der Stichproben sowie Ein- und Ausschlusskriterien

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

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

- **Kontrollgruppe 1**

Eine Kontrollstichprobe 1 (KG1) mit Risikostratifizierung und ohne Zugang zu Case Management und Krisenambulanz wurde 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 demenzsensiblen Ärzt:innen zu gleichen Teilen auf die Studienarme geplant war (vgl. Kap. 2.2.2). Der IG zugeordnete Hausärzt:innen rekrutierten Patient:innen für die IG; der KG zugeordnete Hausärzt:innen rekrutierten Patient:innen für die KG1. An dem Projekt konnten Patient:innen aller gesetzlichen Krankenkassen teilnehmen.

- **Kontrollgruppe 2**

Eine Kontrollkohorte aus aggregierten Daten einer Teilmenge beteiligter Krankenkassen stellte die zweite Kontrollgruppe (KG2) dar. In KG2 wurde der Einschluss analog zu den Patient:innen in IG und KG1 definiert, d. h. der Einschluss wurde mittels Kassendaten nachgebildet. Einschlusskriterien für KG2 waren folglich:

- eine während eines ambulanten Ärzt:innenkontakts bei Hausärzt:innen (Fachgruppenschlüssel 01-03) dokumentierte gesicherte Demenzdiagnose (F00-F03) im Jahr 2020
- kein zeitgleicher Status "Pflegeheimbewohnender"
- keine Teilnahme an IG oder KG1

Der Einschluss (t_0) wurde definiert als patient:innenindividueller Zeitpunkt des ersten Ärzt:innenkontakts innerhalb des ersten Quartals, in dem eine gesicherte Demenzdiagnose für einen oder mehrere Ärzt:innenkontakte bei Hausärzt:innen dokumentiert ist. Dabei wurden nur Zeitpunkte berücksichtigt, zu denen ein Kontakt zu denjenigen Hausärzt:innen bestand, die die Demenzdiagnose gestellt haben.

Beispiele: Wurde im ersten Quartal 2020 für eine Patientin eine gesicherte Demenzdiagnose von einem Hausarzt dokumentiert, so war das Datum des ersten Arztkontakts bei diesem Hausarzt = t_0 . Wurde im ersten Quartal 2020 für eine Patientin keine gesicherte Demenzdiagnose von einem Hausarzt dokumentiert, allerdings im zweiten Quartal 2020, so war das Datum des ersten Arztkontakts bei diesem Hausarzt im zweiten Quartal 2020 = t_0 .

Analog zur IG und KG1 wurde der Abfragezeitraum definiert als patient:innenindividueller Zeitpunkt t_0 (= hypothetisches Einschlussdatum) bis t_1 , wobei galt:

- t1 = t0 + 11 Monate für Patient:innen mit t0 vor dem 01.06.2020, bzw.
- t1 = t0 + 9 Monate für Patient:innen mit t0 ab dem 01.06.2020.

Der Abfragezeitraum für Personen der KG2 konnte also auch Monate aus dem Jahr 2021 umfassen.

2.1 Prozessevaluation

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.

Die folgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick über die Elemente der Prozessevaluation und spezifiziert das zu erfassende Konstrukt, den Datenzugang, Messzeitpunkte, Methodik der Datenanalysen und federführende Zuständigkeit im Evaluationsteam. Anschließend werden zentrale Aspekte näher beschrieben.

Tabelle 1: Übersicht Prozessevaluation

Konstrukt	Operationalisierung/ Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe	Datenanalyse	Zuständigkeit
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 (Perceived Involvement in Care; Lerman et al., 1990; dt. Version Schreiber et al., 2004); N=350) b) Interviews (N=20 Patient:innen bzw. Angehörige)	a) bei Einschluss (t0) (PICS), 9 Monate ¹ (t1) nach Einschluss (IG, PICS auch in KG 1) b) zu t1	a) Quantitative Datenanalyse b) Qualitative Inhaltsanalyse	a) IMBI b) Pflegewissenschaft
Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Hausärzt:innen bzgl. der Intervention	a) Fragebogen (selbst entwickelt ² ; Vollerhebung aller Ärzt:innen der IG und KG1 geplant) b) Interviews (N=10 Ärzt:innen der IG)	a) 12 Monate ³ (t1 _{HÄ}) nach Abschluss der Schulung der Ärzt:innen und am Ende der Interventionsphase (t2 _{HÄ}) b) zu t1 _{HÄ}	a) Quantitative Datenanalyse b) Qualitative Inhaltsanalyse	a) ZAG b) Pflegewissenschaft

¹ Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, 11 Monate nach Einschluss (s. Anmerkung in Kap. 2 zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Projekt).

² Zusätzlicher Block der begleitenden Panelbefragung (vgl. Kapitel 3.3)

³ Bei Hausärzt:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, 14 Monate nach Abschluss der Schulung (s. Anmerkung in Kap. 2 zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Projekt).

Konstrukt	Operationalisierung/ Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe	Datenanalyse	Zuständigkeit
<p>Akzeptanz, Zufriedenheit, Nutzenbewertung und arbeitsbezogene Verhaltensmuster im Zusammenhang mit Stressverarbeitung und Widerstandsfaktoren der Case Manager:innen und der Pflegeexpert:innen bzgl. der Intervention</p>	<p>a) Interviews (Case Manager:innen bzw. Pflegeexpert:innen, Vollerhebung geplant)</p> <p>b) Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben (AVEM) (Schaarschmidt, U., & Fischer, A. (1996). Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster), Stressverarbeitung (SVF) (Erdmann, G., & Janke, W. (2008). Stressverarbeitungsfragebogen), Kohärenzsinn als Widerstandsfaktor gegen Stress (SOC) (Antonovsky, A. (1996) Sense of Coherence)</p>	<p>a) ab Monat 20 nach Arbeitsaufnahme Case Management</p> <p>b) Vor Beginn der Arbeitsaufnahme (t_{0CM}), nach 14 Monaten⁴ (t_{1CM}), nach 24 Monaten (t_{2CM})</p>	<p>a) Qualitative Inhaltsanalyse</p> <p>b) Quantitative Datenanalyse</p>	<p>Pflegewissenschaft</p>

2.1.1 Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Patient:innen/Angehörige

Für die Angehörigen erfolgte im Sinne eines Mixed-Methods-Designs ein Zugang mit Fragebögen und Interviews. Wir gingen davon aus, dass für die Mehrheit der Patient:innen Angehörige erreichbar und teilnahmebereit sind und zu allen Messzeitpunkten Daten liefern. Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der spezifisch auf die Interventionselemente von DemStepCare eingeht. Zudem wird eine auf Angehörige adaptierte Version des PICS eingesetzt.

2.1.1.1 Quantitative Analyse

Quantitativ wurden die Angehörigen hinsichtlich ihrer Partizipation an der Behandlung befragt. Dabei adressiert das Instrument spezifisch den Austausch mit den behandelnden Ärzt:innen bzw. Hausärzt:innen. Der PICS wurde bei den Angehörigen als Bestandteil der Fragebögen, die im Rahmen der Ergebnisevaluation zu zwei Zeitpunkten versendet wurden, erfasst. Auf diese Weise konnten wir diesen Teil der Prozessevaluation sowohl zwischen den Gruppen als auch den zwei Messzeitpunkten vergleichbar machen.

Darüber hinaus wurden die Angehörigen der IG zu t1 über eine selbstentwickelte Item-Batterie befragt, inwiefern sie DemStepCare positiv bzw. zufriedenstellend und nutzbringend bewerten konnten – z. B. Kompetenz der Betreuung, wahrgenommene Entlastung oder auch die Zufriedenheit mit den Gruppenangeboten und der Krisenambulanz (siehe Anhang, Fragebogen Angehörige). Auf dieser Grundlage wurden zwei Summenscores berechnet; der erste auf Basis von zehn Fragen (exkl. Gruppenangebote und Krisenambulanz), der zweite auf Basis aller 14 Fragen. Dieses Vorgehen ist damit zu begründen, dass die Teilnahme an Gruppenangebo-

⁴ Ursprünglich 12 Monate nach Beginn der Arbeitsaufnahme (s. Anmerkung in Kap. 2 zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Projekt).

ten und die Nutzung der Krisenambulanz nur bei einer Minderheit vorhanden und die Fallzahlen zur Berechnung eines Gesamtscores dadurch erheblich reduziert waren (siehe Kapitel 3.1.1.1).

2.1.1.2 Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews

Der qualitative Teil der Patient:innen-seitigen, prozessbezogenen Evaluation baute auf einem Leitfragen-gestützten Interview auf. Mit der qualitativen Analyse sollten die Fragen nach der Zufriedenheit mit dem DemStepCare-Angebot und der Zufriedenheit mit der individuellen Lebens- und Versorgungssituation (Patient:in, wenn diese:r alleine lebte, oder Hauptpflegeperson) beantwortet werden. Die Interviews dauerten ca. 30-45 Minuten. Zu qualitativ orientierten Evaluationsansätzen hält Mayring (2010) fest, dass sich die Sozialwissenschaften diesen Ansätzen zunehmend geöffnet haben, aber auch, dass es immer noch große Vorbehalte gibt aufgrund der Verletzung klassischer Gütekriterien wie Objektivität und Reliabilität. Bei dieser Teilevaluation stand jedoch die Auseinandersetzung mit der subjektiven Erlebniswelt der Patient:innen und/oder der Hauptpflegeperson im Vordergrund und somit war ein qualitativer Ansatz die Methode der Wahl. Zur Erhebung der Daten wurde die Methode der Einzelinterviews gewählt, um damit individuelle Erfahrungen der Patient:innen und/oder der Hauptpflegeperson zu ermitteln. Die Interviews begannen ab t1. Angestrebt wurden zehn Interviews mit Angehörigen/Nutzer:innen der Versorgungstufe „Grün“ und zehn Interviews mit Angehörigen/Patient:innen der Versorgungsstufen „Gelb“ und „Rot“. Die Versorgungstufen wurden über das DSV-Screening (s. o.) bestimmt. „Grün“ bedeutet in diesem Zusammenhang eine stabile häusliche Versorgungssituation und „Gelb“ bzw. „Rot“ ein erhöhtes Versorgungsrisiko bzw. eine Versorgungskrise.

Leitfragen für die Interviews waren:

- Wie erleben Sie die aktuelle Versorgungssituation?
- Wie erleben Sie das Angebot von DemStepCare?
- Gab es Situationen oder Abläufe in DemStepCare, die Sie als schwierig und verbesserungswürdig erlebt haben?
- Was brauchen Sie persönlich an Ausgleich, um die Versorgung leisten zu können?
- Wie hat sich Ihre Situation mit DemStepCare verändert, im Vergleich zu der Situation vor der Teilnahme?
- Welche Unterstützung würden Sie sich für Ihre Versorgungssituation wünschen?
- Möchten Sie noch etwas sagen, was bisher noch nicht thematisiert wurde?

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 enthält nur den Inhalt des Gesprächs (vgl. Mayer 2011; Mayring 2010). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Transkripte anonymisiert, so dass diese keine Informationen enthalten, die persönliche Rückschlüsse auf die Teilnehmenden für Dritte ermöglichen.

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“.

2.1.2 Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Hausärzt:innen

Erfasst wurden projektspezifische Prozesse sowie die Akzeptanz und Wirksamkeit der neuen Versorgungsform. Hierunter fallen beispielsweise die Zufriedenheit hinsichtlich der kollegialen Zusammenarbeit (insbesondere mit den pflegerischen Case Manager:innen) sowie der wahrgenommene Nutzen bzw. entstandene Schwierigkeiten der Kooperation. Auch Verbesserungspotenziale aus Sicht der Ärzt:innen wurden ermittelt. Weitere Aspekte betrafen die Handhabung, den Zeitaufwand sowie die Auswirkungen auf die Leitlinienorientierung. Der Zugang erfolgte mit quantitativen und qualitativen Methoden.

2.1.2.1 Quantitative Analyse

Der quantitative Zugang wurde durch das ZAG übernommen und beinhaltete einen kompakt abgefassten Befragungsblock (Teil der begleitenden Panelbefragung, vgl. Kap.3.1.2), der sich auf Vorerfahrungen mit allgemeinmedizinischen Studien zur Evaluation von hausarztbasierten Interventionsprogrammen stützte.⁵

Tabelle 2: Prozessevaluation, Zeitpunkte und Komponenten

Messzeitpunkt	Abschnitt im Projekt	Ermitteltes Konstrukt
t _{0HÄ}	vor Beginn der Schulung der Ärzt:innen bzw. Intervention	Motivation und Gründe der Teilnahme an DemStepCare
t _{1HÄ}	12 Monate nach Abschluss der Schulung der Ärzt:innen	Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Hausärzt:innen bzgl. der Intervention sowie Projekterfahrung
t _{2HÄ}	am Ende der Interventionsphase	Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Hausärzt:innen bzgl. der Intervention sowie Projekterfahrung

Die Befragung zur Prozessevaluation wurde mit der begleitenden Panelbefragung zur Erfassung der Demenzsensibilität (vgl. Kap. 2.2.1) kombiniert und erfolgte zu drei Projektzeitpunkten. t_{0HÄ} markierte die Startbefragung und beinhaltete mit Blick auf die Prozessevaluation lediglich eine Frage zu den allgemeinen Gründen und Motivationen zur Projektteilnahme. t_{1HÄ} und t_{2HÄ} enthielten dann die genuine Prozessevaluation. Zum einen umfasste dies die Zufriedenheit bzw. Bilanzierung in Bezug auf das Gesamtprojekt, Akzeptanz und Nutzenbewertung der neuen Versorgungsform, die Erfassung positiver und negativer Erfahrungen im Studienkontext sowie die Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den pflegerischen Case Manager:innen. Zum anderen wurden von den Hausärzt:innen erlebte Auswirkungen für die Demenzversorgung aufgrund der Projektteilnahme ermittelt. Auch Verbesserungspotenziale aus Sicht der Hausärzt:innen wurden erfasst.

Die Auswertung erfolgt aufgrund begrenzter Fallzahl rein deskriptiv. In den Tabellen werden u. a. Mittelwert (\bar{X}) und Median (\tilde{x}) abgebildet.

⁵ Kursorisch sei etwa verwiesen auf die Evaluation des hausarztbasierten DCM im versorgungsnahen Setting (2016): <https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2016/16degam147.shtml>

2.1.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative, von der Pflegewissenschaft übernommene Evaluation baute auf einem Leitfragen-gestützten Interview auf. Mit der qualitativen Analyse sollten die Dimensionen des DemStepCare-Angebotes und die Zufriedenheit mit dem Behandlungssetting aus Sicht der Hausärzt:innen beantwortet werden. Die Interviews dauerten ca. 15-20 Minuten. Aufgrund der engen Zeittaktung der Hausärzt:innen wurden die Interviews kurzgehalten. Zur Erhebung der Daten wurde die Methode der Einzelinterviews gewählt, um damit individuelle Erfahrungen der Hausärzt:innen zu ermitteln. Die Interviews begannen zu t₁HÄ. Angestrebt wurden zehn Interviews mit zufällig ausgewählten Hausärzt:innen aus der IG.

Leitfragen für die Interviews waren:

- Wie erleben Sie die aktuelle Versorgungssituation ihrer Patient:innen und der Familien?
- Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den pflegerischen Case Manager:innen?
- Führt das Projekt im Alltag zu einer Entlastung oder höheren Belastung? Woran machen Sie das fest?
- Gab es Situationen oder Abläufe in DemStepCare, die Sie als schwierig und verbesserungswürdig erlebt haben?
- Gibt es Aspekte/Dienstleistungen, die Ihnen die Arbeit im Projekt noch erleichtern würden?
- Wie hat sich Ihre Situation mit DemStepCare verändert, im Vergleich zu der Situation vor der Teilnahme?
- Möchten Sie noch etwas sagen, was bisher noch nicht thematisiert wurde?

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 enthält nur den Inhalt des Gesprächs (Mayer 2011). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Transkripte anonymisiert, so dass diese keine Informationen enthalten, die persönliche Rückschlüsse auf die Teilnehmenden für Dritte ermöglichen. Die Auswertung der Interviews war an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angelehnt.

2.1.3 Akzeptanz, Zufriedenheit, Nutzenbewertung und arbeitsbezogene Verhaltensmuster: Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen

2.1.3.1 Quantitative Analyse

Um zusätzlich zu den in 2.1.3.2 geschilderten Interviews weitere Einblicke in die Verhaltens- und Erlebenswelt der im Projekt beschäftigten Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen zu erhalten, wurde eine Reihe unterschiedlicher Fragebögen eingesetzt. Einerseits kam hierbei der Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM: Schaarschmidt und Fischer 1996) zum Einsatz, welcher insbesondere gesundheitsförderliche bzw. -gefährdende Strategien zur Bewältigung beruflicher Herausforderungen abfragt. Als weiteres Instrument für die Erfassung von Bewältigungsstrategien in belastenden Situationen wurde der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120: Janke, W., Erdmann, G., Kallus, K.W. 1997) eingesetzt. Zum anderen sollte das Kohärenzgefühl mit der „Sense of Coherence Scale“ (SOC: Singer

und Brähler 2007) erfasst werden. Um mögliche Veränderungen über die Projektlaufzeit hinweg abbilden zu können, wurden die genannten drei Fragebögen zu insgesamt drei Messzeitpunkten (t_{0CM} = vor Beginn der Arbeitstätigkeit; t_{1CM} = nach 14 Monaten; t_{2CM} = nach 24 Monaten) durchgeführt.

2.1.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews

Die qualitative, von der Pflegewissenschaft übernommene Evaluation baute auf einem Leitfragen-gestützten Interview auf. Mit der qualitativen Analyse sollten die Dimensionen des DemStepCare-Angebotes und die Zufriedenheit mit dem Behandlungssetting aus Sicht der Case Manager:innen und der Pflegeexpert:innen beantwortet werden. Die Interviews dauerten ca. 30-50 Minuten. Zur Erhebung der Daten wurde die Methode der Einzelinterviews gewählt, um damit individuelle Erfahrungen zu ermitteln. Die Interviews begannen ab dem 20. Monat der Projektlaufzeit. Angestrebt wurde eine Vollerhebung.

Leitfragen für die Interviews waren:

- Wie erleben Sie die aktuelle Versorgungssituation Ihrer Patient:innen und der Familien?
- Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen?
- Führt das Projekt im Alltag zu einer Entlastung oder höheren Belastung? Woran machen Sie das fest?
- Gab es Situationen oder Abläufe in DemStepCare, die Sie als schwierig und verbesserungswürdig erlebt haben?
- Gibt es Aspekte/Dienstleistungen, die Ihnen die Arbeit im Projekt noch erleichtern würden?
- Wie hat sich Ihre Situation mit DemStepCare verändert, im Vergleich zu der Situation vor der Teilnahme?
- Möchten Sie noch etwas sagen, was bisher noch nicht thematisiert wurde?

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen wurden für die Auswertung vollständig transkribiert, wobei Pausen, Stimmlagen und sonstige parasprachliche Elemente nicht erfasst werden. Aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews angewandt wurden, waren hier nicht erforderlich. Die Transkription konnte somit auf entsprechende Vermerke verzichten und enthält nur den Inhalt des Gesprächs (Mayer 2011). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Transkripte anonymisiert, so dass diese keine Informationen enthalten, die persönliche Rückschlüsse auf die Teilnehmenden für Dritte ermöglichen. Die Auswertung der Interviews wurde an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angelehnt.

2.2 Effektevaluation

2.2.1 Hypothesen

Es wurde die primäre Hypothese untersucht, dass durch DemStepCare gegenüber der üblichen Versorgung 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. KG2) 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
 - Demenzsensibilität der Hausärzt:innen (vgl. Kap. 3.1)
 - 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:

- Leitlinientreue 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, vgl. Tab. 6) die Versorgung stabilisiert werden (Vergleich IG vs. KG1 zu den Zeitpunkten t0 vs. t1)
- Nutzungsgrad der Ressourcen in der Versorgung bzw. von Unterstützungsangeboten (Vergleich IG und KG1 sowie longitudinaler Verlauf).

2.2.2 Studiendesign und Fallzahlen

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 erlaubten. Anschließend folgte durch eine unabhängige Stelle (Trustcenter) eine Randomisierung der Hausärzt:innen in eine IG und KG, 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 IG erhielt pharmazeutische Medikationsanalysen und bedarfsweisen Zugang zu Case Management oder Krisenambulanz.

Abbildung 2 visualisiert das Design im Flussdiagramm. Es nahmen 62 Hausärzt:innen in 40 Praxen teil (23 in der IG, 17 in der KG1). Die KG2 wurde nicht aus Primärdaten gebildet, sondern

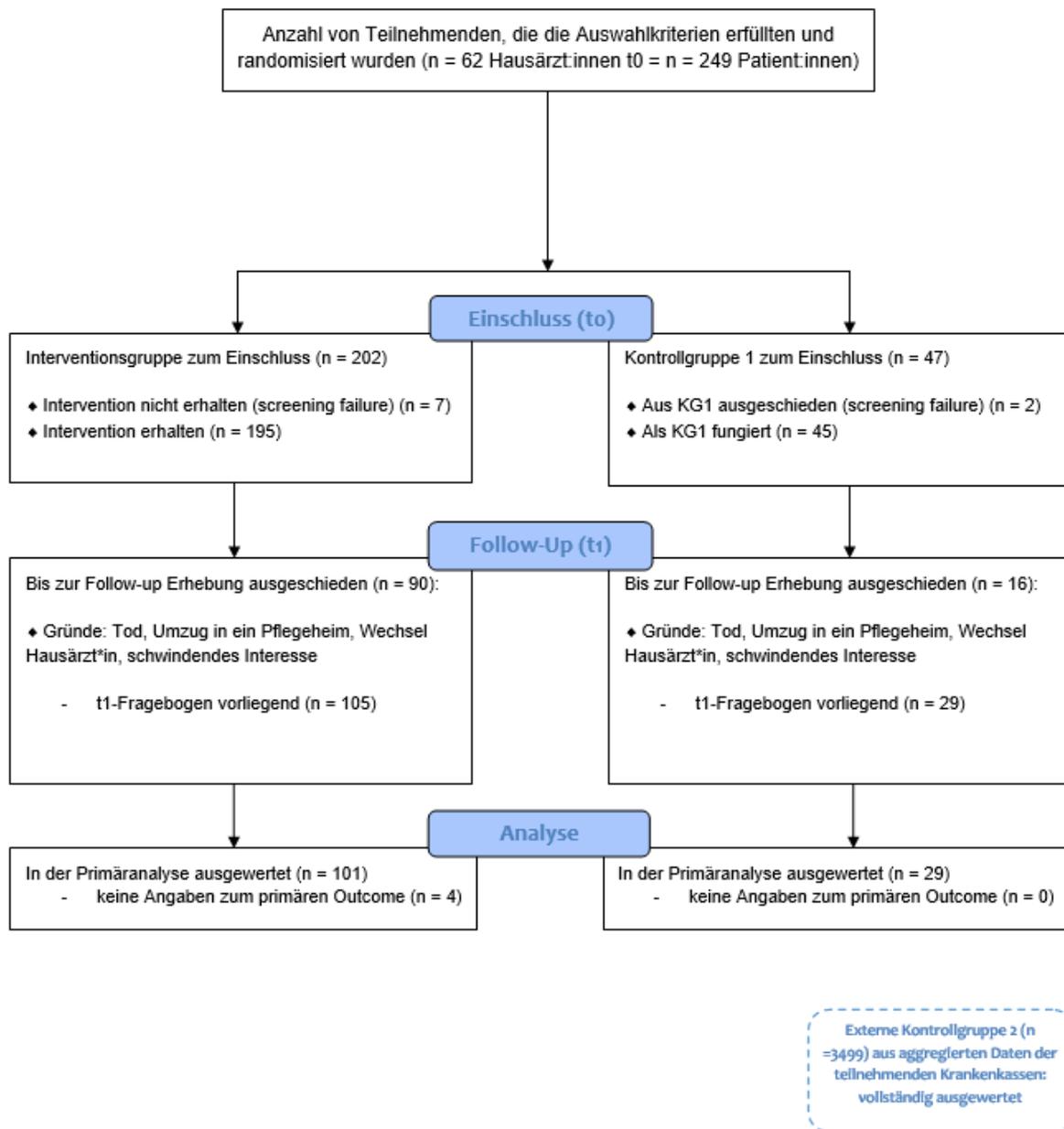
aus aggregierten Routinedaten der an dem Projekt beteiligten Krankenkassen. Messzeitpunkte waren t_0 = Einschlusszeitpunkt und t_1 = 9 Monate⁶ nach Einschluss (= Mindestdauer der Intervention). Zusätzlich wurde in der IG longitudinal zu t_2 (= Behandlungsende) der weitere Behandlungsverlauf über t_1 hinaus untersucht (hier wurden Behandlungsverläufe von > 9 Monaten⁶ und < 39 Monaten abgebildet). Dem Flussdiagramm sind sowohl das Design als auch die final erreichten Fallzahlen der Primäranalysen zu entnehmen.

Zu Projektbeginn wurden ursprünglich weit mehr Fälle ($n = 800$ je IG und KG1) angestrebt, mit der Projektverlängerung in 2021 wiederum auf 334 Fälle in der IG sowie 79 Fälle in der KG angepasst. Die final erreichten Fallzahlen bis März (Ende Einschluss) bzw. Dezember (Ende Intervention) 2022 blieben jedoch auch hinter diesen Erwartungen zurück. Eingeschlossen wurden 202 Patient:innen in die IG sowie 47 Patient:innen in die KG1. Die Anzahl an Praxen und die Fallzahl der extern nachgebildeten KG2 blieb von diesen Fallzahl-Entwicklungen unberührt. Zu Projektbeginn waren ursprünglich 120 Ärzt:innen geplant, aber trotz Nachrekrutierung konnten lediglich 62 Ärzt:innen rekrutiert werden. Im Folgenden ist zu beachten, dass die Fallzahlen der vielseitigen Analysen der unterschiedlichen Endpunkte, Messzeitpunkte sowie der unterschiedlichen Datenquellen (Fragebögen, Krankenkassendaten und Daten aus der elektronischen Fallakte) variierten. Diese detaillierten und spezifischen Stichproben sind in den jeweiligen Ergebnissen erläutert.

⁶ Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, 11 Monate nach Einschluss.

Abbildung 2: Flussdiagramm Daten

CONSORT 2010 Flow Diagram DemStepCare



2.2.3 Stratifizierung der Hausärzt:innen nach Demenzsensibilität/Panelbefragung

Da die Stratifizierung der Hausärzt:innen nach Demenzsensibilität ein wesentliches Merkmal des Designs darstellt, soll dieser inhaltlich vom ZAG und methodisch-statistisch vom IMBI übernommene Aspekt im Folgenden näher beschrieben werden.

Die Versorgung von Patient:innen mit Demenz und ihren Angehörigen durch Hausärzt:innen weist Defizite auf (Löppöne, Raiha, Isoaho et al. 2003; Melchinger & Machleidt 2005; Pentzek & Abholz 2004; Pimlott, Persaud, Drummond et al. 2009; Wagner & Abholz 2002). So wird etwa regelmäßig moniert, dass die Demenzdiagnostik in der hausärztlichen Versorgung nicht

effektiv und konsequent genug eingesetzt wird (Boise, Camicioli, Morgan et al. 1999; Stoppe, Knoblauch, Haak, & Maeck 2007). Die Ursachen hierfür sind komplex und hängen nicht nur mit dem Vorwissen und der Kompetenz von Allgemeinmediziner:innen zusammen, sondern maßgeblich auch mit deren Selbstwirksamkeitserleben und affektiven Faktoren (Brown, Mutran, Sloane et al 1998; Pentzek, Fuchs, & Abholz 2005; Wolf & Weber 1998). Hier sind Einstellungen, Haltungen und Gefühle von Bedeutung, mit denen Hausärzt:innen das Thema Demenz verbinden und die – bewusst oder unbewusst – einen Einfluss auf deren Handeln, ihr Rollenverständnis und ihren Umgang mit Patient:innen mit Demenz ausüben (Connell, Boise, Stuckey et al. 2004; Kaduszkiewicz et al. 2009; Melchinger 2009; Pentzek, Wollny, & Teel 2004; Wiese et al. 2009; Wollny et al. 2010; Yaffe, Orzeck, & Barylak 2008). Als Oberbegriff für dieses heterogene, komplexe Bündel von Einstellungs- und Kompetenzindikatoren kann der Begriff der „Demenzsensibilität“ gelten. Verschiedene Untersuchungen betonen die enorme und angesichts der Bevölkerungsentwicklung weiter wachsende Bedeutung einer möglichst sensiblen und positiven Einstellung von Hausärzt:innen zur Demenzdiagnostik und -versorgung, etwa wenn es um die Früherkennung kognitiver Beeinträchtigungen oder eine Stabilisierung von Patient:innen und Angehörigen geht (Geschke et al. 2012; Laux et al. 2010; Löppönen et al. 2003; Mann 2010; Pentzek et al. 2017; Thyrian et al. 2018). Insbesondere in diesem Themenfeld hat das evaluierende allgemeinmedizinische Institut selbst eine Reihe verschiedener qualitativer und quantitativer Untersuchungen durchgeführt, in denen sowohl Hausärzt:innen als auch Praxispersonal im Fokus standen (Wangler, Fellgiebel & Jansky 2018; Wangler, Fellgiebel & Jansky 2019; Wangler & Jansky 2018; Wangler et al. 2018).

Die zu allen drei Zeitpunkten durchgeführte Erfassung der Demenzsensibilität bündelt Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzdiagnostik bzw. -versorgung. Schwerpunkte der Befragung lagen auf der Erfassung von Einstellungen zum Krankheitsbild Demenz und Patient:innen mit Demenz, hausärztlichen Selbstwirksamkeitsannahmen im Umgang mit Patient:innen mit Demenz, Kompetenzindikatoren wie z. B. Fragen des adäquaten Diagnostizierens und Therapierens (Leitlinien-treue), Rollenverständnis und Involvement, Versorgungs- und Betreuungsbereitschaft gegenüber Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen (u. a. auch Vermittlung zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten) sowie wahrgenommenen Herausforderungen im Praxisalltag.

Die Befragung griff Elemente bereits erprobter und bewährter Befragungen zur hausärztlichen Demenzversorgung auf, die das evaluierende Institut für Allgemeinmedizin und Geriatrie erfolgreich durchgeführt hat (Wangler, Fellgiebel & Jansky. 2018; Wangler et al. 2018), hier insbesondere Fragemodelle zu dem Einsatz der Diagnostik, Überweisungsverhalten, hausärztlichen Einstellungen zu Demenzen, empfundenen Herausforderungen im Zusammenhang der Demenzversorgung, Kooperation mit Hilfs- und Unterstützungsnetzen. Diese Elemente, die eine Typologisierung der befragten Allgemeinmediziner:innen ermöglichen, wurden für DemStepCare ausgebaut und erweitert. Zu diesem Zweck wurden zusätzliche Aspekte, die für die umfassende Erhebung der Demenzsensibilität relevant sind, aus internationalen Studien herangezogen. Es handelt sich u. a. um validierte Befragungsstudien, die hausärztliche Einstellungen zu Demenzen und die selbst wahrgenommene Kompetenz anhand von kompakt zu beantwortenden, hausarzt-konformen Aussagenskalen operationalisieren (beispielhaft Pentzek et al. 2009; Jennings, Linehan & Foley 2018; Riedel-Heller et al. 2000; Subramaniam et al. 2018; Turner et al. 2004). Der so entwickelte Fragebogen liegt final vor.

Tabelle 3: Zeitpunkte der Abfrage von Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität

Messzeitpunkt	Abschnitt im Projekt	Ermitteltes Konstrukt
t _{0HÄ}	vor Beginn der Schulung der Ärzt:innen bzw. Intervention	Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität (auch zwecks Stratifizierung in IG und KG)
t _{1HÄ}	12 Monate nach Abschluss der Schulung der Ärzt:innen	Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität
t _{2HÄ}	am Ende der Interventionsphase	Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität

Mithilfe des Instruments wurden die am Projekt beteiligten Hausärzt:innen erstmals in der Vorbereitungsphase befragt. Der Zeitpunkt der Vorbefragung (t_{0HÄ}) lag vor der Schulung der Ärzt:innen, um eine Nullmessung leisten zu können (vgl. Kap. 2.1.2.1). Daraufhin wurde auf Basis der ermittelten Indikatoren zur Demenzsensibilität eine allgemeine Stratifizierung der Ärzt:innen in drei Gruppen vorgenommen (hoch ausgeprägte Demenzsensibilität, mittel ausgeprägte Demenzsensibilität, gering ausgeprägte Demenzsensibilität) und es war geplant, diese Gruppen zu gleichen Teilen auf die Studienarme zu randomisieren. Dies war jedoch u. a. aufgrund von zeitversetzten Einschlüssen der Hausärzt:innen in drei Wellen und beispielsweise der häufigen Zugehörigkeit in 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. Die statistische Bestimmung der Demenzsensibilität in Form einer verdichtenden Kenngröße, die eine Stratifizierung und anschließende Aufteilung der befragten Ärzt:innen auf IG und KG1 ermöglichte, wurde vom Hauptevaluator (IMBI) übernommen.

Diese klassifizierende Vorbefragung zur Bestimmung bzw. Stratifizierung der Demenzsensibilität war zugleich die erste Welle der begleitenden Panelbefragung. Der Fragebogen kam darüber hinaus zu zwei weiteren Zeitpunkten (t_{1HÄ}, t_{2HÄ}) zum Einsatz, um die Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzdiagnostik, -versorgung und -betreuung aller teilnehmenden Hausärzt:innen in der IG und KG1 im Projektverlauf zu erheben. Ziel war es, etwaige Einstellungsveränderungen sowohl innerhalb als auch zwischen den Studienarmen festzustellen. Im Sinne einer Wirksamkeitsanalyse war von Interesse, wie sich die Indikatoren zur Demenzsensibilität jeweils im Zeitverlauf entwickeln.

Die Auswertung erfolgt aufgrund begrenzter Fallzahl rein deskriptiv. In den Tabellen werden u. a. Mittelwert (\bar{X}) und Median (\tilde{x}) abgebildet.

Hinweis: Die Spalte t_{0HÄ} K weist nur diejenigen Ärzt:innen aus, die auch zum Zeitpunkt t₁ und t₂ den Fragebogen ausgefüllt haben.

2.2.4 Endpunkte

In Tabelle 4 und Tabelle 5 werden zunächst der primäre und die sekundären Endpunkte im Hinblick auf das erfasste Konstrukt, den Datenzugang, Messzeitpunkte und Gruppe (IG vs.

KG1/KG2) sowie Zuständigkeit beschrieben. In Tabelle 6 erfolgt selbiges in Bezug auf die explorativen Fragen der Evaluation. Nähere Erläuterungen (z. B. zur Datenanalyse) folgen im anschließenden Text.

Tabelle 4: Primärer Endpunkt der Ergebnisevaluation

Konstrukt	Operationalisierung/Datenerhebung	Messzeitpunkte/Gruppe	Zuständigkeit
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 Monate ⁷	IMBI

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

Tabelle 5: Übersicht sekundäre Endpunkte der Ergebnisevaluation

Konstrukt	Operationalisierung/ Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe	Zuständigkeit
Reduktion von stationären Behandlungstagen (IG vs. KG2)	Anzahl stationärer Behandlungstage; IG: Fragebogen und pseudonymisierte Individualdaten der beteiligten Krankenkassen, KG2: aggregierte Routinedaten	zu t0 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 Monate, zu t1 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 Monate ⁸	IMBI
Reduktion der Krankenhauseinweisungen (IG vs. KG1, sowie IG vs. KG2)	Anzahl der Krankenhauseinweisungen; IG + KG1: Fragebogen und pseudonymisierte Individualdaten der beteiligten Krankenkassen, KG2: aggregierte Routinedaten	zu t0 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 Monate, zu t1 bezogen auf den Zeitraum der letzten 9 Monate ⁹	IMBI
Lebensqualität der Patient:innen	Fragebogen für Patient:innen und Angehörigen, 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 KG 1	t0, t1	IMBI
Belastung pflegender Angehöriger	Fragebogen Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D) (Zank et al., 2006)	t0, t1	IMBI
Stress pflegender Angehöriger	Perceived Stress Scale (PSS) (Klein et al., 2016)	t0, t1	IMBI

⁷ Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, bezogen auf die letzten 11 Monate (s. Anmerkung in Kap. 2 zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Projekt).

⁸ Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, bezogen auf die letzten 11 Monate.

⁹ Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, bezogen auf die letzten 11 Monate.

Resilienz pflegender Angehöriger	Brief Resilience Scale (BRS) (Smith et al., 2008)	t0, t1	IMBI
Lebensqualität pflegender Angehöriger	WHOQOL-BREF (Angermeyer et al., 2000)	t0, t1	IMBI
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	Datenerfassung: ZpGA/Behandlungsteam in Kooperation mit Entwickler elektronische Fallakte Auswertung: IMBI
Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität der Hausärzt:innen	Vom ZAG entwickeltes Fragebogen-Instrument	Vor der Schulung der Ärzt:innen (t0 _{HÄ}), 12 Monate (t1 _{HÄ}) nach Abschluss der Schulung und am Ende der Interventionsphase (t2 _{HÄ}) (IG und KG1)	ZAG
Angemessenheit der medikamentösen Behandlung (Medication Appropriateness Index)	Beurteilung der Anzahl und Angemessenheit der aktuellen Medikation mit einer validierten Checkliste	IG: t0 und dann einmal pro Quartal, (ggf. auch zu t1 und im Krisenfall) t1 nötig je nach Abstand zu Quartalsmessung, zu t2 bezogen auf den individuellen Behandlungszeitraum der IG ¹⁰ (> 9 Monate und < 39 Monate) KG 1: t0, t1, t2	Apotheke

Anmerkungen: IG = IG, Kontrollgruppe = KG; t0 = Einschluszeitpunkt, t1 = 9 Monate nach Einschluss (= Mindestdauer der Intervention), t2 = Behandlungsende (wobei gilt: t2 > 9 Monate 12 nach Einschluss und t2 < 39 Monate nach Einschluss).¹¹

¹⁰ Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, bezogen auf die letzten 11 Monate.

¹¹ Die ursprünglich geplante, ergänzende Evaluation der stationären Behandlungstage und der Krankenhauseinweisungen bis zum individuellen Behandlungsende t2 war aufgrund mangelnder Datengrundlage nicht möglich (s. Anmerkung im Fließtext).

Tabelle 6: Explorative Endpunkte/Fragestellungen

Konstrukt	Operationalisierung/ Datenerhebung	Messzeitpunkte/ Gruppe	Zuständigkeit
Nutzungsgrad von ambulanten Unterstützungsangeboten	Selbst entwickelter Index (aus Daten der elektronischen Fallakte)	im Studienverlauf, ohne spezifizierte Zeitpunkte (IG)	Datenerfassung: ZpGA in Kooperation mit Entwickler elektronische Fallakte, Auswertung: IMBI
Versorgungsstabilität	Demenzspezifisches Screening zur Versorgungssituation (DSV)	zu t0, t1 bezogen auf den Zeitraum der letzten 4 Wochen	Datenerfassung: Pflegewissenschaft in Kooperation mit Entwickler elektronische Fallakte, Auswertung: IMBI
Leitlinien-gerechte Demenzdiagnostik und -therapie	Operationalisiert über die Durchführung des abrechnungsfähigen Geriatrischen Basisassessments und über die Diagnosespezifität	im Studienverlauf, ohne spezifizierte Zeitpunkte (IG und KG1)	Datenerfassung: ZpGA in Kooperation mit Entwickler elektronische Fallakte, Auswertung: IMBI

Das Demenzspezifische Screening zur Versorgungssituation (DSV) wurde zu Beginn des Projekts durch Expertenmeinung validiert. Eine abschließende psychometrische Testung erfolgte mit dem Vorliegen aller Projektdaten. Das DSV wurde in der HÄ-Praxis durch angeleitetes Praxispersonal oder Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen zur Risikostratifizierung ausgefüllt.

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 Monate¹²) 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.

In der IG konnten die individuellen Behandlungsverläufe weiter untersucht werden. Durch die intraindividuellen und longitudinalen Analysen in dieser Gruppe wurden genauere Analysen zur Prädiktion des Behandlungserfolgs möglich, da diese Messungen wiederholt deutlich regelmäßiger in der IG erhoben wurden als in der KG1. Konkret bedeutet dies: Am 31.12.2022 endete die Behandlungslaufzeit von DemStepCare. Dies ist damit auch das Behandlungsende der Patient:innen, es sei denn, das Behandlungsende ist durch anderweitige Gründe (z. B. Pflegeheim, Tod, Rücktritt von der Teilnahme) schon vorzeitig erfolgt. Neben einer longitudinalen Analyse der Outcome Maße aus Tabelle 4 und Tabelle 5 wurden in dieser Sub-Stichprobe auch Effekte der Behandlungs-Intensität (u. a. Häufigkeit der Patient:innenkontakte, Häufigkeit der Kontakte innerhalb des behandelnden Teams) untersucht.

¹² Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, 11 Monate.

2.2.5 Methoden der statistischen und qualitativen Analysen

2.2.5.1 Reduktion von stationären Behandlungstagen (primär) und der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (sekundär)

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 -einweisungen 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 clusterrobuster 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.

2.2.5.2 Verbesserung der psychosozialen Situation von Patient:innen und Angehörigen

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 5).

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, wie im Folgenden beschrieben.

Operationalisierung und Scoring der psychosozialen Konstrukte/Endpunkte

Die Lebensqualität der Patient:innen wurde über den QOL-AD (Logsdon et al. 2002) erhoben: Bestehend aus insgesamt 13 Fragen wurde dabei erfragt, inwiefern die Lebenssituation (z. B. hinsichtlich der Familie oder der Merkfähigkeit) von schlecht (= 1) bis ausgezeichnet (= 4) eingestuft wird. Der Gesamtscore im QOL-AD war anschließend über die Aufsummierung dieser

13 Item-Ausprägungen zu bilden (Score = 13 bis 52). Grundlage war die Selbsteinschätzung der Patient:innen.

Die Belastung der Angehörigen wurde über den BIZA-D-PV (Zank et al. 2006) erfasst: Das Instrument besteht aus insgesamt 35 Fragen/Items, die auf sechs Sub-Skalen/Dimensionen aufgeteilt sind: Erfasst werden die Belastung 1) durch kognitive Einbußen der Patient:innen, 2) aggressive/disruptive Verhaltensweisen der Patient:innen, 3) persönliche Einschränkungen der Angehörigen, 4) praktische Betreuungsaufgaben, 5) fehlende soziale Unterstützung und 6) fehlende Akzeptanz der Situation (allesamt bezogen auf die Angehörigen). Alle Items sind dabei von niedrig belastet (= 0) bis hoch belastet (= 4) kodiert. Die Gesamtscores der Sub-Skalen wird über die Summe der zugehörigen Item-Ausprägungen gebildet (aufgrund der variierenden Anzahl an Items pro Dimension unterscheiden sich die Wertebereiche einer Skala, vgl. Kap. 3.3).

Die Lebensqualität der Angehörigen wurde über den WHOQOL-BREF (Angermeyer et al. 2000) gemessen: Diese Skala bildet sich über die vier Unter-Domänen 1) physische Gesundheit, 2) psychische Gesundheit, 3) soziale Beziehungen und 4) Umwelt ab. Für jede Domäne wird jeweils ein Gesamtwert basierend auf den Item-Mittelwerten gebildet. Die Likert-skalierten Items haben einen Wertebereich von sehr schlecht/überhaupt nicht/sehr unzufrieden (= 1) bis sehr gut/äußerst zustimmend/völlig/sehr zufrieden (= 5). Dabei bleibt zu bedenken, dass die ersten beiden der insgesamt 25 Items des WHOQOL-BREF für die Mittelwert-Scores nicht herangezogen werden, da sie die Lebensqualität und Gesundheit über eine Gesamtbeurteilung bereits sehr global abfragen.

Der Stress der Angehörigen wurde über die PSS (Klein et al. 2016) erhoben: Die Skala besteht aus insgesamt zehn Fragen (z. B.: „Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?“), die jeweils von nie (= 1) bis sehr oft (= 5) kodiert sind. Der Gesamtscore je Fall ergibt sich beim PSS über die Summe aller Item-Ausprägungen (Score = 10 bis 50). Darüber hinaus wurde das Stresserleben im Verlauf in der elektronischen Fallakte mittels numerischer Analogskala als Zeitreihe erhoben.

Die Resilienz der Angehörigen wurde mit der BRS-Skala (Smith et al. 2008) operationalisiert und gibt einen Gesamtscore auf Basis der Item-Mittelwerte wieder. Insgesamt besteht die Skala aus sechs zu beantwortenden Aussagen (z. B.: „Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.“). Dabei wird jedes Item über eine fünfstufige Likert-Skalierung von stimme überhaupt nicht zu (= 1) bis stimme vollkommen zu (= 5) erfasst (= Mittelwert-Gesamtscore = 1 bis 5).

Statistisches Vorgehen bei den Analysen der psychosozialen Endpunkte

Alle genannten psychologischen Konstrukte gingen jeweils als erklärte 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 bzw. einer Spezifikation cluster-robuster Standardfehler auf HÄ-Praxis-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.

Neben der Gruppe (IG vs. KG1), die als zentrale erklärende Variable die Unterschiedlichkeit zwischen den Gruppen zu beiden Messzeitpunkten und den Interventionseffekt widerspiegelt,

wurden verschiedene, überwiegend soziodemographische und im Folgenden gelistete Kontrollvariablen zur Adjustierung in die Regressionsmodelle inkludiert: t0-Messung der Outcome-Variablen (z. B. Belastung zu t0), Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Schulbildung der Angehörigen sowie die Unterscheidung, ob Patient:in und Angehörige:r in einem Haushalt leben oder nicht („Gleicher Haushalt“). Der Cut-Off-Wert zur Inklusion bzw. Selektion der Adjustierungsvariablen war $p < 0,20$ in den vorab berechneten Korrelationsanalysen – insb. zur Vermeidung von Multikollinearität.

Jedes psychosoziale Konstrukt als Outcome wurde (explorativ) einmal multivariat mit der Gruppe und der Adjustierung um die Baseline-Messung, ehe ein zweites Mal multivariat unter Hinzunahme weiterer, soziodemographischer Adjustierungsvariablen das über den Interventionseffekt entscheidende (und berichtete) Regressions-Hauptmodell geschätzt wurde. Aufgrund der geringen Fallzahlen insb. zu t1 wurde das (adjustierte) Modell zudem ein weiteres Mal unter multipler Imputation der fehlenden Werte geschätzt, sofern durch die Adjustierung bzw. fehlende Beobachtungen der erklärenden Kovariaten eine weitere Reduktion der Fälle von mehr als 10% im Vergleich zum unadjustierten Modell einherging. Der jeweilige Missing-Anteil bzw. die Anzahl an imputierten Werten je Variable und Regressionsmodell werden in den Ergebnissen (Kapitel 3) berichtet – sofern eine Imputation stattfand.

Der longitudinale Effekt wurde über die Adjustierung der Baseline-Messung des jeweiligen erklärten Endpunkts/Outcomes abgebildet. Wenn die t0-Messung signifikant als einzig erklärunskräftiger Prädiktor auffiel, war dies allerdings gleichbedeutend damit, dass kein zeitlicher Effekt der Intervention bzw. Gruppenzugehörigkeit auf den Endpunkt zu verzeichnen war.

Im Vorfeld aller Regressionsanalysen wurden univariate Deskriptionen zum jeweiligen Endpunkt sowie (bivariate) Tests auf Gruppenunterschiede je Messzeitpunkt im Hinblick auf das Outcome durchgeführt. Auf diese Weise sollte eine bessere Kontextualisierung der zentralen Effektergebnisse der Regressionsanalysen ermöglicht werden. Daneben wurden zur Vorabselektion der einzuschließenden Prädiktoren Korrelationen der potenziellen Prädiktoren mit den Endpunkten berechnet. Sofern eine erklärende Variable in diesen Voranalysen mit einem Wert von $p > 0,20$ nicht mit der Kriteriumsvariable korreliert war, wurde diese nicht in die multivariaten Regressionsanalysen eingeschlossen – analog zum Vorgehen bei den Imputationen. Alle erklärenden Variablen, die mit einem p-Wert $\leq 0,20$ mit der Kriteriumsvariable korreliert waren, wurden als Erweiterung der nicht-adjustierten Modelle schrittweise vorwärts in die Regressionsanalysen inkludiert – die Gruppenzugehörigkeit als zentraler Prädiktor sowie die Baseline-Messung des Endpunkts waren dabei stets als erste Prädiktoren gesetzt.

Zusammenfassend galt in den Voranalysen das folgende Auswertungsschema:

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

Im Anschluss wurden pro Endpunkt/Outcome zwei bis drei Regressionsmodelle gerechnet:

- III. Multivariates Modell mit dem psychosozialen Konstrukt zu t1 als Outcome, einer Adjustierung um die Baseline-Messung des Outcomes sowie der Gruppe als Prädiktor so wie 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. Imputiert wurden ferner alle (soziodemographischen) Variablen, welche die Vorabselektion für die Regressionsanalysen passierten, sowie die Baseline-Messung des jeweiligen Endpunkts als ein zentraler Prädiktor. Die Gruppe wurde nie imputiert, da eine Imputation der Interventionseffektvariablen problematisch gewesen wäre, aber zudem ohnehin keine Missings bei der Gruppenzugehörigkeit vorlagen.

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.

2.2.5.3 Nutzung von Unterstützungsangeboten, Versorgungsstabilität sowie Leitlinien-treue und Spezifität von Demenzdiagnosen

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. Im Folgenden ist dargestellt, wie die explorativen Fragestellungen untersucht und welche statistischen Vorgehensweisen gewählt wurden:

Nutzungsgrad ambulanter und regionaler Unterstützungsangebote

Untersucht wurde, inwiefern sich Unterschiede in der Nutzung verschiedener Unterstützungsangebote bei Angehörigen und Patient:innen der IG und KG1 zeigten. Der Nutzungsgrad von ambulanten und regionalen Unterstützungsangeboten bzw. die Nutzung während der neuen Versorgungsform (Intervention) wurde dabei zum einen darüber erfasst, welche der folgenden Versorgungsarten – jeweils mit ja (= 1) vs. nein (= 0) dichotom kodiert – von den Studienteilnehmenden in Anspruch genommen wurden:

- Selbstständige Versorgung
- Versorgung durch Ehepartner:in
- Versorgung durch Angehörige:n
- Versorgung durch privat bezahlte Unterstützung
- Versorgung im Pflegeheim

- Palliative Versorgung
- Versorgung im Eigenheim

Sämtliche Kategorien wurden in einem ersten Schritt folglich als Dummy-Variable dahingehend überprüft, ob sich ein signifikanter Unterschied zwischen der IG und KG1 zeigte.

Zum anderen wurde über den Fragebogen der Angehörigen zusätzlich evaluiert, inwiefern Unterstützungsangebote in Form von 1) Angehörigengruppen, 2) anderen pflegeentlastenden Angeboten, 3) sonstigen Unterstützungen oder auch 4) gar keine Unterstützungsangebote genutzt wurden (alle vier Subkategorien gleichermaßen binär mit ja (= 1) oder nein (= 0) als Dummies kodiert). Dabei erfolgten in einem ersten Schritt Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bzw. Korrelationen der Gruppe mit dem jeweiligen Unterstützungsangebot zum Zeitpunkt t1 über Chi²-Tests. Sofern diese Analysen signifikante Unterschiede der Gruppen zeigten, wurden in einem zweiten Schritt prädiktive Modelle zur endgültigen Beurteilung eines potenziellen Interventionseffekts berechnet. Da bei den o. g. vier Items bzw. Unterstützungsangeboten jeweils nach einer Nutzung (= 1) oder keiner Nutzung (= 0) unterschieden wurde und das Outcome damit dichotom skaliert war, waren logistische Regressionsmodelle die Mittel der Wahl. Die Ergebnisse dieser Fragebogenauswertung bzw. die Angehörigenfragebogen-Stichprobe ist patient:innenbezogen als Teilmenge der Stichprobe aus der elektronischen Fallakte zu verstehen – nicht alle Teilnehmenden sind Bestandteil der Fragebogen-Stichprobe (aufgrund von Drop-out, None-Response etc.). Der Mehrgewinn dieser zusätzlichen Analyse lag darin, anhand weiterer Unterstützungsvariablen eine Prüfung auf Unterschiedlichkeit zwischen der IG und KG1 und v. a. im zeitlichen Verlauf – also mittels einer Adjustierung um t0 – vornehmen zu können. Dieser longitudinale Effekt konnte in Bezug auf die explorativen Fragestellungen in diesem Kapitel 2.2.5.3 nur in Bezug auf diesen Aspekt evaluiert werden.

Versorgungsstabilität

Die Stabilität der Versorgungssituation als Bestandteil einer forcierten Verbesserung der Hausärzt:innen-basierten Demenzversorgung wurde über das DSV evaluiert. 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. die 8. Kategorie ist folglich als das Outcome zu verstehen, welches mit einer dichotomen Ausprägung – stabil (= 1) vs. instabil (= 0) – die Versorgungssituation ermittelt. Diese Versorgungsstabilität wurde anschließend zwischen IG und KG1 auf signifikante Unterschiede untersucht. Da uns bei einem Großteil der Stichprobe zwei DSV-Werte pro Patient:in vorlagen, wurde diese Unterschiedlichkeit zu diesen zwei Messzeitpunkten jeweils verglichen.

Zur Beurteilung dieses explorativen Endpunkts Versorgungsstabilität konnten bei dem Teil der Patient:innen, dessen Versorgung im DSV als kritisch klassifiziert wurde, zusätzlich weitergehende Assessments bzgl. der Schwere der instabilen Versorgung beschrieben werden. Dabei handelte es sich um die zwei Skalen *NOSGER-II (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)* sowie *CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)*: Der *NOSGER-II*-Fragebogen (Brunner C. 2002) hilft bei der Einschätzung alltagsrelevanter Verhaltensweisen (z. B. Gedächtnis). Der *CMAI* wiederum dient der Einschätzung der Intensität agitierten Verhaltens – definiert als „unangemessene verbale, stimmliche oder motorische Aktivität“ – bei Menschen mit Demenz (Cohen-Mansfield J., Fischer P. 1998). Bei beiden Skalen werden über zahlreiche Items/Fragen die Häufigkeit herausfordernden Verhaltens eingeschätzt (hohe Werte = schlechtere Versorgungssituation). Da diese beiden Skalen allerdings – bei bereits relativ kleinen Fallzahlen – sehr selektiv waren (nur Patient:innen in kritischer/instabiler Versorgung), wurden sie in der Evaluation lediglich als Exkurs deskribiert. Signifikanztests oder gar Regressionsmodelle waren, bei jeweils nur 13 Fällen mit vorhandenem Assessment in der KG1, aus statistischer Sicht nicht zielführend.

Aufgrund zu kleiner Fallzahlen (insbesondere zu t1) konnten bei allen drei Skalen als Outcome keine zeitlichen Effekte von t0 zu t1 über die Unterschiedlichkeit in IG vs. KG1 untersucht werden.

Leitlinientreue und (un-)spezifische Demenzdiagnostik

Die Leitlinientreue der Demenzdiagnostik wurde hinsichtlich des Vorhandenseins und auf Unterschiede zwischen IG und KG1 untersucht. Da diese mindestens eine cerebrale Bildgebung, eine Laboruntersuchung sowie einen quantitativen Test (MMST (*Mini Mental Status Test*) verpflichtend, GDS (*Geriatrische Depressionsskala*) optional) voraussetzt, wurden ebendieses Vorhandensein als Kriterium zur Bestimmung einer Leitlinien-gerechten Diagnostik herangezogen. Die Spezifität der Demenzdiagnostik wiederum wurde gleichermaßen über die in der elektronischen Fallakte geführten Demenzdiagnosen erfasst. In Summe galt es beim Vergleich der IG vs. KG1 folglich vier Typen der Diagnostik zu unterscheiden:

- A) Unspezifische und nicht Leitlinien-gerechte Diagnose
- B) Unspezifische, aber Leitlinien-gerechte Diagnose
- C) Spezifische, aber nicht Leitlinien-gerechte Diagnose
- D) Spezifische und Leitlinien-gerechte Diagnose

In den statistischen Analysen erfolgten hierbei – neben Deskriptionen – Gruppenvergleiche bzw. Signifikanztests auf Unterschiede zwischen IG und KG1. Verglichen wurden dabei primär die Verteilung ebengenannter vier Diagnostik-Typen auf die Gruppen. Im Vorfeld wurden sekundär die Häufigkeiten der für die Leitlinien-treue vorausgesetzten Bestandteile cerebrale Bildgebung, Labor und MMST (je Gruppe) auf signifikante Unterschiede hin evaluiert.

2.2.5.4 Gesundheitsökonomische Ergebnisevaluation

Zur Vorbereitung der biostatistischen und gesundheitsökonomischen Evaluation, die u. a. auf der Analyse der pseudonymisierten GKV-Daten basierte, wurden mehrere Schritte der Datenspezifikation und des Datentransfers durchlaufen.

Datenspezifikation

In Abstimmung mit den am Projekt beteiligten Krankenkassen wurde eine Datensatzbeschreibung zu den zu liefernden Daten erstellt.

Kostenanalyse

Zunächst wurden über die Art, Frequenz und Dauer der Krankenhauseinweisung deren Kosten mittels standardisierter Bewertungssätze 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 1954).

2.2.5.5 Angemessenheit der medikamentösen Behandlung

Als einer der sekundären Zielparameter wurde im Rahmen von DemStepCare die Angemessenheit der Arzneimitteltherapie, bestimmt als Medication Appropriateness Index (MAI) (Hanlon et al. 1992; Samsa et al. 1994), untersucht. Zur weitergehenden Beurteilung der Auswirkungen eines umfassenden, interdisziplinären Medikationsmanagements durch klinische Pharmazeuten auf die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei Patient:innen mit Demenz wurde zusätzlich die Verordnung potenziell inadäquater Medikation (PIM), definierter Risikoarzneimittel bzw. -arzneimittelgruppen, die Unterversorgung mit indizierten Arzneimitteln sowie die Art und Häufigkeit von Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) geprüft.

Messzeitpunkte für IG und KG1 waren Studieneinschluss (t0), 9 bzw. 11 Monate (t1) und das individuelle Behandlungsende (t2). Bei der IG wurde die Medikation zusätzlich quartalsweise über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg und bei einer Versorgungskrise geprüft.

Da unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) eine Ursache für Krankenhauseinweisungen sein können, wurde bei Meldung einer Versorgungskrise in der IG auf UAW als Ursache geprüft.

Pharmazeutische Medikationsanalyse und Interventionen

Die Medikationsanalyse wurde auf Basis der in der elektronischen Fallakte hinterlegten Daten durchgeführt. Verfügbare klinische Daten (Diagnosen, Laborwerte) wurden miteinbezogen.

Bei Patient:innen der IG wurden nach Abschluss der Medikationsanalyse die behandelnde Hausärzt:innen auf AbP hingewiesen und Lösungsvorschläge zur Vermeidung der AbP unterbreitet. Zudem wurden Hinweise zum Therapeutischen Drug Monitoring (TDM) sowie Empfehlungen zum Absetzen/Ausschleichen ungeeigneter Medikation gegeben. Die Umsetzungsrate der pharmazeutischen Interventionen wurde anhand der Fortschreibung der Patient:innen unterlagen ermittelt.

Als Unterstützung für die Medikationsanalyse standen primär die Online-Plattformen Lexi-comp® und AiDKlinik® zu Verfügung. Diese beiden Tools wurden auch für die Interaktionsprüfungen verwendet. Bei Bedarf wurden weitere Fakten- und Literaturdatenbanken, sowie Primärliteratur hinzugezogen.

MAI-Score

Die Verordnungsqualität der Arzneimitteltherapie wurde mithilfe des MAI gemessen. Der Score besteht aus zehn als Fragen formulierten validierten Kriterien, die für eine angemessene Verschreibung relevant sind. Diese adressieren Indikation, Wirksamkeit, Dosierung, korrekte Einnahmeverordnungen, praktikable Anwendungsvorschriften, Arzneimittelinteraktionen, Kontraindikationen, Doppelverordnungen, Therapiedauer und Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels. Die Frage nach der Wirtschaftlichkeit der Verordnung war in dem Studiensetting nicht zu beantworten und wurde daher bei der Berechnung des MAI-Scores nicht berücksichtigt.

Zur standardisierten Bewertung der einzelnen Kriterien des MAI-Score gibt es allgemeine Anweisungen, genaue Definitionen für jedes Kriterium, sowie spezifische Anweisungen und Beispiele für die Bewertung der Antworten zu den zehn Fragen (Hanlon et al. 1992). Jedes Kriterium wurde mit einer 3-Punkte umfassenden Skala (1 = angemessen, 2 = marginal angemessen, 3 = unangemessen) bewertet (ebd.), die Bewertungen dichotomisiert und gemäß der Publikation von Samsa et al. (1994) gewichtet. Kriterien, die für ein Arzneimittel als angemessen oder marginal angemessen eingeschätzt wurden, erhielten 0 Punkte. Kriterien, die als unangemessen bewertet wurden, erhielten die folgende Punktzahl:

- je 3 Punkte: Indikation, Wirksamkeit
- je 2 Punkte: Dosierung, Einnahmeverordnung, Arzneimittelinteraktion, Kontraindikation
- je 1 Punkt: Anwendungsvorschrift, Doppelverordnung, Therapiedauer

Der MAI-Summenscore pro Arzneimittel wurde durch Aufaddieren der je Kriterium ermittelten Punkte berechnet. Somit ergibt sich bei der Berechnung des studienadaptierten Scores für jedes Arzneimittel ein maximaler Summenscore von 17 Punkten. Je höher der MAI-Summenscore, umso inadäquater wird das Arzneimittel beurteilt. Für jede:n Patient:in wurde durch Aufaddieren der Summenscores aller verordneten Arzneimittel und Teilen durch Anzahl der Arzneimittel ein MAI-Patient:innenscore ermittelt. Bewertungsgrundlage für den MAI-Score war die durch die Hausärzt:innen verordnete Medikation.

Die Bewertung des MAI-Scores erfolgte durch klinische Pharmazeut:innen nach standardisiertem Vorgehen und wurde stichprobenartig von einer zweiten klinischen Pharmazeut:in überprüft (peer review). Alle unklaren Beurteilungen und daraus sich ergebende Fragen wurden zu zweit diskutiert (peer Verfahren).

Die Gesamtzahl der verordneten Arzneimittel, der MAI-Summenscore und der individuelle MAI-Patient:innenscore wurden im zeitlichen Verlauf dokumentiert und bewertet. Weiterhin

wurden Anzahl und Anteil der unangemessenen Verordnungen, aufgeschlüsselt nach den neun Kriterien des MAI-Scores, ausgewertet.

Potenziell inadäquate Medikation (PIM)

Die gesamte Medikation aller Patient:innen wurde im Rahmen der Medikationsanalyse auf PIM für geriatrische Patient:innen ab 65 Jahren anhand der PRISCUS-Liste (Holt et al. 2010), der FORTA-Liste (Kuhn et al. 2014; Pazan et al. 2016 & 2018) und der STOPP-Kriterien (O'Mahony et al. 2015; O'Mahony 2020) geprüft.

Verwendet wurde die PRISCUS-Liste mit Stand von 2010 (Holt et al. 2010), die FORTA-Liste mit Stand von 2018 (Pazan et al. 2019) und die STOPP-Kriterien in der Version 2.0 (O'Mahony et al. 2015). Bei der Analyse nach FORTA wurden Arzneimittel der Kategorie D berücksichtigt.

Die erfassten PIM bei Patient:innen ≥ 65 Jahren wurden nach Art (Wirkstoff und ATC-Code) und Häufigkeit im zeitlichen Verlauf dokumentiert und ausgewertet.

Arzneimittelbezogene Probleme (AbP)

Die bei der Prüfung des MAI und bei der Prüfung auf PIM erfassten klinisch relevanten AbP wurden nach Pharmaceutical Care Network Europe Classification for Drug-Related Problems (PCNE) Version 9.1 (The PCNE Classification 2022) klassifiziert und dokumentiert. Dabei wurde zwischen potenziellen und manifesten AbP unterschieden.

Die Analyse der aufgetretenen AbP erfolgte nach Art und Häufigkeit der Haupt- und Unterkategorien, nach klinischer Relevanz sowie nach Arzneimitteln anhand des ATC-Codes.

Deprescribing von Risikoarzneimitteln

Deprescribing beinhaltet Absetzstrategien für Risikoarzneimittel zur Reduktion unangemessener Multimedikation. Hier wurde insbesondere die schottische Leitlinie zu Polypharmazie berücksichtigt (SGPMCG 2018). Als Risikoarzneimittel bzw. -arzneimittelgruppen wurden die nachfolgend aufgeführten Arzneimittel definiert und analysiert:

- Allopurinol
- Anticholinergika
- Antipsychotika zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz
- Benzodiazepine
- Bisphosphonate
- Calcium
- Protonenpumpenhemmer
- Sulfonylharnstoffe zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2
- Statine
- Vitamin D

Der Erarbeitung der Absetzstrategien lag eine umfassende Literaturrecherche von Beginn der Vorbereitungszeit bis September 2019 zugrunde. Als Hilfestellungen wurden dabei vor allem englischsprachige Deprescribing Leitlinien verwendet. Für jedes Risikoarzneimittel wurde auch geprüft, ob ein Ausschleichen erforderlich ist und welche patient:innenindividuelle Priorisierung zum Absetzen bei der Identifizierung mehrerer Risikoarzneimittel empfohlen wird. Bei Empfehlung zum Absetzen eines Risikoarzneimittels wurde die Art des Risikoarzneimittels nach ATC-Code analysiert. Die Empfehlung zum Absetzen sowie die Umsetzung durch die Hausärzt:innen wurden weiterhin auch als AbP analysiert. Bei Verordnung von Anticholinergika wurde bei der Medikationsanalyse die anticholinerge Last (ACB) berechnet und in der

Auswertung analysiert. Die ACB der Medikation wurde anhand der German Anticholinergic Burden Scale (GABS) von Kiesel et al. (2018) berechnet. Darüber hinaus wurde untersucht, ob die Gesamtzahl der verordneten Arzneimittel durch pharmazeutische Interventionen reduziert werden kann.

START-Kriterien

Auf Unterversorgung wurde anhand der START-Kriterien geprüft (O'Mahony et al. 2015). Empfehlungen zum Ansetzen neuer Arzneimittel wurden an die behandelnden Hausärzt:innen weitergeleitet und als AbP dokumentiert. Unter Berücksichtigung der Patient:innen-individuellen Situation wurde nicht für jedes nach den START-Kriterien indizierte Arzneimittel eine Empfehlung zum Ansetzen ausgesprochen. Die Umsetzung der pharmazeutischen Empfehlungen wurde bei der Analyse von AbP ausgewertet. Es wurde die Anzahl und Art indizierter Arzneimittel nach den START-Kriterien analysiert.

Statistik und Auswertung

Die Auswertung erfolgte nach dem intention-to-treat-Prinzip (ITT) nach Beendigung der Patient:innenrekrutierung und der patient:innenindividuellen Behandlungsdauer (t2). Dementsprechend wurden die Daten aller eingeschlossenen Patient:innen verwendet, unabhängig davon, ob sie die Studie beendeten oder vorzeitig ausschieden. Die statistische Signifikanz wird bei einem p-Wert von 0,05 angenommen. Alle die Arzneimitteltherapie betreffenden Fragestellungen haben explorativen Charakter und wurden prospektiv untersucht. Es war keine Signifikanzaussage vorgesehen und p-Werte werden rein deskriptiv interpretiert.

Die Veränderung des studienadaptierten MAI-Scores gemessen als Patient:innen- und Summenscore wurde in der IG im zeitlichen Verlauf (quartalsweise) und im Vergleich zur KG1 zu t0, t1 und t2 ausgewertet. Für Gruppenvergleiche wurde als statistisches Verfahren der t-Test nach Welch für Vergleiche in der IG im Verlauf der Friedman-Test gewählt.

Die Anzahl von PIM gemäß PRISCUS-Liste, FORTA-Liste und STOPP-Kriterien und die Anzahl indizierter Arzneimittel nach den START-Kriterien wurde für Patient:innen ≥ 65 Jahre der IG im Vergleich zur KG1 zu den Zeitpunkten t1 und t2 im Vergleich zu t0 sowie in der IG über den gesamten Behandlungsverlauf analysiert. Die Anzahl der AbP nach PCNE und definierter Risikoarzneimittel wurde für Patient:innen der IG im Vergleich zur KG1 zu den Zeitpunkten t1 und t2 im Vergleich zu t0 sowie in der IG über den gesamten Behandlungsverlauf analysiert. Zur Prüfung auf Signifikanz wurden die Mittelwerte zwischen den Gruppen mittels dem t-Test nach Welch verglichen, bei Vergleichen in der IG zu verschiedenen Zeitpunkten wurde der Friedman-Test verwendet.

3. Ergebnisse der Evaluation

3.1 Prozessevaluation

3.1.1 Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Patient:innen/Angehörige

3.1.1.1 Quantitative Analyse

Perceived Involvement in Care Scale (PICS)

Der PICS wurde zum Zeitpunkt t0 von n = 164 Angehörigen (IG = 133, KG1 = 31) und zum Zeitpunkt t1 von n = 104 Angehörigen (IG = 80, KG1 = 24) ausgefüllt. Das arithmetische Mittel lag – bei einem Wertebereich von 1 (= stimme überhaupt nicht zu = geringe Involvierung) bis

4 (= stimme voll und ganz zu = hohe Involvierung) – zu t0 bei 2,90 (SD = 0,80) sowie zu t1 bei 2,91 (SD = 0,77) – wies damit nahezu keine Veränderung über die zwei Messungen auf.

Im Vergleich der Gruppenmittelwerte mittels t-Test zeigten sich ferner keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG1, weder zu t0 ($p = 0,702$) noch zu t1 ($p = 0,820$). Im Regressionsmodell unter Kontrolle weiterer soziodemographischer Merkmale wurden diese Befunde bestätigt: Es konnte lediglich ein sehr kleiner und nicht signifikanter Effekt der Gruppenzugehörigkeit (zur IG) beobachtet werden ($p = 0,754$). Dieselben Befunde waren darüber hinaus auch für alle anderen Kontrollvariablen zu attestieren – weshalb die Varianzaufklärung durch das Regressionsmodell insgesamt mit einem sehr kleinen R^2 von 0,06 nicht signifikant war ($p = 0,460$). Der folgenden Tabelle ist der Output des geschätzten Regressionsmodells zu entnehmen (Kategorie in der Klammer = Referenzkategorie der Variablen):

Tabelle 7: Perceived Involvement in Care Scale (PICS) zu t1: Regression

<i>PICS_t1</i>	<i>Koef.</i>	<i>Robust Std. Fehler</i>	<i>p</i>	<i>[95% Konf. Intervall]</i>	
Gruppe (IG)	.092	.229	0.695	-.379	.560
Alter-Ang.	.003	.012	0.818	-.021	.026
Geschlecht-Ang. (weiblich)	.186	.236	0.438	-.297	.668
Erwerbstätigkeit (ja)	.146	.231	0.532	-.326	.617
Schulbildung (Volks-/Hauptschule)					
Realschule	-.120	.172	0.491	-.472	.232
(Fach)Hochschule	-.333	.227	0.153	-.797	.132
Gleicher Haushalt (ja)	.114	.278	0.684	-.454	.683
Konstante	2.519	.785	0.003	.914	4.125

N = 89 / adj. $R^2 = 0,063$ / $p = 0,628$ / 95% Konfidenzintervalle / PICS_t1 = Werte zum Messzeitpunkt t1
 Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Abschließend ist festzuhalten, dass sich weder über die beiden Gruppen noch über die beiden Messzeitpunkte Unterschiede im Involvierungsgrad der Angehörigen in die Behandlung der Patient:innen mit Demenz zeigten.

Zufriedenheits- und Nutzenbewertung von DemStepCare durch die Angehörigen

Die Evaluation der selbstentwickelten Items ergab, dass Angehörige der IG zu t1 eine sehr hohe Zufriedenheit mit DemStepCare zeigten. Zumindest war dies für $n = 79$ zu beobachten, die die selbstentwickelte Item-Batterie beantworteten. Diese bestand aus 14 Fragen – jeweils mit einer Polung von niedriger Zustimmung/Zufriedenheit (= 1) bis hohe Zustimmung/Zufriedenheit (= 4) –, worunter die Fragen elf bis 14 allerdings separat betrachtet wurden und nur die Fragen eins bis zehn den Summenscore bildeten. Dies ist damit zu begründen, dass lediglich 16 bis 19 Angehörige die Fragen elf bis 14 beantworteten bzw. mit den Gruppenangeboten

oder der Krisenambulanz in Berührung kamen. Zudem wurden nicht alle vier Fragen von allen max. 19 Angehörigen beantwortet, was zu weiteren Missings bzw. ggf. Verzerrungen des Scores geführt hätte. Zur Ermittlung einer Gesamtbewertung wurden diese vier Aussagen daher nicht betrachtet. Zeitgleich zeigte sich – in separater Betrachtung –, dass die Aussagen elf bis 14 im Mittel stets hohe Zufriedenheit wiedergaben (Tabelle 8). Auf Item-Ebene wurde keine der 14 Aussagen im Mittel niedrig bewertet; allesamt wiesen eine durchschnittlich hohe Zufriedenheit auf (> 3).

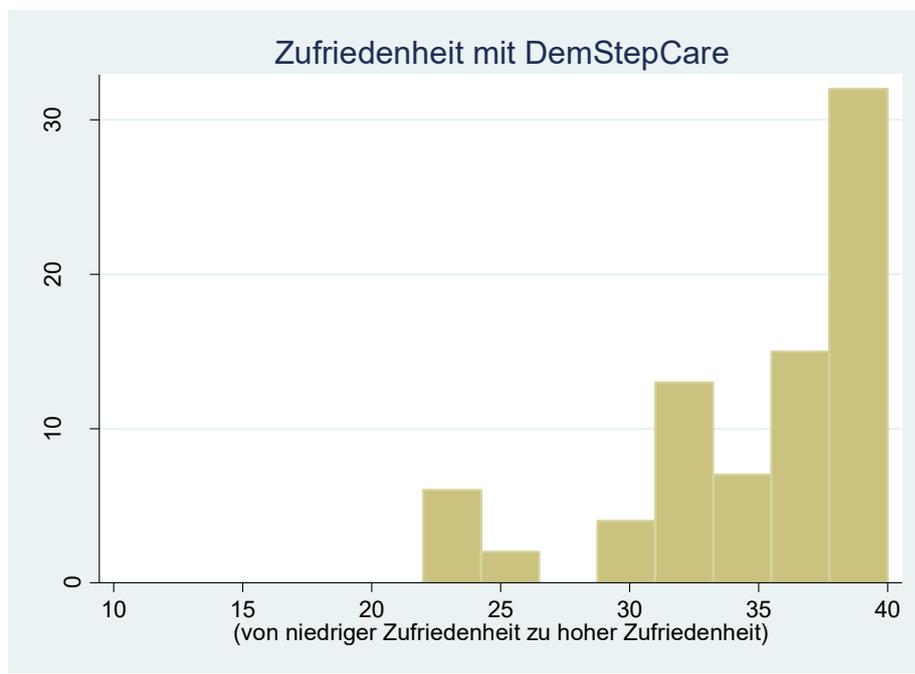
Tabelle 8: Nutzen- und Zufriedenheitsbewertung der Angehörigen mit DemStepCare

Item	Scores je Items	Range	Mittelwert	SD	Median	Min	Max	Fallzahl
1	Der/die Hausärztin: hat meinen Angehörigen kompetent betreut.	1;4	3,37	0,77	4	1	4	81
2	Mein Angehöriger ist bei seinem/seiner Hausärzt:in gut aufgehoben.	1;4	3,52	0,69	4	1	4	81
3	Der Case Manager:innen stand uns bei Fragen rund um die Pflege meines Angehörigen stets zur Seite.	1;4	3,65	0,51	4	2	4	78
4	Der Case Manager:innen ist eine kompetente Ansprechperson.	1;4	3,71	0,51	4	2	4	79
5	Bei DemStepCare wurde ich ausreichend über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert.	1;4	3,57	0,57	4	2	4	79
6	Mein Angehöriger ist bei DemStepCare in guten Händen.	1;4	3,62	0,61	4	2	4	78
7	Ich fühle mich durch die Angebote von DemStepCare entlastet.	1;4	3,30	0,71	3	2	4	79
8	DemStepCare ist eine hilfreiche Unterstützung im Alltag.	1;4	3,28	0,68	3	2	4	79
9	Ich würde anderen Demenz-Patient:innen und deren Angehörigen die Teilnahme an DemStepCare empfehlen.	1;4	3,58	0,67	4	1	4	79
10	Insgesamt bin ich mit dem Angebot von DemStepCare sehr zufrieden.	1;4	3,55	0,68	4	1	4	78

Item	Scores je Items	Range	Mittelwert	SD	Median	Min	Max	Fallzahl
<i>Haben Sie bislang an dem Gruppenangebot für pflegende Angehörige teilgenommen? (Ja/Nein)</i>								
11	Falls Ja: Ich bin gerne zum Gruppenangebot für pflegende Angebote gegangen.	1;4	3,34	0,61	3	2	4	18
12	Falls Ja: Mir hat das Gruppenangebot für pflegende Angehörige sehr geholfen.	1;4	3,25	0,78	3	2	4	16
<i>Hat Ihr Angehöriger während der Teilnahme an DemStepCare eine akute Krise erlebt, in der die Krisenambulanz (...) von DemStepCare hinzugezogen wurde? (Ja/Nein)</i>								
13	Falls Ja: Ich war mit der akuten Unterstützung durch DemStepCare in der Krisensituation sehr zufrieden.	1;4	3,58	0,69	4	2	4	19
14	Falls Ja: Die akute Unterstützung von DemStepCare hat die Krisensituation entschärft.	1;4	3,58	0,77	4	2	4	19

Bei der Betrachtung des Gesamtscores – basierend auf den Fragen eins bis zehn – zeigte sich eine mittlere Zufriedenheit von 35,04 (SD = 5,04 / Median = 37) bei einem möglichen Wertebereich von 10 (niedrige Zufriedenheit) bis 40 (hohe Zufriedenheit). Abbildung 3 veranschaulicht diese Verteilung mit überproportional (sehr) positiven Bewertungen der Intervention in DemStepCare.

Abbildung 3: Gesamtscore der Nutzenbewertung in Prozent (IG, t1)



Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf Basis dieses Fragebogens grundsätzlich eine hohe Zufriedenheit mit bzw. Nutzenbewertung von DemStepCare seitens der Angehörigen in der IG vorlag.

3.1.1.2 Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews

Insgesamt wurden im DemStepCare-Projekt 247 Patient:innen eingeschlossen. Um die Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung der Angehörigen zu erfassen, wurden aus dem Gesamtpool per Zufallsprinzip 21 Patient:innen ausgewählt. Gemäß der Diagnostikergenergebnisse wurden hierbei $n = 11$ Patient:innen mit stabiler häuslicher Versorgungssituation zu t_0 und $n = 10$ mit instabiler Versorgungssituation (erhöhtes Versorgungsrisiko bzw. Versorgungskrise) zu t_0 in die qualitative Evaluation eingeschlossen. Die so ausgewählten Angehörigen wurden vor dem Interview kontaktiert, aufgeklärt und zur freiwilligen Teilnahme an den Interviews eingeladen. Bei Zustimmung wurden die Interviews leitfragengestützt und telefonisch durch die Projektmitarbeitenden durchgeführt. Die Interviews dauerten jeweils ca. 30-45 Minuten, inhaltlich wurden Fragen zur individuellen Lebens- und Versorgungssituation sowie zur Zufriedenheit mit dem DemStepCare-Angebot gestellt.

Leitfragen für die Interviews waren:

- Wie erleben Sie die aktuelle Versorgungssituation?
- Wie erleben Sie das Angebot von DemStepCare?
- Gab es Situationen oder Abläufe in DemStepCare, die Sie als schwierig und verbesserungswürdig erlebt haben?
- Was brauchen Sie persönlich an Ausgleich, um die Versorgung leisten zu können?
- Wie hat sich Ihre Situation mit DemStepCare verändert, im Vergleich zu der Situation vor der Teilnahme?
- Welche Unterstützung würden Sie sich für Ihre Versorgungssituation wünschen?
- Möchten Sie noch etwas sagen, was bisher noch nicht thematisiert wurde?

Die Telefoninterviews wurden digital aufgezeichnet. In Anlehnung an das verwendete Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1991) wurden die Inhalte der Interviews transkribiert. Hierbei wurden persönliche Inhalte anonymisiert, sodass keine persönlichen Rückschlüsse auf die Teilnehmenden möglich waren. Im weiteren Verlauf wurden die Transkripte durch zwei wissenschaftliche Mitarbeitenden separat analysiert. Im Zuge dieser Analyse wurden die Inhalte unter Bezugnahme auf die Leitfragen sortiert, um Antworten zu kategorisieren und bestimmten Oberthemen zuzuordnen. Im nächsten Schritt wurden die gewonnenen Ergebnisse beider Mitarbeitenden zusammengeführt, etwaige Differenzen wurden ausgiebig diskutiert. In der Evaluation konnte eine Sättigung erreicht werden. Dies wurde durch die Tatsache bestätigt, dass keine neuen Erkenntnisse oder Perspektiven mehr gewonnen werden konnten, nachdem eine ausreichende Anzahl an Interviews durchgeführt wurde. Es gab keine signifikanten Unterschiede oder Muster in den Antworten der Teilnehmenden, die darauf hindeuteten, dass weitere Interviews notwendig gewesen wären. Für die weitere inhaltliche Auswertung wurden die den Oberthemen zugeordneten Aussagen für Angehörige mit stabilem Versorgungssituation zu t_0 („grüne Einstufung“ laut DSV) denen mit instabiler Versorgungssituation (erhöhtes Versorgungsrisiko bzw. Versorgungskrise) zu t_0 („gelbe“ & „rote Einstufung“ laut DSV) gegenübergestellt. Mittels dieser Kontrastierung sollten die Aussagen auf systematische Unterschiede hin analysiert werden.

Übersicht über die Oberkategorien:

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

Versorgungssituation der Patient:innen/Situation der Angehörigen

Generell gab der überwiegende Teil der Befragten an, mit der aktuellen Versorgungssituation zum Zeitpunkt der Befragung zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Hierbei zeigte sich hinsichtlich der objektiven Versorgungslage ein sehr diverses Bild. Bezüglich der vorhandenen Unterstützung gaben die Angehörigen mit stabiler Versorgungssituation zu t0 vielfach an, dass sie sowohl familiäre als auch ärztliche und pflegerische Unterstützung haben. Angehörige mit instabiler Versorgungssituation zu t0 gaben häufig an, dass die Patient:innen ununterbrochene Unterstützung benötigen. Die Patient:innen würden starke Verhaltensänderungen aufweisen. Häufig wurde außerdem berichtet, dass es bereits Verletzungen durch Stürze gegeben habe. Vorhandene Unterstützung sei nicht ausreichend, entweder da sie zu grobmaschig sei oder da die Patient:innen zu stark beeinträchtigt seien.

Trotz der von den Angehörigen mit stabiler Versorgungssituation zu t0 überwiegend geschilderten Zufriedenheit mit der Versorgungssituation gaben über beide Gruppen hinweg knapp zwei Drittel der Angehörigen an, sich durch die Betreuung hoch belastet zu fühlen. Deutlich hervorgehoben wurden hierbei die hohe psychische Belastung (Überforderungserleben, Sorgen, Trauer, Hilflosigkeit) sowie die fehlenden zeitlichen Ressourcen für andere Dinge des Lebens (keine Zeit für eigene Dinge, Eintönigkeit des Alltags). In diesem Kontext berichteten viele der Befragten über Strategien, die ihnen im belastenden Alltag helfen würden. Insbesondere Unterstützung durch externe Hilfen oder durch andere Angehörige, aber auch soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten generell wurden als hilfreich wahrgenommen. Je nach Betreuungsbedarf wünschten sich die Befragten Entlastung im Alltag durch punktuelle Hilfen (Haushaltshilfe, Alltagsbegleitung) oder durch Vollzeitpflege oder gar eine Heimunterbringung.

Bewertung des DemStepCare-Projektes und durch das Projekt angestoßene Veränderungen in der Versorgungssituation

In der Zusammenschau gab der überwiegende Teil der Befragten ein positives Gesamturteil über das Projekt ab. Es wurde insbesondere die Zusammenarbeit der verschiedenen Projektmitarbeitenden hervorgehoben und die enthaltenen Hilfen wurden als sehr positiv beschrieben („[...] endlich ein Projekt, wo sich gekümmert wird!“, „[...] vor allem dann hilfreich, wenn es richtig brennt!“). Eine der befragten Personen berichtete allerdings von gewissen Anfangsschwierigkeiten mit ungenauer Planung, fehlenden ärztlichen Ansprechpartner:innen und wenig hilfreichen Tipps für den Umgang den Patient:innen.

Neben den allgemeinen Bewertungen wurden die Angehörigen zu den einzelnen Projektbestandteilen konkret um Feedback gebeten. Hierbei zeigten sich bei der Betreuung durch die Case Manager:innen und die Pflegeexpert:innen eine Vielzahl positiver Aspekte. Die Angehörigen mit stabiler Versorgungssituation zu t0 betonten vielfach das hohe Engagement und die hohe Kompetenz der Case Manager:innen. Als sehr hilfreich wurde zudem benannt, dass die Case Manager:innen vielfach als feste Ansprechpartner:innen wahrgenommen wurde. Die gute Erreichbarkeit habe vielen Angehörigen gutgetan und oft zu sehr konkreten, individuell angepassten Hilfen geführt. Die Angehörigen fühlten sich gut einbezogen und aufgeklärt. Auch die Angehörigen mit instabiler Versorgungssituation zu t0 betonten vielfach die hohe Kompe-

tenz, das hohe Engagement und die gute Erreichbarkeit der Projektmitarbeiter:innen. Im Vergleich zu den Angehörigen mit stabiler Versorgungssituation zu t0 wurden jedoch weniger stark konkrete Hilfen hervorgehoben bzw. es wurde sich hierbei häufig auf die Zeit vor der krisenhaften Entwicklung bezogen. Auf mögliche schwierige Aspekte bei der Betreuung durch die Projektmitarbeiter:innen angesprochen gab es zwei Aspekte, die von Angehörigen beider Gruppen benannt wurden. Ein wesentlicher Aspekt hierbei schienen Schwierigkeiten durch den Wechsel der Ansprechpartner:innen zu sein, welcher beispielsweise mit Verlust der bisherigen Vertrauensbasis oder mit einer vergleichsweise schlechteren Betreuung einherging. Ein zweiter Aspekt war, dass die Erwartungen an die Betreuung insgesamt nicht erfüllt wurden. So berichteten einzelne Angehörige beider Gruppen, dass die Intensität der Betreuung für sie unerwartet gering ausgefallen sei. Wichtig ist hierbei zu betonen, dass beide Aspekte nur sehr selten genannt wurden, der überwiegende Teil der Befragten also ausschließlich positive Aspekte berichtete.

Die Befragungen (Fragebogen/Interview/Screening), die im Rahmen des Projekts durchgeführt wurden, fanden nur vereinzelt Einzug in die Schilderungen der Befragten. Als hilfreich wurde diesbezüglich wahrgenommen, dass die hierdurch getroffenen Einschätzungen treffend gewesen seien oder dass es möglich war, bei divergierender Einschätzung mit den Projektmitarbeiter:innen ins Gespräch zu kommen. Interessanterweise wurden schwierige Aspekte, sofern genannt, vorrangig von Angehörigen mit instabiler Versorgungssituation zu t0 genannt. Diese berichteten davon, dass die Herangehensweise unpassend gewesen sei und zu Ängsten geführt habe. Das Ausfüllen der Fragebögen habe die Patient:innen teilweise überfordert und der Sinn sei nicht klargeworden.

Ein weiteres Element von DemStepCare war die Angehörigengruppe. Angehörige beider Gruppen haben sowohl positive als auch negative Aspekte bei den Angehörigengruppe zurückgemeldet. Als hilfreich wurden hierbei die Informationen über die Erkrankung und die rechtlichen Grundlagen für die Behandlung/Betreuung genannt. Außerdem seien die Angehörigengruppen ein Ort für Austausch zwischen den Angehörigen gewesen, was viele Angehörige als hilfreich wahrgenommen haben. Als schwierige Aspekte der Angehörigengruppe wurden zum einen die mangelnden zeitlichen Ressourcen und die häufig hohe Entfernung genannt. Weitere schwierige Aspekte bezogen sich auf ungünstige Gruppenzusammensetzungen bzw. Gruppeninhalte und auf psychische Belastungen durch die Teilnahme. Die genannten Aspekte wurden gleichermaßen bei Angehörigen aus beiden Gruppen genannt.

In Bezug auf die Veränderungen, die mit DemStepCare in Verbindung gebracht wurden, nannten die Befragten vor allem ein verbessertes Verständnis über die Erkrankung an sich, die Eröffnung von neuen Handlungsmöglichkeiten, den Erhalt emotionaler Unterstützung und die Verbesserung der Gesamtsituation. Einige der Befragten äußerten, dass sich durch das Projekt keine spezifischen Veränderungen ergeben hätten. Bei der Frage nach Gründen für Veränderungsschwierigkeiten wurde teilweise eine fehlende Offenheit für das Projekt, eine fehlende Bereitschaft für Veränderungen oder fehlender subjektiver Hilfebedarf auf Seiten der Patient:innen berichtet.

Einfluss der Corona-Pandemie auf das Projekt

In dieser Kategorie gab es keine Änderungen der Aussagen durch Kontrastierung. Während ein geringer Teil der Befragten keine oder nur geringe Auswirkung der Pandemie auf die (insbesondere ärztliche) Versorgung rückmeldete, gab der überwiegende Teil der Angehörigen eine deutlich verschlechterte Gesamtsituation an.

3.1.2 Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung: Hausärzt:innen

3.1.2.1 Quantitative Analyse

Mittels der beschriebenen schriftlichen Befragung im Rahmen des allgemeinmedizinischen Teilprojekts (ZAG) wurden die projektinvolvierten Hausärzt:innen (HÄ) zu drei festgelegten Zeitpunkten ($t_{0_{HÄ}}$ - $t_{2_{HÄ}}$) befragt. Im Folgenden werden die jeweils gewonnenen Stichproben beschrieben und im Anschluss die Befunde zur Prozessevaluation wiedergegeben.

Tabelle 9: Quantitative hausärztliche Befragung, Übersicht der Nettostichproben

Erhebungszeitraum:	t_0 HÄ (vor Schulung der Ärzt:innen bzw. Intervention)	t_1 HÄ (12 Monate nach Abschluss der Schulung der Ärzt:innen)	t_2 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

Der Gegenüberstellung der Stichproben für die unterschiedlichen Befragungszeitpunkte ist zu entnehmen, dass lediglich zum Zeitpunkt $t_{0_{HÄ}}$ sämtliche projektinvolvierten Hausärzt:innen an der Erhebung teilgenommen haben. Aufgrund dieses Dropouts bei den Zeitpunkten $t_{1_{HÄ}}$ und $t_{2_{HÄ}}$, zu denen nicht alle Ärzt:innen den Fragebogen bearbeitet haben, erklärt sich die abweichende soziodemografische Zusammensetzung der Stichproben.

Tabelle 10: Gründe der Hausärzt:innen für die Teilnahme am Projekt DemStepCare zu t0_{HÄ}

Frage: Was waren für Sie die wichtigsten Gründe, am Projekt „DemStepCare“ teilzunehmen bzw. versprechen Sie sich von der Teilnahme am Projekt? (t0_{HÄ}, N=63, Nachcodierte offene Frage)	Nennungen in der Stichprobe
Optimierung der praxiseigenen Demenzversorgung bzw. effektiveres Demenzmanagement, bessere Longitudinalbetreuung von Demenzerkrankten, Stärkung und Professionalisierung der hausärztlichen Demenzversorgung	24
Verbesserung der eigenen Kompetenz/Know-how/Sicherheit in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Betreuung bei Demenz für Ärzt:innen und Praxispersonal, Erweiterung des eigenen Behandlungszentrums	17
Bessere (interprofessionelle bzw. interdisziplinäre) Vernetzung bei der Betreuung und Behandlung Demenzerkrankter, Etablierung und Stärkung unterstützender Versorgungsnetzwerke, verstärkte Kooperation mit Unterstützungs- und Hilfsangeboten, bessere Zusammenarbeit mit Fachärzt:innen und Kliniken, Aufbrechen einer ‚isolierten‘ Position von Hausärzt:innen bei der Demenzversorgung	12
Aufgrund der eigenen hausärztlichen Tätigkeit häufiger und intensiver Kontakt mit Demenzerkrankten (auch durch regelmäßige Heimbefuche)	8
Verbesserung der Lebensqualität von Demenzbetroffenen	7
Bessere Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger	7
Partizipation an einer innovativen Versorgungsform, die genuin der Optimierung der Demenzversorgung gilt; Interesse am konkreten Versorgungskonzept, die die Versorgung nachhaltig verbessern kann	6
Vermeidung bzw. Reduktion von Hospitalisierungen bzw. Heimunterbringungen und Behandlung im häuslichen Setting	6
Bessere Kenntnis und Überblick von konkreten Betreuungs-, Unterstützungs- und Versorgungsangeboten für Patient:innen und Angehörige	6
Bessere ärztliche Kommunikation und Beratung in Bezug auf Betroffene und Angehörige	4
Sensibilisierung des (gesamten) Praxisteams für Fragen der Demenzerkennung, -diagnostik und -versorgung	4
(Strikt) Leitlinien-gerechte Therapie und strukturiertes bzw. evidenzbasiertes Vorgehen bei Diagnostik und Versorgung	4
Präventive Beschäftigung und Vorbereitung in Bezug auf das Thema Demenzversorgung angesichts deutlich steigender Betroffenen- und Patient:innenzahlen, prospektiv erhöhter Versorgungsbedarf gegeben	3
Generelles Interesse an geriatrischen Fragestellungen und Problematiken	3
Entlastung des hausärztlichen Settings durch neue Versorgungsform bzw. Intervention durch Case Manager:innen	2

Als Hauptgründe für die eigene Motivation, an DemStepCare zu partizipieren, führten die teilnehmenden Hausärzt:innen zum Zeitpunkt t0_{HÄ} vor allem den Wunsch nach einer Verbesserung der praxiseigenen Demenzdiagnostik und -versorgung an, damit einhergehend des Know-hows und der Sicherheit im Umgang mit Patient:innen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen (sowohl mit Blick auf die ärztliche Seite als auch die Involvierung des Pra-

xistteams). Ein weiterer Schwerpunkt stellte der Bedarf nach besserer Kenntnis und Inanspruchnahme interprofessioneller Unterstützungsakteure dar, etwa mit Blick auf eine effektivere Vermittlung pflegender Angehörige an Beratungs- und Hilfsangebote. Ebenfalls genannt wurde ein genuines Interesse an einer innovativen Versorgungsform zum Thema.

Tabelle 11: Zufriedenheit der Hausärzt:innen mit DemStepCare insgesamt

Frage: Seit einiger Zeit nehmen Sie am Projekt „DemStepCare“ teil, das einen Beitrag zur Verbesserung der hausarztbasierten Demenzversorgung leisten soll. Wenn Sie eine Gesamtbeurteilung vornehmen müssten: Wie zufrieden sind Sie bislang mit „DemStepCare“?				
Erhebungszeitraum:	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	18	16	20	14
Sehr zufrieden	33%	13%	35%	7%
Eher zufrieden	61%	31%	55%	29%
Eher unzufrieden	0%	25%	10%	21%
Sehr unzufrieden	0%	8%	0%	14%
Keine Angabe	6%	23%	0%	29%

Im Sinne einer Gesamtbilanz beurteilten die Hausärzt:innen ihre Projekterfahrung in DemStepCare positiv. Innerhalb der IG fiel die Zufriedenheit mit dem Projekt besonders hoch aus. Zum Zeitpunkt t2 verbleibt hier die positive Gesamtbilanzierung auf hohem Niveau.

Tabelle 12: Positive Erfahrungen der Hausärzt:innen im Teilnahme- und Projektkontext (IG und KG1)

Fragen: Was beurteilen Sie an DemStepCare positiv? und In welcher Hinsicht fühlen Sie sich entlastet? (Nachcodierte offene Fragen)	Nennungen in der Stichprobe	
	t1	t2
Stichprobengröße (N):	34	34
Verbesserte Betreuung, Begleitung und Entlastung von Patient:innen, effektive Krisenintervention und Stabilisierung häuslicher Pflegesettings (Case Management, Krisenambulanz), Erhaltung von Lebensqualität	16	15
Verbesserte Betreuung, Begleitung bzw. Entlastung von pflegenden Angehörigen, Erhaltung von Lebensqualität, konsequente Vermittlung von Hilfs- und Entlastungsangeboten	14	16
Kompetenz- und Sicherheitszugewinne bei Diagnosestellung bzw. Therapie und Kommunikation sowie gewachsener Überblick über Hilfsangebote und Interaktion mit selbigen (Netzwerk, Ansprechpartner)	12	13
Entlastung bzw. Ergänzung von Hausärzt:innen aufgrund weitergehender multiprofessioneller Unterstützung und Begleitung (Mitbetreuung von Patient:innen und Angehörigen durch Case Manager:innen), Möglichkeit der systematischen Delegation	9	13
Qualität und Inhalt der Fortbildungen (u.a. Hinweise zur professionellen, leitlinien-gerechten Diagnostik, Überblick über Hilfsangebote für Patient:innen und Angehörige, Pharmatherapie)	8	4
Gelungene Kommunikation zwischen Projekt-Teilnehmer:innen und Ärzt:innen, regelmäßiger Kontakt des Projektteams mit eindeutigen Informationen, ‚kurzer Draht‘, Patient:innen und Angehörige fühlen sich ‚mitgenommen‘	5	5
Klar sichtbare Effekte der Versorgungsinnovation (Einsatz bei „roter Ampel“), erfolgreiche Vermeidung von Hospitalisierung bzw. Heimeinweisung, konsequenter Verbleib der Patient:innen in häuslicher Umgebung solange wie möglich	5	5
Schulung und Einbindung des Praxispersonals, z.B. in Fragen der Demenzerkennung und -diagnostik	3	1
Prüfung der Medikation durch Apotheken, Hilfe bei Medikation	2	3
Aufnahme und Dokumentation	1	1
Sonstiges	1	4

Die Nachfrage zur Benennung konkreter positiver Erfahrungen im Projektkontext zeigte, dass insbesondere die Kernanliegen von DemStepCare mit Blick auf eine Optimierung der Betreuung und Versorgung von Patient:innen und pflegenden Angehörigen von den teilnehmenden Ärzt:innen wertgeschätzt wurde. Ebenfalls verbreitet positiv beurteilt wurden subjektiv erlebte Kompetenzgewinne in Fragen der Diagnostik sowie der Beratung und Vermittlung zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

Tabelle 13: Negative bzw. verbesserungsbedürftige Erfahrungen im Teilnahme- und Projektkontext (IG und KG1)

Fragen: <i>Was beurteilen Sie an DemStepCare weniger gut bzw. sollte verbessert werden? Gab es spezielle Situationen oder Abläufe im Kontext Ihrer Teilnahme an „DemStepCare“, die Sie als problematisch erlebt haben? und In welcher Hinsicht fühlen Sie sich belastet? (Nachcodierte offene Fragen)</i>	Nennungen im Sample	
	t1	t2
Stichprobengröße (N):	34	34
Hoher, teils redundanter und/oder zeitaufwendiger Dokumentationsaufwand für Ärzt:innen, darunter Einzelkritik an EDV-Aufwand und/oder elektronischer Akte	12	9
(Zu) Wenig Kommunikation und Rückmeldung seitens Projektteam etc., verbesserungsbedürftige Kommunikation im Projekt, zu wenig Betreuung der Ärzt:innen seitens der Projektverantwortlichen (Zeit, Zuwendung)	7	6
Corona-Pandemie-bedingte Schwierigkeiten im Projekt, verringerte Aktivität als geplant (z.B. Einbindung in Projekt, Projektkommunikation, Patient:innenkontakt)	6	3
Insgesamt (zu) hohe zeitliche Belastung der Praxisressourcen durch Projektanforderungen	5	6
Einschreibeverfahren/-modalitäten für Ärzt:innen und Patient:innen zu aufwendig, gelegentliches Fehlschlagen einer Aufnahme von Patient:innen	5	1
Technische Probleme, darunter Usability bei elektronischer Fallakte und Bedienung des Portals, zu starre Kommunikationsplattform	4	4
Zusammenarbeit mit Case Manager:innen nicht optimal, z.B. keine engmaschige Betreuung bzw. Besuch durch Case Manager:innen bzw. regelmäßiger Kontakt oder zu starke Einmischung in ärztliche Entscheidungskompetenz	4	4
(Zu) Geringe Einbindung der Ärzt:innen bzw. Feedbackmöglichkeiten	3	1
Im Projektkontext erwartete Therapieoptionen sind schwierig umsetzbar unter Bedingungen des hausärztlichen Praxisbetriebs	2	2
Patient:innen und Angehörige haben die Empfehlungen nicht umsetzen können	2	0
Unzufriedenheit mit therapeutischen Ansätzen (u.a. Kritik an Empfehlung zur Polypharmazie)	2	1
Zu wenig Möglichkeiten des persönlichen Austausches mit Fachkolleg:innen im Projektkontext	2	1
Vereinzelte Kritik an Fortbildungsinhalten (z.B. Medikationshinweise oft nur eher theoretischer Natur)	2	0
Verzögerte oder ausbleibende Weitergabe, Empfang von Unterlagen und erforderlichen Befunden	1	1
wenig Flexibilität bei ärztlicher Kooperation hinsichtlich problematischer Patient:innen	1	0
Sonstiges	2	5

Die Auswertung mehrerer offener Fragen zu als problematisch erlebten Projektabläufen zeigte, dass für die projektinvolvierten Hausärzt:innen insbesondere Schwierigkeiten bestanden, wenn es um die zeit- und ressourcenschonende Bewältigung der Dokumentationsanfordernisse ging; Ähnliches gilt für die Einschreibung neuer Patient:innen. Hinzu kamen, wie im Fall anderer Forschungsprojekte, aufgrund der Corona-Pandemie bedingte Einschränkungen im Projektablauf.

Tabelle 14: Zusammenarbeit der Hausärzt:innen mit spezialisierten Pflegekräften bzw. Case Manager:innen (IG)

Frage: Wie erleben Sie im Rahmen von „DemStepCare“ die Zusammenarbeit mit den spezialisierten Pflegekräften bzw. Case Manager:innen?		
Erhebungszeitraum:	t1 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} IG
Stichprobengröße (n):	18	20
Sehr gut	41%	52%
Eher gut	47%	32%
Eher schlecht	0%	0%
Sehr schlecht	0%	5%
Keine Angabe	12%	11%

Die in der IG erfolgte Zusammenarbeit mit Case Manager:innen wurde von nahezu sämtlichen Hausärzt:innen als sehr gut oder eher gut bezeichnet. Dies gilt in gleichem Maße für beide Befragungszeitpunkte.

Tabelle 15: Verbesserung der Demenzversorgung infolge der Projektteilnahme

Frage: Hat sich Ihrer Ansicht nach die Demenzversorgung in Ihrer Praxis seit der Teilnahme an „DemStepCare“...				
Erhebungszeitraum:	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	18	16	20	14
Deutlich verbessert	25%	7%	32%	8%
Eher verbessert	55%	33%	42%	15%
Gleich geblieben	20%	40%	21%	39%
Eher verschlechtert	0%	7%	5%	0%
Keine Angabe	0%	13%	0%	38%

Im Projektverlauf zeigte sich, dass die Befragten mehrheitlich Verbesserungen der Demenzversorgung im eigenen Praxisbetrieb konstatierten und dies mit der Teilnahme an DemStepCare in einen unmittelbaren Zusammenhang stellten. In der IG war die Zahl der Ärzt:innen, die eine größere Wirksamkeit und Effektivität diagnostischer und Versorgungsprozesse feststellten, zum Zeitpunkt t1 wie t2 besonders hoch.

Tabelle 16: Subjektiver Belastungsgrad durch Projektteilnahme

Frage: Wirkt sich die Teilnahme an „DemStepCare“ insgesamt für Sie entlastend oder belastend aus?				
Erhebungszeitraum:	t1 _{HÄIG}	t1 _{HÄKG}	t2 _{HÄIG}	t2 _{HÄKG}
Stichprobengröße (n):	18	16	20	14
Deutlich entlastend	25%	0%	32%	0%
Eher entlastend	20%	36%	37%	23%
Eher belastend	31%	36%	16%	23%
Deutlich belastend	6%	0%	5%	0%
Keine Angabe	18%	28%	10%	54%

Im Hinblick auf die Frage, ob die Teilnahme an DemStepCare sich eher entlastend oder eher belastend auf die eigene hausärztliche Tätigkeit sowie den Praxisbetrieb auswirkte, zeigten sich die Befragten unterschiedlicher Ansicht. In der IG fiel der Anteil derjenigen, die eher eine Entlastung wahrnahmen, größer aus und stieg zum Zeitpunkt t2 deutlich.

Tabelle 17: Nutzen der DemStepCare-Teilnahme nach Anwendungsbereichen

Frage: Wie viel hat Ihnen die bisherige Teilnahme an „DemStepCare“ gebracht in Bezug auf... (0 = „Überhaupt nichts gebracht“ bis 10 = „Sehr viel gebracht“)				
Erhebungszeitraum:	t1 _{HÄIG}	t1 _{HÄKG}	t2 _{HÄIG}	t2 _{HÄKG}
Stichprobengröße (n):	18	16	20	14
Erhöhung der Versorgungsstabilität von Demenzpatient:innen	\bar{X} : 7,5 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 3,5 ($\sim x$: 3,0)	\bar{X} : 7,0 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 3,3 ($\sim x$: 2,5)
Vermeidung stationärer Aufnahmen	\bar{X} : 6,8 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 2,2 ($\sim x$: 1,0)	\bar{X} : 6,6 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 3,0 ($\sim x$: 3,0)
Verbesserung der Lebensqualität von Demenzpatient:innen	\bar{X} : 6,8 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 3,1 ($\sim x$: 3,0)	\bar{X} : 7,2 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 3,4 ($\sim x$: 2,5)
Reduktion der Belastung pflegender Angehöriger	\bar{X} : 7,1 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 3,2 ($\sim x$: 3,0)	\bar{X} : 7,0 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 3,9 ($\sim x$: 4,0)
Verbesserung der Kenntnis der S3-Leitlinie	\bar{X} : 5,5 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 3,5 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,8 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 3,1 ($\sim x$: 2,0)

(Verstärkte) Orientierung entlang der S3-Leitlinie und ihrer Empfehlungen (z.B. Diagnosestellung, Krankheitsmanagement)	$\bar{X}: 5,6 (\sim x: 6,0)$	$\bar{X}: 3,7 (\sim x: 5,0)$	$\bar{X}: 5,6 (\sim x: 6,0)$	$\bar{X}: 3,4 (\sim x: 2,0)$
Verstärkte Nutzung ambulanter Unterstützungsangebote	$\bar{X}: 6,0 (\sim x: 6,0)$	$\bar{X}: 3,7 (\sim x: 4,0)$	$\bar{X}: 7,3 (\sim x: 7,0)$	$\bar{X}: 3,9 (\sim x: 3,5)$

Eine spezifizierte Frage diente der Ermittlung des wahrgenommenen Nutzens der DemStepCare-Teilnahme nach Anwendungsbereichen. Aus dem Vergleich zwischen Interventions- und KG1 zeigt sich, wo der Nutzen der Intervention vor allem wahrgenommen wurde. Die IG setzte sich besonders stark bei der Versorgungsstabilität, Vermeidung stationärer Aufnahmen, Verbesserung von Lebensqualität und Belastungsreduktion der Angehörigen ab. Auch die stärkere Nutzung ambulanter Hilfsangebote wurde in der IG als Nutzen erlebt. Zum Zeitpunkt t2 verbesserten sich in der IG die Nutzenbewertungen für einige Bereiche nochmals.

3.1.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse (zehn Hausärzt:innen der IG)

Die qualitative Evaluation baute auf einem Leitfragen-gestützten Interview auf. Insgesamt wurden 38 Hausärzt:innen der IG angeschrieben und eingeladen, an den Interviews zur Zufriedenheit und Erleben im Kontext von DemStepCare teilzunehmen. Mit der qualitativen Analyse wurden die Dimensionen des DemStepCare-Angebotes und die Zufriedenheit mit dem Behandlungssetting aus Sicht der Hausärzt:innen in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses gerückt. Die Interviews dauerten ca. 15-20 Minuten. Aufgrund der engen Zeittaktung der Hausärzt:innen wurde die Interviews kürzer gehalten als die im Kontext der Case Manager:innen und Angehörigen. Zur Erhebung der Daten wurde die Methode der Einzelinterviews gewählt, um damit individuelle Erfahrungen der Hausärzt:innen zu ermitteln. Die Interviews begannen frühestens zwölf Monate nach Abschluss der Schulung der Hausärzt:innen. Angestrebt waren zehn Interviews mit zufällig ausgewählten Hausärzt:innen aus der IG. Insgesamt haben vier Hausärzt:innen von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

Leitfragen für die Interviews waren:

- Wie erleben Sie die aktuelle Versorgungssituation Ihrer Patient:innen und der Familien?
- Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den pflegerischen Case Manager:innen?
- Führt das Projekt im Alltag zu einer Entlastung oder höheren Belastung? Woran machen Sie das fest?
- Gab es Situationen oder Abläufe in DemStepCare, die Sie als schwierig und verbesserungswürdig erlebt haben?
- Gibt es Aspekte / Dienstleistungen, die Ihnen die Arbeit im Projekt noch erleichtern würden?
- Wie hat sich Ihre Situation mit DemStepCare verändert, im Vergleich zu der Situation vor der Teilnahme?
- Möchten Sie noch etwas sagen, was bisher noch nicht thematisiert wurde?

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen wurden im Weiteren für die Auswertung vollständig transkribiert, wobei Pausen, Stimmklänge und sonstige parasprachliche Elemente nicht erfasst wurden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Tran-

skripte anonymisiert, so dass diese keine Informationen enthalten, die persönliche Rückschlüsse auf die Teilnehmenden für Dritte ermöglichen. 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

Schwierige Versorgungssituationen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

Der Umgang mit der Diagnose Demenz sei für Menschen mit Demenz und ihre Familien sowie die Hausärzt:innen mühsam. Dies hat nach Aussagen der Hausärzt:innen unter anderem mit der Sprachlosigkeit zutun, die mit der Diagnose Demenz einhergehen würde. Auch sei es schwierig, Menschen mit Demenz in die Strukturen einer hausärztlichen Praxis zu integrieren. Großpraxen hätten hier mehr Möglichkeiten als Einzelpraxen.

Veränderung der Versorgungssituation durch DemStepCare

Mit dem Projekt DemStepCare gehe eine große Entlastung einher, da eine Weiterleitung und Anbindung an bedarfsangepasste Versorgungsleistungen möglich seien. Es gab eine kontinuierliche Betreuung durch die Case Manager:innen, die die Hausärzt:innen, besonderes am Wochenende nicht leisten könnten, so die Hausärzt:innen. Allerdings gaben die Hausärzt:innen in den Interviews an, dass es auch Familien gab, die schon im Vorfeld eine gute Grundversorgung hatten und es hier keine Veränderung durch DemStepCare gegeben habe. Ein Hausarzt gab an, dass es wenig Kommunikation zwischen Hausärzt:innen und Case Manager:innen gegeben habe. Es brauche keine Einschreibung mehr in die Palliativversorgung, um Hilfe am Wochenende zu bekommen, gab ein Hausarzt aus dem Projekterleben an. Gerade für Neu-Patient:innen mit einer Demenzdiagnose schien das Projekt für einen Hausarzt sehr sinnvoll. Ein weiterer Hausarzt hoffte sehr, dass das Projekt weitergehen wird.

Zusammenarbeit mit den Case Manager:innen

Die interviewten Hausärzt:innen gaben an, dass sie im Grundsatz gute Erfahrungen mit den Case Manager:innen gesammelt haben. So würden diese auch organisatorischen Projektaufgaben übernehmen und damit die Hausärzt:innen entlasten. Es gab aber auch erlebte negative Aspekte, die im Kontext der Zusammenarbeit mit den Case Manager:innen wahrgenommen wurden. Gerade zu Beginn des Projektes wurden die Case Manager:innen nicht als Entlastung wahrgenommen. Auch wurde die gemeinsame elektronische Fallakte eher als Belastung, statt Entlastung wahrgenommen. Manchmal wurde die Zusammenarbeit mehr als „Nebeneinander statt Miteinander“ wahrgenommen.

Entlastungen durch das Projekt DemStepCare

Ein Hausarzt gab an, dass es sich bei DemStepCare um eine Entlastung für Ärzt:innen und die Familien mit Menschen mit Demenz handele, da die Case Manager:innen eine Entlastung vor Ort bieten würden. Ähnlich äußerte sich ein weiterer Hausarzt, der mit DemStepCare eine Versorgungslücke geschlossen sah. Ein weiterer Hausarzt sah in den Case Manager:innen eine Entlastung im administrativen Bereich.

Belastungen durch das Projekt DemStepCare

Das Projekt würde zu viele zusätzliche Aufgaben mitbringen, so dass es nicht in den Arbeitsalltag integrierbar sei, gab ein Hausarzt im Interview an. Eine weitere Belastung wurde durch einen weiteren Hausarzt durch die „sehr zeitintensive und benutzerunfreundliche“ elektronische Fallakte benannt.

Kritikpunkte

Es wurden unterschiedliche Kritikdimensionen benannt:

- Einschreibung
- Einschlusskriterien
- Diagnostik
- Austausch

Einschreibung

Hier gab es von unterschiedlichen Hausärzt:innen die Kritikpunkte, dass die Einschreibungsunterlagen zu komplex seien. Auch wurde durch einen Hausarzt herausgestellt, dass es schwierig sei, dass die Einverständniserklärungen von den Patient:innen und den Angehörigen zu unterschreiben sei.

Einschlusskriterien

In einem Interview wurde es als bedauerlich beschrieben, dass privat versicherte Patient:innen nicht eingeschrieben werden konnten. Ein weiterer Hausarzt formulierte einen ähnlichen Kritikpunkt. Es habe viele interessierte privat versicherte Patient:innen gegeben. Im Vergleich seien die gesetzlich versicherten Patient:innen eher gehemmt. Ein anderer Hausarzt formulierte die Vermutung, dass die Grundstruktur des Projektes dafür verantwortlich gewesen sein könnte, dass sich so wenig Patient:innen und Angehörige eingeschrieben hätten.

Diagnostik

Es gab die Aussage eines Hausarztes, dass für aufwendige Demenztests keine zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Austausch

In dieser Subkategorie gab es die meisten Erlebnisse bei den Hausärzt:innen, die zu formulierten Kritikpunkten wurden. Hierbei wurde die elektronische Fallakte als wenig hilfreich erlebt („wird nur wenig geöffnet“). In diesem Zusammenhang gab ein weiterer Hausarzt an, dass durch die elektronische Fallakte viele Informationen verloren gehen würden. Für einen Hausarzt war das Ziel des Projektes zu Beginn unklar. Einem weiteren Hausarzt fehlten nach der Abarbeitung von Aufgabenpaketen (z. B. Medikamentenvorschlag) weitere Austauschmöglichkeiten.

Verbesserungswünsche

Die Hausärzt:innen gaben in ihren Interviews auch einige Verbesserungswünsche an. So war ein Verbesserungsvorschlag eines Hausarztes, dass man die Demenzdiagnostik an Fachärzt:innen abgeben sollte. Im Kontext der Verbesserung der Kommunikation gab es direkt mehrere Vorschläge. Dabei war der Wunsch nach konventionellem Austausch wie z. B. wöchentliche Telefonkonferenzen/Visiten. Auch wurden eine schnellere Kommunikation und kürzere Kommunikationswege genannt. Ein weiterer Vorschlag war, dass die Dokumentation über eine andere Person als die Hausärzt:innen laufen sollte.

3.1.3 Akzeptanz, Zufriedenheit, Nutzenbewertung und arbeitsbezogene Verhaltensmuster: Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen

3.1.3.1 Quantitative Analyse

Wie bereits beschrieben, wurden die Fragebögen AVEM, SVF-120 und SOC zu drei Messzeitpunkten durchgeführt. Während es zu t_{0CM} gelang, von allen elf Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen Fragebogendaten zu erlangen, sank die Zahl der zu den weiteren Messzeitpunkten zurückerhaltenen Fragebogenpakete auf neun (t_{1CM}) bzw. sieben (t_{2CM}). Die Gründe hierfür waren vor allem in der Fluktuation der Mitarbeitenden auf Seiten der Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen zu finden. Einzelne Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen waren nach dem Ausscheiden aus dem Projekt nicht mehr zu erreichen oder nicht mehr bereit, weitere Fragebogenpakete auszufüllen.

Der durch den hohen Drop-out stark ausgedünnte Datensatz kann daher nur einen eingeschränkten Einblick in die arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebenswelt der beteiligten Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen liefern. Inferenzstatistische Aussagen sind bei einer derart kleinen Fallzahl nur als deskriptiv/explorativ zu betrachten.

Tabelle 18: Fragebogenwerte aus der Befragung der Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen

SOC

	<i>SOC t0 (n = 11)</i>	<i>SOC t1 (n = 9)</i>	<i>SOC t2 (n = 7)</i>
M	148.55	149.33	149.20
SD	9.27	14.14	11.90

AVEM

	<i>t0 M(SD), n = 11</i>	<i>t1 M(SD), n = 9</i>	<i>t2 M(SD), n = 7</i>
<i>Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</i>	13.45 (4.44)	15.11 (5.11)	15.57 (6.55)
<i>Beruflicher Ehrgeiz</i>	21.73 (4.96)	22.67 (6.63)	22.14 (7.99)
<i>Verausgabungsbereitschaft</i>	16 (3.61)	15.67 (3.32)	16 (3.61)
<i>Perfektionsstreben</i>	22.27 (3.9)	23 (3.5)	18.71 (5.41)
<i>Distanzierungsfähigkeit</i>	21.45 (4.23)	21.67 (4.53)	20.14 (5.01)
<i>Resignationstendenz</i>	14.36 (3.98)	14.89 (4.81)	15.43 (5.8)

<i>Offensive Problembewältigung</i>	22.45 (3.21)	22.89 (3.72)	21 (6.5)
<i>Innere Ruhe / Ausgeglichenheit</i>	19.73 (4.15)	20 (4.33)	19.43 (3.69)
<i>Erfolgserleben im Beruf</i>	23 (3.23)	24 (3.61)	21.57 (8.87)
<i>Lebenszufriedenheit</i>	23.27 (3)	22.78 (4.32)	21.14 (6.82)
<i>Erleben sozialer Unterstützung</i>	23.55 (4.7)	25.78 (4.15)	21.86 (9.56)

SVF120 Teil 1

	<i>t0 M(SD), n = 11</i>	<i>t1 M(SD), n = 9</i>	<i>t2 M(SD), n = 7</i>
<i>Bagatellisierung</i>	10.82 (2.99)	10.22 (4.3)	11.83 (3.43)
<i>Herunterspielen</i>	8.73 (4.38)	9.33 (3)	10 (3.35)
<i>Schuldabwehr</i>	10.18 (2.82)	9.56 (3.21)	11.17 (2.64)
<i>Ablenkung</i>	11.91 (3.18)	10.67 (4.06)	11.67 (3.33)
<i>Ersatzbefriedigung</i>	7 (2.68)	7.22 (3.03)	8.33 (2.66)
<i>Selbstbestätigung</i>	10.73 (4.36)	12.22 (5.43)	11.17 (4.17)
<i>Entspannung</i>	10.55 (6.11)	6.44 (5.08)	7.5 (4.59)
<i>Situationskontrolle</i>	15.82 (4.26)	17.33 (3.81)	17 (3.85)
<i>Reaktionskontrolle</i>	14.45 (3.11)	14.11 (3.3)	14.17 (2.48)
<i>Positive Selbstinstruktion</i>	14.7 (4.64)	15.11 (5.65)	15 (5.55)
<i>Soziales Unterstützungsbedürfnis</i>	13.82 (5.46)	16.33 (4.67)	18.17 (4.02)
<i>Vermeidung</i>	10.55 (4.28)	11 (5.32)	10 (3.52)
<i>Flucht</i>	6.82 (4.47)	7.67 (5)	6.17 (4.26)
<i>Soziale Abkapselung</i>	6.09 (4.37)	8.56 (5.66)	6.17 (3.37)

SVF120 Teil 2

	<i>t0 M(SD), n = 11</i>	<i>t1 M(SD), n = 9</i>	<i>t2 M(SD), n = 7</i>
<i>Gedankliche Weiterbeschäftigung</i>	13.55 (6.41)	15.33 (8.46)	15 (4.69)
<i>Resignation</i>	5.82 (3.74)	6.78 (3.87)	7 (2.45)
<i>Selbstbemitleidung</i>	7.45 (4.08)	8.89 (4.4)	9 (4)
<i>Selbstbeschuldigung</i>	11.18 (4.64)	11.78 (4.18)	10.83 (3.19)
<i>Aggression</i>	5.82 (2.52)	7.44 (4.04)	4.33 (3.01)
<i>Pharmakaeinnahme</i>	0.82 (1.25)	1.11 (1.69)	1.17 (2.04)
<i>Positivstrategien</i>	11.42 (2.43)	11.22 (2.38)	11.78 (2.44)
<i>Positivstrategien 1</i>	9.91 (2.56)	9.7 (3.02)	11 (2.6)
<i>Positivstrategien 2</i>	13.39 (3.78)	12.19 (3.53)	12.89 (3.89)
<i>Positivstrategien 3</i>	14.77 (3.08)	15.52 (3.88)	15.39 (3.7)
<i>Negativstrategien</i>	8.48 (3.67)	9.83 (4.66)	9.03 (2.42)

Im Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern zeigte sich in der Skala zu subjektiv empfundener Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit eine signifikante Zunahme zwischen t_{0CM} und t_{1CM} ($p < 0,05$). Gleichzeitig zeigte sich im Stressverarbeitungsfragebogen eine signifikante Abnahme von Strategien zur Entspannung und eine signifikante Zunahme von Negativstrategien von t_{0CM} zu t_{1CM} ($p's < 0,05$), Hinsichtlich des Kohärenzgefühls gab es keinerlei signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten.

3.1.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Mit der qualitativen Analyse sollen die Fragen nach der Zufriedenheit mit dem DemStepCare-Angebot und der Zufriedenheit mit der individuellen Lebens- und Versorgungssituation der Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen beantwortet werden. Die Interviews dauerten ca. 30-45 Minuten. Die Auswertung der Interviews wurde anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) durchgeführt. Insgesamt waren über die Projektlaufzeit hinweg elf Personen als Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen angestellt. Um Informationen über die Akzeptanz, Zufriedenheit und Nutzenbewertung dieser in Bezug auf das DemStepCare-Projekt zu erlangen, wurde mittels eines Interviews ausführlich befragt. Die qualitative Evaluation baute auf einem leitfragengestützten Interview auf. Mit der qualitativen Analyse sollen die Dimensionen des DemStepCare-Angebotes und die Zufriedenheit mit dem Behandlungssetting aus Sicht der Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen beantwortet werden. Zur Erhebung der Daten wurde die Methode der Einzelinterviews gewählt, um damit individuelle Erfahrungen zu ermitteln. Die Interviews wurden ab dem 20. Monat der Projektlaufzeit durchgeführt.

Leitfragen für die Interviews waren:

- Wie erleben Sie die aktuelle Versorgungssituation Ihrer Patient:innen und der Familien?
- Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen?
- Führt das Projekt im Alltag zu einer Entlastung oder höheren Belastung? Woran machen Sie das fest?
- Gab es Situationen oder Abläufe in DemStepCare, die Sie als schwierig und verbesserungswürdig erlebt haben?
- Gibt es Aspekte / Dienstleistungen, die Ihnen die Arbeit im Projekt noch erleichtern würden?
- Wie hat sich Ihre Situation mit DemStepCare verändert, im Vergleich zu der Situation vor der Teilnahme?
- Möchten Sie noch etwas sagen, was bisher noch nicht thematisiert wurde?

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen wurden für die Auswertung vollständig transkribiert, wobei Pausen, Stimmlagen und sonstige parasprachliche Elemente nicht erfasst wurden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Transkripte anonymisiert, so dass diese keine Informationen enthalten, die persönliche Rückschlüsse auf die Teilnehmenden für Dritte ermöglichen. 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 Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen in Oberkategorien zusammengefasst.

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

Insgesamt wurden elf Personen (zehn weiblich, eine männlich) angeschrieben und gebeten an der Evaluation teilzunehmen. Das durchschnittliche Alter betrug 40,5 Jahre (SD 13,22; Spannweite 25-56 Jahre). Da leider nicht alle der Befragten über die gesamte Projektlaufzeit im Projekt angestellt blieben, haben 8 Personen an dem Interview teilgenommen. Gründe für das Ausscheiden wurden nicht explizit erfragt, liegen aber vermutlich unter anderem in pandemiebedingten Auswirkungen auf das Gesamtprojekt, wodurch die Anzahl der geplanten Patient:innen stark verringert wurde und die ursprünglich angedachte Arbeitsstruktur sich maßgeblich veränderte.

Arbeitsalltag der Befragten

Im Hinblick auf den Arbeitsalltag der Befragten wurde deutlich, dass es große Unterschiede bei der Anzahl betreuter Familien gegeben hat (Spannweite von 7 bis 63 Patient:innen). Hinsichtlich der Aufgabengebiete wurden eine ganze Reihe unterschiedlicher Tätigkeiten benannt:

- Begleitung zu Fachärzt:innen, Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen
- Unterstützung bei Antragsunterlagen, Begleitung der formalen Prozesse
- Initiierung medikamentöser Behandlung

- Aufbau des Hilfsnetzwerks, Einschätzung weiterer Hilfebedarfe
- Aufklärung über Erkrankung, Beratung bezüglich konkreter Aspekte wie z. B. Ernährung und Kommunikation
- Positive Aspekte des Projektes im Allgemeinen

Die Grundidee des Projektes wurde als positiv wahrgenommen, da es zu mehr Hilfen und Entlastungen für Patient:innen und ihre Angehörige führe und ein patient:innenorientiertes Arbeiten fördere.

Veränderungen im Arbeitsalltag durch DemStepCare

Zum Arbeitskontext der Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen äußerten diese, dass die Zusammenarbeit untereinander gut gewesen sei und der neue Tätigkeitsbereich als Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen gut mit den familiären Bedürfnissen der Mitarbeitenden zu vereinbaren gewesen wäre. Die Arbeit im Projekt sei, im Vergleich zu anderen Arbeitskontexten, mit erhöhter Autonomie und erhöhtem Kompetenzerleben verbunden gewesen.

Kritik am Projekt im Allgemeinen

Die Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen gaben vielfach in den Interviews an, dass die mittels DSV von den Case Manager:innen durchgeführte Risikostratifizierung der Versorgungssituation der Patient:innen im Arbeitsalltag häufig problematisch gewesen sei, da dies in der Folge zu Beziehungsabbrüchen geführt habe (wenn bei Verschlechterung der Versorgungslage eine Übernahme durch Pflegeexpert:innen der Krisenambulanz erfolgte). Auch die Hausärzt:innen hätten zumeist nur die Case Manager:innen, nicht aber die Pflegeexpert:innen gekannt. All dies sei problematisch für die Behandlungskontinuität gewesen und widerspreche dem Case-Management-Prinzip (Hands-On-Care). Als weiterer Punkt wurde der aus Sicht der Befragten zu komplizierte und umfangreiche Einschreibungsprozess für die Patient:innen kritisiert. Hierdurch seien die Betroffenen teilweise unnötig belastet worden und es seien teils für die Mitarbeitenden irrelevante Informationen erhoben worden.

Versorgungssituation der Patient:innen

Die Versorgungssituation der betreuten Patient:innen wurde äußerst divergent wahrgenommen. Während manche Familien „sehr gut aufgestellt“ seien, seien andere unzureichend informiert und/oder mit der (teilweise sehr komplexen) Gesamtsituation überfordert gewesen. Es wurde betont, dass die Angehörigen einen zentralen Faktor für die häusliche Versorgung der Patient:innen darstellen. An dieser Stelle wurde außerdem der von den Befragten wahrgenommene große Einfluss der Corona-Pandemie deutlich. Diese habe zum Wegfall vieler externer Hilfen und von Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen geführt und dadurch die Gesamtbelastung vielfach nochmals erhöht.

Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen – Qualität der Zusammenarbeit

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen wurde eine große Streuung der Kooperationsqualität berichtet, welche sehr abhängig vom individuellen Engagement der jeweiligen Hausärzt:innen gewesen sei. Die Befragten schilderten vielfach, dass die Hausärzt:innen (nochmals verstärkt durch die Corona-Pandemie) mit der Grundversorgung ihres Patient:innenstamms oft überlastet schienen. Auch wenn es hier einzelne gute Beispiele gebe, sei gerade an dieser Stelle häufig Frust im Arbeitsalltag entstanden. Als konkrete Herausforderungen wurden einerseits Schwierigkeiten in der wechselseitigen Kommunikation genannt. So seien die Hausärzt:innen oft schlecht erreichbar gewesen, wodurch vielfache Nachfragen oder „Hinterherlaufen“ nötig gewesen sei. Von Seiten der Hausärzt:innen sei nur sporadisch auf die

vorhandenen Projektstrukturen zurückgegriffen worden (z. B. im Hinblick auf die Nutzung der im Projekt verwendeten gemeinsamen elektronischen Fallakte), die Kommunikation über Praxismitarbeitende habe einen Dialog (z. B. über Medikationsanpassungen) erschwert und teilweise zu Fehlern in der Informationsweitergabe geführt. Zudem habe es vielfach eine (aus Sicht der Befragten) falsche Erwartungshaltung der Hausärzt:innen gegeben, welche nicht davon ausgegangen seien, dass sie selbst eine aktive Rolle im Projekt einnehmen würden. In der Folge hätten die Befragten versucht, die Hausärzt:innen im Einschreibungsprozess für das Projekt zu unterstützen, indem sie die benötigten Unterlagen stellvertretend ausgefüllt oder die Patient:innen für sie über die Studie aufgeklärt hätten.

Verbesserungsvorschläge

Die Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen gaben in den Interviews einige Verbesserungsvorschläge für die Weiterentwicklung an. So wurde angeregt, mehr Fachärzt:innen in das Projekt einzubinden, da hier die Zusammenarbeit besser funktioniere. Die Fachärzt:innen wurde nochmals bei der Medikamenteneinstellung genannt. Hier schlagen die Case Manager:innen / Pflegeexpert:innen vor, die Fachärzt:innen stärker bei der Medikamentenverordnung mit einzubeziehen. Im Weiteren schlugen die Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen vor, auch bei Wechsel der durch Risiko-Stratifizierung vorgesehenen Versorgungsstufen, die Bezugsperson beizubehalten und keinen Wechsel zwischen Case Manager:innen und Pflegeexpert:innen der Krisenambulanz vorzunehmen. Im Hinblick auf die gemeinsame Fallakte wünschten sich die Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen eine höhere Verbindlichkeit aller Beteiligten. Wenn es zu einem Wechsel in die Krisenambulanz komme, so wünschten sich die Case Manager:innen schon einen frühzeitigen Kontakt. Was die Risiko-Stratifizierung angeht, so sahen die Case Manager:innen Verbesserungsbedarf im Bereich der Items, da Fragen nicht in der Versorgungssituation treffend wären.

3.2 Effektevaluation

3.2.1 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 wurde 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. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Kollektive aufgrund der jeweils unterschiedlichen Datengrundlagen nicht deckungsgleich sind. Beispielsweise standen von den 130 in Analyse a) ausgewerteten Personen nur für 44 GKV-Individualdaten zur Verfügung. Eine vollständige Aufschlüsselung der Schnittmengen findet sich in Tabelle 19.

Tabelle 19: Datengrundlage für die Primäranalyse und die ergänzenden Analysen bzgl. der Reduktion von stationären Behandlungstagen

	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

Die Auswertungen a), b) und c) sind in den folgenden drei Unterkapiteln dargestellt.

3.2.1.1 Vergleich IG vs. KG1 anhand von Fragebogendaten (Primäranalyse)

3.2.1.1.1 Deskription der Kollektive

Alle Personen, die den t1-Fragebogen ausgefüllt haben, waren Kandidaten für die Analysepopulation dieser Auswertung. Insgesamt wurden 134 t1-Fragebögen erfasst. In 4 Fällen wurden keine Angaben zu Krankenhausaufenthalten gemacht, diese wurden ausgeschlossen. In diesem Kollektiv kam es zu keinem Widerruf der Studienteilnahme mit Aufforderung zur Datenlöschung, daher wurden alle übrigen Personen in die Analyse eingeschlossen. Von diesen 130 Personen gehörten 101 der IG an und 29 der KG1.

Follow-up

Da das tatsächliche Follow-up aufgrund der Erhebung anhand postalischer Fragebögen deutlich vom angestrebten 9- bzw. 11-Monatszeitraum abweichen konnte, wurden zur Bestimmung der individuellen Follow-ups der Start der Vernetzung als Einschlussdatum (t0) sowie der Rückerhalt des Fragebogens (t1) herangezogen. In 9 Fällen war t0 und/oder t1 unbekannt. Für diese Personen wurde das mittlere tatsächliche Follow-up der übrigen Personen angenommen, stratifiziert nach der geplanten Follow-up-Länge (9 respektive 11 Monate für Personen, die vor respektive ab dem 01.06.2020 eingeschlossen wurden). Die Verteilungen der bekannten Follow-ups in diese beiden Gruppen sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Tatsächliche Länge des Follow-up zwischen t0 und t1 in Tagen

	Mittelwert	Minimum	Maximum
Geplantes Follow-up			
9 Monate	300,88	281	373
11 Monate	362,70	346	456
Gesamt	329,49	281	456

Demenzsensibilität der Hausärzt:innen

Die 130 auszuwertenden Teilnehmer:innen wurden von 33 Hausärzt:innen in die Studie eingeschlossen. Die Hausärzte wurden, mit einer Ausnahme, entsprechend ihrer Demenzsensibilität zu $t_{0_{H\ddot{A}}}$ in drei Gruppen eingeteilt: 1 = geringe, 2 = mittlere oder 3 = hohe Demenzsensibilität. Die Verteilung ist in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Demenzsensibilität der Hausärzt:innen zu $t_{0_{H\ddot{A}}}$

	N	Anteil (%)
Demenzsensibilität		
Gering (1)	10	30,30
Mittel (2)	15	45,45
Hoch (3)	7	21,21
Unbekannt	1	3,03
Gesamt	33	100,00

Der Mittelwert der Demenzsensibilitäts-Scores der Hausärzt:innen betrug 1,9. Für die Hausärzt:innen mit unbekannter Demenzsensibilität wurde eine mittlere Demenzsensibilität (2) angenommen.

Kovariablenstruktur der IG und KG1

In der regressionsbasierten Analyse wurde für die Variablen Alter, Geschlecht, Demenzsensibilität der Hausärzt:innen sowie die Betroffenheit von einer COVID-19-bedingten Behandlungspause adjustiert. Die entsprechenden Verteilungen sind in Tabelle 22 für die IG und KG1 gegenübergestellt.

Tabelle 22: Kovariablenverteilungen in der IG und KG1

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	29	101	130
Anteil (%)	22,31	77,69	100,00
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
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
COVID-19-Behandlungspause: nein			
N	10	49	59
Anteil (%)	34,48	48,51	45,38
COVID-19-Behandlungspause: ja			
N	19	52	71
Anteil (%)	65,52	51,49	54,62

Hierbei zeigten sich keine auffälligen Gruppenunterschiede zwischen der IG und KG1, und insbesondere eine sehr ähnliche Zusammensetzung bzgl. der Alters- und Geschlechterstruktur.

Die Dauer des individuellen Follow-ups war in der IG im Mittel mit 332 Tagen etwas höher als in der KG1 mit 318 Tagen (Tabelle22).

Tabelle 23: Verteilung der Follow-up-Dauer in IG und KG1

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	29	101	130
Anteil (%)	22,31	77,69	100,00
Follow-up (Tage)			
Mittelwert	318,45	331,94	328,93
Standardabweichung	27,88	35,42	34,25
Minimum	286	281	281
Median	311	345	315,5
Maximum	366	456	456

Deskriptiver Vergleich die stationären Behandlungstage zwischen IG und KG1

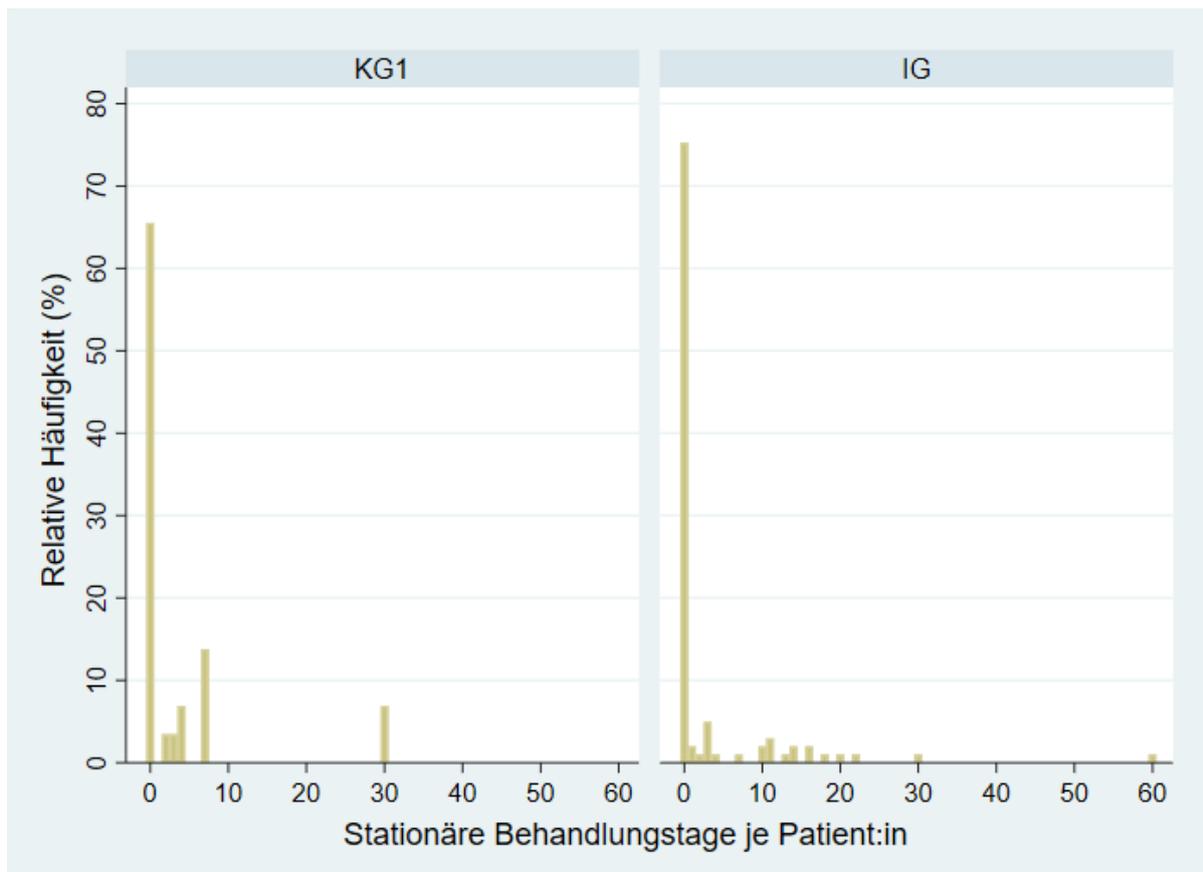
Ein großer Teil des ausgewerteten Kollektivs hatte wie erwartet keine stationären Behandlungstage innerhalb des Follow-ups (Tabelle 24), dementsprechend war die mediane Anzahl Behandlungstage in beiden Gruppen gleich Null. Roh ausgezählt wurden in der IG im Mittel 3,03 und in der KG1 3,48 Belegungstage beobachtet, mit einem Maximum von 60 Tagen. Da bei dieser Auswertung die Kovariablen und insbesondere die individuell verschieden langen Follow-ups unberücksichtigt bleiben, sind diese Kennzahlen allerdings als Supplement für die confirmatorische Primärauswertung zu verstehen.

Tabelle 24: Anzahl der stationären Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	29	101	130
Anteil (%)	22,31	77,69	100,00
Anzahl stat. Behandlungstage			
Mittelwert	3,48	3,03	3,13
Standardabweichung	7,77	8,08	7,99
Minimum	0	0	0
Median	0	0	0
Maximum	30	60	60

Abbildung 4 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl stationärer Behandlungstage; die fragmentierte Verteilung innerhalb der KG1 lässt sich durch die geringe Gruppengröße von 29 Patient:innen erklären.

Abbildung 4: Verteilung der Anzahl stationärer Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1



3.2.1.1.2 Modellbasierte Analyse

Die Primäranalyse zum Vergleich der Anzahl stationärer Behandlungstage zwischen der IG und der KG1 erfolgte mittels Negativ-Binomial-Regression, wobei für die Einflussgrößen Alter, Geschlecht, Demenzsensibilität der Hausärzt:innen, sowie die Betroffenheit von einer COVID-19-bedingten Behandlungspause (Studieneinschluss vor 01.06.2020) adjustiert wurde. Die individuell verschiedene Follow-up-Länge wurde als Exposure im Modell einbezogen und mögliche Abhängigkeiten zwischen Patienten desselben/derselben Hausärzt:in wurden durch cluster-robuste Standardfehler berücksichtigt. Das resultierende Modell ist in Tabelle 25 dargestellt. Das geschätzte Inzidenzratenverhältnis zum Gruppenindikator von 0,77 kann folgendermaßen interpretiert werden: Unter der Intervention ist die Inzidenzrate stationärer Behandlungstage um 23,0% kleiner (zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall: 73,5% kleiner bis 123,4% größer) als unter KG1-Bedingungen. Auf Basis des Konfidenzintervalls kann die Reduktion stationärer Krankenhausaufenthalte im DemStepCare-Programm daher nicht als erwiesen angesehen werden.

Tabelle 25: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Belegtage	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	.770	.419	0.631	.265	2.234
Alter	1.11	.035	0.001	1.043	1.179
Geschlecht					
männlich	1.320	.406	0.367	.722	2.411
COVID-19-Pause					
ja	.921	.423	0.858	.374	2.266
HÄ-Demenssens.					
2	5.486	2.812	0.001	2.009	14.980
3	4.453	1.662	0.000	2.1427	9.253
(Konstante)	5.12e-07	1.29e-06	0.000	3.61e-09	.000

Als ergänzende Sensitivitätsanalyse wurde die Primäranalyse als univariate Regression, d. h. ohne Berücksichtigung der Adjustierungsvariablen, mit einem sonst unveränderten Modell wiederholt (Tabelle 26). Hier fallen das Inzidenzratenverhältnis mit 0,83 etwas größer und das 95%-Konfidenzintervall (0,34 bis 2,03) geringfügig schmaler aus, das Ergebnis stimmt aber grundlegend mit dem der Primäranalyse überein.

Tabelle 26: Sensitivitätsanalyse: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Behandlungstage	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	.833	.379	0.687	.341	2.032
(Konstante)	.011	.004	0.000	.006	.0218

3.2.1.2 Vergleich IG vs. KG1 anhand von GKV-Individualdaten

3.2.1.2.1 Deskription der Kollektive

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. Diese Daten wurden um das Pseudonym sowie den Demenzsensibilitäts-Score der jeweiligen Hausärzt:innen ergänzt. Im Fall eines unbekanntem Demenzsensibilitäts-Scores wurde analog zur Auswertung der Fragebögen der Score 2 angenommen (vgl. Abschnitt zur Primärauswertung). Davon war 1 Hausarzt betroffen.

Unter den 79 Personen kam es zu keinem Widerruf der Teilnahme mit Aufforderung zur Datenlöschung. 9 Teilnehmende verstarben nach ihrem Follow-up-Zeitraum. 6 verstarben währenddessen; diese gingen unter Berücksichtigung des entsprechend verkürzten Follow-ups in die Analyse ein. Folglich konnten in diese ergänzende Auswertung 79 Personen eingeschlossen werden. 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.

Kovariablenstruktur der IG und KG1 (GKV-Individualdaten)

In der regressionsbasierten Analyse wurde für die Variablen Alter, Geschlecht, Demenzsensibilität der Hausärzt:innen sowie die Betroffenheit von einer COVID-19-bedingten Behandlungspause adjustiert. Die entsprechenden Verteilungen sind in Tabelle 27 für die IG und KG1 gegenübergestellt. Während die Altersstruktur vergleichbar war, fiel der Frauenanteil sowie der Anteil derjenigen ohne COVID-19-bedingte Behandlungspause in der IG etwas geringer aus als in der KG1, was in Anbetracht der geringen Gruppengrößen allerdings nicht als auffällig bezeichnet werden kann.

Tabelle 27: Kovariablenverteilungen (Alter, Geschlecht, Demenzsensibilität der Hausärzt:innen, Betroffenheit von einer COVID-19-bedingten Behandlungspause) in der IG und KG1 in der regressionsbasierten Analyse bzgl. der Reduktion von stationären Behandlungstagen (GKV-Individualdaten)

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	12	67	79
Anteil (%)	15,19	84,81	100,00
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
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
COVID-19-Behandlungspause: nein			
N	8	33	41
Anteil (%)	66,67	49,25	51,90
COVID-19-Behandlungspause: ja			
N	4	34	38
Anteil (%)	33,33	50,75	48,10

Die Dauer der Follow-ups war, bedingt durch die lückenlose GKV-Individualdatenbasis, über die Gruppen hinweg weitestgehend einheitlich (Tabelle 28). Individuell verschieden lange Follow-ups kamen einerseits durch die unterschiedlichen Einschlusszeitpunkte zustande (neun respektive elf Monate für Personen, die vor respektive ab dem 01.06.2020 eingeschlossen wurden) und andererseits durch Versterben vor Follow-up-Ende.

Tabelle 28: Verteilung der Follow-up-Dauer zwischen t0 und t1 in Tagen in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	12	67	79
Anteil (%)	15,19	84,81	100,00
Follow-up (Tage)			
Mittelwert	300,67	297,90	298,32
Standardabweichung	30,53	58,06	54,63
Minimum	280	23	23
Maximum	342	342	342

Deskriptiver Vergleich der stationären Behandlungstage zwischen IG und KG1 (GKV-Individualdaten)

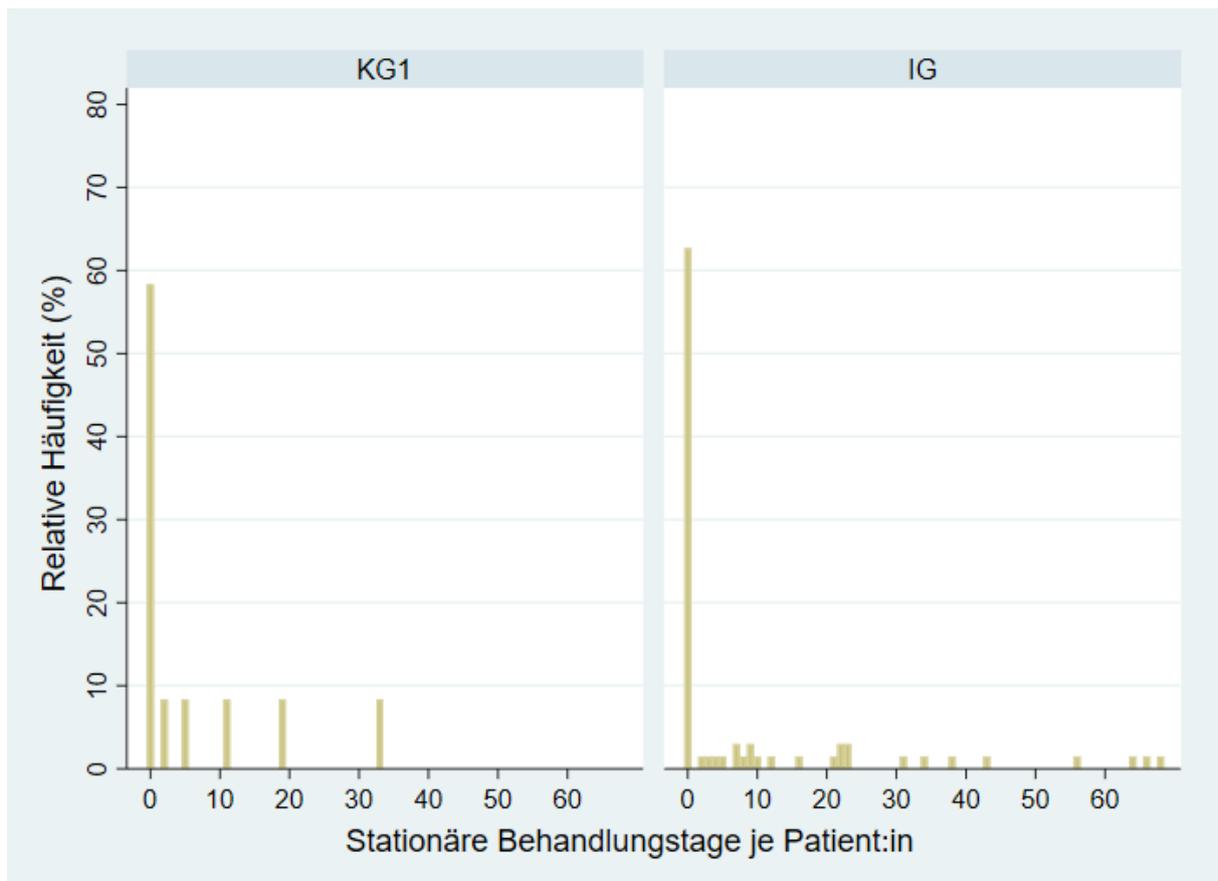
Wie bei der Primäranalyse hatte ein großer Teil des ausgewerteten Kollektivs erwartungsgemäß keine stationären Behandlungstage innerhalb des Follow-ups (Tabelle 29), dementsprechend war die mediane Anzahl Behandlungstage auch hier in beiden Gruppen gleich Null. Roh ausgezählt wurden in der IG im Mittel 9,00 und in der KG1 5,83 Behandlungstage beobachtet, mit einem Maximum von 68 Tagen. Bei Betrachtung der Mittelwerte sind allerdings die großen Standardabweichungen von 17,21 respektive 10,41 Behandlungstagen zu berücksichtigen. Da außerdem bei dieser Auswertung die Kovariablen und insbesondere die individuell verschiedenen langen Follow-ups unberücksichtigt bleiben, sind diese Kennzahlen als Supplement für die nachfolgende, modellbasierte Auswertung zu verstehen.

Tabelle 29: Anzahl der stationären Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	12	67	79
Anteil (%)	15,19	84,81	100,00
Anzahl stat. Behandlungstage			
Mittelwert	5,83	9,00	8,52
Standardabweichung	10,41	17,21	16,34
Minimum	0	0	0
Median	0	0	0
Maximum	33	68	68

Abbildung 5 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl stationärer Behandlungstage, wobei zu beachten ist, dass die KG1 aus lediglich 12 Personen bestand.

Abbildung 5: Verteilung der Anzahl stationärer Behandlungstage zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)



3.2.1.2.2 Modellbasierte Analyse

Bei dieser nachrangigen und explorativen Analyse erfolgte die Modellspezifikation analog zur Primärauswertung (vgl. Abschnitt 3.2.1.1.2), wobei hier anstelle der t1-Fragebogendaten die GKV-Individualdaten zugrunde gelegt wurden.

Das resultierende Modell ist in Tabelle 30 dargestellt. Das geschätzte Inzidenzratenverhältnis zum Gruppenindikator von 1,257 kann folgendermaßen interpretiert werden: Unter der Intervention ist die Inzidenzrate stationärer Belegtage um 25,7% größer bzw. um den Faktor 1,257 erhöht (zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall: 0,136 bis 11,627), verglichen mit KG1-Bedingungen. In Anbetracht des – aufgrund der geringen Größe insbesondere der KG1 sehr breiten – Konfidenzintervalls kann allerdings nicht von einer Zunahme stationärer Krankenhausaufenthalte durch das DemStepCare-Programm ausgegangen werden.

Tabelle 30: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage anhand von GKV-Individualdaten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Behandlungstage	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	1.257	1.427	0.840	.136	11.626
Alter					
	1.058	.049	0.222	.967	1.157
Geschlecht					
männlich	1.612	.820	0.348	.595	4.369
COVID-19-Pause					
ja	2.162	2.308	0.470	.267	17.524
HA-Demenssens.					
2	.855	.418	0.748	.328	2.228
3	.4421	.556	0.516	.037	5.217
(Konstante)	.000	.001	0.009	3.06e-07	.115

In der analogen univariaten Analyse (Tabelle 31) fällt das geschätzte Inzidenzratenverhältnis mit 1,935 noch stärker zuungunsten der Intervention aus, wobei anhand des 95%-Konfidenzintervalls (0,696 bis 5,379), welches sehr breit ist, auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass ein Effekt zugunsten der Intervention besteht.

Tabelle 31: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage anhand von GKV-Individualdaten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Belegtage	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	1.936	1.009	0.205	.696	5.379
(Konstante)	.018	.009	0.000	.007	.0468

3.2.1.3 Vergleich IG vs. KG2 anhand von GKV-Individualdaten resp. aggregierten GKV-Daten (ergänzende Analyse)

3.2.1.3.1 Deskription der Kollektive

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 in Abschnitt 3.2.1.2 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.

Kovariablenstruktur der IG und KG2

In der regressionsbasierten Analyse wurde für die Variablen Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegradgruppe adjustiert. Die entsprechenden Verteilungen sind in Tabelle 32 gegenübergestellt. Es fällt auf, dass die IG im Vergleich zur KG2 einen höheren Anteil älterer Personen enthielt, sowie einen geringeren Anteil mit einem mittleren Pflegegrad von 1 oder 2.

Tabelle 32: Kovariablenverteilungen (Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegradgruppe) in der IG und KG2 in der regressionsbasierten Analyse bzgl. der Reduktion von stationären Behandlungstagen

	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

Deskriptiver Vergleich der Behandlungstage zwischen IG und KG2

In der IG wurden während des Follow-up durchschnittlich 9,00 (Standardabweichung 17,21) Behandlungstage beobachtet, in der KG2 durchschnittlich 4,03 (Standardabweichung 19,32). Diese Gegenüberstellung ist allerdings rein deskriptiv, da hierbei keine Adjustierung für Kovariablen oder unterschiedliche Follow-up-Zeiten stattfand, und dient als Supplement für die modellbasierte Auswertung.

3.2.1.3.2 Modellbasierte Analyse

Die Analyse der kombinierten Individualdaten (IG) und aggregierten Daten (KG2) erfolgte anhand einer Poisson-Regression mit robusten Standardfehlern (Huber-/White-Schätzer bzw. Sandwich-Schätzer). Das individuelle bzw. gruppenspezifische Follow-up wurde als Exposure berücksichtigt und es wurde adjustiert für die Altersgruppe, das Geschlecht und die Pflegegradgruppe. Das resultierende Modell ist in Tabelle 33 dargestellt. Das geschätzte Inzidenzratenverhältnis zum Gruppenindikator von 2,618 (zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall: 1,650 bis 4,153) kann folgendermaßen interpretiert werden: Unter der Intervention ist die Inzidenzrate stationärer Behandlungstage um 161,8% größer als unter KG2-Bedingungen. Auch das 95%-Konfidenzintervall deutet darauf hin, dass die Inzidenzrate unter der Intervention um mindestens 65,0% höher ausfällt. Dabei ist zu beachten, dass es sich hierbei, wie vorab festgelegt, um eine explorative Sekundäranalyse handelt und keine Adjustierung für Multiples Testen erfolgt ist.

Tabelle 33: Poisson-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Behandlungstage	Behandlungstage	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe						
IG		2.618	.616	0.000	1.650	4.153
Geschlecht						
männlich		1.401	.155	0.002	1.129	1.740
Altersgruppe						
75-85		.648	.088	0.001	.496	.845
>=86		.561	.069	0.000	.440	.714
Pflegegradgruppe						
1-2		1.860	.232	0.000	1.457	2.376
3-5		2.383	.350	0.000	1.787	3.178
(Konstante)		.010	.001	0.000	.007	.013

Das Resultat der analogen univariaten Analyse fällt mit einem geschätzten Inzidenzratenverhältnis von 2,362 (95%-Konfidenzintervall: 1,391 bis 4,010) ähnlich und ebenfalls zuungunsten der Intervention aus (Tabelle 34).

Tabelle 34: Univariate Poisson-Regression der Anzahl stationärer Behandlungstage (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Behandlungstage	Behandlungstage	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe						
IG		2.362	.6387	0.001	1.391	4.011
(Konstante)		.013	.002	0.000	.010	.017

3.2.1.4 Zusammenfassung

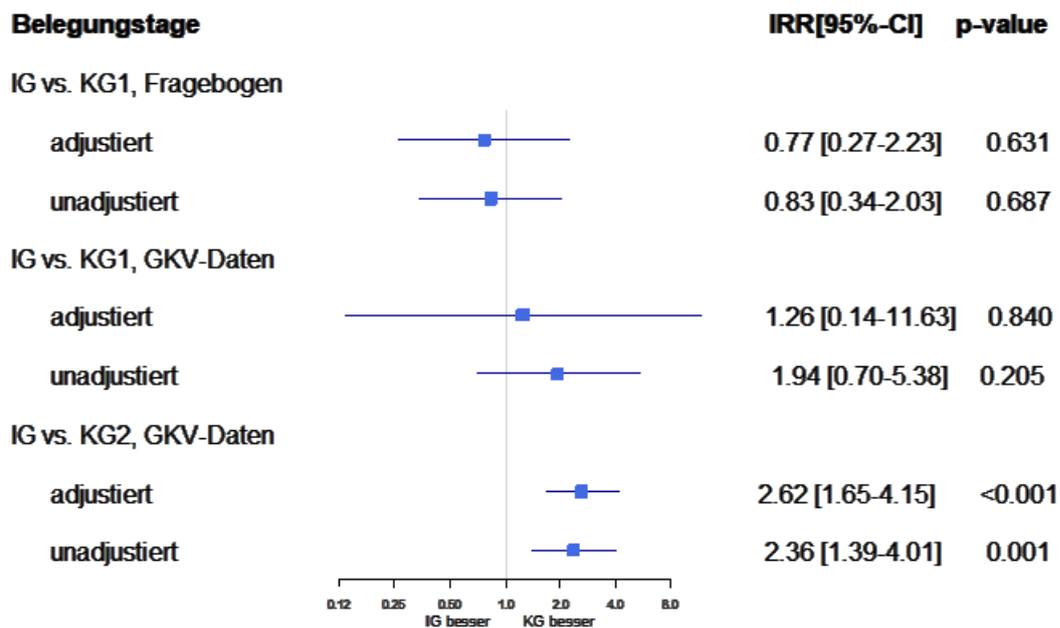
Eine Übersicht der Auswertungen zum primären Endpunkt mit den jeweils gegenübergestellten Kollektiven und Datengrundlagen findet sich in Tabelle 35.

Tabelle 35: 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	Primäranalyse
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 dieser Auswertungen in Form des geschätzten Inzidenzratenverhältnisses mit 95%-Konfidenzintervall sind in Abbildung 6 zusammengefasst. Werte kleiner 1 sprechen dabei für eine Reduktion der stationären Behandlungstage unter der Intervention, Werte größer 1 für eine Zunahme.

Abbildung 6: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum primären Endpunkt (IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)



Auswertbare Fragebogendaten zu t1 lagen uns 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 uns 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.

In der abschließenden Betrachtung 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 35 sowie analoge Auswertungen zum Endpunkt „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“ in Kapitel 3.2.2), er lässt sich aber nicht mit Sicherheit erklären.

3.2.2 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 3.2.2 ausgewerteten Kollektive sind identisch zu denjenigen in Abschnitt 3.2.1, daher entfällt bei den folgenden drei Analysen jeweils die Deskription der Kollektive. 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

Wie in Abschnitt 3.2.1 aufgeschlüsselt, ist dabei wieder zu beachten, dass die Kollektive aufgrund der jeweils unterschiedlichen Datengrundlagen nicht deckungsgleich sind.

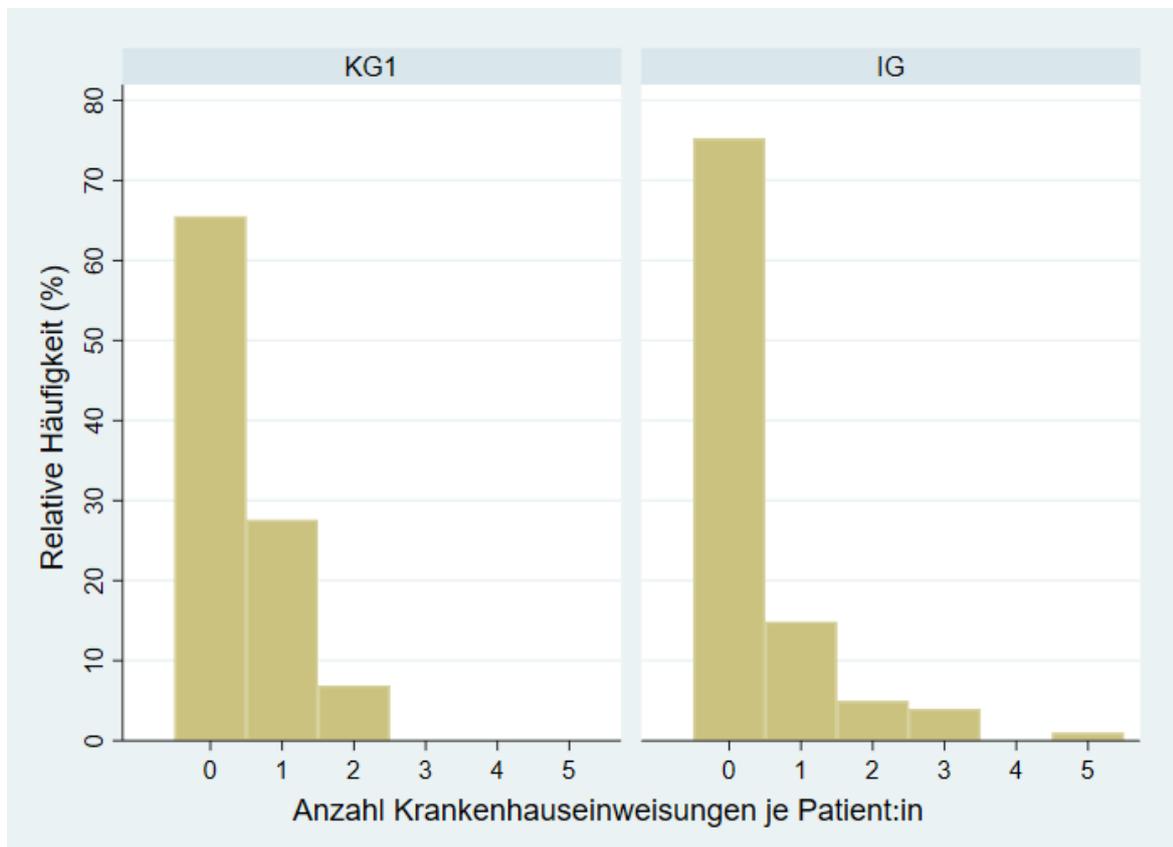
3.2.2.1 Vergleich IG vs. KG1 anhand von Fragebogendaten

Roh ausgezählt wurden in der IG im Mittel 0,42 und in der KG1 0,41 Krankenhauseinweisungen beobachtet, mit einem Maximum von 5 Einweisungen (IG) respektive 2 Einweisungen (KG1). Eine detaillierte Beschreibung findet sich in Tabelle 36 und Abbildung 7. Da bei dieser Auswertung die Kovariablen und insbesondere die individuell verschieden langen Follow-ups unberücksichtigt bleiben, sind diese Kennzahlen als Supplement für die modellbasierte Auswertung zu verstehen.

Tabelle 36: Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	29	101	130
Anteil (%)	22,31	77,69	100,00
Mittelwert	0,41	0,42	0,42
Median	0	0	0
Anzahl Personen mit X Krankenhauseinweisungen			
0	19	76	95
1	8	15	23
2	2	5	7
3	0	4	4
5	0	1	1
Anteil (%) Personen mit X Krankenhauseinweisungen			
0	65,52	75,25	73,08
1	27,59	14,85	17,69
2	6,90	4,95	5,38
3	0,00	3,96	3,08
5	0,00	0,99	0,77

Abbildung 7: Verteilung der Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1



3.2.2.1.1 Modellbasierte Analyse

Für die folgende Analyse wurde ein analoges Negativ-Binomial-Modell wie bei der entsprechenden Auswertung des primären Endpunkts geschätzt. In Tabelle 37 ist das Resultat dargestellt. Das geschätzte Inzidenzratenverhältnis zum Gruppenindikator lässt sich folgendermaßen interpretieren: Unter der Intervention ist die Inzidenzrate von Krankenhauseinweisungen um 7,9% kleiner (zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall: 53,9% kleiner bis 83,6% größer) als unter KG1-Bedingungen. Auf Basis des Konfidenzintervalls kann daher nicht von einer Reduktion der Krankenhauseinweisungen durch das DemStepCare-Programm ausgegangen werden.

Tabelle 37: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausarzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Einweisungen	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	0,921	0,324	0,814	0,462	1,836
Alter	1,029	0,022	0,188	0,986	1,074
Geschlecht					
männlich	1,540	0,469	0,156	0,848	2,797
COVID-19-Pause					
ja	0,713	0,189	0,202	0,4235	1,200
Demenzsensibilität der HÄ					
2	1,364	0,603	0,483	0,574	3,244
3	0,998	0,294	0,993	0,560	1,777
(Konstante)	0,000	0,000	0,000	2,95e-06	0,004

Die univariate Analyse lieferte ein vergleichbares Ergebnis (Tabelle 38).

Tabelle 38: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (Anz. Beobachtungen = 130, Standardfehler adjustiert für 33 Hausarzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Einweisungen	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	.952	.266	0.859	.551	1.644
(Konstante)	.001	.000	0.000	.001	.002

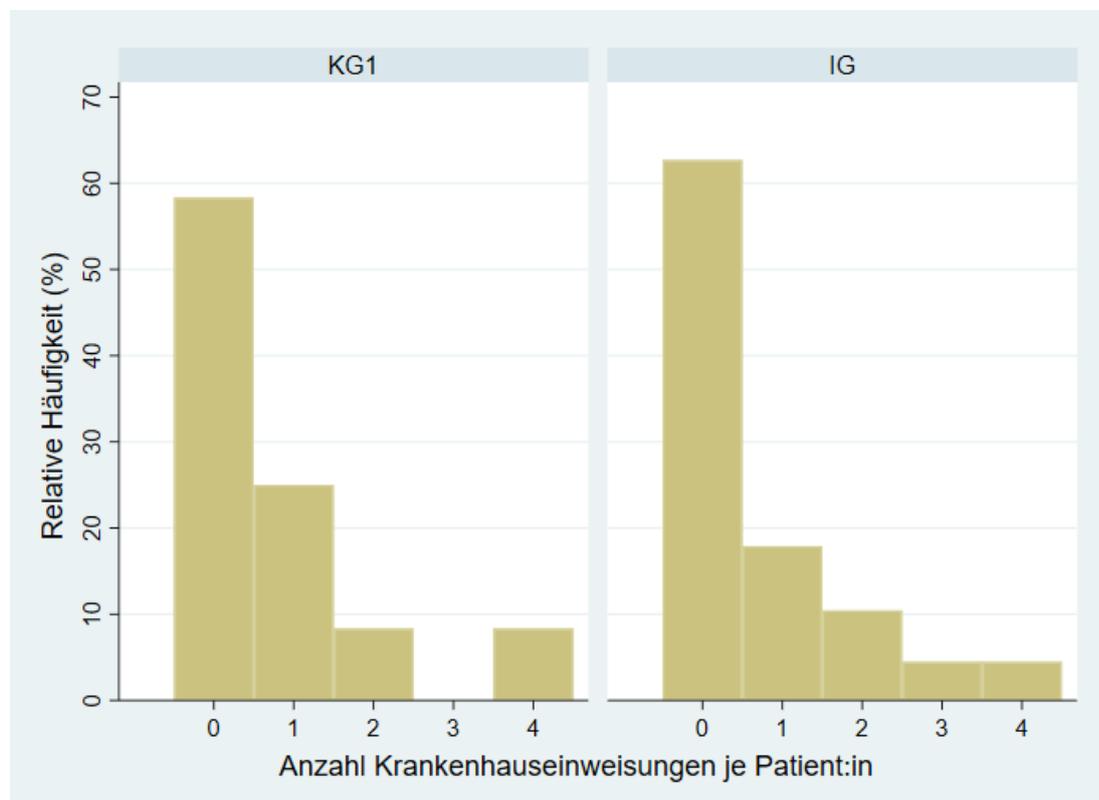
3.2.2.2 Vergleich IG vs. KG1 anhand von GKV-Individualdaten

Anhand der GKV-Individualdaten wurden roh ausgezählt in der IG im Mittel 0,70 und in der KG1 0,75 Krankenhauseinweisungen beobachtet, mit einem Maximum von 4 Einweisungen (sowohl IG als auch KG1). Eine detaillierte Beschreibung findet sich in Tabelle 39 und Abbildung 8. Da bei dieser Auswertung die Kovariablen und insbesondere die individuell verschiedenen langen Follow-ups unberücksichtigt bleiben, sind diese Kennzahlen als Supplement für die modellbasierte Auswertung zu verstehen.

Tabelle 39: Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)

	Gruppe		
	KG1	IG	Gesamt
N	12	67	79
Anteil (%)	15,19	84,81	100,00
Mittelwert	0,75	0,70	0,71
Median	0	0	0
Anzahl Personen mit X Krankenhauseinweisungen			
0	7	42	49
1	3	12	15
2	1	7	8
3	0	3	3
4	1	3	4
Anteil (%) Personen mit X Krankenhauseinweisungen			
0	58,33	62,69	62,03
1	25,00	17,91	18,99
2	8,33	10,45	10,13
3	0,00	4,48	3,80
4	8,33	4,48	5,06

Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen t0 und t1 in IG und KG1 (GKV-Individualdaten)



3.2.2.2.1 Modellbasierte Analyse

Für die folgende Analyse wurde ein analoges Negativ-Binomial-Modell wie bei der entsprechenden Auswertung des primären Endpunkts geschätzt. In Tabelle 40 ist das Resultat dargestellt. Das geschätzte Inzidenzratenverhältnis zum Gruppenindikator lässt sich folgendermaßen interpretieren: Unter der Intervention ist die Inzidenzrate von Krankenhauseinweisungen um 19,4% kleiner (zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall: 73,2% kleiner bis 142,2% größer) als unter KG1-Bedingungen. Auf Basis des Konfidenzintervalls kann daher nicht von einer Reduktion der Krankenhauseinweisungen im DemStepCare-Programm ausgegangen werden.

Tabelle 40: Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen anhand von GKV-Individualdaten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Einweisungen	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	.806	.452	0.701	.268	2.422
Alter					
	1.045	.031	0.137	.986	1.106
Geschlecht					
männlich	1.647	.570	0.149	.836	3.244
COVID-19-Pause					
ja	1.505	.877	0.483	.480	4.718
HÄ-Demenzsens.					
2	.878	.292	0.696	.456	1.684
3	.757	.403	0.601	.267	2.1471
(Konstante)	.000	.000	0.000	6.40e-07	.005

Die univariate Analyse (Tabelle 41) ergab ein geschätztes Inzidenzratenverhältnis von 1,011 und damit keinen Hinweis auf eine unter der Intervention merklich veränderte Inzidenzrate der Krankenhauseinweisungen.

Tabelle 41: Univariate Negativ-Binomial-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen anhand von GKV-Daten (Anz. Beobachtungen = 79, Standardfehler adjustiert für 28 Hausärzt:in-Cluster; IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Einweisungen	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	1.011	.499	0.982	.384	2.662
(Konstante)	.002	.001	0.000	.001	.006

3.2.2.3 Vergleich IG vs. KG2 anhand von GKV-Individualdaten resp. aggregierte GKV-Daten

Roh ausgezählt hatten die Personen der IG anhand der GKV-Individualdaten durchschnittlich 0,70 (Standardabweichung 1,11) Krankenhauseinweisungen während ihres Follow-up und Personen der KG2 anhand der aggregierten GKV-Daten durchschnittlich 0,65 (Standardabweichung 1,35) Krankenhauseinweisungen.

3.2.2.3.1 Modellbasierte Analyse

Für die folgende Analyse wurde ein analoges Poisson-Modell wie bei der entsprechenden Auswertung des primären Endpunkts geschätzt. In Tabelle 42 ist das Resultat dargestellt. Das geschätzte Inzidenzratenverhältnis zum Gruppenindikator lässt sich folgendermaßen interpretieren: Unter der Intervention ist die Inzidenzrate von Krankenhauseinweisungen um 15,0% größer (zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall: 20,2% kleiner bis 65,6% größer) als unter KG2-Bedingungen. Auf Basis des Konfidenzintervalls kann nicht von einer Zunahme der Krankenhauseinweisungen im DemStepCare-Programm ausgegangen werden.

Tabelle 42: Poisson-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Einweisungen	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	1.150	.214	0.454	.798	1.656
Geschlecht					
männlich	1.467	.088	0.000	1.304	1.650
Altersgruppe					
75-85	1.177	.107	0.074	.984	1.408
>=86	1.135	.125	0.249	.915	1.408
Pflegegradgruppe					
1-2	1.610	.126	0.000	1.381	1.876
3-5	2.008	.145	0.000	1.744	2.313
(Konstante)	.001	.000	0.000	.001	.001

Die univariate Analyse lieferte ein vergleichbares Ergebnis (Tabelle 43).

Tabelle 43: Univariate Poisson-Regression der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (IRR = Inzidenzratenverhältnis, SE = Standardfehler, p = p-Wert)

Anzahl Einweisungen	IRR	Robuster SE	p	[95%-Konfidenzintervall]	
Gruppe					
IG	1.165	.256	0.487	.757	1.792
(Konstante)	.002	.000	0.000	.002	.003

3.2.2.4 Zusammenfassung

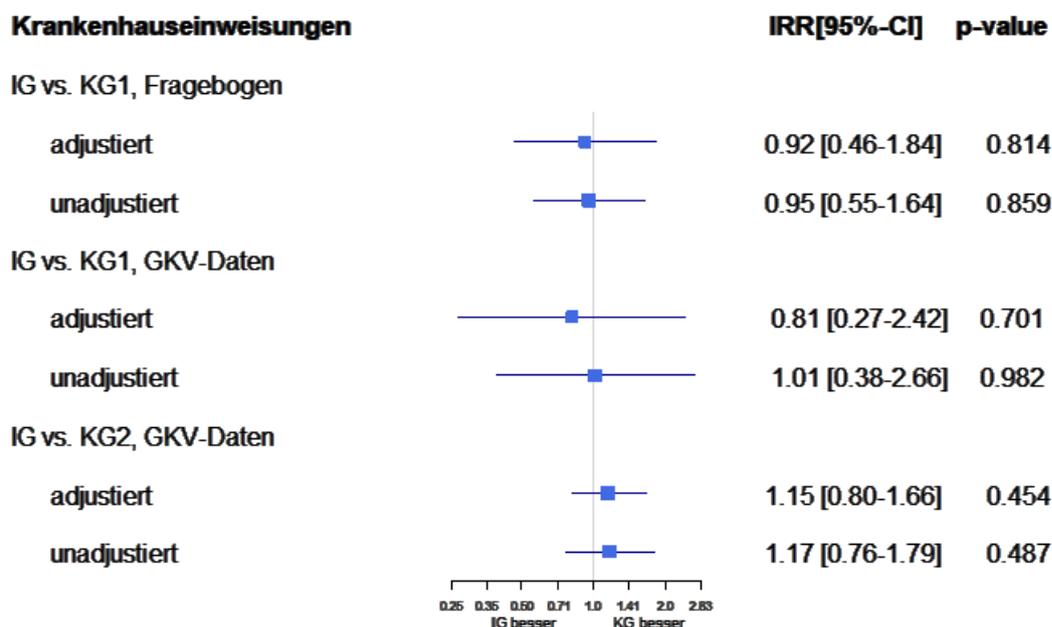
Eine Übersicht der Auswertungen zum Endpunkt der „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“ mit den jeweils gegenübergestellten Kollektiven und Datengrundlagen findet sich in Tabelle 44.

Tabelle 44: 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 $\emptyset=0.65$

Die Resultate dieser Auswertungen in Form des geschätzten Inzidenzratenverhältnisses mit 95%-Konfidenzintervall sind in Abbildung 9 zusammengefasst. Werte kleiner 1 sprechen dabei für eine Reduktion der stationären Behandlungstage unter der Intervention, Werte größer 1 für eine Zunahme.

Abbildung 9: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum Endpunkt der „Reduktion der Krankenhauseinweisungen“ (IRR = Inzidenzratenverhältnis, CI = Konfidenzintervall)



Verglichen mit den Resultaten zum primären Endpunkt (vgl. Abschnitt 3.2.1.4) 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.

3.2.3 Lebensqualität der Patient:innen

Ein als sekundärer Endpunkt gestecktes Ziel von DemStepCare war eine Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen durch die neue Versorgungsform. Zur Beantwortung, ob dies erreicht werden konnte, wurde die Lebensqualität der Patient:innen – wie auch alle folgenden psychosozialen Endpunkte – zu zwei Messzeitpunkten (t0 und t1) erhoben und im Hinblick auf einen Interventionseffekt evaluiert. Hierfür standen uns n = 173 Patient:innen (IG = 139, KG1 = 34) zum Zeitpunkt t0 und n = 117 Patient:innen (IG = 89, KG1 = 28) zum Zeitpunkt t1 zur Verfügung (zu den Gründen des Fragebogen-Drop-Outs s. Kap. 2.2.2).

Die mittlere Lebensqualität der Patient:innen lag zu t0 bei 30,34 (SD = 6,24) und zu t1 bei 30,06 (SD = 5,97) – bei einer möglichen Range der QOL-AD-Skala von 13 bis 52 (bestmöglicher Wert = 52). Bei einem Median von 30 war bei der Baseline-Messung (t0) eine weitestgehend symmetrische Verteilung gegeben (Schiefe = 0,26). Mit einem Medianwert von 29 war zum Zeitpunkt t1 eine ähnliche Verteilung der Beobachtungen zu erkennen. Die Werte waren lediglich leicht rechtsschief (Schiefe = 0,49) und flacher verteilt (Kurtosis = 2,45). In univariater Betrachtung der Lebensqualität zeigte sich folglich, dass sich die Lebensqualität nach der Intervention

lediglich geringfügig geändert hat: Sie nahm in beiden Gruppen minimal ab. Es ist zu schlussfolgern, dass DemStepCare im zeitlichen Verlauf nahezu keinen Einfluss auf die Lebensqualität der Patient:innen nahm.

Bivariat zeigten sich – hinsichtlich der Schlussfolgerung – recht ähnliche Ergebnisse: Der t-Test ($p = 0,260$) zum Zeitpunkt t_0 bestätigte, dass keinerlei statistisch signifikante Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Gruppen IG und KG1 vorlagen. Die KG1 wies mit einem MW = 31,44 (SD = 5,92) nur eine minimal höhere Lebensqualität als die IG auf (MW = 30,08; SD = 6,30).

Zu t_1 zeigten sich gleichermaßen keine statistisch signifikanten Unterschiede: Ein Mittelwertvergleich über den t-Test ($p = 0,640$) ergab eine im Vergleich zur KG1 (MW = 30,52; SD = 6,57) lediglich 0,61 QOL-AD-Punkte geringere Lebensqualität in der IG (MW = 29,91; SD = 5,80). Die Lebensqualität der Patient:innen nahm während der Intervention damit in beiden Gruppen leicht ab (IG = -0,17 Punkte, KG1 = -0,92 Punkte). Angesichts des von 13 bis 52 skalierten Wertebereichs des QOL-AD ist diese Abnahme auch von der Effektgröße her wenig bedeutsam. Anzeichen für einen Interventionseffekt auf diesen sekundären Endpunkt waren mit den Voranalysen damit nicht erkennbar.

Dieser Befund konnte in den für die Beantwortung der Hypothese zentralen Regressionsanalysen untermauert werden. Im Modell (siehe Tabelle 45) mit der Gruppenzugehörigkeit als zentralen Prädiktor sowie dem Alter und Geschlecht der Patient:innen als Kontrollvariablen war bereits allenfalls ein sehr geringer und eindeutig nicht signifikanter Effekt der Gruppenzugehörigkeit auf die Lebensqualität zu t_1 zu beobachten. Unter Kontrolle der beiden soziodemographischen Merkmale nahm die Signifikanz – verglichen mit jenem der bivariaten Analyse ($p = 0,640$) – gar noch etwas ab ($p = 0,697$). Interessanter Weise schien das Alter der Patient:innen (MW = 81,09, SD = 7,98) die Lebensqualität zu t_1 gut zu erklären.

Tabelle 45: Lebensqualität der Patient:innen: Regressionsanalyse (ohne Adjustierung)

<i>Lebensqualität_t1</i>	<i>Koef.</i>	<i>Robust Std. Fehler</i>	<i>p</i>	<i>[95% Konf. Intervall]</i>	
Gruppe (IG)	-.604	1.535	0.697	-3.753	2.546
Alter-Pat.	-.116	.057	0.053	-.233	.002
Geschlecht-Pat. (weiblich)	-.162	.961	0.868	-2.133	1.810
Konstante	40.02	4.763	0.000	30.248	49.792

N = 112 / adj. R² = 0,028 / p = 0,196 / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 27 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Diese Annahme bestätigte sich auch im Hauptmodell (Tabelle 46), in welchem zusätzlich die Lebensqualität zur Baseline-Messung des longitudinalen Effekts adjustiert wurde: Trotz einer starken und hochsignifikanten Assoziation der Lebensqualität t_0 mit jener zu t_1 ($p < 0,001$) – wodurch gestützt wird, dass die Lebensqualität zu t_1 nah an deren Ausprägung zu t_0 lag – blieb das Alter nicht nur robust in seiner Erklärungskraft, die Signifikanz nahm sogar zu ($p = 0,001$).

Tabelle 46: Lebensqualität der Patient:innen: Regressionsanalyse mit Adjustierung der Lebensqualität zu t0 (Hauptmodell)

<i>Lebensqualität_t1</i>	<i>Koef.</i>	<i>Robust Std. Fehler</i>	<i>p</i>	<i>[95% Konf. Intervall]</i>	
Gruppe (IG)	-.292	.772	0.708	-1.880	1.296
Alter-Pat.	-.119	.033	0.001	-.187	-.052
Geschlecht-Pat. (weiblich)	.689	.756	0.370	-.865	2.243
<i>Lebensqualität (t0)</i>	.726	.042	0.000	.641	.812
Konstante	17.04	2.571	0.000	11.760	22.325

N = 110 / adj. R² = 0,552 / p < 0,001 / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 27 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

In abschließender Betrachtung kann kein Einfluss der Intervention auf die Lebensqualität der Patient:innen festgehalten werden. Lediglich das Alter der Patient:innen konnte – neben der Lebensqualität der Patient:innen zu t0 – in sehr geringem Ausmaß die Varianz des Outcomes Lebensqualität der Patient:innen 9 respektive 11 Monate nach der Intervention erklären.

3.2.4 Belastung pflegende Angehörige

Neben der Lebensqualität der Patient:innen wurde die Belastung der pflegenden Angehörigen als sekundärer Endpunkt evaluiert. Ob und inwiefern die Belastung durch die Intervention in DemStepCare reduziert wurde, wurde sehr ausführlich über die sechs Sub-Skalen des BIZA-D-PV erhoben und analysiert. Jede Sub-Skala – kognitive Einbußen, aggressives Verhalten, persönliche Einschränkungen, Pflegeaufgaben, soziale Unterstützung und Akzeptanz der Situation – wurde unabhängig von den anderen fünf Sub-Skalen evaluiert. Eine Kombination der sechs Sub-Skalen zu einem aufsummierten Belastungs-Score ist laut Manual nicht vorgesehen. Aufgrund der inhaltlich-theoretischen Heterogenität des BIZA-D-PV ist eine separate Betrachtung der sechs Dimensionen aussagekräftiger. Dieser Blick ermöglicht gleichzeitig eine differenzierte Beantwortung der Frage, ob DemStepCare – zumindest in dem ein oder anderen Bereich – zu einer Reduktion der Belastung führte.

3.2.4.1 Belastung durch kognitive Einbußen der Patient:innen

Über den Fragebogen der Angehörigen dokumentierten n=169 Angehörige (IG = 136, KG1 = 33) zu t0 sowie n = 105 Angehörige (IG = 80, KG1 = 25) zu t1, inwiefern sie Belastung durch kognitive Verhaltensauffälligkeiten der Patient:innen erfahren haben.

Univariat lag die Belastung zur Baseline-Messung im Mittel bei 7,99 (SD = 4,69) sowie neun bzw. elf Monate¹³ nach Beginn der Intervention bei 8,38 (SD = 4,42) – bei einer möglichen Range von 0 (minimale Belastung) bis 16 (maximale Belastung). Auf den ersten Blick und ohne

¹³ Bei Patient:innen, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, 11 Monate (s. Anmerkung in Kap. 2 zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Projekt).

Differenzierung der Gruppenzugehörigkeit waren alle Angehörigen im Projekt zu t1 folglich geringfügig stärker belastet als noch zu t0 (in Bezug auf den von 0 bis 16 skalierten Wertebereich = +2,4%).

Die Belastung durch kognitive Einbußen stieg in der KG1 von durchschnittlich 7,49 (SD = 4,96) auf im arithmetischen Mittel 8,80 (SD = 4,57) (+1,31 Punkte auf der Belastungs-Sub-Skala), während die Belastung in der IG von 8,12 (SD = 4,63) auf 8,25 (SD = 4,38) zunahm (+0,13 Punkte auf der Belastungs-Sub-Skala). Im Vergleich der beiden Gruppen zum jeweiligen Messzeitpunkt konnte mittels t-Test weder zu t0 ($p = 0,489$) noch zu t1 ($p = 0,589$) ein signifikanter Gruppenunterschied beobachtet werden. Die Gruppe war folglich kaum mit der Belastung durch kognitive Einbußen korreliert ($r < 0,10$).

Im voranalytischen Vergleich beider Gruppen über beide Messzeitpunkte war eine zumindest geringfügig stärkere Zunahme der Belastung in der KG1 zu beobachten (im Vergleich zur IG +1,18 Punkte bzw. 7% auf der Sub-Skala). Diese Unterschiedlichkeit war in der Korrelationsanalyse allerdings sehr leicht ($r = -0,129$) und nicht signifikant ($p = -0,191$). Die letztlich über die Hypothese entscheidende Regressionsanalyse bestätigte diesen Befund: Im multivariaten Regressionsmodell (Tabelle 47) konnte keine statistische Signifikanz des Interventionseffekts bzw. des Prädiktors Gruppe ($p = 0,179$) und folglich keine Reduktion der Belastung nachgewiesen werden. Aufgrund unseres cut-off-Wertes von $p < 0,20$ wurde zudem lediglich das Geschlecht des Angehörigen adjustiert – welches schwach und nicht signifikant mit der Belastung assoziiert war ($p = 0,559$).

Tabelle 47: Belastung durch kognitive Einbußen (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen): Regressionsmodell

Kognitive_Einbußen_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Kognitive_Einbußen_t0	.637	.074	0.000	.486	.788
Gruppe (IG)	-1.136	.825	0.179	-2.824	.553
Geschlecht-Ang. (weiblich)	-.458	.775	0.559	-2.042	1.126
Konstante	4.825	1.062	0.000	2.653	6.997

N = 98 / adj. $R^2 = 0,450$ / $p < 0,001$ / 95% Konfidenzintervalle

Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Die Hypothese hinsichtlich eines Interventionseffekts auf den hier untersuchten Aspekt der Belastung konnte nicht bestätigt werden. Aufgrund unserer – ungeplant – geringeren Fallzahlen lohnt sich allerdings zumindest eine Mitberücksichtigung der Effektgröße: Eine um 7% stärkere Zunahme der Belastung in der KG1 ist zwar nicht allzu groß, aber immerhin ein leichter Effekt in der erwarteten Richtung. Allerdings können wir die klinische Signifikanz dieser Veränderung nicht abschließend beurteilen, da für das Instrument, mit dem wir den Endpunkt Belastung messen, bisher kein minimal important difference berechnet wurde, der eine spezifische Einschätzung der klinischen Signifikanz erlauben würde. Schacke und Zank (2009) weisen lediglich darauf hin, dass eine Standardabweichung als bedeutsame, statistisch nicht zufällige Differenz zwischen zwei Messzeitpunkten angesehen werden kann. Sowohl unsere Messzeitpunkte als auch eine Adaption dieses Richtwerts auf den Vergleich zwischen zwei

Gruppen (hier IG vs. KG1) legt daher mit Blick auf die berichteten Standardabweichungen eher eine klinische Irrelevanz der um 7% stärkeren Zunahme der Belastung in der KG1 nahe.

3.2.4.2 Belastung durch aggressive Verhaltensweisen der Patient:innen

Belastung durch disruptive Verhaltensauffälligkeiten wurden einerseits über kognitive Einbußen sowie andererseits über aggressive Verhaltensweisen der Patient:innen erfasst. Dies ermöglichte uns eine differenziertere Evaluation potenziell belastender Verhaltensweisen.

Zur Auswertung von Belastungen durch aggressives Verhalten lagen $n = 169$ Beobachtungen zu t_0 sowie $n = 107$ zu t_1 vor. Die mittlere Belastung zu t_0 betrug 5,27 (SD = 4,75) und zu t_1 5,10 (SD = 4,78). Der Wertebereich dieser Sub-Skala (mit fünf Items) reicht von 0 bis 20 (maximale Belastung = 20). Zum einen konnte eine durchschnittlich leichte Abnahme der Belastung durch aggressives Verhalten beobachtet werden. Zum anderen war die Belastung zu beiden Zeitpunkten – im Gegensatz zur Belastung durch kognitive Einbußen – überproportional und überwiegend niedrig: 25% der Angehörigen hatten zu beiden Messzeitpunkten einen Maximalwert von nur 1; 50% zu t_0 eine maximale Belastung von 4 und zu t_1 von 5 vorzuweisen.

In der bivariaten Betrachtung mit der Gruppenzugehörigkeit zeigten sich recht unterschiedliche Mittelwerte beider Gruppen zum jeweiligen Messzeitpunkt: Die IG war sowohl zu t_0 (MW = 5,59; SD = 3,88) als auch zu t_1 (MW = 5,44; SD = 4,87) durchschnittlich stärker belastet als die KG1 zu t_0 (MW = 3,91; SD = 3,88) und t_1 (MW = 4,00; SD = 4,36). Mittels t-Test wurde diese Unterschiedlichkeit zu t_0 signifikant bestätigt ($p = 0,067$), zu t_1 allerdings verworfen ($p = 0,167$). Ferner kann bereits festgehalten werden, dass die Belastung in der IG von t_0 zu t_1 geringfügig abnahm (- 0,15 Punkte), in der KG1 wiederum geringfügig zunahm (+ 0,09 Punkte). Überdies zeigten diese jeweilig sehr geringen Zu- bzw. Abnahmen beider Gruppen, dass kein signifikanter Unterschied im Verlauf vorlag. Ein Interventionseffekt war hiermit nicht zu erwarten, was die multivariaten, über den Endpunkt entscheidenden Ergebnisse bestätigten:

Auf Grundlage der vorab selektiven Korrelationsanalysen wurden die Variablen Geschlecht, Bildung und Gleicher Haushalt (Kriterium: $p < 0,20$) im Regressionsmodell adjustiert (Tabelle 48). Wie schon bei den kognitiven Einbußen zeigte sich, dass die Gruppe keinerlei signifikanten Interventionseffekt ausübte ($p = 0,204$) oder zur Varianzaufklärung des Outcomes beitrug (nur ein marginaler Anteil am R^2 unter Hinzunahme der Baseline-Belastung – ein Charakter, der sich auch bei allen weiteren psychosozialen Konstrukten zeigen sollte). Die hochsignifikante Schätzung ($p < 0,001$) ergibt sich aus der Adjustierung um die Belastung zur Baseline. Hingegen war ein signifikanter Effekt der Variable Gleicher Haushalt ($p = 0,098$) zu beobachten: Angehörige, die zusammen mit den Patient:innen lebten, hatten eine durchschnittlich um 1,74 Punkte höhere Belastung vorzuweisen. Zudem war die Belastung bei Angehörigen mit einem Realschulabschluss ($p = 0,049$) um etwa 2,59 Punkte höher sowie bei Angehörigen mit (Fach)Hochschulreife ($p = 0,073$) um etwa 1,44 Punkte niedriger (im Vergleich zu Angehörigen mit Volks-/Hauptschulabschluss).

Tabelle 48: Belastung durch aggressives Verhalten (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell

Aggressives_Verhalten_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Aggressives_Verhalten_t0	.571	.103	0.000	.362	.781
Gruppe (IG)	1.033	.794	0.204	-.592	2.657
Geschlecht-Ang. (weiblich)	.599	.801	0.461	-1.039	2.237
Gleicher Haushalt (ja)	1.741	1.018	0.098	-.341	3.822
Schulbildung (Volks-/Hauptschulabschluss)					
Realschulabschluss/Mittlere Reife	2.594	1.262	0.049	.012	5.176
(Fach)Hochschulreife	-1.438	.774	0.073	-3.020	.144
Sonstige	2.680	2.073	0.206	-1.560	6.920
Konstante	-.224	1.504	0.883	-3.299	2.851

N = 97 / adj. R² = 0,489 / p < 0,001 / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

In abschließender Betrachtung ist hinsichtlich einer Belastung der Angehörigen durch aggressive Verhaltensweisen der Patient:innen zu konstatieren, dass zwar Gruppenunterschiede erkennbar, diese aber unabhängig von der Intervention waren. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Belastung zu beiden Messzeitpunkten in der IG durchschnittlich höher ausgeprägt war. Dass diese Belastung zum Zeitpunkt t1 in der IG minimal ab- und in der KG1 minimal zunahm, kann höchstens als Indiz für einen geringen Interventionseffekt interpretiert werden. Aufgrund ebendieser Beobachtung (sehr kleiner Effekt) und dem großen Unsicherheitsbereich (u. a. mit Blick auf die bereiten Konfidenzintervalle) bei zeitgleich kleinen Fallzahlen ist dies aus statistischer Sicht allerdings nicht sicher zu beantworten.

3.2.4.3 Belastung durch persönliche Einschränkungen der Angehörigen

Je mehr die Pflege zu persönlichen Einschränkungen beim pflegenden Angehörigen führt, desto eher ist theoriegeleitet eine Belastung aufgrund ebendieser Pflege zu erwarten. Um diese Hypothese zu untersuchen, wurden n = 169 Angehörige zum Zeitpunkt t0 sowie 107 Angehörige zum Zeitpunkt t1 evaluiert.

Univariat konnten wir eine durchschnittliche Belastung durch persönliche Einschränkungen von 8,31 (SD = 5,85) zu t0 und von 9,15 (SD = 5,64) zu t1 beobachten. Im Vergleich zur Belastung durch Verhaltensstörungen, resp. Belastungen durch aggressives Verhalten (aufgrund der identischen Skalierung beider Sub-Dimensionen von 0 bis 20 (maximale Belastung)) lässt sich hierbei eine erheblich stärkere Belastung durch persönliche Limitationen festhalten. Wie

auch den Medianen (von 9 zu 10) zu entnehmen war, gaben die Angehörigen zu t1 folglich eine tendenziell gestiegene Belastung an. Im Gegensatz zu Belastungen durch aggressives Verhalten wurden aber hinsichtlich der Skala mehrheitlich mittlere bis mittelhohe Werte beobachtet.

Gruppenunterschiede waren erneut kaum vorhanden. Laut t-Test waren IG und KG1 weder zu t0 ($p = 0,126$) noch zu t1 ($p = 0,475$) in ihrer durchschnittlichen Belastung statistisch signifikant voneinander verschieden. Allerdings: Zu t0 waren Angehörige der KG1 ($n = 34$) mit einem Wert von 6,94 ($SD = 5,71$) durchschnittlich um 1,72 Punkte auf der Sub-Skala geringer belastet als Angehörige der IG ($n = 135$) mit einer mittleren Belastung von 8,66 ($SD = 5,86$). Interessant war jedoch die Erkenntnis, dass sich die beiden Gruppen bis zum Zeitpunkt t1 aufeinander zubewegten: Die mittlere Belastung in der KG1 ($n=25$) stieg auf 8,44 ($SD = 5,91$) – ein Plus von 1,5 Punkten –, die der IG ($n = 82$) auf 9,37 ($SD = 5,57$) – lediglich ein Plus von 0,71 Punkten – an – zumindest ein Effekt in die erwartete Richtung. Zum einen war die Unterschiedlichkeit beider Gruppen dadurch zu t1 geringer als noch zur t0-Messung. Zum anderen konnte aber attestiert werden, dass die Belastung in der KG1 (doppelt) stärker zunahm. Dieser Befund lässt erahnen, dass zumindest schwache Interventionseffekte auf Belastungen durch persönliche Einschränkungen vorlagen.

Das adjustierte Modell (Tabelle 49), inkl. des Alters, Geschlechts, Gleichen Haushalts und Erwerbstätigkeit ergab keinerlei Interventionseffekt ($p = 0,661$). Neben der Belastung zu t1 übte in der OLS-Schätzung nur die Variable Gleicher Haushalt einen statistisch signifikanten ($p = 0,057$) Effekt aus: Lebten Angehörige mit Patient:innen in einem Haushalt, lag die durchschnittliche Belastung 1,81 Punkte höher.

Tabelle 49: Belastung durch persönliche Einschränkungen (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell

Persönliche_Einschränkungen_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Persönliche_Einschränkungen_t0	.655	.077	0.000	.497	.813
Gruppe (IG)	-.412	.930	0.661	-2.315	1.490
Geschlecht-Ang. (weiblich)	1.144	.838	0.183	-.571	2.859
Alter-Ang.	.019	.054	0.725	-.091	.129
Gleicher Haushalt (ja)	1.811	.914	0.057	-.057	3.680
Erwerbstätigkeit (nein)	-.036	1.196	0.976	-2.483	2.411
Konstante	1.319	2.398	0.587	-3.586	6.223

N = 92 / adj. $R^2 = 0,556$ / $p < 0,001$ / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Da mit der Aufnahme der soziodemographischen Merkmale in das adjustierte Modell eine reduzierte Fallzahl von $n = 92$ bzw. $> 10\%$ zum unadjustierten Modell (nur mit der Gruppe und

der Belastung zu t0) einherging, war zur abschließenden Beurteilung eines Interventionseffekts ein weiteres Modell unter multipler Imputation aller Prädiktoren/Kovariaten (außer der Gruppenzugehörigkeit) notwendig (Tabelle 50). Dabei bestätigten sich sämtliche vorige Befunde; die Intervention übte einen kaum messbaren, statistisch zufälligen Effekt auf die Belastung durch persönliche Einschränkungen aus ($p = 0,957$). In diesem Modell verlor zudem auch der Prädiktor Gleicher Haushalt den Einfluss, den diese Kontrollvariable im adjustierten, nicht imputierten Modell noch leicht ausübte.

Tabelle 50: Belastung durch persönliche Einschränkungen (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation

Persönliche_Einschränkungen_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Persönliche_Einschränkungen_t0	.623	.070	0.000	.480	.765
Gruppe (IG)	-.053	.980	0.957	-2.056	1.954
Geschlecht-Ang. (weiblich)	1.165	.822	0.167	-.519	2.850
Alter-Ang.	.034	.057	0.560	-.084	.152
Gleicher Haushalt (ja)	1.216	.915	0.196	-.666	3.100
Erwerbstätigkeit (nein)	-.454	1.190	0.708	-2.904	2.003
Konstante	0.730	3.840	0.851	-7.222	8.682

N = 107 / $p < 0,001$ / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 31 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Alles in allem zeigte sich bzgl. Belastungen durch persönliche Einschränkungen, dass zwar geringe bis mittlere Unterschiede zwischen der IG und KG1 zu beiden Messzeitpunkten existent, aus statistischer Sicht allerdings zufällig waren; die Annahme eines Interventionseffekts war zu verwerfen. Rein deskriptiv war nur eine leicht stärkere Zunahme der Belastung in der KG1 erkennbar.

3.2.4.4 Belastung durch Pflegeaufgaben durch die Angehörigen

Theoretisch wurde angenommen, dass pflegende Angehörige durch die Pflegeaufgaben Belastung erfahren. Laut unserem Endpunkt sollte DemStepCare allerdings zu einer Entlastung führen. Für die Analyse dieser Teilhypothese standen uns $n = 169$ Angehörige zu t0 sowie $n = 107$ Angehörige zu t1 zur Verfügung.

Die Skala zur Beurteilung der Belastung durch Pflegeaufgaben reicht bei diesem Modul des BIZA-D-PV von 0 bis 36 (neun Items, 36 = maximale Belastung). In Relation konnten vergleichsweise eher geringere mittlere Belastungen zu beiden Zeitpunkten gemessen werden. Zu t0 lag die durchschnittliche Belastung bei 12,21 Punkten (SD = 10,93) sowie zu t1 bei 13,31 Punkten (SD = 11,21) auf der Belastungsskala. Wie schon bei den vorigen BIZA-D-Skalen war erneut ein starkes Gewicht von sehr niedrigen bzw. 0er-Werten zu t0 und t1 zu beobachten. 25% aller

Fälle zur t0-Messung hatten einen Belastungs-Score von max. 2 Punkten (bei t1 = von max. 3 Punkten), 50% einen Belastungs-Score von maximal 9 Punkten (bei t1 = von max. 11 Punkten).

Bivariat zeigten sich erneut nur geringe Gruppenunterschiede. Zu t0 lag die mittlere Belastung in der KG1 (n = 34) bei 11,41 (SD = 11,11), in der IG (n = 135) bei 12,41 (SD = 10,91). Zum Zeitpunkt t1 waren Angehörige der KG1 (n=25) im Mittel mit 14,24 (SD = 12,42), Angehörige der IG (n = 82) durchschnittlich mit 13,02 (SD = 10,88) Punkten belastet – also jeweils eher schwach bis mäßig. Die Differenzen der Gruppen zum jeweiligen Messzeitpunkt waren erneut statistisch nicht signifikant. Mit Blick auf die Veränderung der Belastung durch Pflegeaufgaben zeigte sich lediglich: Während die Belastung in der IG um 0,61 Punkte zunahm, stieg die Belastung in der KG1 um 2,83 Punkte (das 4,6-fache) an.

Der Eindruck eines geringen Effekts wurde mit den zwei Regressionsmodellen gestützt: Im adjustierten, nicht imputierten Modell war der Effekt mit 1,56 ($p = 0,358$) und im adjustierten, imputierten Modell mit -1,44 ($p = 0,393$) jeweils sehr klein und in keinem Fall statistisch signifikant (siehe auch die Konfidenzintervalle des Prädiktors in den Tabellen 51 und 52). Erneut war in jedem der Modelle lediglich die Adjustierung um die t0-Messung der Belastung durch Pflegeaufgaben hochsignifikant (jeweils $p < 0,001$).

Im Modell unter Adjustierung des Geschlechts und Alters, der Bildung, Erwerbstätigkeit sowie Gleicher Haushalt war neben der Adjustierung um die -Belastung durch Pflegeaufgaben zu t0 zudem das Geschlecht der Angehörigen grenzwertig signifikant ($p = 0,095$); weibliche Angehörige waren demnach durchschnittlich 4,15 Punkte stärker belastet. Mit Blick auf das zugehörige Konfidenzintervall ist dieser Effekt allerdings als eher zufällig einzuordnen.

Tabelle 51: Belastung durch Pflegeaufgaben (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell

Pflegeaufgaben_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Pflegeaufgaben_t0	.637	.122	0.000	.387	.887
Gruppe (IG)	-1.556	1.665	0.358	-4.961	1.850
Geschlecht-Ang. (weiblich)	4.151	2.406	0.095	-.770	9.071
Alter-Ang.	.084	.167	0.618	.257	.424
Gleicher Haushalt (ja)	3.871	2.722	0.166	-1.697	9.438
Erwerbstätigkeit (nein)	-1.245	2.085	0.555	-5.509	3.019
Schulbildung (Volks-/Hauptschulabschluss)					
Realschulabschluss/Mittlere Reife	.814	1.970	0.682	-3.215	4.844
(Fach)Hochschulreife	-.258	1.855	0.890	-4.052	3.535
Sonstige	2.196	1.937	0.266	-1.765	6.156
Konstante	-3.830	9.536	0.691	-23.333	15.674
N = 91 / adj. R ² = 0,631 / p < 0,001 / 95% Konfidenzintervalle					
Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)					

Das adjustierte Modell unter multipler Imputation fehlender Werte bestätigte abschließend alle eben erörterten Befunde (einschließlich des zufälligen Effekts des Geschlechts). Neben der Baseline¹⁴-Kontrolle der Belastung war kein weiteres Merkmal statistisch signifikant.

¹⁴ Mit „Baseline“ ist im gesamten Dokument die t0-Messung zu verstehen.

Tabelle 52: Belastung durch Pflegeaufgaben (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation

Pflegeaufgaben_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Pflegeaufgaben_t0	.586	.108	0.000	.365	.807
Gruppe (IG)	-1.436	1.653	0.393	-4.828	1.956
Geschlecht-Ang. (weiblich)	3.798	2.487	0.139	-1.314	8.911
Alter-Ang.	.057	.160	0.725	-.274	.385
Gleicher Haushalt (ja)	3.362	2.629	0.213	-2.055	8.779
Erwerbstätigkeit (nein)	.843	2.977	0.780	-5.350	7.035
Schulbildung	-.209	.855	0.809	-1.975	1.557
Konstante	-.923	10.354	0.930	-22.342	20.496

N = 107 / p < 0,001 / 95% Konfidenzintervalle

Standardfehler adjustiert für 31 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Es lässt sich ein weiteres Mal resümieren, dass zwar (leichte) Differenzen in der wahrgenommenen Belastung zwischen den Gruppen je Messzeitpunkt nachweislich waren, wiederum keine Differenzen der Gruppe im longitudinalen Verlauf. Erneut waren höchstens Indizien oder Tendenzen eines Interventionseffekts auf die Belastung durch Pflegeaufgaben zu beobachten – hinsichtlich der unterschiedlich starken Zunahme –, unter Berücksichtigung der Spannweite bzw. in Relation zur Sub-Skala und damit auch der Effektgröße jedoch nur geringfügig. Dadurch konnte kein signifikant begünstigender Effekt der Intervention auf die Belastung durch Pflegeaufgaben der Angehörigen der IG nachgewiesen werden.

3.2.4.5 Belastung durch (fehlende) soziale Unterstützung der Angehörigen

Als weitere Ursache für die Belastung von pflegenden Angehörigen kann fehlende soziale Unterstützung der Pflegenden herangezogen werden. Evaluiert wurde, inwiefern die Intervention Einfluss auf diesen Bestandteil des Endpunkts Belastung ausüben konnte. Hierfür wurden n = 167 Angehörige zu t0 sowie n = 107 Angehörige zu t1 ausgewertet. Auf den ersten Blick fiel auf, dass die mittlere Belastung durch fehlende soziale Unterstützung zu t0 bei 7,30 (SD = 4,64) und zu t1 bei 7,23 (SD = 5,14) lag. Abgesehen von einer geringfügig stärkeren Streuung der Beobachtungen zu t1 war nahezu kein Zuwachs an der durchschnittlichen Belastung festzustellen. Die Mittelwerte lagen zu beiden Messzeitpunkten nahezu im unteren Drittel der Skala (zwischen 0 und 8 Punkten).

Die bivariaten Statistiken zeigten, dass die KG1 (n = 33) mit 5,30 Punkten (SD = 4,72) zu Beginn der Studie im Durchschnitt 2,4 Punkte niedriger belastet war als die IG (n = 134) mit 7,70 Punkten (SD = 5,15). Interessanterweise nahm diese Belastung bis zum zweiten Messzeitpunkt in der KG1 (n = 25) um 1,1 Punkte auf einen Mittelwert von 6,40 Punkten (SD = 4,56) zu, während

die durchschnittliche Belastung in der IG (n = 82) sehr leicht auf 7,57 Punkte (SD = 4,66) zurückging. Erneut handelte es sich dabei aber nur um marginale Veränderung (u. a. in Relation zum Wertebereich von 0 bis 20 (maximale Belastung)) – damit erneut höchstens um Indizien oder Tendenzen eines Interventionseffekts.

Im um das Geschlecht des Angehörigen adjustierten Regressionsmodell (Tabelle 53) war nur ein sehr geringer Effekt von -0,215 im Bereich des Zufälligen (p = 0,750) zu beobachten. Das Geschlecht des Angehörigen (p = 0,461) war ebenfalls nicht signifikant.

Tabelle 53: Belastung durch fehlende soziale Unterstützung (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell

Fehlende_sociale_Unterstützung_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Fehlende_sociale_Unterstützung_t0	.688	.073	0.000	.539	.837
Gruppe (IG)	-.215	.668	0.750	-1.581	1.151
Geschlecht-Ang. (weiblich)	.639	.854	0.461	-1.108	2.385
Konstante	2.531	.863	0.007	.765	4.296

N = 102 / adj. R² = 0,547 / p < 0,001 / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 31 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

In dieser Subanalyse des BIZA-D-PV wurde ebenfalls deutlich, dass die Intervention keinerlei Einfluss auf die wahrgenommene Belastung durch fehlende soziale Unterstützung ausübte. Wie schon in vorigen Analysen zeigten sich lediglich Tendenzen, bzw. kann erneut statistisch nicht beantwortet werden, ob sich der – allenfalls geringe – Effekt der Intervention auf diesen Teilaspekt der Belastung von Angehörigen tatsächlich auf die Intervention zurückführen lässt.

3.2.4.6 Belastung durch (fehlende) Akzeptanz der Situation der Angehörigen

Als letzte Sub-Skala des BIZA-D-PV wurde evaluiert, ob eine (fehlende) Akzeptanz der Situation beim Angehörigen durch die Intervention beeinflusst wurde. Hierfür dokumentierten n = 167 Angehörige zu t0 und n = 107 Angehörige zu t1, inwiefern sie ihre Situation durch die Demenz der Patient:innen akzeptieren konnten.

Im arithmetischen Mittel lag die Belastung durch fehlende Akzeptanz – bei einem Wertebereich von 0 bis 16 (maximale Belastung) – zu t0 bei 4,73 (SD = 3,46) und neun bzw. elf Monate später bei 4,28 (SD = 3,00). Die durchschnittliche Belastung war folglich zu beiden Messzeitpunkten eher im niedrigen Bereich der Skala. Dies verdeutlichten auch die Mediane: t0 = 5, t1 = 4. Univariat nahm die Belastung damit gar ab.

In den bivariaten Voranalysen zeigte sich in der KG1 zum Zeitpunkt t0 (n = 33) mit einer mittleren Belastung von 4,06 (SD = 2,83) noch eine stärkere Belastung als zum Zeitpunkt t1 (n = 25), mit einer durchschnittlichen Belastung von 2,92 (SD = 2,14). Eine Abnahme der Belastung von t0 (n = 134) zu t1 (n = 82) konnte zwar auch in der IG beobachtet werden, allerdings deutlich schwächer von 4,89 (SD = 3,59) auf 4,70 (SD = 3,10). Entsprechend war auch die Unterschiedlichkeit in der Belastung zwischen IG und KG1 zum Zeitpunkt t1 mit durchschnittlich 1,78 niedrigeren Belastung-Punkten in etwa doppelt so groß wie noch zur t0-Messung (da lag die durchschnittliche Differenz bei = -0,83 Punkten). Der t-Test zu t1 quittierte dies mit einem

signifikanten Gruppenunterschied ($p = 0,009$), womit bereits von einer gewissen Assoziation der Gruppenzugehörigkeit mit dem Outcome auszugehen war – allerdings entgegen der erwarteten Richtung.

Das adjustierte Modell (Tabelle 54) unter der Inklusion des Geschlechts sowie der Bildung und des gleichen Haushalts bestätigte einen signifikanten Effekt mit einem p -Wert von 0,020. Angehörige der IG waren zu t1 signifikant stärker durch fehlende Akzeptanz belastet als Angehörige der Referenzgruppe (KG). Erstmals in Bezug auf den Endpunkt Belastung konnte ein signifikanter Effekt der Gruppe bzw. Intervention attestiert werden. Als interessante Nebenbefunde zeigten sich des Weiteren Signifikanzen der Kovariaten: Weibliche Angehörige ($p = 0,094$) sowie jene im gleichen Haushalt ($p = 0,038$) waren geringfügig stärker belastet als männliche Angehörige bzw. Pflegende mit getrenntem Wohnsitz. Zudem waren Angehörige mit einem Schulabschluss der Mittleren Reife ebenfalls leicht stärker belastet als Angehörige mit einem Volks-/Hauptschulabschluss ($p = 0,083$).

Tabelle 54: Belastung durch fehlende Akzeptanz (Sub-Skala des BIZA-D-PV) der Angehörigen: Regressionsmodell

Fehlende_Akzeptanz_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Fehlende_Akzeptanz_t0	.301	.080	0.001	.137	.464
Gruppe (IG)	1.702	.689	0.020	.292	3.111
Geschlecht-Ang. (weiblich)	.958	.554	0.094	-.174	2.091
Gleicher Haushalt (ja)	1.175	.534	0.036	.083	2.267
Schulbildung (Volks-/Hauptschulabschluss)					
Realschulabschluss/Mittlere Reife	1.401	.780	0.083	-.194	2.996
(Fach)Hochschulreife	.104	.635	0.871	-1.195	1.403
Sonstige	.027	1.000	0.978	-2.017	2.071
Konstante	-.095	1.049	0.928	-2.242	2.051

N = 90 / adj. $R^2 = 0,244$ / $p < 0,001$ / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

In abschließender Beurteilung war erstmals ein Gruppeneffekt bzw. eine steigende Belastung im Hinblick auf diese Sub-Skala zu bestätigen. Gleichwohl ist die Hypothese einer abnehmenden Belastung in der IG dennoch erneut und diesmal in Gänze zu verwerfen, da eine signifikant zur KG1 verschiedene Zunahme der Belastung zu t1 in der IG zu beobachten war. Die Gruppenzugehörigkeit hatte statistisch betrachtet einen Effekt, der jedoch entgegen die in der Hypothese formulierten Richtung ging.

3.2.5 Stress pflegende Angehörigen

Zur Evaluation der psychosozialen Situation von pflegenden Angehörigen wurde – neben der Belastung – auch das global empfundene, damit nicht explizit auf die Pflege bezogene Stresslevel der Angehörigen berücksichtigt. Die zugehörige PSS wurde zu t0 von n = 166 Angehörigen sowie zu t1 von n = 104 Angehörigen ausgefüllt.

Zu t0 lag ein durchschnittliches Stresslevel von 28,65 Punkten (SD = 7,24) – bei einem Wertebereich von 10 bis 50 (je höher, desto stärkeres Stressempfinden) – vor. Zum Zeitpunkt t1 wurde das mittlere Stresslevel (nahezu unverändert) mit 28,24 Punkten (SD = 6,50) angegeben. Insbesondere zu t0 (Median = 29; Schiefe = 0,02), aber auch zu t1 (Median = 29; Schiefe = 0,13) war eine stark symmetrische bzw. nahezu idealtypische Normalverteilung der Merkmalsausprägungen zu beobachten.

Im Vergleich der Gruppenmittelwerte bescheinigte der t-Test zu beiden Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied im Stresslevel ($p < 0,05$). Diese Differenz im mittleren Stresslevel wie auch die Gruppenmittelwerte zum Zeitpunkt t0 und t1 veränderten sich dabei allerdings kaum. In der KG1 lag das durchschnittliche Stresslevel zu t0 (n = 33) bei 25,85 (SD = 7,27), zu t1 (n = 25) bei 25,96 (SD = 5,36). In der IG konnte zu t0 (n = 133) ein mittlerer Stress von 29,34 (SD = 7,10) und zu t1 (n = 79) von 28,96 (SD = 6,69) beobachtet werden. Das Stresslevel blieb folglich in beiden Gruppen über Zeit gleich.

Das um das Alter und Geschlecht der Angehörigen sowie der Variable Gleicher Haushalt adjustierte Regressionsmodell (Tabelle 55) bestätigte keine Assoziation der Gruppe mit dem Outcome: Die Gruppe wies einen geringen Effekt (Koef. = 1,12) auf, war aber mit sehr breiten Konfidenzintervallen und einem p-Wert von 0,247 nicht signifikant. Neben der Adjustierung um die t0-Stress-Messung war lediglich das Geschlecht der Angehörigen signifikant ($p = 0,089$); weibliche Angehörige wiesen ein um 1,93 Punkte höheres Stresslevel als männliche Angehörige auf.

Tabelle 55: Stress der Angehörigen: Regressionsmodell

Stress_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Stress_t0	.572	.098	0.000	.372	.772
Gruppe (IG)	1.116	.944	0.247	-.817	3.049
Geschlecht-Ang. (weiblich)	1.939	1.102	0.089	-.318	4.196
Alter-Ang.	.015	.075	0.838	-.138	.169
Gleicher Haushalt (ja)	.850	1.674	0.616	-2.580	4.279
Konstante	8.893	4.764	0.072	-.866	18.653

N = 90 / adj. R² = 0,479 / p < 0,001 / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 29 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Aufgrund der deutlichen Reduktion der Fälle im adjustierten Regressionsmodell wurde der Vollständigkeit halber ein weiteres adjustiertes Modell unter multipler Imputation fehlender Werte aller Variablen aus dem adjustierten Vormodell vorhergesagt (Tabelle 56): Auch in diesem Regressionsmodell konnte kein signifikanter Effekt der Gruppe verzeichnet werden ($p = 0,215$). Das Geschlecht war – als einzige weitere Variable – erneut signifikant mit dem Outcome assoziiert ($p = 0,090$).

Tabelle 56: Stress der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation

Stress_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Stress_t0	.537	.086	0.000	.356	.714
Gruppe (IG)	1.145	.904	0.215	-.710	3.008
Geschlecht-Ang. (weiblich)	1.710	.966	0.090	-.288	3.699
Alter-Ang.	-.002	0.071	0.978	-.149	.144
Gleicher Haushalt (ja)	.992	1.729	0.571	-2.559	4.512
Konstante	10.93	4.410	0.021	1.813	20.038

N = 104 / $p < 0,001$ / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Ergänzend zu den Fragebogenauswertungen wurde explorativ die zeitliche Veränderung des Stresserlebens in der IG anhand einer numerischen Analogskala untersucht. Insgesamt war die IG – auf einer Skala von 1 bis 10 (10 = schlechtmöglicher Wert) – mittelstark durchschnittlich mit 5,32 Punkten gestresst ($SD = 2,38$). Dabei war allerdings zu beobachten, dass die Streuung der Messwerte zwischen den Angehörigen etwas stärker war ($SD = 1,96$), als die Varianz der Beobachtungen einer:s Angehörigen über die Zeitreihe ($SD = 1,68$) (also in Bezug auf die individuellen Messzeitpunkte, die ein:e Angehörige:r vorzuweisen hatte). Dies würde vermuten lassen, dass das Stresserleben weniger durch die Intervention als mehr durch andere (individuelle) Ursachen zu erklären wäre. Das für diese Beurteilung entscheidende Regressionsmodell bestätigte diesen Befund; es war kein signifikanter Effekt der Intervention bzw. Zeitreihe auf das Stresserleben nachweisbar ($p = 0,779$). Aufgrund der Spezifikation einer Zeitreihe zur Prädiktion des Endpunkts Stresserleben und damit mehrerer (abhängiger) Messwerte einer:s Angehörigen (Panel) wurde in dieser Subanalyse ein *generalized least squares*- bzw. GLS- Regressionsmodell vorhergesagt.

Abschließend ist festzuhalten, dass kein Interventionseffekt auf das Stresslevel von pflegenden Angehörigen nachweisbar war. Wir konnten lediglich statistisch signifikante Unterschiede in der IG und KG1 feststellen – weshalb die Gruppe auch gewissermaßen mit dem Outcome leicht korreliert war –, dieser Unterschied bestand allerdings schon zum Einschluss der Angehörigen in die Studie – weshalb die Gruppe auch mit der Baseline-Messung zum Stresslevel leicht korreliert war. Eine (nahezu identische) Unterschiedlichkeit in den Ausprägungen beider

Gruppen war dadurch zu beiden Messzeitpunkten zu beobachten, weshalb die Ursache nicht in der Intervention zu vermuten ist.

3.2.6 Resilienz pflegende Angehörige

Die Ergebnisse der BRS dienen der Evaluation der Resilienz der Angehörigen als Bestandteil der psychosozialen Verfassung. Die Resilienz wurde von n = 164 Angehörigen zu t0 sowie n = 105 Angehörigen zu t1 dokumentiert. Im Gegensatz zur Belastung (BIZA-D-PV) und dem Stress (PSS) wurde der Gesamt-Score der Angehörigen über die Item-Mittelwerte berechnet; der Wertebereich reichte damit von 1 bis 5 (bestmöglicher Wert).

Die durchschnittliche Resilienz der Angehörigen wurde zu t0 mit 3,26 (SD = 0,673) und zu t1 fast unverändert mit 3,24 (SD = 0,665) angegeben. Aufgeteilt nach IG und KG1 ergaben sich kaum Differenzen: In der KG1 lag die Resilienz zu t0 (n = 33) bei durchschnittlich 3,24 (SD = 0,772), zu t1 (n = 25) bei 3,28 (SD = 0,605). In der IG wurde eine mittlere Resilienz von 3,27 (SD = 0,650) zu t0 (n = 131) und von 3,22 (SD = 0,685) zu t1 (n = 80) berechnet. Damit waren keinerlei signifikante Gruppenunterschiede bzw. Korrelationen der Gruppe mit der Resilienz vorhanden (p = 0,839 bzw. p = 0,731).

Unter Adjustierung und Imputation¹⁵ der Merkmale Geschlecht und Alter sowie Bildung des Angehörigen und Gleicher Haushalt (Tabelle 57) konnte kein Gruppeneffekt beobachtet werden (p = 0,730).

Tabelle 57: Resilienz der Angehörigen: Regressionsmodell mit Imputation

Resilienz_t1	Koef.	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Resilienz_t0	.529	.094	0.000	.336	.722
Gruppe (IG)	-.034	.099	0.730	-.237	.168
Geschlecht-Ang. (weiblich)	-.094	.105	0.381	-.312	.124
Alter-Ang.	-.000	.006	0.971	-.013	.014
Gleicher Haushalt (ja)	.027	.177	0.880	-.338	.392
Schulbildung	.118	.583	0.316	-.119	.355
Konstante	1.344	.583	0.031	.133	2.555

N = 105 / p < 0,001 / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 30 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

¹⁵ Bei der Evaluation der Resilienz wurde direkt das imputierte adjustierte Modell vorhergesagt, da die Fälle im nur adjustierten Modell stark reduziert waren (n = 86).

Damit ließ sich auch bei der Resilienz kein signifikanter Interventionseffekt beobachten – zumal ohnehin überhaupt keine Unterschiede weder zwischen der IG und KG1 noch t0 und t1 beobachtet wurden.

3.2.7 Lebensqualität der pflegenden Angehörigen

Die vier Domänen des WHOQOL-BREF wurden zur Beurteilung eines möglichen Interventionseffekts auf die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen im Projekt separat ausgewertet. Für diese Analyse standen uns n = 160 Angehörigenbeobachtungen zu t0 sowie n = 105 zu t1 zur Verfügung. Für eine bessere Übersicht sind die Rohwerte der IG und KG1 zu beiden Messzeitpunkten (bzw. die Differenz daraus) aller vier Unter-Skalen in Tabelle 58 dargestellt – der Wertebereich der Domänen reichte jeweils von 0 bis 100 (je höher der Score, desto höher die Lebensqualität) [rechts neben den Mittelwertveränderungen ist die zahlenmäßige Differenz zwischen IG im Vergleich zur KG1 horizontal und vertikal innerhalb der Gruppen zwischen den Messzeitpunkten abgetragen]. Außerdem wurden die p-Werte der t-Tests zur Beurteilung der Signifikanz dieser Gruppenunterschiede berechnet.

Tabelle 58: Lebensqualität der Angehörigen: Mittelwertvergleiche

	IG		KG1		IG vs. KG1	p-Wert
	Messung	MW (SD)	Messung	MW (SD)	Differenz	Signifikanz
Physische Gesundheit	t0	67,56 (16,4)	t0	70,05 (15,7)	-2,49	0,439
	t1	67,53 (16,9)	t1	66,98 (13,4)	0,54	0,881
	DIFF.	-0,03	DIFF.	-3,07		
Psychische Gesundheit	t0	65,66 (15,5)	t0	68,09 (16,6)	-2,43	0,435
	t1	64,28 (17,1)	t1	67,67 (12,9)	-3,39	0,364
	DIFF.	-1,38	DIFF.	-0,42		
Soziale Beziehungen	t0	64,49 (19,9)	t0	64,06 (18,9)	0,43	0,914
	t1	64,22 (19,3)	t1	67,50 (18,2)	-3,28	0,454
	DIFF.	-0,27	DIFF.	3,44		
Umwelt	t0	73,18 (12,7)	t0	80,64 (11,6)	-7,46	0,003
	t1	75,05 (14,8)	t1	76,34 (13,8)	-1,29	0,691
	DIFF.	1,87	DIFF.	-4,27		

Mit Blick auf die Ergebnisse waren die folgenden drei wesentlichen Beobachtungen hinsichtlich der (bivariaten) Unterscheidungen zwischen den Messzeitpunkten je Gruppe zu machen:

- 1) In Relation zur Skala (0 bis 100) gab es nur schwache Zu-/Abnahmen der mittleren Lebensqualität von t0 zu t1 zu verzeichnen. Die größte Differenz ergab sich in der KG1 bzgl. der „Umwelt“: Im Vergleich von t0 zu t1 sank die diesbezügliche Lebensqualität um 4,27 Punkte (= 4,27%).
- 2) Trotz dieser durchweg leichten Veränderungen sank die Lebensqualität der KG1 in drei von vier Domänen (ausgenommen „Psychische Gesundheit“) stärker ab als in der IG.

- 3) Sowohl in der IG als auch in der KG1 sank die Lebensqualität in drei von vier Domänen; in der IG stieg die Lebensqualität nur in Bezug auf die „Umwelt“ um 1,87%, in der KG1 nur im Bereich „Soziale Beziehungen“ um 3,44% an.

Im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich weitere drei Erkenntnisse:

- 4) Die Differenzen zwischen den Gruppen waren ebenfalls durchweg gering. Ein signifikanter Gruppenunterschied in der mittleren Lebensqualität war nur bei der Domäne „Umwelt“ nachweisbar ($p = 0,003$): Die diesbezügliche Lebensqualität war in der IG (zu t_0) merklich geringer als in der KG1. Zu t_1 war dieser Unterschied allerdings deutlich kleiner und nicht mehr signifikant.
- 5) Hinsichtlich „Psychische Gesundheit“, aber v. a. „Soziale Beziehungen“ war zu beobachten, dass die Gruppenunterschiede zu t_1 größer wurden – insofern, als dass die IG jeweils eine noch geringere Lebensqualität vorzuweisen hatte als noch zur Baseline-Messung.
- 6) Im Hinblick auf die Domäne „Physische Gesundheit“ war das Gegenteil zu erkennen: Die (negative) Differenz der Lebensqualität in der IG näherte sich jener der KG1 zu t_1 (ins Positive) an.

Mit diesen Voranalysen deutet sich bereits an, dass die Intervention keine signifikanten Effekte auf die Lebensqualität der Angehörigen ausübte. Die Korrelationsanalysen – zur Vorabselektion potenzieller Prädiktoren für die über die Hypothese entscheidenden Regressionsanalysen – stützten diese Erkenntnis: Alle vier Domänen 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 (Tabelle 59). Weiterführende Regressionsanalysen zur Bestätigung dieser Befunde waren in diesem Unterkapitel daher nicht nötig. Aufgrund des explorativen Charakters der Evaluation der Lebensqualität von Angehörigen wurden allerdings – mittels Korrelationsanalysen¹⁶ – weitere Assoziationen der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen mit den soziodemographischen Merkmalen untersucht (Tabelle 59).

¹⁶ Da es sich hierbei um eine nebensächliche Exploration handelte und die Fallzahlen in den Regressionsanalysen selbst unter multipler Imputation $n < 100$ gewesen wären (u. a. aufgrund des bei diesem Konstrukt noch höheren Missing-Anteil in den Fragebögen), wurde auf tiefergehende prädiktive Modelle verzichtet. Die Ergebnisse lassen sich daher nur als Korrelation des jeweiligen soziodemographischen Merkmals mit der jeweiligen Domäne interpretieren – daher bivariat, ohne die Kontrolle weiterer Variablen.

Tabelle 59: Lebensqualität der Angehörigen: Korrelationsanalysen mit der Soziodemographie

Variable	Physische Gesundheit	Psychische Gesundheit	Soziale Beziehungen	Umwelt	Gruppe	Alter	Geschlecht	Erwerbstätigkeit	Bildung	Gleicher Haushalt
Physische Gesundheit	-									
Psychische Gesundheit	0.66 ***	-								
Soziale Beziehungen	0.41 ***	0.61 ***	-							
Umwelt	0.56 ***	0.54 ***	0.51 ***	-						
Gruppe	0.02	-0,09	-0,07	-0,04	-					
Alter	-0.26 **	-0.18	-0,18*	-0,10	0,05	-				
Geschlecht	-0.15	-0.14	0,11	-0,13	-0,04	-0.08	-			
Erwerbstätigkeit	0,21**	0.10	0,21**	0.14	0,06	-0,73***	0,03	-		
Schulbildung	0.09	0.21**	0.28*	0.13	-0,11	-0,40***	-0,16**	0,32**	-	
Gleicher Haushalt	-0,37**	-0.26*	0.31**	-0.30**	0.02	0.56***	0,03	-0.40***	-0,42***	-

$p < 0.001 = ***$, $p < 0.05 = **$, $p < 0.10 = *$

Diese explorativen Korrelationsanalysen zeigten, dass die Lebensqualität der Angehörigen

- via *physische Gesundheit* leicht mit dem Alter und der Erwerbstätigkeit sowie mittel mit dem gleichen Haushalt,
- via *psychische Gesundheit* leicht mit der Bildung und dem gleichen Haushalt,
- via *soziale Beziehungen* leicht mit der Erwerbstätigkeit und Bildung sowie mittel mit dem gleichen Haushalt und
- via *Umwelt* mittel mit dem gleichen Haushalt

assoziiert war. Offenkundig scheint ein Zusammenhang (zumindest in Form einer Kovarianz) hinsichtlich der Frage, ob Patient:innen und Angehörige gemeinsam leben oder nicht, vorhanden zu sein. Dies zeigte sich bei der psychischen Gesundheit und bei sozialen Beziehungen, die in (explorativ durchgeführten) Regressionsmodellen selbst unter Adjustierung der t0-Messung des Outcomes signifikant mit der Variable Gleicher Haushalt assoziiert waren. Aufgrund der Tatsache, dass ein erheblicher Anteil an Menschen mit Demenz von Angehörigen versorgt und gepflegt werden (charakteristisch für die Demenzpflege, Brodaty, H. & Donkin, M. 2009: 217-228), die zudem – nicht nur in unserer Stichprobe, ebd. – häufig Ehepartner:innen sind, sind diese Nebenbefunde für DemStepCare relevant. Zumal ein wesentliches Ziel der Intervention als neue Versorgungsform eine stabile häusliche Versorgung war.

3.2.8 Einstellungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzsensibilität

Mittels der beschriebenen schriftlichen Befragung im Rahmen des allgemeinmedizinischen Teilprojekts (ZAG) wurden die projektinvolvierten Hausärzt:innen zu drei festgelegten Zeitpunkten ($t0_{HÄ}$ - $t2_{HÄ}$) befragt. Im Folgenden werden die jeweils gewonnenen Stichproben beschrieben und im Anschluss die Befunde wiedergegeben.

Hinweis: Die Spalte $t0_{HÄ}$ K weist nur diejenigen Ärzt:innen aus, die auch zum Zeitpunkt t1 und t2 den Fragebogen ausgefüllt haben. Analog gilt dies bei $t0_{HÄ}$ K IG für die IG.

Tabelle 60: Quantitative hausärztliche Befragung, Übersicht der Nettostichproben

Erhebungszeitraum:	$t0_{HÄ}$ (vor Schulung der Ärzt:innen bzw. vor 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

Der Gegenüberstellung der Stichproben für die unterschiedlichen Befragungszeitpunkte ist zu entnehmen, dass lediglich zum Zeitpunkt $t0_{HÄ}$ sämtliche projektinvolvierten Hausärzt:innen an der Erhebung teilgenommen haben. Aufgrund dieses Dropouts bei den Zeitpunkten $t1_{HÄ}$

und $t2_{H\ddot{A}}$, wo nicht alle Ärzt:innen den Fragebogen bearbeitet haben, erklärt sich teilweise die abweichende soziodemografische Zusammensetzung der Stichproben.

Tabelle 61: Einbindung in Demenzmanagement der Hausärzt:innen

Frage: Sind Sie in der Regel in demenzbezogene Therapien eingebunden, oder überlassen Sie dies ausschließlich dem neurologischen bzw. psychiatrischen Spezialisten?							
Erhebungszeitpunkt/-gruppe:	$t0_{H\ddot{A}}$	$t0_{H\ddot{A} K}$	$t0_{H\ddot{A} K IG}$	$t1_{H\ddot{A} IG}$	$t1_{H\ddot{A} KG}$	$t2_{H\ddot{A} IG}$	$t2_{H\ddot{A} KG}$
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
Ganz unterschiedlich	52%	52%	70%	39%	29%	35%	14%
Überlasse Spezialist:in	23%	24%	6%	11%	31%	30%	22%
In Therapie eingebunden	25%	24%	24%	50%	40%	35%	64%

Als Folge der Projektteilnahme gaben die Befragten deutlich häufiger an, dass sie im Rahmen des Demenzmanagements eigenständige Aufgaben übernehmen. Dies gilt v. a. für eine konsequente Einbindung in die Therapie.

Tabelle 62: Vorhandensein demenzgeschulten Praxispersonals in den hausärztlichen Praxen

Frage: Haben Sie in Ihrer Praxis Mitarbeiter/innen, die auf dem Gebiet Demenz speziell geschult sind? (Gemeint ist der Besuch entsprechender Fortbildungen.)							
Erhebungszeitpunkt/-gruppe:	$t0_{H\ddot{A}}$	$t0_{H\ddot{A} K}$	$t0_{H\ddot{A} K IG}$	$t1_{H\ddot{A} IG}$	$t1_{H\ddot{A} KG}$	$t2_{H\ddot{A} IG}$	$t2_{H\ddot{A} KG}$
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
Nein	56%	62%	51%	50%	38%	50%	43%
Ja, eine Person ist geschult	13%	13%	18%	11%	6%	15%	14%
Ja, einige sind geschult	29%	25%	31%	34%	56%	35%	43%
Ja, alle sind geschult	2%	0%	0%	6%	0%	0%	0%

Weiter zeigte sich, dass im Projektverlauf die Zahl der Praxen, in denen bestimmte Mitglieder des Praxispersonals in Bezug die Demenzdiagnostik bzw. -versorgung geschult wurden, zunahm.

Tabelle 63: Aussagen zur Demenzdiagnostik und -versorgung

<p>Frage: Hier stehen verschiedene Aussagen von Allgemeinmedizinern, die im Rahmen einer Interviewstudie erfasst wurden.</p> <p>Bitte geben Sie an, wie stark Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.</p> <p>(0 = „Stimme gar nicht zu“ bis 10 = „Stimme voll und ganz zu“)</p>							
Erhebungszeitpunkt/-gruppe:	t0 _{HÄ}	t0 _{HÄ} K	t0 _{HÄ} K IG	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
„Habe ich einen Verdacht, führe ich grundsätzlich einen Demenztest durch.“	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,1 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 7,0 ($\sim x$: 7,5)	\bar{X} : 6,9 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,2 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,4 ($\sim x$: 7,5)	\bar{X} : 5,7 ($\sim x$: 6,0)
„Ich finde es oft schwierig, die Versorgungsbedarfe von Demenz-Patient:innen richtig einzuschätzen.“	\bar{X} : 7,4 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,4 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,2 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,2 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,6 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,1 ($\sim x$: 7,0)
„Ich kenne mich gut mit Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Demenz-Patient:innen und Angehörige aus.“	\bar{X} : 5,3 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,4 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,8 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,4 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,7 ($\sim x$: 6,5)
„Wenn pflegende Angehörige von Demenz-Patient:innen mit Fragen zur Organisation der Pflege auf mich zukommen, kann ich ihnen gut weiterhelfen.“	\bar{X} : 6,1 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,5 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 7,3 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 6,9 ($\sim x$: 6,5)	\bar{X} : 6,6 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,9 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,5)
„Ich mache Patient:innen und Angehörige auf konkrete Unterstützungs- und Beratungsangebote aufmerksam (z.B. Demenz-Netzwerke, Pflegestützpunkte).“	\bar{X} : 7,0 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,1 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,6 ($\sim x$: 8,5)	\bar{X} : 8,6 ($\sim x$: 9,0)	\bar{X} : 8,1 ($\sim x$: 8,5)	\bar{X} : 8,4 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 7,2 ($\sim x$: 8,0)
„Ich finde es einfach, einzuschätzen, welche therapeutischen Maßnahmen bei Demenz-Patient:innen angemessen sind.“	\bar{X} : 3,4 ($\sim x$: 3,0)	\bar{X} : 3,4 ($\sim x$: 3,0)	\bar{X} : 4,0 ($\sim x$: 3,0)	\bar{X} : 4,7 ($\sim x$: 4,5)	\bar{X} : 3,8 ($\sim x$: 3,0)	\bar{X} : 4,6 ($\sim x$: 4,0)	\bar{X} : 3,3 ($\sim x$: 2,5)
„Die bestehenden Leitlinien für die Diagnose und Therapie von Demenz empfinde ich als hilfreich.“	\bar{X} : 5,9 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,9 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,5 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,8 ($\sim x$: 6,5)

In der Verlaufsbetrachtung zeigte sich insbesondere in der IG für eine Reihe von Indikatoren zur Demenzsensibilität eine klar positive Entwicklung. So wurde in der IG der Umgang mit Patient:innen und pflegenden Angehörigen als gelingender eingeschätzt; selbiges gilt für die Sicherheit bei der Einschätzung von Versorgungsbedarfen. Eine deutliche Verbesserung der Indikatoren in IG und KG ist mit Blick auf die Kenntnis und Nutzung von Hilfsangeboten zu konstatieren, mit denen nun eine erheblich intensivere Kooperation erfolgte.

Tabelle 64: Erlebte Herausforderungen bei Demenzdiagnostik und –versorgung der Hausärzt:innen

Frage: Die hausärztliche Demenzversorgung bringt verschiedene Herausforderungen mit sich. Bitte geben Sie jeweils an, für wie groß Sie die folgenden Herausforderungen aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrung halten. (0 = „Sehr gering“ bis 10 = „Sehr groß“)							
Erhebungszeitpunkt/-gruppe:	t0 _{HÄ}	t0 _{HÄ} K	t0 _{HÄ} K IG	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
Anwendung der Demenz-Leitlinie (S3)	\bar{X} : 6,0 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,1 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,6 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,6 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,2 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 6,0 ($\sim x$: 6,0)
Schritte hin zum Demenzverdacht und weiteres Vorgehen	\bar{X} : 5,1 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,5 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,5 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,2 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,7 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,2 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,0 ($\sim x$: 6,0)
Diagnostik und Testverfahren (Durchführung des Diagnostikprozesses und Interpretation)	\bar{X} : 5,2 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,4 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,4 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,5 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,4 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,3 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,4 ($\sim x$: 5,5)
Differenzialdiagnostische Abgrenzung einer Demenz von anderen Formen kognitiver Beeinträchtigungen (z.B. Depression)	\bar{X} : 6,6 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,8 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,5 ($\sim x$: 6,5)	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,0)
Sicherstellung der Akzeptanz und Kooperation des Patient:innen bei der Durchführung von Demenztests	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,5)	\bar{X} : 5,7 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 6,5)	\bar{X} : 6,0 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 7,5)
Aufklärung des Patient:innen über die Diagnose und Sicherstellung der Compliance	\bar{X} : 6,4 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,3 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,3 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,0 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 7,0 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,7 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,5 ($\sim x$: 7,0)
Erfolgreiche therapeutische Begleitung von Demenzerkrankten	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,8 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,5 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,8 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,3 ($\sim x$: 7,5)	\bar{X} : 5,9 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,5)
Gesprächsführung mit Demenzerkrankten	\bar{X} : 6,5 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,6 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,8 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 6,7 ($\sim x$: 7,5)

Kommunikation mit pflegenden Angehörigen	\bar{X} : 6,0 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,8 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,6 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 4,9 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 5,5 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,0 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,3 ($\sim x$: 6,0)
Beratung von Demenz-Patient:innen und Angehörigen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten	\bar{X} : 5,6 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,9 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,9 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,3 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,0 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,5 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,9 ($\sim x$: 5,0)

Eine Abfrage zu allen drei Zeitpunkten betraf die Erhebung von im Praxisalltag bei der Demenzversorgung erlebten Herausforderungen. In der Verlaufsbetrachtung zeigte sich, dass sich solche subjektiv erfahrenen Problematiken aus Sicht der Hausärzt:innen teilweise deutlich verringern. Besonders gilt dies in der IG für die therapeutische Begleitung, die Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen sowie die Beratung zu Hilfsangeboten.

Tabelle 65: Subjektive Kompetenzeinschätzung bei diagnostischem und therapeutischem Vorgehen der Hausärzt:innen

Frage: <i>Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des diagnostischen Vorgehens bei Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?</i> (0 = „Gar nicht gut“ bis 10 = „Sehr gut“)							
Erhebungszeitpunkt/-gruppe:	t0 _{HÄ}	t0 _{HÄ} K	t0 _{HÄ} K IG	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
	\bar{X} : 5,6 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,3 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 6,6 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 7,7 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 5,2 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 7,1 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 5,9 ($\sim x$: 6,0)
Frage: <i>Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des therapeutischen Vorgehens und dem Management von Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?</i> (0 = „Gar nicht gut“ bis 10 = „Sehr gut“)							
Erhebungszeitraum:	t0 _{HÄ}	t0 _{HÄ} K	t0 _{HÄ} K IG	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
	\bar{X} : 5,3 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 5,1 ($\sim x$: 5,5)	\bar{X} : 6,3 ($\sim x$: 6,5)	\bar{X} : 7,3 ($\sim x$: 8,0)	\bar{X} : 4,7 ($\sim x$: 4,5)	\bar{X} : 7,4 ($\sim x$: 7,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,5)
Frage: <i>Was würden Sie sagen: Wie gut sind Sie mit der S3-Leitlinie zur Demenzdiagnostik und -therapie vertraut?</i> (0 = „Gar nicht gut“ bis 10 = „Sehr gut“)							
Erhebungszeitraum:	t0 _{HÄ}	t0 _{HÄ} K	t0 _{HÄ} K IG	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
	\bar{X} : 4,1 ($\sim x$: 4,0)	\bar{X} : 4,2 ($\sim x$: 4,0)	\bar{X} : 5,2 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,2 ($\sim x$: 6,5)	\bar{X} : 4,4 ($\sim x$: 5,0)	\bar{X} : 6,1 ($\sim x$: 6,0)	\bar{X} : 5,3 ($\sim x$: 5,0)

Frage: <i>Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine Leitlinien-gerechte Demenzdiagnose zu stellen?</i> (Gemeint ist die S3-Leitlinie.) (0 = „Gar nicht gut“ bis 10 = „Sehr gut“)							
Erhebungszeitraum:	t0 _{HÄ}	t0 _{HÄ} K	t0 _{HÄ} K IG	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
	\bar{X} : 4,0 (~x: 4,0)	\bar{X} : 3,9 (~x: 4,0)	\bar{X} : 5,0 (~x: 5,0)	\bar{X} : 6,2 (~x: 6,5)	\bar{X} : 3,9 (~x: 4,0)	\bar{X} : 5,7 (~x: 6,0)	\bar{X} : 4,0 (~x: 4,0)
Frage: <i>Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine Demenzerkrankung Leitlinien-gerecht zu managen, also mit therapeutischen und medikamentösen Maßnahmen zu begleiten?</i> (Gemeint ist die S3-Leitlinie.) (0 = „Gar nicht gut“ bis 10 = „Sehr gut“)							
Erhebungszeitraum:	t0 _{HÄ}	t0 _{HÄ} K	t0 _{HÄ} K IG	t1 _{HÄ} IG	t1 _{HÄ} KG	t2 _{HÄ} IG	t2 _{HÄ} KG
Stichprobengröße (n):	63	34	18	18	16	20	14
	\bar{X} : 4,3 (~x: 4,0)	\bar{X} : 4,3 (~x: 4,5)	\bar{X} : 5,3 (~x: 6,0)	\bar{X} : 6,1 (~x: 6,0)	\bar{X} : 4,3 (~x: 4,0)	\bar{X} : 5,6 (~x: 6,0)	\bar{X} : 4,0 (~x: 4,0)

Ein weiterer Block des Fragebogens befasste sich mit der subjektiven Kompetenzeinschätzung der involvierten Ärzt:innen hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Fragestellungen im Zusammenhang mit der Demenzversorgung. Wie sich zeigte, verbesserte sich diese gegenüber der t0-Erhebung in der IG in allen abgefragten Zusammenhängen (diagnostisches Vorgehen, Krankheitsmanagement, Leitlinienanwendung) teils deutlich.

3.2.9 Nutzungsgrad von ambulanten Unterstützungsangeboten

Hinsichtlich des Nutzungsgrads von ambulanten Unterstützungsangeboten (hypothetisch höher in der IG) wurden zunächst die Daten aus der elektronischen Fallakte – ohne Spezifikation eines Messzeitpunkts – hinsichtlich signifikanter Gruppenunterschiede betrachtet. Die Stichprobe der elektronische Fallakte bestand aus n = 200 Patient:innen in der IG und n = 47 Patient:innen in der KG1.

Unter den sieben Kategorien 1) Selbstständige Versorgung, 2) Versorgung durch Ehepartner:in, 3) Versorgung durch Angehörigen, 4) private Versorgung, 5) Versorgung im Pflegeheim, 6) palliative Versorgung und 7) Versorgung im Eigenheim waren lediglich bei der Versorgung durch Angehörige (p = 0,001) und private Versorgung (p = 0,014) – jeweils basierend auf dem Chi²-Test – leichte, aber signifikante Assoziationen der Gruppenzugehörigkeit mit der genutzten Unterstützung nachweisbar. Bei allen übrigen Kategorien konnten keinerlei Korrelationen oder Gruppenunterschiede beobachtet werden. Lediglich für die beiden signifikant verschiedenen Versorgungsvarianten (durch Angehörige und private Versorgung) waren in weiterer Folge tiefergehende Analysen mittels logistischer Regression (aufgrund der binären Kodierung, Nutzung ja (= 1) vs. nein (= 0)) indiziert. Adjustiert wurde hierbei zudem um das Alter und Geschlecht der Patient:innen (Tabelle 66). In diesen prädiktiven Analysen bestätigten sich die Signifikanzen aus den vorigen Analysen. Die Wahrscheinlichkeit, durch Angehörige versorgt zu werden, war in der IG um das 3,37-fache (337%) hochsignifikant erhöht (p < 0,001).

Die Chance, private Hilfe zu nutzen, war in der IG gar um das 7,93-fache höher ($p = 0,061$). Allerdings muss konstatiert werden, dass letzteres Regressionsmodell insgesamt nicht signifikant war ($p = 0,227$) – im Gegensatz zu dem Modell mit der Unterstützung durch Angehörige als Outcome. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen bzw. Zellbesetzungen der KG1 in beiden Analysen < 10 war, wodurch die Aussagekraft dieser Befunde limitiert ist. Das Pseudo- R^2 des signifikanten Regressionsmodells lag bei 0,088 – bei der Aufklärung der Varianz des Outcomes nicht sonderlich hoch, wenngleich auch nicht schlecht, da nur wenige Variablen aus dem großen Merkmal-Pool der elektronische Fallakte in das Modell eingeschlossen wurden. Als unerwarteten Befund konnten wir in diesem Modell wiederum einen hochsignifikanten Effekt des Geschlechts der Patient:innen nachweisen ($p < 0,001$): Die Wahrscheinlichkeit, durch Angehörige unterstützt zu werden, war bei Patientinnen um das 3,2-fache höher.

Tabelle 66: Nutzungsgrad von Unterstützungsangeboten: Logistische Regression

Angebot_Angehörige	Odds Ratio	Robust Std. Fehler	p	[95% Konf. Intervall]	
Gruppe (IG)	3.370	1.091	0.000	1.7871	6.3551
Geschlecht-Ang. (weiblich)	3.197	.696	0.000	2.0867	4.8975
Alter-Ang.	1.013	.028	0.644	.9598	1.0686
Konstante	.041	.092	0.957	.0005	3.2611

N = 244 / $p < 0,001$ / 95% Konfidenzintervalle
 Standardfehler adjustiert für 39 Cluster (Hausärzt:innen-Praxen)

Ergänzend zu den Daten aus der elektronischen Fallakte konnten wir mit den Angehörigenfragebögen eine Teilmenge der eben untersuchten Gesamt-Stichprobe (IG und KG1) hinsichtlich der (unterschiedlichen) Nutzung weiterer Unterstützungsangebote und einen (zeitlichen) Interventionseffekt evaluieren. Hierfür lagen uns zu jedem der vier Items „Keine [allgemein keine Inanspruchnahme]“, „Angehörigengruppen“, „Pflege-entlastende Angebote“ sowie „Sonstiges“ zu t_0 $n = 172$ sowie zum zweiten Messzeitpunkt t_1 $n = 107$ Beobachtungen vor.

Zum Zeitpunkt t_1 (wie auch zu t_0) lagen nur bei zwei Items signifikante Gruppenunterschiede vor: Keine Nutzung von Unterstützungsangeboten ($p = 0,084$) sowie die Nutzung von Angehörigengruppen ($p = 0,034$) wurden in der IG signifikant häufiger beobachtet. Dabei gab es keinen einzigen Fall in der KG1, der an Angehörigengruppen teilnahm – weshalb hier auf weitere Analysen verzichtet wurde. Hinsichtlich pflegeentlastender Angebote ($p = 0,225$) sowie sonstiger Unterstützungen ($p = 0,495$) konnte keine Signifikanz erreicht werden. Auf diesen Voranalysen aufbauend wurde ein logistisches Regressionsmodell für das Outcome „überhaupt keine Nutzung“ unter Adjustierung der t_0 -Messungen beider Items berechnet.¹⁷ In diesem

¹⁷ Auf eine Adjustierung soziodemographischer Merkmale wurde verzichtet, da – mit Ausnahme des Geschlechts bei „überhaupt keine Nutzung“ – keine Variable den Cut-Off-Wert von $p < 0,2$ in den Korrelationsanalysen zur Vorabselektion, siehe Vorgehen bei den psychosozialen Konstrukten, passieren konnte.

Modell war bzgl. überhaupt keiner Nutzung von Unterstützungsangeboten kein signifikanter Interventionseffekt nachweisbar ($p = 0,160$).

In der Gesamtbetrachtung aller Analysen bleibt festzuhalten, dass in Bezug auf die Versorgung/Unterstützung durch Angehörige und private Versorgung signifikante Gruppenunterschiede nachweisbar waren. Erstere Unterschiedlichkeit zwischen IG und KG1 bestätigte sich auch in den Regressionsanalysen. Mit Blick auf die fünf weiteren Unterstützungsvarianten, die in der elektronische Fallakte erfasst wurden, waren keine Unterschiede vorhanden. Auf Basis der Angehörigenfragebögen konnten Gruppenunterschiede bei der Nutzung von Angehörigengruppen und im Falle „überhaupt keine[r]“ Nutzung von Unterstützungsangeboten aufgezeigt werden. Bei beiden Outcomes war aber kein signifikanter Interventionseffekt nachweisbar.

3.2.10 Versorgungsstabilität

Bei der Evaluation der explorativen Frage zur Versorgungsstabilität in der IG gegenüber der KG1 konnten wir auf $n = 202$ Fälle zu t_0 sowie $n = 177$ Fälle zu t_1 zurückgreifen. Die Untersuchung eines Interventionseffekts über die Adjustierung der t_0 -Messung – wie bei den psychosozialen Endpunkten – war aufgrund der Datenstruktur (siehe Diskussion) nicht möglich. Betrachtet wurde hingegen die Stabilität der Versorgung – gemessen über das DSV – zu beiden Messzeitpunkten.

Zum Messzeitpunkt t_0 ergab das DSV, dass sich 89 von 163 Patient:innen der IG und 29 von 39 Patient:innen der KG1 in stabiler Versorgung befanden. Mittels χ^2 - und Cramér's V-Test ergab sich dabei ein schwache Korrelation ($r = 0,160$), die signifikant ausfiel ($p = 0,025$). Zum Zeitpunkt t_1 ergab das DSV eine stabile Versorgungssituation bei 89 von 144 Patient:innen in der IG sowie 26 von 33 Patient:innen in der KG1.. Ein Gruppenunterschied zu t_1 nahm folglich ab und war – mit einer schwachen Korrelation von $0,140$ nach Cramér's V zu t_1 nur marginal signifikant. Bei dem in der gesamten Evaluation zugrundegelegten Signifikanzniveau von 95% war die Hypothese eines Gruppenunterschieds daher abzulehnen ($p = 0,065$).

Bei den Patient:innen in kritischer/instabiler Versorgung wurden neben dem DSV zusätzlich die Assessments CMAI und NOSGER-II betrachtet. Dabei lag der Mittelwert beim NOSGER-II zu t_0 bei $81,11$ ($SD = 19,10$) und zu t_1 bei $84,47$ ($SD = 18,65$) – bei einem Wertebereich von 30 bis 150 (schlechtmöglicher Wert) sowie der mittlere Score beim CMAI – bei einem Wertebereich von 29 bis 203 (schlechtmöglicher Wert) – zu t_0 bei $44,64$ ($SD = 14,42$) und zu t_1 bei $44,60$ ($SD = 14,63$).

In Bezug auf die Stabilität der häuslichen Versorgung konnten wir beobachten, dass 4 von 14 Personen (29%) in der KG1 sowie 37 von 112 Personen (33%) in der IG in ein Pflegeheim umgezogen. Ein relevanter Unterschied zwischen den Gruppen war nicht zu erkennen.

3.2.11 Leitlinien-gerechte und spezifische Demenzdiagnostik und -therapie

Zur Evaluation der Verteilung von Leitlinien-gerechten Diagnosen auf IG und KG1 – mit dem Hintergrund der oft fehlenden Leitlinien-gerechten Diagnostik (vgl. Kap. 1, Problemfelder) und Demenzsensibilität (vgl. Kap. 2.2.3) – lagen uns zu t_0 $n = 247$ Patient:innen sowie zu t_1 $n = 221$ Patient:innen zur Analyse spezifischer Diagnosen zur Verfügung.

Hinsichtlich der Leitlinien-treue war kein signifikanter Unterschied nachweisbar ($p = 0,335$); ob sich Patient:innen der IG oder KG1 befanden, war bei der Diagnosestellung unerheblich. Gleiches war in Bezug auf die Diagnosespezifität erkennbar. Eine Assoziation von $-0,11$ (Cramer's V) sprach allerdings für einen sehr schwachen Zusammenhang der Gruppe mit der Spezifität.

In Kombination beider Aspekte – Leitlinien-treue und Spezifität der Demenzdiagnosen – zeigten sich (erwartungsgemäß) keine neuen Erkenntnisse im Hinblick auf eine Unterschiedlichkeit in IG vs. KG1 ($p = 0,214$). In Tabelle 67 wird abschließend die Verteilung der Fälle in IG und KG1 über die vier möglichen Diagnosemöglichkeiten dargestellt.

Tabelle 67: Leitlinien-treue und Spezifität der Demenzdiagnosen: Häufigkeiten der vier Typen

<i>Demenzdiagnose</i>	<i>Unspezifisch</i>	<i>Spezifisch</i>
Leitlinien-treue	9	76
Keine Leitlinien-treue	15	121

3.2.12 Angemessenheit der medikamentösen Behandlung

Im Behandlungszeitraum (01.10.2019 – 31.12.2022) wurden bei den Patient:innen der IG insgesamt 1568 Medikationsanalysen und bei den Patient:innen der KG1 119 Medikationsanalysen durchgeführt. Von den insgesamt 202 bzw. auswertbaren 198 rekrutierten Patienten der IG („Intention-to-treat“-Kollektiv) wurden 153 über die vorgesehene minimale Behandlungsdauer von mindestens neun bzw. elf Monaten (t_1) behandelt („Per-Protocol“-Kollektiv). In der KG1 erreichten 37 („Per-Protocol“-Kollektiv) von 47 eingeschlossenen Patienten („Intention-to-treat“-Kollektiv) die geplante Mindestbehandlungsdauer (t_1).

3.2.12.1 Medication Appropriateness Index (MAI)

Der MAI Summenscore (Summe der Punktzahl aller verordneten Arzneimittel für einen Patienten; max. 17 Punkte pro Arzneimittel) betrug im ITT-Kollektiv bei Patient:innen der IG zum Zeitpunkt t_0 durchschnittlich $15,24 \pm 12,78$ Punkte und reduzierte sich zum Zeitpunkt t_1 bzw. t_2 auf $7,50 \pm 9,54$ Punkte bzw. $7,64 \pm 9,84$ Punkte. Bei Patient:innen der KG1 lag der durchschnittliche MAI-Summenscore relativ unverändert im Bereich von 16,32 bis 16,84 Punkten zu den drei Messzeitpunkten (siehe Tabelle 68). Demnach war der MAI-Summenscore bei Studieneinschluss in beiden Gruppen vergleichbar hoch und unangemessen. In der IG war eine Verbesserung zu verzeichnen. Berechnet für das PP-Kollektiv betrug der MAI-Summenscore zum Zeitpunkt t_0 für Patient:innen der IG ($n = 153$) $14,02 \pm 11,93$ Punkte [95 %-KI: 12,11; 15,93] und für Patient:innen der KG1 ($n = 37$) $16,70 \pm 14,13$ Punkte [95 %-KI: 11,99; 21,41]. Damit können die ITT- und PP-Gruppe als gleichwertig erachtet werden.

Tabelle 68: MAI-Summenscore für Patient:innen der IG- und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

MAI Summen- score ITT Kollektiv	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=198)	t1 (n=153)	t2 (n=140)	t0 (n=47)	t1 (n=37)	t2 (n=35)
[M ± SD]	15,24 ± 12,78	7,50 ± 9,54	7,64 ± 9,84	16,32 ± 13,74	16,84 ± 14,25	16,69 ± 11,29
95 %-KI	[13,45; 17,03]	[5,97; 9,02]	[5,99; 9,28]	[12,28; 20,35]	[12,09; 21,59]	[12,81; 20,56]
Median	13	3	4	14	14	16
Spannweite	0 – 62	0 – 46	0 – 50	0 – 70	0 – 70	0 – 42
1. Quartil (25 %)	6	1	0	6	7	7
3. Quartil (75 %)	21	11	11	22	23	22,5

n: Anzahl Patient:innen ITT-Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall

Der Effekt der pharmazeutischen Medikationsanalyse auf die Angemessenheit der Medikation, gemessen als Reduktion des MAI-Summenscores, wurde zum Gruppenvergleich für das ITT-Kollektiv und PP-Kollektiv und zum Vergleich innerhalb der Gruppe für das PP-Kollektiv (Intervention erfolgt) berechnet (n = 140). Der mittlere MAI-Summenscore war zu t0 im ITT- und PP-Kollektiv der IG und KG1 nicht signifikant unterschiedlich (ITT-Kollektiv: -1,08 Punkte, 95-% KI: [-5,48; 3,31], p = 0,625; PP-Kollektiv: -2,68 Punkte, 95-% KI: [-7,74; 2,37], p = 0,291). Zu den Zeitpunkten t1 und t2 unterschieden sich die mittleren MAI-Summenscores zwischen den Gruppen dagegen signifikant (t1: -9,34 Punkte, 95-% KI: [-14,31; -4,37], p < 0,001, Effektstärke d = -0,88, [-1,25; -0,51]; t2: -9,05 Punkte, 95-% KI: [-13,24; -4,87], p < 0,001, Effektstärke d = -0,89, [-1,27; -0,51]). Die Effektstärken d > 0,8 entsprechen einem starken Effekt.

Der MAI-Summenscore wurde im Behandlungsverlauf signifikant reduziert (p = < 0,001). Die anschließend durchgeführten Post-hoc-Tests (Bonferroni-Korrektur) zeigten, dass ein signifikanter Unterschied zwischen t0 und t1 (p_{angepasst} = 0,000; Effektstärke d = 0,13) sowie t0 und t2 (p_{angepasst} = 0,000; Effektstärke d = 0,12) besteht. Die Effektstärken entsprechen einem sehr geringen Effekt.

Bei der Analyse der quartalsweisen Veränderung des MAI-Summenscores zwischen t0 und t1 wurden nur Patient:innen verglichen, für die eine Medikationsanalyse zum jeweiligen Messzeitpunkt erfolgt war (n = 141). Es war ein Trend über einen zunehmenden Effekt der pharmazeutischen Intervention über den Studienverlauf bis zur Medikationsanalyse nach zwölf Monaten ab Studieneinschluss zu erkennen. In Folge der pharmazeutischen Medikationsanalyse reduzierte sich der MAI-Summenscore nach dem ersten Quartal ab Studieneinschluss signifikant (p_{angepasst} = 0,004; Effektstärke d = 0,11). Ab Quartal 2 waren die quartalsweisen Abnahmen des MAI-Summenscores nicht mehr signifikant.

Der MAI-Patient:innenscore wird aus dem MAI-Summenscore geteilt durch die Anzahl der verordneten Arzneimittel ermittelt. Bezogen auf das ITT-Kollektiv reduzierte sich der MAI-Patient:innenscore bei Patient:innen der IG von durchschnittlich 2,10 ± 1,53 auf durchschnittlich 0,97 ± 1,13 Punkte zu t1 und auf durchschnittlich 0,91 ± 1,06 Punkte zu t2. In der KG1 blieb der MAI-Patient:innenscore über den Beobachtungszeitraum weitgehend unverändert (siehe Tabelle 69).

Tabelle 69: MAI-Patient:innenscore für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

MAI Patient:innenscore ITT Kollektiv	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=198)	t1 (n=153)	t2 (n=140)	t0 (n=47)	t1 (n=37)	t2 (n=35)
[M ± SD]	2,10 ± 1,53	0,97 ± 1,13	0,91 ± 1,06	2,35 ± 1,73	2,37 ± 1,77	2,32 ± 1,59
95 %-KI	[2,32; 1,89]	[0,79; 1,16]	[0,73; 1,09]	[1,84; 2,86]	[1,78; 2,96]	[1,78; 2,87]
Median	1,85	0,60	0,53	2,10	2,10	2,13
Spannweite	0 – 9	0 – 6	0 – 5	0 – 7,78	0 – 7,78	0 – 7
1. Quartil (25 %)	1	0,11	0	1,38	1,33	1,37
3. Quartil (75 %)	2,80	1,50	1,41	2,78	2,75	2,71

n: Anzahl Patient:innen ITT-Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall

Der MAI-Patient:innenscore betrug im PP-Kollektiv für die IG (n = 153) 2,04 ± 1,58 Punkte [95 %-KI: 1,79; 3,0] und für die KG1 (n = 37) 2,4 ± 1,75 Punkte [95 %-KI: 1,82; 2,99]. Beide Kollektive waren somit vergleichbar.

Der Effekt der pharmazeutischen Medikationsanalyse auf die Angemessenheit der Medikation, gemessen als Reduktion des MAI-Patient:innenscore, wurde zum Gruppenvergleich für das ITT-Kollektiv und PP-Kollektiv und zum Vergleich innerhalb der Gruppe für das PP-Kollektiv (Intervention erfolgt) berechnet (n = 140). Der mittlere MAI-Patient:innenscore war zu t0 im ITT- und PP-Kollektiv der IG und KG1 nicht signifikant unterschiedlich (ITT-Kollektiv: -0,25 Punkte, 95-% KI: [-0,8; 0,3], p = 0,368; PP-Kollektiv: -0,36 Punkte, 95-% KI: [-0,99; 0,27], p = 0,258). Zu den Zeitpunkten t1 und t2 unterschieden sich die mittleren MAI-Patient:innenscores zwischen den Gruppen dagegen signifikant (t1: -1,39 Punkte, 95-% KI: [-2,0; -0,78], p < 0,001, Effektstärke d = -1,09, [-1,47; -0,71]); t2: -1,41 Punkte, 95-% KI: [-1,98; -0,84], p < 0,001, Effektstärke d = -1,19, [-1,58; -0,8]). Die Effektstärken d > 0,8 entsprechen einem starken Effekt.

Der MAI-Patient:innenscore wurde im Behandlungsverlauf signifikant reduziert (p = < 0,001). Die anschließend durchgeführten Post-hoc-Tests (Bonferroni-Korrektur) zeigen, dass nur ein signifikanter Unterschied zwischen t0 und t1 (p_{angepasst} = 0,000; Effektstärke d = 0,14) sowie t0 und t2 (p_{angepasst} = 0,000; Effektstärke d = 0,14) besteht. Die Effektstärken entsprechen einem sehr geringen Effekt.

Bei der Analyse der quartalsweisen Veränderung des MAI-Patient:innenscores zwischen t0 und t1 wurden nur Patient:innen verglichen, für die eine Medikationsanalyse zum jeweiligen Messzeitpunkt erfolgt war (n = 141). Es war ein Trend eines zunehmenden Effekts der pharmazeutischen Intervention über den Studienverlauf bis zur Medikationsanalyse nach zwölf Monaten ab Studieneinschluss zu erkennen. In Folge der pharmazeutischen Medikationsanalyse reduzierte sich der MAI-Patient:innenscore nach dem ersten Quartal signifikant (p_{angepasst} = 0,000; Effektstärke d = 0,13). Ab Quartal 2 ab Studieneinschluss waren die quartalsweisen Abnahmen des MAI-Patient:innenscores nicht mehr signifikant.

Absolute und relative Häufigkeit der als unangemessen eingestuften Verordnungen je MAI-Kriterium sind in Tabelle 70 zusammengefasst.

Tabelle 70: Anteil und Anzahl der unangemessenen Verschreibungen pro Medication Appropriateness Kriterium für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0 t1, t2).

MAI-Kriterium	Unangemessene Arzneimittelverordnungen [% (n)]					
	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=1435)	t1 (n=1135)	t2 (n=1084)	t0 (n=322)	t1 (n=270)	t2 (n=264)
Indikation	14,1 (202)	5,1 (58)	4,4 (48)	18,9 (61)	18,1 (49)	17,4 (46)
Wirksamkeit	14,8 (212)	5,5 (62)	4,9 (53)	20,5 (66)	20,0 (54)	19,3 (51)
Dosierung	10,5 (150)	5,9 (67)	5,4 (58)	9,0 (29)	10,0 (27)	8,7 (23)
Korrekte Einnahmевorschrift	17 (244)	6,9 (78)	7,0 (76)	15,5 (50)	13,3 (36)	14 (37)
Praktikable Anwendungsvorschrift	9,5 (136)	7,9 (90)	6,7 (73)	11,5 (37)	11,9 (32)	11,7 (31)
Arzneimittel-Interaktion	12,8 (183)	8,5 (97)	9,7 (105)	8,7 (28)	7,8 (21)	8,7 (23)
Kontraindikation	7,0 (100)	4,2 (48)	5,2 (56)	7,1 (23)	7,4 (20)	5,7 (15)
Doppelmedikation	3,3 (48)	1,9 (22)	1,5 (16)	4,0 (13)	4,8 (13)	3,0 (8)
Therapiedauer	16,8 (241)	8,0 (91)	7,8 (85)	23,3 (75)	23,0 (62)	22,0 (58)

n: Anzahl Arzneimittelverordnungen; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; MAI: Medication Appropriateness Index

Die prozentuale Häufigkeit als unangemessen eingestufte Verordnungen wurde in der IG von t0 zu t1 insgesamt um durchschnittlich 5,8% reduziert. In der Kategorie „korrekte Einnahmевorschrift“ reduzierte sich die Einstufung um 10% und in den Kategorien „Wirksamkeit“ und „Indikation“ um je 9%.

3.2.12.2 Potenziell inadäquate Medikamente (PIM)

Zur Analyse der PIM wurde die Grundgesamtheit auf Patient:innen ≥ 65 Jahren eingegrenzt. In der IG bzw. KG 1 waren bei Studieneinschluss 98% (194/198) bzw. 96% (45/47) der Patient:innen ≥ 65 Jahre alt. Insgesamt wendeten die Patient:innen der IG zu t0 1413 Arzneimittel an, zu t1 1111 Arzneimittel und zu t2 1072 Arzneimittel. In der KG1 wendeten die Patient:innen zu t0 insgesamt 309 Arzneimittel, zu t1 262 Arzneimittel und zu t2 256 Arzneimittel an. Die Verordnungen von PIM wurden nach Art der Klassifizierung (FORTA D, PRISCUS, STOPP) analysiert.

Die absoluten und relativen Verordnungshäufigkeiten von PIM sind nach Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkten in Tabelle 71 dargestellt.

Tabelle 71: Verordnung von potenziell inadäquaten Arzneimitteln bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=194)	t1 (n=149)	t2 (n=138)	t0 (n=45)	t1 (n=36)	t2 (n=34)
FORTA D – Arzneimittel						
[M \pm SD]	0,20 \pm 0,44	0,15 \pm 0,42	0,17 \pm 0,40	0,16 \pm 0,37	0,19 \pm 0,40	0,21 \pm 0,41
95 %-KI	[0,14; 0,26]	[0,09; 0,22]	[0,11; 0,24]	[0,05; 0,27]	[0,06; 0,33]	[0,06; 0,35]
Spannweite	0 – 2	0 – 2	0 – 2	0 – 1	0 – 1	0 – 1
Anteil Patient:innen mit ≥ 1 FORTA D - AM [% (n)]	18,6 (36)	13,4 (20)	16,7 (23)	15,6 (7)	19,4 (7)	20,6 (7)
PRISCUS – Arzneimittel						
[M \pm SD]	0,11 \pm 0,35	0,09 \pm 0,28	0,13 \pm 0,38	0,27 \pm 0,50	0,25 \pm 0,50	0,18 \pm 0,39
95 %-KI	[0,06; 0,16]	[0,04; 0,13]	[0,07; 0,19]	[0,12; 0,42]	[0,08; 0,42]	[0,04; 0,31]
Spannweite	0 – 2	0 – 1	0 – 2	0 – 2	0 – 2	0 – 1
Anteil Patient:innen mit ≥ 1 PRISCUS - AM [% (n)]	10,3 (20)	8,7 (13)	11,6 (16)	24,4 (11)	22,2 (8)	17,6 (6)
STOPP – Arzneimittel						
[M \pm SD]	1,70 \pm 1,65	0,93 \pm 1,20	0,91 \pm 1,27	1,91 \pm 1,72	2,00 \pm 1,84	1,94 \pm 1,76
95 %-KI	[1,46; 1,93]	[0,73; 1,12]	[0,7 ;1,13]	[1,4; 2,43]	[1,38; 2,62]	[1,33; 2,55]
Spannweite	0 – 8	0 – 6	0 – 7	0 – 7	0 – 7	0 – 6
Anteil Patient:innen mit ≥ 1 STOPP - AM [% (n)]	73,7 (143)	50,3 (75)	47,8 (66)	77,8 (35)	77,8 (28)	76,5 (26)

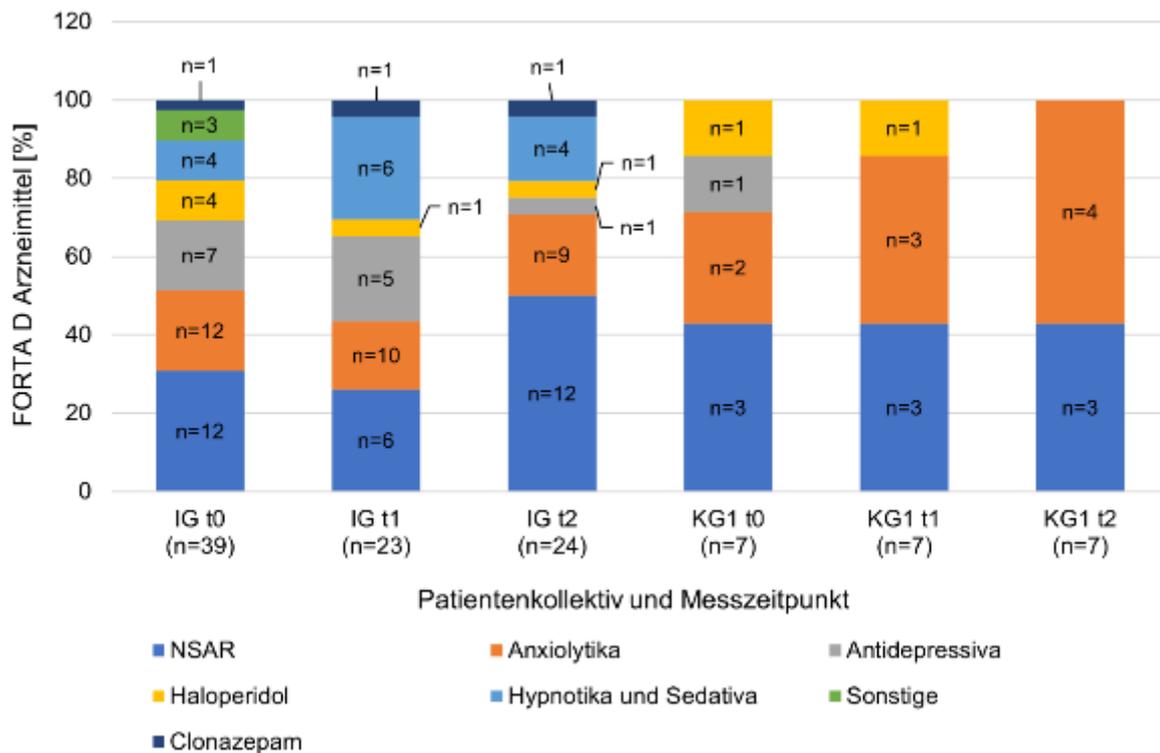
n: Anzahl Patient:innen ITT-Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall; AM: Arzneimittel

Die durchschnittliche Anzahl verordneter PIM nach FORTA D war zu allen drei Messzeitpunkten nicht signifikant unterschiedlich zwischen IG und KG1 (t0: 0,045, 95-% KI: [-0,08; 0,171], $p = 0,473$; t1: -0,04, 95-% KI: [-1,9; 0,11], $p = 0,596$; t2: -0,03, 95-% KI: [-0,19; 0,13], $p = 0,684$). Die durchschnittliche Reduktion der Anzahl von PIM nach FORTA D war in der IG von t0 zu t1 und t2 ebenfalls nicht signifikant ($p = 0,401$). Hingegen konnte der prozentuale Anteil an Patient:innen, denen mindestens ein PIM nach der FORTA-Liste Kategorie D verordnet wurde, in der IG über den Behandlungsverlauf deskriptiv reduziert werden, während in der KG1 der Anteil an Patient:innen deutlich zunahm.

Die Verordnungshäufigkeit von PIM der FORTA-Liste Kategorie D bezogen auf die Gesamtheit verordneter Arzneimittel lag in der IG zu t0 bei 2,8% (39/1413), zu t1 bei 2,1% (23/1111) und zu t2 bei 2,2% (24/1072). In der KG1 lag sie zu t0 bei 2,3% (7/309), zu t1 bei 2,7% (7/262) und zu t2 bei 2,7% (7/256).

Die absoluten und relativen Verordnungshäufigkeiten der Arzneimittel der FORTA-Liste Kategorie D sind in Abbildung 10 nach Wirkstoffklasse (ATC-Code 3. Ebene) dargestellt. Wenn nur ein Wirkstoff einer Wirkstoffklasse betroffen war, wurde dieser abgebildet (ATC-Code 5. Ebene).

Abbildung 10: Verordnungshäufigkeiten von Arzneimitteln nach der FORTA-Liste Kategorie D bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (n: Anzahl FORTA D-Arzneimittel ITT Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).



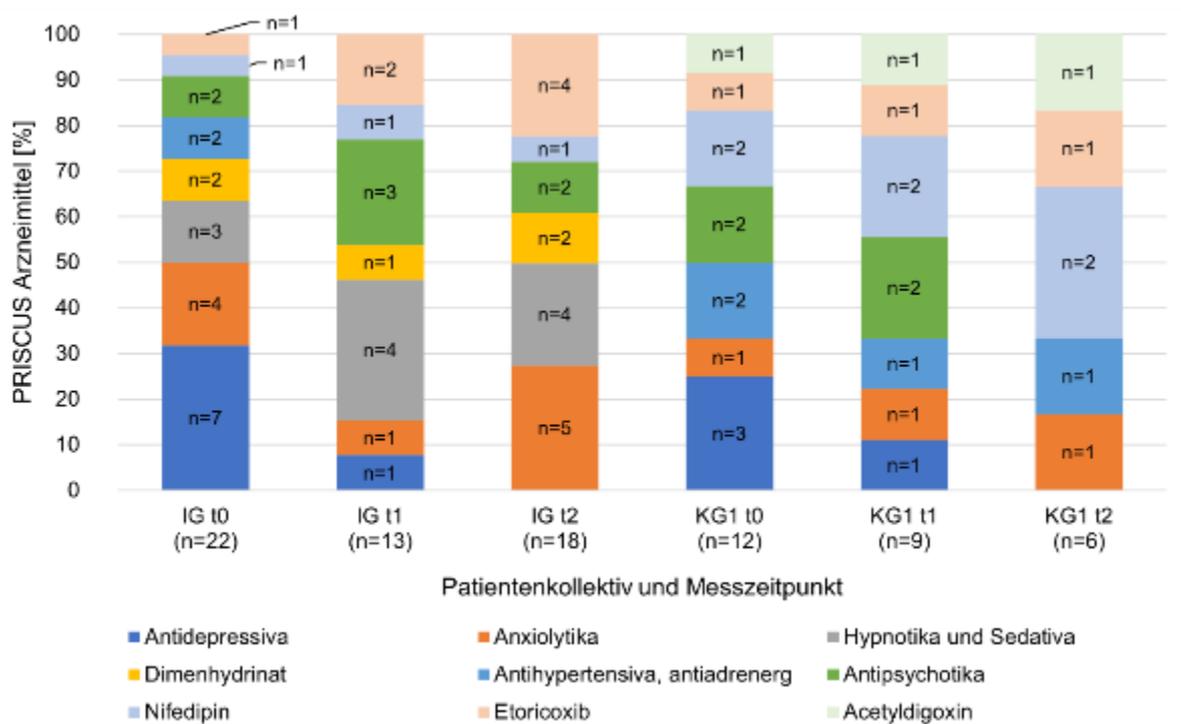
Die durchschnittliche Anzahl verordneter PIM nach der PRISCUS-Liste war zu allen drei Messzeitpunkten nicht signifikant unterschiedlich zwischen IG und KG1 (t0: -0,15, 95-% KI: [-0,31; 0], $p = 0,0540$; t1: -0,16, 95-% KI: [-0,34; 0,01], $p = 0,067$; t2: -0,05, 95-% KI: [-0,19; 0,1], $p = 0,535$). Die durchschnittliche Reduktion der Anzahl von PIM nach PRISCUS-Liste war in der IG von t0 zu t1 und t2 ebenfalls nicht signifikant ($p = 0,58$).

Der prozentuale Anteil an Patient:innen, denen mindestens ein PIM nach der PRISCUS-Liste verordnet wurde, konnte in der IG über den Behandlungsverlauf deskriptiv reduziert werden. In der KG1 nahm der prozentuale Anteil ebenfalls ab.

Die Verordnungshäufigkeit von PIM der PRISCUS-Liste bezogen auf die Gesamtheit verordneter Arzneimittel lag in der IG zu t0 bei 1,6% (22/1413), zu t1 bei 1,2% (13/1111) und zu t2 bei 1,7% (18/1072). In der KG1 lag sie zu t0 bei 3,9% (12/309), zu t1 bei 3,4% (9/262) und zu t2 bei 2,3% (6/256).

Die absoluten und relativen Verordnungshäufigkeiten der Arzneimittel der PRISCUS-Liste sind in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** nach Wirkstoffklasse (ATC-Code 3. Ebene) dargestellt. Wenn nur ein Wirkstoff einer Wirkstoffklasse betroffen war, wurde dieser abgebildet (ATC-Code 5. Ebene).

Abbildung 11: Verordnungshäufigkeiten von Arzneimitteln nach der PRISCUS-Liste bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (n: Anzahl PRISCUS-Arzneimittel ITT Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).



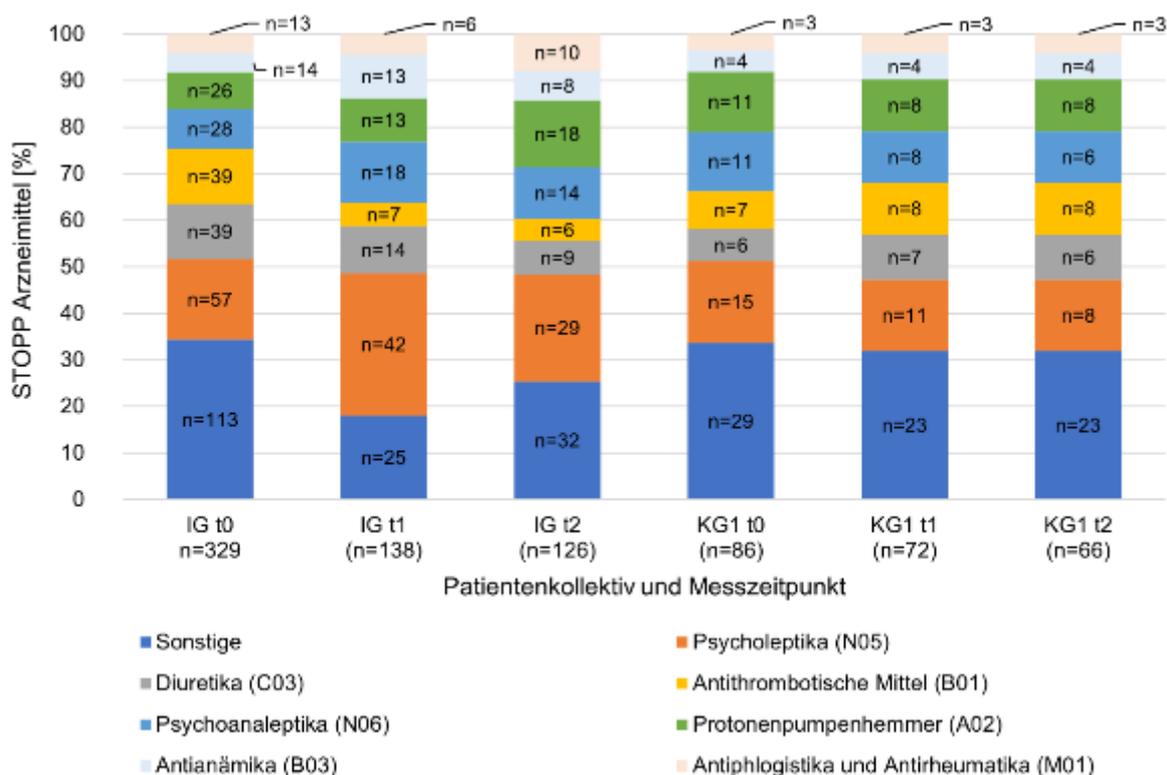
Die durchschnittliche Anzahl verordneter PIM nach den STOPP-Kriterien war zu t0 nicht signifikant unterschiedlich zwischen IG und KG1 (-2,15, 95-% KI: [-0,78; 0,35], $p = 0,448$). Zu den Zeitpunkten t1 und t2 unterschied sich die durchschnittliche Anzahl von PIM nach den STOPP-Kriterien dagegen signifikant (t1: -1,07, 95-% KI: [-1,72; -0,43], $p = 0,002$, Effektstärke $d = -0,8$, [-1,17; -0,43]; t2: -1,03, 95-% KI: [-1,67; -0,38], $p = 0,003$, Effektstärke $d = -0,75$, [-1,13; -0,36]). Die Anzahl von PIM nach den STOPP-Kriterien wurde in der IG über den Studienverlauf signifikant reduziert ($p < 0,001$). Die anschließend durchgeführten Post-hoc-Tests (Bonferroni-Korrektur) zeigen, dass nur ein signifikanter Unterschied zwischen t0 und t1 ($p_{\text{angepasst}} = 0,000$; Effektstärke $d = 0,1$) sowie t0 und t2 ($p_{\text{angepasst}} = 0,000$; Effektstärke $d = 0,1$) besteht. Die Effektstärken entsprechen keinem bis einem sehr schwachen Effekt. Von t1 zu t2 konnte die Anzahl verordneter PIM nicht weiter signifikant reduziert werden ($p_{\text{angepasst}} = 1,000$).

Der prozentuale Anteil an Patient:innen, denen mindestens ein PIM nach der STOPP-Kriterien verordnet wurde, konnte in der IG über den Behandlungsverlauf deskriptiv reduziert werden. In der KG1 blieb der prozentuale Anteil weitestgehend gleich.

Die Verordnungshäufigkeit von PIM der STOPP-Kriterien bezogen auf die Gesamtheit verordneter Arzneimittel lag in der IG zu t0 bei 23,3% (329/1413), zu t1 bei 12,4% (138/1111) und zu t2 bei 11,8% (126/1072). In der KG1 lag sie zu t0 bei 27,8% (86/309), zu t1 bei 27,5% (72/262) und zu t2 bei 25,8% (66/256).

Die absoluten und relativen Verordnungshäufigkeiten der Arzneimittel der STOPP-Kriterien sind in Abbildung 12 nach Wirkstoffklasse (ATC-Code 2. Ebene) für die sieben am häufigsten betroffenen Wirkstoffklassen dargestellt. Unter die Klasse „Sonstige“ fallen in der IG Wirkstoffe aus 26 ATC-Code Gruppen und in der KG1 Wirkstoffe aus 15 ATC-Code Gruppen.

Abbildung 12: Verordnungshäufigkeiten von Arzneimitteln nach den STOPP-Kriterien bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (n: Anzahl STOPP-Arzneimittel ITT Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).



3.2.12.3 Arzneimittelbezogene Probleme (AbP)

In der IG wurden insgesamt 4630 AbP über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg erfasst. In der KG1 waren es insgesamt 713 AbP. Die Anzahl der AbP nahm in der IG über die Behandlungsdauer ab, während sie in der KG unverändert blieb (siehe Tabelle 72).

Tabelle 72: Arzneimittelbezogene Probleme (AbP) Kriterien bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

AbP	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=198)	t1 (n=153)	t2 (n=140)	t0 (n=47)	t1 (n=37)	t2 (n=35)
[M \pm SD]	4,97 \pm 3,56	2,39 \pm 2,82	2,20 \pm 3,5	5,81 \pm 3,56	6,00 \pm 3,5	6,23 \pm 3,49
95 %-KI	[4,47; 5,47]	[1,94; 2,84]	[1,61; 2,79]	[4,76; 6,85]	[4,83; 7,17]	[5,03; 7,43]
Median	4	2	1	5	6	6
Spannweite	0 – 19	0 – 14	0 – 25	0 – 14	0 – 14	0 – 13
Anteil Patient:innen mit ≥ 1 AbP [% (n)]	98 (194)	67,3 (103)	51,4 (72)	95,7 (45)	97,3 (36)	97,1 (34)

n: Anzahl Patient:innen ITT-Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall

Die durchschnittliche Anzahl an AbP unterschied sich zwischen IG und KG1 zu t0 nicht signifikant (-0,84, 95-% KI: [-2,0; 0,31], p = 0,151). Dagegen unterschied sich die Anzahl an AbP zu t1 und t2 zwischen IG und KG1 signifikant (t1: -3,61, 95-% KI: [-4,85; -2,36], p < 0,001, Effektstärke

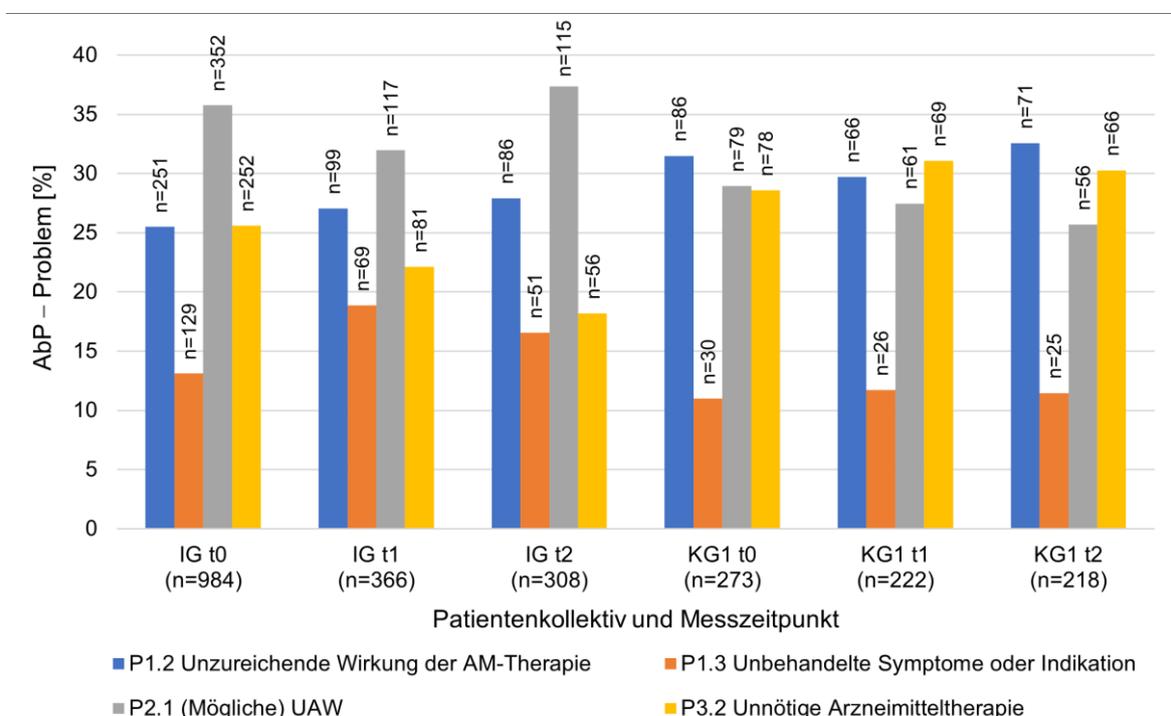
$d = -1,22$, $[-1,6; -0,84]$; $t_2: -4,03$, 95-% KI: $[-5,35; -2,7]$, $p < 0,001$, Effektstärke $d = -1,15$, $[-1,54; -0,69]$). Die Effektstärken nach Cohen entsprechen einem starken Effekt. Die Anzahl an AbP wurde in der IG über den Behandlungsverlauf signifikant reduziert ($p = <0,001$). Die anschließend durchgeführten Post-hoc-Tests (Bonferroni-Korrektur) zeigen, dass nur ein signifikanter Unterschied zwischen t_0 und t_1 ($p_{\text{angepasst}} = 0,000$; Effektstärke $d = 0,12$) sowie t_0 und t_2 ($p_{\text{angepasst}} = 0,000$; Effektstärke $d = 0,15$) besteht. Die Effektstärken entsprechen einem sehr geringen Effekt. Von t_1 zu t_2 konnte keine signifikante Reduktion der AbP erreicht werden ($p = 0,454$).

In der IG wurden zu t_0 16,3% (160/984) der AbP als potenziell eingeschätzt, zu t_1 10,9% (40/366) und zu t_2 6,2% (19/308). In der KG1 wurden zu t_0 35,5% (97/273) der AbP als potenziell eingeschätzt, zu t_1 36,5% (81/222) und zu t_2 38,1% (83/218).

Die weitere Analyse der AbP erfolgte gemäß den fünf Ebenen der Klassifizierung nach PCNE: Probleme, Ursachen, geplante Intervention, Akzeptanz der Intervention und Bearbeitungsstatus. Zusätzlich wurde die klinische Relevanz der erfassten AbP analysiert.

Auf der Ebene „Probleme“ lag in der IG die Kategorie P2.1 „Mögliche UAW“ zu allen Messzeitpunkten am häufigsten (rund 30%) vor. In der KG1 waren P1.2 „Unzureichende Wirkung der AM-Therapie“ und P3.2 „Unnötige Arzneimitteltherapie“ am häufigsten. Am seltensten wurde in beiden Gruppen die Kategorie P1.3 „Unbehandelte Symptome oder Indikation“ beobachtet (siehe Abbildung 13). Während das Verteilungsmuster der Problemkategorien zwischen IG und KG1 unterschiedlich war, blieb es im Behandlungsverlauf ähnlich.

Abbildung 13: Prozentuale Verteilung der Arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) auf der Ebene „Problem“ nach PCNE Version 9.1 (278) bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t_0 = Studieneinschluss, $t_1 = 9$ bzw. 11 Monate, t_2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).



Die absoluten und relativen Häufigkeiten der AbP-Ebene „Ursachen“ sind in Tabelle 73 dargestellt. Die Analyse der Ebene „Ursachen“ zeigt, dass die Kategorie C1.3 „AM ohne Indikation“ in der IG zu t_0 und in der KG1 zu allen Messzeitpunkten am häufigsten vorliegt. Das am häufigsten in der IG zu t_0 ohne bekannte Indikation verordnete Arzneimittel ist Pantoprazol mit 6,7% (14/209). Zu t_1 ist die häufigste Ursache für ein AbP in der IG C1.6 „Indikation ohne AM“,

das am häufigsten betroffene Arzneimittel ist Colecalciferol bei Sturzneigung mit 26,1% (18/69). Zu t2 ist die häufigste Ursache für ein AbP C3.5 „Hinweise zum Einnahmezeitpunkt falsch, unklar oder fehlend“, das am häufigsten betroffene Arzneimittel ist auch hier Pantoprazol mit 23,2% (13/56).

Tabelle 73: Prozentuale Verteilung der Arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) auf der Ebene „Ursache“ für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

Ursachenkategorie	Arzneimittelbezogene Probleme [% (n)]					
	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=984)	t1 (n=366)	t2 (n=308)	t0 (n=273)	t1 (n=222)	t2 (n=218)
C1.1 Ungeeignetes AM für Indikation (Evidenz)	1,3 (13)	1,1 (4)	0,7 (2)	1,5 (4)	1,4 (3)	1,8 (4)
C1.2 Ungeeignetes AM (Kontraindikation)	7,7 (76)	6,3 (23)	8,1 (25)	8,8 (24)	8,6 (19)	7,8 (17)
C1.3 AM ohne Indikation	21,2 (209)	14,8 (54)	11,0 (34)	23,8 (65)	24,3 (54)	24,3 (53)
C1.4 Interaktion	9,8 (96)	9,3 (34)	12,3 (38)	5,1 (14)	5,0 (11)	5,1 (11)
C1.5 Doppelverordnung	1,6 (16)	1,6 (6)	2,3 (7)	1,5 (4)	1,8 (4)	1,4 (3)
C1.6 Indikation ohne AM	13,1 (129)	18,9 (69)	16,6 (51)	11,0 (30)	11,7 (26)	11,5 (25)
C1.7 Mehrfachverordnung	0,7 (7)	1,1 (4)	0	0,4 (1)	0,5 (1)	0,5 (1)
C2.1 Ungeeignete AM-Form	0,8 (8)	0,3 (1)	0,7 (2)	0	0	0,5 (1)
C3.1 Dosis zu niedrig	4,3 (42)	4,4 (16)	3,3 (10)	6,2 (17)	6,3 (14)	5,1 (11)
C3.2 Dosis zu hoch	7,7 (76)	8,5 (31)	9,4 (29)	4,4 (12)	5,0 (11)	4,1 (9)
C3.3 Dosisintervall zu lang	1,2 (12)	1,1 (4)	2,3 (7)	2,2 (6)	2,3 (5)	2,3 (5)
C3.4 Dosisintervall zu kurz	3,3 (32)	4,9 (18)	3,9 (12)	5,1 (14)	5,4 (12)	4,6 (10)
C3.5 Hinweise zum Einnahmezeitpunkt falsch/unklar/ fehlend	20,3 (200)	17,2 (63)	18,2 (56)	15,8 (43)	13,1 (29)	14,7 (32)

Fortsetzung Tabelle 73: Prozentuale Verteilung der Arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) auf der Ebene „Ursache“ für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

Ursachenkategorie	Arzneimittelbezogene Probleme [% (n)]					
	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=984)	t1 (n=366)	t2 (n=308)	t0 (n=273)	t1 (n=222)	t2 (n=218)
C4.1 Therapiedauer zu lang	3,2 (31)	5,5 (20)	6,5 (20)	2,6 (7)	3,6 (8)	3,7 (8)
C7.1 Non-Adhärenz	0,7 (7)	1,6 (6)	2,3 (7)	10,0 (27)	9,0 (20)	10,1 (22)
C7.9 Patient nicht fähig AM(-form) wie verordnet anzuwenden	1,2 (12)	1,4 (5)	1,2 (4)	0,4 (1)	0,5 (1)	0,5 (1)
C8.3 Info zu AM-Therapie unvollständig/ fehlend	1,7 (17)	0,8 (3)	0,7 (2)	1,5 (4)	1,8 (4)	2,3 (5)
C9.1 Kein/ unzureichendes Monitoring	0,3 (3)	1,4 (5)	0,7 (2)	0	0	0

n: Anzahl AbP ITT-Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; AM: Arzneimittel

In beiden Gruppen waren die prozentual häufigsten Ursachen für AbP die Kategorien C1.1 „Ungeeignetes AM für die Indikation“, C1.3 „AM ohne Indikation“ und C3.5 „Hinweise zum Einnahmezeitpunkt falsch, unklar oder fehlend“. Während in der KG1 die prozentualen Häufigkeiten meistens über den Behandlungsverlauf gleichblieben, waren in der IG eine Abnahme bei den Kategorien C1.3 „AM ohne Indikation“ und C3.5 „Hinweise zum Einnahmezeitpunkt falsch, unklar oder fehlend“ deskriptiv zu beobachten.

In der KG1 waren keine auffälligen Veränderungen der absoluten und relativen Häufigkeiten in den betroffenen Kategorien zu den drei Messzeitpunkten zu erkennen.

Die AbP wurden durch insgesamt 192 Wirkstoffe aus 38 Wirkstoffklassen verursacht. Die Analyse nach Wirkstoffklassen ist in Tabelle 74 dargestellt. Während 80% der AbP durch Wirkstoffe von 12 Wirkstoffklassen verursacht wurden, wurden die restlichen 20% durch Wirkstoffe aus weiteren 25 Wirkstoffklassen verursacht und sind damit sehr heterogen verteilt.

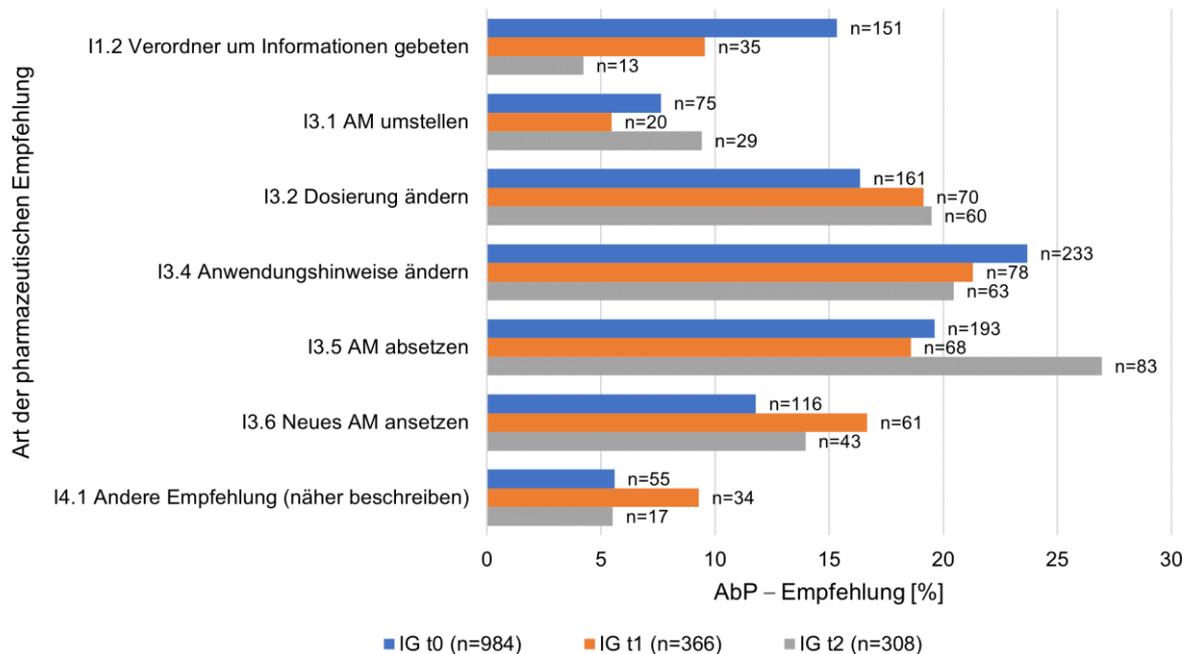
Tabelle 74: Prozentuale Verteilung der Arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) verursachenden Wirkstoffklassen für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

Wirkstoffklasse (ATC-Code)	AbP verursachende Wirkstoffe nach Wirkstoffklasse [% (n)]					
	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=1118)	t1 (n=417)	t2 (n=360)	t0 (n=295)	t1 (n=240)	t2 (n=234)
Antithrombotische Mittel (B01)	10,6 (118)	8,8 (37)	5 (18)	6,4 (19)	6,7 (16)	6,8 (16)
Analgetika (N02)	8,4 (94)	5,5 (23)	6,9 (25)	3,1 (9)	2,1 (5)	1,3 (3)
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	8,3 (93)	8,2 (34)	10 (36)	9,5 (28)	8,3 (20)	9,4 (22)
Psycholeptika (N05)	7,9 (88)	11,0 (46)	12,0 (43)	7,8 (23)	10,0 (24)	6,4 (15)
Psychoanaleptika (N06)	7,1 (79)	9,4 (39)	7,8 (28)	8,5 (25)	7,9 (19)	5,6 (13)
RAS-Hemmer (C09)	6,1 (68)	6,0 (25)	6,4 (23)	7,5 (22)	9,2 (22)	7,7 (18)
Diuretika (C03)	5,5 (62)	4,8 (20)	5,0 (18)	8,5 (25)	7,9 (19)	8,6 (20)
Antianämika (B03)	4,7 (53)	8,2 (34)	7,5 (27)	2,7 (8)	3,3 (8)	3,9 (9)
Betablocker (C07)	4,7 (52)	3,6 (15)	3,1 (11)	8,1 (24)	6,7 (16)	7,7 (18)
Schilddrüsentherapie (H03)	4,5 (50)	2,6 (11)	2,2 (8)	4,1 (12)	4,2 (10)	4,3 (10)
Vitamine (A11)	3,9 (42)	6,2 (26)	5,8 (21)	4,1 (12)	4,2 (10)	3,9 (9)
Lipidsenker (C10)	3,3 (37)	3,6 (15)	2,8 (10)	4,1 (12)	4,2 (10)	4,7 (11)
Calciumkanalblocker (C08)	3,0 (34)	4,1 (17)	3,6 (13)	3,4 (10)	5,0 (12)	5,1 (12)
Sonstige	22,2 (248)	18,0 (75)	21,9 (79)	22,4 (66)	20,4 (49)	24,8 (58)

n: Anzahl AbP verursachende Wirkstoffe ITT-Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; AbP: Arzneimittelbezogenes Problem; ATC: Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch; RAS: Renin-Angiotensin-System

Eine pharmazeutische Empfehlung zu detektierten AbP wurde nur in der IG gegeben. Die Verteilung nach der Art der pharmazeutischen Empfehlung ist in Abbildung 14 für die verschiedenen Messzeitpunkte dargestellt. Interventionen wurden den behandelnden Hausärzt:innen vorgeschlagen, eine aktive Intervention durch klinische Pharmazeuten war in dem Studiensetting nicht vorgesehen. Im Folgenden werden die Interventionen daher als Empfehlungen bezeichnet.

Abbildung 14: Prozentuale Häufigkeit der Empfehlungen zu Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) nach PCNE Version 9.1 (278) bei Patient:innen der IG im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende).

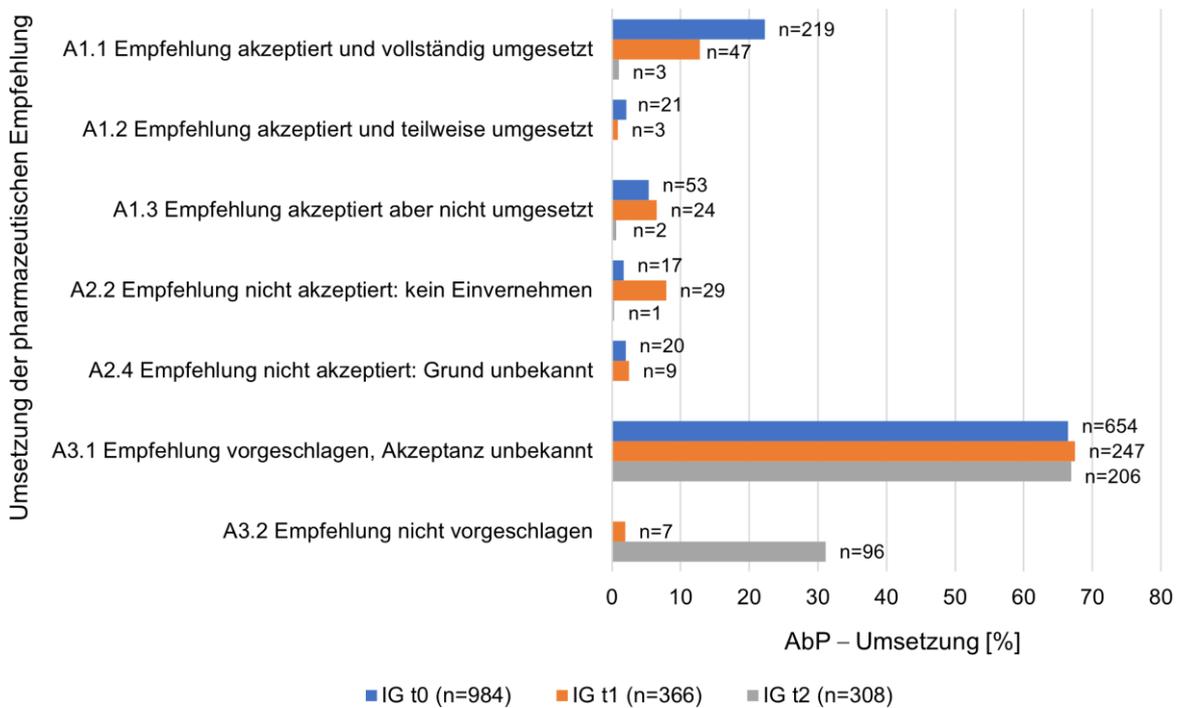


Die prozentuale Häufigkeit der Empfehlungen die Dosierung (I3.2) oder Anwendungshinweise (I3.4) zu ändern sowie ein Arzneimittel abzusetzen (I3.5) lag über den Behandlungsverlauf zwischen 15% und 25%. Die Empfehlung weitere Informationen bereitzustellen (I1.2) war über den Behandlungsverlauf rückläufig. Die Empfehlungen ein Arzneimittel umzustellen (I3.1), ein neues Arzneimittel anzusetzen (I3.6) sowie sonstige näher beschriebene Empfehlungen (I4.1) wurden zu allen Zeitpunkten am wenigsten häufig gegeben.

Unter I4.1 fielen beispielweise Empfehlungen zum Monitoring von Parametern wie Blutdruck, INR und Kaliumspiegel oder Empfehlungen zur Beratung durch Fachärzt:innen z. B. bei erhöhtem Blutungsrisiko unter Verordnung von Anagrelid und ASS bei Thrombozythämie.

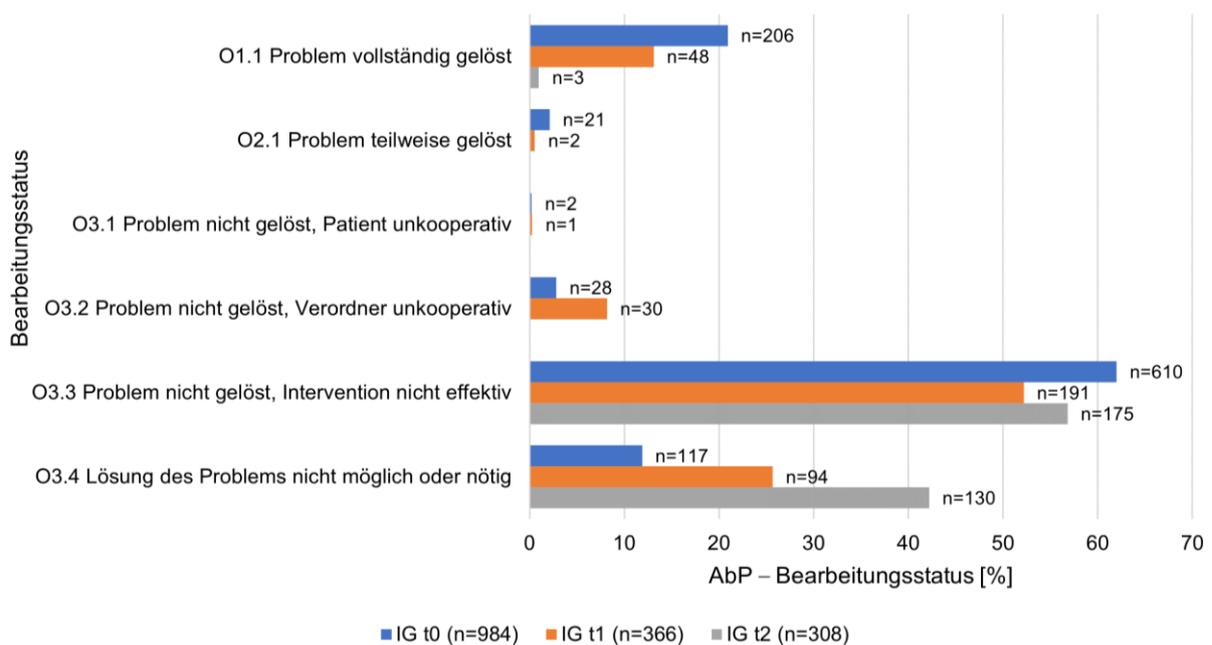
Die Umsetzung der pharmazeutischen Empfehlung für die in der IG gegebenen Empfehlungen ist in Abbildung 15 dargestellt. Für nahezu 70% der Empfehlungen war zu allen drei Messzeitpunkten die Akzeptanz unbekannt. In immerhin rund 20% der Fälle wurde zum Zeitpunkt t0 die Empfehlung umgesetzt. Eine Empfehlung wurde beispielsweise nicht vorgeschlagen, wenn die Medikationsanalyse zum individuellen Behandlungsende erfolgte und der Patient bereits aus der Studie entlassen worden war.

Abbildung 15: Prozentuale Häufigkeit der Umsetzung von Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) in der IG im ITT-Kollektiv nach PCNE Version 9.1 (278) im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende).



Aus der Umsetzung der pharmazeutischen Empfehlung resultiert der Bearbeitungsstatus des AbP, der in Abbildung 16 dargestellt ist.

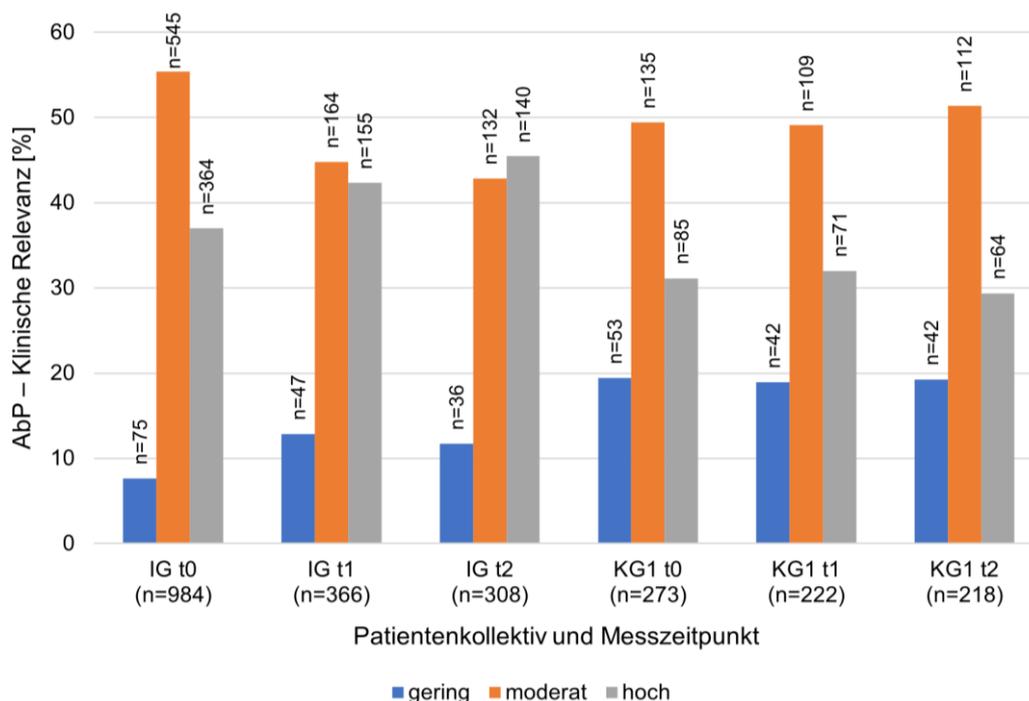
Abbildung 16: Prozentuale Häufigkeit des Bearbeitungsstatus von Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) in der IG im ITT-Kollektiv nach PCNE Version 9.1 (278) im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende).



Der am häufigsten vorliegende Bearbeitungsstatus eines AbP war zu allen Messzeitpunkten O3.3 „Problem nicht gelöst, Intervention nicht effektiv“ mit 62% (610/984) zu t0, 52% (191/366) zu t1 und 57% (175/308) zu t2.

Die als klinisch relevant erfassten AbP sind nach Patient:innenkollektiv und Messzeitpunkten in Abbildung 17 dargestellt. Die klinische Relevanz der AbP wurde in der IG und KG1 zu allen Messzeitpunkten am häufigsten als moderat und zu 30% bis 40% als hoch relevant eingestuft.

Abbildung 17: Prozentuale Häufigkeit der klinischen Relevanz von Arzneimittelbezogenen Problemen (AbP) bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv nach PCNE Version 9.1 (278) im Behandlungsverlauf (n: Anzahl AbP ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).



3.2.12.4 Risikoarzneimittel

Bei Studieneinschluss (t0) wurden bei den Patient:innen der IG durchschnittlich $7,25 \pm 3,56$ Arzneimittel und in der KG1 $6,85 \pm 3,14$ Arzneimittel verordnet. Die Anzahl der verordneten Arzneimittel unterscheidet sich zwischen IG und KG1 zu allen drei Messzeitpunkten nicht signifikant (t0: $p = 0,45$; t1: $p = 0,846$; t2: $p = 0,758$). Die Anzahl der verordneten Arzneimittel konnte in der IG im Studienverlauf nicht reduziert werden (siehe Tabelle 75).

Tabelle 75: Anzahl der von den Hausärzt:innen dokumentierten Arzneimittel für Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

Arzneimittel	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=198)	t1 (n=153)	t2 (n=140)	t0 (n=47)	t1 (n=37)	t2 (n=35)
[M ± SD]	7,25 ± 3,56	7,42 ± 3,63	7,74 ± 3,69	6,85 ± 3,14	7,30 ± 3,32	7,54 ± 3,56
95 %-KI	[6,75; 7,75]	[6,84; 8,0]	[7,13; 8,36]	[5,93; 7,77]	[6,19; 8,40]	[6,39; 8,70]
Median	7	7	7	7	7	8
Spannweite	0 – 24	1 – 19	0 – 17	1 – 15	1 – 15	1 – 15

n: Anzahl Patient:innen ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende M: Mittelwert; SD: Standardabweichung

Die absoluten und relativen Verordnungshäufigkeiten von Risikoarzneimitteln in der IG und KG1 sind nach Messzeitpunkten in der Tabelle 76 aufgeführt. Es wurden nur die Risikoarzneimittel analysiert, bei denen das Absetzen empfohlen wurde, da nicht jedes Risikoarzneimittel inadäquat verordnet war.

Für die verordneten Risikoarzneimittel wurde in der IG zu t0 bei 46%, zu t1 bei 30 % und zu t2 bei 27% eine Empfehlung zum Absetzen gegeben. In der KG1 wäre ein Absetzen der verordneten Risikoarzneimittel zu t0 bei 58%, zu t1 bei 57% und zu t2 bei 54% indiziert gewesen. Der Anteil von Patient:innen mit einer Verordnung von ≥ 1 abzusetzendem Risikoarzneimittel reduzierte sich in der IG von 48,5% (96/198) zu t0 auf 34,6% (53/153) zu t1 und 35% (49/140) zu t2. In der KG1 blieb der Anteil an Patient:innen mit einer Verordnung von ≥ 1 abzusetzendem Risikoarzneimittel im Behandlungsverlauf weitestgehend gleich (t0: 55,3% (26/47); t1: 59,5% (22/37); t2: 60% (21/35)).

Die Anzahl abzusetzender Risikoarzneimittel wurde in der IG über den Studienverlauf signifikant im Mittelwert reduziert ($p = 0,022$). Die anschließend durchgeführten Post-hoc-Tests (Bonferroni-Korrektur) zeigen, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten besteht (t0 - t1: $p_{\text{angepasst}} = 0,34$; t0 - t2: $p_{\text{angepasst}} = 0,696$; t1 - t2: $p_{\text{angepasst}} = 1,000$).

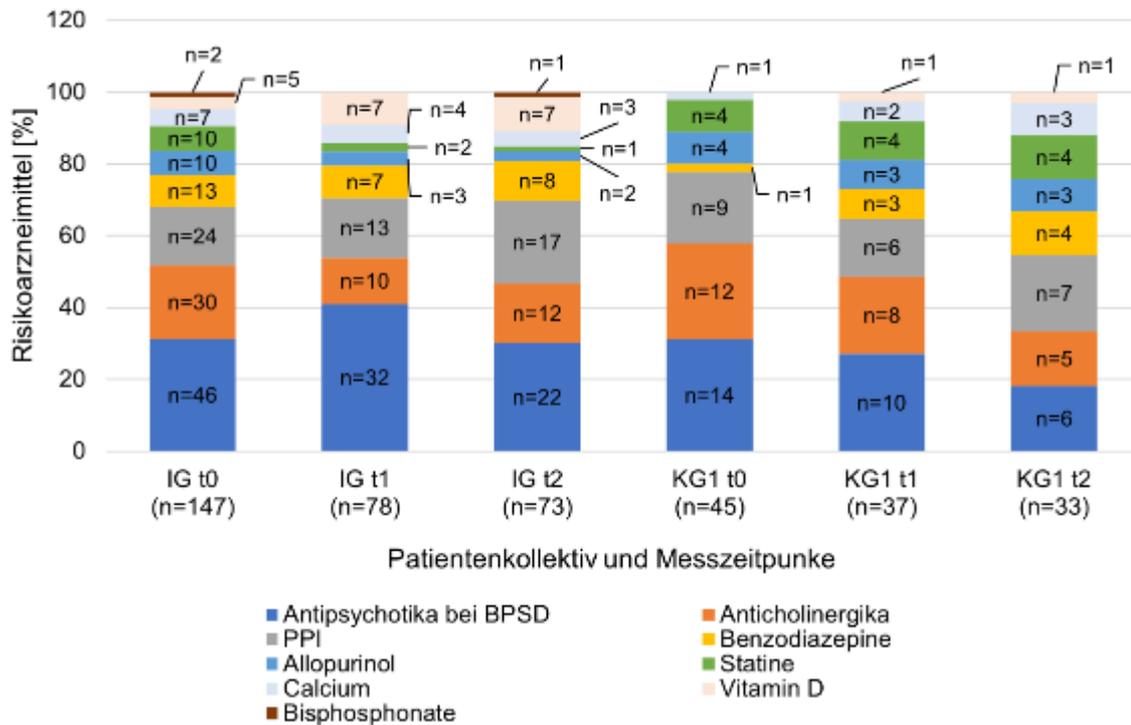
Tabelle 76: Verordnung von Risikoarzneimitteln bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

Risiko- arzneimittel	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=1435)	t1 (n=1135)	t2 (n=1084)	t0 (n=322)	t1 (n=260)	t2 (n=264)
Anteil [% (n)]	22,1 (317)	23,0 (261)	24,7 (268)	23,9 (77)	25,4 (65)	23,1 (61)
[M \pm SD]	1,6 \pm 1,37	1,71 \pm 1,39	1,92 \pm 1,46	1,64 \pm 1,29	1,76 \pm 1,4	1,74 \pm 1,31
95 %-KI	[1,41; 1,79]	[1,48; 1,93]	[1,68; 2,17]	[1,26; 2,02]	[1,29; 2,22]	[1,29; 2,19]
Spannweite	0 – 6	0 – 7	0 – 6	0 – 6	0 – 6	0 – 5
Empfehlung zum Absetzen [% (n)]	10,2 (147)	6,9 (78)	6,7 (73)	14,0 (45)	14,2 (37)	12,5 (33)
[M \pm SD] abzusetzen	0,74 \pm 1,02	0,51 \pm 0,87	0,52 \pm 0,84	0,96 \pm 1,22	1 \pm 1,25	0,94 \pm 1,08
95 %-KI abzusetzen	[0,60; 0,88]	[0,37; 0,65]	[0,38; 0,66]	[0,60; 1,31]	[0,58; 1,42]	[0,57; 1,31]
Spannweite abzusetzen	0 – 5	0 – 5	0 – 3	0 – 5	0 – 5	0 – 4

n: Arzneimittel; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall

Die Risikoarzneimittel, für die in der IG eine Empfehlung zum Absetzen erfolgte, bzw. für die in der KG1 ein Absetzen indiziert gewesen wäre, wurden hinsichtlich der Wirkstoffklasse analysiert. Die Verordnungshäufigkeiten der Risikoarzneimittel sind nach Patient:innenkollektiv und Messzeitpunkt in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18: Abzusetzende Risikoarzneimittel nach Wirkstoffgruppe bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl abzusetzende Risikoarzneimittel ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1).



Bei Verordnung von Anticholinergika wurde die anticholinerge Last (ACB) der verordneten Medikation analysiert. Die ACB der Medikation ist für beide Patient:innenkollektive und die drei Messzeitpunkte in Tabelle 77 dargestellt.

Tabelle 77: Anticholinerge Last der verordneten Medikation bei Patient:innen der IG und KG1 des ITT-Kollektivs im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

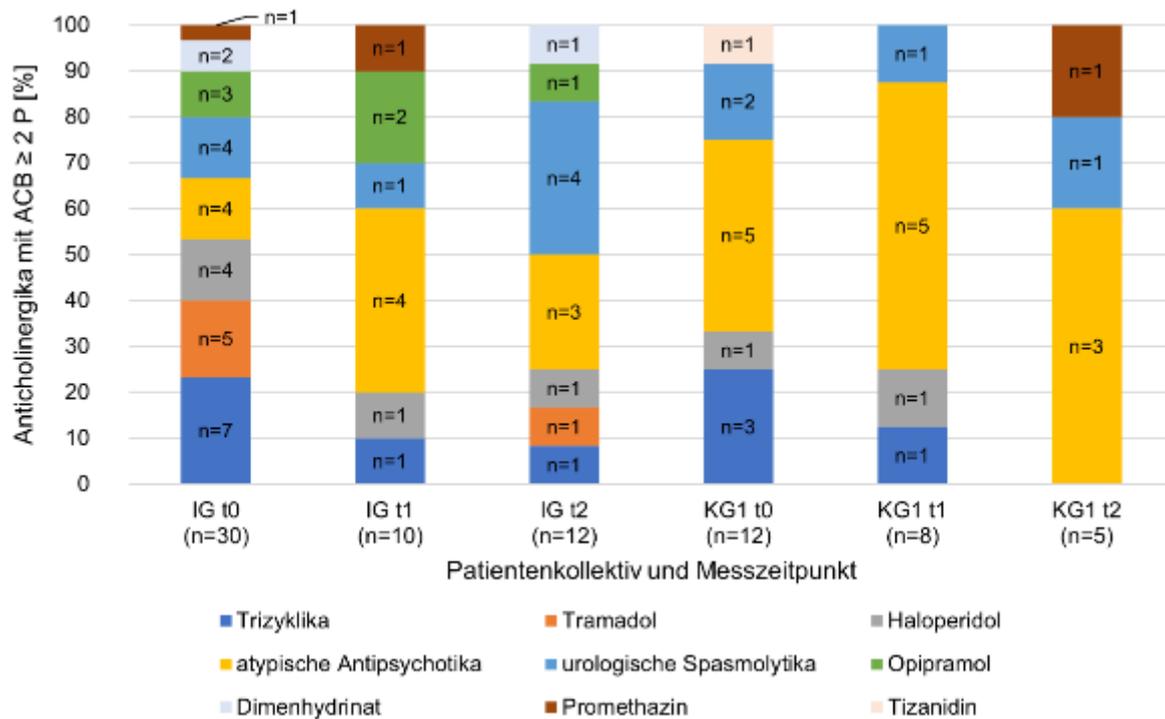
Anticholinerge Last	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=198)	t1 (n=153)	t2 (n=140)	t0 (n=47)	t1 (n=37)	t2 (n=35)
[M ± SD] pro Patient in P	1,70 ± 1,56	1,58 ± 1,46	1,90 ± 1,75	1,96 ± 2,1	1,86 ± 1,90	1,91 ± 1,85
95 %-KI	[1,48; 1,92]	[1,34; 1,81]	[1,61; 2,19]	[1,34; 2,58]	[1,23; 2,5]	[1,28; 2,55]
Median	1	1	2	1	1	1
Spannweite	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10	0 – 10
1. Quartil (25 %)	1	1	1	1	1	1
3. Quartil (75 %)	2	2	3	2,5	2	2,5
Anteil Patient:innen mit ACB ≥ 1 P [% (n)]	78,8 (156)	77,1 (118)	77,1 (108)	80,9 (38)	86,5 (32)	91,4 (32)
Anteil Patient:innen mit ACB ≥ 2 P [% (n)]	47,0 (93)	45,8 (70)	50,7 (71)	42,6 (20)	43,2 (16)	42,9 (15)
Anteil Patient:innen mit ACB ≥ 3 P [% (n)]	23,2 (46)	19,0 (29)	29,3 (41)	25,5 (12)	24,3 (9)	25,7 (9)

n: Anzahl Patient:innen ITT-Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; ACB: anticholinerge Belastung; M: Mittelwert; P: Punkte; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall

Die Anzahl an Patient:innen mit einer ACB ≥ 3 Punkten unterschied sich zu keinem Zeitpunkt signifikant zwischen IG und KG1 (t0: p = 0,739; t1: p = 0,464; t2: p = 0,676). In der IG konnte die Anzahl der Patient:innen mit einer ACB ≥ 3 Punkten von t0 zu t1 nicht signifikant reduziert werden (p = 0,332). Zu t2 nahm die Anzahl an Patient:innen mit einer ACB ≥ 3 Punkten im Vergleich zu t0 und t1 zu.

Die Anticholinergika mit einer ACB von 2 oder 3 Punkten, die zu einer anticholinergen Gesamtbelastung ≥ 3 Punkten beitrugen, wurden weitergehend nach Wirkstoffklassen analysiert (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Prozentuale Verordnungshäufigkeit von Anticholinergika mit ACB ≥ 2 Punkten bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv im Behandlungsverlauf (n: Anzahl Anticholinergika > 2 P ITT Kollektiv; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; IG: Interventionsgruppe; KG1: Kontrollgruppe 1; ACB: anticholinerge Belastung; P: Punkte; Trizyklika: Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin; atypische Antipsychotika: Olanzapin, Quetiapin; urologische Spasmolytika: Desfesoterodin, Solifenacin, Trosipiumchlorid).



3.2.12.5 START-Kriterien

Die Analyse der START-Kriterien wurde wie die Analyse der PIM auf das Studienkollektiv der Patient:innen ≥ 65 Jahren eingegrenzt. Gemäß der Analyse wären in der IG gemäß START-Kriterien zu t0 164 Arzneimittel, zu t1 87 Arzneimittel und zu t2 67 Arzneimittel indiziert gewesen. In der KG1 wären nach den START-Kriterien zu t0 24 Arzneimittel, zu t1 22 Arzneimittel und zu t2 21 Arzneimittel indiziert gewesen.

Die Ergebnisse sind detailliert für die beiden Patient:innengruppen und Messzeitpunkte in Tabelle 78 dargestellt. Die durchschnittliche Anzahl indizierter Arzneimittel nach den START-Kriterien war zum Zeitpunkt t0 für die IG und KG1 signifikant unterschiedlich (0,31, 95-% KI: [0,048; 0,58], $p = 0,21$; Effektstärke $d = 0,33$, [0,007; 0,66]). Die Anzahl indizierter Arzneimittel nach den START-Kriterien wurde in der IG über den Studienverlauf signifikant reduziert ($p < 0,001$). Die anschließend durchgeführten Post-hoc-Tests (Bonferroni-Korrektur) zeigten, dass nur ein signifikanter Unterschied zwischen t0 und t1 ($p_{\text{angepasst}} = 0,018$; Effektstärke $d = 0,06$) sowie t0 und t2 ($p_{\text{angepasst}} = 0,001$; Effektstärke $d = 0,07$) besteht. Die Effektstärken entsprachen keinem bis sehr schwachen Effekt. Von t1 zu t2 konnte die Anzahl indizierter Arzneimittel nicht weiter signifikant reduziert werden ($p_{\text{angepasst}} = 1,000$).

Der Anteil an Patient:innen, bei denen mindestens ein Arzneimittel nach den START-Kriterien indiziert gewesen wäre, konnte in der IG von 54% bei t0 auf 40% zu t1 und weiter auf 38% zu t2 verringert werden. In der KG1 blieb der Anteil an Patient:innen, bei denen mindestens ein Arzneimittel nach den START-Kriterien indiziert gewesen wäre, über den Behandlungsverlauf annähernd gleich (siehe Tabelle 78).

Tabelle 78: Zahl indizierter Arzneimittel nach den START-Kriterien bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

START-Arzneimittel	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=194)	t1 (n=149)	t2 (n=138)	t0 (n=45)	t1 (n=36)	t2 (n=34)
[M \pm SD]	0,85 \pm 0,98	0,58 \pm 0,85	0,49 \pm 0,74	0,53 \pm 0,76	0,61 \pm 0,80	0,62 \pm 0,82
95 %-KI	[0,71; 0,98]	[0,45; 0,72]	[0,36 ;0,61]	[0,31; 0,76]	[0,34; 0,88]	[0,33; 0,90]
Spannweite	0 – 4	0 - 4	0 – 4	0 – 2	0 – 2	0 – 2
Anteil Patient:innen mit ≥ 1 START-AM [% (n)]	53,6 (104)	40,3 (60)	38,4 (53)	37,8 (17)	41,7 (15)	41,1 (14)
Anteil Patient:innen mit > 1 START-AM [% (n)]	22,2 (43)	13,4 (20)	6,5 (9)	15,6 (7)	19,4 (7)	20,6 (7)

n: Anzahl Patient:innen ITT-Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; AM: Arzneimittel; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall

Die fehlenden Arzneimittel gemäß START-Kriterien sind nach Wirkstoffklasse kategorisiert in Tabelle 79 dargestellt. Am häufigsten wäre in der IG und KG1 zu allen Messzeitpunkten nach den START-Kriterien Vitamin D indiziert gewesen. In der IG wären am zweithäufigsten Acetylcholinesterasehemmer, ein Statin und ein Betablocker indiziert gewesen. In der KG1 wäre am zweithäufigsten zu allen Messzeitpunkten ein ACE-Hemmer indiziert gewesen. Die prozentual stärkste Reduktion ließ sich in der IG bei den Acetylcholinesterasehemmern (t0 zu t1) und bei Vitamin D (t1 zu t2) erreichen.

Tabelle 79: START-Arzneimittel nach Wirkstoffklassen in absteigender Häufigkeit bei Patient:innen der IG und KG1 im ITT-Kollektiv ≥ 65 J im Behandlungsverlauf (t0, t1, t2).

Wirkstoffklasse	START Arzneimittel nach Wirkstoffklasse [% (n)]					
	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe 1		
	t0 (n=164)	t1 (n=87)	t2 (n=67)	t0 (n=24)	t1 (n=22)	t2 (n=21)
Vitamin D	34,8 (57)	37,9 (33)	28,4 (19)	33,3 (8)	31,8 (7)	33,3 (7)
AchE-Hemmer	12,2 (20)	5,8 (5)	11,9 (8)	12,5 (3)	13,6 (3)	9,5 (2)
Betablocker	11,6 (19)	11,5 (10)	14,9 (10)	8,3 (2)	9,1 (2)	9,5 (2)
Statin	10,4 (17)	12,6 (11)	13,4 (9)	8,3 (2)	9,1 (2)	9,5 (2)
Bisphosphonat	9,8 (16)	10,3 (9)	11,9 (8)	12,5 (3)	13,6 (3)	14,3 (3)
ACE-Hemmer	7,3 (12)	9,2 (8)	6,0 (4)	16,7 (4)	18,2 (4)	19,1 (4)
TAH	5,5 (9)	4,6 (4)	3,0 (2)	0	0	0
OAK	2,4 (4)	2,3 (2)	4,5 (3)	4,2 (1)	0	0
Laxans	1,8 (3)	0	1,5 (1)	0	0	0
Antihypertensivum	1,2 (2)	1,2 (1)	0	0	0	0

Sympathomimetikum/ Anticholinergikum (inhalativ)	1,2 (2)	2,3 (2)	3,0 (2)	0	0	0
Antiglaukommittel	0,6 (1)	0	0	0	0	0
DMARD	0,6 (1)	0	0	0	0	0
Folsäure	0,6 (1)	0	0	0	0	0
Levodopa/ Dopaminagonist	0	1,2 (1)	1,5 (1)	4,2 (1)	4,6 (1)	4,8 (1)
SSRI	0	1,2 (1)	0	0	0	0

n: Anzahl START-Arzneimittel ITT-Kollektiv ≥ 65 J; t0 = Studieneinschluss, t1 = 9 bzw. 11 Monate, t2 = individuelles Behandlungsende; AchE-Hemmer: Acetylcholinesterasehemmer; DMARD: Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug; OAK: orales Antikoagulans; SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; TAH: Thrombozytenaggregationshemmer

3.2.12.6 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Medikationsanalysen zeigen, dass alle verwendeten Instrumente zur Detektion unangemessener Arzneimittel geeignet sind und effektiv zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Arzneimitteltherapie von Patient:innen mit Demenz eingesetzt werden können. In der IG wurde eine signifikante Reduktion des MAI-Summen- und Patient:innenscores im Behandlungsverlauf durch eine einmalige umfassende pharmazeutische Medikationsanalyse und pharmazeutische Empfehlungen erreicht. Wiederholte Medikationsanalysen verbesserten die Angemessenheit der Medikation nicht signifikant. Zudem wurde die Anzahl von AbP und die Anzahl von Risikoarzneimitteln durch Deprescribing signifikant in der IG reduziert. 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. Auch die Unterversorgung mit Arzneimitteln wurde gemäß START-Kriterien bei behandlungsbedürftigen Indikationen und Demenz-Patient:innen ≥ 65 Jahre im Behandlungsverlauf signifikant reduziert.

3.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

Datengrundlage zur Bestimmung der Kosten der Intervention waren die in der elektronische Fallakte enthaltenen Individualdaten zu den Kontakten mit Hausärzt:innen, Case Manager:innen und der Krisenambulanz. Für die Abschätzung des finanziellen Aufwands wurde zwischen telefonischen Kontakten und persönlichen Gesprächen unterschieden. Bei telefonischen Kontakten wurde von einem 15-minütigem Arbeitsaufwand, bei persönlichen Gesprächen von einem 45-minütigem Arbeitsaufwand ausgegangen. Zudem wurde bei persönlichen Gesprächen eine Fahrtzeit von zweimal 15 Minuten veranschlagt. Beim finanziellen Aufwand des Case Managements erfolgte eine Orientierung an den Kosten einer jüngst publizierten Studie (Braeske et al. 2018). Bezogen auf das Preisniveau im Jahr 2022 ist demnach von Kosten in Höhe von 91,47€ je Stunde Arbeitsaufwand des Case Managements auszugehen. Wie in Tabelle 80 ersichtlich, lagen sowohl die Anzahl telefonischer Kontakte als auch die Anzahl der durchgeführten persönlichen Gespräche in der IG deutlich über denen der KG1. Mithilfe der oben genannten Bepreisung lassen sich aus dieser Differenz die Kosten der Intervention (825,15€; $p < 0,001$; 95% CI: 711,40€ - 938,90€) ableiten.

Tabelle 80: Kostenanalyse

Telefonische Kontakte	N	Mean	SD	Min	Max
KG1	47	5,66	3,67	1	19
IG	200	32,19	25,41	1	116
Gesamtkohorte	247	27,14	25,17	1	116
Persönliche Gespräche	N	Mean	SD	Min	Max
KG1	47	1,40	0,71	0	3
IG	200	3,32	2,94	0	17
Gesamtkohorte	247	2,95	2,77	0	17
Kosten der Intervention	N	Mean	SD	Min	Max
KG1	47	289,98 €	134,37 €	22,87 €	777,50 €
IG	200	1 115,13 €	773,78 €	22,87 €	4 321,96 €
Gesamtkohorte	247	958,12 €	770,09 €	22,87 €	4 321,96 €

Die Nettokosten der Intervention (Interventionskosten minus Kosten vermiedener Krankenhaustage) ließen sich bestimmen, indem die absoluten Effekte (Absoluter Unterschied in der Anzahl Behandlungstage) aus der Hauptanalyse (adjustiertes incidence rate ratio 0,77, vgl. Kapitel 3.2.1.4) herangezogen wurde. Aus dem genannten incidence rate ratio von 0,77 ließen sich regressionsanalytisch 0,79 Krankenhaustage ableiten, die im Zuge der Intervention und über den 9-monatigen follow-up Zeitraum vermieden wurden. Es bleibt zu beachten, dass der Interventionseffekt aus der Hauptanalyse keine statistische Signifikanz zeigen konnte, weswegen sich die genannten 0,79 Krankenhaustage noch im Bereich des Zufälligen bewegen können ($p = 0,656$). Bepreist man diese 0,79 Krankenhaustage nun mit den üblichen Sätzen (703,69€ (Bock et al. 2015)), ergeben sich Nettokosten der Intervention in Höhe von 269,94€.

Aufgrund der fehlenden statistischen Signifikanz lassen sich im Rahmen von Kosten-Effektivitäts-Analysen lediglich deskriptive Zusammenhänge aufzeigen. Dies liegt zum einen daran, dass Teile der Nettokosten der Intervention auf nicht signifikanten Zusammenhängen beruhen (vermiedene Krankenhaustage, $p = 0,656$), aber auch an der fehlenden Signifikanz bezüglich der Wirksamkeit der Studie im Hinblick auf eine Interventionsbedingte Reduktion der Belastung durch kognitive Einbußen (siehe Kapitel 3.2.4.1). Hier konnte zwar im multivariaten Regressionsmodell ein Interventionseffekt in Höhe von -0,986 gezeigt werden, der sich allerdings noch im Bereich des Zufälligen bewegt ($p = 0,220$). Zusammengenommen mit den Nettokosten der Intervention lässt sich daraus eine Kosten-Effektivitäts-Relation in Höhe von 274€ je zusätzlicher Verringerung der Belastung durch kognitive Einbußen um einen Skalenpunkt aufzeigen. Für andere untersuchte Wirksamkeitsparameter lässt sich eine solche Kosten-Effektivitäts-Relation nicht bestimmen, da hier jeweils die IG stärkere Belastungen als die KG ausweist.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

4.1 Zusammenfassende Bewertung von DemStepCare aus verschiedenen Perspektiven

4.1.1 DemStepCare aus Sicht der Behandelnden (Zusammenfassung)

4.1.1.1 Befragung der Hausärzt:innen

4.1.1.1.1 Fragebogenbefragung der Hausärzt:innen (Interventions- & KG1)

Wie die Ergebnisse zur quantitativen hausärztlichen Befragung zeigen, bekunden die projekt-involvierten Ärzt:innen vor allem in der Interventionsgruppe (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. 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.

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

4.1.1.1.2 Interviews der Hausärzt:innen (Interventionsgruppe)

Bei der Interpretation der Interviewergebnisse der Hausärzt:innen muss berücksichtigt werden, dass die angestrebten zehn Interviews nicht zustande gekommen sind. Lediglich vier Hausärzt:innen haben sich bereiterklärt, ein Interview zu ihren Erfahrungen mit dem DemStepCare-Projekt zu geben. 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.

4.1.1.2 Befragung der Case Manager:innen & Pflegeexperten

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 einher gegangen.

4.1.2 DemStepCare aus Sicht der Patient:innen und Angehörigen (Zusammenfassung)

4.1.2.1 Fragebogenbefragung der Patient:innen und Angehörigen (Interventions- & Kontrollgruppe 1)

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.

Die Effektevaluation bzgl. des primären Endpunkts zur Anzahl stationärer Krankenhaustage ergab in der fragebogenbasierten Hauptanalyse einen Hinweis auf einen positiven Interventionseffekt, aber keinen 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 Teilnehmer:innen 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.

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 neuro-

degenerativen, fortschreitenden Erkrankung, bereits ein lohnendes Ziel darstellt. Die Auswertungen der psychosozialen Situation lieferten allesamt sehr vergleichbare Ergebnisse in IG und KG. 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 t0 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 – hier erklärten jeweils nur die t0-Messungen des Endpunkts den Outcome zu t1.

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, der Leitlinien-treue sowie Spezifität von Demenzdiagnosen und der Nutzung von (ambulanten) Unterstützungsangeboten konnten grundsätzlich keine Gruppenunterschiede ausgemacht werden. Die einzige Ausnahme blieb 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, ohne Adjustierung auffällige Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren sind.

4.1.2.2 Interviews der Patient:innen bzw. Angehörigen

Bei der Auswertung der Interviews wurden unter Berücksichtigung der Versorgungsintensität die Interviewergebnisse kontrastiert und dementsprechend gegenübergestellt. So konnten die Aussagen der Angehörigen, die sich in einer stabilen (grünen) Versorgungssituation mit ihrem erkrankten Angehörigen befinden denen gegenübergestellt werden, die sich in einer instabilen (gelb) oder kritischen (rot) Versorgungssituation befinden. Im Kontext der Versorgungssituation der Patient:innen und Angehörigen 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. Entgegen hierzu gaben die Angehörigen, die sich in instabilen Versorgungssituationen befanden, an, dass die vorhandene Unterstützung nicht ausreichte, der zu pflegende Angehörige sich schon häufig verletzt hatte (wie zum Beispiel Stürze) und das eine ununterbrochene Unterstützung notwendig war. In beiden Gruppen war die gefühlte Belastung vergleichbar hoch. In der Gesamtbewertung des DemStepCare-Projektes gab die Gruppe in einer stabilen 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 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 hat.

4.1.3 Medikationsanalysen

Es bleibt zu berücksichtigen, dass die pharmazeutischen Medikationsanalysen auf Basis der von den Hausärzt:innen und Case Manager:innen zusätzlich geführten elektronischen Fallakten erfolgten und somit von der tatsächlichen Verordnungssituation abweichen können. Ergebnisse und Empfehlungen wurden ebenfalls in der elektronischen Fallakte dokumentiert. Das Fehlen einer Schnittstelle zur Kommunikation der in der Studie verwendeten elektronischen Fallakte mit der jeweiligen Praxissoftware hat zu einem nicht unerheblichen und vermeidbaren Aufwand für die teilnehmenden Hausärzt:innen geführt. Dies könnte zusätzlich zu der nur indirekt erfolgten Kommunikation zwischen Hausärzt:innen und Pharmazeutin zu einem reduzierten Effekt der pharmazeutischen Medikationsanalysen beigetragen haben. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind weiterhin die unterschiedlichen Gruppengrößen von IG und KG1 zu berücksichtigen.

Eine jährliche umfassende pharmazeutische Medikationsanalyse, ergänzt um anlassbezogene Medikationsanalysen wie z. B. bei Krankenhausaufenthalt oder Stürzen, ist gemäß den Ergebnissen der DemStepCare-Studie bei Patient:innen mit Demenz zu empfehlen. Zur Effizienzsteigerung muss die digitale Datenbasis und digitale Kommunikation dringend etabliert werden.

4.1.4 DemStepCare aus gesundheitsökonomischer Sicht

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.

4.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Gesamtbeurteilung von DemStepCare, die auf einer Evaluation der Sicht von a) Patient:innen und deren pflegenden Angehörigen, b) der Behandelnden sowie c) auf gesundheitsökonomischen Aspekten 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 Hausärzt: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 Corona Pandemie und ein – zumindest aus Sicht der Case-Manager:innen und Hausärzt:innen – zu kompliziertes Einschreibungsverfahren. 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 erhöhen. Gleichwohl ist es im Bereich der fortschreitenden Erkrankungen ein Erfolg, wenn bspw. die Lebensqualität sich nicht verschlechtert. Dies betraf zwar sowohl IG als auch KG1, auch diese war in dieser Studie wiederum keine passive Kontrollgruppe, sondern wurde in gewisser Weise (z. B. durch Kontakte) auch von der Studie tangiert.

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. Pflege-Expert: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:in-

nen) 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. Die durchgeführten Medikationsanalysen zeigten, dass der Bedarf für eine pharmazeutische Betreuung bei Demenzpatienten gegeben ist. 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. Somit lässt sich ableiten, dass die hausärztliche Versorgung in erheblichem Umfang von einer systematischen Einbettung in multiprofessionelle Strukturen profitieren kann.

5. Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige 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.
- Bergert, F. W. et al. (n.d.). Hausärztliche Leitlinie. Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Konsentierung Version 1.00 vom 16.03.2013. Verfügbar unter <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe41.pdf>
- Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M. et al. (2018). Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia. Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, 64(1), 17-27.
- Bock, J.-O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, R., Holle, R., Greiner, W., &Hönig, H.H. (2015). Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheits-ökonomische Evaluation. *Gesundheitswesen*, 77(01), 53–61.
- Boise, L., Camicioli, R., Morgan, D. L. et al. (1999). Diagnosing dementia: Perspectives of primary care physicians. *Gerontologist*, 39, 457-464.
- Braeseke, G., Huster, S., Pflug, C., Rieckhoff, S., Ströttchen, J., Nolting, H.-D., Meyer-Rötz, S. H. (2018). Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. IGES Institut, Abschlussbericht.
- Brodaty, H., Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217-228.

Brown, C. J., Mutran, E. J., Sloane, P. D. et al (1998). Primary care physicians' knowledge and behavior related to Alzheimer's disease. *Journal of Applied Gerontology*, 17, 462-479.

Brunner C, Spiegel R. (2002). NOSGER II - Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients.

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), 2148-57.

Cerejeira, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, 3(73).

Cohen-Mansfield J, Fischer P. (1998). Deutsche Fassung des Cohen Mansfield Agitation Inventory. Wien: Medizinische Universität, Universitätsklinik für Psychiatrie.

Connell, C. M., Boise, L., Stuckey, J. C. et al. (2004). Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians. *Gerontologist*, 44, 500-507.

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.

Farrell, B., Pottie, K., Thompson, W. et al. (2017). Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, 63, 354-364.

Fellgiebel, A. (2018). Resilience to mental disorders in old age. *Der Nervenarzt*, 89(7), 773-778.

Garfinkel, D., & Mangin, D. (2010). Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Archives of Internal Medicine*, 170(18), 1648-1654.

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.

Glattacker. M., Meixner, K., Farin. E., Jäckel, W. H. (2007). Entwicklung eines rehabilitations-spezifischen Komorbiditätsscores und erste Prüfung methodischer Gütekriterien. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 17(5), 260-270.

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). Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. Die PRISCUS-Liste. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(31-32), 543-511.

- Jennings, A. A., Linehan, M., & Foley, T. (2018). The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia. *BMC Family Practice*, 19 (1), 166.
- Kaduszkiewicz, H., Röntgen, I., Mossakowski, K., & van den Bussche, H. (2009). Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(2), 155-162.
- Kaduszkiewicz, H., Wiese, B., & van den Bussche, H. (2008). Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: Results of a postal survey. *BMC Health Services Research*, 8, 54.
- Kiesel EK, Hopf YM, & Drey M (2018). An anticholinergic burden score for German prescribers: score development. *BMC Geriatrics*, 18(1), 239.
- 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), 251-63.
- Kuhn-Thiel AM, Weiß C, Wehling M. Consensus validation of the FORTA (Fit FOR The Aged) List (2014): 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 Wochenzeitschrift*, 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), 510-9.
- Löppönen, M., Raiha, I., Isoaho, R. et al. (2003). Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care – a more active approach is needed. *Age Ageing*, 32, 606-612.
- 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.
- Mann, E. (2010). Diagnostik der Demenz in der Hausarztmedizin: Barrieren und deren mögliche Überwindung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86(11), 420-424.
- Mayer H (2011). *Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung* (5. aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey, & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601-613). Wiesbaden: Springer VS.
- Melchinger, H. (2009). Alzheimer-Demenz. Fortschritte in der Forschung, aber Stagnation in der Versorgung? *NeuroTransmitter*, 5, 10-20.
- Melchinger, H., & Machleidt, W. (2005). Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. Analyse der Ist-Situation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen. *Nervenheilkunde*, 6, 493-498.

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.

Moore, G.F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W. et al. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical research council guidance. *BMJ*, 350, 1-7.

NSH Highland (2013). Polypharmacy: Guidance for Prescribing in Frail Adults. Verfügbar unter <http://thehearingaidpodcasts.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Polypharmacy-Guidance-for-Prescribing-in-Frail-Adults.pdf>, online Zugriff am 13.11.2024

O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–8.

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.

Pantel, J., Bockenheimer-Lucius, G., Ebsen, I., Müller, R., Hustedt, P., & Diehm, A. (2005). Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt am Main: BHF-Bank Stiftung.

Pazan, F., Weiß, C., & Wehling, M. (2015). Die Forta Liste. Verfügbar unter https://www.justiz.bayern.de/media/images/behoerden-und-gerichte/amtsgerichte/muenchen/forta_liste_2015.pdf, online Zugriff am 13.11.2024.

Pazan F, Weiss C, Wehling M. The EURO-FORTA (Fit FOR The Aged) List (2018). 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), 481–4.

Pentzek, M., & Abholz, H.H. (2004). Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis. Der Stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. In M. Essers, T. Gerlinger, & M. Herrmann et al. (Hrsg.), *Jahrbuch für Kritische Medizin: Demenz als Versorgungsproblem* (S. 22.-39). Berlin: Argument.

Pentzek, M., Fuchs, A., & Abholz, H.H. (2005). Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. Kognitive, affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde*, 6, 499-506.

Pentzek, M., Vollmar, H. C., Wilm, S., & Leve, V. (2017). Putting dementia awareness into general practice. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(2), 44-47.

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.

Pimlott, N. J., Persaud, M., Drummond, N. et al. (2009). Family physicians and dementia in Canada: Part 1. Clinical practice guidelines: Awareness, attitudes, and opinions. *Canadian Family Physician*, 55(5), 506–507.

- 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.
- Reeve, E., Bell, S. J., & Hilmer, S. (2015). Barriers to optimising prescribing and deprescribing in older adults with Dementia: A narrative review. *Current Clinical Pharmacology*, 10, 168-177.
- Riedel-Heller, S. G., Schork, A., Fromm, N. et al. (2000). Demenzkranke in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Befragung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 300-306.
- Samsa G.P., Hanlon J.T., Schmader 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.
- Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing 3rd Edition: Scottish Government; 2018 [Stand: 17.03.2022]. Verfügbar unter: <https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Polypharmacy-Guidance-2018.pdf>.
- 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.
- Stoppe, G., Knoblauch, A., Haak, S., & Maeck, L. (2007). Die Frühdiagnose der Demenz in der Praxis niedergelassener Ärzte. Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(03), 134-138.
- Subramaniam, M., Ong, H. L., Abdin, E. et al. (2018). General practitioner's attitudes and confidence in managing patients with Dementia in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 47(3), 108-118.
- Teel, C. S. (2004). Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment. *Aging and Mental Health*, 8, 422-429.
- 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.
- Thyrian, J. R., Eichler, T., Michalowsky, B. et al. (2016). Community-dwelling people screened positive for Dementia in primary care: A comprehensive, multivariate descriptive analysis using data from the Delphi-Study. *Journal of Alzheimers Disease*, 52(2), 609-617.
- Thyrian, J. R., Winter, P., Eichler, T. et al. (2017). Relatives' burden of caring for people screened positive for dementia in primary care. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(1), 4-13.
- 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.
- Turner, S., Iliffe, S., Downs, M. et al. (2004). General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*, 5, 461-467.

- Wagner, G., & Abholz, H. H. (2002). Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 78(5), 239-244.
- 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.
- Wangler, J., Fellgiebel, A., & Jansky, M. (2019). Das Praxispersonal im Kontext der hausärztlichen Demenzerkennung - ein ungehobenes Potenzial? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(7), 661-666.
- Wangler, J., Fellgiebel, A., Mattlinger, C. et al. (2018). Diagnostik und Versorgung der Demenz – eine Herausforderung für die Hausarztmedizin. *Zeitschrift für Allgemein Medizin*, 94, 12-16.
- Wangler, J., & Jansky, M. (2018). Teamgeist statt Einzelkämpfer – Die Bedeutung des Praxispersonals bei der hausärztlichen Demenzerkennung. *Der Allgemeinarzt*, 15, 32-34.
- Wolf, R., & Weber, S. (1998). Einflußfaktoren für eine verzögerte Erstdiagnose bei Demenzerkrankungen., *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 209-221.
- Wollny, A., Fuchs, A., in der Schmitt, J. et al. (2010). Zwischen Nähe und Distanz. Eine Studie zu hausärztlichen Wahrnehmungsweisen von an Demenz erkrankten Personen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86, 425-434.
- Yaffe, M. J., Orzeck, P., & Barylak, L. (2008). Family physicians' perspectives on care of dementia patients and family caregivers. *Canadian Family Physician*, 54(7), 1008-1015.
- Zank, S., Schacke, C., & Leipold, B. (2006). Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz (BIZA-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 296-305.

6. Anhang

- Anhang 1: Fragebogen der Patient:innen zu t0
- Anhang 2: Fragebogen der Patient:innen zu t1
- Anhang 3: Fragebogen der Angehörigen der IG & KG1 zu t0
- Anhang 4: Fragebogen der Angehörigen der IG zu t1
- Anhang 5: Fragebogen der Angehörigen der KG1 zu t1
- Anhang 6: Fragebogen der Befragung der Hausärzt:innen zu t0
- Anhang 7: Fragebogen der Befragung der Hausärzt:innen zu t1
- Anhang 8: Befragung Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen_AVEM
- Anhang 9: Befragung Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen_SOC29
- Anhang 10: Befragung Case Manager:innen/Pflegeexpert:innen_SVF120
- Anhang 11: Fragebogen der eFA_CMAI
- Anhang 12: Fragebogen der eFA_DSV
- Anhang 13: Fragebogen der eFA_NOSGERII
- Anhang 14: Schulung Case Manger:innen/Pflegeexpert:innen
- Anhang 15: Leitfaden Telefonische Interviews t0
- Anhang 16: Leitfaden Telefonische Interviews t1

Akronym: DemStepCare
Förderkennzeichen: 01NVF18027

7. Anlagen

Nicht vorhanden.

ID

**Forschungsprojekt:
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit
koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem
Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
(DemStepCare)**

**Fragebogen für Patientinnen und
Patienten im DemStepCare-Projekt**

Erhebung zu Beginn der Studienteilnahme



■ ■

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen!

Auf der folgenden Seite finden Sie verschiedene Fragen zu Ihrer Lebensqualität. Im Anschluss finden Sie einige Fragen zu Ihrer Person und Ihrer gesundheitlichen Situation.

Mit der Beantwortung der Fragen tragen Sie dazu bei, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz verbessert werden kann.

Auf dieser Seite möchten wir Ihnen noch einige Hinweise zur Beantwortung der Fragen in diesem Fragebogen geben.

- ✓ Die meisten Fragen in diesem Fragebogen lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen **Kästchen ankreuzen**.
- ✓ Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen einen **Kugelschreiber oder Füller** und keinen Blei- oder Filzstift.
- ✓ Für den Fall, dass Sie **Korrekturen** vornehmen möchten (z.B. weil Sie das Kreuz an eine falsche Stelle gemacht haben), bitten wir Sie, das „falsche“ Feld vollständig auszumalen und das „richtige“ Feld ganz normal anzukreuzen.

Beispiel-Aussage	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
<i>Ich habe mich am Gespräch aktiv beteiligt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An einigen Stellen in diesem Fragebogen wird nur die männliche Bezeichnung für Personen verwendet, um die Fragen übersichtlich zu gestalten. Die Fragen beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

Lebensqualität

Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, gibt es verschiedene Bereiche. Bitte beurteilen Sie Ihre Lebensqualität für jeden Bereich.

A

Beziehen Sie sich dabei bitte darauf, wie Ihr Leben **zurzeit** (d.h. in den letzten Wochen) verläuft.

Bitte machen Sie **pro Zeile ein Kreuz**. Lassen Sie dabei bitte keine Zeile aus.

	schlecht	einigermaßen	gut	ausgezeichnet
Körperlicher Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe/Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, Aufgaben im und um das Haus zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, etwas zum Vergnügen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person

B

Mit den nun folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre Person erfahren.

Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich

männlich

Wie alt sind Sie?

Jahre

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Volks- oder Hauptschulabschluss

Mittlere Reife, Realschulabschluss

Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule

Fachhochschulreife, Abschluss an einer Fachoberschule

Hochschulreife, Abitur

anderer Schulabschluss: _____

keinen Schulabschluss

Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Situation

C

Abschließend möchten wir etwas über Ihre gesundheitliche Situation erfahren.

Im Folgenden möchten wir wissen, ob Sie in den letzten 9 Monaten im Krankenhaus waren.

Betrachten Sie bitte zunächst das folgende Beispiel und beantworten Sie die Frage entsprechend.

*Beispiel: Eine Person hatte 2 Krankenhausaufenthalte **innerhalb der letzten 9 Monate**. Beim ersten Krankenhausaufenthalt war die Person 3 Tage auf der Intensivstation und 7 Tage auf einer Normalstation. Beim zweiten Krankenhausaufenthalt war die Person 4 Tage auf einer Normalstation.*

<input type="checkbox"/>	Nein
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, ich war in den letzten 9 Monaten...
	mal im Krankenhaus
	insgesamt Tage im Krankenhaus
	davon Tage auf einer Intensivstation

→ 2 Aufenthalte; 3 Tage + 7 Tage + 4 Tage = 14 Tage insgesamt, davon 3 Tage Intensivstation

Waren Sie in den **letzten 9 Monaten** zur stationären Behandlung im Krankenhaus?

Bitte nehmen Sie zur Beantwortung der Frage ggf. einen Kalender zu Hilfe. Wenn Sie die Tage nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte ungefähre Werte an.

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, ich war in den letzten 9 Monaten...
	mal im Krankenhaus
	insgesamt Tage im Krankenhaus
	davon Tage auf einer Intensivstation

Hat ein Arzt bei Ihnen eine Demenz festgestellt?

<input type="checkbox"/>	Ja, vor...		
<input type="checkbox"/>	weniger als 3 Monaten	<input type="checkbox"/>	3 - 5 Jahren
<input type="checkbox"/>	3 - 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	mehr als 5 Jahren
<input type="checkbox"/>	6 - 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	Ich weiß nicht, wie lange die Demenzdiagnose besteht.
<input type="checkbox"/>	1 - 3 Jahren		
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht

Vielen herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

Ihre Ansprechpartnerinnen für Rückfragen:



Isabella Bablok und Susanne Walter
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung

Hugstetter Straße 49
D-79106 Freiburg
Telefon: 0761 270-77040
isabella.bablok@uniklinik-freiburg.de
susanne.walter@uniklinik-freiburg.de

ID

**Forschungsprojekt:
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit
koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem
Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
(DemStepCare)**

**Fragebogen für Patientinnen und
Patienten im DemStepCare-Projekt**

Erhebung zur Mitte der Studienteilnahme





■

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen!

Auf der folgenden Seite finden Sie verschiedene Fragen zu Ihrer Lebensqualität. Im Anschluss finden Sie einige Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation und zu Ihrer Person.

Mit der Beantwortung der Fragen tragen Sie dazu bei, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz verbessert werden kann.

Auf dieser Seite möchten wir Ihnen noch einige Hinweise zur Beantwortung der Fragen in diesem Fragebogen geben.

- ✓ Die meisten Fragen in diesem Fragebogen lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen **Kästchen ankreuzen**.
- ✓ Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen einen **Kugelschreiber oder Füller** und keinen Blei- oder Filzstift.
- ✓ Für den Fall, dass Sie **Korrekturen** vornehmen möchten (z.B. weil Sie das Kreuz an eine falsche Stelle gemacht haben), bitten wir Sie, das „falsche“ Feld vollständig auszumalen und das „richtige“ Feld ganz normal anzukreuzen.

Beispiel-Aussage	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
<i>Ich habe mich am Gespräch aktiv beteiligt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An einigen Stellen in diesem Fragebogen wird nur die männliche Bezeichnung für Personen verwendet, um die Fragen übersichtlich zu gestalten. Die Fragen beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

■

Lebensqualität

Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, gibt es verschiedene Bereiche. Bitte beurteilen Sie Ihre Lebensqualität für jeden Bereich.

A

Beziehen Sie sich dabei bitte darauf, wie Ihr Leben **zurzeit** (d.h. in den letzten Wochen) verläuft.

Bitte machen Sie **pro Zeile ein Kreuz**. Lassen Sie dabei bitte keine Zeile aus.

	schlecht	einigermaßen	gut	ausgezeichnet
Körperlicher Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe/Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, Aufgaben im und um das Haus zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, etwas zum Vergnügen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Situation

B

Nun möchten wir etwas über Ihre gesundheitliche Situation erfahren.

Im Folgenden möchten wir wissen, ob Sie in den letzten 11 Monaten im Krankenhaus waren.

Betrachten Sie bitte zunächst das folgende Beispiel und beantworten Sie die Frage entsprechend.

Beispiel:

Eine Person hatte 2 Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 11 Monate.

Beim ersten Krankenhausaufenthalt war die Person 3 Tage auf der Intensivstation und 7 Tage auf einer Normalstation.

Beim zweiten Krankenhausaufenthalt war die Person 4 Tage auf einer Normalstation.

Nein

Ja, ich war in den letzten 11 Monaten...

mal im Krankenhaus

insgesamt Tage im Krankenhaus

davon Tage auf einer Intensivstation

→ 2 Aufenthalte; 3 Tage + 7 Tage + 4 Tage = 14 Tage insgesamt, davon 3 Tage Intensivstation

Waren Sie in den **letzten 11 Monaten** zur stationären Behandlung im Krankenhaus?

Bitte nehmen Sie zur Beantwortung der Frage ggf. einen Kalender zu Hilfe. Wenn Sie die Tage nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte ungefähre Werte an.

Nein

Ja, ich war in den letzten 11 Monaten...

mal im Krankenhaus

insgesamt Tage im Krankenhaus

davon Tage auf einer Intensivstation



Angaben zu Ihrer Person

C

Abschließend möchten wir etwas über Ihre Person erfahren.

Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich

männlich

Wie alt sind Sie?

Jahre

Kommentare oder Anmerkungen

Sie können die folgenden Zeilen nutzen, falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten.



Vielen herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

Ihre Ansprechpartnerin für Rückfragen:



Isabella Bablok
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung

Hugstetter Straße 49
D-79106 Freiburg
Telefon: 0761 270-77040
isabella.bablok@uniklinik-freiburg.de

ID

**Forschungsprojekt:
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit
koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem
Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
(DemStepCare)**

**Fragebogen für Angehörige im
DemStepCare-Projekt**

Erhebung zu Beginn der Studienteilnahme



■ **Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,** ■

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen!

Auf den folgenden Seiten finden Sie mehrere Fragen zu der aktuellen Betreuungs- und Pflegesituation Ihrer/s Angehörigen. Wir möchten gerne erfahren, inwieweit durch die Betreuung Belastungen für Sie entstehen.

In einem zweiten Fragebogenteil finden Sie Fragen zu der Lebensqualität Ihrer/s Angehörigen und Fragen zu Ihrer eigenen Lebensqualität. Wir möchten dadurch ein umfassendes Bild Ihres derzeitigen Befindens erhalten. Abschließend finden Sie einige Fragen zu Ihrer Person.

Mit der Beantwortung der Fragen tragen Sie dazu bei, dass die Pflegesituation für Menschen mit Demenz und für deren Angehörige verbessert werden kann.

Auf dieser Seite möchten wir Ihnen zunächst einige Hinweise zur Beantwortung der verschiedenen Fragen in diesem Fragebogen geben.

- ✓ Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. **Lassen Sie bitte keine Frage aus.**
- ✓ Die meisten Fragen in diesem Fragebogen lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen **Kästchen ankreuzen.**
- ✓ Falls eine Frage nicht ganz auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte **die Antwort an, der Sie meisten zustimmen können.** Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.
- ✓ Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen einen **Kugelschreiber oder Füller** und keinen Blei- oder Filzstift.
- ✓ Für den Fall, dass Sie **Korrekturen** vornehmen möchten (z.B. weil Sie das Kreuz an eine falsche Stelle gemacht haben), bitten wir Sie, das „falsche“ Feld vollständig auszumalen und das „richtige“ Feld ganz normal anzukreuzen.

Beispiel-Aussage

Ich habe mich am Gespräch aktiv beteiligt.

trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An einigen Stellen in diesem Fragebogen wird nur die männliche Bezeichnung für Personen verwendet, um die Fragen übersichtlich zu gestalten. Die Fragen beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

Ihre persönliche Betreuungs- und Pflegesituation

Zu Beginn möchten wir einige Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Angehörigen stellen. Ihre Antworten helfen uns dabei, Ihre Betreuungs- und Pflegesituation näher kennenzulernen.

A Angaben zu Ihrem Betreuungs- und Pflegeverhältnis

In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?

Ehefrau

Schwiegertochter

Ehemann

Schwiegersohn

Tochter

Sonstiges, und zwar:

Sohn

Leben Sie mit Ihrem Angehörigen in einem Haushalt?

Ja

Nein, ich lebe im Umkreis von ca.

_____ km

Seit wann kümmern Sie sich verstärkt um Ihren Angehörigen?

Seit _____ Jahren

Ich kümmere mich nicht verstärkt um meinen Angehörigen.

Welche Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige nutzen Sie zurzeit?

Sie können hier auch mehrere Kästchen ankreuzen.

Keine

Pflegeentlastende Angebote
(z.B. Tages-, Kurzzeitpflege)

Angehörigengruppen

Sonstiges, und zwar:

B Angaben zu Ihrem Angehörigen

Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?			Wie alt ist Ihr Angehöriger?
weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre

Hat ein Arzt bei Ihrem Angehörigen eine Demenz festgestellt?

<input type="checkbox"/>	Ja, vor...		
<input type="checkbox"/>	weniger als 3 Monaten	<input type="checkbox"/>	3 - 5 Jahren
<input type="checkbox"/>	3 - 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	mehr als 5 Jahren
<input type="checkbox"/>	6 - 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	Ich weiß nicht, wie lange die Demenzdiagnose besteht.
<input type="checkbox"/>	1 - 3 Jahren		
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht

Im Folgenden möchten wir wissen, ob Ihr Angehöriger in den letzten 9 Monaten im Krankenhaus war.

Betrachten Sie bitte zunächst das folgende Beispiel und beantworten Sie die Frage entsprechend.

*Beispiel: Eine Person hatte 2 Krankenhausaufenthalte **innerhalb der letzten 9 Monate**. Beim ersten Krankenhausaufenthalt war die Person 3 Tage auf der Intensivstation und 7 Tage auf einer Normalstation. Beim zweiten Krankenhausaufenthalt war die Person 4 Tage auf einer Normalstation.*

<input type="checkbox"/>	Nein
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, er/sie war in den letzten 9 Monaten...
	<input type="text"/> mal im Krankenhaus
insgesamt	<input type="text"/> Tage im Krankenhaus
davon	<input type="text"/> Tage auf einer Intensivstation

→ 2 Aufenthalte; 3 Tage + 7 Tage + 4 Tage = 14 Tage insgesamt, davon 3 Tage Intensivstation

War Ihr Angehöriger in den **letzten 9 Monaten** zur stationären Behandlung im Krankenhaus?

Bitte nehmen Sie zur Beantwortung der Frage ggf. einen Kalender zu Hilfe. Wenn Sie die Tage nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte ungefähre Werte an.

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, er/sie war in den letzten 9 Monaten...
	<input type="text"/> mal im Krankenhaus
insgesamt	<input type="text"/> Tage im Krankenhaus
davon	<input type="text"/> Tage auf einer Intensivstation

Mögliche Belastungen im Zusammenhang mit der Betreuung und Pflege

Im Folgenden geht es um Belastungen, die mit der Betreuung und Pflege Ihres Angehörigen verbunden sein können.

Verhaltensauffälligkeiten Ihres Angehörigen

- C** Wir möchten nun erfahren, ob bestimmte Denk- und Verhaltensauffälligkeiten zurzeit bei Ihrem Angehörigen auftreten und wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen. Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Mein Angehöriger...

			Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?				
	Nein	Ja	gar nicht	ein wenig	mäßig	deutlich	stark
wiederholt sich oft (z.B. stellt dieselben Fragen, erzählt dieselben Dinge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist logischen Argumenten nicht mehr zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begreift schwierige Sachverhalte nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich nichts merken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Angehöriger...

			Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?				
	Nein	Ja	gar nicht	ein wenig	mäßig	deutlich	stark
tut Dinge, die mir verrückt erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beschimpft mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
widersetzt sich bei bestimmten Pflegeaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt Verhaltensweisen, die ihn/sie selbst gefährden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Einschränkungen

D Im Folgenden sind Gedanken und Gefühle aufgeführt, die Pflegende in Bezug auf die Pflege und die damit verbundenen Aufgaben und Einschränkungen haben können. Bitte geben Sie an, wie oft Sie selbst solche Gedanken und Gefühle haben.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Ich habe das Gefühl, ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
dass ich zu wenig Rückzugsmöglichkeiten habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenig Zeit für Hobbies/Interessen habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich mich zu wenig um meine Gesundheit kümmern kann.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenige Dinge für mich selbst erledigen kann.	<input type="checkbox"/>				

Praktische Betreuungsaufgaben

Jetzt möchten wir etwas über die praktischen Betreuungsaufgaben, die Sie leisten, erfahren.
E Bitte geben Sie für jeden Inhaltsbereich an, ob Ihr Angehöriger **Unterstützung** dafür benötigt.
 Falls dies der Fall ist, geben Sie bitte auch an, **von wem** die notwendige Unterstützung geleistet wird.
 Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe in folgenden Bereichen?

			→ Falls ja: Von wem wird diese Unterstützung geleistet?				
	Ja	Nein	Jemand anderes leistet die gesamte Unterstützung	Jemand anderes leistet den größten Teil der Unterstützung	Ich teile mir die Unterstützung mit jemandem zu gleichen Teilen	Ich leiste den größten Teil der Unterstützung	Ich leiste die gesamte Unterstützung
Hilfe beim Zubereiten der Mahlzeiten (z.B. Kochen, Brote richten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Kleinschneiden, Darreichen der Nahrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Baden, Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Zahnpflege, Haar-, Haut- und Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Toilettengängen bzw. Inkontinenzvorlagen wechseln, Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim An- und Auskleiden bzw. Zurechtlegen der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten von Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten von Stürzen und Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönlich verfügbar/anwesend sein	<input type="checkbox"/>						
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mangelnde soziale Unterstützung

F Im Folgenden geht es darum, inwieweit Sie darunter leiden, von anderen bei der Betreuung nicht ausreichend unterstützt zu werden.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Haben Sie das Gefühl, ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen.	<input type="checkbox"/>				
dass andere Menschen zu wenig Verständnis für Ihre Situation aufbringen.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie zu wenig Anerkennung von anderen erfahren.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie mit Behörden und Institutionen zu kämpfen haben.	<input type="checkbox"/>				
dass es Ihnen schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie in Ihren Bemühungen um professionelle Unterstützung und Hilfe allein gelassen werden.	<input type="checkbox"/>				

Akzeptieren der Situation

G Im Folgenden sind Sichtweisen aufgeführt, die Angehörigen vielleicht helfen, mit der Pflegesituation zurechtzukommen. Wir möchten Ihre Sicht der Situation erfahren.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Wenn Sie an die Pflegesituation denken, ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
bemerken Sie, dass Sie gelernt haben, mit der Situation zu leben.	<input type="checkbox"/>				
akzeptieren Sie, dass die Situation nun mal so ist und dass man es nicht ändern kann.	<input type="checkbox"/>				
bemerken Sie, dass Sie sich an den Gedanken	<input type="checkbox"/>				

gewöhnt haben, dass es so gekommen ist.

können Sie die Situation, so wie sie jetzt ist, als Realität akzeptieren.

Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D), Manual für die Praxisversion (BIZA-D-PV), Schacke & Zank (2009)

Einbezug in die Behandlung Ihres Angehörigen

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie Sie sich mit den Ärzten, die Ihren Angehörigen behandeln, austauschen.

Austausch mit Ärzten

H Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Verhaltensweisen, die Ihr Arzt bzw. Ihre Ärzte oder Sie selbst während der bisherigen Behandlung Ihres Angehörigen gezeigt haben. Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie stark Sie zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Ärzte gaben mir eine vollständige Erklärung der Krankheitssymptome bzw. der Behandlung meines Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte ermutigten mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit der Krankheit zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bat die Ärzte, mir die Behandlung bzw. das weitere Vorgehen genauer zu erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sagte den Ärzten, welche Bedürfnisse und Anliegen ich bezüglich der Behandlung hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen noch einmal mit den Ärzten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perceived involvement in care scale (PICS), Lerman et al. (1990). Deutsche Version: Schreiber et al. (2004); gekürzt und modifiziert.

Lebensqualität

Mit den nun folgenden Fragen möchten wir zunächst erfahren, wie Sie die Lebensqualität Ihres Angehörigen einschätzen. Im Anschluss bitten wir Sie um die Beurteilung Ihrer eigenen Lebensqualität.

Lebensqualität Ihres Angehörigen

In den folgenden Fragen geht es um die Lebensqualität **Ihres Angehörigen**. Wenn Sie über das Leben Ihres Angehörigen nachdenken, gibt es verschiedene Bereiche, von denen im Folgenden einige aufgeführt sind. Denken Sie bitte über jeden Punkt nach und beurteilen Sie die derzeitige Lebensqualität Ihres Angehörigen für jeden Bereich.

Beurteilen Sie bitte die Bereiche anhand dessen, wie das Leben Ihres Angehörigen **zurzeit** (das heißt, in den letzten Wochen) verläuft.

Beurteilung der Situation Ihres Angehörigen in Bezug auf...	schlecht	einigermaßen	gut	ausgezeichnet
Körperlicher Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe/Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, Aufgaben im und um das Haus zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, etwas zum Vergnügen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensqualität

J

Nun möchten wir erfahren, wie Sie **Ihre eigene Lebensqualität**, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens einschätzen.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen **2 Wochen**.

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/>				

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der **vergangenen 2 Wochen** bestimmte Dinge erlebt haben.

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>				
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/>				
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>				
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>				

In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während der **vergangenen 2 Wochen** bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>				
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/>				

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der **vergangenen 2 Wochen** hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der folgenden Frage geht es darum, wie oft sich während der **vergangenen 2 Wochen** bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="checkbox"/>				

WHOQOL-Bref, Deutsche Version. Wiedergabe mit Genehmigung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die WHO unterstützt keine bestimmten Unternehmen, Produkte oder Dienstleistungen.

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf den Umgang mit schwierigen Situationen beziehen. Bitte geben Sie an, wie sehr die Aussagen **im Allgemeinen** auf Sie zutreffen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brief Resilience Scale (BRS), Smith et al. (2008) Deutsche Version: Chmitortz et al. (2018)

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich **während des letzten Monats** durch Stress belastet fühlten.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

Perceived Stress Scale (PSS), Cohen et al. (1983), Deutsche Version: Klein et al. (2016)

Gesundheitliche Herausforderungen**K**

Im folgenden Teil finden Sie eine Liste verschiedener gesundheitlicher Probleme. Wir möchten gerne wissen, welche der aufgeführten gesundheitlichen Probleme Sie haben.

Haben Sie das folgende gesundheitliche Problem?

			Falls ja: Wie schwer schätzen Sie es ein?		
	Nein	Ja	leicht	mittel	schwer
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt (in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung/Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems (z.B. chron. Rückenschmerzen, Gelenkerkrankungen wie z.B. Arthrose, Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z.B. Schlaganfall, Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KoMo-Score Patient, Glattacker et al. (2007), modifiziert.

Angaben zu Ihrer Person

L

Abschließend möchten wir Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen.

Welches Geschlecht haben Sie?			Wie alt sind Sie?
weiblich	männlich	divers	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

<input type="checkbox"/>	Volks- oder Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Mittlere Reife, Realschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule
<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife, Abschluss an einer Fachoberschule
<input type="checkbox"/>	Hochschulreife, Abitur
<input type="checkbox"/>	anderer Schulabschluss: _____
<input type="checkbox"/>	keinen Schulabschluss

Sind Sie erwerbstätig?

<input type="checkbox"/>	Ja, mit <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Woche		
<input type="checkbox"/>	Nein, ich bin nicht erwerbstätig, sondern...		
<input type="checkbox"/>	Rentner	<input type="checkbox"/>	arbeitssuchend
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar: _____		

In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter:

<input type="checkbox"/>	in Deutschland	<input type="checkbox"/>	in einem anderen Land: _____
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------------------

Vater:

<input type="checkbox"/>	in Deutschland	<input type="checkbox"/>	in einem anderen Land: _____
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------------------

Seit wann leben Sie in Deutschland?

<input type="checkbox"/>	seit Geburt
<input type="checkbox"/>	seit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Jahr)



Vielen herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

**Ihre Perspektive ist uns wichtig,
um die Situation von pflegenden Angehörigen besser zu verstehen.**

Ihre Ansprechpartnerinnen für Rückfragen:



Isabella Bablok und Susanne Walter
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung

Hugstetter Straße 49
D-79106 Freiburg
Telefon: 0761 270-77040
isabella.bablok@uniklinik-freiburg.de
susanne.walter@uniklinik-freiburg.de



ID

**Forschungsprojekt:
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit
koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem
Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
(DemStepCare)**

**Fragebogen für Angehörige im
DemStepCare-Projekt**

Erhebung zur Mitte der Studienteilnahme



■ **Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,** ■

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen!

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen zu der aktuellen Betreuungs- und Pflegesituation Ihrer/s Angehörigen. Wir möchten gerne erfahren, inwieweit durch die Betreuung Belastungen für Sie entstehen. Außerdem interessiert uns, wie zufrieden Sie mit dem DemStepCare-Programm sind.

In einem zweiten Fragebogenteil finden Sie Fragen zu der Lebensqualität Ihrer/s Angehörigen und Fragen zu Ihrer eigenen Lebensqualität. Wir möchten dadurch ein umfassendes Bild Ihres derzeitigen Befindens erhalten. Abschließend finden Sie einige Fragen zu Ihrer Person.

Mit der Beantwortung der Fragen tragen Sie dazu bei, dass die Pflegesituation für Menschen mit Demenz und für deren Angehörige verbessert werden kann.

Auf dieser Seite möchten wir Ihnen zunächst einige Hinweise zur Beantwortung der verschiedenen Fragen in diesem Fragebogen geben.

- ✓ Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. **Lassen Sie bitte keine Frage aus.**
- ✓ Die meisten Fragen in diesem Fragebogen lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen **Kästchen ankreuzen.**
- ✓ Falls eine Frage nicht ganz auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte **die Antwort an, der Sie meisten zustimmen können.** Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.
- ✓ Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen einen **Kugelschreiber oder Füller** und keinen Blei- oder Filzstift.
- ✓ Für den Fall, dass Sie **Korrekturen** vornehmen möchten (z.B. weil Sie das Kreuz an eine falsche Stelle gemacht haben), bitten wir Sie, das „falsche“ Feld vollständig auszumalen und das „richtige“ Feld ganz normal anzukreuzen.

Beispiel-Aussage	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
<i>Ich habe mich am Gespräch aktiv beteiligt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An einigen Stellen in diesem Fragebogen wird nur die männliche Bezeichnung für Personen verwendet, um die Fragen übersichtlich zu gestalten. Die Fragen beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

Ihre persönliche Betreuungs- und Pflegesituation

Zu Beginn möchten wir einige Fragen zu Ihnen und zu Ihrem Angehörigen stellen. Ihre Antworten helfen uns dabei, Ihre Betreuungs- und Pflegesituation näher kennenzulernen.

A Angaben zu Ihrem Betreuungs- und Pflegeverhältnis

In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehefrau | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter |
| <input type="checkbox"/> Ehemann | <input type="checkbox"/> Schwiegersohn |
| <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: |
| <input type="checkbox"/> Sohn | _____ |

Leben Sie mit Ihrem Angehörigen in einem Haushalt?

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein, ich lebe im Umkreis von ca. _____ km |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|

Seit wann kümmern Sie sich verstärkt um Ihren Angehörigen?

- | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seit _____ Jahren | <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich nicht verstärkt um meinen Angehörigen. |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

Welche Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige nutzen Sie zurzeit?
Sie können hier auch mehrere Kästchen ankreuzen.

- | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Pflegeentlastende Angebote (z.B. Tages-, Kurzzeitpflege) |
| <input type="checkbox"/> Angehörigengruppen | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: |

B Angaben zu Ihrem Angehörigen

Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?			Wie alt ist Ihr Angehöriger?
weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre

Im Folgenden möchten wir wissen, ob Ihr Angehöriger in den letzten 9 Monaten im Krankenhaus war.

Betrachten Sie bitte zunächst das folgende Beispiel und beantworten Sie die Frage entsprechend.

Beispiel:

Eine Person hatte 2 Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 9 Monate.

Beim ersten Krankenhausaufenthalt war die Person 3 Tage auf der Intensivstation und 7 Tage auf einer Normalstation.

Beim zweiten Krankenhausaufenthalt war die Person 4 Tage auf einer Normalstation.

→ 2 Aufenthalte; 3 Tage + 7 Tage + 4 Tage = 14 Tage insgesamt, davon 3 Tage Intensivstation

<input type="checkbox"/>	Nein
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, er/sie war in den letzten 9 Monaten...
	<input type="text"/> mal im Krankenhaus
insgesamt	<input type="text"/> Tage im Krankenhaus
davon	<input type="text"/> Tage auf einer Intensivstation

War Ihr Angehöriger in den **letzten 9 Monaten** zur stationären Behandlung im Krankenhaus?

Bitte nehmen Sie zur Beantwortung der Frage ggf. einen Kalender zu Hilfe. Wenn Sie die Tage nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte ungefähre Werte an.

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, er/sie war in den letzten 9 Monaten...
	<input type="text"/> mal im Krankenhaus
insgesamt	<input type="text"/> Tage im Krankenhaus
davon	<input type="text"/> Tage auf einer Intensivstation

Mögliche Belastungen im Zusammenhang mit der Betreuung und Pflege

Im Folgenden geht es um Belastungen, die mit der Betreuung und Pflege Ihres Angehörigen verbunden sein können.

Verhaltensauffälligkeiten Ihres Angehörigen

- C** Wir möchten nun erfahren, ob bestimmte Denk- und Verhaltensauffälligkeiten zurzeit bei Ihrem Angehörigen auftreten und wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen. Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Mein Angehöriger...

			Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?				
	Nein	Ja	gar nicht	ein wenig	mäßig	deutlich	stark
wiederholt sich oft (z.B. stellt dieselben Fragen, erzählt dieselben Dinge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist logischen Argumenten nicht mehr zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begreift schwierige Sachverhalte nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich nichts merken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Angehöriger...

			Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?				
	Nein	Ja	gar nicht	ein wenig	mäßig	deutlich	stark
tut Dinge, die mir verrückt erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beschimpft mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
widersetzt sich bei bestimmten Pflegeaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt Verhaltensweisen, die ihn/sie selbst gefährden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Einschränkungen

D

Im Folgenden sind Gedanken und Gefühle aufgeführt, die Pflegende in Bezug auf die Pflege und die damit verbundenen Aufgaben und Einschränkungen haben können. Bitte geben Sie an, wie oft Sie selbst solche Gedanken und Gefühle haben.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Ich habe das Gefühl, ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
dass ich zu wenig Rückzugsmöglichkeiten habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenig Zeit für Hobbies/Interessen habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich mich zu wenig um meine Gesundheit kümmern kann.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenige Dinge für mich selbst erledigen kann.	<input type="checkbox"/>				

Praktische Betreuungsaufgaben

E Jetzt möchten wir etwas über die praktischen Betreuungsaufgaben, die Sie leisten, erfahren. Bitte geben Sie für jeden Inhaltsbereich an, ob Ihr Angehöriger **Unterstützung** dafür benötigt. Falls dies der Fall ist, geben Sie bitte auch an, **von wem** die notwendige Unterstützung geleistet wird.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe in folgenden Bereichen?

			→ Falls ja: Von wem wird diese Unterstützung geleistet?				
	Ja	Nein	Jemand anderes leistet die gesamte Unterstützung	Jemand anderes leistet den größten Teil der Unterstützung	Ich teile mir die Unterstützung mit jemandem zu gleichen Teilen	Ich leiste den größten Teil der Unterstützung	Ich leiste die gesamte Unterstützung
Hilfe beim Zubereiten der Mahlzeiten (z.B. Kochen, Brote richten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Kleinschneiden, Darreichen der Nahrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Baden, Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Zahnpflege, Haar-, Haut- und Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Toilettengängen bzw. Inkontinenzvorlagen wechseln, Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim An- und Auskleiden bzw. Zurechtlegen der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten von Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten von Stürzen und Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich verfügbar/anwesend sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mangelnde soziale Unterstützung

F Im Folgenden geht es darum, inwieweit Sie darunter leiden, von anderen bei der Betreuung nicht ausreichend unterstützt zu werden.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Haben Sie das Gefühl, ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen.	<input type="checkbox"/>				
dass andere Menschen zu wenig Verständnis für Ihre Situation aufbringen.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie zu wenig Anerkennung von anderen erfahren.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie mit Behörden und Institutionen zu kämpfen haben.	<input type="checkbox"/>				
dass es Ihnen schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie in Ihren Bemühungen um professionelle Unterstützung und Hilfe allein gelassen werden.	<input type="checkbox"/>				

Akzeptieren der Situation

G Im Folgenden sind Sichtweisen aufgeführt, die Angehörigen vielleicht helfen, mit der Pflegesituation zurechtzukommen. Wir möchten Ihre Sicht der Situation erfahren.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Wenn Sie an die Pflegesituation denken, ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
bemerken Sie, dass Sie gelernt haben, mit der Situation zu leben.	<input type="checkbox"/>				
akzeptieren Sie, dass die Situation nun mal so ist und dass man es nicht ändern kann.	<input type="checkbox"/>				
bemerken Sie, dass Sie sich an den Gedanken gewöhnt haben, dass es so gekommen ist.	<input type="checkbox"/>				
können Sie die Situation, so wie sie jetzt ist, als Realität akzeptieren.	<input type="checkbox"/>				

Einbezug in die Behandlung Ihres Angehörigen

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie Sie sich mit den Ärzten, die Ihren Angehörigen behandeln, austauschen.

Austausch mit Ärzten

H Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Verhaltensweisen, die Ihr Arzt bzw. Ihre Ärzte oder Sie selbst während der bisherigen Behandlung Ihres Angehörigen gezeigt haben. Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie stark Sie zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Ärzte gaben mir eine vollständige Erklärung der Krankheitssymptome bzw. der Behandlung meines Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte ermutigten mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit der Krankheit zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bat die Ärzte, mir die Behandlung bzw. das weitere Vorgehen genauer zu erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sagte den Ärzten, welche Bedürfnisse und Anliegen ich bezüglich der Behandlung hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen noch einmal mit den Ärzten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perceived involvement in care scale (PICS), Lerman et al. (1990). Deutsche Version: Schreiber et al. (2004); gekürzt und modifiziert.

Das DemStepCare-Programm

In den vergangenen Monaten hat Ihr Angehöriger am DemStepCare-Programm teilgenommen. Wir möchten gerne erfahren, wie Sie die verschiedenen Angebote von DemStepCare empfunden haben.

Zufriedenheit mit DemStepCare

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf das DemStepCare-Programm beziehen. Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie stark Sie zustimmen. Beziehen Sie sich dabei bitte auf den **gesamten Zeitraum**, in dem Ihr Angehöriger bislang am DemStepCare-Programm teilgenommen hat.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Der Hausarzt hat meinen Angehörigen kompetent betreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Angehöriger ist bei seinem Hausarzt gut aufgehoben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Case Manager stand uns bei Fragen rund um die Pflege meines Angehörigen stets zur Seite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Case Manager ist eine kompetente Ansprechperson.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei DemStepCare wurde ich ausreichend über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Angehöriger ist bei DemStepCare in guten Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Angebote von DemStepCare entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DemStepCare ist eine hilfreiche Unterstützung im Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde anderen Demenzpatienten und deren Angehörigen die Teilnahme an DemStepCare empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt bin ich mit dem Angebot von DemStepCare sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Rahmen von DemStepCare haben Sie die Möglichkeit, an einem **Gruppenangebot für pflegende Angehörige** teilzunehmen.

Haben Sie bislang an dem Gruppenangebot für pflegende Angehörige teilgenommen?

Nein.

Ja.

Falls ja: Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

stimme
überhaupt
nicht zu

stimme
eher nicht
zu

stimme
eher zu

stimme
voll und
ganz zu

Ich bin gerne zum
Gruppenangebot für pflegende
Angebote gegangen.

Mir hat das Gruppenangebot
für pflegende Angehörige
sehr geholfen.



Im Verlauf einer Demenzerkrankung kann es zu **akuten Krisen** kommen. Die Pflegesituation kann sich dadurch zuspitzen. In solchen Krisen bietet DemStepCare Unterstützung durch eine Krisenambulanz (Pflegeexperte und Arzt) an.

Hat Ihr Angehöriger während der Teilnahme an DemStepCare eine akute Krise erlebt, in der die Krisenambulanz (Pflegeexperte und Arzt) von DemStepCare hinzugezogen wurde?

Nein.

Ja.

Falls ja: Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

stimme
überhaupt
nicht zu

stimme
eher nicht
zu

stimme
eher zu

stimme
voll und
ganz zu

Ich war mit der akuten
Unterstützung durch
DemStepCare in der
Krisensituation sehr zufrieden.

Die akute Unterstützung von
DemStepCare hat die
Krisensituation entschärft.



Lebensqualität

Mit den nun folgenden Fragen möchten wir zunächst erfahren, wie Sie die Lebensqualität Ihres Angehörigen einschätzen. Im Anschluss bitten wir Sie um die Beurteilung Ihrer eigenen Lebensqualität.

Lebensqualität Ihres Angehörigen

J

In den folgenden Fragen geht es um die Lebensqualität **Ihres Angehörigen**. Wenn Sie über das Leben Ihres Angehörigen nachdenken, gibt es verschiedene Bereiche, von denen im Folgenden einige aufgeführt sind. Denken Sie bitte über jeden Punkt nach und beurteilen Sie die derzeitige Lebensqualität Ihres Angehörigen für jeden Bereich. Beurteilen Sie bitte die Bereiche anhand dessen, wie das Leben Ihres Angehörigen **zurzeit** (das heißt, in den letzten Wochen) verläuft.

Beurteilung der Situation Ihres Angehörigen in Bezug auf...	schlecht	einigermaßen	gut	ausgezeichnet
Körperlicher Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe/Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, Aufgaben im und um das Haus zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, etwas zum Vergnügen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensqualität

K

Nun möchten wir erfahren, wie Sie **Ihre eigene Lebensqualität**, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens einschätzen.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der **vergangenen 2 Wochen**.

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/>				

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der **vergangenen 2 Wochen** bestimmte Dinge erlebt haben.

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>				
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/>				
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>				
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>				

In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während der vergangenen 2 Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.					
	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>				
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/>				

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der **vergangenen 2 Wochen** hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der folgenden Frage geht es darum, wie oft sich während der vergangenen 2 Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.					
	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="checkbox"/>				

WHOQOL-Bref, Deutsche Version. Wiedergabe mit Genehmigung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die WHO unterstützt keine bestimmten Unternehmen, Produkte oder Dienstleistungen.

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf den Umgang mit schwierigen Situationen beziehen. Bitte geben Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen.					
	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brief Resilience Scale (BRS), Smith et al. (2008) Deutsche Version: Chmitorz et al. (2018)

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich **während des letzten Monats** durch Stress belastet fühlen.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

Perceived Stress Scale (PSS), Cohen et al. (1983), Deutsche Version: Klein et al. (2016)

Gesundheitliche Herausforderungen

L Im folgenden Teil finden Sie eine Liste verschiedener gesundheitlicher Probleme. Wir möchten gerne wissen, welche der aufgeführten gesundheitlichen Probleme Sie haben.

Haben Sie das folgende gesundheitliche Problem?

	Nein	Ja	Falls ja: Wie schwer schätzen Sie es ein?		
			leicht	mittel	schwer
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt (in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung/Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems (z.B. chron. Rückenschmerzen, Gelenk- erkrankungen wie z.B. Arthrose, Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z.B. Schlag- anfall, Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KoMo-Score Patient, Glattacker et al. (2007), modifiziert.

Angaben zu Ihrer Person

M

Abschließend möchten wir Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen.

Welches Geschlecht haben Sie?			Wie alt sind Sie?
weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre

Sind Sie erwerbstätig?

Ja, mit Stunden pro Woche

Nein, ich bin nicht erwerbstätig, sondern...

Rentner arbeitssuchend

Sonstiges, und zwar: _____

Kommentare oder Anmerkungen

Sie können die folgenden Zeilen nutzen, falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten.

Vielen herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

**Ihre Perspektive ist uns wichtig, um die Situation
von pflegenden Angehörigen besser zu verstehen.**

Ihre Ansprechpartnerin für Rückfragen:



Isabella Bablok
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung

Hugstetter Straße 49
D-79106 Freiburg
Telefon: 0761 270-77040
isabella.bablok@uniklinik-freiburg.de

ID

**Forschungsprojekt:
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit
koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem
Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
(DemStepCare)**

**Fragebogen für Angehörige im
DemStepCare-Projekt**

Erhebung zur Mitte der Studienteilnahme



Fragebogen für Angehörige im DemStepCare-Projekt



■ **Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,** ■

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen!

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen zu der aktuellen Betreuungs- und Pflegesituation Ihrer/s Angehörigen. Wir möchten gerne erfahren, inwieweit durch die Betreuung Belastungen für Sie entstehen.

In einem zweiten Fragebogenteil finden Sie Fragen zu der Lebensqualität Ihrer/s Angehörigen und Fragen zu Ihrer eigenen Lebensqualität. Wir möchten dadurch ein umfassendes Bild Ihres derzeitigen Befindens erhalten. Abschließend finden Sie einige Fragen zu Ihrer Person.

Mit der Beantwortung der Fragen tragen Sie dazu bei, dass die Pflegesituation für Menschen mit Demenz und für deren Angehörige verbessert werden kann.

Auf dieser Seite möchten wir Ihnen zunächst einige Hinweise zur Beantwortung der verschiedenen Fragen in diesem Fragebogen geben.

- ✓ Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. **Lassen Sie bitte keine Frage aus.**
- ✓ Die meisten Fragen in diesem Fragebogen lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen **Kästchen ankreuzen.**
- ✓ Falls eine Frage nicht ganz auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte **die Antwort an, der Sie meisten zustimmen können.** Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.
- ✓ Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen einen **Kugelschreiber oder Füller** und keinen Blei- oder Filzstift.
- ✓ Für den Fall, dass Sie **Korrekturen** vornehmen möchten (z.B. weil Sie das Kreuz an eine falsche Stelle gemacht haben), bitten wir Sie, das „falsche“ Feld vollständig auszumalen und das „richtige“ Feld ganz normal anzukreuzen.

Beispiel-Aussage

Ich habe mich am Gespräch aktiv beteiligt.

trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An einigen Stellen in diesem Fragebogen wird nur die männliche Bezeichnung für Personen verwendet, um die Fragen übersichtlich zu gestalten. Die Fragen beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

Ihre persönliche Betreuungs- und Pflegesituation

Zu Beginn möchten wir einige Fragen zu Ihnen und zu Ihrem Angehörigen stellen. Ihre Antworten helfen uns dabei, Ihre Betreuungs- und Pflegesituation näher kennenzulernen.

A Angaben zu Ihrem Betreuungs- und Pflegeverhältnis

In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ehefrau | <input type="checkbox"/> | Schwiegertochter |
| <input type="checkbox"/> | Ehemann | <input type="checkbox"/> | Schwiegersohn |
| <input type="checkbox"/> | Tochter | <input type="checkbox"/> | Sonstiges, und zwar: |
| <input type="checkbox"/> | Sohn | | _____ |

Leben Sie mit Ihrem Angehörigen in einem Haushalt?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein, ich lebe im Umkreis von ca.
<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table> km | | | | |
| | | | | | | | |

Seit wann kümmern Sie sich verstärkt um Ihren Angehörigen?

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Seit <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table> Jahren | | | <input type="checkbox"/> | Ich kümmere mich nicht verstärkt um meinen Angehörigen. |
| | | | | | |

Welche Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige nutzen Sie zurzeit?
 Sie können hier auch mehrere Kästchen ankreuzen.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Keine | <input type="checkbox"/> | Pflegeentlastende Angebote
(z.B. Tages-, Kurzzeitpflege) |
| <input type="checkbox"/> | Angehörigengruppen | <input type="checkbox"/> | Sonstiges, und zwar: |

B Angaben zu Ihrem Angehörigen

Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?			Wie alt ist Ihr Angehöriger?
weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre

Im Folgenden möchten wir wissen, ob Ihr Angehöriger in den letzten 9 Monaten im Krankenhaus war.

Betrachten Sie bitte zunächst das folgende Beispiel und beantworten Sie die Frage entsprechend.

Beispiel:

Eine Person hatte 2 Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 9 Monate.

Beim ersten Krankenhausaufenthalt war die Person 3 Tage auf der Intensivstation und 7 Tage auf einer Normalstation.

Beim zweiten Krankenhausaufenthalt war die Person 4 Tage auf einer Normalstation.

→ 2 Aufenthalte; 3 Tage + 7 Tage + 4 Tage = 14 Tage insgesamt, davon 3 Tage Intensivstation

<input type="checkbox"/>	Nein
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, er/sie war in den letzten 9 Monaten...
	<input type="text"/> mal im Krankenhaus
insgesamt	<input type="text"/> Tage im Krankenhaus
davon	<input type="text"/> Tage auf einer Intensivstation

War Ihr Angehöriger in den **letzten 9 Monaten** zur stationären Behandlung im Krankenhaus?

Bitte nehmen Sie zur Beantwortung der Frage ggf. einen Kalender zu Hilfe. Wenn Sie die Tage nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte ungefähre Werte an.

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, er/sie war in den letzten 9 Monaten...
	<input type="text"/> mal im Krankenhaus
insgesamt	<input type="text"/> Tage im Krankenhaus
davon	<input type="text"/> Tage auf einer Intensivstation

Mögliche Belastungen im Zusammenhang mit der Betreuung und Pflege

Im Folgenden geht es um Belastungen, die mit der Betreuung und Pflege Ihres Angehörigen verbunden sein können.

Verhaltensauffälligkeiten Ihres Angehörigen

- C** Wir möchten nun erfahren, ob bestimmte Denk- und Verhaltensauffälligkeiten zurzeit bei Ihrem Angehörigen auftreten und wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen. Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Mein Angehöriger...

			Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?				
	Nein	Ja	gar nicht	ein wenig	mäßig	deutlich	stark
wiederholt sich oft (z.B. stellt dieselben Fragen, erzählt dieselben Dinge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist logischen Argumenten nicht mehr zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begreift schwierige Sachverhalte nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich nichts merken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Angehöriger...

			Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?				
	Nein	Ja	gar nicht	ein wenig	mäßig	deutlich	stark
tut Dinge, die mir verrückt erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beschimpft mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
widersetzt sich bei bestimmten Pflegeaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt Verhaltensweisen, die ihn/sie selbst gefährden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Einschränkungen

D

Im Folgenden sind Gedanken und Gefühle aufgeführt, die Pflegende in Bezug auf die Pflege und die damit verbundenen Aufgaben und Einschränkungen haben können. Bitte geben Sie an, wie oft Sie selbst solche Gedanken und Gefühle haben.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Ich habe das Gefühl, ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
dass ich zu wenig Rückzugsmöglichkeiten habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenig Zeit für Hobbies/Interessen habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich mich zu wenig um meine Gesundheit kümmern kann.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen habe.	<input type="checkbox"/>				
dass ich zu wenige Dinge für mich selbst erledigen kann.	<input type="checkbox"/>				

Praktische Betreuungsaufgaben

E Jetzt möchten wir etwas über die praktischen Betreuungsaufgaben, die Sie leisten, erfahren. Bitte geben Sie für jeden Inhaltsbereich an, ob Ihr Angehöriger **Unterstützung** dafür benötigt. Falls dies der Fall ist, geben Sie bitte auch an, **von wem** die notwendige Unterstützung geleistet wird.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe in folgenden Bereichen?

	Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe in folgenden Bereichen?		→ Falls ja: Von wem wird diese Unterstützung geleistet?				
	Ja	Nein	Jemand anderes leistet die gesamte Unterstützung	Jemand anderes leistet den größten Teil der Unterstützung	Ich teile mir die Unterstützung mit jemandem zu gleichen Teilen	Ich leiste den größten Teil der Unterstützung	Ich leiste die gesamte Unterstützung
Hilfe beim Zubereiten der Mahlzeiten (z.B. Kochen, Brote richten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Kleinschneiden, Darreichen der Nahrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Baden, Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Zahnpflege, Haar-, Haut- und Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Toilettengängen bzw. Inkontinenzvorlagen wechseln, Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim An- und Auskleiden bzw. Zurechtlegen der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten von Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten von Stürzen und Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich verfügbar/anwesend sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mangelnde soziale Unterstützung

F Im Folgenden geht es darum, inwieweit Sie darunter leiden, von anderen bei der Betreuung nicht ausreichend unterstützt zu werden.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Haben Sie das Gefühl, ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen.	<input type="checkbox"/>				
dass andere Menschen zu wenig Verständnis für Ihre Situation aufbringen.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie zu wenig Anerkennung von anderen erfahren.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie mit Behörden und Institutionen zu kämpfen haben.	<input type="checkbox"/>				
dass es Ihnen schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
dass Sie in Ihren Bemühungen um professionelle Unterstützung und Hilfe allein gelassen werden.	<input type="checkbox"/>				

Akzeptieren der Situation

G Im Folgenden sind Sichtweisen aufgeführt, die Angehörigen vielleicht helfen, mit der Pflegesituation zurechtzukommen. Wir möchten Ihre Sicht der Situation erfahren.
Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **letzten 2 Wochen**.

Wenn Sie an die Pflegesituation denken, ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
bemerken Sie, dass Sie gelernt haben, mit der Situation zu leben.	<input type="checkbox"/>				
akzeptieren Sie, dass die Situation nun mal so ist und dass man es nicht ändern kann.	<input type="checkbox"/>				
bemerken Sie, dass Sie sich an den Gedanken gewöhnt haben, dass es so gekommen ist.	<input type="checkbox"/>				
können Sie die Situation, so wie sie jetzt ist, als Realität akzeptieren.	<input type="checkbox"/>				

Einbezug in die Behandlung Ihres Angehörigen

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie Sie sich mit den Ärzten, die Ihren Angehörigen behandeln, austauschen.

Austausch mit Ärzten

H Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Verhaltensweisen, die Ihr Arzt bzw. Ihre Ärzte oder Sie selbst während der bisherigen Behandlung Ihres Angehörigen gezeigt haben. Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie stark Sie zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Ärzte gaben mir eine vollständige Erklärung der Krankheitssymptome bzw. der Behandlung meines Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte ermutigten mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit der Krankheit zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bat die Ärzte, mir die Behandlung bzw. das weitere Vorgehen genauer zu erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sagte den Ärzten, welche Bedürfnisse und Anliegen ich bezüglich der Behandlung hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen noch einmal mit den Ärzten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perceived involvement in care scale (PICS), Lerman et al. (1990). Deutsche Version: Schreiber et al. (2004); gekürzt und modifiziert.

Lebensqualität

Mit den nun folgenden Fragen möchten wir zunächst erfahren, wie Sie die Lebensqualität Ihres Angehörigen einschätzen. Im Anschluss bitten wir Sie um die Beurteilung Ihrer eigenen Lebensqualität.

Lebensqualität Ihres Angehörigen

In den folgenden Fragen geht es um die Lebensqualität **Ihres Angehörigen**. Wenn Sie über das Leben Ihres Angehörigen nachdenken, gibt es verschiedene Bereiche, von denen im Folgenden einige aufgeführt sind. Denken Sie bitte über jeden Punkt nach und beurteilen Sie die derzeitige Lebensqualität Ihres Angehörigen für jeden Bereich. Beurteilen Sie bitte die Bereiche anhand dessen, wie das Leben Ihres Angehörigen **zurzeit** (das heißt, in den letzten Wochen) verläuft.

Beurteilung der Situation Ihres Angehörigen in Bezug auf...	schlecht	einigermaßen	gut	ausgezeichnet
Körperlicher Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe/Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, Aufgaben im und um das Haus zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit, etwas zum Vergnügen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensqualität

J

Nun möchten wir erfahren, wie Sie **Ihre eigene Lebensqualität**, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens einschätzen.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der **vergangenen 2 Wochen**.

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/>				

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der **vergangenen 2 Wochen** bestimmte Dinge erlebt haben.

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>				
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>				
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/>				
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>				
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>				

In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während der **vergangenen 2 Wochen** bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>				
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/>				

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der **vergangenen 2 Wochen** hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der folgenden Frage geht es darum, wie oft sich während der vergangenen 2 Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.					
	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="checkbox"/>				

WHOQOL-Bref, Deutsche Version. Wiedergabe mit Genehmigung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die WHO unterstützt keine bestimmten Unternehmen, Produkte oder Dienstleistungen.

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf den Umgang mit schwierigen Situationen beziehen. Bitte geben Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen.					
	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brief Resilience Scale (BRS), Smith et al. (2008) Deutsche Version: Chmitorz et al. (2018)

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich **während des letzten Monats** durch Stress belastet fühlen.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

Perceived Stress Scale (PSS), Cohen et al. (1983), Deutsche Version: Klein et al. (2016)

Gesundheitliche Herausforderungen

K Im folgenden Teil finden Sie eine Liste verschiedener gesundheitlicher Probleme. Wir möchten gerne wissen, welche der aufgeführten gesundheitlichen Probleme Sie haben.

Haben Sie das folgende gesundheitliche Problem?

	Nein	Ja	Falls ja: Wie schwer schätzen Sie es ein?		
			leicht	mittel	schwer
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt (in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung/Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems (z.B. chron. Rückenschmerzen, Gelenk- erkrankungen wie z.B. Arthrose, Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z.B. Schlag- anfall, Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KoMo-Score Patient, Glattacker et al. (2007), modifiziert.

Angaben zu Ihrer Person

L

Abschließend möchten wir Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen.

Welches Geschlecht haben Sie?			Wie alt sind Sie?
weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre

Sind Sie erwerbstätig?

Ja, mit Stunden pro Woche

Nein, ich bin nicht erwerbstätig, sondern...

Rentner arbeitssuchend

Sonstiges, und zwar: _____

Kommentare oder Anmerkungen

Sie können die folgenden Zeilen nutzen, falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten.

Vielen herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

Ihre Perspektive ist uns wichtig, um die Situation von pflegenden Angehörigen besser zu verstehen.

Ihre Ansprechpartnerin für Rückfragen:



Isabella Bablok
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung

Hugstetter Straße 49
D-79106 Freiburg
Telefon: 0761 270-77040
isabella.bablok@uniklinik-freiburg.de

Anhang 6: Fragebogen der Befragung der Hausärzt:innen zu t0

1. Was schätzen Sie: Wie hoch ist der Anteil älterer Patienten (ab 65 Jahren) in Ihrer Praxis? Ist der Anteil...

- Stark überdurchschnittlich Etwas überdurchschnittlich Ungefähr durchschnittlich
 Etwas unterdurchschnittlich Stark unterdurchschnittlich

2. Wie häufig betreuen Sie an Demenz erkrankte Patienten in der eigenen Praxis? (Gemeint ist, wie häufig Sie mit Demenzpatienten zu tun haben, sei es zu Zwecken der Diagnose, Versorgung und/oder Beratung.)

- Sehr häufig Eher häufig Gelegentlich Eher selten Sehr selten Nie

3. In welchen der folgenden Situationen kommen Demenztests bei Ihnen zum Einsatz? (Mehrfachangabe möglich)

- Im Verdachtsfall Zur Verlaufskontrolle Zu Screeningzwecken
 Geriatrisches Basisassessment (GBA) Führe keine Demenztests durch

4. Wenn Sie an die Patienten denken, bei denen Sie in den letzten Jahren auf eine Demenz gestoßen sind oder einen Demenzverdacht hatten: Was waren die ersten Hinweise, durch die Sie auf das Vorliegen einer möglichen Demenz aufmerksam wurden? (Mehrfachangabe möglich)

- Beschwerden des Patienten selbst Hinweise Angehöriger Hinweise des Praxispersonals
 Eigene Beschäftigung mit dem Patienten
 Sonstige, und zwar: _____

5. Haben Sie in Ihrer Praxis Mitarbeiter/innen, die auf dem Gebiet Demenz speziell geschult sind? (Gemeint ist der Besuch entsprechender Fortbildungen.)

- Ja, alle sind geschult Ja, einige sind geschult Ja, eine Person ist geschult Nein

6. Führen Sie in der Regel selbst eine (S3-leitliniengerechte) Demenzdiagnose durch, oder überweisen Sie Patienten mit Verdacht auf Demenz in der Regel zur weiteren Abklärung bzw. zur Stellung einer Diagnose?

- Führe in der Regel selbst durch Überweise in der Regel Ganz unterschiedlich

- Falls ‚Führe in der Regel selbst durch‘: Bitte direkt zu Frage 8 übergehen -

7. Wohin überweisen Sie Patienten mit Verdacht auf Demenz zur weiteren Abklärung? (Mehrfachangabe möglich)

- Zum niedergelassenen Neurologen/Psychiater
 Zur Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen (vorausgesetzt, eine solche befindet sich in einer zumutbaren Entfernung)
 Sonstige, und zwar: _____

8. Sind Sie in der Regel in demenzbezogene Therapien eingebunden, oder überlassen Sie dies ausschließlich dem neurologischen bzw. psychiatrischen Spezialisten?

- In Therapie eingebunden Überlasse Spezialist Ganz unterschiedlich

9. Hier stehen verschiedene Aussagen von Allgemeinmedizinerinnen, die im Rahmen einer Interviewstudie erfasst wurden. Bitte geben Sie an, wie stark Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.

0 bedeutet „Stimme gar nicht zu“ und 10 „Stimme voll und ganz zu“

	Stimme gar nicht zu	Stimme voll und ganz zu									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
„Es ist oft nicht einfach, die Symptome einer Demenz von typischen Alterserscheinungen (wie z.B. Depression) abzugrenzen.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Als Hausarzt/Hausärztin ist es mir wichtig, den Verdacht auf Demenz durch eine eigene Diagnose abzuklären.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Patienten mit Demenz sollten maßgeblich durch Fachärzte wie Neurologen oder Psychiater betreut werden, nicht durch den Hausarzt.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Eine Demenzdiagnose bringt im Prinzip nicht viel, da die therapeutische Konsequenz unzureichend ist.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich führe Demenztests meistens nur durch, wenn Patienten oder Angehörige darum bitten.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Einen Demenzverdacht oder eine Demenzdiagnose zu äußern, hat oftmals starke Abwehrhaltungen oder Spannungen mit dem Patienten zur Folge.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Eine leitliniengerechte Demenzdiagnose ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die weitere Patientenversorgung.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Die frühe Erkennung einer Demenzerkrankung ist für den Patienten von Vorteil.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Habe ich einen Verdacht, führe ich grundsätzlich einen Demenztest durch.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Es ist eine Herausforderung, einen Demenzverdacht so zu formulieren, dass die Compliance und die weitere Patientenversorgung sichergestellt sind.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Die Mitteilung eines Demenzverdachts oder einer Demenzdiagnose schadet dem Patienten oft mehr als es ihm hilft.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Mir ist es wichtig, Demenzpatienten und deren Krankheitsverlauf längerfristig zu begleiten.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich finde es oft schwierig, die Versorgungsbedarfe von Demenzpatienten richtig einzuschätzen.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Begleitende Befragung zu „DemStepCare“ -

	Stimme gar nicht zu											Stimme voll und ganz zu
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
„Als Hausarzt/Hausärztin kann ich nur wenig tun, um die Lebensqualität von Demenzpatienten zu verbessern.“	<input type="radio"/>											
„Ich kenne mich gut mit Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Demenzpatienten und Angehörige aus.“	<input type="radio"/>											
„Es ist Aufgabe des Hausarztes, zu mehr Lebensqualität von pflegenden Angehörigen beizutragen.“	<input type="radio"/>											
„Wenn pflegende Angehörige von Demenzpatienten mit Fragen zur Organisation der Pflege auf mich zukommen, kann ich ihnen gut weiterhelfen.“	<input type="radio"/>											
„Ich mache Patienten und Angehörige auf konkrete Unterstützungs- und Beratungsangebote aufmerksam (z.B. Demenz-Netzwerke, Pflegestützpunkte).“	<input type="radio"/>											
„Ich finde es einfach, einzuschätzen, welche therapeutischen Maßnahmen bei Demenzpatienten angemessen sind.“	<input type="radio"/>											
„Die bestehenden Leitlinien für die Diagnose und Therapie von Demenz empfinde ich als hilfreich.“	<input type="radio"/>											
„Demenzen können durch Einsatz von Medikamenten wirksam verzögert werden.“	<input type="radio"/>											

10. Die hausärztliche Demenzversorgung bringt verschiedene Herausforderungen mit sich. Bitte geben Sie jeweils an, für wie groß Sie die folgenden Herausforderungen aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrung halten.

0 bedeutet „Sehr gering“ und 10 „Sehr groß“

	Sehr gering											Sehr groß
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Anwendung der Demenz-Leitlinie (S3)	<input type="radio"/>											
Schritte hin zum Demenzverdacht und weiteres Vorgehen	<input type="radio"/>											
Diagnostik und Testverfahren (Durchführung des Diagnostikprozesses und Interpretation)	<input type="radio"/>											
Differenzialdiagnostische Abgrenzung einer Demenz von anderen Formen kognitiver Beeinträchtigungen (z.B. Depression)	<input type="radio"/>											
Sicherstellung der Akzeptanz und Kooperation des Patienten bei der Durchführung von Demenztests	<input type="radio"/>											



- Begleitende Befragung zu „DemStepCare“ -

	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Sehr gering Sehr groß </div> 										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aufklärung des Patienten über die Diagnose und Sicherstellung der Compliance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfolgreiche therapeutische Begleitung von Demenzerkrankten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprächsführung mit Demenzerkrankten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunikation mit pflegenden Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung von Demenzpatienten und Angehörigen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung von Demenzpatienten und Angehörigen zu rechtlichen Aspekten (Vorsorgevollmacht, Betreuung, „Autofahren“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des diagnostischen Vorgehens bei Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?

0 bedeutet „gar nicht gut“ und 10 „sehr gut“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

12. Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des therapeutischen Vorgehens und dem Management von Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?

0 bedeutet „gar nicht gut“ und 10 „sehr gut“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

13. Was würden Sie sagen: Wie gut sind Sie mit der S3-Leitlinie zur Demenzdiagnostik und -therapie vertraut?

0 bedeutet „gar nicht gut“ und 10 „sehr gut“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

14. Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine leitliniengerechte Demenzdiagnose zu stellen?

(Gemeint ist die S3-Leitlinie.)

0 bedeutet „gar nicht sicher“ und 10 „sehr sicher“

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine Demenzerkrankung leitliniengerecht zu managen, also mit therapeutischen und medikamentösen Maßnahmen zu begleiten? (Gemeint ist die S3-Leitlinie.)

0 bedeutet „gar nicht sicher“ und 10 „sehr sicher“

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Wie groß wäre Ihr Interesse, an einer Fortbildung zum Thema Demenz teilzunehmen?

Sehr groß Eher groß Eher nicht so groß Kein Interesse

17. Haben Sie schon Fortbildungen besucht, bei denen Demenz im Vordergrund stand oder ein wichtiges Thema war?

Ja, dreimal oder mehr Ja, zweimal Ja, einmal Nein, noch nicht

- Falls ‚Nein, noch nicht‘: Bitte direkt zu Frage 19 übergehen -

18. Wie lange liegt Ihre letzte Fortbildung, in der Demenz als wichtiges Thema vorkam, zurück?

Mehr als fünf Jahre Drei bis fünf Jahre Ein bis drei Jahre Weniger als ein Jahr

19. Sie haben es fast geschafft. Zum Schluss würden wir gerne von Ihnen erfahren, was für Sie wichtige Gründe waren, am Projekt „DemStepCare“ teilzunehmen bzw. was Sie sich von der Teilnahme am Projekt versprechen. Bitte tragen Sie Ihre wichtigsten Gründe schlagwortartig in das vorgesehene Feld ein.

Nun bräuchten wir noch einige demographische Angaben von Ihnen. Wie auch der Rest des Fragebogens werden diese Informationen natürlich streng vertraulich behandelt und bei der Auswertung pseudonymisiert.

Sie sind...

- Männlich Weiblich Divers

Ihr **Alter**: _____

Wo befindet sich Ihre Praxis? In einer Gemeinde/Stadt mit . . .

- mehr als 100.000 20.000 bis 100.000 5.000 bis 20.000 unter 5.000 Einwohnern

Welches Niederlassungsmodell beschreibt Ihre Praxis am besten?

- Einzelpraxis Einzelpraxis mit angestellten Ärzten Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft
 Medizinisches Versorgungszentrum Sonstiges, und zwar: _____

Wie viele Ärzte sind in Ihrer Praxis tätig?

- 1 Arzt 2 Ärzte 3 Ärzte Mehr als drei Ärzte

Wie viele Patienten behandelt Ihre Praxis im Quartal?

- 500-750 751-1000 1001-1500 Mehr als 1500

Verfügen Sie über die **Zusatz-Weiterbildung bzw. Fachkunde Geriatrie**?

- Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Hier finden Sie Platz für Anregungen, Kommentare und Kritik.

Anhang 7: Fragebogen der Befragung der Hausärzt:innen zu t1

1. Was schätzen Sie: Wie hoch ist der Anteil älterer Patienten (ab 65 Jahren) in Ihrer Praxis? Ist der Anteil...

- Stark überdurchschnittlich Etwas überdurchschnittlich Ungefähr durchschnittlich
 Etwas unterdurchschnittlich Stark unterdurchschnittlich

2. Wie häufig betreuen Sie an Demenz erkrankte Patienten in der eigenen Praxis? (Gemeint ist, wie häufig Sie mit Demenzpatienten zu tun haben, sei es zu Zwecken der Diagnose, Versorgung und/oder Beratung.)

- Sehr häufig Eher häufig Gelegentlich Eher selten Sehr selten Nie

3. In welchen der folgenden Situationen kommen Demenztests bei Ihnen zum Einsatz? (Mehrfachangabe möglich)

- Im Verdachtsfall Zur Verlaufskontrolle Zu Screeningzwecken
 Geriatrisches Basisassessment (GBA) Führe keine Demenztests durch

4. Wenn Sie an die Patienten denken, bei denen Sie in den letzten Jahren auf eine Demenz gestoßen sind oder einen Demenzverdacht hatten: Was waren die ersten Hinweise, durch die Sie auf das Vorliegen einer möglichen Demenz aufmerksam wurden? (Mehrfachangabe möglich)

- Beschwerden des Patienten selbst Hinweise Angehöriger Hinweise des Praxispersonals
 Eigene Beschäftigung mit dem Patienten
 Sonstige, und zwar: _____

5. Haben Sie in Ihrer Praxis Mitarbeiter/innen, die auf dem Gebiet Demenz speziell geschult sind? (Gemeint ist der Besuch entsprechender Fortbildungen.)

- Ja, alle sind geschult Ja, einige sind geschult Ja, eine Person ist geschult Nein

6. Führen Sie in der Regel selbst eine (S3-leitliniengerechte) Demenzdiagnose durch, oder überweisen Sie Patienten mit Verdacht auf Demenz in der Regel zur weiteren Abklärung bzw. zur Stellung einer Diagnose?

- Führe in der Regel selbst durch Überweise in der Regel Ganz unterschiedlich

- Falls ‚Führe in der Regel selbst durch‘: Bitte direkt zu Frage 8 übergehen -

7. Wohin überweisen Sie Patienten mit Verdacht auf Demenz zur weiteren Abklärung? (Mehrfachangabe möglich)

- Zum niedergelassenen Neurologen/Psychiater
 Zur Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen (vorausgesetzt, eine solche befindet sich in einer zumutbaren Entfernung)
 Sonstige, und zwar: _____



8. Sind Sie in der Regel in demenzbezogene Therapien eingebunden, oder überlassen Sie dies ausschließlich dem neurologischen bzw. psychiatrischen Spezialisten?

- In Therapie eingebunden Überlasse Spezialist Ganz unterschiedlich

9. Hier stehen verschiedene Aussagen von Allgemeinmedizinern, die im Rahmen einer Interviewstudie erfasst wurden. Bitte geben Sie an, wie stark Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.

0 bedeutet „Stimme gar nicht zu“ und 10 „Stimme voll und ganz zu“

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
„Es ist oft nicht einfach, die Symptome einer Demenz von typischen Alterserscheinungen (wie z.B. Depression) abzugrenzen.“	<input type="radio"/>										
„Als Hausarzt/Hausärztin ist es mir wichtig, den Verdacht auf Demenz durch eine eigene Diagnose abzuklären.“	<input type="radio"/>										
„Patienten mit Demenz sollten maßgeblich durch Fachärzte wie Neurologen oder Psychiater betreut werden, nicht durch den Hausarzt.“	<input type="radio"/>										
„Eine Demenzdiagnose bringt im Prinzip nicht viel, da die therapeutische Konsequenz unzureichend ist.“	<input type="radio"/>										
„Ich führe Demenztests meistens nur durch, wenn Patienten oder Angehörige darum bitten.“	<input type="radio"/>										
„Einen Demenzverdacht oder eine Demenzdiagnose zu äußern, hat oftmals starke Abwehrhaltungen oder Spannungen mit dem Patienten zur Folge.“	<input type="radio"/>										
„Eine leitliniengerechte Demenzdiagnose ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die weitere Patientenversorgung.“	<input type="radio"/>										
„Die frühe Erkennung einer Demenzerkrankung ist für den Patienten von Vorteil.“	<input type="radio"/>										
„Habe ich einen Verdacht, führe ich grundsätzlich einen Demenztest durch.“	<input type="radio"/>										
„Es ist eine Herausforderung, einen Demenzverdacht so zu formulieren, dass die Compliance und die weitere Patientenversorgung sichergestellt sind.“	<input type="radio"/>										
„Die Mitteilung eines Demenzverdachts oder einer Demenzdiagnose schadet dem Patienten oft mehr als es ihm hilft.“	<input type="radio"/>										
„Mir ist es wichtig, Demenzpatienten und deren Krankheitsverlauf längerfristig zu begleiten.“	<input type="radio"/>										
„Ich finde es oft schwierig, die Versorgungsbedarfe von Demenzpatienten richtig einzuschätzen.“	<input type="radio"/>										

Stimme gar nicht zu

Stimme voll und ganz zu

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
„Als Hausarzt/Hausärztin kann ich nur wenig tun, um die Lebensqualität von Demenzpatienten zu verbessern.“	<input type="radio"/>										
„Ich kenne mich gut mit Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Demenzpatienten und Angehörige aus.“	<input type="radio"/>										
„Es ist Aufgabe des Hausarztes, zu mehr Lebensqualität von pflegenden Angehörigen beizutragen.“	<input type="radio"/>										
„Wenn pflegende Angehörige von Demenzpatienten mit Fragen zur Organisation der Pflege auf mich zukommen, kann ich ihnen gut weiterhelfen.“	<input type="radio"/>										
„Ich mache Patienten und Angehörige auf konkrete Unterstützungs- und Beratungsangebote aufmerksam (z.B. Demenz-Netzwerke, Pflegestützpunkte).“	<input type="radio"/>										
„Ich finde es einfach, einzuschätzen, welche therapeutischen Maßnahmen bei Demenzpatienten angemessen sind.“	<input type="radio"/>										
„Die bestehenden Leitlinien für die Diagnose und Therapie von Demenz empfinde ich als hilfreich.“	<input type="radio"/>										
„Demenzen können durch Einsatz von Medikamenten wirksam verzögert werden.“	<input type="radio"/>										

10. Die hausärztliche Demenzversorgung bringt verschiedene Herausforderungen mit sich. Bitte geben Sie jeweils an, für wie groß Sie die folgenden Herausforderungen aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrung halten.

0 bedeutet „Sehr gering“ und 10 „Sehr groß“

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anwendung der Demenz-Leitlinie (S3)	<input type="radio"/>										
Schritte hin zum Demenzverdacht und weiteres Vorgehen	<input type="radio"/>										
Diagnostik und Testverfahren (Durchführung des Diagnostikprozesses und Interpretation)	<input type="radio"/>										
Differenzialdiagnostische Abgrenzung einer Demenz von anderen Formen kognitiver Beeinträchtigungen (z.B. Depression)	<input type="radio"/>										
Sicherstellung der Akzeptanz und Kooperation des Patienten bei der Durchführung von Demenztests	<input type="radio"/>										

Sehr gering

Sehr groß

Bitte auf Rückseite fortfahren

- Begleitende Befragung zu „DemStepCare“, zweite Befragungswelle -

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aufklärung des Patienten über die Diagnose und Sicherstellung der Compliance	<input type="radio"/>										
Erfolgreiche therapeutische Begleitung von Demenzerkrankten	<input type="radio"/>										
Gesprächsführung mit Demenzerkrankten	<input type="radio"/>										
Kommunikation mit pflegenden Angehörigen	<input type="radio"/>										
Beratung von Demenzpatienten und Angehörigen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten	<input type="radio"/>										
Beratung von Demenzpatienten und Angehörigen zu rechtlichen Aspekten (Vorsorgevollmacht, Betreuung, „Autofahren“)	<input type="radio"/>										

11. Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des diagnostischen Vorgehens bei Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?

0 bedeutet „gar nicht gut“ und 10 „sehr gut“

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des therapeutischen Vorgehens und dem Management von Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?

0 bedeutet „gar nicht gut“ und 10 „sehr gut“

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Was würden Sie sagen: Wie gut sind Sie mit der S3-Leitlinie zur Demenzdiagnostik und -therapie vertraut?

0 bedeutet „gar nicht gut“ und 10 „sehr gut“

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine leitliniengerechte Demenzdiagnose zu stellen?

(Gemeint ist die S3-Leitlinie.)

0 bedeutet „gar nicht sicher“ und 10 „sehr sicher“

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine Demenzerkrankung leitliniengerecht zu managen, also mit therapeutischen und medikamentösen Maßnahmen zu begleiten? (Gemeint ist die S3-Leitlinie.)

0 bedeutet „gar nicht sicher“ und 10 „sehr sicher“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

16. Wie groß wäre Ihr Interesse, an einer Fortbildung zum Thema Demenz teilzunehmen?

Sehr groß Eher groß Eher nicht so groß Kein Interesse

17. Haben Sie schon Fortbildungen besucht, bei denen Demenz im Vordergrund stand oder ein wichtiges Thema war?

Ja, dreimal oder mehr Ja, zweimal Ja, einmal Nein, noch nicht

- Falls ‚Nein, noch nicht‘: Bitte direkt zu Frage 19 übergehen -

18. Wie lange liegt Ihre letzte Fortbildung, in der Demenz als wichtiges Thema vorkam, zurück?

Mehr als fünf Jahre Drei bis fünf Jahre Ein bis drei Jahre Weniger als ein Jahr

19. Seit einiger Zeit nehmen Sie am Projekt „DemStepCare“ teil, das einen Beitrag zur Verbesserung der hausarztbasierten Demenzversorgung leisten soll. Wenn Sie eine Gesamtbeurteilung vornehmen müssten: Wie zufrieden sind Sie bislang mit „DemStepCare“?

Sehr zufrieden Eher zufrieden Eher unzufrieden Sehr unzufrieden Keine Angabe

20. Wir würden gerne etwas genauer nachfragen. Was beurteilen Sie an „DemStepCare“ positiv?

21. Was beurteilen Sie an „DemStepCare“ als weniger gut und sollte ggf. verbessert werden?

22. Gab es spezielle Situationen oder Abläufe im Kontext Ihrer Teilnahme an „DemStepCare“, die Sie als problematisch erlebt haben? Falls ja, welche Situationen oder Abläufe waren dies?

Bitte auf Rückseite fortfahren

23. Wie erleben Sie im Rahmen von „DemStepCare“ die Zusammenarbeit mit den spezialisierten Pflegekräften bzw. Case Managern?

- Sehr gut
 Eher gut
 Eher schlecht
 Sehr schlecht
 Keine Angabe

24. Hat sich Ihrer Ansicht nach die Demenzversorgung in Ihrer Praxis seit der Teilnahme an „DemStepCare“...

- Deutlich verbessert
 Eher verbessert
 Gleich geblieben
 Eher verschlechtert
 Deutlich verschlechtert
 Keine Angabe

25. Wie viel hat Ihnen die bisherige Teilnahme an „DemStepCare“ gebracht in Bezug auf...

0 bedeutet „Überhaupt nichts gebracht“ und 10 „Sehr viel gebracht“

	Überhaupt nichts Sehr viel										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erhöhung der Versorgungsstabilität von Demenzpatienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeidung stationärer Aufnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der Lebensqualität von Demenzpatienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reduktion der Belastung pflegender Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der Kenntnis der S3-Leitlinie zur Demenzdiagnostik und -therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkte Orientierung entlang der S3-Leitlinie und ihrer Empfehlungen (z.B. Diagnosestellung, Krankheitsmanagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkte Nutzung ambulanter Unterstützungsangebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Wirkt sich die Teilnahme an „DemStepCare“ insgesamt für Sie entlastend oder belastend aus?

- Deutlich entlastend
 Eher entlastend
 Eher belastend
 Deutlich belastend
 Keine Angabe

27. In welcher Hinsicht fühlen Sie sich entlastet bzw. belastet?

28. Gibt es noch etwas, das Sie uns in Bezug auf Ihre Teilnahme an „DemStepCare“ mitteilen möchten?

Nun bräuchten wir noch einige statistische Angaben von Ihnen. Wie auch der Rest des Fragebogens werden diese Informationen natürlich streng vertraulich behandelt und bei der Auswertung pseudonymisiert.

Sie sind...

Männlich Weiblich Divers

Ihr **Alter**: _____

Wo befindet sich Ihre Praxis? In einer Gemeinde/Stadt mit . . .

mehr als 100.000 20.000 bis 100.000 5.000 bis 20.000 unter 5.000 Einwohnern

Welches Niederlassungsmodell beschreibt Ihre Praxis am besten?

Einzelpraxis Einzelpraxis mit angestellten Ärzten Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft
 Medizinisches Versorgungszentrum Sonstiges, und zwar: _____

Wie viele Ärzte sind in Ihrer Praxis tätig?

1 Arzt 2 Ärzte 3 Ärzte Mehr als drei Ärzte

Wie viele Patienten behandelt Ihre Praxis im Quartal?

500-750 751-1000 1001-1500 Mehr als 1500

Verfügen Sie über die **Zusatz-Weiterbildung bzw. Fachkunde Geriatrie**?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Sollten Sie diese Befragung schriftlich ausgefüllt haben, nutzen Sie bitte den beigefügten Rückumschlag.

Was möchten Sie uns noch mitteilen? Hier finden Sie Platz für Anregungen, Kommentare und Kritik.

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Uwe Schaarschmidt & Andreas W. Fischer

Name Vorname Geschlecht

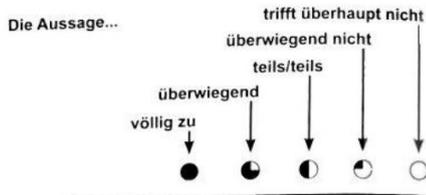
Beruf Schulabschluss Alter

Wir bitten Sie, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im Folgenden eine Reihe von Aussagen. Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zeichen an:

<p>Bitte beachten Sie: Voller Kreis heißt, dass Sie der Aussage völlig zustimmen, leerer Kreis heißt, dass Sie überhaupt nicht zustimmen.</p>	<p>Die Aussage...</p>	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">überwiegend</td> <td></td> <td style="text-align: center;">überwiegend nicht</td> <td></td> <td style="text-align: center;">trifft überhaupt nicht</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">völlig zu</td> <td></td> <td style="text-align: center;">teils/teils</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">●</td> <td></td> <td style="text-align: center;">◐</td> <td></td> <td style="text-align: center;">◑</td> </tr> </table>		überwiegend		überwiegend nicht		trifft überhaupt nicht		völlig zu		teils/teils				↓		↓		↓		●		◐		◑																																																																																
	überwiegend		überwiegend nicht		trifft überhaupt nicht																																																																																																					
	völlig zu		teils/teils																																																																																																							
	↓		↓		↓																																																																																																					
	●		◐		◑																																																																																																					
<p>1. Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt</p> <p>2. Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben</p> <p>3. Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung</p> <p>4. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein</p> <p>5. Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen</p> <p>6. Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell</p> <p>7. Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde</p> <p>8. Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe</p> <p>9. Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich</p> <p>10. Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein</p> <p>11. Mein Partner/meine Partnerin¹ zeigt Verständnis für meine Arbeit</p> <p>12. Die Arbeit ist mein Ein und Alles</p> <p>13. Berufliche Karriere bedeutet mir wenig</p> <p>14. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung</p> <p>15. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern</p> <p>16. Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme</p> <p>17. Misserfolge kann ich nur schwer verkraften</p> <p>18. Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: „Jetzt erst recht!“</p>	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td>●</td><td>◐</td><td>◑</td><td>◒</td><td>○</td> </tr> </table>	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○	●	◐	◑	◒	○
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						
●	◐	◑	◒	○																																																																																																						

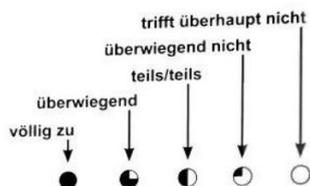
¹ bzw. die Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht.



- 19. Ich bin ein ruheloser Mensch ● ●● ●●● ●●●● ○
- 20. In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt ● ●● ●●● ●●●● ○
- 21. Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden ● ●● ●●● ●●●● ○
- 22. Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme ● ●● ●●● ●●●● ○
- 23. Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein ● ●● ●●● ●●●● ○
- 24. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig ● ●● ●●● ●●●● ○
- 25. Ich arbeite wohl mehr, als ich sollte ● ●● ●●● ●●●● ○
- 26. Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 27. Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten ● ●● ●●● ●●●● ○
- 28. Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 29. Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung ● ●● ●●● ●●●● ○
- 30. Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin ● ●● ●●● ●●●● ○
- 31. Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben ● ●● ●●● ●●●● ○
- 32. Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 33. Von meinem Partner/meiner Partnerin² wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme ● ●● ●●● ●●●● ○
- 34. Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 35. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 36. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten ● ●● ●●● ●●●● ○
- 37. Was immer ich tue, es muss perfekt sein ● ●● ●●● ●●●● ○
- 38. Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keine Gedanken mehr an die Arbeit ● ●● ●●● ●●●● ○
- 39. Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr ● ●● ●●● ●●●● ○
- 40. Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann ... ● ●● ●●● ●●●● ○
- 41. Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld ● ●● ●●● ●●●● ○
- 42. In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 43. Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 44. Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung ● ●● ●●● ●●●● ○
- 45. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte ● ●● ●●● ●●●● ○

² bzw. von der Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht.

Die Aussage...



- 46. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 47. Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt ● ●● ●●● ●●●● ○
- 48. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin ● ●● ●●● ●●●● ○
- 49. Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag ● ●● ●●● ●●●● ○
- 50. Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe ● ●● ●●● ●●●● ○
- 51. Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken ● ●● ●●● ●●●● ○
- 52. Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten ● ●● ●●● ●●●● ○
- 53. Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet ● ●● ●●● ●●●● ○
- 54. Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht ● ●● ●●● ●●●● ○
- 55. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung ● ●● ●●● ●●●● ○
- 56. Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit ● ●● ●●● ●●●● ○
- 57. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel ● ●● ●●● ●●●● ○
- 58. In der Arbeit verausgabe ich mich stark ● ●● ●●● ●●●● ○
- 59. Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte ● ●● ●●● ●●●● ○
- 60. Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit ● ●● ●●● ●●●● ○
- 61. Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 62. Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strengere mich um so mehr an ● ●● ●●● ●●●● ○
- 63. Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt ● ●● ●●● ●●●● ○
- 64. Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen ● ●● ●●● ●●●● ○
- 65. Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin ● ●● ●●● ●●●● ○
- 66. Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da ● ●● ●●● ●●●● ○

Der Fragebogen beinhaltet elf Skalen. Jeder Skala sind sechs Fragen zugeordnet (siehe unten). Für jede Ihrer Einschätzungen wird eine bestimmte Punktzahl vergeben.

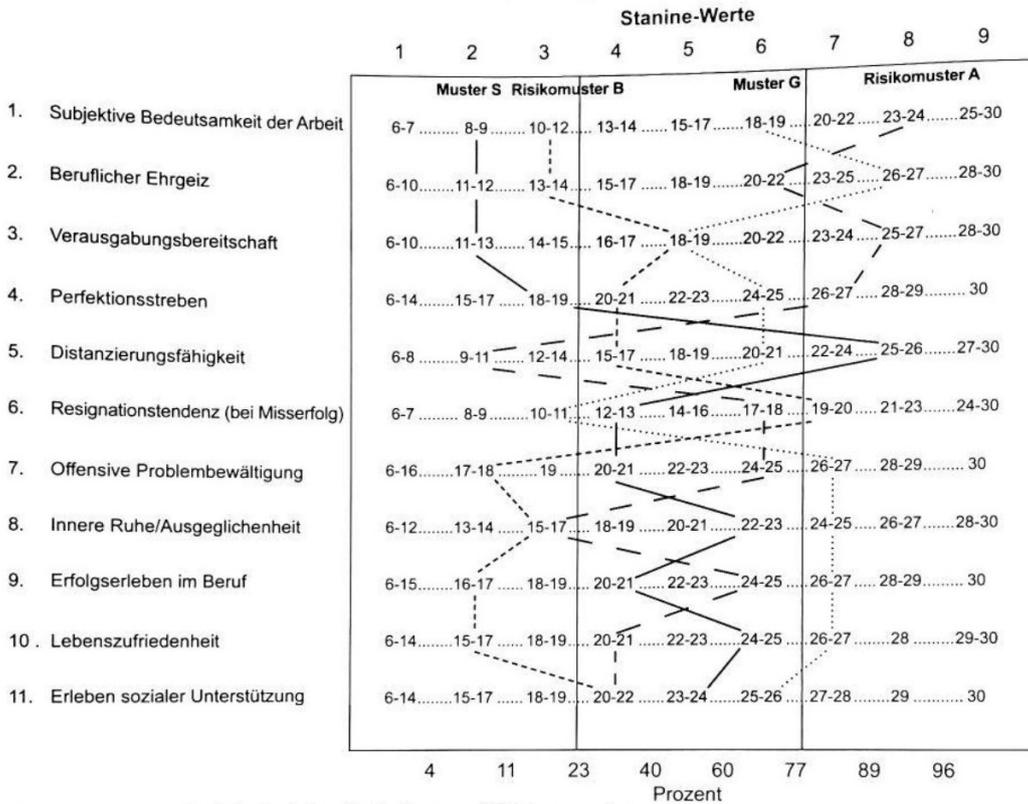
Sie vergeben für ... 
 Punkte ... 5 4 3 2 1

Tragen Sie nun die entsprechenden Punkte für jede Antwort ein und rechnen Sie diese zusammen:

1. Subjektive Bedeu- samkeit der Arbeit	Frage	1.	12.	23.	34.	45.	56.	
	Punkte	12						=
2. Beruflicher Ehrgeiz	Frage	2.	13.	24.	35.	46.	57.	
	Punkte	6						=
3. Verausgabungs- bereitschaft	Frage	3.	14.	25.	36.	47.	58.	
	Punkte							=
4. Perfektionsstreben	Frage	4.	15.	26.	37.	48.	59.	
	Punkte							=
5. Distanzierungs- fähigkeit	Frage	5.	16.	27.	38.	49.	60.	
	Punkte	18						=
6. Resignationstendenz (bei Misserfolg)	Frage	6.	17.	28.	39.	50.	61.	
	Punkte							=
7. Offensive Problem- bewältigung	Frage	7.	18.	29.	40.	51.	62.	
	Punkte							=
8. Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit	Frage	8.	19.	30.	41.	52.	63.	
	Punkte	12						=
9. Erfolgserleben im Beruf	Frage	9.	20.	31.	42.	53.	64.	
	Punkte	6						=
10. Lebenszufriedenheit	Frage	10.	21.	32.	43.	54.	65.	
	Punkte	6						=
11. Erleben sozialer Unterstützung	Frage	11.	22.	33.	44.	55.	66.	
	Punkte	18						=

Übertragen Sie bitte die Summenwerte in das untenstehende Auswertungsschema und verbinden Sie die Punkte. Ihr persönliches Profil können Sie nun mit den Ergebnissen einer Stichprobe von 2499 Personen vergleichen. Die bereits eingetragenen Referenzprofile kennzeichnen vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens, die vor allem unter Gesundheitsaspekt von Bedeutung sind.

AVEM (Standardform) – Norm:
Berufs- und länderübergreifende Eichstichprobe gesamt (n = 2499; 2008)



Muster G – gesundheitsförderliches Verhaltens- und Erlebensmuster:

Deutliche, aber nicht exzessive Ausprägung im Arbeitsengagement bei erhaltener Distanzierungsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsprobleme, offensives Bewältigungsverhalten und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, positives Lebensgefühl („psychische Gesundheit“).
 Intervention unter Gesundheitsaspekt nicht erforderlich!

Muster S – auf Schonung (oder auch Schutz) orientiertes Verhaltens- und Erlebensmuster:

Geringes Arbeitsengagement bei starker Distanzierung gegenüber den Arbeitsproblemen, psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, (relative) Zufriedenheit.
 Intervention ist weniger unter Gesundheitsaspekt, eher unter Motivationsaspekt zu empfehlen!

Risikomuster A – gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster:

Überhöhtes Engagement und geringe Distanzierung in Bezug auf die Arbeitsprobleme (Tendenz zur Selbstüberforderung), verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, eingeschränktes Lebensgefühl.
 Intervention unter Gesundheitsaspekt erforderlich!

Risikomuster B – gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster:

Geringere Ausprägungen im Arbeitsengagement (bevorzugt in der Bedeutsamkeit der Arbeit und im beruflichen Ehrgeiz), starke Resignationstendenz und verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, deutlich eingeschränktes Lebensgefühl.
 Intervention unter Gesundheitsaspekt erforderlich!



SOC-29

Hier ist eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche Ihrer Antwort entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen. Wenn die Antwort unterhalb 1 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 1 an; wenn die Antwort unter der Zahl 7 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 7 an. Wenn Sie Ihre Antwort irgendwo zwischen 1 und 7 sehen, kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrer Beurteilung am besten entspricht. Bitte geben Sie **immer nur eine Antwort pro Frage**.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten reden, haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht verstanden werden?

habe nie dieses Gefühl 1 2 3 4 5 6 7 habe immer dieses Gefühl

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas tun mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen Menschen abhängig war, hatten Sie dann das Gefühl, es würde...

sicher nicht erledigt werden 1 2 3 4 5 6 7 sicher erledigt werden

3. Einmal abgesehen von den Menschen, die Ihnen am nächsten stehen: Wie gut kennen Sie die meisten Leute, mit denen Sie täglich zu tun haben?

sie sind Ihnen völlig fremd 1 2 3 4 5 6 7 Sie kennen sie sehr gut

4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

sehr selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

5. Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das ist immer wieder passiert

6. Ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden, auf die Sie gezählt hatten?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das ist immer wieder passiert

7. Das Leben ist...

ausgesprochen interessant 1 2 3 4 5 6 7 reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben...

überhaupt keine klaren Ziele 1 2 3 4 5 6 7 sehr klare Ziele

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie dann das Gefühl, dass...

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden 1 2 3 4 5 6 7 Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

Janke, Erdmann & Kallus
Testheft

SVF 120

Name (Kennwort): _____ Vorname: _____

Geschlecht: _____ Alter: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von möglichen Reaktionen, die man zeigen kann, wenn man durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist.

Bitte lesen Sie diese nacheinander durch und entscheiden Sie jeweils, ob die angegebenen Reaktionen *Ihrer* Art zu reagieren entsprechen.

Dabei stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Bitte kreuzen Sie jeweils die Ihrer Reaktion entsprechende Zahl an.

Beispiel:

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

... besuche ich nette Freunde oder Bekannte

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

In diesem Fall ist die 3 („wahrscheinlich“) angekreuzt. Das würde bedeuten, dass „nette Freunde oder Bekannte besuchen“ wahrscheinlich Ihrer Art zu reagieren in der oben genannten Situation entspricht.

Hin und wieder sind die Reaktionen einander ähnlich. Lassen Sie sich davon nicht stören, sondern entscheiden Sie sich jeweils spontan, ohne zu überlegen, wie Sie zuvor geantwortet haben.

Bitte lassen Sie keine Reaktion aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für Sie zutrifft.

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

1) ... versuche ich, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

2) ... sage ich mir, lass dich nicht gehen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

3) ... sehe ich zu, dass jemand anderes mich bei der Lösung unterstützt

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

4) ... fühle ich mich irgendwie hilflos

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

5) ... sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

6) ... gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

7) ... neige ich dazu, viel mehr zu rauchen oder mit dem Rauchen (wieder) anzufangen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

8) ... vermeide ich von nun an solche Situationen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

9) ... frage ich mich, was ich schon wieder falsch gemacht habe

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

10) ... sage ich mir, alles ist halb so schlimm

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

11) ... überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

12) ... versuche ich, meine Muskeln zu entspannen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

13) ... tue ich mir selber ein bisschen leid

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

14) ... neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

15) ... sage ich mir, dass ich das durchstehen werde

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

16) ... kann ich lange Zeit an nichts anderes mehr denken

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

17) ... werde ich schneller damit fertig als andere

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

18) ... versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

19) ... nehme ich Beruhigungsmittel

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

20) ... gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

21) ... frage ich jemanden um Rat, wie ich mich verhalten soll

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

22) ... esse ich etwas Gutes

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

23) ... denke ich hinterher immer wieder darüber nach

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

24) ... denke ich, möglichst von hier weg

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

25) ... habe ich ein schlechtes Gewissen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

26) ... sage ich mir, du musst dich zusammenreißen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

27) ... meide ich die Menschen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

28) ... versuche ich, ganz ruhig und gleichmäßig zu atmen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

29) ... entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

30) ... sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

31) ... sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

32) ... neige ich dazu, schnell aufzugeben

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

33) ... neige ich dazu, mit anderen Leuten aneinander zu geraten

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

34) ... denke ich bewusst an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

35) ... bin ich mit mir selbst unzufrieden

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

36) ... sehe ich mir etwas Nettes im Fernsehen an

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

37) ... denke ich, nur nicht unterkriegen lassen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

38) ... bin ich froh, dass ich nicht so empfindlich bin wie andere

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

39) ... ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

40) ... kommen mir Fluchtgedanken

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

41) ... beneide ich andere, denen so was nicht passiert

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

42) ... muss ich mich einfach mit jemandem aussprechen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

43) ... sage ich mir, ich kann nichts dafür

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

44) ... möchte ich am liebsten irgendetwas an die Wand werfen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

45) ... tue ich etwas, was mich davon ablenkt

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

46) ... weiß ich nicht, wie ich gegen die Situation ankommen könnte

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

47) ... bemühe ich mich um anderweitige Erfolge

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

48) ... nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

49) ... schließe ich mich von meiner Umgebung ab

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

50) ... sage ich mir, die Zeit hat schon manche Träne getrocknet

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

51) ... fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

52) ... sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

53) ... neige ich dazu, mich zu betrinken

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

54) ... versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

55) ... beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

56) ... sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

57) ... mache ich mir Vorwürfe

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

58) ... versuche ich, mich systematisch zu entspannen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

59) ... wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiss ist

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

60) ... erscheint mir alles so hoffnungslos

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

61) ... greife ich irgendwelche Leute ungerechtfertigt an

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

62) ... habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

63) ... bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

64) ... tue ich mir selbst etwas Gutes

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

65) ... denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

66) ... mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

67) ... sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

68) ... versuche ich, Haltung zu bewahren

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

69) ... denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

70) ... trinke ich erst mal ein Glas Bier, Wein oder Schnaps

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

71) ... sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

72) ... geht mir die Situation lange Zeit nicht aus dem Kopf

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

73) ... versuche ich, mich der Situation zu entziehen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

74) ... kaufe ich mir etwas, was ich schon lange haben wollte

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

75) ... sage ich mir, es war letzten Endes mein Fehler

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

76) ... will ich niemanden sehen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

77) ... habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

78) ... bringe ich meine guten Eigenschaften zur Geltung

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

79) ... kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muss

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

80) ... suche ich nach etwas, das mir Freude machen könnte

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

81) ... tue ich etwas zu meiner Entspannung

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

82) ... werde ich wütend

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

83) ... mache ich mir klar, dass ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

84) ... habe ich das Bedürfnis, die Meinung von jemand anderem dazu zu hören

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

85) ... versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

86) ... stürze ich mich in die Arbeit

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

87) ... suche ich bei mir selbst die Schuld

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

88) ... denke ich, morgen ist sicher alles vergessen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

89) ... neige ich dazu, alles sinnlos zu finden

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

90) ... nehme ich Schlafmittel ein

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

91) ... wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

92) ... möchte ich am liebsten ganz allein sein

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

93) ... reagiere ich gereizt

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

94) ... denke ich, mir bleibt auch nichts erspart

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

95) ... versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

96) ... sage ich mir, du kannst damit fertig werden

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

97) ... finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

98) ... passe ich auf, dass es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

99) ... denke ich an etwas, was mich entspannt

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

100) ... spiele ich die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

101) ... versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

102) ... versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

103) ... erfülle ich mir einen lang ersehnten Wunsch

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

104) ... denke ich, mich trifft keine Schuld

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

105) ... neige ich dazu, zu resignieren

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

106) ... versuche ich mir einzureden, dass es nicht so wichtig ist

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

107) ... sind mir andere lästig

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

108) ... neige ich dazu, irgendwelche Medikamente zu nehmen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

109) ... sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

110) ... werde ich hinterher die Gedanken an die Situation einfach nicht mehr los

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

111) ... lenke ich mich irgendwie ab

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

112) ... werde ich ungehalten

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

113) ... nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

114) ... schließe ich die Augen und versuche, mich zu entspannen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

115) ... verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

116) ... versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

117) ... frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

118) ... überlege ich, wie ich von nun an solchen Situationen ausweichen kann

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

119) ... denke ich, an mir liegt es nicht, dass es dazu gekommen ist

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

120) ... möchte ich am liebsten einfach weglaufen

0 gar nicht 1 kaum 2 möglicherweise 3 wahrscheinlich 4 sehr wahrscheinlich

Vielen Dank, der Test ist zu Ende.

Tragen Sie bitte hier noch die augenblickliche Uhrzeit ein und kontrollieren Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Uhrzeit: _____ Uhr

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY**CMAI**

Cohen-Mansfield et al, 1989; übersetzt und modifiziert nach Fischer (1998)

Patient:.....w/m**geb:**.....**Datum:****SCORE** _____

Name des Beurteilers: Name des Pflegenden.....

Beurteilungszeitraum: die letzten Wochen (üblicherweise 2 Wochen)

1 = nie

3 = 1x od. 2x pro Woche

5 = 1x od. 2x pro Tag

2 = unter 1 x pro Woche

4 = mehrmals pro Woche

6 = mehrmals pro Tag

7 = mehrmals pro Stunde

0. Drohgebärden	1	2	3	4	5	6	7
1. Schlagen (auch sich selbst)	1	2	3	4	5	6	7
2. Treten	1	2	3	4	5	6	7
3. Andere anfassen	1	2	3	4	5	6	7
4. Stoßen	1	2	3	4	5	6	7
5. Sachen werfen	1	2	3	4	5	6	7
6. Beißen	1	2	3	4	5	6	7
7. Kratzen	1	2	3	4	5	6	7
8. Spucken	1	2	3	4	5	6	7
9. Sich oder andere verletzen	1	2	3	4	5	6	7
10. Sachen zerreißen, Eigentum zerstören	1	2	3	4	5	6	7
11. Körperliche sexuelle Anzüglichkeiten	1	2	3	4	5	6	7
12. Zielloses Herumwandern	1	2	3	4	5	6	7
13. grundloses Anziehen oder Entkleiden	1	2	3	4	5	6	7
14. Weglaufen	1	2	3	4	5	6	7
15. Absichtlich fallen lassen	1	2	3	4	5	6	7
16. Trinken/essen von nicht Trink/Eßbarem	1	2	3	4	5	6	7
17. Dinge inadäquat verwenden	1	2	3	4	5	6	7
18. Dinge verstecken	1	2	3	4	5	6	7
19. Dinge horten	1	2	3	4	5	6	7
20. Ständig wiederholte Bewegungsmuster	1	2	3	4	5	6	7
21. Allgemeine Rastlosigkeit	1	2	3	4	5	6	7
22. Kreischen	1	2	3	4	5	6	7
23. Verbale sexuelle Anzüglichkeiten	1	2	3	4	5	6	7
24. Fluchen oder verbale Aggressionen	1	2	3	4	5	6	7
25. Wiederholte Fragen oder Sätze	1	2	3	4	5	6	7
26. Seltsames Lachen oder Schreien	1	2	3	4	5	6	7
27. Klagen, Reklamieren	1	2	3	4	5	6	7
28. Negativismen (Verweigerung)	1	2	3	4	5	6	7
29. Ständiges Einfordern von Aufmerksamkeit	1	2	3	4	5	6	7

Bemerkungen:

Demenzspezifisches Screening zur Versorgungssituation (DSV) Version 6.7

Nr.	Kategorie	Exploration	NEIN	JA
1.	Informelles Hilfesystem	<p>Haben Sie in Ihrem Umfeld Menschen, die Ihnen bei Bedarf bei der Pflege Ihres Angehörigen helfen?</p> <p>Antwort spricht für das Fehlen eines informellen Hilfesystems → NEIN (z.B. „Nein, von meinen Verwandten/Bekannten ist keiner in der Lage/bereit, mich zu unterstützen“, „Nein, ich habe keine Verwandte/Bekannte, die in der Nähe leben“)</p> <p>Antwort spricht für das Vorhandensein eines informellen Hilfesystems → JA</p>		
2.	Mobilität	<p>Haben Sie in den letzten 4 Wochen Beeinträchtigungen in Bezug auf die Mobilität des/der Betroffenen festgestellt? (Können Sie das genauer beschreiben?)</p> <p>Antwort spricht für eine deutlich eingeschränkte Mobilität → JA (z.B. einmal oder mehrfach gestürzt, viele blaue Flecke sind vorhanden, steht alleine auf ohne die Balance halten zu können)</p>		
3.	Kontinenz	<p>Haben Sie in den letzten 4 Wochen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Kontrolle über Körperausscheidungen beobachtet? (Können Sie das genauer beschreiben?)</p> <p>Antwort spricht für bedeutsame Beeinträchtigungen aufgrund von Inkontinenz → JA (z.B. der Urin/Stuhlgang kann nicht mehr gehalten werden, der/die Betroffene muss mehrmals am Tag aufgrund der Inkontinenz seine Kleidung wechseln)</p>		
4.	Ernährung	<p>Haben Sie im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme in den letzten 4 Wochen Beeinträchtigungen bemerkt? (Können Sie das genauer beschreiben?)</p> <p>Antwort spricht für deutliche Probleme mit der Nahrungsaufnahme → JA (z.B. der/die Betroffene trinkt weniger als 1300 ml pro Tag, es sind Schluckstörungen aufgetreten, der/die Betroffene weiß mit der Nahrung nichts anzufangen)</p>		
5.	Ungewohnte Verhaltensweisen	<p>Haben Sie in den letzten 4 Wochen ungewohnte Verhaltensweisen beobachtet? (Können Sie das genauer beschreiben?)</p> <p>Antwort spricht für auffällige Verhaltensweisen → JA (z.B. der/die Betroffene vergisst den Herd auszumachen, der/die Betroffene läuft ohne erkennbaren Grund und/oder adäquate Kleidung auf die Straße, der/die Betroffene wird plötzlich aggressiv, der/die Betroffene schreit laut ohne erkennbaren Grund)</p>		
6.	Hilfesystem	<p>Haben sich in den letzten 4 Wochen Probleme mit dem arrangierten Pflegesystem ergeben? (Können Sie das genauer beschreiben?)</p> <p>Antwort spricht für deutliche Defizite im Hilfesystem → JA (z.B. Nachbarn/Freunde/weitere Angehörige, die bei der Versorgung unterstützen sind ausgefallen, die privat finanzierte 24h Hilfe steht nicht mehr zur Verfügung, der Pflegedienst kann seine zugesagten Leistungen nicht mehr erbringen)</p>		
7.	Persönliche Situation der Hauptpflegeperson	<p>Welche Auswirkungen hatte die Pflege der/des Betroffenen auf ihr Leben und ihre eigene gesundheitliche Situation in den letzten 4 Wochen? (Können Sie das genauer beschreiben?)</p> <p>Antwort spricht für deutliche Beeinträchtigungen in gesundheitlichen, sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen → JA (z.B. ich schlafe schlecht, ich fühle mich überlastet und weiß nicht wie lange ich die Pflegesituation noch tragen kann, manchmal muss ich mich sehr zurücknehmen, damit ich selbst nicht aggressiv werde, ich befinde mich auf Grund der belastenden Situation in ärztlicher Behandlung)</p>		
8a.	Versorgungssituation	<p>Bei den folgenden zwei Fragen handelt es sich um die fachliche Einschätzung der Interviewer:</p> <p>Anhand meines persönlichen Eindrucks der/des Betroffenen und/oder der Hauptpflegeperson sehe ich ein erhöhtes Versorgungsrisiko oder eine Versorgungskrise.</p>		
8b.		<p>Bitte nennen Sie nachfolgend stichpunktartig die Aspekte, an denen Sie Ihren Eindruck festmachen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Entscheidungsalgorithmus

Stabile Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> • Frage 1. wurde mit Ja beantwortet <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> • max. zwei Fragen (2. – 5.) wurden mit Ja beantwortet <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Fragen 6. und 7. wurden mit Nein beantwortet. 	Erhöhtes Versorgungsrisiko oder Versorgungskrise: <ul style="list-style-type: none"> • Alle Antwortkombinationen die nicht der Antwortkombinationen der stabilen Versorgung entsprechen.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entscheidung für weitere Assessments ja/nein

Ergebnis DSV	Auswertungsergebnis DSV (40%)		
Fachliche Einschätzung (siehe 8a)	Fachlicher Eindruck (60%)		
	Entscheidung für weitere Assessments? (ankreuzen)	Nein	Ja

Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYNDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <http://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II)

Anleitung: Wir möchten festhalten, wie es diesem Patienten/dieser Patientin *in den letzten zwei Wochen* gegangen ist. Dazu finden Sie die folgenden 30 Aussagen, die Sie aufgrund Ihrer Beobachtungen einstufen wollen. Lesen Sie jede Feststellung und beantworten Sie sie, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrem Eindruck am ehesten entspricht.

	immer	meistens	oft	hier und da	nie
1. Kann sich ohne Hilfe rasieren/schminken, Haare kämmen.	<input type="checkbox"/>				
2. Verfolgt bestimmte Sendungen am Radio oder Fernsehen.	<input type="checkbox"/>				
3. Sagt, er/sie sei traurig.	<input type="checkbox"/>				
4. Ist unruhig in der Nacht.	<input type="checkbox"/>				
5. Nimmt Anteil an den Vorgänge in seiner/Ihrer Umgebung.	<input type="checkbox"/>				
6. Bemüht sich um Ordnung in seinem Zimmer.	<input type="checkbox"/>				
7. Kann den Stuhlgang kontrollieren.	<input type="checkbox"/>				
8. Setzt eine Unterhaltung richtig fort, wenn diese unterbrochen wurde.	<input type="checkbox"/>				
9. Kann kleine Besorgungen (Zeitungen, Esswaren) selber machen.	<input type="checkbox"/>				
10. Sagt, er/sie fühle sich wertlos.	<input type="checkbox"/>				
11. Pfl egt ein Hobby.	<input type="checkbox"/>				
12. Wiederholt im Gespräch immer wieder den gleichen Punkt.	<input type="checkbox"/>				
13. Wirkt traurig oder weinerlich.	<input type="checkbox"/>				
14. Wirkt sauber und ordentlich.	<input type="checkbox"/>				
15. L ä u f t d a v o n .	<input type="checkbox"/>				
16. Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern.	<input type="checkbox"/>				
17. Hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande.	<input type="checkbox"/>				
18. Verlässt das Haus in ungeeigneter Kleidung.	<input type="checkbox"/>				
19. Kann sich in der gewohnten Umgebung orientieren.	<input type="checkbox"/>				
20. Ist reizbar und zänkisch, wenn man ihn/sie etwas fragt.	<input type="checkbox"/>				
21. Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf.	<input type="checkbox"/>				
22. erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen.	<input type="checkbox"/>				

	immer	meistens	oft	hier und da	nie
23. Ist aggressiv (in Worten oder Taten).	<input type="checkbox"/>				
24. Kann die Blasenfunktion (Urin) kontrollieren.	<input type="checkbox"/>				
25. Erscheint gutgelaunt.	<input type="checkbox"/>				
26. Hält den Kontakt mit Freunden oder Angehörigen aufrecht.	<input type="checkbox"/>				
27. Verwechselt Personen.	<input type="checkbox"/>				
28. Freut sich auf gewisse Ereignisse (Besuche, Anlässe).	<input type="checkbox"/>				
29. Wirkt im Kontakt mit Angehörigen/Freunden freundlich und positiv.	<input type="checkbox"/>				
30. Ist eigensinnig: hält sich nicht an Anweisungen oder Regeln.	<input type="checkbox"/>				

Bemerkungen: _____

Gedächtnis

Instrumental Activities of Daily Life (IADL)

Körperpflege (Activities of Daily Life, ADL)

Stimmung

Soziales Verhalten

Störendes Verhalten

**Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem
Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für
Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)**

Absender: _____

Sehr geehrte/r Herr/Frau

ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich das unten näher bezeichnete Verfahren aus dem Elektronischen Testarchiv des ZPID in einer Forschungsarbeit eingesetzt habe. Im Folgenden finden Sie dazu nähere Erläuterungen.

Thema der Arbeit:

.....

eingesetztes Testverfahren:.....

.....

Publikation geplant in:

.....

.....

.....

Datum Unterschrift

Informationen zur Durchführung der Instrumente für die Case-Managerin/Pflegeexpertin

Hinweis: aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden stets die weibliche Form verwendet, wenn es um die Case-Manager/Pflegeexperten und/oder die pflegenden Angehörigen geht

Einführung, Kurzbeschreibung der einzelnen Instrumente

Demenzspezifisches Screening zur Versorgungssituation (DSV)

Bei dem DSV handelt es sich um ein neu konzipiertes Screening-Instrument, welches die kurzfristige Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation dementieller Patienten erleichtern soll. Mit Hilfe des DSV können in einem halbstrukturierten Interview Angehörige/Pflegende der Patienten bezüglich verschiedener Dimensionen befragt werden. Einschränkungen/Beeinträchtigungen innerhalb dieser Dimensionen können anhand der vorgeschlagenen Frageformulierungen und der Antwortbeispiele identifiziert werden.

Wichtig:

Die Fragen des DSV beziehen sich auf aktuell („innerhalb der letzten 4 Wochen“) vorliegende Symptome. Das ursprüngliche Auftreten der Symptomatik darf dabei allerdings auch weiter in der Vergangenheit liegen. Die aufgeführten Formulierungen sind Vorschläge, dürfen jedoch gerne durch eigene Formulierungen ergänzt werden. Bitte stellen Sie sicher, dass der/die Befragte die Frage richtig verstanden hat. Um eine klare Einschätzung vornehmen zu können, lassen Sie sich Beispiele geben („Können Sie das genauer beschreiben?“).

3.	Kontinenz	<p><i>Haben Sie in den letzten 4 Wochen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Kontrolle über Körperausscheidungen beobachtet? (Können Sie das genauer beschreiben?)</i></p> <p><u>Antwort spricht für bedeutsame Beeinträchtigungen aufgrund von Inkontinenz → JA</u> (z. B. der Urin/Stuhlgang kann nicht mehr gehalten werden, der/die Betroffene muss mehrmals am Tag aufgrund der Inkontinenz seine Kleidung wechseln)</p>		
----	-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Um ein mögliches erhöhtes Versorgungsrisiko oder eine Versorgungskrise festzustellen, werten Sie den DSV bitte anhand des Entscheidungsalgorithmus auf Seite 2 aus.

<p>Stabile Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frage 1. wurde mit Ja beantwortet und • max. zwei Fragen (2. – 5.) wurden mit Ja beantwortet und • die Fragen 6. und 7. wurden mit Nein beantwortet. 	<p>Erhöhtes Versorgungsrisiko oder Versorgungskrise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Antwortkombinationen die nicht der Antwortkombinationen der stabilen Versorgung entsprechen.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zusätzlich wird unter Punkt 8 Ihre persönliche Einschätzung (welche im Zweifelsfall vom Ergebnis des DSV abweichen kann) erfragt. Die letztendliche Entscheidung darüber, ob die Versorgungssituation als kritisch angesehen wird (und somit ein ausführlicheres Assessment indiziert ist), wird von Case-Managerin / Pflegeexpertin auf Basis des DSV-Algorithmus sowie der eigenen Einschätzung getroffen (siehe Seite 2).

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER-II)

Der NOSGER-II-Fragebogen hilft bei der Einschätzung alltagsrelevanter Verhaltensweisen. Mithilfe 30 alltagssprachlich formulierter Merkmale werden die Ebenen Gedächtnis, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Körperpflege, Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten abgefragt. Jede dieser Ebenen wird durch fünf Feststellungen überprüft, die Häufigkeit (Beurteilungszeitraum letzte 2 Wochen) wird anhand einer fünfstufigen Skala beurteilt.

Der Fragebogen soll zusammen mit den pflegenden Angehörigen im Rahmen eines Interviews durchgegangen und ausgefüllt werden.

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II)

Anleitung: Wir möchten festhalten, wie es diesem Patienten/dieser Patientin *in den letzten zwei Wochen* gegangen ist. Dazu finden Sie die folgenden 30 Aussagen, die Sie aufgrund Ihrer Beobachtungen einstufen wollen. Lesen Sie jede Feststellung und beantworten Sie sie, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrem Eindruck am ehesten entspricht.

	immer	meistens	oft	hier und da	nie
1. Kann sich ohne Hilfe rasieren/schminken, Haare kämmen.	<input type="checkbox"/>				
2. Verfolgt bestimmte Sendungen am Radio oder Fernsehen.	<input type="checkbox"/>				
3. Sagt, er/sie sei traurig.	<input type="checkbox"/>				

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Der CMAI dient der Einschätzung der Intensität agitierten Verhaltens bei dementiell erkrankten Menschen. Agitiertheit wird in diesem Sinne definiert als „unangemessene verbale, stimmliche oder motorische Aktivität“, deren Ursache für den Beobachter nicht unmittelbar ersichtlich ist. Agitiertes Verhalten ist immer sozial unangemessen und kann sich in drei unterschiedlichen Arten und Weisen zeigen: a) beleidigend oder auto- bzw. fremdaggressiv sein; b) ein an sich angemessenes Verhalten extrem häufig zeigen (z.B. ständig nach Essen verlangen, permanent „hallo“ rufen); c) sich in spezifischen Situationen sozial unangebracht verhalten (z.B. im Flur auf den Boden spucken).

Der CMAI-Fragebogen wird, genauso wie der DSV und der NOSGER-II, im Rahmen eines Interviews mit den pflegenden Angehörigen ausgefüllt. Es werden insgesamt 29 Verhaltensweisen benannt, welche auf einer siebenstufigen Skala (nie bis mehrmals in der Stunde) hinsichtlich ihrer Häufigkeit eingeschätzt werden.

Beurteilungszeitraum: die letzten 2 Wochen

1 = nie 3 = 1x od. 2x pro Woche 5 = 1x od. 2x pro Tag
2 = unter 1 x pro Woche 4 = mehrmals pro Woche 6 = mehrmals pro Tag
7 = mehrmals pro Stunde

0. Drohgebärden	1	2	3	4	5	6	7
1. Schlagen (auch sich selbst)	1	2	3	4	5	6	7
2. Treten	1	2	3	4	5	6	7
3. Anfassen anderer (mit schmutzigen Händen)	1	2	3	4	5	6	7

Auswertung der NOSGER-II und des CMAI

Für die Auswertung der NOSGER-II werden Summenwerte für die 6 Subskalen gebildet und wie folgt interpretiert:

Subskalen	Wertebereich		
	grün	gelb/orange	rot
Gedächtnis	5-7	8-10	>10
IADL	5-8	9-14	>14
ADL	5-6	7-10	>10
Stimmung	5-7	8-10	>10
Sozialverhalten	5-8	9-15	>15
Störendes Verhalten	5-7	8-14	>14

Für die Auswertung des CMAI wird ein Gesamtsummenwert über die 29 Items gebildet und wie folgt interpretiert:

Grün: 0-33
Gelb: 34-45
Rot: > 45

Die Einteilung in die finale Versorgungsrisikostufe erfolgt individuell in Zusammenschau der Ergebnisse aus CMAI und NOSGER-II sowie der fachlichen Einschätzung der Case-Managerin / Pflegeexpertin.

geplantes Vorgehen im DemStepCare-Projekt:

- Case-Managerin / Pflegeexpertin nimmt Kontakt zu am Projekt teilnehmenden pflegenden Angehörigen auf.
- Im ersten Gespräch wird, angeleitet durch den DSV, ein Screening bezüglich der aktuellen demenzspezifischen Versorgungssituation durchgeführt.
- Sollte die Mitarbeiterin auf Basis der im DSV erfragten Informationen zu dem Schluss kommen, dass aktuell keine kritische Versorgungssituation besteht/zu erwarten ist, wird der entsprechende Fall als „Stabile Versorgung“ („grün“) eingeordnet.
- Sollte die Mitarbeiterin auf Basis der im DSV erfragten Informationen zu dem Schluss kommen, dass aktuell ein eine kritische Versorgungssituation besteht/zu erwarten ist, wird der entsprechende Fall als „erhöhtes Versorgungsrisiko/akute Versorgungskrise“ („orange“) eingeordnet.
- Bei erhöhtem Versorgungsrisiko wird durch die Case-Managerin/Pflegeexpertin mit Hilfe der Fragebögen NOSGER-II und CMAI eine ausführlichere Diagnostik durchgeführt. Hierdurch sollen die Versorgungssituation und die sich hieraus ergebenden Bedarfe genauer exploriert werden, um die Grundlage für sich anschließende Interventionen zu schaffen. Die Fragebögen dienen hierbei dazu, einen umfassenden Eindruck über die Symptomatik und über daraus resultierende Herausforderungen in der Versorgung zu erlangen.

Leitfaden zum Vorgehen SEVERA bei t0 DemStepCare

Stand: 09.07.2020 [Aktualisierung IB]

Zeitlicher Ablauf bei t0

Der **erstmalige Studienkontakt** der Patienten und Angehörigen erfolgt über den **Hausarzt**, bei dem diese vorstellig werden. Der Hausarzt informiert die Patienten und Angehörigen über die Studie und holt deren Einwilligung zur Teilnahme ein.

Der Hausarzt informiert die Patienten/Angehörigen darüber, dass in den kommenden 14 Tagen eine Kontaktaufnahme durch einen **Case Manager** erfolgen wird.

Bei seinem Kontakt mit Patient/Angehörigem vernetzt der Case Manager den Patienten in der elektronischen Fallakte (eFA) auf Mandant 3 (den Mandant „Evaluation“).

Der weitere Kontaktaufnahmeprozess durch die SEVERA findet spätestens 14 Tagen nach dieser Vernetzung mittels postalischem Fragebogen statt (Puffer für Urlaub etc.), nach max. 3 weiteren Wochen soll die Datenerfassung t0 abgeschlossen sein (inkl. telefonisches Interview).

1 Woche							
Einschluss durch HA		Kontakt-aufnahme CM		Kontakt-aufnahme SEVERA			Abschluss t0

Fein-Ablauf SEVERA

FRAGEBÖGEN

Druck Fragebögen

Im Oktober 2019 wurden je 100 Patienten- und 100 Angehörigen-Fragebögen gedruckt. Im November 2019 erfolgte ein Nachdruck von je 100 Fragebögen. Im August 2020 erfolgte ein Nachdruck von 100 Patientenbögen.

Die Fragebögen für Kontroll- und Interventionsgruppe sind zum Zeitpunkt t0 identisch.

Bestellung an Herrn Schillinger, Vorlauf bei einer Auflage von insges. 200 Bögen ca. eineinhalb Wochen. E-Mail-Vorlage verwenden und auf vorherigen Druck verweisen, damit dieselben Druckereinstellungen verwendet werden (wichtig für Scanner).

Vor dem Druckauftrag kurze Mail an Erik, um sein Ok abzufragen.

Falls die Fragebögen selbst abgeholt werden: Unidruckerei in der Tennenbacher

	<p>Straße im Herderbau (EG).</p> <p>Die E-Mail-Vorlage befindet sich hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\SEVERA Befragungen\t0\Fragebogen\E-Mail_Medienzentrum_Druckauftrag</p> <p>Die anzuhängenden Fragebögen befinden sich im selben Ordner: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \t0\Fragebogen (PDFs verwenden)</p>
Bestellung Umschläge	<p>Im November 2019 wurden 200 vorfrankierte DinC4-Umschläge (100 mit Fenster für die Anschreiben, 100 ohne Fenster mit Adressen für das Zurücksenden an uns) bestellt.</p> <p>Bestellung über Ronnya, Vorlauf bis zu 2 Wochen.</p>
Druck Umschläge	<p>Die fensterlosen Umschläge müssen mit unserer Adresse bedruckt werden, bevor sie dem Brief an die Studienteilnehmer beigelegt werden. Dazu dieses Dokument nutzen: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\t0\Anschreiben\Vorlage RückantwortC4.pdf</p> <p>Für den Kyocera Drucker: Bei den PDF-Druckeinstellungen im ersten Fenster das Häkchen unter „Papier beidseitig bedrucken“ rausnehmen, anschließend unter „Eigenschaften“/“Grundlagen“ zuerst die “Quelle“ → „Universalzufuhr“ auswählen und anschließend das Druckformat auf „C4“ anpassen – alles andere unberührt lassen und alles bestätigen.</p> <p>Eine abgezählte Anzahl an Umschlägen mit dem Klebestreifen rechts oben in den manuellen Einzug einlegen (die beiden Plastikschieber an den Seiten müssen so zusammengeschoben sein, dass die Umschläge genau hineinpassen). Diese Anzahl drucken. [Für den Fall, dass eine Fehlermeldung am Drucker angezeigt wird, muss in der Layout-Auswahl (die angezeigt wird) der Typ „C4(...)“ bestätigt bzw. ausgewählt werden.</p>
Lagerung	<p>Fragebögen und Umschläge werden in Zimmer 22 im Schrank an der linken Wand gelagert (zweite Türe von rechts).</p>
Doku	<p>Der zeitliche Ablauf der einzelnen Befragungen wird hier dokumentiert: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \t0\Befragungen\Dokumentation_t0</p> <p>Hier können auch Kommentare aus den Telefonaten eingetragen werden, die nicht direkt in den Fragebögen vermerkt werden.</p> <p>Bitte regelmäßig Back-Ups der Liste erstellen. Dafür das Dokument mit dem aktuellen Datum versehen und hier ablegen: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Back-Ups</p>
Annahme neuer Patienten in der eFA	<p>Mittels Login-Daten (Zugriff haben aktuell Erik, Susanne und Isabella) in der eFA einloggen. Links unter „Vernetzung“ auf neue Patienten überprüfen. Wenn vorhanden, annehmen unter „Vernetzung → Empfangen“, dort das Häkchen neu setzen bei „Dieser Patient existiert noch nicht und wird deshalb als neuer Standby Patient in diesem Netz angelegt“, dann auf „Patienten erhalten“ klicken. Dann erscheint der Patient unter „Vernetzung → Geteilt“ und unter „Patientenliste → Alle Patienten“.</p> <p>In der Patientenliste kann der Patient dann von Standby auf Aktiv gesetzt werden (wird von SmartQ empfohlen, ist aber in unserem Fall eigentlich nicht relevant).</p>

ID	<p>Unter „Vernetzung → Geteilt“ ist die ID des Patienten einsehbar (wenn aus Interventionsgruppe, dann mit Kürzel DSCI; wenn aus Kontrollgruppe, dann mit Kürzel DSC).</p> <p>Wichtig: Diese ID der Herkunftsmandanten ist für uns relevant, die ID des Evaluationsmandanten (mit dem Kürzel DSCE) bitte ignorieren!</p> <p>Aktuell muss die ID jedes Patienten noch unter „Vernetzung → Geteilt“ eingesehen werden und kann nicht in der Patientenliste angezeigt werden (dort ist nur die irrelevante ID DSCE zu sehen).</p> <p>Die ID ist für den Patienten und den dazugehörigen Angehörigen (falls vorhanden) identisch.</p>
Angehöriger vorhanden?	<p>Nur ein Teil der Patienten hat einen Angehörigen, der mit in die Befragung involviert wird. Dies in der eFA überprüfen unter „Patientenliste → „Alle Patienten“, dann bei einem einzelnen Patienten unter „Stammdaten“ → „Ansprechpartner“. Wenn hier eine Person vermerkt ist, dann ist dies die Person, die auch die Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme unterschrieben hat. Ist hier niemand vermerkt, gehen wir davon aus, dass es keinen Angehörigen gibt, der an der Befragung teilnehmen kann.</p>
Inhalt Fragebogenpakete	<p>Patient und Angehöriger (falls vorhanden) erhalten <u>je einen eigenen Umschlag</u>, der folgende Dokumente enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalisiertes Anschreiben - Fragebogen - Vorfrankierter und adressierter Rückumschlag (einmal zusammengefasst)
Fertigstellung Anschreiben	<p>Die Anschreiben liegen hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\t0\Anschreiben</p> <p>Zur Personalisierung der Anschreiben in der eFA unter „Patientenliste → Alle Patienten“ beim jeweiligen Patienten die Stammdaten auswählen. Hier wird unter „Patient“ die Adresse des Patienten angezeigt, unter „Ansprechpartner → Details“ die Adresse des Angehörigen (wenn vorhanden).</p> <p>Anhand dieser Informationen das richtige Anschreiben auswählen (Geschlecht Patient, Angehöriger vorhanden ja/nein, wenn ja: Geschlecht Angehöriger).</p> <p>Im Anschreiben Adresse im Adressfeld (kann in der eFA unter der beschriebenen Detailansicht links unten mit „Adresse kopieren“ kopiert werden, ggf. Vor- und Nachnamen tauschen), Namen in der Anrede und aktuelles Datum eintragen. Datum nach Druck noch einmal überprüfen.</p> <p>Die Anschreiben werden aus Datenschutzgründen nicht gespeichert, sondern nur einmalig gedruckt. Bitte zügig am Drucker abholen.</p> <p>Wichtig: Die Stammdaten werden nicht mit den Angaben aus den anderen Mandanten synchronisiert. Sollte also ein Fehler oder eine Lücke in den Angaben entdeckt werden und dies in einem der anderen Mandanten z.B. vom Case Manager ergänzt werden, hat dies keine Änderung in unserer Ansicht zur Folge! Unsere Ansicht entspricht also einer Kopie der Stammdaten zum Zeitpunkt der Vernetzung. Alle späteren Änderungen müssen wir selbst in unserem Mandanten eintragen (solche Änderungen haben wiederum keinen Einfluss auf die Ansicht in den anderen Mandanten).</p>

Fertigstellung Fragebogen	<p>Auf den Fragebogen muss die ID (s.o.) von Hand eingetragen werden. Darauf achten, dass Angehörige den Angehörigen-Fragebogen und Patienten den Patienten-Fragebogen erhalten.</p> <p>Es wird nicht die komplette ID eingetragen, relevant ist nur das Kürzel „I“ (Interventionsgruppe) oder „C“ (Kontrollgruppe) zur Unterscheidung der beiden Gruppen sowie die darauffolgende fünfstellige Zahl.</p> <p>Die bereits aufgedruckten Zahlen auf den ersten 100 Fragebögen werden ergänzt um das Kürzel „I“ für Intervention und „C“ für Kontrolle.</p>
Doku im Outlook-Kalender	<p>Wichtig ist, dass das Datum des Versandes dokumentiert wird, weil nach diesem Datum innerhalb von 3 Wochen die jeweilige Befragung abgeschlossen sein soll.</p> <p>Neben der Dokumentation hier Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\t0\Befragungen\Dokumentation_Telefonate_t0.xlsx erfolgt auch ein Eintrag in den DemStepCare-Outlook-Kalender. Es wird zudem ein Eintrag nach 7 Tagen angelegt, der an die telefonische Befragung erinnert.</p> <p>Ein Leitfaden zur Benutzung des Outlook-Kalenders findet sich hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \t0\Befragungen\Leitfaden_Outlook_Kalender.docx</p>
Versand an Poststelle	<p>Alle Briefe, die an einem Tag verschickt werden, werden gemeinsam in das Postfach gelegt. Obenauf kommt das um die jeweilige Anzahl der Briefe und das richtige Datum ergänzte Dokument „Formular_fuer_Sendungen_Poststelle.docx“, das sich hier befindet: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \t0\Anschreiben</p> <p>Briefe und Deckblatt bitte immer mit einem Gummi zusammenhalten.</p>
Doku in Postliste	<p>Am Ende eines Arbeitstages werden alle an diesem Tag versandten Briefe in der Excel-Liste unter Q:\BEMB-T-SEVERA\MitarbeiterInnen\Liste Postversand.xlsx dokumentiert (Anzahl der Großbriefe eintragen; restliche Angaben s. vorherige Einträge in der Liste).</p>
TELEFONISCHE INTERVIEWS	
Wann?	<p>Nach ca. 2 Woche sollte der Anruf zum Klären von Fragen erfolgen, spätestens jedoch 3 Wochen nach Versand der Fragebögen.</p>
Stationäre Aufenthalte plausibel?	<p>Wenn ein Fragebogen bei uns eingeht, diesen auf grobe Unstimmigkeiten oder Lücken überprüfen. Insbesondere das Item zu den stationären Aufenthalten überprüfen.</p> <p>Doku von fehlenden od. vermutlich fehlerhaften Angaben hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \t0\Befragungen\Dokumentation_Telefonate_t0</p>
Eingang Fragebogen überprüfen	<p>Vor dem Anruf nachsehen, ob der Fragebogen (bzw. die Fragebögen) bereits in der SEVERA eingegangen ist (bzw. sind) und ob es kritische Items (s.o.) gibt.</p>

Doku des Telefonats	<p>Ebenso wie der zeitliche Ablauf der einzelnen Befragungen werden auch kurze inhaltliche Kommentare zum Telefonat hier dokumentiert: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \t0\Befragungen\Dokumentation_Telefonate_t0</p> <p>Kommentare zum Fragebogen direkt in den Fragbogen (wenn vorliegend) eintragen mit anderer Farbe (Scanner-kompatibel!), Datum und Kürzel der jeweiligen Person (darauf achten, dass die Scannbarkeit nicht beeinträchtigt wird).</p>
Leitfaden	<p>Beim Telefonieren dem Leitfaden folgen (s.u. im Anschluss an diese Tabelle). Je nach Fall den Leitfaden für Patienten oder für Angehörige verwenden.</p> <p>Zur besseren Strukturierung während des Gesprächs außerdem entweder ein Blanko-Exemplar des Fragebogens vor sich legen oder den bereits zugesandten Fragebogen.</p> <p>Siehe hierzu auch die Checkliste unterhalb der Tabelle.</p>
Wer wird angerufen?	<p>I.d.R. findet pro Patient/Angehöriger <u>ein</u> Telefonat statt.</p> <p>Der Patient sollte die erste Kontaktperson sein, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beide Fragebögen bereits bei der SEVERA eingegangen sind - Kein Fragebogen bei der SEVERA eingegangen ist - Nur der Angehörigen-Fragebogen bei der SEVERA eingegangen ist <p>Der Angehörige sollte die erste Kontaktperson sein, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur der Patienten-Fragebogen bei der SEVERA eingegangen ist <p>Die erste Kontaktperson wird zweimal kontaktiert, wenn dies erfolglos bleibt, wird die andere Person (ebenfalls maximal zweimal) kontaktiert.</p> <p>Wird der Angehörige zuerst erreicht und empfiehlt dieser auch ein Telefonat mit dem Patienten, dann können auch zwei Telefonate durchgeführt werden. Dies wird in den Bemerkungen in der Dokumentationsliste vermerkt.</p> <p>Gibt es keinen Angehörigen, wird der Patient dreimal kontaktiert.</p>
Kontaktieren des Case Managers in der Interventionsgruppe	<p>Bleiben alle Kontaktversuche erfolglos, wird in der IG der Case Manager informiert, sofern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Patienten-Fragebogen noch nicht zurück ist - Der Patienten-Fragebogen zurück ist, das Item mit den stationären Aufenthalten aber fehlt oder offensichtlich falsch ausgefüllt wurde <p>Der Case Manager wird gebeten, den Patienten an das Absenden des Fragebogens zu erinnern oder bzgl. der stationären Aufenthalte nachzufragen.</p>

Checkliste zum Telefonieren

Je nachdem ob Patient oder Angehöriger kontaktiert werden soll, werden der entsprechende Leitfaden und die entsprechende Fragebogen-Version ausgewählt.

Leitfaden Telefonat t0

- Ausgefüllter Fragebogen *oder* Blanko-Exemplar
- Am PC offen: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen
\t0\Befragungen\Dokumentation_Telefonate_t0
- Am PC offen: Patientenakte mit Namen der Person
- Notizblatt
- Farbiger Stift (falls Fragebogen vorliegt, damit unterscheidbar von Eintragungen der
Studienteilnehmer)

Grundlegendes:

Besonders wichtig in den Telefonaten ist ein **wertschätzender Umgang** mit den Studienteilnehmern. Die teilnehmenden Personen befinden sich in belastenden Lebensumständen und machen sich die Mühe, unsere teils umfangreichen Fragebögen auszufüllen. Das sollte in den Gesprächen gewürdigt werden.

Auf **Kritik oder Zweifel an der Studie** nicht mit leeren Versprechungen oder Beschwichtigungen reagieren. Ebenso bei Fragen, die uns als Evaluatoren nicht betreffen, keine Verlegenheitsantworten geben. Stattdessen **aktiv zuhören, Verständnis äußern**, ggf. aufklären, wenn es zu Missverständnissen kam. Sollte konstruktive Kritik an der Intervention geäußert werden, verdeutlichen, dass wir hierfür nicht die Zuständigen sind, aber die Kritik gerne an die Verantwortlichen in Alzey weiterleiten (und dies danach natürlich auch tun ☺).

Sollte die Person im Gespräch ihren **Widerruf** an der Studienteilnahme äußern, dann bitte darauf hinweisen, dass der Widerruf **schriftlich bei der Projektkoordination** eingereicht werden muss, um rechtlich bindend zu sein.

Patient

<p>Vorstellung</p>	<p>Guten Tag, hier ist xy vom Universitätsklinikum Freiburg. Spreche ich mit zz?</p> <p><i>[wenn nein: Ist denn zz zu sprechen? → bedanken und bei zz Einstieg wiederholen. Wenn nein: Wann kann ich zz denn erreichen? → Termin notieren in Dokumentation_Telefonate_t0.docx und im Outlook-Kalender]</i></p> <p>Sehr schön! Ich rufe an wegen Ihrer Teilnahme an dem Projekt DemStepCare des Landeskrankenhauses.</p> <p><i>[falls das Projekt unklar scheint, weiter ausführen: Da hatten Sie ja mit Ihrem Hausarzt und einer Pflege-Expertin darüber gesprochen. Es geht darum, dass es eine Demenzdiagnose oder einen Verdacht auf Demenz gab und dass Sie dann gut versorgt werden. Das Universitätsklinikum Freiburg führt dazu eine wissenschaftliche Begleitstudie durch, da haben Sie der Teilnahme zugestimmt. Deswegen rufe ich Sie heute an.]</i></p>	
<p>Unklarheiten im Fragebogen</p> <p>Stationäre Aufenthalte abklären</p>	<p>Fragebogen noch nicht zurück in SEVERA</p> <p>Sie haben ja da <i>[falls Datum dokumentiert, groben Zeitpunkt angeben: vor ca. einer Woche]</i> einen Fragebogen erhalten von der wissenschaftlichen Begleitstudie. Sie haben den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt, richtig? Oder haben Sie das in der Zwischenzeit getan?</p> <p>Da wollte ich mich jetzt einfach mal erkundigen: Gab es beim Ausfüllen des</p>	<p>Fragebogen schon in SEVERA</p> <p>Sie haben ja da einen Fragebogen ausgefüllt und an uns zurückgeschickt. Der ist hier angekommen – vielen herzlichen Dank dafür.</p> <p>Ich wollte nur nochmal rückfragen: Wie ging es Ihnen beim Ausfüllen? Haben Sie noch Fragen an uns? Gibt es etwas, was wir hier im Gespräch noch klären sollten?</p>

	<p>Bogens unklare Stellen? Können wir hier am Telefon etwas klären?</p> <p>Könnten Sie vielleicht den Fragebogen einmal holen, damit Sie ihn vorliegen haben? Das wäre sehr hilfreich. Vielen Dank.</p> <p><i>[Holen des FB abwarten, dann ggf. Fragen wiederholen, Kommentare abwarten, um Präzisierung bitten, wenn nötig; Hilfestellung geben]</i></p> <p><i>In jedem Fall Folgendes sagen, wenn es nicht schon durch den Teilnehmer selbst angesprochen wurde:</i></p> <p>Eine Sache möchte ich Sie noch gerne fragen, weil diese Frage etwas komplizierter ist. Da geht es um die stationären Aufenthalte, die Sie in den letzten 9 Monaten hatten. Das ist auf Seite 5. Das mit dem Beispiel. War das soweit klar, die Frage? Konnten Sie die gut ausfüllen? <i>[abwarten und ggf. klären]</i></p>	<p><i>[Kommentare abwarten und darauf eingehen; falls im FB größere Lücken oder Unstimmigkeiten aufgefallen sind, darauf hinweisen, insbes. beim Item zu den stationären Aufenthalten: „Mir war jetzt aufgefallen, dass Sie bei den stationären Aufenthalten geschrieben hatten, dass es insgesamt 15 Tage Aufenthalt waren, und davon 30 Tage auf der Intensivstation. Da hab ich mir gedacht, dass Sie vielleicht in den Zeilen verrutscht sind. Könnten Sie mir vielleicht sagen, wie es an der Stelle heißen müsste?“]</i></p> <p><i>Falls etwas verbessert oder nachgetragen werden muss:</i> Ich würde das jetzt entsprechend in Ihrem Fragebogen so anpassen, ja? Dann trage ich das hier so ein. <i>[nochmal wiederholen, was man eingetragen hat]</i> Passt das so, wie ich es geschrieben habe?</p>
Andere Rückfragen	<p>Prima, dann hoffe ich, dass wir jetzt alles soweit geklärt haben. Haben Sie denn noch eine Frage oder möchten mir gerne etwas mitteilen? <i>[abwarten und ggf. rückfragen]</i></p>	
Telefonnummer	<p>Dann danke ich Ihnen sehr herzlich für Ihre Zeit! Wenn Ihnen später noch etwas in den Sinn kommt, können Sie sich gerne telefonisch bei uns melden. Die Telefonnummer haben Sie ja auf dem Anschreiben, haben Sie das noch?</p> <p><i>[falls nein: Sonst kann ich sie gerne auch noch einmal durchgeben. Haben Sie etwas zu schreiben da? Das wäre dann folgende Nummer: 0761 270-77040.]</i></p>	
Dank	<p>Noch einmal herzlichen Dank für das Telefonat und Ihnen alles Gute! Einen schönen Tag noch, auf Wiederhören!</p>	

Angehöriger

Vorstellung	<p>Guten Tag, hier ist xy vom Universitätsklinikum Freiburg. Spreche ich mit zz?</p> <p><i>[wenn nein: Ist denn zz zu sprechen? → bedanken und bei zz Einstieg wiederholen. Wenn nein: Wann kann ich zz denn erreichen? → Termin notieren in Dokumentation_Telefonate_t0.docx und im Outlook-Kalender]</i></p> <p>Sehr schön! Ich rufe an wegen Ihrer Teilnahme an dem Projekt DemStepCare des Landeskrankenhauses.</p>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>[falls das Projekt unklar scheint, weiter ausführen: Da hatten Sie ja mit dem Hausarzt Ihres Angehörigen und einer Pflege-Expertin darüber gesprochen. Es geht darum, dass es eine Demenzdiagnose oder einen Verdacht auf Demenz gab und dass Ihr Angehöriger dann gut versorgt wird und Sie selbst auch entlastet werden. Das Universitätsklinikum Freiburg führt dazu eine wissenschaftliche Begleitstudie durch, da haben Sie der Teilnahme zugestimmt. Deswegen rufe ich Sie heute an.]</i></p>	
Unklarheiten im Fragebogen Stationäre Aufenthalte des Patienten abklären	Fragebogen noch nicht zurück in SEVERA	Fragebogen schon in SEVERA
	<p>Sie haben ja da <i>[falls Datum dokumentiert, groben Zeitpunkt angeben: vor ca. einer Woche]</i> einen Fragebogen erhalten von der wissenschaftlichen Begleitstudie. Sie haben den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt, richtig? Oder haben Sie das in der Zwischenzeit getan?</p> <p>Da wollte ich mich jetzt einfach mal erkundigen: Gab es beim Ausfüllen des Bogens unklare Stellen? Können wir hier am Telefon etwas klären?</p> <p>Könnten Sie vielleicht den Fragebogen einmal holen, damit Sie ihn vorliegen haben? Das wäre sehr hilfreich. Vielen Dank.</p> <p><i>[Holen des FB abwarten, dann ggf. Fragen wiederholen, Kommentare abwarten, um Präzisierung bitten, wenn nötig; Hilfestellung geben]</i></p> <p><i>In jedem Fall Folgendes sagen, wenn es nicht schon durch den Teilnehmer selbst angesprochen wurde:</i></p> <p>Eine Sache möchte ich Sie noch gerne fragen, weil diese Frage etwas komplizierter ist. Da geht es um die stationären Aufenthalte, die Ihr Angehöriger in den letzten 9 Monaten hatte. Das ist auf Seite S. 4. Das mit dem Beispiel. War das soweit klar, die Frage? Konnten Sie die gut ausfüllen? <i>[abwarten und ggf. klären]</i></p>	<p>Sie haben ja da einen Fragebogen ausgefüllt und an uns zurückgeschickt. Der ist hier angekommen – vielen herzlichen Dank dafür. Ich wollte nur nochmal rückfragen: Wie ging es Ihnen beim Ausfüllen? Haben Sie noch Fragen an uns? Gibt es etwas, was wir hier im Gespräch noch klären sollten?</p> <p><i>[Kommentare abwarten und darauf eingehen; falls im FB größere Lücken oder Unstimmigkeiten aufgefallen sind, darauf hinweisen, insbes. beim Item zu den stationären Aufenthalten: „Mir war jetzt aufgefallen, dass Sie bei den stationären Aufenthalten Ihres Angehörigen geschrieben hatten, dass es insgesamt 15 Tage Aufenthalt waren, und davon 30 Tage auf der Intensivstation. Da hab ich mir gedacht, dass Sie vielleicht in den Zeilen verrutscht sind. Könnten Sie mir vielleicht sagen, wie es an der Stelle heißen müsste?“]</i></p> <p><i>Falls etwas verbessert oder nachgetragen werden muss:</i></p> <p>Ich würde das jetzt entsprechend in Ihrem Fragebogen so anpassen, ja? Dann trage ich das hier so ein. <i>[nochmal wiederholen, was man eingetragen hat]</i> Passt das so, wie ich es geschrieben habe?</p>
Andere Rückfragen	Prima, dann hoffe ich, dass wir jetzt alles soweit geklärt haben. Haben Sie denn noch eine Frage oder möchten mir gerne etwas mitteilen? <i>[abwarten und ggf. rückfragen]</i>	
Frage nach Patient	Ich möchte Sie noch etwas fragen. Ihr Angehöriger hat ja auch einen Fragebogen von uns erhalten, einen etwas dünneren. Wissen Sie denn, ob Ihr Angehöriger vielleicht	

	<p>bei seinem Fragebogen Unterstützung brauchen könnte? Wäre es da gut, wenn ich Ihren Angehörigen noch einmal telefonisch kontaktieren würde?</p> <p><i>[abwarten, ggf. rückfragen, ggf. fragen: Wann wäre denn da eine gute Zeit, wann wir Ihren Angehörigen erreichen könnten? Termin notieren in neu angelegter Zeile in der Dokumentations-Tabelle]</i></p>
Telefonnummer	<p>Dann danke ich Ihnen sehr herzlich für Ihre Zeit! Wenn Ihnen später noch etwas in den Sinn kommt, können Sie sich gerne telefonisch bei uns melden. Die Telefonnummer haben Sie ja auf dem Anschreiben, haben Sie das noch?</p> <p><i>[falls nein: Sonst kann ich sie gerne auch noch einmal durchgeben. Haben Sie etwas zu schreiben da? Das wäre dann folgende Nummer: 0761 270-77040.]</i></p>
Dank	<p>Noch einmal herzlichen Dank für das Telefonat und Ihnen alles Gute! Einen schönen Tag noch, auf Wiederhören!</p>

Leitfaden zum Vorgehen SEVERA bei t1 DemStepCare

Stand: 03.11.2020

Zeitlicher Ablauf bei t1

Die Versendung der t1-Fragebögen orientiert sich am Datum des Versandes der t0-Fragebögen. Patienten/Angehörige, die bis zum 31.05.2020 bei DemStepCare eingeschlossen wurden, erhalten den Fragebogen 11 Monate nach Versand des t0-Fragebogens. Patienten, die ab dem 01.06.2020 bei DemStepCare eingeschlossen wurden, erhalten den Fragebogen 9 Monate nach Versand des t0-Fragebogens.

Maßgeblich ist nicht das Datum des 1. DSV, sondern das in der Excel-Doku dokumentierte *Versanddatum aus der SEVERA*. Ebenfalls irrelevant ist, wann die t0-Fragebögen in die SEVERA zurückgeschickt wurden.

Der t1-Fragebogen-Versand soll sich möglichst am exakten Datum des t0-Fragebogen-Versands orientieren. Beispiel: Wenn der t0-Fragebogen am 10.12.2019 verschickt wurde, sollte der t1-Fragebogen im Optimalfall am 10.11.2020 verschickt werden. Bei Feiertagen und Wochenenden rutscht der Idealtermin auf den nächsten Werktag. Grundsätzlich gilt: **So nahe am Idealtermin wie möglich, aber auf keinen Fall früher!**

Fein-Ablauf SEVERA

FRAGEBÖGEN

Druck Fragebögen

Im September 2020 wurden folgende Fragebögen in Auftrag gegeben:

- 100 x FB Patient
- 100 x FB Interventionsgruppe Angehöriger
- 50 x FB Kontrollgruppe Angehöriger

Bestellung an Herrn Schillinger, Vorlauf bei einer Auflage von insges. 200 Bögen ca. eineinhalb Wochen. E-Mail-Vorlage verwenden und anpassen, bei Nachdruck auf vorherigen Druck verweisen, damit dieselben Druckereinstellungen verwendet werden (wichtig für Scanner).

Die E-Mail-Vorlage befindet sich hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\SEVERA Befragungen\t1\Fragebogen\Vorlage_E-Mail_Druckauftrag_t1

Die anzuhängenden Fragebögen befinden sich im selben Ordner: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\SEVERA Befragungen\t1\Fragebogen (Subordner für

	Patient und Angehöriger IG/KG; PDFs verwenden)								
Bestellung Umschläge	Bestellung über Ronnya, Vorlauf bis zu 2 Wochen. Dokumentation der Anzahl der bestellen Umschläge s. Leitfaden_t0								
Druck Umschläge	s. Leitfaden_t0								
Lagerung	Die Fragebögen werden in Zimmer 22 im Schrank an der linken Wand gelagert (erste Türe von rechts).								
Doku	Der zeitliche Ablauf der einzelnen Befragungen wird hier dokumentiert: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \ Dokumentation_t0_t1 Hier können auch Kommentare aus den Telefonaten eingetragen werden, die nicht direkt in den Fragebögen vermerkt werden. Bitte regelmäßig Back-Ups der Liste erstellen. Dafür das Dokument mit dem aktuellen Datum versehen und hier ablegen: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Back-Ups								
Auswahl des Fragebogens IG/KG1	<p>WICHTIG: Zu t1 unterscheiden sich die Fragebögen der Angehörigen für Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Beispiele zur Erkennung des Unterschieds:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Interventionsgruppe Ang</th> <th>Kontrollgruppe Ang</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Titelblatt: unten bei Datum KEIN Kürzel</td> <td>Titelblatt: hinter Datum „DSC“</td> </tr> <tr> <td>Mitte des FB: Fragen zu DemStepCare-Programm</td> <td>Mitte des FB: links Austausch mit Ärzten, rechts Lebensqualität Patient</td> </tr> <tr> <td>Rückseite: Dank + Kontakt Isabella</td> <td>Rückseite: leer</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bitte sehr sorgfältig bei der Auswahl der richtigen Gruppe vorgehen.</p> <p>Der Patienten-Fragebogen ist für Interventions- und Kontrollgruppe identisch.</p>	Interventionsgruppe Ang	Kontrollgruppe Ang	Titelblatt: unten bei Datum KEIN Kürzel	Titelblatt: hinter Datum „DSC“	Mitte des FB: Fragen zu DemStepCare-Programm	Mitte des FB: links Austausch mit Ärzten, rechts Lebensqualität Patient	Rückseite: Dank + Kontakt Isabella	Rückseite: leer
Interventionsgruppe Ang	Kontrollgruppe Ang								
Titelblatt: unten bei Datum KEIN Kürzel	Titelblatt: hinter Datum „DSC“								
Mitte des FB: Fragen zu DemStepCare-Programm	Mitte des FB: links Austausch mit Ärzten, rechts Lebensqualität Patient								
Rückseite: Dank + Kontakt Isabella	Rückseite: leer								
11/9 Mon.	<p>Patienten/Angehörige, die bis zum 31.05.2020 eingeschlossen wurden, erhalten den t1-Fragebogen nach 11 Monaten. Hier bezieht sich das Item der stationären Aufenthalte auch auf 11 Monate (sowohl bei Patienten- als auch bei Angehörigen-Fragebogen).</p> <p>Patienten/Angehörige, die ab dem 01.06.2020 eingeschlossen wurden, erhalten den t1-Fragebogen nach 9 Monaten. Hier bezieht sich das Item der stationären Aufenthalte auf 9 Monate (bei Pat + Ang).</p> <p>Bitte dringend darauf achten, den richtigen Fragebogen auszuwählen. D.h. bis Ende Februar 2021 nur 11-Monats-Fragebögen, ab März 2021 nur noch 9-Monats-Fragebögen.</p> <p>Theoretisch gibt es im März 2021 und April 2021 eine Überlappungszeit, in der sowohl 11- als auch 9-Monats-Fragebögen verschickt werden könnten. Da allerdings im April und Mai 2020 keine Fragebögen versandt wurden (Corona bedingte Interventionspause ohne Neueinschlüsse), gibt es ab März 2021 zumindest keine regulären 11-Monats-Verschickungen mehr. Allerdings bitte sorgfältig darauf achten, wenn in diesem Zeitraum beispielsweise erneut ein Fragebogen zugeschickt werden muss o.ä.!</p>								

Inhalt Fragebogenpakete	<p>Patient und Angehöriger (falls vorhanden) erhalten <u>je einen eigenen Umschlag</u>, der folgende Dokumente enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalisiertes Anschreiben - Fragebogen - Vorfrankierter und adressierter Rückumschlag (einmal zusammengefaltet)
Fertigstellung Anschreiben	<p>Die Anschreiben liegen hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\t1\Anschreiben</p> <p>Zur Personalisierung der Anschreiben in der eFA unter „Patientenliste → Alle Patienten“ beim jeweiligen Patienten die Stammdaten auswählen. Hier wird unter „Patient“ die Adresse des Patienten angezeigt, unter „Ansprechpartner → Details“ die Adresse des Angehörigen (wenn vorhanden).</p> <p>Anhand dieser Informationen das richtige Anschreiben auswählen (Geschlecht Patient, Angehöriger vorhanden ja/nein, wenn ja: Geschlecht Angehöriger).</p> <p>Im Anschreiben Adresse im Adressfeld (kann in der eFA unter der beschriebenen Detailansicht links unten mit „Adresse kopieren“ kopiert werden, ggf. Vor- und Nachnamen tauschen), Namen in der Anrede und aktuelles Datum eintragen. Datum nach Druck noch einmal überprüfen.</p> <p>Die Anschreiben werden aus Datenschutzgründen nicht gespeichert, sondern nur einmalig gedruckt. Bitte zügig am Drucker abholen.</p> <p>Wichtig: Die Stammdaten werden nicht mit den Angaben aus den anderen Mandanten synchronisiert. Sollte also ein Fehler oder eine Lücke in den Angaben entdeckt werden und dies in einem der anderen Mandanten z.B. vom Case Manager ergänzt werden, hat dies keine Änderung in unserer Ansicht zur Folge! Unsere Ansicht entspricht also einer Kopie der Stammdaten zum Zeitpunkt der Vernetzung. Alle späteren Änderungen müssen wir selbst in unserem Mandanten eintragen (solche Änderungen haben wiederum keinen Einfluss auf die Ansicht in den anderen Mandanten).</p>
Fertigstellung Fragebogen	<p>Auf den Fragebogen muss die ID (s.o.) von Hand eingetragen werden. Darauf achten, dass Angehörige den Angehörigen-Fragebogen und Patienten den Patienten-Fragebogen erhalten.</p>
Doku im Outlook-Kalender	<p>Neben der Dokumentation hier Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\t0\Befragungen\Dokumentation_Telefonate_t1.xlsx erfolgt auch ein Eintrag in den DemStepCare-Outlook-Kalender. Es wird zudem ein Eintrag nach 7 Tagen angelegt, der an die telefonische Befragung erinnert.</p> <p>Ein Leitfaden zur Benutzung des Outlook-Kalenders findet sich hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\SEVERA Befragungen\t1\Befragungen\Leitfaden_Outlook_Kalender_t1.docx</p>
Versand an Poststelle	<p>Alle Briefe, die an einem Tag verschickt werden, werden gemeinsam in das Postfach gelegt. Obenauf kommt das um die jeweilige Anzahl der Briefe und das richtige Datum ergänzte Dokument „Formular_fuer_Sendungen_Poststelle.docx“, das sich hier befindet: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\SEVERA Befragungen\t1\Anschreiben</p> <p>Briefe und Deckblatt bitte immer mit einem Gummi zusammenhalten.</p>
Doku in	<p>Am Ende eines Arbeitstages werden alle an diesem Tag versandten Briefe in der</p>

Postliste	Excel-Liste unter Q:\BEMB-T-SEVERA\MitarbeiterInnen\Liste Postversand.xlsx dokumentiert (Anzahl der Großbriefe eintragen; restliche Angaben s. vorherige Einträge in der Liste).
TELEFONISCHE INTERVIEWS	
Wann?	Nach ca. 1,5 Wochen sollte der Anruf zum Klären von Fragen erfolgen, spätestens jedoch 3 Wochen nach Versand der Fragebögen.
Stationäre Aufenthalte plausibel?	Wenn ein Fragebogen bei uns eingeht, diesen auf grobe Unstimmigkeiten oder Lücken überprüfen. Insbesondere das Item zu den stationären Aufenthalten überprüfen. Doku von fehlenden od. vermutlich fehlerhaften Angaben hier: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \ Dokumentation_t0_t1
Eingang Fragebogen überprüfen	Vor dem Anruf nachsehen, ob der Fragebogen (bzw. die Fragebögen) bereits in der SEVERA eingegangen ist (bzw. sind) und ob es kritische Items (s.o.) gibt.
Doku des Telefonats	Ebenso wie der zeitliche Ablauf der einzelnen Befragungen werden auch kurze inhaltliche Kommentare zum Telefonat hier dokumentiert: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \ Dokumentation_t0_t1 Kommentare zum Fragebogen direkt in den Fragebogen (wenn vorliegend) eintragen mit anderer Farbe (Scanner-kompatibel!), Datum und Kürzel der jeweiligen Person (darauf achten, dass die Scannbarkeit nicht beeinträchtigt wird).
Leitfaden	Beim Telefonieren dem Leitfaden folgen (s.u. im Anschluss an diese Tabelle). Je nach Fall den Leitfaden für Patienten oder für Angehörige verwenden. Zur besseren Strukturierung während des Gesprächs außerdem entweder ein Blanko-Exemplar des Fragebogens (bei Angehörigen darauf achten, ob IG oder KG) vor sich legen oder den bereits zugesandten Fragebogen. Siehe hierzu auch die Checkliste unterhalb der Tabelle.

<p>Wer wird angerufen?</p>	<p>I.d.R. findet pro Patient/Angehöriger <u>ein</u> Telefonat statt.</p> <p>Der Patient sollte die erste Kontaktperson sein, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beide Fragebögen bereits bei der SEVERA eingegangen sind - Kein Fragebogen bei der SEVERA eingegangen ist - Nur der Angehörigen-Fragebogen bei der SEVERA eingegangen ist <p>Der Angehörige sollte die erste Kontaktperson sein, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur der Patienten-Fragebogen bei der SEVERA eingegangen ist <p>Die erste Kontaktperson wird zweimal kontaktiert, wenn dies erfolglos bleibt, wird die andere Person (ebenfalls maximal zweimal) kontaktiert.</p> <p>Wird der Angehörige zuerst erreicht und empfiehlt dieser auch ein Telefonat mit dem Patienten, dann können auch zwei Telefonate durchgeführt werden. Dies wird in den Bemerkungen in der Dokumentationsliste vermerkt.</p> <p>Gibt es keinen Angehörigen, wird der Patient dreimal kontaktiert.</p>
<p>Kontaktieren des Case Managers</p>	<p>Bleiben alle Kontaktversuche erfolglos, wird der Case Manager informiert, sofern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Patienten-Fragebogen noch nicht zurück ist - Der Patienten-Fragebogen zurück ist, das Item mit den stationären Aufenthalten aber fehlt oder offensichtlich falsch ausgefüllt wurde <p>Der Case Manager wird gebeten, den Patienten an das Absenden des Fragebogens zu erinnern oder bzgl. der stationären Aufenthalte nachzufragen.</p>

Checkliste zum Telefonieren

Je nachdem ob Patient oder Angehöriger kontaktiert werden soll, werden der entsprechende Leitfaden und die entsprechende Fragebogen-Version ausgewählt.

- Leitfaden Telefonat t1
- Ausgefüllter Fragebogen *oder* Blanko-Exemplar (Check: IG oder KG?)
- Am PC offen: Q:\BEMB-P-DemStepCare\Evaluation\ SEVERA Befragungen \t0\Befragungen\Dokumentation_Telefonate_t1
- Am PC offen: Patientenakte mit Namen der Person
- Notizblatt
- Farbiger Stift (falls Fragebogen vorliegt, damit unterscheidbar von Eintragungen der Studienteilnehmer)

Grundlegendes:

Besonders wichtig in den Telefonaten ist ein **wertschätzender Umgang** mit den Studienteilnehmern. Die teilnehmenden Personen befinden sich in belastenden Lebensumständen und machen sich die Mühe, unsere teils umfangreichen Fragebögen auszufüllen. Das sollte in den Gesprächen gewürdigt werden.

Auf **Kritik oder Zweifel an der Studie** nicht mit leeren Versprechungen oder Beschwichtigungen reagieren. Ebenso bei Fragen, die uns als Evaluatoren nicht betreffen, keine Verlegenheitsantworten geben. Stattdessen **aktiv zuhören, Verständnis äußern**, ggf. aufklären, wenn es zu Missverständnissen kam. Sollte konstruktive Kritik an der Intervention geäußert werden, verdeutlichen, dass wir hierfür nicht die Zuständigen sind, aber die Kritik gerne an die Verantwortlichen in Alzey weiterleiten (und dies danach natürlich auch tun ☺).

Sollte die Person im Gespräch ihren **Widerruf** an der Studienteilnahme äußern, dann bitte darauf hinweisen, dass der Widerruf **schriftlich bei der Projektkoordination** eingereicht werden muss, um rechtlich bindend zu sein.

Patient

<p>Vorstellung</p>	<p>Guten Tag, hier ist xy vom Universitätsklinikum Freiburg. Spreche ich mit zz?</p> <p><i>[wenn nein: Ist denn zz zu sprechen? → bedanken und bei zz Einstieg wiederholen. Wenn nein: Wann kann ich zz denn erreichen? → Termin notieren in Dokumentation_t0_t1.docx und im Outlook-Kalender]</i></p> <p>Sehr schön! Ich rufe an wegen Ihrer Teilnahme an dem Projekt DemStepCare des Landeskrankenhauses.</p> <p><i>[falls das Projekt unklar scheint, weiter ausführen: Sie sind ja jetzt schon ca. 1 Jahr lang [an Vernetzungsdatum orientieren!] in dem Projekt DemStepCare. Da werden Sie von Ihrem Hausarzt betreut [nur in der IG weiter:]und es gibt einen Fallmanager, der zu Hause bei Ihnen vorbeikommt. Das Universitätsklinikum Freiburg führt im Projekt DemStepCare eine wissenschaftliche Begleitstudie durch, da haben Sie ja schon am Anfang einen Fragebogen ausgefüllt. Jetzt gab es einen zweiten Teil der Befragung.]</i></p>	
<p>Unklarheiten im Fragebogen</p> <p>Stationäre Aufenthalte abklären</p>	<p>Fragebogen noch nicht zurück in SEVERA</p> <p>Sie haben ja da <i>[falls Datum dokumentiert, groben Zeitpunkt angeben: vor ca. einer Woche]</i> einen Fragebogen erhalten von uns. Sie haben den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt, richtig? Oder haben Sie das in der Zwischenzeit getan?</p> <p>Da wollte ich mich jetzt einfach mal erkundigen: Gab es beim Ausfüllen des</p>	<p>Fragebogen schon in SEVERA</p> <p>Sie haben ja da einen Fragebogen ausgefüllt und an uns zurückgeschickt. Der ist hier angekommen – vielen herzlichen Dank dafür.</p> <p>Ich wollte nur nochmal rückfragen: Haben Sie noch Fragen an uns? Gibt es etwas, was wir hier im Gespräch noch klären sollten?</p>

	<p>Bogens unklare Stellen? Können wir hier am Telefon etwas klären?</p> <p>Könnten Sie vielleicht den Fragebogen einmal holen, damit Sie ihn vorliegen haben? Das wäre sehr hilfreich. Vielen Dank.</p> <p><i>[Holen des FB abwarten, dann ggf. Fragen wiederholen, Kommentare abwarten, um Präzisierung bitten, wenn nötig; Hilfestellung geben]</i></p> <p><i>In jedem Fall Folgendes sagen, wenn es nicht schon durch den Teilnehmer selbst angesprochen wurde:</i></p> <p>Eine Sache möchte ich Sie noch gerne fragen, weil diese Frage etwas komplizierter ist. Da geht es um die stationären Aufenthalte, die Sie in den letzten [11/9] Monaten hatten. Das ist auf Seite 5. Das mit dem Beispiel. War das soweit klar, die Frage? Konnten Sie die gut ausfüllen? <i>[abwarten und ggf. klären]</i></p>	<p><i>[Kommentare abwarten und darauf eingehen; falls im FB größere Lücken oder Unstimmigkeiten aufgefallen sind, darauf hinweisen, insbes. beim Item zu den stationären Aufenthalten: „Mir war jetzt aufgefallen, dass Sie bei den stationären Aufenthalten geschrieben hatten, dass es insgesamt 15 Tage Aufenthalt waren, und davon 30 Tage auf der Intensivstation. Da hab ich mir gedacht, dass Sie vielleicht in den Zeilen verrutscht sind. Könnten Sie mir vielleicht sagen, wie es an der Stelle heißen müsste?“]</i></p> <p><i>Falls etwas verbessert oder nachgetragen werden muss:</i> Ich würde das jetzt entsprechend in Ihrem Fragebogen so anpassen, ja? Dann trage ich das hier so ein. <i>[nochmal wiederholen, was man eingetragen hat]</i> Passt das so, wie ich es geschrieben habe?</p>
<p>Andere Rückfragen</p>	<p>Prima, dann hoffe ich, dass wir jetzt alles soweit geklärt haben. Haben Sie denn noch eine Frage oder möchten mir gerne etwas mitteilen? <i>[abwarten und ggf. rückfragen]</i></p>	
<p>Telefonnummer</p>	<p>Dann danke ich Ihnen sehr herzlich für Ihre Zeit! Wenn Ihnen später noch etwas in den Sinn kommt, können Sie sich gerne telefonisch bei uns melden. Die Telefonnummer haben Sie ja auf dem Anschreiben, haben Sie das noch?</p> <p><i>[falls nein: Sonst kann ich sie gerne auch noch einmal durchgeben. Haben Sie etwas zu schreiben da? Das wäre dann folgende Nummer: 0761 270-77040.]</i></p>	
<p>Dank</p>	<p>Noch einmal herzlichen Dank für das Telefonat und Ihnen alles Gute! Einen schönen Tag noch, auf Wiederhören!</p>	

Angehöriger

<p>Vorstellung</p>	<p>Guten Tag, hier ist xy vom Universitätsklinikum Freiburg. Spreche ich mit zz?</p> <p><i>[wenn nein: Ist denn zz zu sprechen? → bedanken und bei zz Einstieg wiederholen. Wenn nein: Wann kann ich zz denn erreichen? → Termin notieren in Dokumentation_Telefonate_t0.docx und im Outlook-Kalender]</i></p> <p>Sehr schön! Ich rufe an wegen Ihrer Teilnahme an dem Projekt DemStepCare des Landeskrankenhauses.</p>
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>[falls das Projekt unklar scheint, weiter ausführen: Ihr Angehöriger ist ja jetzt seit ca. einem Jahr [an Vernetzungsdatum orientieren] beim Projekt DemStepCare vom Landeskrankenhaus dabei. Da werden Sie vom Hausarzt betreut [nur in IG weiter] und es kommt ein Fallmanager zu Ihnen nach Hause. Das Universitätsklinikum Freiburg führt dazu eine wissenschaftliche Begleitstudie durch. Zu Beginn hatten Sie ja bereits einen Fragebogen ausgefüllt. Nun findet die zweite Befragung statt, deswegen rufe ich Sie heute an.]</i></p>	
Unklarheiten im Fragebogen Stationäre Aufenthalte des Patienten abklären	Fragebogen noch nicht zurück in SEVERA	Fragebogen schon in SEVERA
	<p>Sie haben ja da <i>[falls Datum dokumentiert, groben Zeitpunkt angeben: vor ca. einer Woche]</i> einen Fragebogen erhalten von der wissenschaftlichen Begleitstudie. Sie haben den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt, richtig? Oder haben Sie das in der Zwischenzeit getan?</p> <p>Da wollte ich mich jetzt einfach mal erkundigen: Gab es beim Ausfüllen des Bogens unklare Stellen? Können wir hier am Telefon etwas klären?</p> <p>Könnten Sie vielleicht den Fragebogen einmal holen, damit Sie ihn vorliegen haben? Das wäre sehr hilfreich. Vielen Dank.</p> <p><i>[Holen des FB abwarten, dann ggf. Fragen wiederholen, Kommentare abwarten, um Präzisierung bitten, wenn nötig; Hilfestellung geben]</i></p> <p><i>In jedem Fall Folgendes sagen, wenn es nicht schon durch den Teilnehmer selbst angesprochen wurde:</i></p> <p>Eine Sache möchte ich Sie noch gerne fragen, weil diese Frage etwas komplizierter ist. Da geht es um die stationären Aufenthalte, die Ihr Angehöriger in den letzten [11/9] Monaten hatte. Das ist auf Seite S. 4. Das mit dem Beispiel. War das soweit klar, die Frage? Konnten Sie die gut ausfüllen? <i>[abwarten und ggf. klären]</i></p>	<p>Sie haben ja da einen Fragebogen ausgefüllt und an uns zurückgeschickt. Der ist hier angekommen – vielen herzlichen Dank dafür. Ich wollte nur nochmal rückfragen: Wie ging es Ihnen beim Ausfüllen? Haben Sie noch Fragen an uns? Gibt es etwas, was wir hier im Gespräch noch klären sollten?</p> <p><i>[Kommentare abwarten und darauf eingehen; falls im FB größere Lücken oder Unstimmigkeiten aufgefallen sind, darauf hinweisen, insbes. beim Item zu den stationären Aufenthalten: „Mir war jetzt aufgefallen, dass Sie bei den stationären Aufenthalten Ihres Angehörigen geschrieben hatten, dass es insgesamt 15 Tage Aufenthalt waren, und davon 30 Tage auf der Intensivstation. Da hab ich mir gedacht, dass Sie vielleicht in den Zeilen verrutscht sind. Könnten Sie mir vielleicht sagen, wie es an der Stelle heißen müsste?“]</i></p> <p><i>Falls etwas verbessert oder nachgetragen werden muss:</i></p> <p>Ich würde das jetzt entsprechend in Ihrem Fragebogen so anpassen, ja? Dann trage ich das hier so ein. <i>[nochmal wiederholen, was man eingetragen hat]</i> Passt das so, wie ich es geschrieben habe?</p>
Andere Rückfragen	Prima, dann hoffe ich, dass wir jetzt alles soweit geklärt haben. Haben Sie denn noch eine Frage oder möchten mir gerne etwas mitteilen? <i>[abwarten und ggf. rückfragen]</i>	
Frage nach	Ich möchte Sie noch etwas fragen. Ihr Angehöriger hat ja auch einen Fragebogen von	

Patient	<p>uns erhalten, einen etwas dünneren. Wissen Sie denn, ob Ihr Angehöriger vielleicht bei seinem Fragebogen Unterstützung brauchen könnte? Wäre es da gut, wenn ich Ihren Angehörigen noch einmal telefonisch kontaktieren würde?</p> <p><i>[abwarten, ggf. rückfragen, ggf. fragen: Wann wäre denn da eine gute Zeit, wann wir Ihren Angehörigen erreichen könnten? Termin notieren in neu angelegter Zeile in der Dokumentations-Tabelle]</i></p>
Telefonnummer	<p>Dann danke ich Ihnen sehr herzlich für Ihre Zeit! Wenn Ihnen später noch etwas in den Sinn kommt, können Sie sich gerne telefonisch bei uns melden. Die Telefonnummer haben Sie ja auf dem Anschreiben, haben Sie das noch?</p> <p><i>[falls nein: Sonst kann ich sie gerne auch noch einmal durchgeben. Haben Sie etwas zu schreiben da? Das wäre dann folgende Nummer: 0761 270-77040.]</i></p>
Dank	<p>Noch einmal herzlichen Dank für das Telefonat und Ihnen alles Gute! Einen schönen Tag noch, auf Wiederhören!</p>