

## Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

<b>Konsortialführung:</b>	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen DZNE e. V. Venusberg-Campus 1/99 53172 Bonn
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF18034
<b>Akronym:</b>	InDePendent
<b>Projekttitle:</b>	InDePendent - Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung
<b>Autorinnen und Autoren:</b>	Annelie Scharf, Anika Rädke, Fabian Kleinke, Neeltje van den Berg, Franka Mühlichen, Bernhard Michalowsky, Wolfgang Hoffmann
<b>Förderzeitraum:</b>	1. April 2020 - 31. März 2024
<b>Ansprechperson:</b>	Dr. Anika Rädke, <a href="mailto:anika.raedke@dzne.de">anika.raedke@dzne.de</a> Dr. Bernhard Michalowsky, <a href="mailto:bernhard.michalowsky@dzne.de">bernhard.michalowsky@dzne.de</a>

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt InDePendent wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF18034 gefördert.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** In Deutschland leben ca. 1,7 Mio Menschen mit Demenz (MmD). Die Erkrankung führt häufig zu einem hohen Versorgungsbedarf, sodass nur wenige MmD eine bedarfsgerechte und leitlinienkonforme Versorgung erhalten. Ziel der Studie ist es, durch eine Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzt\*innen und Pflegefachkräften (PFK) die Lebens- und Versorgungssituation von MmD zu verbessern. Dabei werden erstmals auf Grundlage des §63 Abs.3c SGBV ärztliche Tätigkeiten auf PFK mit erweiterter Pflegerolle übertragen. Die primäre Fragestellung ist, ob der Einsatz dieser demenz-spezifisch qualifizierten PFK ungedeckte Versorgungsbedarfe bei MmD im Vergleich zur Routineversorgung reduziert.

**Methodik:** InDePendent ist eine multizentrische, cluster-randomisierte Interventionsstudie mit Warte-Kontroll-Gruppen-Design an der fünf Ärzte- und Demenznetzwerke aus MV, Brandenburg und Hessen teilnahmen. Die MmD waren mindestens 70 Jahre alt, lebten in der Häuslichkeit und wiesen eine diagnostizierte Demenz oder einen Hinweis darauf (DemTect  $\leq 8$ ) auf. Die Interventionsgruppe wurde nach Einschluss für sechs Monate von der PFK mit erweiterter Pflegerolle versorgt. Die Warte-Kontroll-Gruppe erhielt nach einer sechsmonatigen Wartezeit (Routineversorgung) ebenfalls die Intervention. Vor der Intervention wurden die PFK sechs Monate qualifiziert und abschließend staatlich geprüft, um ärztliche Tätigkeiten nach §63 Abs.3c SGBV zu übernehmen. Die Intervention beinhaltete (a) die systematische Erfassung aller Versorgungsbedarfe mithilfe eines Interventions-Management-Systems, (b) die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans und (c) die Umsetzung und Überprüfung dieses Plans zur Bedarfsdeckung. Primäres Outcome war die Anzahl der offenen Versorgungsbedarfe (CANE) sechs Monate nach Baseline. Sekundäre Outcomes waren die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L, QoL-AD), die Angehörigenbelastung (Zarit Burden Interview) und die Kosten-Effektivität (FIMA, Routedaten). Die Erfolgsmessung erfolgte unter Nutzung von Poisson und Linearen Regressionen, adjustiert für die Variablen Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Baseline-Wert. Zudem erfolgte eine Prozessevaluation zur Akzeptanz der Versorgungsform.

**Ergebnisse:** 471 MmD konnten in die Studie eingeschlossen werden, von denen 417 MmD die Baseline begonnen hatten. Diese waren im Mittel 81 Jahre alt (SD=6,9) und wiesen 2,4 (SD=2,7) ungedeckte Bedarfe auf. Die Studie zeigte eine signifikante Reduktion der ungedeckten Versorgungsbedarfe um 76% (0.24 [CI 0.16-0.36],  $p < 0.001$ ), eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezogen auf den EQ-5D-5L (0.04 [CI 0.01-0.07],  $p = 0,017$ ) sowie eine Tendenz zur Reduktion von Haus- und Facharztkonsultationen (jedoch nicht signifikant) auf. Hingegen zeigte sich kein Effekt auf die Angehörigenbelastung und ungeplanten Hospitalisierungen. Die Intervention führte aus Sicht der Kostenträger zu höheren Kosten (+1.425€) im Vergleich zur Routineversorgung, bot jedoch einen leichten Gewinn an qualitätsbereinigten Lebensjahren (+0,01) und erwies sich aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive als kosteneffektiv (-5.545€). Die Prozessevaluation konnte die Akzeptanz der erweiterten Pflegerollen in Ärztenetzen bestätigen.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen die Akzeptanz, Effizienz und, aus gesamtgesellschaftlicher Sicht, (Kosten-)Effektivität erweiterter Pflegerollen in der ambulanten Demenzversorgung innerhalb von Ärztenetzen. Ungedeckte Versorgungsbedarfe konnten durch die PFK mit

InDePendent (01NVF18034)

erweiterten Pflegerollen adressiert, die Lebensqualität verbessert und Haus- und Fachärzt\*innen potenziell entlastet werden.

**Schlagnworte:** RCT, Demenz, Versorgungsbedarfe, Primärversorgung, Pflege

## Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis .....	5
II	Abbildungsverzeichnis .....	6
III	Tabellenverzeichnis .....	6
1	Projektziele .....	8
2	Projektdurchführung .....	9
2.1	Projektbeteiligte .....	9
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts .....	12
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts .....	15
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen .....	16
2.5	Rechtsgrundlage .....	18
3	Methodik .....	19
4	Projektergebnisse .....	28
5	Diskussion der Projektergebnisse .....	59
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung .....	66
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen .....	68
IV	Literaturverzeichnis .....	69
V	Anlagen .....	77

## I Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of daily living
b	beta-Koeffizient
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CANE	Camberwell Assessment of Need for the Elderly
CI	Confidence Interval
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
EAP	Erweitertes Assessment Proband
EQ-5D-5L	Messinstrument zur Bewertung gesundheitsbezogener Lebensqualität
FAS	Full Analysis Set
FIMA	Fragebogen für gesundheitsbezogene Ressourcen bei älteren Menschen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IA	Innovationsausschuss Ab
IADL	Instrumental Activities of daily living
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
IG	Interventionsgruppe
IMS	Interventions-Management-System
ITT	Intention-To-Treat Analyse
MDAT	Medizinische Daten
MmD	Menschen mit Demenz
MMST	Mini Mental Status Test
MICE	Multiple Imputation by Chained Equations
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
PFK	Pflegefachkräfte(n)
PRO	Patient Reported Outcomes
RUD	Instrument Resource Utilisation in Dementia
SD	Standard deviation
SGB	Sozialgesetzbuch
T0	Zeitpunkt der BL-Befragung
T1	Zeitpunkt der FU-Erhebung sechs Monate nach BL
T2	Zeitpunkt der FU-Erhebung zwölf Monate nach BL
TK	Techniker Krankenkasse
TS	Treuhandstelle
TUG	Timed Up and Go
WTP	Willingness to pay
WKG	Warte-Kontroll-Gruppe
QUALY	Qualitäts-adjustierte Lebensjahre
QoL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease Instrument

## II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm InDePendent Konsortium .....	12
Abbildung 2: Darstellung der Weiterbildung der PFK .....	14
Abbildung 3: Ablaufplan und Arbeitspakete .....	16
Abbildung 4: Studiendesign InDePendent .....	19
Abbildung 5: Datenflussdiagramm für das Zusammenführen der Primär- und Sekundärdaten .....	28
Abbildung 6: Flow-Chart.....	29
Abbildung 7: Haupt- und Nebenkategorien der qualitativen Experteninterviews.....	34
Abbildung 8: Kosten-Effektivitäts-Ebene und Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven der PFK- Intervention im Vergleich zur üblichen Versorgung (aus gesellschaftlicher Perspektive) .....	40
Abbildung 9: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme der Hospitalisierung (Anzahl der Hospitalisierungen) (Warte- Kontroll-Gruppe) .....	45
Abbildung 10: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme der Hospitalisierung (Verweildauer in Tagen) (Warte- Kontroll-Gruppe).....	45
Abbildung 11: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme eines Hausarztes (Interventionsgruppe) .....	49
Abbildung 12: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme eines Hausarztes (Warte-Kontroll-Gruppe) .....	49
Abbildung 13: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme von Neurolog*innen/ Psychiater*innen (Interventionsgruppe) .....	50
Abbildung 14: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme von Neurolog*innen/ Psychiater*innen (Warte-Kontroll- Gruppe).....	51

## III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste der Konsortialpartner .....	9
Tabelle 2: Liste der Kooperationspartner .....	10
Tabelle 3: Verwendete Fragebögen .....	22
Tabelle 4: Teilnehmermerkmale der Stichprobe (ITT), n=391 .....	30
Tabelle 5: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE)); ITT.....	31
Tabelle 6: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE));PPA .....	31
Tabelle 7: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE)); Subgruppenanalyse Lebenssituation (alleinlebend vs. nicht- alleinlebend).....	32

Tabelle 8: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE)); Subgruppenanalyse Schweregrad Demenz (MMST-Score 20-30 vs. MMST-Score 0-19) .....	32
Tabelle 9: Negative Binomial Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (IMS)) .....	33
Tabelle 10: Lineare Regression zur Auswertung der sekundären Endpunkte .....	34
Tabelle 11: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive) .....	38
Tabelle 12: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (gesamtes Sample, n=144) .....	42
Tabelle 13: Inanspruchnahme ambulante und stationäre Behandlungen in den letzten zwölf Monaten (FIMA) .....	43
Tabelle 14: Logistische Regression zur Auswertung der Intervention auf die ungeplante Hospitalisierungsrate (FIMA); ITT .....	43
Tabelle 15: Auswertung der Intervention auf die ungeplante Hospitalisierungsrate, Vergleich Primär- und Sekundärdaten .....	44
Tabelle 16: Inanspruchnahme Haus- und Fachärzt*innen innerhalb der letzten 3 Monate (FIMA) .....	46
Tabelle 17: Poisson Regression zur Auswertung der Intervention auf die Reduzierung der Anzahl der Hausarztbesuche (FIMA); ITT .....	47
Tabelle 18: Poisson Regression zur Auswertung der Intervention auf die Reduzierung der Anzahl der Facharztbesuche (Neurolog*innen, Psycholog*innen) (FIMA); ITT....	48
Tabelle 19: Überprüfung der Inanspruchnahme zu t1 am Beispiel Hausarzt .....	48
Tabelle 20: Überprüfung der Inanspruchnahme zu t1 (Neurolog*innen/ Psychiater*innen).	50
Tabelle 21: Überprüfung der Inanspruchnahme zu t1 am Beispiel Haus- und Fachärzt*innen .....	51
Tabelle 22: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (allein lebend, n=62) .....	53
Tabelle 23: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (nicht allein lebend, n=82).....	54
Tabelle 24: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (keine bis leichte kognitive Einschränkung, n=69) .....	56
Tabelle 25: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (moderate bis schwere kognitive Einschränkung, n=75) .....	58

## 1 Projektziele

Derzeit leben ca. 1,7 Millionen Menschen mit Demenz (MmD) in Deutschland. Die Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr wird auf ca. 244.000 geschätzt. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt mit höherem Alter stark an [1]. Gegenwärtig existiert keine kurative Behandlung der Demenz. Das Fortschreiten der Erkrankung führt zu einem hohen Versorgungsbedarf, dessen Komplexität das Gesundheitssystem bei vielen Betroffenen nicht umfassend erfüllt werden kann [2,3]. Nur eine Minderheit der MmD erhält eine bedarfsgerechte und leitlinienkonforme Versorgung. Studien konnten aufzeigen, dass mehr als 90% der MmD offene Versorgungsbedarfe aufweisen [4,5].

Die Zunahme chronisch kranker und multimorbider Patient\*innen geht einher mit einem erhöhten Patientenaufkommen in der primärärztlichen Versorgung. Gerade in ländlichen, strukturschwachen Regionen könnten daher innovative Versorgungskonzepte, die auf einer Aufgabenneuverteilung zwischen PFK und Ärzt\*innen basieren, eine weiterhin gute Versorgung gewährleisten. Die Erweiterung der Aufgaben und Kompetenzen in der Pflege (erweiterte Pflegerollen) könnte die Lebens- und Versorgungssituation von Patient\*innen verbessern, den Pflegeberuf durch die Kompetenzerweiterung attraktiver machen und gleichzeitig Haus- und Fachärzt\*innen entlasten, sodass sie sich stärker auf ihre Kernkompetenzen in der medizinischen Versorgung konzentrieren könnten.

Allerdings fehlen bisher wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit und den Auswirkungen solcher Versorgungskonzepte mit erweiterten Pflegerollen in Deutschland. Ziel der InDePendent-Studie („Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten PFK in der häuslichen Versorgung“) war es daher, ein Versorgungskonzept zur Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzt\*innen und PFK mit erweiterten Pflegerollen in einer Vielzahl von Ärztenetzen zu implementieren und hinsichtlich der Wirksamkeit auf die Lebens- und Versorgungssituation von MmD in der Häuslichkeit sowie der Kosten-Effektivität zu evaluieren.

Die *primäre Forschungsfrage* lautete: Reduziert der Einsatz der demenz-spezifisch qualifizierten und staatlich geprüften PFK mit erweiterter Pflegerolle und eine Aufgabenneuverteilung häufiger offene Versorgungsbedarfe bei MmD im Vergleich zur Routineversorgung?

Die InDePendent-Studie will die Identifikation und Reduzierung von offenen Versorgungsbedarfen von MmD und damit einhergehend ihre Lebens- und Versorgungssituation verbessern. Ziel des Forschungsprojektes war es ebenfalls, ein praxistaugliches und IT-gestütztes, Algorithmen-basiertes Interventions-Management-System (IMS) zur Interventionsunterstützung zu entwickeln, zu testen und zu implementieren. Das IMS ermöglicht eine systematische Identifikation von offenen Versorgungsbedarfen, die Erstellung eines individualisierten Behandlungs- und Versorgungsplans sowie ein Erfolgsmonitoring und kann als Arbeitstool zur Unterstützung der ambulanten Versorgung von MmD eingesetzt werden (Anlage 9).

*Sekundäre Forschungsfragen des InDePendent Studie:*

(1) Erhöht sich durch den Einsatz der demenz-spezifisch qualifizierten PFK mit erweiterter Pflegerolle die Lebensqualität der MmD im Vergleich zur Routineversorgung?

(2) Vermindert sich die Belastung der pflegenden Angehörigen durch die neue Versorgungsform im Vergleich zur Routineversorgung?

(3) Wie hoch ist die Akzeptanz der Aufgabenneuverteilung bei MmD, pflegenden Angehörigen, Netzwerkärzt\*innen und den speziell-qualifizierten PFK mit erweiterter Pflegerolle? Welche Barrieren und welche unterstützenden Faktoren können identifiziert werden?

*Gesundheitsökonomische Fragestellungen:*

(1) Welche Kosten sind mit der Implementation der neuen Versorgungsform verbunden und ist die Aufgabenneuverteilung kosten-effektiv für das Versorgungssystem?

(2) Verringert sich durch die neue Versorgungsform die ungeplante Hospitalisierungsrate und die Anzahl von Konsultationen von Haus- und Fachärzt\*innen bei MmD?

## 2 Projektdurchführung

### 2.1 Projektbeteiligte

**Projektleitung:**

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

PD Dr. Dr. Bernhard Michalowsky, Dipl.-Kfm.

Dr. Anika Rädke, M.Sc.

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE)

Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald

Tel. 03834 /86 85 30, E-Mail: wolfgang.hoffmann@dzne.de,

bernhard.michalowsky@dzne.de, anika.raedke@dzne.de

*Tabelle 1: Liste der Konsortialpartner*

Institution	Ansprechperson, Kontakt	Verantwortlichkeit/ Rolle im Projekt
Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald	Prof. Dr. Neeltje van den Berg Tel. 03834 /86 7771 neeltje.vandenberg@uni-greifswald.de	Evaluation
HaffNet GmbH	Andreas Meinhold Tel.: 039771 59460 info@haffnet.de	Netzwerkkoordination, Rekrutierung von Proband*innen, Verantwortung für die Durchführung der kontrollierten Interventionsstudie innerhalb des Ärztenetzwerkes
Demenz-Netzwerk Uckermark e.V.	Dr. Jürgen Hein Tel.: 03984 808604 jue.hein@web.de	
Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG (GNEF)	Dr. Carola Koch Tel.: 069 25788008 carola.koch@gnef.de;	

	julia.riss@gnef.de	
Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock	Prof. Dr. Attila Altiner Dr. Anja Wollny Tel.: 0381 494 2480 anja.wollny@med.uni-rostock.de	Entwicklung und Durchführung von Webinaren und Online- Schulungen (e-learning-Module) für die Weiterbildung der PFP zu PFK
AOK Nordost	Pia Elisa Madaida Lerch Tel.: 080026508030072 Piaelisamadaia.lerch@nordost.aok.de	Projekt- und Vertragsmanagement, Unterstützung bei der Aufbereitung der Daten für Evaluation und den Transfer der Ergebnisse in die Regelversorgung, Bereitstellung der Sekundärdaten im Rahmen der Evaluation, Unterstützung im Bereich der Presse- und Öffentlichkeitsaktivitäten
Techniker Krankenkasse	Manon Austenat-Wied Tel.: 0385 7609 574 Manon.Austenat-Wied@tk.de; cornelia.hentschel@tk.de	

Tabelle 2: Liste der Kooperationspartner

Institution	Telefon, Fax, E-Mail	Verantwortlichkeit/ Rolle im Projekt
MEDIS Management GmbH	Dr. Carsten Jäger Tel.: 03533 4889840 c.jaeger@medis-netz.de	Rekrutierung von Proband*innen
WBS Training AG	Ingo Matthäus Tel.: 03834 3919190 ingo.matthaeus@wbsgruppe.mail. onmicrosoft.com	Schulung der PFK zu Dementia Care Manager*innen
Agentur Deutscher Ärztenetze e.V.	Dr. Thomas Schang schang@arztnetze.info	Wissenschaftlicher Beirat
BundesArbeitsGemeinschaft der Patientenstellen und - Initiativen	Carola Sraier carola.sraier@gl-m.de	
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Mecklenburg- Vorpommern	Kathrin Ruhkieck k.ruhkieck@alzheimer-mv.de	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Gesamtverband e.V.	Dr. Martin Dichter dichter@dbfk.de	
Deutsche Gesellschaft für Pflegerwissenschaften e.V.	Dr. Bernhard Holle Bernhard.holle@dzne.de	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.,	Sven Wolfgram mecklenburg-vorpommern@bpa.de	

## InDePendent (01NVF18034)

Landesgeschäftsstelle Mecklenburg-Vorpommern		
Praxis Dr. med. Uta Arndt Dr. med. Elisabeth Malorny Julia Berdermann	Dr. Uta Arndt 039833 / 21 111	Rekrutierung Proband*innen für das DZNE
Praxis Dr. med. Michael Hunze MVZ Neubrandenburg	Dr. Michael Hunze (0395) 560 38-25	
Praxis Barbara Gebler	Barbara Gebler 03831 292176	
Dr. med. Alice Sindermann- Meukow	Dr. Alice Sindermann-Meukow 03831 291146	
Praxis Dr. med. Katharina Herrmann	Dr. Katharina Herrmann 03831 391012	
Praxis Dr. med. Christian Eichkorn	Dr. Christian Eichkorn 03831 258229	
Curiates Medicare MVZ Rostock, Winkelmann/Tautz	Dr. Christine Winkelmann 0381 5108745	
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Wismar Dr. med. Mareike Falk	Dr. Mareike Falk 03841 703275	
Gemeinschaftspraxis Holle/Winter/Bobsin	Juliane Bobsin 038459 36238	
Gemeinschaftspraxis Dr. Berit Linke und Sascha Linke	Sascha Linke 03831 390063	
Hausarztpraxis Dr. Marco Krüger	Dr. Marco Krüger 039971 313525	
Praxis Dr. med. Silke Strubel	Dr. Silke Strubel 03831 392613	
Curiates Medicare MVZ Rostock Südstadt, Berg-Holldack/Götz/ Lammerding	Anna Berg-Holldack 0381 44037920	

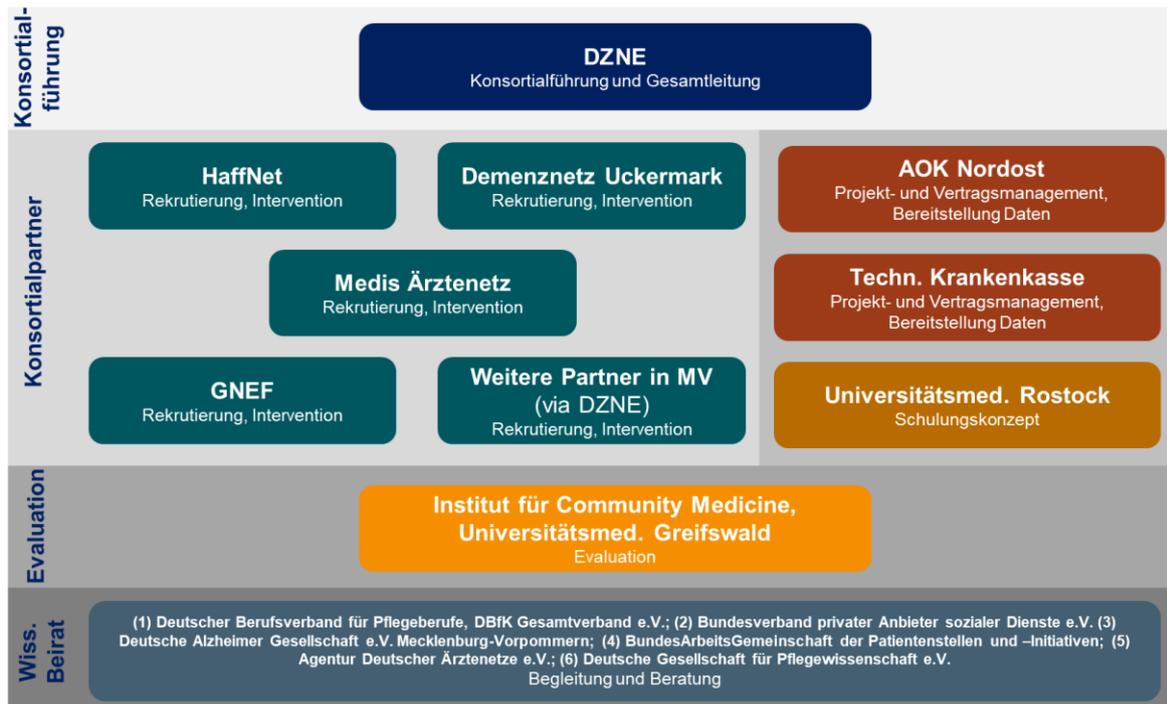


Abbildung 1: Organigramm InDePendent Konsortium

## 2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Das InDePendent-Projekt zielte darauf ab, die Versorgung von MmD in Deutschland zu verbessern, indem es eine neue Versorgungsform einführte, bei der speziell qualifizierte PFK teilweise Aufgaben übernahmen, die bisher von Ärzt\*innen ausgeführt wurden. Diese Neuverteilung der Aufgaben sollte die Lebensqualität der MmD erhöhen und die Versorgung effizienter gestalten. Das Projekt basierte auf einem innovativen Versorgungsvertrag nach § 63 3c SGB V, der es erstmals erlaubte, heilkundliche Tätigkeiten auf PFK zu übertragen, anstatt sie nur zu delegieren. Die zwischen den im Projekt beteiligten Ärzte- und Demenznetzwerken und Krankenkassen geschlossenen Versorgungsverträge beinhalteten die folgenden Vertragsbestandteile: 1) Vertragsurkunde; 2) Leistungsbeschreibung; 3) Teilnehmende Leistungserbringer; 4) Patienteninformationen und Einwilligungserklärungen zur Teilnahme an der Versorgung und zur Evaluation; 5) Evaluationskonzept sowie 6) Curriculum für die Ausbildung der Pflegefachkräfte gemäß § 63 Abs. 3c SGB V). Der Gegenstand des Vertrages nach §64 SGB V war der Versorgungsauftrag zur Umsetzung des InDePendent Projektes. Der Vertrag regelte dabei die Aufgabenneuverteilung zwischen den jeweils beteiligten Pflegefachpersonen und Hausärzten, indem bislang ärztliche Tätigkeiten per Delegation oder Substitution auf die Pflegefachpersonen übertragen und von diesen übernommen werden. Neben der Koordination der Versorgung sollen die speziell qualifizierten Pflegefachpersonen offene Versorgungsbedarfe identifizieren, einen Versorgungsplan zur Deckung der offenen Bedarfe erstellen und umsetzen sowie das Monitoring der Maßnahmenumsetzung übernehmen.

Der Versorgungsvertrag wurde dafür auf Basis und nach Maßgabe der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) und der Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) geschlossen und umgesetzt.

Die neue Versorgungsform umfasst gemäß der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses dabei einzelne übertragbare ärztliche Tätigkeiten zur selbständigen Ausübung von Heilkunde, u.a. die Durchführung von Assessments (IT-gestützte Erhebung offener Versorgungsbedarfe in der Häuslichkeit), Planung einzuleitender Interventionen (Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Versorgungsplans), Umsetzung des Therapieplanes (eigenverantwortliche Umsetzung der Maßnahmen) sowie Monitoring (eigenverantwortliche Kontrolle der Maßnahmen).

Die PFK wurden dafür staatlich geprüft und speziell geschult zu sogenannten Dementia Care Manager\*innen. Die PFK führten die Intervention über einen Zeitraum von insgesamt sechs Monaten aus und nutzen das IT-basierte IMS, um die individuellen Versorgungsbedarfe zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen in der Häuslichkeit der MmD umzusetzen. Die MmD der Warte-Kontroll-Gruppe (WKG) erhielten zunächst die übliche Versorgung und wechselten nach sechs Monaten ebenfalls in die Interventionsgruppe (IG). Die PFK mit erweiterter Pflegerolle koordinierten und überwachten dabei die Umsetzung der zur Bedarfsdeckung notwendigen Tätigkeiten. Der Hauptfokus der Projektauswertung lag auf der Anzahl ungedeckter Versorgungsbedarfe nach sechs Monaten.

Die *Zielgruppe* umfasste MmD aus den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Hessen, die mindestens 70 Jahre alt waren und in der eigenen Häuslichkeit lebten. Diese sollten entweder eine bestehende Demenzdiagnose aufweisen oder mittels eines Demenz-Screening-Tests (Dem-Tect<sup>®</sup>) in den Arztpraxen identifiziert werden. Durch die Durchführung von Demenz-Screening-Tests in den Praxen war zu erwarten, dass bei vielen Patient\*innen erstmalig eine Demenz festgestellt wird und sich die Studienpopulation vor allem aus Personen zusammensetzt, die eher leicht kognitiv eingeschränkt sind. Da eine gute Aufstellung der Versorgung zu Beginn der Demenzerkrankung die Progression verlangsamen und ein längeres Leben in der Häuslichkeit ermöglichen kann, stellte dies einen guten Zeitpunkt für das Ansetzen der Intervention dar.

Die bei der Baseline-Erhebung unterstützenden Study Nurses erhielten durch das Studienpersonal eine ausführliche *Schulung* über das Ziel der Studie, die projektbezogenen Aufgaben und den Umgang mit der Studien- und Erhebungssoftware (Anlage 1). Die PFK mussten, um für die Weiterbildung zur Ausübung erweiterter Pflegerollen zugelassen zu werden, über eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege oder in einer vergleichbaren pflegerischen Fachrichtung verfügen. Die Schulung der PFK erfolgte über den Bildungsträger WBS Training AG in einem 3D-Learnspace mit Dozent\*innen der WBS und des DZNEs. Die Grundlage hierfür stellte das erweiterte Curriculum des Dementia Care Managements aus der DelpHi-Studie [7] mit Spezifizierung

auf das Independent-Projekt zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf PFK nach § 63 3 c SGB V dar (Anlage 2). Hierfür wurden Kurzlehrbücher (Anlage 3) und Lehrvideos erstellt (veröffentlicht und einsehbar unter: <https://gpzk.de/independent>). Die sechsmonatige Weiterbildung mit insgesamt 710 Unterrichtseinheiten wurde in Praxis- und Theoriephasen nach in Abbildung 2 dargestelltem Schema eingeteilt und schloss mit einer staatlichen Prüfung nach § 14 PflBG ab.

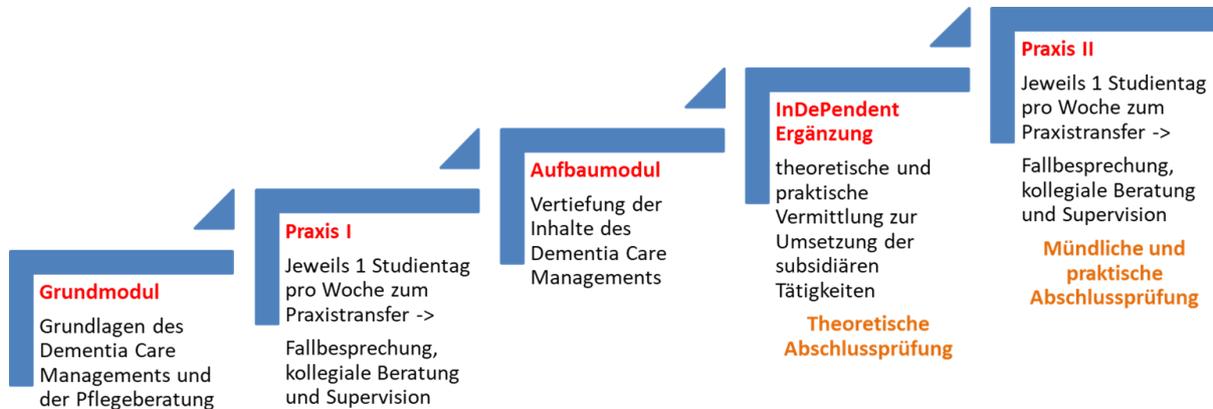


Abbildung 2: Darstellung der Weiterbildung der PFK

Der *Zeitaufwand*, der mit der Leistungserbringung durch die PFK verbunden war, variierte sehr stark und war von verschiedenen Faktoren abhängig. Im Rahmen der Leistungserbringung haben in der Regel fünf bis acht Hausbesuche oder Kontakte pro Patient stattgefunden. Jeder Besuch oder Kontakt dauerte im Schnitt etwa 1,5 bis 2 Stunden, da die Aufmerksamkeit vieler Patient\*innen nach dieser Zeit nachließ. Die Zeitspanne bis zum Abschluss einer vorgeschlagenen Interventionsmaßnahme variierte stark je nach Art der Maßnahme. Während beispielsweise die Beschaffung von Hilfsmitteln oft zügig durchgeführt werden konnte, gestalteten sich die Prozesse beispielsweise bei der Anpassung/Beantragung von Pflege- oder Schwerbeschädigungsgraden tendenziell langsamer. Ein wesentlicher Faktor für die Dauer der Umsetzung war zunächst die Einsicht in die Notwendigkeit der Maßnahmen durch die Patient\*innen selbst.

Im Rahmen des InDePendent-Projekts wurden mehrere Maßnahmen umgesetzt, die über die Regelversorgung hinausgingen. Die erweiterte Pflegerolle der PFK umfasste unter anderem die eigenständige Durchführung von Injektionen, die Verschreibung von Pflegehilfsmitteln und die Versorgung anspruchsvoller Wunden. Diese und weitere Tätigkeiten erfolgten entweder in Substitution (ohne Rücksprache) oder in Delegation (nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzt\*innen). Der erweiterte Kompetenzbereich ermöglichte es den PFK eine umfassendere Versorgung anzubieten als es in der Routineversorgung üblich war. Ein weiteres Element der Intervention, das über die Regelversorgung hinausging, war die Erstellung eines individualisierten Behandlungs- und Versorgungsplans für jeden MmD. Basierend auf den Ergebnissen der Baseline-Erhebungen wurden mithilfe des IMS spezifische Interventionen empfohlen, die auf die individuellen medizinischen, psychosozialen, pflegerischen und sozialrechtlichen Bedürfnisse und die aktuelle Lebenssituation der MmD abgestimmt waren. Die regelmäßigen Hausbesuche der PFK zur Koordination und Überwachung der Umsetzung des Versorgungsplans stellten ebenfalls eine erweiterte

Maßnahme dar. Während der sechsmonatigen Interventionsphase besuchten die PFK die MmD mehrfach (mindestens 1 Mal pro Monat) in ihrer Häuslichkeit, um sicherzustellen, dass alle offenen Versorgungsbedarfe gedeckt wurden. Die kontinuierliche Betreuung und Anpassung der Maßnahmen waren dabei intensiver als die der Standardversorgung, bei der solche regelmäßigen und umfassenden Besuche nicht üblich sind. Zusätzlich wurde ein detailliertes Erfolgsmonitoring durchgeführt, bei dem die PFK den Status der Interventionen dokumentierten, die Fortschritte verfolgten und die Maßnahmen bei Bedarf anpassten. Patient\*innen und ihre Angehörigen konnten jederzeit neue Bedarfe äußern, die im Verlauf der Intervention berücksichtigt wurden. Diese erweiterten Maßnahmen trugen dazu bei, den speziellen Bedürfnissen der Patient\*innen umfassend gerecht zu werden und eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten, die über die übliche Versorgung hinausging.

### **2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts**

Zu Beginn des Projekts wurden alle notwendigen rechtlichen und organisatorischen Grundlagen geschaffen. Ein wichtiger Schritt war dabei der Abschluss der Versorgungs- und Kooperationsverträge mit den beteiligten Ärztenetzen. Kick-off-Veranstaltungen wurden durchgeführt, um alle Beteiligten umfassend über die Studie zu informieren und auf die kommenden Aufgaben in der Studie vorzubereiten. Wichtige Dokumente wie Einwilligungserklärungen und Patienteninformationen wurden erstellt und ein umfassendes Datenschutzkonzept erarbeitet. Die Ethikkommissionen der beteiligten Bundesländer gaben ihre Zustimmung zur Studie, sodass die Rekrutierung der Leistungserbringer (Ärzt\*innen) und Partner innerhalb der Netzwerke durchgeführt werden konnte. Auch ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 64 SGB V wurde erfolgreich geschlossen. Parallel dazu wurde die Dokumentationssoftware (IMS) für die Interventionsunterstützung entwickelt und als Arbeitstool in der Umsetzung der Intervention implementiert. Nach Beendigung der Vorbereitungsphase durchliefen die PFK die Qualifikationsphase. In Zusammenarbeit mit dem DZNE, der Universitätsmedizin Rostock und dem Weiterbildungsträger WBS-Training AG wurde die Qualifikation der PFK erfolgreich durchgeführt. Diese umfasste theoretischen Unterricht im 3D Learnspace der WBS Training (virtueller Unterricht) sowie praktische Phasen innerhalb des eigenen Netzwerkes zur Anwendung des theoretisch gelernten Wissens. Nach Abschluss der staatlichen Prüfung in Kooperation mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin waren die PFK mit nun erweiterten Pflegerollen unmittelbar bereit, mit der Intervention zu beginnen. Somit konnten auch die teilnehmenden Arztpraxen mit der Rekrutierung von Patient\*innen starten, welche jedoch durch mehrere Herausforderungen vor allem infolge der COVID-19-Pandemie (personelle Ausfälle und bürokratische Hürden) erschwert wurde, was im Projektverlauf zu einer Verzögerung im Rekrutierungsvorhaben führte. Um diesen Problemen entgegenzuwirken, wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, darunter eine intensive Öffentlichkeitsarbeit, alternative Rekrutierungsstrategien und eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung des Projekts, sodass das Rekrutierungsziel bis Ende 2022 final erreicht werden konnte.

Mit dem Einschluss der ersten Patient\*innen, konnten auch die PFK mit erweiterten Pflegerollen ihre Arbeit beginnen. Nach Durchführung der Baseline-Erhebungen in der

Häuslichkeit und der Aufstellung des Versorgungsplans mithilfe des IMS, wurde dieser innerhalb des Interventionszeitraumes umgesetzt und somit versucht, alle medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Bedarfe zu decken. Dabei standen die PFK stets in engem Kontakt mit den behandelnden Hausärzt\*innen, um die durchzuführenden Tätigkeiten abzustimmen. Während des Beobachtungszeitraumes fand ein kontinuierliches Monitoring durch das Institut für Community Medicine statt, um die Einhaltung der Interventionszeiträume zu kontrollieren.

Nach erfolgreicher Durchführung aller studienbedingten Baseline- sowie Abschlussbefragungen und somit Beendigung der Datenerhebung, konnte die Evaluation mit der Auswertung der Daten beginnen. Für die Evaluation der Studienergebnisse wurden vorab die notwendigen Genehmigungen nach § 75 SGB X von den beteiligten Krankenkassen zur Nutzung der Sekundärdaten eingeholt. Anschließend startete die Datenanalyse der Primär- und Sekundärdaten. Diese Analysephase mündete in der Erstellung des Evaluationsberichts und der Veröffentlichung mehrerer wissenschaftlicher Publikationen. Nach Abschluss der Evaluation wurden erste Versuche zur Überführung des Versorgungskonzeptes in die Routineversorgung durchgeführt und Grundlagen für die Überführung des Versorgungsmodells in die Versorgung geschaffen.

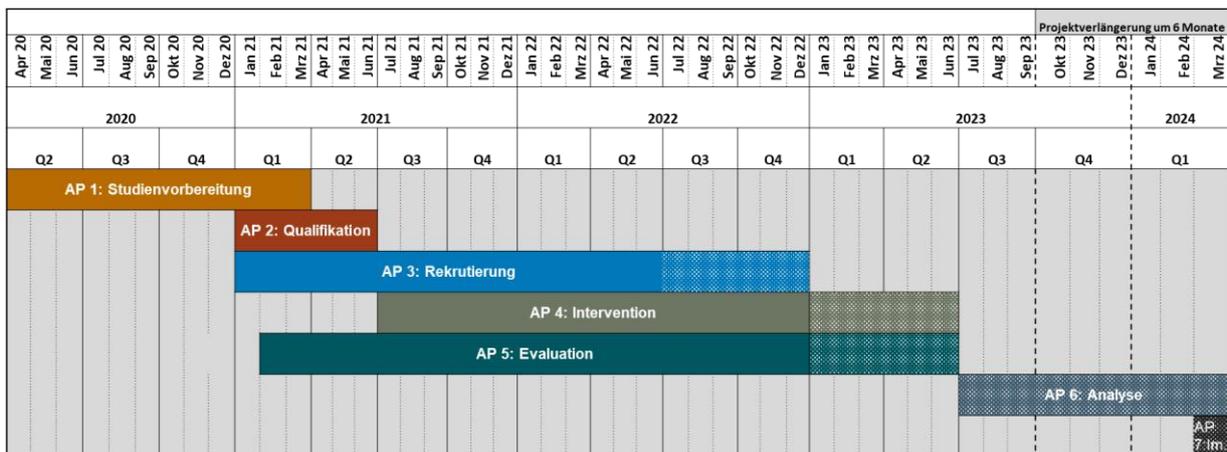


Abbildung 3: Ablaufplan und Arbeitspakete

## 2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Seit der Einführung des Gesetzes im Jahr 2008 regelt § 63 Abs. 3c SGB V die Rahmenbedingungen für spezielle Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen. Bei der Umsetzung dieses Gesetzes mussten mehrere Herausforderungen bewältigt werden, die sich im Projektverlauf als bedeutende Hürden herausstellten. Im Folgenden werden die wesentlichen Anforderungen und die gefundenen Lösungen detailliert beschrieben:

### Versorgungsverträge gemäß § 63 Abs. 3c SGB V:

- **Herausforderung:** Nach § 63 Abs. 3c dürfen Versorgungsverträge nur mit Vertragsärzt\*innen oder Gemeinschaften von Vertragsärzt\*innen abgeschlossen werden. PFK sind demnach nicht direkt vertraglich einbezogen, was die Integration von PFK in die Versorgungsstruktur erschwert.
- **Lösung:** Um dieser Regelung innerhalb des geplanten Vorhabens trotzdem gerecht zu werden, konnten die Konsortialpartner des Projektes, die Arztnetzwerke, die

notwendigen Versorgungsverträge mit den Krankenkassen schließen und die PFK im Netzwerk anstellen. Auf diese Weise wurden die rechtlichen Hürden überwunden und die PFK konnten über die bestehenden Arztnetzwerke in das Versorgungsmodell integriert werden.

#### **Rechtliche und wirtschaftliche Selbstständigkeit der PFK:**

- *Herausforderung:* Gemäß § 63 Abs. 3c SGB V müssen PFK rechtlich und wirtschaftlich selbstständig handeln. Die Möglichkeit Leistungen selbstständig auszuführen und abzurechnen war aber nicht gegeben, da keine Abrechnungsmöglichkeiten sowie Budgets zur Verfügung standen.
- *Lösung:* Im Rahmen des Projektes wurde daher entschieden, dass die eigentlichen Verordnungen weiterhin über die beteiligten Ärzt\*innen laufen müssen. Dies gewährleistete die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben und ermöglichte es den PFK, ihre Aufgaben zu erfüllen, ohne selbst abrechnen zu müssen.

#### **Erstellung und Genehmigung des Curriculums:**

- *Herausforderung:* Nach § 63 Abs. 3c SGB V musste für die Qualifikation und die staatliche Prüfung der PFK ein Curriculum erstellt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) offiziell genehmigt werden. Diese Genehmigung galt als Voraussetzung für den Versorgungsvertrag.
- *Lösung:* Das Projektteam erarbeitete ein Curriculum, welches den Anforderungen von § 63 Abs. 3c SGB V entsprach. Dieses Curriculum wurde erfolgreich vom BMG und BMFSFJ genehmigt, wodurch die Grundlage für die Qualifikation und die staatliche Prüfung geschaffen wurde.

#### **Prüfung und Genehmigung des Versorgungsvertrags:**

- *Herausforderung:* Der Versorgungsvertrag musste gemäß § 63 Abs. 3c SGB V vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als Aufsicht der Kassen geprüft und genehmigt werden. Grundlage des Versorgungsvertrages war die Genehmigung der Qualifikation durch BMG und BMFSFJ.
- *Lösung:* Die Genehmigung des Versorgungsvertrags durch das BAS konnte erfolgreich nach der Genehmigung der Qualifikation eingeholt werden, was die Umsetzung des Projekts und die Durchführung der geplanten Maßnahmen ermöglichte.

#### **Staatliche Prüfung von PFK für heilkundliche Tätigkeiten:**

- *Herausforderung:* Nach § 14 des Pflegeberufgesetzes müssen PFK auf Landesebene staatlich geprüft werden, um heilkundliche Tätigkeiten übernehmen zu können.
- *Lösung:* Eine Sondergenehmigung wurde von der Senatsverwaltung und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin eingeholt. Dies ermöglichte die Durchführung der staatlichen Prüfung in Kooperation mit einer staatlich anerkannten Berufsschule in Berlin, sodass die PFK die erforderliche Qualifikation erwerben konnten.

Durch die Lösung dieser Herausforderungen konnte das Modellvorhaben nach §63 Abs. 3c erfolgreich umgesetzt und die neue Versorgungsform unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben realisiert werden.

## 2.5 Rechtsgrundlage

Als primäre Rechtsgrundlage für die Delegation diente der § 87 Abs. 2 SGB V und für die Substitution der § 63 Abs. 3c des SGB V, wonach in Modellvorhaben ärztliche Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege übertragen werden können. Die Ausübung bezieht sich auf Tätigkeiten der Heilkunde und die Anordnung von Hilfsmitteln, für die PFK fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung übernehmen. Voraussetzung der Übertragung ist eine vorherige Diagnose und Indikationsstellung durch den behandelnden Netzwerkarzt/-ärztin. Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des GBA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege (in der Fassung vom 20. Oktober 2011) regelt die selbständige Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben. Die qualifizierten Berufsangehörigen der Alten- und Krankenpflege treffen einzelfallbezogen Entscheidungen. Diese Entscheidungen können alleinverantwortlich (Substitution) in Rücksprache mit dem Netzwerkarzt/-ärztin oder auf Initiative des Netzwerkarztes/-ärztin (Delegation) getroffen werden. Der Rechtsrahmen der neuen Versorgungsform war ein Vertrag über ein Modellvorhaben auf Basis von § 64 SGB V mit Erweiterung auf Behandlungsverträge nach § 630a BGB um eine kassenübergreifende Versorgung aller Patienten zu realisieren. Der ursprüngliche Plan, einen Vertrag gemäß § 140a SGB V (IV-Vertrag für besondere Versorgung) in Verbindung mit Behandlungsverträgen nach § 630a BGB abzuschließen, wurde geändert. Die im Projekt beteiligten Krankenkassen (AOK Nordost und TK) schlossen Verträge mit den Ärzte- bzw. Demenznetzen, die sich an der Rechtsgrundlage des § 64 SGB V orientierten. Dieser Versorgungsvertrag ermöglichte eine an die speziellen Bedürfnisse der Demenzversorgung angepasste Leistungserbringung und ermöglichte durch die Anwendung der „Substitutionsvorschrift“ gemäß § 63 Abs. 3c SGB V eine besonders angepasste Versorgungsform. Zum Zeitpunkt des Projektbeginns lagen noch keine konkreten Erfahrungen mit der Durchführung von Modellvorhaben auf dieser Rechtsgrundlage vor. Im weiteren Projektverlauf wurden jedoch fundierte Erkenntnisse und Erfahrungen mit dieser Rechtsgrundlage gesammelt. Zudem konnte mit Hilfe der Erweiterung auf Behandlungsverträge nach § 630a BGB eine Ausweitung des Einschlusses von Versicherten anderer Krankenkassen realisiert werden. Dadurch konnten grundsätzlich alle Menschen mit Demenz, welche über die im Projekt beteiligten Ärzte- und Demenznetzwerken (Studienzentren) zur Teilnahme an der Studie eingeladen wurden, an der Studie teilnehmen und durch die speziell qualifizierten Pflegefachkräfte im Rahmen der Intervention versorgt werden, unabhängig von der Kassenzugehörigkeit. Ohne diese Erweiterung der Rechtsgrundlage hätten ausschließlich Versicherte der zwei im Projekt als Konsortialpartner beteiligten Krankenkassen ins Projekt eingeschlossen werden können (n=181), was zu einer Vorselektion der Menschen mit Demenz in den Rekrutierungszentren zur Folge gehabt hätte.

### 3 Methodik

#### Studiendesign

InDePendent ist eine multizentrische, cluster-randomisierte, kontrollierte, zwei-armige Studie mit Warte-Kontroll-Gruppen-Design (Abbildung 4), die in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Hessen durchgeführt wurde. An der Studie nahmen vier Ärzte- und Demenznetzwerke sowie einzelne Arztpraxen, Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren, die über das DZNE in Mecklenburg-Vorpommern rekrutiert wurden, teil. Die Randomisierung erfolgte auf der Ebene der Ärzt\*innen im Verhältnis 1:2 für die Interventionsgruppe (IG) und Warte-Kontroll-Gruppe (WKG). Teilnehmende Haus- und Fachärzt\*innen führten bei Patient\*innen ab 70 Jahren ohne vorliegende Demenzdiagnose das DemTect Screening durch. Patient\*innen mit einem Ergebnis von  $\leq 8$  Punkten oder einer bestehenden Demenzdiagnose wurden über die Studie aufgeklärt, um eine Einwilligungserklärung gebeten und nach Einwilligung in die Studie eingeschlossen. Falls ein Angehöriger vorhanden war, konnte dieser ebenfalls durch die Unterzeichnung einer Einwilligungserklärung an der Studie teilnehmen. Die MmD in der IG erhielten sechs Monate lang die Intervention durch speziell qualifizierte PFK mit erweiterter Pflegerolle, während die WKG zunächst die Routineversorgung („care-as-usual“) für 6 Monate und danach ebenfalls die Intervention durch die PFK für weitere 6 Monate erhielt. Die Datenerhebung für die Evaluation erfolgte zur Baseline und nach 6 Monaten in der IG sowie zur Baseline und nach 6 und 12 Monaten in der WKG. Die Studie ist registriert unter: ClinicalTrials.gov. Identifier: NCT04741932. Registrierungsdatum: February 5, 2021.

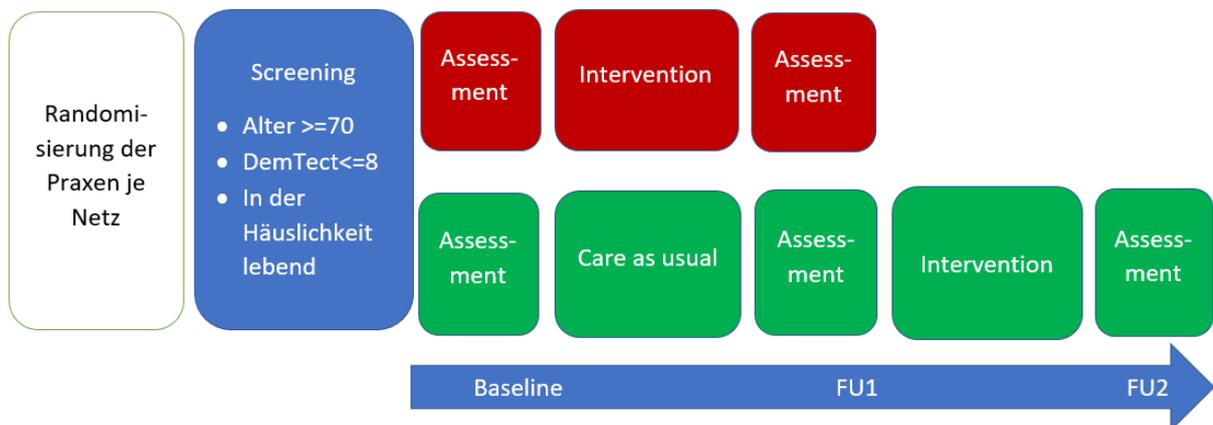


Abbildung 4: Studiendesign InDePendent

**Einschlusskriterien Patienten:** Alter von 70 und älter, Leben in der eigenen Häuslichkeit, bestehende Demenzdiagnose (F.00.0, F00.1, F00.2, F01.1, F02.0, F03, F06.7) oder DemTect Ergebnis von  $\leq 8$  (bei Verdacht auf Demenz)

**Einschlusskriterien Angehörige:** Hauptversorgungsperson des MmD, in regelmäßigen Kontakt (mind. dreimal die Woche) mit diesem

**Ausschlusskriterien:** Wohnen im Pflegeheim, nicht wohnhaft in den Studienregionen (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Hessen)

## Fallzahlen und Drop-out

Die Fallzahlschätzung erfolgte für den primären Endpunkt – die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe (gemessen mittels CANE-Fragebogen). Die Cluster-Randomisierung auf Arzzebene (1:2) wurde in der Fallzahlkalkulation berücksichtigt. Es wurden folgende Parameterannahmen getroffen: Fehler 1. Art ( $\alpha$ ): 5%; Fehler 2. Art ( $\beta$ ): 20% (Power 80%); Angenommene Mittelwert des CANE für die IG nach sechs Monaten ohne Spill-Over Effekt: 1,22 (SD 1,3), Angenommene Mittelwert des CANE für die WKG nach sechs Monaten ohne Spill-Over Effekt: 1,87 (SD 2,0); Verhältnis IG/WKG: 1:2; Intraclusterkorrelationskoeffizient: 0,16 (Varianz der ICC: 0,06); Drop-out Rate: 30%. Um den angenommenen Effekt von 1,22 ungedeckten Bedarfen in der IG im Vergleich zu 1,87 in der WKG zu zeigen, würden unter Berücksichtigung einer 1:2-Teilnehmerverteilung, einer Power von 0,80, einem  $\alpha$  von 0,05, einer Intraclusterkorrelationsrate von 0,16 und einer Dropout-Rate von 30% insgesamt 344 Teilnehmende benötigt werden. Das gewählte Design (WKG) ist methodisch und statistisch optimal. Zusätzlich wurde ein Spillover-Effekt angenommen, der dazu führen könnte, dass auch die WKG von der Intervention beeinflusst wird. Dieser mögliche Effekt wurde bei der Fallzahlplanung berücksichtigt. Es wurde geschätzt, dass dieser Spillover-Effekt den Interventionseffekt um 5% reduziert, sodass sich die Differenz von 1,87 ungedeckten Bedarfen in der WKG und 1,22 in der IG auf ein Verhältnis von 1,77 zu 1,22 verschiebt. Daher sind praktisch 307 Patient\*innen in der WKG (aus 62 Hausarztpraxen) und 157 Patient\*innen in der IG (aus 32 Hausarztpraxen) erforderlich, was eine Fallzahl von mindestens 464 Patient\*innen ergibt, um signifikante Unterschiede nachweisen zu können.

## Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Die Rekrutierungsstrategie umfasste zwei Ebenen: die Rekrutierung von Haus- und Fachärzt\*innen sowie die von Patient\*innen. Die Haus- und Fachärzt\*innen wurden über die im Projekt beteiligten Ärzte- und Demenznetzwerke rekrutiert. In Brandenburg waren es das Demenznetzwerk-Uckermark e.V. und das MEDIS Netzwerk Südbrandenburg und in Hessen das GNEF Frankfurt am Main e.G.. In Mecklenburg-Vorpommern wurden die Ärzt\*innen durch die HaffNet GmbH in Ueckermünde und direkt vom DZNE in der Region Rostock/Greifswald rekrutiert. Die Rekrutierung erfolgte durch persönliche Treffen, Gespräche, Projektvorstellungen sowie durch Anschreiben per Post, Fax und E-Mail. Nach Aufklärung der Ärzt\*innen über das Projekt (Anlage 5) und Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung wurden die Ärzt\*innen in das Projekt aufgenommen. Das DZNE hingegen kontaktierte mittels persönlicher Schreiben, telefonischer Gespräche oder persönlicher Vorstellungen gezielt einzelne Praxen. Das Unterschreiben einer Kooperationsvereinbarung regelte die Unterstützung bei der Patientenrekrutierung. Die Patientenrekrutierung erfolgte auf zweiter Ebene in den Praxen der teilnehmenden Ärzt\*innen durch ebendiese oder ihr medizinisches Personal (Anlage 4).

Teilnehmende Arztpraxen wurden im Verhältnis von 1:2 der IG und WKG zugewiesen. Diese Vereinheitlichung in Interventions- und Warte-Kontroll-Praxen sollte klare Prozessabläufe innerhalb einer Praxis fördern und Irritationen bzgl. der Gruppenzugehörigkeit von mehreren Patient\*innen einer Praxis verhindern. Die Block-Randomisierung erfolgte durch einen Evaluator des Projektes in 6er-Blöcken und wurde mit der Software Randlist (Version 2, Datinf, Deutschland) durchgeführt. Die Zuweisung der Arztpraxen zu den Gruppen galt als

unveränderlich und wurde bis zum Ende der Kooperationsvereinbarung aufrechterhalten. Durch die Blockrandomisierung konnte die Cluster Randomisierung aufrechterhalten werden. Die Größe und Verteilung zwischen den Gruppen wurden dadurch nicht beeinflusst.

Aufgrund der Art der Intervention, welche Ab- und Rücksprache mit den behandelnden Ärzt\*innen beinhaltete, war eine Verblindung der Gruppenzugehörigkeit nicht möglich. Weder die teilnehmenden Ärzt\*innen noch die Patient\*innen konnten verblindet werden, da die Ärzt\*innen ihre Patient\*innen über den Behandlungsablauf informieren mussten und die Patient\*innen Informationen über zukünftige Besuche und Behandlungen erhielten.

### **Primäre und sekundäre Outcomes**

*Primäres Outcome* war die Anzahl offener Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe („unmet needs“) der MmD, gemessen mit dem CANE-Fragebogen (Camberwell Assessment of Need for the Elderly) sechs Monate nach Baseline im Gruppenvergleich. Der CANE erfasst gedeckte und ungedeckte Behandlungs- und Versorgungsbedarfe älterer Menschen in 25 verschiedenen Bereichen (physisch, psychisch, sozial, umweltbezogen). Das Ergebnis des CANE ist eine Summe der ungedeckten Versorgungsbedarfe (Zählvariable), die zwischen 0 und 25 liegen kann [73, 74]. Für die wenigen Fälle (n=10), dass Antworten von MmD und Angehörigen vorlagen, wurden die Angaben des Angehörigen berücksichtigt, da MmD in der Regel weniger ungedeckte Bedürfnisse angaben als ihre Betreuungspersonen.

*Sekundäre Outcomes* waren Patient-reported Outcomes (PRO) wie die Lebensqualität der MmD (QoL-AD, EQ-5D-5L) sowie die Angehörigenbelastung (Zarit Burden Inventory), ebenfalls gemessen sechs Monate nach Baseline im Gruppenvergleich. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde gemessen mit dem krankheitsspezifischen Instrument Quality of Life in Alzheimer's Disease Instrument (QoL-AD) [9] (Perspektive des MmD und des Angehörigen), mit Werten zwischen 13 und 52, wobei höhere Werte eine höhere Lebensqualität anzeigen [10], sowie mit dem generischen Präferenzinstrument EQ-5D-5L (Selbstbewertungsinstrument), welcher fünf Dimensionen (Mobilität, Selbstversorgung, Alltägliche Aktivitäten, Schmerzen/Beschwerden, Angst/Depression) mit fünf Antwortmöglichkeiten enthält die von "keine Probleme" bis "extreme Probleme" reichen [11]. Auf der Grundlage des individuellen Gesundheitszustands des MmD wurde auf Basis des EQ-5D-5L ein Nutzwert (Index) berechnet, der auf dem deutschen Valueset von Ludwig et al. [12] basiert und bei 0 (schlechtester Zustand) und 1 (bester Zustand) verankert ist. Der Zarit Burden Fragebogen misst die subjektive Belastung von Angehörigen von MmD und reicht von null bis 88 Punkten, wobei höhere Punktzahlen ein höheres Maß an subjektiver Belastung der Angehörigen darstellen [13].

Nur in der Interventionsgruppe wurde die *Akzeptanz des Versorgungsmodells* und *Zufriedenheit* der MmD, der Angehörigen, der PFK und der Hausärzt\*innen mittels leitfadengestützter Experteninterviews erfasst.

In der *gesundheitsökonomischen Evaluation* erfolgte die Ermittlung der Kosten-Effektivität der neuen Versorgungsform. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (informell, formell) und medizinischen Leistungen wurde mit dem Fragebogen für gesundheitsbezogene Ressourcen bei älteren Menschen (FIMA) [14] gemessen, der EQ-5D-5L zur Berechnung der QALYs genutzt und die informelle Pflege durch Angehörige mit dem Instrument Resource

Utilisation in Dementia (RUD) erfasst, das die Unterstützung durch die Pflegeperson (aus deren Sicht) in Stunden pro Monat für Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Körperpflege, Essen, Anziehen) und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Haushaltsführung) misst [15].

Zur Bewertung der Versorgungsqualität und Kosteneffektivität wurden mehrere Parameter herangezogen. Dazu gehörte die Anzahl der *Arztbesuche*, die durch den FIMA erfasst wurden. Ebenso wurde die Häufigkeit ungeplanter *Hospitalisierungen* innerhalb der letzten 12 Monate dokumentiert, ebenfalls basierend auf FIMA-Daten.

Zusätzlich wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, bei der *Sekundärdaten* verwendet wurden, um die primär erhobenen Daten zu überprüfen. Hierzu zählten die Krankenhausaufenthalte sowie die Besuche bei Haus- und Fachärzt\*innen. Zudem wurde eine Subgruppen-Kosten-Nutzwert-Analyse durchgeführt, um die Kosten-Nutzen-Verhältnisse in verschiedenen Demenz-Schweregraden sowie hinsichtlich der Lebenssituation (alleinlebend versus nicht alleinlebend) genauer zu betrachten.

Tabelle 3: Verwendete Fragebögen

Fragebogen	Erklärung	Perspektive	Erhebungszeitpunkt
Sozio-demografie	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Wohnsituation	Demenzpatienten/Angehörige	Baseline
Diagnosen	Einschätzung der Multimorbidität	Demenzpatienten	Baseline
Medikamente	Strukturierte Erfassung der Medikation		
CANE	Camberwell Assessment of Need for the Elderly (Erhebung von unmet Needs)	Demenzpatienten/Angehörige	Baseline/Follow-Up
Qol-AD	Erhebung der Lebensqualität. Das Instrument wurde speziell für ältere Menschen entwickelt	Demenzpatienten/Angehörige	Baseline/Follow-Up
EQ-5D-5L	Kurzfragebogen zur Erhebung der Lebensqualität. Dieses Instrument wird für die gesundheitsökonomische Analyse benötigt.	Demenzpatienten/Angehörige	Baseline/Follow-Up
B-ADL	Bayer Aktivitäten des täglichen Lebens	Angehörige	Baseline/Follow-Up
MMST	Fragebogen zur Beurteilung der Kognition	Demenzpatienten	Baseline/Follow-Up
GDS	Geriatric Depression Scale	Demenzpatienten	Baseline/Follow-Up

RUD	Ressource Utilization in Dementia, Inanspruchnahme von Informellen Pflegeleistungen	Angehörige	Baseline/Follow-Up
DemTect	Fragebogen zur Einschätzung einer Demenzerkrankung (Ergebnis <9)	Demenzpatienten	Baseline
FIMA	Inanspruchnahme Leistungen	Angehörige	Baseline/Follow-Up
Zarit Burden	Angehörigenbelastung	Angehörige	Baseline/Follow-Up
DEMMI	Performance-Test	Demenzpatienten	Baseline/Follow-Up
FSozU	Soziale Unterstützung	Demenzpatienten	Baseline/Follow-Up
Einsamkeit & soziale Partizipation	Einsamkeit & soziale Partizipation	Demenzpatienten	Baseline/Follow-Up
EAP*	Erweitertes Assessment	Demenzpatienten/Angehörigen & PFK	Baseline/Follow-Up

\*Beschreibung des EAP: Das Erweiterte Assessment ist ein Fragebogen der sich aus unterschiedlichen Fragen zusammensetzt, die darauf abzielen, die häusliche Situation des Probanden und seiner/ihrer Lebenssituation einzuschätzen (Anlage 6). Hier wurden besonders die Aspekte der Prophylaxe, der Hilfsituation und der häuslichen Situation bedacht, die im Zusammenhang mit bestimmten Vorerkrankungen, wie Diabetes, chronischen Wunden, Parkinson, Blindheit, Immobilität oder anderen Beeinträchtigungen stehen können. Der Fragenkatalog ist aus Fragen zusammengestellt, die vorher durch Expert\*innen (Pflegerwissenschaften\*innen, Ärzt\*innen und PFK) zusammengetragen wurden. Es wurde darauf geachtet, dass es zu keinen Dopplungen von Fragen aus anderen Erhebungsinstrumenten kommt. Zu den erfassten Themenbereichen zählten: „Wohnsituation“, „Haushaltsführung“, „Ernährung“, „Körperpflege“, „Betreuung und Pflege einer anderen Person“, „geistige, soziale und körperliche Aktivität“, „Seh-, und Hörvermögen“, „Mobilität“, „Sturzneigung und Stürze“, „Blasen, und Darmfunktion“, „Körperliche Erkrankungen“, „Information und Aufklärung“, „Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung“, „Substanzmissbrauch und Sucht“. Das EAP wurde genutzt um, neben die mittels des CANE erfassten Versorgungsbedarfe (sog. Unmet needs), weitere Bedarfe, die in der Versorgung bestehen können, mit Hilfe des IMS zu erfassen und weiterführende Informationen zu den ermittelten Bedarfen zu erheben.

## Auswertungsmethoden

Die Beschreibung der Stichprobe (Soziodemografie, klinische Charakteristik) erfolgte deskriptiv (nominal: Anzahl, Prozent; metrisch: Mittelwert, Standardabweichung) getrennt nach IG und WKG. Die Unterschiede zwischen den Studiengruppen zur Baseline wurden mithilfe von verallgemeinerten linearen und logistischen Regressionsmodellen mit zufälligen Effekten für die Cluster (Arztpraxen und Ärztenetzwerk) bewertet (Randomisierungsscheck).

### Analyse der Wirksamkeit

Die primäre Wirksamkeitsanalyse basierte auf dem Intention-To-Treat (ITT)-Prinzip, bei dem die Wirkung der Intervention sechs Monate nach Studienbeginn im Vergleich zur üblichen Versorgung bewertet wurde. Bei der ITT-Analyse wurden auch MmD eingeschlossen, die das Protokoll nicht vollständig eingehalten haben (Verweigerung Intervention, Abbruch, Nichteinhaltung Interventionszeitraum). Die ITT-Analysen basierten auf dem Full Analysis Set

(FAS), welches nur MmD ausschließt, die ihre Einwilligungserklärung zurückgezogen haben. Fehlende Daten wurden durch Multiple Imputationen mittels verketteter Gleichung (Multiple Imputation by Chained Equations, MICE) geschätzt [16,17]. Für jede Variable mit fehlenden Werten wurden separate Imputationsmodelle berechnet, wobei Alter, Geschlecht, Lebenssituation und ab dem Follow-up die Ausgangswerte der Variablen als Prädiktoren berücksichtigt wurden, um die fehlenden Werte zu imputieren. Da es sich um eine iterative Methode handelt, wurde die Imputation wiederholt durchgeführt, um die Schätzungen zu stabilisieren. Insgesamt wurden 50 Imputationsdatensätze erstellt, welche für die Analysen genutzt wurden.

Zusätzlich wurde eine Per-Protocol-Analyse (PPA) für das primäre Outcome als Sensitivitätsanalyse durchgeführt, die nur die MmD einschloss, die die Studie gemäß der Protokollvorschriften beendet hatten. Ein Ausschluss aus der PPA erfolgte aufgrund der Nichteinhaltung des festgelegten Interventions- und Beobachtungszeitraumes (fünf bis acht Monate) oder aufgrund fehlender Daten bei der Baseline- oder Follow-up-Erhebung.

Für das primäre Outcome (Zählvariable: Anzahl ungedeckter Bedarfe) erfolgte eine Poisson-Regression unter Berücksichtigung der Clustervariablen (Arztpraxen und Ärztenetzwerk). Es wurden Subgruppenanalysen für MmD mit verschiedenen Demenz-Schweregraden (MMST; keine bis leichte kognitive Einschränkung vs. moderate bis schwere kognitive Einschränkung) [65] und verschiedenen Lebenssituationen (alleinlebend vs. nicht alleinlebend) mittels mixed-effect Poisson Regression mit zufälligen Effekten für Arztpraxis und Arztnetzwerk durchgeführt, um herauszustellen, welchen Effekt die Intervention auf verschiedene Untergruppen hat. Für die Auswertung des IMS wurde aufgrund des Vorliegens einer Überdispersion (beobachtete Varianz ist größer als die vom Modell angenommene Varianz) eine Negative Binomial Regression verwendet. Diese Methode setzt im Gegensatz zur Poisson Regression keine Gleichheit zwischen Varianz und Mittelwert voraus. Der Interventionseffekt des sekundären Outcomes wurde mittels linearer Regression ebenfalls unter Berücksichtigung der Clustervariablen (Arztpraxen und Ärztenetzwerk) über zufällige Effekte analysiert. Der interessierende Prädiktor war die Studiengruppe (Dummy Variable: WKG vs. IG). In die Modelle wurden folgende zusätzliche unabhängige Variablen aufgenommen: Alter, Geschlecht, Vorhandensein eines Angehörigen und der jeweilige Baseline-Wert der abhängigen Variablen. Alle Tests wurden zweiseitig mit einem Alpha-Niveau von 0,05 durchgeführt, was als konservativ angesehen werden kann, da bereits Hypothesen hinsichtlich des Interventionseffekt bestanden.

Im Gegensatz zur linearen Regression wurden bei der Poisson und Negative Binomial Regression die Koeffizienten durch die Exponentialfunktion transformiert und als Inzidenzrate-Ratios interpretiert. Ein Faktor größer als 1 impliziert eine Erhöhung der Inzidenzrate, während ein Faktor kleiner als 1 eine Reduktion darstellt. Ein Effekt wird als signifikant angesehen, wenn der Wert '1' nicht innerhalb des Konfidenzintervalls liegt. Alle Analysen wurden mit SPSS (Version 29) [18], StataSE 16.1. [19] und RStudio [20] durchgeführt.

Die *Prozessevaluation* umfasste die Akzeptanz und Zufriedenheit der Patient\*innen, Angehörigen, der PFK mit erweiterten Pflegerollen und der Hausärzt\*innen mit der neuen Versorgungsform, die Barrieren und fördernde Faktoren für die Implementation der neuen

Versorgungsform sowie die Passgenauigkeit der Qualifizierung der PFK zur Übernahme von Aufgaben in Substitution. Die Evaluation wurde als qualitative Methode mit leitfadengestützten Experteninterviews konzipiert. Um die verschiedenen Perspektiven zu beleuchten, wurden die PFK und die Leitung der beteiligten Ärzte- und Demenznetzwerke nach ihren und den Ansichten der MmD und deren Angehörigen befragt. Die Evaluation orientierte sich an den Richtlinien des Medical Research Council aus dem Jahr 2006. Im Vorfeld wurden induktiv Leitfäden für die Befragung der PFK und der Ärzt\*innen erstellt. Der Leitfaden wurde thematisch in verschiedene Themenfelder strukturiert, wobei jedem Themenbereich ausformulierte Fragen oder Stichwörter zugeordnet wurden (Anlagen 7 & 8). Die leitfadengestützten Experteninterviews wurden als Audio-Dateien aufgenommen, im Anschluss daran transkribiert und analysiert. Das Transkript wurde gemäß Kuckartz [25], unter Nutzung der Software MAXQDA, ausgewertet. Die Gesprächsleitfäden bestanden im Wesentlichen aus den fünf folgenden Abschnitten: Motivation und Status Quo der Regelversorgung; Akzeptanz und Zufriedenheit des PFK-Versorgungskonzeptes; Machbarkeit des PFK-Versorgungskonzeptes; Sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung; Vorteile der neuen Versorgungsform; Finanzierung und Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung.

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation zur *Analyse der Kosten-Effektivität* wurde eine Kosten-Nutzwert-Analyse der neuen Versorgungsform durchgeführt. Die Kosten wurden zum einen aus der Perspektive des öffentlichen Kostenträgers (medizinische und formelle Versorgung) unter Verwendung der Einheitskosten (Unit costs) von 2023 [21,22] und zum anderen aus der Perspektive der Gesellschaft (unter Hinzunahme der Kosten für die informelle Versorgung) berechnet. Für die Berechnung der QALY wurden die aus den EQ-5D-5L-Scores zu Baseline und im Follow-up ermittelten Indexwerte verwendet. Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) wurde anhand der inkrementellen Kosten pro gewonnenem QALY durch die Intervention im Vergleich zur üblichen Versorgung berechnet [23]. Aufgrund von leichten, nicht-signifikanten Unterschieden in den Baseline-Werten wurden die inkrementellen Kosten und QALYs anhand von linearen Regressionsmodellen geschätzt, die um Alter, Geschlecht, Lebenssituation, und im Fall der QALYs zusätzlich um den Baseline-Wert bereinigt wurden. Zur Behandlung der Stichprobenunsicherheit in der ICER wurde nichtparametrisches Bootstrapping mit 1.000 Wiederholungstichproben, die nach der Gruppenverteilung geschichtet waren, verwendet [24]. Die Ergebnisse wurden anhand eines Kosten-Effektivitäts-Diagramms und einer Akzeptanzkurve mit verschiedenen Schwellenwerten für die Zahlungsbereitschaft dargestellt [66,67,68], um die Wahrscheinlichkeit der Kosten-Effektivität zu demonstrieren. Für die Analyse wurde der Net-Monetary-Benefit-Ansatz verwendet.

#### *Verringerung der Hospitalisierungen und der Haus- und Facharztbesuche*

Für den statistischen Vergleich (einseitig) zwischen den Studiengruppen in Bezug auf die Verringerung der Hospitalisierungen und Haus- und Facharztbesuche wurden Chi-Quadrat Tests berechnet (Exakt Test nach Fisher). Mithilfe von Poisson und Logistischen Regressionen mit zufälligen Effekten für die Arztpraxis und das Arztnetzwerk wurde getestet, inwiefern die Intervention die Anzahl ungeplanter Hospitalisierungen und die Anzahl von Haus- und Facharztbesuchen reduzieren kann. Adjustiert wurde hierbei für die Studiengruppe das

Geschlecht, das Alter, die Lebenssituation (alleinlebend vs. nicht alleinlebend) und den Baseline-Wert der abhängigen Variablen.

### *Sekundärdatenanalyse*

Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurden die Sekundärdaten von MmD der beteiligten Krankenkassen (TK, AOK) herangezogen, um die Ergebnisse aus den Primärdaten auf ihre Übereinstimmung und Robustheit zu überprüfen (Validierung). Der Vergleich konzentrierte sich insbesondere auf die Hospitalisierungen und Haus- bzw. Facharztbesuche. Zur Analyse wurden Korrelationskoeffizienten und Intra-Class-Korrelationen verwendet und die Unterschiede mittels Bland-Altman-Plots dargestellt. Zusätzlich wurde eine Subgruppen-Kosten-Effektivitäts-Analyse basierend auf diesen Sekundärdaten (für die Lebenssituation und die Demenz-Schweregrade) für die Substichprobe durchgeführt, für die Sekundärdaten der beteiligten Kassen vorlagen.

### **Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte**

Das Projekt startete am 1. April 2020. Die Rekrutierung und Datenerhebung starteten am 1. Januar 2021. Die Datenerhebung endete am 31. August 2023. Es wurden zu drei Zeitpunkten Daten für die Evaluation erhoben: in der IG zu Baseline (t0), d.h. direkt nach Einschluss der Proband\*innen, sowie zu Follow-Up (t1), 6 Monate nach Baseline und damit direkt nach Abschluss der Intervention; in der WKG zu Baseline (t0), zu Follow-Up (t1), also 6 Monate nach Baseline bzw. 6 Monate nach Erhalt der Regelversorgung (care-as-usual), sowie 12 Monate nach Baseline (t2), sprich 6 Monate nach Start der Intervention bzw. direkt nach Abschluss der Intervention. Die Datenauswertung, und damit das gesamte Projekt, wurde am 31. März 2024 abgeschlossen.

### **Erhebung der Primär- und Sekundärdaten**

#### *Primärdaten*

Die Primärdaten wurden in der Häuslichkeit der Proband\*innen mittels face-to-face Interviews mit den standardisierten Instrumenten aus Tabelle 3 erhoben. Die Daten wurden mit eCRFs in einem IT-gestützten Dokumentations- und Interventionsmanagementsystem (IMS) erhoben. Für die Prozessevaluation wurde mittels eines qualitativen Ansatzes eine mehrperspektivische Sichtweise (MmD, Angehörige, PFK, Leitung der Ärzte- und Demenznetzwerke) angestrebt, wofür Experteninterviews mit teilnehmenden Netzwerkärzt\*innen und PFK durchgeführt wurden.

Um eine umfassende und genaue Datenerhebung zu gewährleisten, wurden Daten aus verschiedenen Quellen miteinander verknüpft. Dies beinhaltete die Zusammenführung von Befragungsdaten der Teilnehmenden mit administrativen Daten aus den Hausarztpraxen, wie zum Beispiel Medikationsplänen oder ICD-10-Diagnosen. Die Datenverknüpfung wurde unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen durchgeführt, um die Vertraulichkeit und Sicherheit der personenbezogenen Daten zu gewährleisten. Jeder Teilnehmende erhielt eine eindeutige Identifikationsnummer, die eine anonymisierte Verknüpfung der Datenquellen ermöglichte, ohne dass sensible persönliche Informationen offengelegt wurden.

### *Sekundärdaten*

Bei den Sekundärdaten handelte es sich um Abrechnungsdaten der beteiligten Krankenkassen (TK, AOK Nordost) zur Inanspruchnahme und den Kosten von Gesundheitsleistungen der Teilnehmenden. Diese Daten wurden von den teilnehmenden Krankenkassen zur Verfügung gestellt, mit dem Ziel, die Übereinstimmung und Robustheit der Primärdatenanalyse zu überprüfen.

Für den Vergleich der Primär- und Sekundärdaten wurden folgende Zielgrößen definiert: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Anzahl und Art der Gesundheitsleistungen, einschließlich Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten. Arztbesuche umfassen KV-Abrechnungen nach §295 SGB V, während Krankenhausaufenthalte nach §301 SGB V erfasst sind. Die Operationalisierung erfolgte mittels des FIMA-Fragebogens. Kostenanalyse: Erfassung der medizinischen und nicht-medizinischen Kosten für die Teilnehmenden. Analysiert werden die individuellen Gesundheitsdienstnutzungen und Kosten während und nach der Intervention.

Die Sekundärdaten zu Krankenhausaufenthalten wurden mit dreimonatiger Verzögerung geliefert, während die ambulanten Versorgungsdaten neun Monate verspätet eintrafen. Die endgültige Datenlieferung erfolgte im Januar 2024, drei Monate vor Projektende. Wegen der Verzögerung konnten nur Patient\*innen, die bis März 2023 die Intervention oder „Care as Usual“-Phase abgeschlossen hatten und sowohl Baseline- als auch Follow-up-Befragungen vorlagen, in die Sensitivitätsanalyse einbezogen werden. Die Daten wurden durch die Treuhandstelle der Universitätsmedizin Greifswald zusammengeführt.

Im Folgenden wird die Zusammenführung der Sekundärdaten beschrieben. Im Schritt 1) wurden der Treuhandstelle (THS) der Universitätsmedizin Greifswald die KVNR von Patient\*innen aus der MinCa (Studiensoftware) übermittelt, für welche eine Einwilligung vorlag und für welche die THS dann eine tmp\_PSN(KVNR) erzeugte. Um die Zuordnung der medizinischen Daten (MDAT) – Patient sicherzustellen, wurden die MDATs aus MinCa mit dem im Schritt 2) von der THS übermittelten tmp\_PSN(KVNR) versehen. Im Schritt 5) wurden dem Record Linkage die MDAT für alle eingewilligten Datensätze zugeführt, wobei das von der THS im Schritt 2) übermittelte tmp\_PSN (KVNR) genutzt wurde. Zu beachten war hierbei, dass die Anzahl an Patient\*innen in Schritt 1) potentiell größer war, als die Anzahl an Patient\*innen in Schritt 5): Zwischen Schritt 1) und Schritt 5) ist Zeit vergangen, in der Patient\*innen widerrufen konnten. Weiterhin hingen Schritt 3) und Schritt 6) in der gleichen Art und Weise zusammen, wie Schritt 2) und Schritt 5): Schritt 3): Die THS meldete den Kassen die KVNR, das INDEX-Ereignis und das tmp\_PSN(KVNR) der Patient\*innen, dessen Sekundärdaten benötigt wurden. Schritt 6): Die Kassen übermittelten dann die Sekundärdaten ohne die KVNR, sondern nur mit dem tmp\_PSN(KVNR). Das war möglich, weil die Verbindung zwischen KVNR und tmp\_PSN(KVNR) den Kassen in Schritt 3) mitgeteilt wurde. Im Schritt 7) und 8) ordnete die THS jedem tmp\_PSN(KVNR), das von dem Record Linkage benötigt wurde, ein PSN(KVNR)-Pseudonym zu und übermittelte die Verbindung ans Record Linkage. Gemäß Art. 32 Abs. 1a DSGVO unterstützte die Verwendung von Pseudonymen dabei, ein angemessenes Schutzniveau der Datenverarbeitung zu gewährleisten. Im InDePendent-Projekt kamen zur Generierung und Verwaltung der Pseudonyme die Software gPAS (<https://www.ths-greifswald.de/forscher/gpas/>) zur

Anwendung. Das Domänenkonzept sowie die freie Definition von Alphabeten als auch Generatoralgorithmen erlaubten unterschiedliche Pseudonyme je Datenquelle, Anwendungskontext (Erhebung, Herausgabe) oder Standort zu generieren. Die Abrechnungsdaten der AOK Nordost und der TK wurden an die unabhängige Vertrauensstelle THS der Universitätsmedizin Greifswald in pseudonymisierter Form übermittelt. Als Übermittlungsweg wurde Cryptshare genutzt.

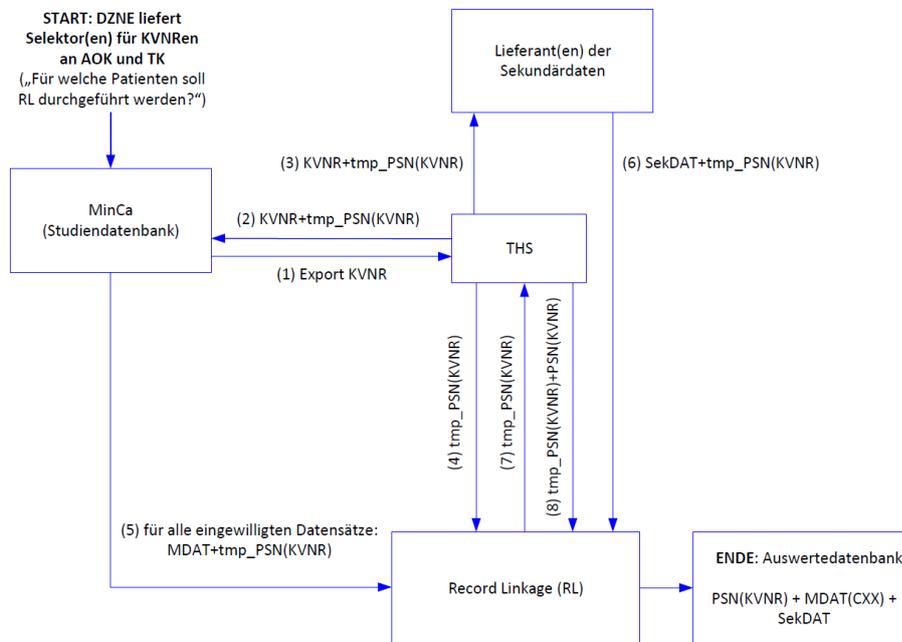


Abbildung 5: Datenflussdiagramm für das Zusammenführen der Primär- und Sekundärdaten

#### 4 Projektergebnisse

Es nahmen insgesamt 149 Arztpraxen von 236 Praxen aus 5 Ärzte- und Demenznetzwerken an der Studie teil, mit deren Hilfe 471 Patient\*innen eingeschlossen werden konnten (IG: n=202, WKG: n=269). 417 Proband\*innen absolvierten das Baseline-Assessment. 54 Teilnehmende zogen ihr Einverständnis vor Baseline zurück (Drop-out: 11,5%). In Abbildung 6 ist der Participant-Flow dargestellt.

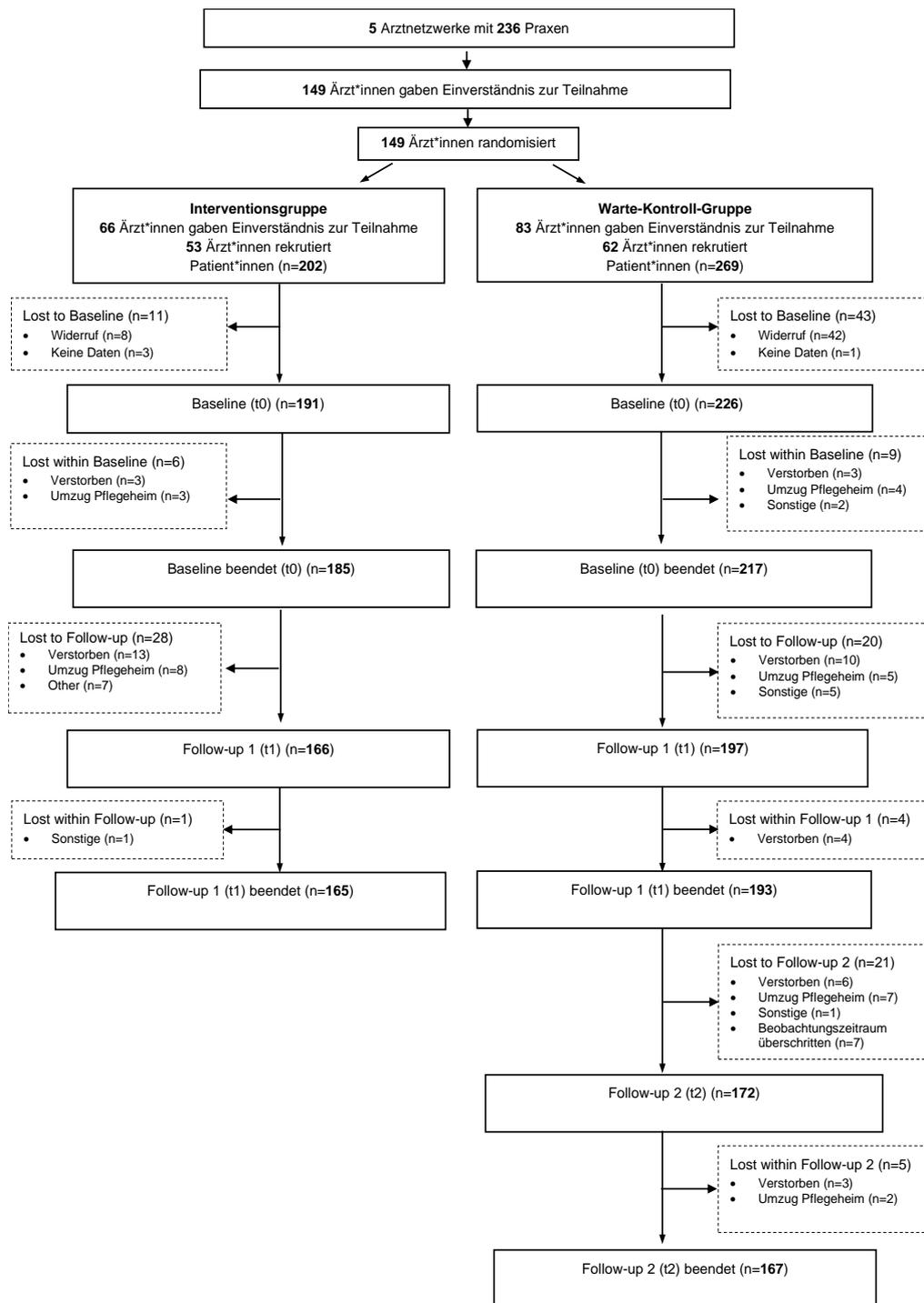


Abbildung 6: Flow-Chart

Zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung waren die MmD (n=417) im Durchschnitt 80,6 Jahre alt, überwiegend weiblichen Geschlechts (56 %), verfügten über eine Betreuungsperson (93 %) und waren leicht bis mittelschwer kognitiv beeinträchtigt (89 %). Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden hatte Kinder (88 %), verfügten über eine Schulbildung von weniger als zehn Jahren (80 %) und 40 % lebten allein. Im Schnitt wiesen die MmD 11 Diagnosen auf. Mithilfe des CANE konnten insgesamt 985 ungedeckte Bedarfe über alle Teilnehmenden identifiziert werden. Durchschnittlich wiesen die MmD 2,4 ungedeckte Bedarfe auf, wobei 62,5 %

mindestens einen offenen Bedarf hatten. Die häufigsten unerfüllten Bedarfe wurden in den Bereichen Gedächtnis, Tagesaktivitäten und Sozialberatung/Rechtsberatung festgestellt. Mithilfe des IMS, welches u.a. das EAP beinhaltet, konnten im Schnitt 13,9 ungedeckte Bedarfe pro Person festgestellt werden. Eine geringe Bildung, das Fehlen einer Pflegestufe, ein schlechterer kognitiver und funktioneller Status, ein höherer BMI und eine geringe soziale Unterstützung korrelieren mit einer höheren Anzahl ungedeckter Bedarfe. Diese Ergebnisse sind an anderer Stelle detailliert dargestellt [26].

Die ITT-Stichprobe umfasste 391 MmD (IG: n=178, WKG: n=213). Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede, mit Ausnahme der Teilnahme einer Betreuungsperson (51% (WKG) vs. 38% (IG),  $p=0,014$ ) und der funktionellen Beeinträchtigung (5,5 (WKG) vs. 6,0 (IG),  $p=0,023$ ) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Teilnehmermerkmale der Stichprobe (ITT),  $n=391$

	Gesamt (n=391)		Warte-Kontroll-Gruppe (n=213)		Interventionsgruppe (n=178)		p-Wert
<b>Demografische Daten</b>							
Alter, Mittelwert (SD)	80.6	(7.0)	81.0	(6.8)	79.9	(7.1)	0.099
Geschlecht (weiblich), n (%)	222	(56.8)	122	(57.3)	100	(56.2)	0.767
Pflegende Person einbezogen, n (%)	176	(45.0)	108	(50.7)	68	(38.2)	<b>0.014 *</b>
Alleinlebend, n (%)	160	(40.9)	89	(41.8)	71	(39.9)	0.757
<b>Klinische Merkmale</b>							
Kognitiver Status (MMSE), Mittelwert (SD)	17.7	(7.4)	18.1	(7.2)	17.3	(7.6)	0.292
Leichte Demenz, n (%)	180	(46.0)	99	(46.5)	81	(45.5)	
Mittlere Demenz, n (%)	158	(40.4)	87	(40.9)	71	(39.9)	0.875
Schwere Demenz, n (%)	53	(13.6)	27	(12.7)	26	(14.6)	
Depression (GDS), Mittelwert (SD)	3.6	(2.8)	3.7	(2.9)	3.5	(2.6)	0.616
Keine Depression, n (%)	334	(85.4)	179	(84.0)	155	(87.1)	0.472
Depression, n (%)	57	(14.6)	34	(16.0)	23	(12.9)	0.472
Anzahl der Diagnosen (a), Mittelwert (SD)	11.3	(9.6)	12.1	(10.1)	10.3	(8.9)	0.059
Funktionseinschränkung (B-ADL), Mittelwert (SD)	5.7	(2.3)	5.5	(2.3)	6.0	(2.2)	<b>0.023 *</b>
Anzahl der eingenommenen Arzneimittel (b), Mittelwert (SD)	6.7	(3.6)	6.6	(3.5)	6.8	(3.8)	0.599
Mobilitätseinschränkung (DEMMI), Mittelwert (SD)	57.6	(17.1)	56.8	(15.7)	58.6	(18.7)	0.295

**Fußnoten:** (a) Anzahl der ICD-10-Diagnosen, die in der Krankenakte des behandelnden Hausarztes verzeichnet sind. (b) Anzahl der regelmäßig eingenommenen Medikamente auf der Grundlage einer Schrankprüfung bei den Patienten zu Haus. **Abkürzungen:** MMSE, Mini Mental Status Examination, Bereich 0-30, höhere Punktzahl bedeutet bessere kognitive Funktion, 30-20 „leichte Demenz“, 19-10 „mittelschwere Demenz“,  $\leq 9$  „schwere Demenz“; GDS, Geriatric Depression Scale, Summenwert 0-15, Punktzahl  $\geq 6$  bedeutet Depression; B-ADL, Bayer Activities of Daily Living, Bereich 0-10, niedrigere Punktzahl bedeutet bessere Leistung; DEMMI, de Morton Mobility Index, Bereich 0-100, höhere Punktzahl bedeutet ein höheres Maß an Mobilität; SD, Standardabweichung.

**(1) Die primäre Forschungsfrage lautet: Reduziert der Einsatz der demenz-spezifisch qualifizierten PFK mit erweiterter Pflegerolle und eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung häufiger offene Versorgungsbedarfe bei MmD im Vergleich zur Routineversorgung?**

Die ITT-Analyse der ungedeckten Versorgungsbedarfe (CANE) zeigt einen **signifikant positiven Effekt der Intervention**. Bei Proband\*innen in der IG ist die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe sechs Monate nach der Baseline im Mittel um **76% geringer** als in der WKG ( $b = 0.24$ ; 95% CI: 0.16 - 0.36;  $p < 0.0001$ ), (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE)); ITT

Unabhängige Variablen	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value
Studiengruppe (Ref. Wartekontrollgruppe)	<b>0.24 (0.16 - 0.36)</b>	<b>&lt; 0.0001 ***</b>
Geschlecht (Ref. männlich)	1.13 (0.89 - 1.43)	0.3157
Angehöriger (ja) (Ref. kein Angehöriger)	0.61 (0.48 - 0.78)	<b>&lt; 0.0001 ***</b>
Alter	0.99 (0.97 - 1.01)	0.2536
Anzahl Bedarfe (T0)	1.15 (1.11 - 1.19)	<b>&lt; 0.0001 ***</b>

Mixed-effect Poisson Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept), Intention-to-Treat-Analyse, n=391

Die Anzahl der offenen Versorgungsbedarfe reduzierte sich nach 6 Monate von 2,3 (SD 2,5) auf 0,5 (SD 1,2) in der Interventionsgruppe. Die neue Versorgungsform (Intervention) führte somit zu einer Verringerung der offenen Bedarfe (gemessen mit CANE) um 1,8 (SD 2,3) Bedarfen bei den Probanden, welche die Intervention erhielten. Im Vergleich dazu verringerte sich die Anzahl der offenen Versorgungsbedarfe in der Wartekontrollgruppe um insgesamt 0,8 (SD 2,5) Bedarfe und damit von 2,3 (SD 2.7) Bedarfen zur Baseline auf 1,5 (SD 2,4) Bedarfen nach sechs Monaten.

Die PPA-Analyse bestätigte die Ergebnisse. Unter Einhaltung des Protokolls erhöhte sich der Interventionseffekt auf 82%. Die Anzahl der ungedeckten Bedarfe war bei Proband\*innen der IG um **82% geringer** als in der WKG ( $b = 0.18$ ; 95% CI: 0.11 - 0.30;  $p < 0.0001$ ) (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE)); PPA

Unabhängige Variablen	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value
<b>Studiengruppe (Ref. Wartekontrollgruppe)</b>	<b>0.18 (0.11 - 0.30)</b>	<b>&lt; 0.0001 ***</b>
Geschlecht (Ref. männlich)	1.13 (0.85 - 1.49)	0.3975
Angehöriger (ja) (Ref. kein Angehöriger)	0.65 (0.49 - 0.86)	<b>&lt; 0.0028 **</b>
Alter	0.99 (0.97 - 1.01)	0.4917
Anzahl Bedarfe (T0)	1.15 (1.11 - 1.20)	<b>&lt; 0.0001 ***</b>

Mixed-effect Poisson Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept), Per-Protocol-Analyse, n=301

Weiterhin ergaben die *Subgruppenanalysen (nach ITT) keine signifikanten Unterschiede zwischen allein und nicht alleinlebenden Proband\*innen*. Bei alleinlebenden Proband\*innen, die die Intervention erhielten, war die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe im Mittel um 78% geringer als in der WKG (95% CI 0,13 - 0,36;  $p < 0,0001$ ) und um 75% bei Proband\*innen (95% CI 0,13 - 0,49), die nicht alleine lebten (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE)); Subgruppenanalyse Lebenssituation (alleinlebend vs. nicht-alleinlebend)

Unabhängige Variablen	alleinlebend (n=159)		Nicht alleinlebend (n=231)	
	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value
<b>Studiengruppe (Ref. Wartekontrollgruppe)</b>	<b>0.22 (0.13 - 0.36)</b>	<b>&lt; 0.0001 ***</b>	<b>0.25 (0.13 - 0.49)</b>	<b>&lt; 0.0001 ***</b>
Geschlecht (Ref. männlich)	0.68 (0.46 - 1.00)	0.0498 *	1.38 (0.97 - 1.96)	0.0722
Angehöriger (ja) (Ref. kein Angehöriger)	0.61 (0.42 - 0.91)	0.0151 *	0.50 (0.35 - 0.72)	0.0002 ***
Alter	1.00 (0.97 - 1.03)	0.9216	0.99 (0.96 - 1.01)	0.2936
Anzahl Bedarfe (T0)	1.16 (1.10 - 1.22)	< 0.0001 ***	1.14 (1.06 - 1.21)	0.0001 ***

Mixed-effect Poisson Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept)

Bei Proband\*innen der IG mit keinen bis leichte kognitive Einschränkungen ist die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe nach der Intervention im Mittel um 68% geringer als in der WKG (95% CI 0,20 - 0,53;  $p < 0,0001$ ) und 86% bei Proband\*innen (95% CI 0,06 - 0,30) mit einer moderaten bis starken kognitiven Einschränkung (siehe Tabelle 8), was bedeutet, dass der Interventionseffekt tendenziell größer war bei Menschen mit einer eher fortgeschrittenen Demenz.

Tabelle 8: Poisson Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (CANE)); Subgruppenanalyse Schweregrad Demenz (MMST-Score 20-30 vs. MMST-Score 0-19)

Unabhängige Variablen	keine bis leichte kognitive Einschränkung (MMST-Score 20-30) (n=176)		moderate bis starke kognitive Einschränkung (MMST-Score 0-19) (n=166)	
	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value
<b>Studiengruppe (Ref. Wartekontrollgruppe)</b>	<b>0.32 (0.20 - 0.53)</b>	<b>&lt; 0.0001 ***</b>	<b>0.14 (0.06 - 0.30)</b>	<b>&lt; 0.0001 ***</b>
Geschlecht (Ref. männlich)	1.39 (0.96 - 1.99)	0.0787	0.61(0.36 - 1.02)	0.0574
Angehöriger (ja) (Ref. kein Angehöriger)	0.62 (0.42 - 0.91)	0.0143 *	0.92 (0.48 - 1.77)	0.8122
Alter	0.99 (0.97 - 1.02)	0.6595	1.01 (0.97 - 1.04)	0.6679
Anzahl Bedarfe (T0)	1.14 (1.07 - 1.21)	< 0.0001 ***	1.26 (1.15 - 1.38)	< 0.0001 ***

Mixed-effect Poisson Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept)

Neben der Auswertung der ungedeckten Bedarfe anhand des CANE, wurden auch die Daten des IMS (hier insbesondere EAP) evaluiert. Die ITT-Auswertung der ungedeckten Versorgungsbedarfe anhand des IMS (u.a. mit EAP) ergab einen signifikant positiven Interventionseffekt. Bei Proband\*innen in der IG ist die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe sechs Monate nach der Baseline im Mittel um 12% geringer als in der WKG (95% CI 0,82 - 0,94; p=0,0002) (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Negative Binomial Regression zur Auswertung des Interventionseffekts (Anzahl ungedeckte Bedarfe (IMS inkl. EAP))

Unabhängige Variablen	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value
<b>Studiengruppe (Ref. Wartekontrollgruppe)</b>	<b>0.88 (0.82 - 0.94)</b>	<b>0.0002 ***</b>
Geschlecht (Ref. männlich)	0.97 (0.91 - 1.04)	0.4220
Angehöriger (ja) (Ref. kein Angehöriger)	1.11 (1.03 - 1.19)	0.0072 **
Alter	1.00 (1.00 - 1.00)	0.9340
Anzahl Bedarfe (T0)	1.03 (1.03 - 1.04)	< 0.0001 ***

Mixed-effect negativ binomial Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept), ITT, n=391

Für weiterführende Analysen zu den mittels IMS (inkl. EAP) erhobenen Versorgungsbedarfen (unmet needs) sei an dieser Stelle auch auf die bereits veröffentlichten Publikationen verwiesen: 1.) Michalowsky B, Rädke A, Scharf A, et al. *Healthcare Needs Patterns and Pattern-Predicting Factors in Dementia: Results of the Comprehensive, Computerized Unmet Needs Assessment from the Randomized, Controlled Interventional Trial InDePendent. Journal of Alzheimer's Disease. 2024;100(1):345-356. doi:10.3233/JAD-240025*; 2.) Scharf, A., Kleinke, F., Michalowsky, B., et al. (2024). *Sociodemographic and Clinical Characteristics of People Living with Dementia and Their Associations with Unmet Healthcare Needs: Insights from the Baseline Assessment of the InDePendent Study. J Alzheimers Dis. 2024;99(2):559–575. doi.org/10.3233/JAD-231173.*

## (2) Erhöht sich durch den Einsatz der demenz-spezifisch qualifizierten Pflegekräfte mit erweiterten Pflegerollen die Lebensqualität der MmD im Vergleich zur Routineversorgung?

Das Patient-reported Outcome „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ wurde mittels QoL-AD vom Probanden (Selbsteinschätzung) und EQ-5D-5L (Selbsteinschätzung) erhoben. Gemessen mit dem QoL-AD ergab sich kein signifikanter Effekt der Intervention auf die Lebensqualität. Allerdings zeigte der EQ-5D-5L eine **signifikant höhere, vom Probanden selbst berichtete, gesundheitsbezogene Lebensqualität** nach sechs Monaten (0,04 [95%CI, 0,01-0,07], p=0,017).

Tabelle 10: Lineare Regression zur Auswertung der sekundären Endpunkte

Sekundäre Endpunkte	Adjustierte Mittelwerte		
	Intervention Mean (SE) [95% CI]	Wartekontrollgruppe Mean (SE) [95% CI]	Differenz
<b>Angehörigenbelastung (ZARIT)</b> n=176	23.04 (1.21) [20.67 – 25.41]	24.26 (0.98) [22.34 – 26.17]	-1.22 (1.56) [-4.27 – 1.84]
<b>Lebensqualität (QoL-AD MmD)</b> n=391	2.69 (0.02) [2.64 – 2.73]	2.66 (0.02) [2.62 – 2.70]	0.03 (0.03) [-0.03 – 0.08]
<b>Lebensqualität (EQ-5D-5L MmD)</b> n=391	0.797 (0.01) [0.774 – 0.820]	0.758 (0.01) [0.737 – 0.780]	<b>0.04 (0.02)</b> <b>[0.01 – 0.07]*</b>

Lineare Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept); ITT; *p*-value <0.10, \* *p*-value <0.05, \*\* *p*-value <0.01, \*\*\* *p*-value <0.001, SE=Standard Error.

### (3) Vermindert sich die Belastung der pflegenden Angehörigen durch PFK mit erweiterten Pflegerollen im Vergleich zur Routineversorgung?

Die Angehörigenbelastung wurde als weiteres Patient-reported Outcome (PRO) mittels des Zarit-Burden Interviews erfasst. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Angehörigenbelastung zwischen den Gruppen, 6 Monate nach Baseline (-1,22 [95%CI, -4,27-1,84]; *p*=0,434) (siehe Tabelle 10).

### (4) Wie hoch ist die Akzeptanz der Aufgabenneuverteilung bei MmD, pflegenden Angehörigen, Netzwerkärzten und den speziell-qualifizierten PFK? Welche Barrieren und welche unterstützenden Faktoren können identifiziert werden?

Es wurden leitfadengestützte Interviews mit n=8 PFK und n=3 leitenden Ärzt\*innen der beteiligten Ärzte- und Demenznetzwerke zwischen Oktober 2022 und August 2023 geführt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 32-60 min. Die Haupt- und Nebenergebniskategorien der Befragung sind in Abb. 7 dargestellt.

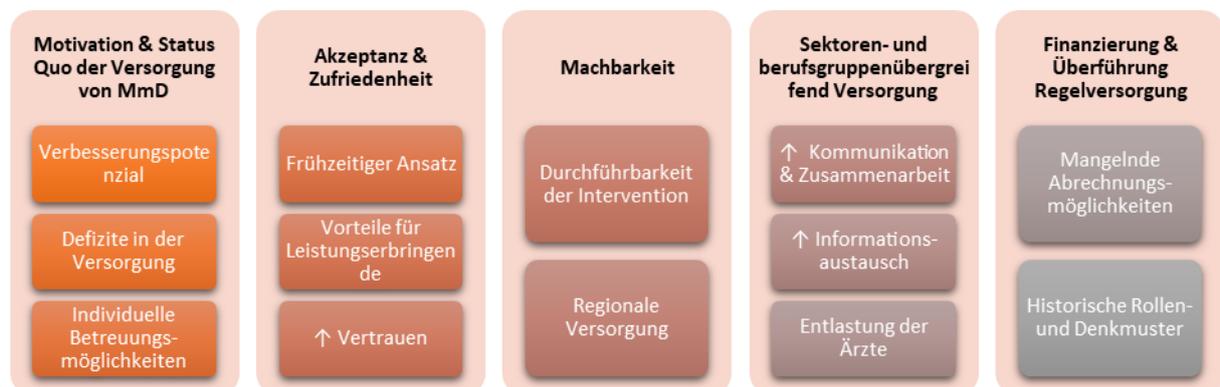


Abbildung 7: Haupt- und Nebenkategorien der qualitativen Experteninterviews

### Motivation zur Teilnahme und Status Quo der Primärversorgung von MmD

Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Teilnahme der Expert\*innen an der Studie aus Defiziten in der bestehenden Versorgung resultierte. Es wurde klar, dass MmD oft nicht

ausreichend individuell betreut werden, was zu Krisensituationen führte. Weiterhin wurde betont, dass frühzeitige und individuelle Behandlungskonzepte für MmD und deren Angehörige notwendig sind. Die aktuelle Versorgung wird als unzureichend angesehen, da sie nicht genügend auf die individuellen Bedürfnisse der MmD eingehe. Auch aus Sicht der MmD zeigte sich, dass die derzeitigen strukturierten Angebote, wie Tagespflege, oft überfordern können. Die befragten PFK erwiesen sich als hoch motiviert, diese Versorgung zu verbessern, um den Bedürfnissen von MmD besser gerecht zu werden.

### **Akzeptanz, Zufriedenheit und Machbarkeit des Versorgungskonzeptes mit erweiterten Pflegerollen**

Das Versorgungskonzept wurde von den Befragten als positiv und sinnvoll beurteilt, insbesondere wegen der zusätzlichen Zeit, die die PFK mit erweiterten Pflegerollen für die Betreuung der MmD haben. Diese Zeit wurde von den MmD und ihren Angehörigen geschätzt, da sie zu einer proaktiven und individuellen Betreuung führte. Besonders hervorgehoben wurde, dass das Konzept half, frühzeitig offene Versorgungsbedarfe zu erkennen und zu decken, welche im üblichen Pflegealltag oft übersehen werden. Durch die engmaschige Begleitung und kontinuierliche Kommunikation konnten MmD und ihre Angehörigen von einer verbesserten Versorgung profitieren. Dies entlastet sie, da weniger Arztbesuche nötig waren, insbesondere für Betroffene in ländlichen Gebieten. Die regionale Ausrichtung wurde als zentral angesehen, um eine effektive und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Insgesamt wurde das Versorgungskonzept als wertvolle Erweiterung der Regelversorgung gesehen, die sowohl die Lebensqualität der MmD als auch die Zufriedenheit der Angehörigen und der beteiligten Fachkräfte verbesserte.

### **Sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung**

Das Projekt förderte eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Ärzt\*innen und PFK, was beide Berufsgruppen positiv beeinflusste. Die PFK bemerkten ein gesteigertes Vertrauen der Ärzt\*innen in ihre Fähigkeiten, was zu einem stärkeren Gefühl der Eigenverantwortung führte. Diese Art der Zusammenarbeit könnte Basis für eine Arztentlastung sein, da die PFK eigenständig Aufgaben übernehmen können. Sowohl PFK als auch Ärzt\*innen sahen in der Aufgabenneuverteilung eine Möglichkeit, die Versorgung von MmD zu verbessern. Die PFK konnten durch ihre direkte Präsenz bei den Patient\*innen frühzeitig Probleme erkennen und entsprechend handeln, was besonders wertvoll war, wenn keine Hausbesuche durch Ärzt\*innen erfolgten. Diese proaktive Herangehensweise ermöglichte eine schnellere Reaktion auf notwendige Maßnahmen, was speziell für Neurolog\*innen, die keine Hausbesuche machen, eine große Unterstützung darstellen kann. Durch die koordinierte Zusammenarbeit konnte die Versorgung von MmD und Angehörigen optimiert werden, wodurch unnötige Belastungen für die Patient\*innen vermieden wurden.

### **Sektorenübergreifende Versorgung**

Außerdem sollte die Versorgung von MmD aus der Perspektive der PFK sektorenübergreifend in enger Zusammenarbeit mit allen Versorgern und Berufsgruppen erfolgen. Dieser sektorenübergreifende Ansatz wurde auch von den befragten Ärzt\*innen unterstützt. Das Konzept bot Vorteile, indem es eine umfassende und unvoreingenommene Bewertung der Pflege- und Versorgungssituation ermöglichte, einschließlich der oft

vernachlässigten Bedürfnisse der Angehörigen. Durch gezielte Nachfragen wurde sichergestellt, dass Angehörige ausreichende Hilfe erhielten und auf bisher wenig bekannte Unterstützungsangebote aufmerksam gemacht wurden.

### **Finanzierung und Überführung in die Regelversorgung**

Bei der Überführung erweiterten Pflegerollen in die Regelversorgung wurden Hürden insbesondere in der Finanzierung gesehen. Die Befragten betonten, dass es oft am Geld scheitere und eine Umverteilung innerhalb des Kassensystems notwendig sei. Trotz dieser Hürden gab es aus ihrer Sicht hinreichende Begründungen für die Finanzierung der neuen und innovativen Versorgung von MmD durch die PFK mit erweiterten Kompetenzen, da dadurch die Versorgung verbessert werden könne, ohne dass zusätzliche Parallelstrukturen aufgebaut werden müssten. Zudem zeigten die Gespräche mit den PFK, dass historisch gewachsene Rollenbilder und Denkmuster die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an PFK erschweren. Die besondere Rolle der PFK mit erweiterten Rollen sei noch nicht vollständig akzeptiert, was zu Skepsis und mangelnder Ernsthaftigkeit gegenüber dem innovativen Ansatz führe.

### **(5) Welche Kosten sind mit der Implementation der neuen Versorgungsform verbunden und ist die Aufgabenneuverteilung kosten-effektiv für das Versorgungssystem?**

In die Kosten-Wirksamkeits-Analysen wurden alle MmD (n=332) einbezogen, die die Studie vollständig abgeschlossen haben (Tabelle 11). Die Gesamtkosten aus Kostenträgerperspektive (medizinische und formelle Versorgung) nach sechs Monaten beliefen sich auf 5.107€ [95 % CI 4.550 – 5.664] für die IG und 3.682€ [95 % CI 3.129 – 4.236] für die WKG. Somit lagen die Kosten der Intervention mit zusätzlichen 1.425€ über denen der Routineversorgung.

Die Intervention war mit höheren Kosten (+588€) für medizinische Behandlungen (WKG: 2.403€ [95 % CI 1.992 – 2.814], IG: 2.991€ [95% CI 2.577 – 3.405]) verbunden. Insbesondere Therapiekosten (+354€) erwiesen sich in der IG als höher. Aber auch die Kosten für medizinische Hilfsmittel betrugen in der IG 113€ mehr als in der WKG. Jedoch führte die Versorgung durch die PFK mit erweiterter Pflegerolle in anderen medizinischen Kostenkategorien zu niedrigeren Kosten. Dazu gehören neurologische und psychologische Behandlungen (-6€) und weitere Facharztbesuche (-21€).

Die Kosten für die formelle Pflege lag in der IG leicht über denen der WKG (+317€). Die IG wies jedoch signifikant niedrigere informelle Pflegekosten aus (-6.857€). Die Kosten für die monatliche Unterstützung bei (instrumentellen) Aufgaben des täglichen Lebens (bspw. Essen, Trinken, Haushaltsführung) durch die informelle Pflegeperson lag mit -7.535€ unter den Kosten der WKG, wenn jedoch andere Personen (Familienmitglieder, Nachbarn oder Freund\*innen) unterstützten, war dies mit +678€ höheren Kosten verbunden.

Die IG wies im Vergleich zur WKG mehr QALYs (+0.01; [95% CI -0.001 – 0.018]) auf. Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Die Intervention führte somit zu erhöhten Kosten bei höheren QALYs im Vergleich zur üblichen Versorgung (142.500€ /QALY). In Abbildung 8 wird verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention kosteneffektiv ist, bei einem Willingness-to-pay (WTP)-Schwellenwert von 160.000 € pro gewonnenem QALY, 97% aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive und 47% aus

Kostenträgerperspektive beträgt. Zusammenfassend ist die Intervention unter den gegebenen Bedingungen insbesondere aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive als kosteneffektiv zu beurteilen, da die Kosten pro gewonnenem QALY deutlich unter den verwendeten WTP-Schwellenwerten von Industrienationen liegt.

Die Kosten wurden zum anderen für alle MmD, die über einen pflegenden Angehörigen verfügten (n=139) aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive berechnet. Die Gesamtkosten nach sechs Monaten beliefen sich auf 19.570€ [95 % CI 16.450 – 22.691] für die IG und 25.115 € [95 % CI 22.362 – 27.868] für die WKG. Somit lagen die Kosten der Intervention mit -5.545€ unter denen der Routineversorgung, ohne signifikante Unterschiede bei den QALYs. Dies bedeutet, dass die Intervention nicht nur günstiger ist, sondern auch keine Nachteile für die Patient\*innen in Bezug auf Lebensqualität bringt.

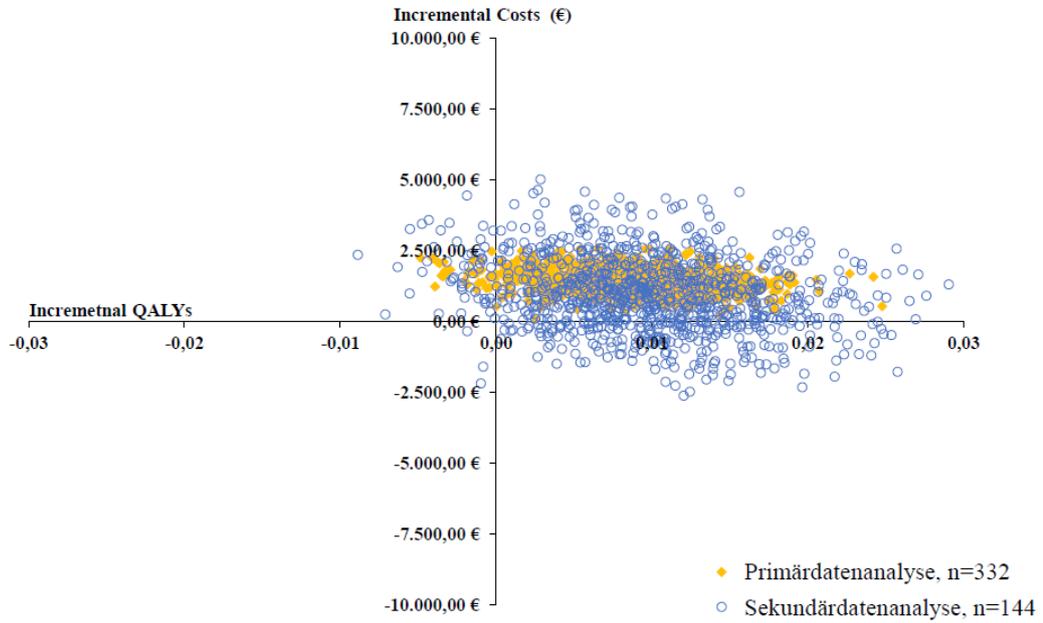
Tabelle 11: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive)

Kostenträgerperspektive (Total Sample, n=332)	Unadjustierte Mittelwerte			Adjustierte Mittelwerte		
	Intervention (n=165) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (n=167) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]	Intervention (n=165) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (n=167) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]
<b>Medizinische Behandlung</b>	<b>3,022 (229)</b> [2,570 – 3,474]	<b>2,372 (194)</b> [1,989 – 2,756]	<b>650 (300)</b> [60 – 1,240]*	<b>2,991 (210)</b> [2,577 – 3,405]	<b>2,403 (209)</b> [1,992 – 2,814]	<b>588 (297)</b> [4 – 1172]*
Allgemeinmedizinische Behandlung	77 (4) [70 – 84]	76 (4) [69 – 83]	1 (5) [-10 – 10]	77 (4) [69 – 84]	76 (4) [69 – 83]	1 (5) [-10 – 10]
Neurologische und psychologische Behandlungen	67 (16) [35 – 99]	70 (19) [32 – 108]	-3 (25) [-53 – 47]	66 (18) [30 – 101]	71 (18) [36 – 106]	-6 (25) [-55 – 44]
Andere Spezialisten	131 (11) [109 – 153]	148 (14) [121 – 176]	-17 (18) [-53 – 18]	129 (13) [104 – 155]	150 (13) [13 – 175]	-21 (18) [-56 – 15]
Therapien	764 (85) [596 – 931]	382 (51) [282 – 482]	381 (98) [188 – 575]***	750 (68) [616 – 884]	396 (68) [262 – 529]	354 (96) [165 – 544]***
Stationäre Behandlungen	584 (156) [277 – 892]	446 (135) [180 – 712]	138 (206) [-266 – 543]	574 (146) [286 – 861]	457 (145) [171 – 742]	117 (206) [-289 – 523]
Medikamente	913 (78) [759 – 1,067]	882 (84) [716 – 1,048]	31 (115) [-195 – 256]	913 (81) [753 – 1,072]	883 (81) [724 – 1,041]	31 (115) [-195 – 256]
Hilfsmittel	487 (64) [360 – 613]	367 (55) [259 – 475]	119 (84) [-46 – 285]	483 (60) [366 – 601]	371 (59) [254 – 488]	113 (84) [-53 – 279]
<b>Formelle Pflege</b>	<b>1,579 (150)</b> [1,283 – 1,875]	<b>1,296 (1,911)</b> [1,004 – 1,588]	<b>283 (211)</b> [-131 – 697]	<b>1,596 (149)</b> [1,304 – 1,889]	<b>1,279 (148)</b> [989 – 1,570]	<b>317 (210)</b> [-96 – 730]
Ambulante Pflege	1,280 (114) [1,055 – 1,506]	1,051 (1,396) [838 – 1,264]	229 (157) [-79 – 538]	1,296 (108) [1,083 – 1,509]	1,035 (108) [824 – 1,247]	261 (153) [-40 – 562]
Pflegeheim	299 (83) [135 – 463]	245 (101) [45 – 445]	53 (131) [-204 – 311]	300 (93) [118 – 482]	244 (92) [63 – 425]	56 (131) [-201 – 313]
<b>Gesamtkosten</b>	<b>4,601 (305)</b> [4,000 – 5,203]	<b>3,669 (259)</b> [3,157 – 4,181]	<b>933 (400)</b> [146 – 1,719]*	<b>4,587 (283)</b> [283 – 5,144]	<b>3,682 (281)</b> [3,129 – 4,236]	<b>905 (400)</b> [118 – 1,691]*
<b>Kosten für Intervention</b>	520 (0)	0 (0)	520 (0)	520 (0)	0 (0)	520 (0)
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>5,121 (305)</b> [4,520 – 5,723]	<b>3,669 (259)</b> [3,157 – 4,181]	<b>1,453 (400)</b> [666 – 2,239]***	<b>5,107 (283)</b> [4,550 – 5,664]	<b>3,682 (281)</b> [3,129 – 4,236]	<b>1,425 (400)</b> [638 – 2,211]***
<b>QALYs</b>	<b>0.393 (0.01)</b> [0.381 – 0.406]	<b>0.374 (0.01)</b> [0.358 – 0.390]	<b>0.02 (0.01)</b> [-0.001 – 0.040]	<b>0.388 (0.01)</b> [0.382 – 0.394]	<b>0.379 (0.01)</b> [0.373 – 0.386]	<b>0.01 (0.01)</b> [-0.001 – 0.018]
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>		
			<b>72,650€/ QALY</b>			<b>142,500€/ QALY</b>
<b>Gesellschaftliche Perspektive (Subsample: Patienten mit informeller Pflegeperson, n=139)</b>	<b>Intervention (n=61) Mean (SE) [95% CI]</b>	<b>Care-as-usual (n=78) Mean (SE) [95% CI]</b>	<b>Differenz Mean (SE) [95% CI]</b>	<b>Intervention (n=61) Mean (SE) [95% CI]</b>	<b>Care-as-usual (n=78) Mean (SE) [95% CI]</b>	<b>Differenz Mean (SE) [95% CI]</b>
<b>Gesamtkosten (Kostenträgerperspektive)</b>	<b>3,754 (415)</b> [2,924 – 4,584]	<b>2,990 (296)</b> [2,400 – 3,581]	<b>764 (497)</b> [-219 – 1,747]	<b>3,770 (375)</b> [3,028 – 4,513]	<b>2,978 (331)</b> [2,323 – 3,633]	<b>793 (505)</b> [-206 – 1,792]
<b>Informelle Pflege</b>	<b>15,645 (1,453)</b> [12,739 – 18,551]	<b>24,800</b> [18,904 – 24,800]	<b>-2,034**</b> [-10,380 – -2,034]**	<b>18,361</b> [12,200 – 18,361]	<b>24,856</b> [19,420 – 24,856]	<b>-6,495**</b> [-11,003 – -6,495]**
Unterstützung bei ADL/IADL durch Hauptpflegeperson	13,321 (1,457) [10,408 – 16,235]	20,134 (1,510) [17,127 – 23,140]	-6,812 (2,139) [-11,042 – -2,582]**	12,916 (1,569) [9,813 – 16,019]	20,451 (13,84) [17,713 – 23,189]	-7,535 (2,111) [-11,711 – -3,359]**
Unterstützung bei ADL/IADL durch Andere	2,324 (189) [1,946 – 2,702]	1,719 (184) [1,352 – 2,085]	605 (267) [77 – 1,133]*	2,365 (200) [1,969 – 2,760]	1,687 (176) [1,338 – 2,035]	678 (268) [146 – 1,209]*
<b>Gesamtkosten</b>	<b>19,399 (1,459)</b> [16,480 – 22,319]	<b>24,842 (1,488)</b> [21,880 – 27,805]	<b>-5,443 (2,121)</b> [-9,637 – -1,250]*	<b>19,050 (1,578)</b> [15,930 – 22,171]	<b>25,115 (1,392)</b> [22,362 – 27,868]	<b>-6,065 (2,123)</b> [-10,264 – -1,866]**
<b>Kosten für Intervention</b>	520 (0)	0 (0)	520 (0)	520 (0)	0 (0)	520 (0)
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>19,919 (1,459)</b> [17,000 – 22,839]	<b>24,842 (1,488)</b> [21,880 – 27,805]	<b>-4,923 (2,121)</b> [-9,117 – -730]*	<b>19,570 (1,578)</b> [16,450 – 22,691]	<b>25,115 (1,392)</b> [22,362 – 27,868]	<b>-5,545 (2,123)</b> [-9,744 – -1,346]**
<b>QALYs</b>	<b>0.388 (0.01)</b> [0.363 – 0.413]	<b>0.385 (0.01)</b> [0.361 – 0.408]	<b>0.00 (0.02)</b> [-0.031 – 0.037]	<b>0.385 (0.01)</b> [0.375 – 0.395]	<b>0.387 (0.01)</b> [0.378 – 0.396]	<b>0.00 (0.01)</b> [-0.016 – 0.012]
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>		
			<b>Intervention dominiert</b>			<b>Intervention dominiert</b>

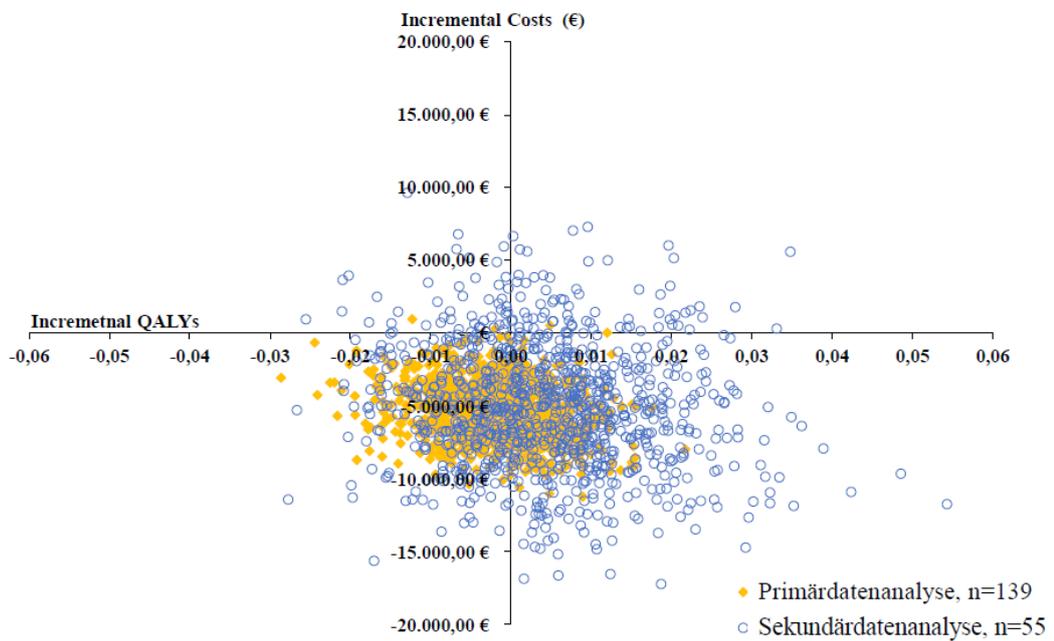
**Fußnote:** \* p-Wert <0,05, \*\* p-Wert <0,01, \*\*\*p-Wert <0. 001, für den statistischen Vergleich zwischen den Gruppen wurden t-Tests (unbereinigter Mittelwert) und multivariate Regressionsmodelle berechnet, die für Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Ausgangsscores bereinigt wurden; 1 umfassen Internist, Gynäkologe, Chirurg, Orthopäde, Dermatologe, Augenarzt, Urologe, Zahnarzt 2 umfassen Physiotherapie, Ergotherapie,

Logopädie, medizinische Fußpflege 3 umfassen Rehabilitation, Krankenhausaufenthalte, 4 umfassen Haushaltshilfen und ambulante Pflegekräfte.

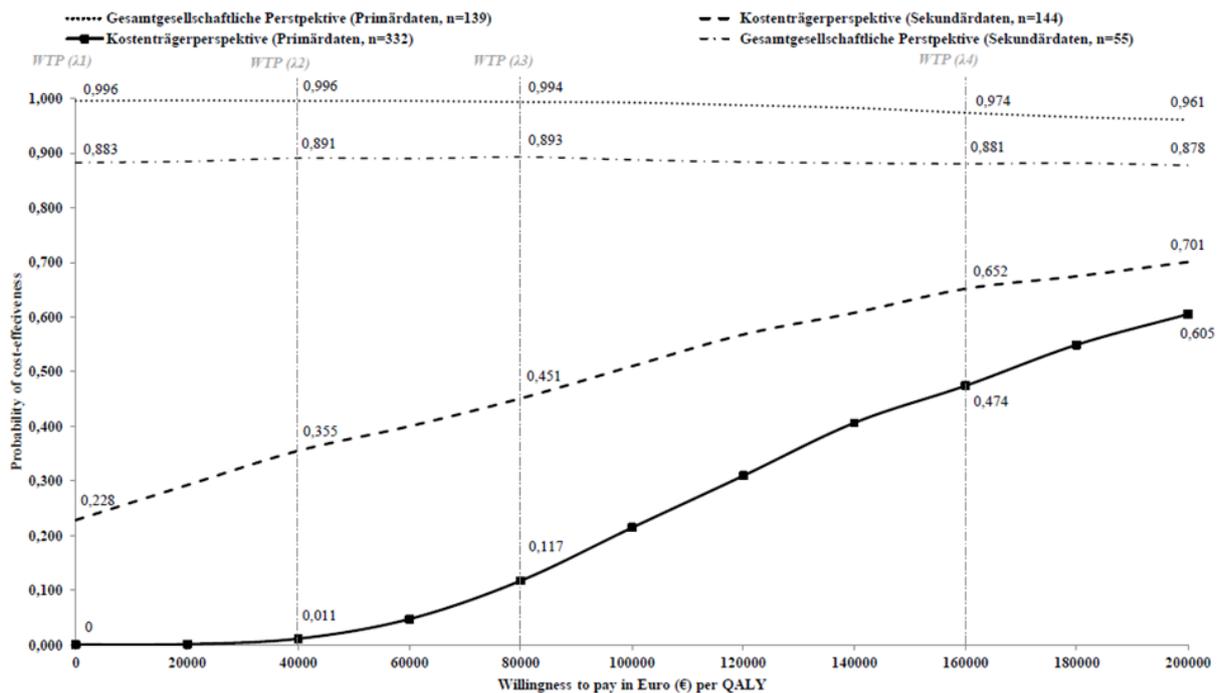
**Cost-Effectiveness Plane für erweiterte Pflegerolle aus Kostenträgerperspektive**



**Cost-Effectiveness Plane für erweiterte Pflegerolle aus Gesamtgesellschaftlicher Perspektive**



Cost-Effectiveness Acceptability Curves für erweiterte Pflegerolle aus Kostenträger- und Gesamtgesellschaftlicher Perspektive



**Fußnote:** Die Schätzungen basieren auf Regressionsanalysen der inkrementellen Kosten und Effekte innerhalb von 1.000 Bootstrap-Stichprobenreplikationen der nach Interventions- und Kontrollgruppe stratifizierten Ausgangsstichprobe. **Abkürzungen:** QALYs, qualitätsbereinigte Lebensjahre; WTP (I), Bereitschaftsschwelle zur Zahlung

Abbildung 8: Kosten-Effektivitäts-Ebene und Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven der PFK-Intervention im Vergleich zur üblichen Versorgung (aus gesellschaftlicher Perspektive)

• **Sekundärdaten Abgleich**

*Gesamtes Sample*

In der Kosten-Nutzwert-Analyse, die alle 144 Versicherten umfasst (Tabelle 12), für die Krankenkassendaten vorlagen, zeigte sich, dass die Intervention aus Kostenträgerperspektive im Durchschnitt 9.396€ [95 % CI 7.395 – 11.397] an Gesamtkosten verursachte, während die Routineversorgung durchschnittlich 8.314€ [95% CI 6.526 – 10.102] kostete. Dies führt zu höheren Kosten von +1.081€ durch die Intervention. Die Intervention führte zu höheren Kosten für medizinische Behandlungen (+601€), insbesondere für stationäre Behandlungen (+550 €). Auch die Kosten für Medikamente waren in der IG um 212 € höher. Auf der anderen Seite ergaben sich Einsparungen bei den Hilfsmittelverschreibungen durch PFK (-73 €). Die Kosten für formelle (-39€) und informelle Pflege (-5.948€) waren in der IG geringer. Die Kosten für die Unterstützung bei IADL/ADL durch die Hauptpflegeperson waren um -5.834€ niedriger und die für IADL/ADL durch Andere um -114€ geringer in der IG.

Trotz der höheren Kosten in bestimmten Bereichen konnte die IG einen Gewinn an QALYs erzielen. Die zusätzlichen Kosten pro gewonnenem QALY betragen aus Kostenträgerperspektive 108.100 €, was unter den WTP-Schwellenwerten von 40.000€ bis

200.000€ liegt. Dies deutet darauf hin, dass die Intervention hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Effizienz als akzeptabel bewertet werden kann. Abbildung 8 veranschaulicht, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention bei einem WTP-Schwellenwert von 160.000€ pro gewonnenem QALY als kosteneffektiv angesehen wird, aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive bei 88% und aus Kostenträgerperspektive bei 65% liegt.

Tabelle 12: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (gesamtes Sample, n=144)

Sekundärdatenanalyse	Unadjustierte Mittelwerte			Adjustierte Mittelwerte		
	Intervention (n=64) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (n=80) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]	Intervention (n=64) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (n=80) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]
<b>Kostenträgerperspektive (Total sample, n=144)</b>						
<b>Medizinische Behandlung</b>	<b>3,542 (979)</b> [1,586 – 5,498]	<b>2,846 (393)</b> [2,064 – 3,628]	<b>696 (979)</b> [-1,240 – 2,631]	<b>3,489 (727)</b> [2,052 – 4,926]	<b>2,888 (649)</b> [1,605 – 4,172]	<b>601 (978)</b> [-1,334 – 2,535]
Ambulantärztliche Versorgung	156 (28) [100 – 211]	225 (57) [111 – 338]	-69 (68) [-204 – 66]	144 (50) [44 – 243]	234 (45) [146 – 323]	91 (68) [-224 – 43]
Therapien	71 (16) [40 – 102]	68 (13) [43 – 95]	2 (20) [-42 – 37]	71 (15) [41 – 101]	69 (13) [42 – 95]	2 (20) [-38 – 42]
Stationäre Behandlungen	2,040 (835) [371 – 3,708]	1,411 (348) [719 – 2,104]	629 (842) [-1,035 – 2,292]	1,996 (629) [752 – 3,240]	1,446 (562) [334 – 2558]	550 (847) [-1,126 – 2,225]
Medikamente	985 (253) [478 – 1,491]	775 (99) [578 – 972]	210 (252) [-289 – 708]	986 (188) [614 – 1,359]	774 (168) [441 – 1107]	212 (254) [-289 – 714]
Hilfsmittel	291 (72) [147 – 434]	367 (71) [226 – 508]	-76 (102) [-278 – 126]	292 (76) [142 – 442]	365 (68) [232 – 499]	-73 (102) [-275 – 128]
<b>Formelle Pflege</b>	<b>5,262 (546)</b> [4,170 – 6,353]	<b>5,526 (645)</b> [4,243 – 6,809]	<b>-264 (871)</b> [-1,985 – 1,457]	<b>5,387 (643)</b> [4,115 – 6,658]	<b>5,426 (575)</b> [4,290 – 6,562]	<b>-39 (866)</b> [-1,752 – 1,673]
Ambulante Pflege	1,238 (227) [784 – 1,692]	949 (166) [619 – 1,279]	-289 (275) [-254 – 831]	1,257 (196) [869 – 1,644]	935 (175) [588 – 1281]	322 (264) [-200 – 844]
sonst. Leistungen Pflegeversicherung	4,024 (497) [3,031 – 5,017]	4,577 (557) [3,468 – 5,685]	-553 (765) [-2,065 – 960]	4,130 (571) [3,002 – 5,258]	4,491 (510) [3,483 – 5,000]	-361 (768) [-1,880 – 1,158]
<b>Gesamtkosten</b>	<b>8,803 (1,149)</b> [6,506 – 11,100]	<b>8,372 (771)</b> [6,836 – 9,907]	<b>431 (1,341)</b> [-2,220 – 3,083]	<b>8,875 (1,012)</b> [6,874 – 10,876]	<b>8,314 (904)</b> [6,526 – 10,102]	<b>561 (1,362)</b> [-2,133 – 3,255]
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>9,324 (1,149)</b> [7,027 – 11,620]	<b>8,372 (771)</b> [6,837 – 9,907]	<b>952 (1,342)</b> [-1,700 – 3,604]	<b>9,396 (1,012)</b> [7,395 – 11,397]	<b>8,314 (904)</b> [6,526 – 10,103]	<b>1,081 (1,363)</b> [-1,613 – 3,776]
<b>QALYs</b>	<b>0.393 (0.01)</b> [0.373 – 0.412]	<b>0.392 (0.01)</b> [0.373 – 0.411]	<b>0.00 (0.01)</b> [-0.026 – 0.028]	<b>0.398 (0.01)</b> [0.389 – 0.407]	<b>0.388 (0.01)</b> [0.380 – 0.396]	<b>0.01 (0.01)</b> [-0.003 – 0.022]
		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>Intervention dominiert</b>		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>108,100€/QALY</b>
<b>Gesellschaftliche Perspektive (Subsample: Patienten mit informeller Pflegeperson, n=55)</b>						
<b>Gesamtkosten (Kostenträgerperspektive)</b>	<b>7,725 (1,230)</b> [5,159 – 10,291]	<b>8,335 (1,186)</b> [5,922 – 10,748]	<b>-610 (1,793)</b> [-4,208 – 2,987]	<b>8,246 (1,457)</b> [5,318 – 11,174]	<b>8,013 (1,132)</b> [5,738 – 10,288]	<b>233 (1,887)</b> [-3,558 – 4,024]
<b>Informelle Pflege</b>	<b>18,759 (3,344)</b> [11,782 – 25,737]	<b>23,385 (2,522)</b> [18,253 – 28,516]	<b>-4,625 (4,147)</b> [-12,944 – 3,693]	<b>17,941 (3,151)</b> [11,611 – 24,272]	<b>23,890 (2,448)</b> [18,971 – 28,809]	<b>-5,948 (4,080)</b> [-14,145 – 2,247]
Unterstützung bei ADL/IADL durch Hauptpflegeperson	16,630 (3,289) [9,768 – 23,491]	21,450 (2,542) [16,276 – 26,624]	-4,820 (4,141) [-13,126 – 3,486]	16,003 (3,121) [9,733 – 22,273]	(2,425) [16,965 – 26,709]	-5,834 (4,041) [-13,952 – 2,284]
Unterstützung bei ADL/IADL durch Andere	2,129 (343) [1,413 – 2,846]	1,934 (294) [1,335 – 2,534]	194 (462) [-732 – 1,121]	1,938 (356) [1,222 – 2,654]	2,053 (277) [14,96 – 26,09]	-114 (461) [-1,042 – 813]
<b>Gesamtkosten</b>	<b>26,485 (3,431)</b> [19,327 – 33,642]	<b>31,720 (2,907)</b> [25,805 – 37,635]	<b>-5,235 (4,579)</b> [-14,420 – 3,949]	<b>26,188 (3,615)</b> [18,926 – 33,450]	<b>31,904 (2,809)</b> [26,261 – 37,546]	<b>-5,715 (4,681)</b> [-15,118 – 3,687]
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>27,005 (3,431)</b> [19,847 – 34,162]	<b>31,720 (2,907)</b> [25,805 – 37,635]	<b>-4,715 (4,579)</b> [-13,900 – 4,469]	<b>26,708 (3,615)</b> [19,446 – 33,970]	<b>31,904 (2,809)</b> [26,261 – 37,546]	<b>-5,195 (4,681)</b> [-14,598 – 4,207]
<b>QALYs</b>	<b>0.409 (0.02)</b> [0.377 – 0.440]	<b>0.399 (0.02)</b> [0.362 – 0.436]	<b>0.01 (0.03)</b> [-0.042 – 0.062]	<b>0.405 (0.01)</b> [0.388 – 0.422]	<b>0.401 (0.01)</b> [0.388 – 0.414]	<b>0.01 (0.01)</b> [-0.018 – 0.027]
		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>Intervention dominiert</b>		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>Intervention dominiert</b>

**Fußnote:** \* p-Wert <0,05, \*\* p-Wert <0,01, \*\*\*p-Wert <0.001, für den statistischen Vergleich zwischen den Gruppen wurden t-Tests (unbereinigter Mittelwert) und multivariate Regressionsmodelle berechnet, die für Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Ausgangsscores bereinigt wurden.

## (6) Verringert sich durch die neue Versorgungsform die ungeplante Hospitalisierungsrate bei Menschen mit Demenz?

Wie in Tabelle 13 erkennbar, lag der Anteil der ungeplanten stationären Krankenhausaufenthalte zum Baseline Zeitpunkt in der WKG leicht höher (20,4 %) als in der IG (19,0 %). Dieser Unterschied ist jedoch gering. Nach sechs Monaten (t1) hat sich der Anteil in beiden Gruppen verringert. In der WKG sank der Anteil auf 13,0 %, während er in der IG auf 14,2 % leicht anstieg. Der p-Wert von 0,425 zeigt aber, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit ungeplanter stationärer Krankenhausaufenthalte zu t1 gibt. Dies bedeutet, dass die Intervention keinen messbaren Effekt auf die Wahrscheinlichkeit solcher Krankenhausaufenthalte hatte.

Tabelle 13: Inanspruchnahme ambulante und stationäre Behandlungen in den letzten zwölf Monaten (FIMA)

Inanspruchnahme Behandlung ja/nein	Baseline (t0)		FU1 (t1)		p-value
	WKG	IG	WKG	IG	
Ambulante oder stationäre Reha (z.B. Kuraufenthalt), n (%)	n=219 7 (3,2%)	n=184 8 (4,3%)	n=192 4 (2,1%)	n=163 4 (2,5%)	0,545
Ambulante OP oder Aufenthalt in Tagesklinik (z.B. psychotherapeutische Tagesklinik), n (%)	n=220 10 (4,5%)	n=184 4 (2,2%)	n=194 3 (1,5%)	n=164 1 (0,6%)	0,377
Stationäre Behandlung (ungeplant) im Krankenhaus, n (%)	n=221 45 (20,4%)	n=184 35 (19,0%)	n=193 25 (13,0%)	n=162 23 (14,2%)	0,425
Psychische Einrichtung, n (%)	n=221 4 (1,8%)	n=185 1 (0,5%)	n=193 1 (0,5%)	n=163 2 (1,2%)	0,437

Logistische Regressionen dienten zur Überprüfung, ob die Intervention die ungeplante Hospitalisierungsrate (ja/nein) reduzierte. Aus dem Modell geht hervor, dass die Intervention keinen signifikanten Einfluss ( $p=0.414$ ) auf die Reduzierung der ungeplanten Hospitalisierungsrate hat.

Tabelle 14: Logistische Regression zur Auswertung der Intervention auf die ungeplante Hospitalisierungsrate (FIMA); ITT

Unabhängige Variablen	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value	Unabhängige Variablen	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value
Studiengruppe (Ref. WKG)	1.31 (0.68 – 2.51)	0.414	Studiengruppe (Ref. WKG)	1.31 (0.68 – 2.51)	0.414
Geschlecht (Ref. männlich)	1.19 (0.64 – 2.18)	0.572	Geschlecht (Ref. männlich)	1.19 (0.64 – 2.18)	0.572
Lebenssituation (Ref. nicht alleinlebend)	0.49 (0.26 – 0.93)	0.030 *	Lebenssituation (Ref. nicht alleinlebend)	0.49 (0.26 – 0.93)	0.030 *

Unabhängige Variablen	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value	Unabhängige Variablen	(transformierter) Koeffizient b (95% CI)	p-value
Alter	1.01 (0.96 – 1.05)	0.709	Alter	1.01 (0.96 – 1.05)	0.709
Anzahl Hospitalisierungen (T0)	4.78 (2.59 – 8.79)	< 0.0001 ***	Anzahl Hospitalisierungen (T0)	4.78 (2.59 – 8.79)	< 0.0001 ***

Logistische Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept), ITT, n=391

### Abgleich mit Sekundärdaten

In einer Sensitivitätsanalyse wurden die Abrechnungsdaten von n=144 Proband\*innen der Krankenkassen (TK, AOK) verwendet, um die Übereinstimmung der Ergebnisse, die auf den primären Daten des Fragebogens FIMA basieren, zu überprüfen. Der Fokus dieses Vergleichs lag auf der Nutzung von Krankenhausaufenthalten zum Zeitpunkt t2, da sich die betreffende FIMA Frage auf die letzten zwölf Monate bezieht.

Tabelle 15: Auswertung der Intervention auf die ungeplante Hospitalisierungsrate, Vergleich Primär- und Sekundärdaten

	Anzahl	Verweildauer (Tage)
Primärdaten, MW	0,30	2,46
Sekundärdaten, MW	0,67	4,04
Differenz	0,37	1,59
Korrelationskoeffizienten		
Pearson	0,298*	0,700***
Spearman	0,390***	0,416***
Intra-Class-Korrelationen	0,262*	0,680***

\* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001

Die Analyse aus Tabelle 16 zeigt, dass die primären Daten die Anzahl der Hospitalisierungen innerhalb der letzten 12 Monate und die Verweildauer im Krankenhaus tendenziell unterschätzen im Vergleich zu den Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Die Korrelationskoeffizienten und Intra-Class-Korrelationen weisen jedoch auf eine moderate Übereinstimmung hin, die für die Verweildauer, welche für die Berechnung der Kosten genutzt wurde, stärker ausgeprägt ist als für die Anzahl der Hospitalisierungen. Die signifikanten Korrelationen deuten darauf hin, dass trotz der Unterschiede eine gewisse Konsistenz zwischen den Primär- und Sekundärdaten besteht.

### Anzahl der Hospitalisierungen

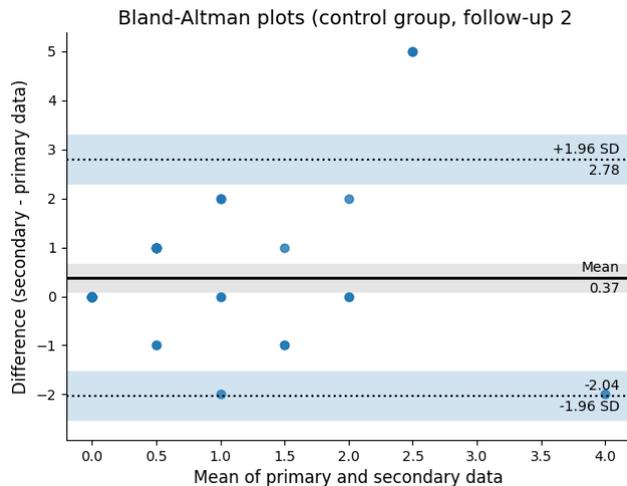


Abbildung 9: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme der Hospitalisierung (Anzahl der Hospitalisierungen) (Warte-Kontroll-Gruppe)

Der Bland-Altman-Plot (Abbildung 9) zeigt zum Zeitpunkt t2 die Differenz zwischen den beiden Angaben zur Anzahl der Hospitalisierungen (basierend auf Primär- und Sekundärdaten) im Verhältnis zum Mittelwert für jeden Teilnehmenden, für den Sekundärdaten vorlagen. Ein einzelner Punkt im Plot kann dabei die Differenz für mehrere Teilnehmende repräsentieren. Die durchschnittliche Differenz betrug 0,37 Besuche, und die Übereinstimmungsgrenzen lagen zwischen -2,04 und 2,78 Besuchen. Dies deutet darauf hin, dass die Angaben in den Primärdaten tendenziell unterschätzt wurden, wobei die Differenzen größtenteils innerhalb der Übereinstimmungsgrenzen lagen.

### Verweildauer

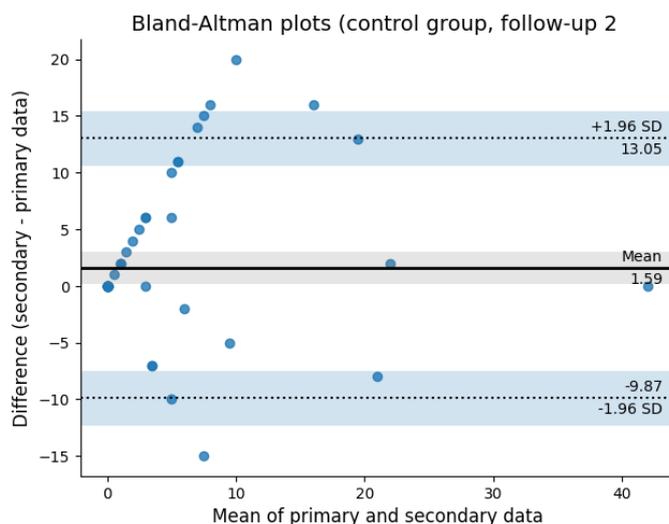


Abbildung 10: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme der Hospitalisierung (Verweildauer in Tagen) (Warte-Kontroll-Gruppe)

Der Bland-Altman-Plot (Abbildung 10) veranschaulicht zum Zeitpunkt t2 die Differenz zwischen den beiden Angaben zur Dauer der Hospitalisierung (Verweildauer in Tagen) basierend auf Primär- und Sekundärdaten im Verhältnis zum Mittelwert. Die durchschnittliche Differenz betrug 1,59 Tage und die Übereinstimmungsgrenzen lagen

zwischen -9,87 und 13,05 Tagen. Dies deutet darauf hin, dass die Verweildauer in den Primärdaten tendenziell unterschätzt wurde, wobei die meisten Differenzen innerhalb der Übereinstimmungsgrenzen lagen.

### **(7) Verringert die neue Versorgungsform die Konsultation von Haus- und Fachärzten außerhalb des Netzwerks ohne Überweisung durch den behandelnden Netzwerkarzt?**

Die Forschungsfrage, ob die Intervention die Konsultation von Haus- und Fachärzt\*innen außerhalb des Netzwerks ohne Überweisung durch den behandelnden Netzwerkarzt/-ärztin verringert, kann nicht abschließend beantwortet werden. Initial war diese Frage Bestandteil des Evaluationskonzeptes, wenngleich im Laufe des Projektes die Erkenntnis hervorkam, dass die MmD in der Regel innerhalb der Ärzte- und Demenznetzwerke behandelt wurden, was durch die hohe Kommunikation und Abstimmung der in den Netzwerken vorhandenen niedergelassenen Ärzt\*innen begründet werden kann. Dieser Umstand schränkt die präzise Bewertung des Einflusses der Intervention auf die Konsultation außerhalb der Netzwerke ein. Die Forschungsfrage hat unserer Ansicht nach keine wesentliche Relevanz für die Versorgung von MmD und auf die Ergebnisse der Studie. Zudem war die Datenstruktur nicht geeignet, um die Frage umfangreich zu beantworten. Aus diesem Grund wurde untersucht, ob die Intervention die Konsultation von Haus- und Fachärzt\*innen generell reduziert.

Zu Baseline (t0) gaben 93,1 % der Teilnehmenden in der WKG und 88,5 % in der IG an, einen Hausarzt/-ärztin konsultiert zu haben. Nach sechs Monaten (t1) stieg der Anteil in der WKG leicht auf 94,3 % und in der IG auf 94,4 %. Der p-Wert von 0,571 zeigt jedoch, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hausärzt\*innen zu t1 gibt, welches auf einen fehlenden Einfluss der Intervention hindeutet. Die Inanspruchnahme von Neurolog\*inenn oder Psychiater\*innen lag zu Baseline bei 27,5 % in der WKG und 37,0 % in der IG. Nach sechs Monaten sank der Anteil in der WKG leicht auf 29,3 %, während er in der IG unverändert bei 37,0 % blieb. Der p-Wert von 0,077 deutet darauf hin, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zu t1 gibt. Dennoch ist der Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen den Gruppen relativ groß, was darauf hinweisen könnte, dass die Intervention die Nutzung von neurologischen und psychiatrischen Diensten beeinflussen könnte, auch wenn dies statistisch nicht signifikant ist. Auch bei der Inanspruchnahme weiterer Fachärzt\*innen ließen sich keine signifikanten Effekte der Intervention feststellen.

Tabelle 16: Inanspruchnahme Haus- und Fachärzt\*innen innerhalb der letzten 3 Monate (FIMA)

Arztgruppe	Baseline (t0)		FU1 (t1)		p-value
	WKG	IG	WKG	IG	
Allgemeinmediziner, Hausarzt oder hausärztlicher Internist, n (%)	n=218 203 (93,1%)	n=182 161 (88,5%)	n=193 182 (94,3%)	n=162 153 (94,4%)	0,571
Fachärztlicher Internist (z.B. Kardiologe), n (%)	n=213 22 (10,3%)	n=181 33 (18,2%)	n=192 21 (10,9%)	n=163 22 (13,5%)	0,283

Arztgruppe	Baseline (t0)		FU1 (t1)		p-value
	WKG	IG	WKG	IG	
Gynäkologe, n (%)	n=177 19 (10,7%)	n=144 8 (5,6%)	n=155 13 (8,4%)	n=139 12 (8,6%)	0,552
Chirurg, n (%)	n=216 16 (7,4%)	n=183 13 (7,1%)	n=193 14 (7,3%)	n=163 9 (5,5%)	0,330
Orthopäde, n (%)	n=214 22 (10,3%)	n=183 17 (9,3%)	n=192 23 (12,0%)	n=162 12 (7,4%)	0,104
Neurologe/ Psychiater, n (%)	n=218 60 (27,5%)	n=181 67 (37,0%)	n=191 56 (29,3%)	n=162 60 (37,0%)	0,077
Hautarzt, n (%)	n=217 17 (7,8%)	n=181 17 (9,4%)	n=193 10 (5,2%)	n=163 13 (8,0%)	0,197
Augenarzt, n (%)	n=214 69 (32,2%)	n=180 54 (30,0%)	n=194 54 (27,8%)	n=163 40 (24,5%)	0,280
Urologe, n (%)	n=204 35 (17,2%)	n=175 26 (14,9%)	n=182 27 (14,8%)	n=158 22 (13,9%)	0,468
Zahnarzt, n (%)	n=218 86 (39,4%)	n=183 64 (35,0%)	n=193 74 (38,3%)	n=163 60 (36,8%)	0,426
Psychotherapeut, n (%)	n=217 3 (1,4%)	n=183 3 (1,6%)	n=195 6 (3,1%)	n=163 4 (2,5%)	0,490
HNO-Arzt, n (%)	n=184 19 (10,3%)	n=181 23 (12,7%)	n=194 14 (7,2%)	n=162 14 (8,6%)	0,381

### Konsultation von Hausärzt\*innen

Poisson Regressionen dienten zur Überprüfung, ob die Intervention zu einer Verringerung der Haus- und Facharztkontakte führte. Aus dem Modell geht hervor, dass die Intervention keinen signifikanten Einfluss ( $p=0.870$ ) auf die Reduzierung der Anzahl der Hausarztbesuche hat.

Tabelle 17: Poisson Regression zur Auswertung der Intervention auf die Reduzierung der Anzahl der Hausarztbesuche (FIMA); ITT

Unabhängige Variablen	Koeffizient b (95% CI)	p-value
Studiengruppe (Ref. Wartekontrollgruppe)	0.01 (-0.13 - 0.16)	0.870
Geschlecht (Ref. männlich)	-0.02 (-0.18 - 0.13)	0.731
Lebenssituation (Ref. nicht alleinlebend)	-0.01 (-0.17 - 0.14)	0.813
Alter	0.01 (-0.01 - 0.01)	0.930
Anzahl Hausarztbesuche (T0)	0.10 (0.05 - 0.14)	< 0.0001 ***

Poisson Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept), ITT, n=391

**Konsultation von Fachärzt\*innen:**

Aus dem Modell geht hervor, dass die Intervention ebenfalls keinen signifikanten Einfluss ( $p=0.673$ ) auf die Reduzierung der Anzahl der Facharztbesuche hat.

Tabelle 18: Poisson Regression zur Auswertung der Intervention auf die Reduzierung der Anzahl der Facharztbesuche (Neurolog\*innen, Psycholog\*innen) (FIMA); ITT

Unabhängige Variablen	Koeffizient b (95% CI)	p-value
Studiengruppe (Ref. Wartekontrollgruppe)	0.06 (-0.265 - 0.39)	0.673
Geschlecht (Ref. männlich)	-0.14 (-0.49 - 0.19)	0.396
Lebenssituation (Ref. nicht alleinlebend)	-0.30 (-0.66 - 0.04)	0.088
Alter	0.02 (-0.05 - -0.01)	0.009 **
Anzahl Facharztbesuche (T0)	0.60 (0.47 - 0.73)	< 0.0001 ***

Poisson Regression mit zufälligen Effekten für Praxis und Netzwerk (Random Intercept), ITT, n=391

**Ableich mit den Sekundärdaten**

Die Abrechnungsdaten der beteiligten Krankenkassen wurden zusätzlich genutzt, um die Übereinstimmung der Primär- und Sekundärdaten in Bezug auf die Nutzung von ambulanten Leistungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zum Zeitpunkt t1 zu prüfen.

Tabelle 19: Überprüfung der Inanspruchnahme zu t1 am Beispiel Hausarzt

Datenquelle/ Korrelationskoeffizienten	Interventionsgruppe (n=64)	Wartekontrollgruppe (n=80)
Primärdaten (MW, SD)	1,17 (1,00)	1,66 (0,97)
Sekundärdaten (MW, SD)	1,88 (1,81)	3,48 (2,19)
Korrelationskoeffizienten		
Pearson	0,581***	0,065
Spearman	0,647***	0,084
Intra-Class-Korrelation	0,444***	0,031

Inanspruchnahme: Anzahl der Hausarztkontakte in den vergangenen 3 Monaten, \*  $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$ , \*\*\*  $p<0,001$

Tabelle 19 zeigt, dass in der IG ein starker positiver Zusammenhang zwischen den Angaben zur Inanspruchnahme eines Hausarztes/einer Hausärztin in den letzten drei Monaten in den Primär- und Sekundärdaten besteht. Im Gegensatz dazu konnte in der WKG kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden, was bedeutet, dass die erfassten Daten in der WKG eher nicht mit der realen Inanspruchnahme übereinstimmen, was die Notwendigkeit einer Kosten-Effektivitäts-Analyse unter Nutzung der Sekundärdaten unterstreicht.

### Inanspruchnahme Hausarzt/-ärztin (Interventionsgruppe)

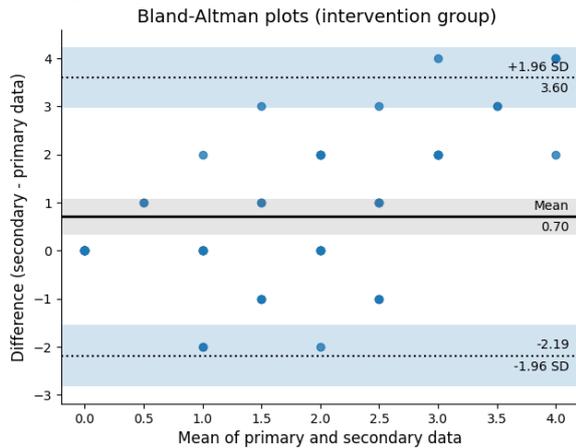


Abbildung 11: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme eines Hausarztes (Interventionsgruppe)

Die Übereinstimmung zwischen Primär- und Sekundärdaten in Bezug auf die Hausarztbesuche wird zusätzlich mithilfe von Bland-Altman-Plots veranschaulicht. Abbildung 11 zeigt den Bland-Altman-Plot für die IG zu t1, der die Differenz zwischen den Primär- und Sekundärdaten zur Inanspruchnahme eines Hausarztes/einer Hausärztin im Vergleich zum Mittelwert für jeden Studienteilnehmenden darstellt. Die durchschnittliche Differenz betrug 0,7 Kontakte und die Übereinstimmungsgrenzen liegen bei -2,19 bis 3,6 Arztkontakten. Dies deutet darauf hin, dass die Primärdaten tendenziell die Arztbesuche unterschätzten, wobei die meisten Unterschiede innerhalb der festgelegten Übereinstimmungsgrenzen lagen.

### Inanspruchnahme Hausarzt/-ärztin (Warte-Kontroll-Gruppe)

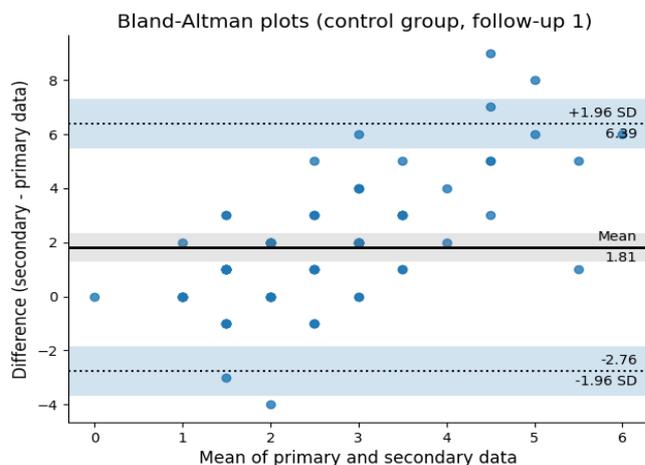


Abbildung 12: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme eines Hausarztes (Warte-Kontroll-Gruppe)

Der Bland-Altman-Plot (Abbildung 12) zeigt für die WKG eine systematisch höhere Nutzung ambulanter Leistungen im hausärztlichen Bereich im Vergleich zu den Primärdaten, wobei die mittlere Differenz bei 1,81 und die Grenzen der Übereinstimmung bei -2,76 und 6,39 Arztkontakten lagen. Trotz der systematischen Abweichung scheinen die beiden Datenquellen insgesamt eine akzeptable Übereinstimmung zu haben, da die meisten Datenpunkte innerhalb der  $\pm 1,96$  SD-Grenzen liegen.

### Konsultation von Fachärzt\*innen

Weiterhin wurde die Überprüfung der Inanspruchnahme zwischen den Primär- und Sekundärdaten für die Arztgruppe der Neurolog\*innen/ Psychiater\*innen untersucht.

Tabelle 20: Überprüfung der Inanspruchnahme zu t1 (Neurolog\*innen/ Psychiater\*innen)

Datenquelle/ Korrelationskoeffizienten	Interventionsgruppe (n=64)	Wartekontrollgruppe (n=80)
Anzahl der Arztkontakte		
Primärdaten, MW (SD)	0,30 (0,55)	0,33 (0,59)
Sekundärdaten, MW (SD)	0,20 (0,44)	0,43 (0,79)
Korrelationskoeffizienten		
Pearson	0,268*	0,567***
Spearman	0,198	0,626***
Intra-Class-Korrelationen	0,260*	0,541***

Inanspruchnahme: Anzahl der Neurologen/Psychiaterkontakte in den vergangenen 3 Monaten, \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001

In der IG zeigen die Daten eine eher niedrige bis moderate Übereinstimmung zwischen den Primär- und Sekundärdaten, in der WKG hingegen eine starke signifikante Übereinstimmung. Trotzdem wurde die Inanspruchnahme mit den Primärdaten in der Interventionsgruppe eher überschätzt, während in der WKG eher eine Unterschätzung vorlag. Der Bland-Altman-Plot zeigt weiterhin, dass die mittlere Differenz zwischen den beiden Methoden in der IG -0,09 beträgt. Dies bedeutet, dass die Sekundärdaten im Durchschnitt geringfügig niedrigere Werte liefern als die Primärdaten, dieser Unterschied jedoch sehr klein ist. Im Durchschnitt gibt es eine sehr geringe Abweichung zwischen den Primär- und Sekundärdaten, wobei die Sekundärdaten tendenziell geringfügig niedrigere Werte liefern. Die meisten Differenzen liegen innerhalb der Übereinstimmungsgrenzen, was auf eine relativ gute Übereinstimmung zwischen den beiden Datenquellen hinweist.

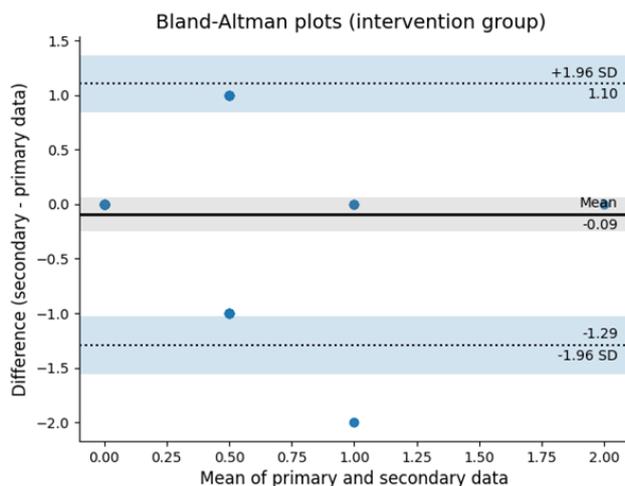


Abbildung 13: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme von Neurolog\*innen/ Psychiater\*innen (Interventionsgruppe)

Die mittlere Differenz zwischen den Sekundär- und Primärdaten beträgt in der WKG +0,10, was darauf hindeutet, dass die Sekundärdaten im Durchschnitt geringfügig höhere Werte aufweisen als die Primärdaten. Der Unterschied ist jedoch klein und deutet auf eine leichte Überschätzung der Inanspruchnahme in den Sekundärdaten hin.

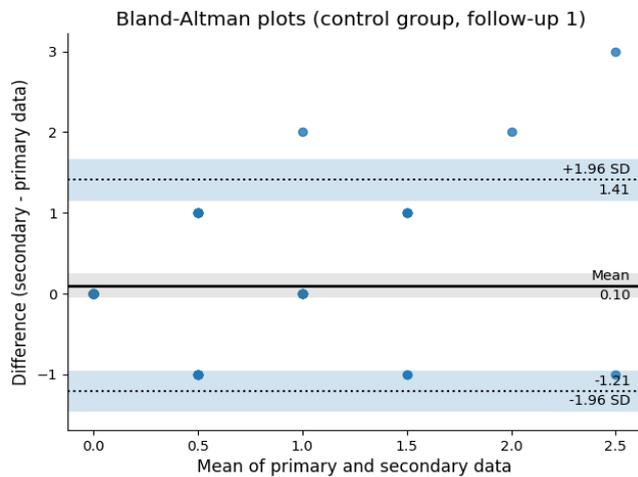


Abbildung 14: Bland-Altman-Plot für die Differenz (Primär- vs. Sekundärdaten) der Inanspruchnahme von Neurolog\*innen/ Psychiater\*innen (Warte-Kontroll-Gruppe)

Tabelle 21: Überprüfung der Inanspruchnahme zu t1 am Beispiel Haus- und Fachärzt\*innen

Datenquelle/ Korrelationskoeffizienten	Interventionsgruppe (n=64)	Wartekontrollgruppe (n=80)	
Anzahl Arztkontakte			t-Test
Primärdaten (MW, SD)	1,47 (1,31)	1,99 (1,27)	p<0,001 ***
Sekundärdaten (MW, SD)	1,88 (1,81)	3,48 (2,19)	p=0,0175 *
Korrelationskoeffizienten			
Pearson	0,550***	0,137	
Spearman	0,622***	0,095	
Intra-Class-Korrelation	0,480***	0,076	

Inanspruchnahme: Anzahl der Haus- und Facharztkontakte in den vergangenen 3 Monaten. \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Wenn man die Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzt\*innen gemeinsam von denjenigen MmD betrachtet, von denen sowohl Sekundär- als auch Primärdaten vorliegen (n=144), dann wird in Tabelle 21 deutlich, dass die IG signifikant **weniger Arztkontakte** als die WKG aufweist (p<0,001 bzw. p=0,0175). Dies deutet daher darauf hin, dass die IG durch die Intervention weniger auf ärztliche Versorgung angewiesen ist. Weiterhin ist die Übereinstimmung zwischen den Primär- und Sekundärdaten in der IG wesentlich höher als in der WKG.

## Subgruppen-Kosten-Nutzwert-Analyse

### *Lebenssituation (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)*

Für alleinlebende Versicherte (Tabelle 22) führt die Intervention aus Kostenträgerperspektive zu einem Anstieg der Gesamtkosten um +399 € und einem Anstieg der QALYs um +0.02. Die Inkrementellen Kosten pro gewonnenem QALY betragen 19.950 €. Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist ebenfalls ein Anstieg in den QALYs (+0.04) bei geringeren Interventionskosten (-4.410€) zu verzeichnen.

Für nicht alleinlebende Versicherte (Tabelle 23) verursacht die Intervention höhere Gesamtkosten (+1.533€) und einen geringfügigen Anstieg der QALYs (+0.01). Die Inkrementellen Kosten pro gewonnenem QALY betragen +153.300 €, was unter den typischen WTP-Schwellenwerten von 40.000€ bis 200.000€ liegt und daher auch für diese Subgruppe als akzeptabel in Bezug auf die Kosteneffektivität erscheint. Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist abzuleiten, dass die Intervention kostensparend ist (-5.562€), jedoch keinen Nutzen in Form von QALYs bietet (-0.01).

Tabelle 22: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (allein lebend, n=62)

Sekundärdatenanalyse	Unadjustierte Mittelwerte			Adjustierte Mittelwerte		
	Intervention (N=29) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (N=33) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]	Intervention (N=29) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (N=33) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]
<b>Kostenträgerperspektive (allein lebend, n=62)</b>						
<b>Medizinische Behandlung</b>	<b>2,170 (806)</b> [528 – 3,813]	<b>2,241 (531)</b> [1,159 – 3,323]	<b>-71 (941)</b> [-1,953 – 1,811]	<b>2,083 (689)</b> [704 – 3,462]	<b>2,318 (646)</b> [1,026 – 3,610]	<b>-235 (949)</b> [-2,134 – 1,664]
Ambulantärztliche Versorgung	150 (41) [67 – 234]	269 (118) [28 – 510]	-119 (132) [-383 – 145]	143 (97) [-52 – 338]	276 (91) [931 – 459]	-133 (134) [-402 – 135]
Therapien	46 (18) [9 – 84]	58 (13) [32 – 84]	-11 (22) [-33 – 56]	46 (15) [15 – 77]	59 (14) [30 – 87]	-13 (21) [-55 – 30]
Stationäre Behandlungen	1,184 (754) [-361 – 2,729]	986 (500) [-33 – 2,005]	198 (885) [-1,573 – 1,969]	1,107 (651) [-197 – 2,411]	1,053 (610) [-168 – 2,275]	54 (897) [-1742 – 1,849]
Medikamente	637 (112) [407 – 867]	689 (83) [520 – 859]	-52 (138) [-328 – 223]	631 (99) [434 – 829]	694 (93) [509 – 880]	-63 (136) [-335 – 209]
Hilfsmittel	153 (38) [75 – 230]	239 (60) [117 – 360]	-86 (73) [-232 – 60]	156 (54) [48 – 264]	236 (51) [135 – 337]	-80 (74) [-229 – 69]
<b>Formelle Pflege</b>	<b>5,624 (751)</b> [4,087 – 7,162]	<b>5,878 (1,205)</b> [3,424 – 8,331]	<b>-253 (1,466)</b> [-3,185 – 2,678]	<b>5,820 (1,058)</b> [3,702 – 7,937]	<b>5,706 (991)</b> [3,722 – 7,690]	<b>114 (1,457)</b> [-2,802 – 3,029]
Ambulante Pflege	1,853 (385) [1,063 – 2,642]	1,345 (277) [780 – 1,909]	508 (467) [-425 – 1,441]	1,920 (337) [1,246 – 2,594]	1,286 (315) [655 – 1,917]	633 (464) [-294 – 1,561]
sonst. Leistungen Pflegeversicherung	3,771 (698) [2,343 – 5,200]	4,533 (1,044) [2,406 – 6,660]	-761 (1,292) [-3,346 – 1,823]	3,900 (945) [2,009 – 5,791]	4,420 (885) [2,649 – 6,192]	-520 (1,301) [-3,124 – 2,084]
<b>Gesamtkosten</b>	<b>7,794 (1,125)</b> [5,489 – 10,099]	<b>8,118 (1,324)</b> [5,420 – 10,817]	<b>-324 (1,764)</b> [-3,853 – 3,204]	<b>7,902 (1,296)</b> [5,306 – 10,498]	<b>8,023 (1,214)</b> [5,592 – 10,455]	<b>-121 (1,785)</b> [-3,695 – 3,452]
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>8,314 (1,125)</b> [6,009 – 10,620]	<b>8,119 (1,325)</b> [5,420 – 10,818]	<b>196 (1,764)</b> [-3,333 – 3,724]	<b>8,423 (1,294)</b> [5,827 – 11,018]	<b>8,024 (1,218)</b> [5,592 – 10,456]	<b>399 (1,785)</b> [-3,175 – 3,972]
<b>QALYs</b>	<b>0.408 (0.01)</b> [0.381 – 0.434]	<b>0.407 (0.01)</b> [0.379 – 0.436]	<b>0.00 (0.02)</b> [-0.038 – 0.039]	<b>0.415 (0.01)</b> [0.399 – 0.432]	<b>0.401 (0.01)</b> [0.385 – 0.416]	<b>0.02 (0.01)</b> [-0.01 – 0.037]
		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>Intervention dominiert</b>		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>19,950€/QALY</b>
<b>Gesellschaftliche Perspektive (Subsample: Patienten mit informeller Pflegeperson, n=18)</b>						
<b>Gesamtkosten (Kostenträgerperspektive)</b>	<b>9,402 (2,905)</b> [1,934 – 16,869]	<b>9,139 (2,292)</b> [4,092 – 14,185]	<b>263 (3,847)</b> [-7,892 – 8,418]	<b>10,534 (3,541)</b> [2,938 – 18,130]	<b>8,572 (2,406)</b> [3,411 – 13,733]	<b>1,962 (4,501)</b> [-7,691 – 11,615]
<b>Informelle Pflege</b>	<b>10,102 (4,509)</b> [-1,490 – 21,695]	<b>14,865 (2,080)</b> [10,286 – 19,445]	<b>-4,763 (4,296)</b> [-13,872 – 4,345]	<b>8,683 (3,816)</b> [498 – 16,867]	<b>15,575 (2,592)</b> [10,014 – 21,136]	<b>-68,92 (4,849)</b> [-17,294 – 3,509]
Unterstützung bei ADL/IADL durch Hauptpflegeperson	8,386 (4,082) [-2,108 – 18,882]	12,203 (2,136) [7,500 – 16,906]	-3,816 (4,151) [-12,616 – 4,983]	6,951 (3771) [-1,137 – 15,040]	12,921 (2,562) [7,425 – 18,416]	-5,969 (4,793) [-16,249 – 4,310]
Unterstützung bei ADL/IADL durch Andere	1,715 (603) [163 – 3,268]	2,662 (463) [1,642 – 3,682]	-946 (783) [-2,607 – 714]	1,731 (564) [521 – 2,941]	2,654 (383) [1,832 – 3,476]	-923 (717) [-2,461 – 614]
<b>Gesamtkosten</b>	<b>19,504 (5,716)</b> [4,810 – 34,198]	<b>24,004 (3,055)</b> [17,278 – 30,731]	<b>-4,500 (5,880)</b> [-16,965 – 7,965]	<b>19,217 (5,539)</b> [7,336 – 31,099]	<b>24,148 (3,763)</b> [16,075 – 32,220]	<b>-4,930 (7,040)</b> [-20,030 – 10,169]
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>20,024 (5,716)</b> [5,330 – 34,718]	<b>24,004 (3,055)</b> [17,278 – 30,731]	<b>-3,980 (5,880)</b> [-16,445 – 8,485]	<b>19,737 (5,539)</b> [7,856 – 31,619]	<b>24,148 (3,763)</b> [16,075 – 32,220]	<b>-4,410 (7,040)</b> [-19,510 – 10,689]
<b>QALYs</b>	<b>0.429 (0.03)</b> [0.351 – 0.507]	<b>0.415 (0.03)</b> [0.343 – 0.487]	<b>0.01 (0.05)</b> [-0.095 – 0.123]	<b>0.443 (0.02)</b> [0.397 – 0.489]	<b>0.408 (0.01)</b> [0.377 – 0.439]	<b>0.04 (0.03)</b> [-0.023 – 0.093]
		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>Intervention dominiert</b>		<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>	<b>Intervention dominiert</b>

**Fußnote:** \* p-Wert <0,05, \*\* p-Wert <0,01, \*\*\*p-Wert <0. 001, für den statistischen Vergleich zwischen den Gruppen wurden t-Tests (unbereinigter Mittelwert) und multivariate Regressionsmodelle berechnet, die für Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Ausgangsscores bereinigt wurden.

Tabelle 23: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (nicht allein lebend, n=82)

Sekundärdatenanalyse	Unadjustierte Mittelwerte			Adjustierte Mittelwerte		
	Intervention (N=35) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (N=47) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]	Intervention (N=35) Mean (SE) [95% CI]	Care-as-usual (N=47) Mean (SE) [95% CI]	Differenz Mean (SE) [95% CI]
<b>Kostenträgerperspektive (nicht allein lebend, n=82)</b>						
<b>Medizinische Behandlung</b>	<b>4,678 (1,651)</b> [1,324 – 8,033]	<b>3,271 (551)</b> [2,161 – 4,381]	<b>1,408 (1,559)</b> [-1,694 – 4,510]	<b>4,545 (1,186)</b> [2,183 – 6,907]	<b>3,370 (1,022)</b> [1,335 – 5,405]	<b>1,175 (1,573)</b> [-1,957 – 4,308]
Ambulantärztliche Versorgung	160 (38) [83 – 238]	193 (51) [91 – 296]	-33 (68) [-167 – 102]	151 (47) [57 – 244]	200 (40) [120 – 281]	-50 (62) [-174 – 74]
Therapien	92 (24) [43 – 140]	76 (20) [35 – 117]	15 (31) [-47 – 78]	89 (24) [42 – 136]	78 (20) [38 – 119]	10 (31) [-52 – 73]
Stationäre Behandlungen	2,749 (1,393) [-83 – 5,581]	1,710 (477) [750 – 2,669]	1,039 (1,321) [-1,590 – 3,668]	2,650 (1,011) [637 – 4,663]	1,783 (871) [49 – 3,518]	867 (1,341) [-1,803 – 3,537]
Medikamente	1,273 (451) [35 – 2,189]	835 (158) [516 – 1,154]	438 (430) [-418 – 1,293]	1,262 (329) [607 – 1,917]	843 (283) [279 – 1,408]	419 (436) [-450 – 1,287]
Hilfsmittel	405 (125) [150 – 660]	456 (112) [231 – 682]	-52 (169) [-388 – 285]	394 (130) [136 – 652]	465 (112) [242 – 687]	-71 (172) [-413 – 271]
<b>Formelle Pflege</b>	<b>4,961 (788)</b> [3,360 – 6,563]	<b>5,279 (709)</b> [3,852 – 6,706]	<b>-318 (1,066)</b> [-2,440 – 1,805]	<b>5,050 (811)</b> [3,435 – 6,665]	<b>5,213 (699)</b> [3,821 – 6,604]	<b>-162 (1,076)</b> [-2,304 – 1,979]
Ambulante Pflege	7,290 (238) [246 – 1,212]	672 (197) [276 – 1,068]	57 (307) [-553 – 667]	745 (233) [281 – 1,209]	659 (201) [259 – 1,059]	86 (309) [-529 – 701]
sonst. Leistungen Pflegeversicherung	4,233 (708) [2,794 – 5,672]	4,607 (612) [3,376 – 5,839]	-374 (936) [-2,237 – 1,488]	4,305 (715) [2,882 – 5,729]	4,554 (616) [3,327 – 5,780]	-249 (948) [-2,136 – 1,639]
<b>Gesamtkosten</b>	<b>9,639 (1,888)</b> [5,802 – 13,477]	<b>8,549 (938)</b> [6,661 – 10,438]	<b>1,090 (1,957)</b> [-2,804 – 4,984]	<b>9,595 (1,507)</b> [6,594 – 12,597]	<b>8,582 (1,299)</b> [5,996 – 11,169]	<b>1,012 (1,999)</b> [-2,967 – 4,993]
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>10,160 (1,888)</b> [6,322 – 13,998]	<b>8,550 (938)</b> [6,661 – 10,438]	<b>,610 (1,957)</b> [-2,285 – 5,055]	<b>10,116 (1,508)</b> [7,114 – 13,117]	<b>8,583 (1,299)</b> [5,996 – 11,169]	<b>1,533 (1,999)</b> [-2,448 – 5,514]
<b>QALYs</b>	<b>0.381 (0.01)</b> [0.351 – 0.410]	<b>0.381 (0.01)</b> [0.356 – 0.406]	<b>0.00 (0.02)</b> [-0.039 – 0.037]	<b>0.384 (0.01)</b> [0.374 – 0.394]	<b>0.379 (0.01)</b> [0.370 – 0.387]	<b>0.01 (0.01)</b> [-0.007 – 0.019]
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>		<b>Intervention dominiert</b>	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>		<b>153,300€/QALY</b>
<b>Gesellschaftliche Perspektive (Subsample: Patienten mit informeller Pflegeperson, n=37)</b>						
<b>Gesamtkosten (Kostenträgerperspektive)</b>	<b>7,054 (1,307)</b> [4,251 – 9,857]	<b>7,897 (1,374)</b> [5,039 – 10,755]	<b>-842 (1,985)</b> [-4,874 – 3,188]	<b>7,267 (1,566)</b> [4,080 – 10,454]	<b>7,752 (1,286)</b> [5,133 – 10,370]	<b>-484 (2,053)</b> [-46,61 – 3,692]
<b>Informelle Pflege</b>	<b>22,222 (4,058)</b> [13,517 – 30,927]	<b>28,032 (3,361)</b> [21,042 – 35,022]	<b>-5,809 (5,272)</b> [-1,6513 – 4,895]	<b>[20,868 35,024]</b> [13,733 – 30,964]	<b>27,946 (3,479)</b> [20,868 – 35,024]	<b>-5,597 (5,550)</b> [-16,890 – 5,695]
Unterstützung bei ADL/IADL durch Hauptpflegeperson	19,927 (4,067) [11,204 – 28,650]	26,494 (3,311) [19,606 – 33,381]	-6,566 (5,230) [-17,185 – 4,052]	20,250 (4,197) [11,711 – 28,789]	26,273 (3,448) [19,258 – 33,288]	-6,022 (5,501) [-17,215 – 5,169]
Unterstützung bei ADL/IADL durch Andere	2,295 (420) [1,392 – 3,197]	1,538 (358) [793 – 22,82]	757 (555) [-371 – 1,885]	2,097 (397) [1,289 – 2,905]	1,672 (326) [1,008 2,336]	425 (520) [-634 – 1,484]
<b>Gesamtkosten</b>	<b>29,277 (4,114)</b> [20,452 – 38,101]	<b>35,929 (3,933)</b> [27,750 – 44,109]	<b>-6,652 (5,855)</b> [-18,539 – 5,234]	<b>29,616 (4,711)</b> [20,030 – 39,202]	<b>35,698 (3,870)</b> [27,823 – 43,573]	<b>-6,082 (6,175)</b> [-18,646 – 6,482]
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>29,797 (4,114)</b> [20,972 – 38,621]	<b>35,929 (3,933)</b> [27,750 – 44,109]	<b>-6,132 (5,855)</b> [-1,8019 – 5,754]	<b>30,136 (4,711)</b> [20,550 – 39,722]	<b>35,698 (3,870)</b> [27,823 – 43,573]	<b>-5,562 (6,175)</b> [-18,126 – 7,002]
<b>QALYs</b>	<b>0.400 (0.02)</b> [0.363 – 0.438]	<b>0.390 (0.02)</b> [0.344 – 0.436]	<b>0.01 (0.03)</b> [-0.051 – 0.072]	<b>0.391 (0.01)</b> [0.375 – 0.407]	<b>0.396 (0.01)</b> [0.383 – 0.410]	<b>-0.01 (0.01)</b> [-0.026 – 0.016]
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>		<b>Intervention dominiert</b>	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>		<b>556,200€/QALY</b>

***Fußnote:** \* p-Wert <0,05, \*\* p-Wert <0,01, \*\*\*p-Wert <0. 001, für den statistischen Vergleich zwischen den Gruppen wurden t-Tests (unbereinigter Mittelwert) und multivariate Regressionsmodelle berechnet, die für Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Ausgangsscores bereinigt wurden.*

### *Demenz-Schweregrad*

Für Menschen mit einer leichten Demenz ergaben sich aus Kostenträgerperspektive im Vergleich zur Routineversorgung höhere Gesamtkosten der Intervention (+2.163€) bei leicht höheren QALYs (+0.01) (Tabelle 24). Die Inkrementellen Kosten pro gewonnenem QALY betragen +216.300€ bei kognitiv leicht eingeschränkten MmD, was die WTP-Schwelle von 200.000€ überschreitet und darauf hinweist, dass die Intervention für diese Subgruppe weniger kosteneffektiv ist. Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist ebenfalls ein Anstieg in den QALYs (+0.01) bei geringeren Interventionskosten (-4.471€) zu verzeichnen. Aus gesellschaftlicher Sicht dominiert die Intervention somit.

Bei Menschen mit einer mindestens moderat ausgeprägten Demenz erwies sich die Intervention als kostengünstiger im Vergleich zur normalen Versorgung (-413€), aber bei geringeren QALYs (-0.01) (Tabelle 25). Auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist trotz erheblich geringerer Interventionskosten (-8.591€) ebenfalls kein Anstieg in den QALYs (-0.01) zu verzeichnen.

Tabelle 24: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (keine bis leichte kognitive Einschränkung, n=69)

Sekundärdatenanalyse		Unadjustierte Mittelwerte			Adjustierte Mittelwerte		
Kostenträgerperspektive (MCI/leichte Demenz, n=69)	Intervention (N=30)	Care-as-usual (N=39)	Differenz	Intervention (N=30)	Care-as-usual (N=39)	Differenz	
	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	
<b>Medizinische Behandlung</b>	<b>3,575 (1,764)</b> [-33 – 7,184]	<b>2,419 (387)</b> [1,636 – 3,203]	<b>1,156 (1,606)</b> [-2,050 – 4,362]	<b>3,553 (1,186)</b> [1,185 – 5,922]	<b>2,436 (1,038)</b> [362 – 4,510]	<b>1,117 (1,585)</b> [-2,049 – 4,283]	
Ambulantärztliche Versorgung	202 (50) [100 – 304]	282 (108) [64 – 499]	-80 (130) [-340 – 181]	194 (100) [-6 – 393]	288 (88) [113 – 463]	-94 (134) [-361 – 173]	
Therapien	31 (13) [4 – 59]	61 (18) [25 – 97]	-29 (23) [-76 – 17]	32 (18) [-4 – 67]	61 (16) [29 – 92]	-29 (24) [-76 – 19]	
Stationäre Behandlungen	2,577 (1,583) [-661 – 5,815]	1,044 (352) [332 – 1,756]	1,533 (1,443) [-1,347 – 4,412]	2,581 (1,067) [450 – 4,713]	1,040 (934) [-826 – 2,907]	1,541 (1,426) [-1,309 – 4,390]	
Medikamente	483 (86) [30 – 660]	833 (126) [578 – 1,089]	-351 (163) [675 – 26]*	474 (122) [231 – 717]	840 (106) [627 – 1,053]	-365 (163) [-690 – -41]*	
Hilfsmittel	282 (144) [-12 – 577]	199 (61) [76 – 323]	83 (144) [-204 – 370]	272 (108) [56 – 489]	207 (95) [18 – 397]	65 (145) [-225 – 354]	
<b>Formelle Pflege</b>	<b>4,068 (722)</b> [2,590 – 5,546]	<b>3,543 (752)</b> [2,020 – 5,066]	<b>525 (1,067)</b> [-604 – 2,654]	<b>4,068 (789)</b> [2,493 – 5,644]	<b>3,543 (691)</b> [2,163 – 4,923]	<b>525 (1,054)</b> [-1,581 – 2,631]	
Ambulante Pflege	1,070 (307) [442 – 1,699]	977 (257) [457 – 1,497]	93 (398) [-701 – 887]	1,066 (286) [495 – 1,637]	980 (250) [480 – 1,481]	86 (382) [-678 – 8,49]	
sonst. Leistungen Pflegeversicherung	2,998 (602) [1,767 – 4,228]	2,566 (589) [1,372 – 3,759]	432 (855) [-1,274 – 2,138]	3002 (648) [1,708 – 4,296]	2,562 (567) [1,429 – 3,695]	440 (866) [-1,290 – 2,169]	
<b>Gesamtkosten</b>	<b>7,643 (1,876)</b> [3,804 – 11,481]	<b>5,962 (882)</b> [4,176 – 7,748]	<b>1,680 (1,926)</b> [-2,165 – 5,526]	<b>7,621 (1,451)</b> [4,722 – 10,520]	<b>5,978 (1,270)</b> [3,439 – 8,517]	<b>1,642 (1,939)</b> [-2,232 – 5,517]	
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>8,163 (1,877)</b> [4,325 – 12,002]	<b>5,962 (882)</b> [4,176 – 7,748]	<b>2,201 (1,927)</b> [-1,645 – 6,047]	<b>8,141 (1,451)</b> [5,242 – 11,041]	<b>5,979 (1,271)</b> [3,440 – 8,519]	<b>2,163 (1,940)</b> [-1,713 – 6,038]	
<b>QALYs</b>	<b>0.419 (0.01)</b> [0.396 – 0.441]	<b>0.404 (0.01)</b> [0.376 – 0.431]	<b>0.02 (0.02)</b> [-0.021 – 0.052]	<b>0.416 (0.01)</b> [0.405 – 0.427]	<b>0.406 (0.01)</b> [0.396 – 0.415]	<b>0.01 (0.01)</b> [-0.004 – 0.025]	
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			
			<b>110,050€/QALY</b>			<b>216,300€/QALY</b>	
<b>Gesellschaftliche Perspektive (Subsample: Patienten mit informeller Pflegeperson, n=30)</b>	<b>Intervention (n=11)</b> Mean (SE) [95% CI]	<b>Care-as-usual (n=19)</b> Mean (SE) [95% CI]	<b>Differenz</b> Mean (SE) [95% CI]	<b>Intervention (n=11)</b> Mean (SE) [95% CI]	<b>Care-as-usual (n=19)</b> Mean (SE) [95% CI]	<b>Differenz</b> Mean (SE) [95% CI]	
<b>Gesamtkosten (Kostenträgerperspektive)</b>	<b>5,835 (1,300)</b> [2,938 – 8,732]	<b>6,280 (1,129)</b> [3,906 – 8,654]	<b>-444 (1786)</b> [-4,104 – 3,214]	<b>5,490 (1,550)</b> [2,298 – 8,683]	<b>6,479 (1,148)</b> [4,115 – 8,844]	<b>-989 (2,017)</b> [-5,143 – 3,165]	
<b>Informelle Pflege</b>	<b>19,252 (5,154)</b> [7,768 – 30,736]	<b>21,489 (2,776)</b> [15,655 – 27,323]	<b>-2,236 (5,338)</b> [-13,171 – 8,698]	<b>18,134 (37,93)</b> [10,321 – 25,947]	<b>22,136 (2,809)</b> [16,350 – 27,922]	<b>-4,001 (4,936)</b> [-14,168 – 6,165]	
Unterstützung bei ADL/IADL durch Hauptpflegeperson	16,800 (5,060) [5,525 – 28,075]	19,602 (2,755) [13,813 – 25,391]	-2,802 (5,267) [-13,592 – 7,988]	15,904 (3,786) [8,106 – 23,701]	20,121 (2,803) [14,346 – 25,896]	-4,217 (4,926) [-14,364 – 5,929]	
Unterstützung bei ADL/IADL durch Andere	2,452 (470) [1,405 – 3,499]	1,886 (396) [1,052 – 2,720]	565 (633) [-731 – 1,862]	2,230 (551) [1,095 – 3,365]	2,015 (408) [1,174 – 2,856]	215 (717) [-1,261 – 1,692]	
<b>Gesamtkosten</b>	<b>25,088 (5,354)</b> [13,158 – 37,018]	<b>27,769 (2,865)</b> [21,749 – 33,790]	<b>-2,681 (5,528)</b> [-14,006 – 8,643]	<b>23,625 (4,182)</b> [15,012 – 32,238]	<b>28,616 (3,097)</b> [22,238 – 34,995]	<b>-4,991 (5,442)</b> [-16,199 – 6,217]	
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>25,608 (5,354)</b> [13,678 – 37,538]	<b>27,769 (2,865)</b> [21,749 – 33,790]	<b>-2,161 (5,528)</b> [-13,486 – 9,163]	<b>24,145 (4,182)</b> [15,532 – 32,758]	<b>28,616 (3,097)</b> [22,238 – 34,995]	<b>-4,471 (5,442)</b> [-15,679 – 6,737]	
<b>QALYs</b>	<b>0.426 (0.02)</b> [0.388 – 0.465]	<b>0.406 (0.02)</b> [0.354 – 0.458]	<b>0.02 (0.04)</b> [-0.052 – 0.093]	<b>0.421 (0.01)</b> [0.405 – 0.437]	<b>0.409 (0.01)</b> [0.398 – 0.421]	<b>0.01 (0.01)</b> [-0.009 – 0.032]	
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			
			<b>Intervention dominiert</b>			<b>Intervention dominiert</b>	

## InDePendent (01NVF18034)

**Fußnote:** \*  $p$ -Wert  $<0,05$ , \*\*  $p$ -Wert  $<0,01$ , \*\*\* $p$ -Wert  $<0,001$ , für den statistischen Vergleich zwischen den Gruppen wurden  $t$ -Tests (unbereinigter Mittelwert) und multivariate Regressionsmodelle berechnet, die für Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Ausgangsscores bereinigt wurden.

Tabelle 25: Unbereinigte und bereinigte mittlere Kosten und Wirkungen sowie inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (aus gesellschaftlicher Perspektive und Kostenträgerperspektive, Sekundärdaten), (moderate bis schwere kognitive Einschränkung, n=75)

Sekundärdatenanalyse		Unadjustierte Mittelwerte			Adjustierte Mittelwerte		
Kostenträgerperspektive (moderate/schwere Demenz, n=75)	Intervention (N=34)	Care-as-usual (N=41)	Differenz	Intervention (N=34)	Care-as-usual (N=41)	Differenz	
	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	
<b>Medizinische Behandlung</b>	<b>3,513 (1,015)</b> [1,448 – 5,577]	<b>3,252 (672)</b> [1,895 – 4,610]	<b>260 (1,182)</b> [-2,095 – 2,616]	<b>3,333 (842)</b> [1,654 – 5,013]	<b>3,401 (766)</b> [1,873 – 4,929]	<b>-67 (1,145)</b> [-2,351 – 2,216]	
Ambulantärztliche Versorgung	115 (26) [61 – 169]	170 (43) [83 – 258]	-55 (53) [-162 – 51]	98 (36) [26 – 170]	184 (33) [119 – 250]	-86 (49) [-184 – 12]	
Therapien	106 (25) [54 – 158]	76 (19) [37 – 115]	30 (31) [-33 – 93]	105 (24) [58 – 152]	77 (21) [35 – 120]	27 (32) [-37 – 91]	
Stationäre Behandlungen	1,566 (740) [61 – 3,071]	1,761 (591) [567 – 2,954]	-194 (935) [-2,058 – 1,669]	1,451 (680) [95 – 2,806]	1856 (618) [623 – 3,089]	-405 (924) [-2248 – 1,437]	
Medikamente	1,427 (461) [490 – 2,365]	19 (152) [411 – 1,028]	708 (451) [-191 – 1,607]	1,385 (331) [725 – 2,044]	755 (301) [155 – 1,355]	630 (449) [-266 – 1,526]	
Hilfsmittel	298 (51) [195 – 401]	526 (121) [281 – 771]	-228 (141) [-509 – 53]	295 (103) [89 – 501]	528 (94) [341 – 715]	-233 (140) [-512 – 47]	
<b>Formelle Pflege</b>	<b>6,315 (772)</b> [4,745 – 7,886]	<b>7412 (952)</b> [5,487 – 9,337]	<b>-1,097 (1,260)</b> [-3,609 – 1,415]	<b>6,432 (939)</b> [4,558 – 8,306]	<b>7,315 (855)</b> [5,611 – 9,020]	<b>-883 (1,277)</b> [-3,430 – 1,664]	
Ambulante Pflege	1,386 (332) [709 – 2,063]	923 (215) [488 – 1,357]	463 (384) [-302 – 1,228]	1,420 (276) [870 – 1,970]	894 (251) [394 – 1,395]	526 (375) [-221 – 1,274]	
sonst. Leistungen Pflegeversicherung	4,929 (744) [3,416 – 6,442]	6,489 (833) [4,806 – 8,173]	-1,560 (1,139) [-3,829 – 709]	5,012 (852) [3,312 – 6,711]	6,421 (775) [4,875 – 7,967]	-1,409 (1,158) [-3,719 – 901]	
<b>Gesamtkosten</b>	<b>9,827 (1,395)</b> [6,988 – 12,667]	<b>10,664 (1,149)</b> [8,342 – 12,987]	<b>-836 (1,790)</b> [-4,405 – 2,732]	<b>9,765 (1,313)</b> [7,145 – 12,385]	<b>10,716 (1,195)</b> [8,332 – 13,099]	<b>-950 (1,785)</b> [-4,512 – 2,611]	
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>10,348 (1,396)</b> [7,508 – 13,187]	<b>10,664 (1,149)</b> [8,342 – 12,987]	<b>-317 (1,791)</b> [-3,885 – 3,252]	<b>10,285 (1,314)</b> [7,665 – 12,906]	<b>10,716 (1,195)</b> [8,332 – 13,100]	<b>-431 (1,786)</b> [-3,992 – 3,131]	
<b>QALYs</b>	<b>0,370 (0,01)</b> [0,340 – 0,400]	<b>0,381 (0,01)</b> [0,355 – 0,407]	<b>-0,01 (0,02)</b> [-0,050 – 0,0279]	<b>0,372 (0,01)</b> [0,359 – 0,385]	<b>0,381 (0,01)</b> [0,367 – 0,395]	<b>-0,01 (0,01)</b> [-0,011 – 0,028]	
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			
			<b>31,700€/QALY</b>			<b>43,100€/QALY</b>	
<b>Gesellschaftliche Perspektive (Subsample: Patienten mit informeller Pflegeperson, n=25)</b>	<b>Intervention (n=10)</b>	<b>Care-as-usual (n=15)</b>	<b>Differenz</b>	<b>Intervention (n=10)</b>	<b>Care-as-usual (n=15)</b>	<b>Differenz</b>	
	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	Mean (SE) [95% CI]	
<b>Gesamtkosten (Kostenträgerperspektive)</b>	<b>9,803 (2,019)</b> [5,234 – 14,372]	<b>10,938 (2,137)</b> [6,353 – 15,524]	<b>-1,135 (3,100)</b> [-7,549 – 5,279]	<b>10,978 (2,531)</b> [5,697 – 16,259]	<b>10,155 (2,027)</b> [5,926 – 14,384]	<b>823 (3,390)</b> [-6,249 – 7,896]	
<b>Informelle Pflege</b>	<b>18,217 (4,436)</b> [8,182 – 28,253]	<b>25,786 (4,548)</b> [16,030 – 35,542]	<b>-7,568 (6,657)</b> [-21,341 – 6,203]	<b>16,798 (5,467)</b> [5,392 – 28,204]	<b>26,732 (4,378)</b> [17,599 – 35,866]	<b>-9,934 (7,323)</b> [-25,210 – 5,341]	
Unterstützung bei ADL/IADL durch Hauptpflegeperson	16,442 (4,381) [6,532 – 26,353]	23,791 (4,635) [13,848 – 33,733]	-7,348 (6,724) [-21,258 – 6,562]	14,936 (5,391) [3,690 – 26,182]	24,795 (4,317) [15,789 – 33,800]	-9,858 (7,220) [-24,920 – 5,203]	
Unterstützung bei ADL/IADL durch Andere	1,774 (503) [635 – 2,914]	1,995 (454) [1,020 – 2,970]	-220 (692) [-1,654 – 1,212]	1,861 (507) [802 – 2,920]	1,937 (406) [1,090 – 2,785]	-76 (679) [-1,494 – 1,341]	
<b>Gesamtkosten</b>	<b>28,021 (4,404)</b> [18,058 – 37,984]	<b>36,725 (5,346)</b> [25,258 – 48,1929]	<b>-8,704 (7,493)</b> [-24,205 – 6,797]	<b>27,777 (6,231)</b> [14,777 – 40,776]	<b>4,990 (4,990)</b> [26,478 – 47,298]	<b>-9,111 (8,346)</b> [-26,521 – 8,299]	
<b>Kosten für Intervention</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>520 (0)</b>	
<b>Gesamtkosten (incl. Interventionskosten)</b>	<b>28,541 (4,404)</b> [18,578 – 38,504]	<b>36,725 (5,346)</b> [25,258 – 48,192]	<b>-8,184 (7,493)</b> [-23,685 – 7,317]	<b>28,297 (6,231)</b> [15,297 – 41,296]	<b>36,888 (4,990)</b> [26,478 – 47,298]	<b>-8,591 (8,346)</b> [-26,001 – 8,819]	
<b>QALYs</b>	<b>0,389 (0,03)</b> [0,333 – 0,445]	<b>0,390 (0,03)</b> [0,331 – 0,448]	<b>0,00 (0,04)</b> [-0,081 – 0,080]	<b>0,385 (0,02)</b> [0,350 – 0,421]	<b>0,392 (0,01)</b> [0,364 – 0,421]	<b>-0,01 (0,02)</b> [-0,055 – 0,040]	
	<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			<b>Inkrementelle Kosten pro gewonnenem QALY</b>			
			<b>Intervention dominiert</b>			<b>859,100€/QALY</b>	

*Fußnote: \* p-Wert <0,05, \*\* p-Wert <0,01, \*\*\*p-Wert <0. 001, für den statistischen Vergleich zwischen den Gruppen wurden t-Tests (unbereinigter Mittelwert) und multivariate Regressionsmodelle berechnet, die für Alter, Geschlecht, Lebenssituation und Ausgangsscores bereinigt wurden.*

## 5 Diskussion der Projektergebnisse

Die InDePendent-Studie wurde nach wissenschaftlichen Standards und Leitlinien guter epidemiologischer Praxis durchgeführt. Ein veröffentlichtes Designpaper beschreibt ausführlich die Methoden und Abläufe der Studie [27]. Vor Studienbeginn wurden definierte Ein- und Ausschlusskriterien verwendet, um die Proband\*innen systematisch auszuwählen, und es wurden prädefinierte Endpunkte festgelegt, um die interne Validität der Studie zu erhöhen. Die Primärdaten zu den primären und sekundären Outcomes wurden durch standardisierte Fragebögen erhoben, welche für die Anwendung bei MmD validiert sind. Trotz erheblicher Herausforderungen ist es gelungen ein vom BMG und BMFSFJ geprüfetes Curriculum auszuführen, auf dessen Basis alle PFK zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben erfolgreich staatlich geprüft wurden. Diese qualifikatorischen Voraussetzungen waren das Fundament der Intervention und damit der positiven, wissenschaftlichen Ergebnisse der InDePendent-Studie. Darüber hinaus wurde die geplante und benötigte Fallzahl erreicht, was ebenfalls wichtig war, um die Interventionseffekte zu detektieren.

Die Ergebnisse der InDePendent-Studie zeigen, dass erweiterte Pflegerollen in der Demenzversorgung wirksam und kosteneffektiv aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive sind. Offene Versorgungsbedarfe wurden um 76 % reduziert, und die gesundheitsbezogene Lebensqualität war im Vergleich zur WKG erhöht. Es zeigte sich kein Effekt auf die Reduzierung der Angehörigenbelastung und der ungeplanten Hospitalisierungen. Die Intervention führte zu marginal höheren Kosten bei einem Zugewinn an QALYs im Vergleich zur Kontrollgruppe. Das Verhältnis kann unter Berücksichtigung verschiedener Schwellenwerte als kosten-effektiv betrachtet werden. Die Prozessevaluation konnte die Akzeptanz der erweiterten Pflegerollen in Ärztenetzen bestätigen. Insgesamt können erweiterten Pflegerollen daher signifikant zur Verbesserung der aktuellen Versorgungssituation, insbesondere hinsichtlich der Deckung von unerfüllten Versorgungsbedarfen beitragen, auch wenn längerfristige Ergebnisse notwendig sind, um die positiven Tendenzen der InDePendent-Studie zu bestätigen.

Frühere randomisierte kontrollierte Studien, wie die von Samus et al. [28] und Orrell et al. [29], haben gezeigt, dass häusliche Pflegekoordinationsinterventionen bei älteren Menschen mit Gedächtnisstörungen und Liaison-Interventionen für MmD **unerfüllten Bedarfe** deutlich reduzieren können. In einer Metaanalyse [30] wurde jedoch ein Mangel an Belegen für die Wirksamkeit von erweiterten Pflegerollen bzw. Care Management Ansätzen bei der Deckung des Versorgungsbedarfs von MmD oder Angehörigen festgestellt. Unsere Studie unterstützt daher die bislang selten vorliegenden Erkenntnisse. Die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe nach der Intervention der InDePendent-Studie war im Mittel um 76% geringer. Die Untersuchung der Baseline-Daten offenbarte, dass bei den MmD durchschnittlich 2,3 ungedeckte Bedarfe (SD=2,6) festgestellt wurden, wobei die häufigsten ungedeckten Bedarfe in den Bereichen Gedächtnis, Tagesaktivitäten und Sozialberatung/Rechtsberatung lagen. Die Reduktion der ungedeckten Bedarfe auch bei den

MmD der WKG deutet darauf hin, dass das bloße Gespräch über ebendiese bereits dazu führen kann, dass MmD und ihre Angehörigen selbstständig Maßnahmen zur Bedarfsdeckung initiieren. Das Gespräch mit dem Hausarzt/-ärztin und die Bewertungen durch die Study Nurses haben also Wirkung gezeigt, jedoch nicht in dem Ausmaß wie die zusätzliche Unterstützung durch die PFK mit erweiterten Rollen in der Interventionsgruppe, welche zusätzlich die Bedarfserfüllung koordinierten und deren erfolgreiche Umsetzung monitorten. Die InDePendent-Intervention könnte daher in der Praxis noch stärkere Effekte zeigen, wenn berücksichtigt wird, dass oft unerfüllte, aber wesentliche Bedarfe übersehen werden, die durch die Routinebehandlung nicht erfasst werden. Auch wenn der CANE-Fragebogen geeignet ist, unerfüllte Bedarfe bei in der Gemeinschaft lebenden MmD zu ermitteln [31, 32], berücksichtigt dieser Fragebogen möglicherweise nicht alle relevanten Bedarfsbereiche und ist innerhalb der bestehenden Bereiche nicht spezifisch genug, was sich in einer geringen durchschnittlichen Anzahl unerfüllter Bedarfe niederschlägt, die ermittelt werden können [32, 33]. Aufgrund dessen wurde das IMS auf Basis einer Vielzahl an wissenschaftlichen Vorarbeiten und bereits durchgeführten Interventionsstudien für die spezifische Anwendung bei MmD entwickelt und in der InDePendent-Studie eingesetzt, um die unerfüllten Bedarfe zu bewerten, was die Ergebnisse des CANE zusätzlich stützte. Das IMS wurde nach Abschluss der Studie der Versorgungspraxis über das Translationale Netzwerk für Demenzversorgungsforschung (TaNDem) zur Verfügung gestellt und kann fortan in der Praxis zur Identifikation und Adressierung von Versorgungsbedarfen angewendet und als it-gestütztes und softwarebasiertes Arbeitstool zur Unterstützung in der ambulanten Demenzversorgung eingesetzt werden.

Während einige Studien über eine bessere **gesundheitsbezogene Lebensqualität** von MmD berichteten, die ein kollaboratives und von PFK koordiniertes Care Management über 12 und 18 Monate erhielten [34-37], konnten andere Studien keine Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nachweisen [38,7]. Eine Meta-Analyse von Reilly et al. fand nur drei Studien [38-40], in denen die gesundheitsbezogene Lebensqualität der MmD mit verschiedenen Skalen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bewertet wurde. Die Autor\*innen stellten fest, dass es keine signifikanten Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der MmD nach 4, 6, 12 und 18 Monaten gab [30]. Unsere Ergebnisse stimmen mit diesen Befunden überein. Während wir bei der Messung mit dem krankheitsspezifischen QoL-AD-Instrument keine Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität fanden, zeigte der EQ-5D-5L nach sechs Monaten in der IG eine signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von MmD, was die Herausforderung der Messung der Lebensqualität bei Demenzerkrankungen unterstreicht [41]. Psychometrische Analysen konnten bereits bestätigen, dass beide Instrumente bei Menschen mit leichter bis moderater Demenz zur systematische Erfassung von PROs angewendet werden können [72]. Weder generische noch spezifische Maße erfassen jeden Aspekt der Lebensqualität. Dennoch gibt es stichhaltige Gründe, standardisierte Messungen in therapeutischen Studien zu verwenden. Die Studie von Aguierre et al. [42] legt nahe, dass der EQ-5D bei leichten und mittleren kognitiven Beeinträchtigungen höhere Zuverlässigkeitswerte aufweist und besser abschneidet als demenzspezifische Maße, wie der QoL-AD. Somit könnte der EQ-5D Vorteile gegenüber anderen demenzspezifischen Messinstrumenten haben, was möglicherweise den in dieser Studie mit dem EQ-5D-5L gemessenen signifikanten Effekt erklären könnte [42]. Es sind

jedoch weitere Studien erforderlich, um die Unterschiede in der Responsivität der verschiedenen Messgrößen bei Demenzerkrankungen zu bewerten. Diese Studien zur Bewertung der Sensitivität in der Erkennung von Gesundheitsveränderungen sind für künftige Interventionsstudien und zur Ermittlung von Patient-reported Outcomes bei Demenzerkrankungen von entscheidender Bedeutung.

Ein weiteres Ziel erweiterter Pflegerollen oder häuslicher Unterstützungsprogramme für MmD ist die **Verringerung der Angehörigenbelastung**. In der Meta-Analyse von Reilly et al. gab es vier Studien [43-46], die die Auswirkungen von Case-Management-Ansätzen zur häuslichen Unterstützung von MmD auf die Belastung der Angehörigen über einen Zeitraum von sechs Monaten untersuchten und uneindeutige Effekte ergaben [30], was sich mit den vorliegenden Ergebnissen deckt. Possin et al. [47] zeigten, dass Case-Management-Ansätze für die häusliche Unterstützung von MmD die Belastung der Angehörigen verringern können, allerdings mit geringen Effektgrößen nach sechs Monaten. Das Fehlen eines Effekts nach 6 Monaten in einigen der früheren Studien und in unserer Studie könnte auf die Dauer der Interventionen selbst und den kurzen Beobachtungszeitraum zurückzuführen sein. Durch die oft komplexen Maßnahmen zur Deckung offener Versorgungsbedarfe, reichte der sechsmonatige Interventionszeitraum womöglich nicht aus, um die Auswirkungen auf die Belastung der Angehörigen vollständig zu erfassen. Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass Angehörige sich aufgrund der ausführlichen Erläuterungen durch die PFK und das vorausschauende Planen (advanced care planning) der Situation bewusstwerden und sich mit der Situation mehr auseinandersetzen, was kurzfristig Belastungen erhöht und nicht reduziert. Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass sich Entlastungen erst nach längeren Zeiten zeigen. Unsere Ergebnisse zeigen jedoch, dass in der IG sowie in der WKG nach 6 Monaten Belastungen sich zumindest tendenziell reduzierten, wenn auch nicht ausreichend, um das Signifikanzniveau zu erreichen. Weitere Untersuchungen mit längeren und wiederholten Nachbeobachtungszeiträumen nach der Intervention sind daher notwendig. Das Eingehen auf bestehende, ungedeckte Bedarfe während der Intervention und die Durchführung von Interventionen, die MmD und ihre Angehörigen besser vorbereiten, könnten sowohl eine unmittelbare als auch eine lang anhaltende Wirkung haben, wenn die Krankheit fortschreitet. Dies wurde von Michalowsky et al. [48] bestätigt, die eine signifikante Verringerung der Belastung der Pflegenden 36 Monate nach Abschluss einer kollaborativen Care Managements nachweisen konnten. Auch hier zeigte sich dieser positive Effekt nach 12 und 24 nicht. Um eine kurzfristige Reduktion der Belastung der Pflegenden zu erreichen, sind gezielte Interventionen und Entlastungsangebote erforderlich, die sich in erster Linie an die Betroffenen richten. In unserer Studie war das primäre Ziel eine bessere Versorgung von MmD. Daher gab es nur einige Interventionsmodule für Angehörige. Zukünftige Studien sollten sich daher intensiver auf die Dyade konzentrieren und Interaktionseffekte innerhalb der Dyade nutzen, indem sie spezifischere Interventionsmodule für Angehörige anbieten, um deren Versorgung zu verbessern und ihre Belastung zu reduzieren. An dieser Stelle wird daher auf das in 2025 beginnende Folgeprojekt living@home (FKZ: 01NVF24315) verwiesen. Die Zielsetzung des Projekts besteht in der Implementierung und Evaluation einer app-gestützten, dyadischen, bedarfsgerechten Intervention für pflegende An- und Zugehörige von Menschen mit Demenz zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation, Reduktion des Belastungserlebens sowie der Prävention psychischer Erkrankungen. Die Intervention wird von einer speziell qualifizierten Pflegefachperson, einem

Angehörigenpflege-Experten einer Memory-Klinik, initiiert und koordiniert. Die Ergebnisse des Projektes werden im Jahr 2028 erwartet.

Die **Prozessevaluation** der InDePendent-Studie zeigt eine positive Bewertung des PFK-Versorgungskonzepts und bietet einen vielversprechenden Ausblick für seine Integration in die Regelversorgung. Die enge interprofessionelle Zusammenarbeit und die verbesserte Kommunikation haben gezeigt, dass das Modell die Versorgung der MmD optimieren und die Zusammenarbeit zwischen den Professionen sektorenübergreifend verbessern kann. Trotz der positiven Ergebnisse müssen aber bestehende finanzielle Hürden, wie Abrechnungsmöglichkeiten und verfügbare Budgets, sowie traditionelle Rollenbilder überwunden werden, um eine breitere Implementierung des PFK-Modells zu ermöglichen. Vor allem in strukturschwachen Regionen könnten solche Konzepte durch den aufsuchenden Charakter extrem hilfreich sein, um Lücken in der ärztlichen Versorgung zu schließen. Die Ergebnisse der Prozessevaluation belegen jedoch eine hohe Akzeptanz der neuen Versorgungsform unter den beteiligten Berufsgruppen und unterstützen damit eine Implementierung in die Routineversorgung.

Die systematische Übersichtsarbeit von Pimouguet et al. [49] aus dem Jahr 2010 umfasste drei Studien, die **ökonomische Analysen** von kollaborativen Versorgungsprogrammen lieferten, ohne Hinweise auf Kosteneinsparungen [50, 51, 52]. Nachfolgend wies die Metaanalyse von Reilly et al. [30] darauf hin, dass die Kosten im ersten und zweiten Jahr gesenkt werden können [53-55]. Im Jahr 2019 bestätigten Michalowsky et al. [56] diese Ergebnisse und wiesen darauf hin, dass kollaborative Ansätze für das Demenzpflegemanagement aufgrund der geringeren Zahl von Krankenhausaufenthalten und der verzögerten Heimeinweisung über 12 und 24 Monate sehr wahrscheinlich kosteneffektiv sind, vor allem für alleinlebende MmD - hier ergaben sich erhebliche Kosteneinsparungen aufgrund geringerer Hospitalisierungsraten sowie einer verzögerten Institutionalisierung [48]. Hinsichtlich der Kosteneffektivität lieferten eine Vielzahl an Studien jedoch keine eindeutigen Ergebnisse [56-58]. Kostenwirksamkeitsnachweise nach sechs Monaten fehlen weitgehend, da die hohen Implementierungskosten der Intervention in der Anfangsphase sowie die langfristigen Effekte, wie beispielsweise reduzierte Krankenhausaufenthalte oder verzögerte Heimeinweisungen, nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Unsere Ergebnisse zeigen eine bereinigte ICER von 142.500 €/QALY aus der Kostenträgerperspektive, was im Vergleich zu den gängigen WTP-Schwellenwerten für Länder mit hohem Einkommen (bis zu umgerechnet 95.958 \$/QALY [59]) als relativ hoch einzustufen ist. Aus gesellschaftlicher Perspektive hingegen fielen geringere Gesamtkosten (-5.545 €) bei gleichbleibenden QALYs an, was die Intervention als dominant erscheinen lässt. Bemerkenswert ist, dass die Ergebnisse auf eine Senkung der Kosten für fachärztliche Behandlungen hindeuten. Dies deutet darauf hin, dass die Erweiterung der pflegerischen Aufgaben in der Demenzversorgung zur Entlastung von Fachärzt\*innen beitragen kann. Auch die Sekundärdaten bestätigen diese positive Tendenz. Insbesondere aus der gesamtgesellschaftlichen Perspektive (unter Berücksichtigung der informellen Pflege) wird die Intervention aufgrund der Einsparungen bei den Kosten der informellen Pflege als kosteneffektiv eingestuft. Der kurze Interventionszeitraum erschwert jedoch den endgültigen Nachweis der Kosteneffektivität, insbesondere im Hinblick auf die langfristigen Effekte. Die Ergebnisse der InDePendent-Studie weisen jedoch darauf hin, dass erweiterte

Pflegerrollen nicht nur den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf besser abdecken und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz (MmD) verbessern, sondern sehr wahrscheinlich auch kosteneffektiv und arztentlastend wirken.

Wie oben beschrieben konnten bereits einige Studien aufzeigen, dass alleinlebende MmD besonders von kollaborativen Versorgungsformen profitieren. Langfristig ergeben sich hier sehr hohe Zugewinne an QALYs sowie Kosteneinsparungen. Die **Sensitivitätsanalysen** der InDePendent-Studie konnten diese Tendenzen bestätigen. Die Intervention war ebenfalls besonders vorteilhaft für **alleinlebende Versicherte**, indem nur leicht erhöhte Kosten und ein höherer QALY Anstieg (inkrementeller Kostenwert deutlich unter den typischen Schwellenwerten) zu verzeichnen war. Die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen alleinlebenden und nicht-alleinlebenden Versicherten könnten auf verschiedene Bedürfnisse oder Nutzen der Intervention in unterschiedlichen Lebenssituationen hinweisen. Es könnte sein, dass alleinlebende MmD stärker von den zusätzlichen Unterstützungsmaßnahmen profitieren, während nicht-alleinlebende MmD möglicherweise vom Angehörigen unterstützt werden, welcher auf Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe des MmD achtet und auch versucht diese zu adressieren. Die Analyse legt daher nahe, dass eine differenzierte Betrachtung der Intervention auf Basis der Lebenssituation sinnvoll ist. Die Intervention könnte durch Anpassungen oder zusätzliche Maßnahmen effektiver auf die Bedürfnisse der nicht-alleinlebenden Versicherten zugeschnitten werden, um die Kosten-Effektivität zu verbessern. Weitere Forschung könnte notwendig sein, um spezifische Faktoren zu identifizieren, die die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen diesen Gruppen erklären und um zu prüfen, wie die Intervention für verschiedene Lebenssituationen optimiert werden kann.

Die **Sensitivitätsanalyse** zeigt weiterhin, dass die Intervention bei Menschen mit leichter Demenz höhere Gesamtkosten (+2.163 €) verursacht als die Routineversorgung. In den frühen Stadien der Demenz sind die Symptome oft weniger ausgeprägt, und die Betroffenen benötigen möglicherweise weniger intensive Betreuung. In diesem Kontext könnte die Intervention weniger effizient sein, da zusätzliche Maßnahmen und Ressourcen möglicherweise nicht den proportionalen Nutzen in der Lebensqualität bieten. Die höheren Kosten der Intervention könnten daher nicht durch den Nutzen in den frühen Stadien gerechtfertigt werden. Allerdings ist aus gesellschaftlicher Perspektive eine Kostenreduktion erkennbar (-4.471€), mit gleichzeitigem QALY-Gewinn (+0.01). Für Menschen mit moderater bis schwerer Demenz deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Intervention in den fortgeschrittenen Stadien der Demenz zwar kostengünstiger ist, aber keinen gesundheitlichen Nutzen bietet. Die Intervention scheint somit am sinnvollsten für Menschen mit leichter Demenz aus gesellschaftlicher Perspektive, insbesondere, wenn man die potenziellen Kosteneinsparungen und den marginalen Gewinn an Lebensqualität berücksichtigt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Interventionen entsprechend dem **Demenzstadium** anzupassen, um eine bessere Kosten-Effektivität zu erreichen und den Nutzen für die MmD zu maximieren.

Die Ergebnisse der InDePendent-Studie legen nahe, dass die Intervention nicht ausreichte, um die Rate **ungeplanter Hospitalisierungen** signifikant zu senken. Die Komplexität der Demenzerkrankung, welche häufig mit Multimorbidität der älteren Patientengruppe einhergeht, könnte dazu geführt haben, dass die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen

und infolgedessen ungeplanten Hospitalisierungen erhöht wird, unabhängig von der Qualität der Versorgung. Der kurze Interventionszeitraum könnte ebenfalls dazu beitragen, dass wirkungsvolle Interventionsmaßnahmen, die die Hospitalisierung reduzieren können, innerhalb des Zeitraumes nicht vollständig umgesetzt werden konnten. Eine Meta-Analyse [63] über verschiedene Interventionen (Case-Management, koordinierte Pflege etc.) bei nicht alleinlebenden MmD zeigte auf, dass keine der untersuchten Interventionen Krankenhauseinweisungen reduzieren konnten. Eine weitere systematische Übersichtsarbeit [60], welche sich mit elf verschiedenen Pflegemodellen auseinandersetzte, konnte zumindest bei zwei Studien [61, 62] feststellen, dass diese Versorgungsmodelle mit einer signifikant geringen bis moderaten Reduzierung von Hospitalisierungen einhergehen. Der positive Effekt ließ sich aber vor allem bei Menschen mit einer fortgeschrittenen bis schweren Demenz feststellen. Da sich die InDePendent Untersuchungspopulation vor allem aus Menschen mit einer beginnenden bis moderaten Demenz zusammensetzt, könnten Effekte auf die Reduzierung der Hospitalisierungsrate möglicherweise nicht ausreichend nachgewiesen werden. Weitere Forschungsarbeiten sind daher erforderlich, um wirksame Maßnahmen für diese Bevölkerungsgruppe zu ermitteln, damit die zunehmende Inanspruchnahme von Krankenhäusern, die damit verbundenen Kosten und die negativen Folgen begrenzt werden können [63].

MmD und ihre Angehörigen stehen im Primärversorgungssetting in der Regel regelmäßig in Kontakt mit niedergelassenen Haus- und Fachärzt\*innen [69]. Diese Erkenntnis wird durch unsere Ergebnisse gestützt, die zeigen, dass der Großteil der Studienteilnehmenden aus beiden Gruppen sowohl zu t0 als auch zu t1 in den letzten drei Monaten einen Hausarzt/-ärztin konsultiert hat. Die hausärztliche Inanspruchnahme in der InDePendent-Studie lag somit höher als in der Untersuchung von Kratzer et al. [70] zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch MmD, die eine Rate von 75,9 % bis 84,5 % über die letzten drei Jahre berichtete. Eine Analyse von Cording et al. [69] ergab, dass 88,1 % der befragten Haus- und Fachärzt\*innen, MmD und deren Angehörigen Beratungen zu nicht-medizinischer Hilfe und Unterstützung boten, was auf einen erheblichen Bedarf an Beratung und Betreuung hinweist. Die DCM-Intervention führte in den Primärdaten zu keiner signifikanten Verringerung der Inanspruchnahme hausärztlicher oder fachärztlicher Versorgung. Mögliche Erklärungen hierfür sind neben der begrenzten Dauer der Intervention von sechs Monaten auch der fortschreitende Krankheitsverlauf einer komplexen Demenzerkrankung, die oft mit Komplikationen einhergeht. Darüber hinaus könnten die identifizierten Probleme und die daraus resultierenden Beratungsempfehlungen zu einer Aufrechterhaltung oder sogar einer Steigerung der Inanspruchnahme geführt haben. Allerdings legen die Ergebnisse der Sekundärdaten nahe, dass die Intervention dazu beigetragen hat, die **Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen** zu reduzieren. Durch die gezielte Bearbeitung von Versorgungsbedarfen konnten Arztbesuche hier reduziert und die Versorgung effizienter gestaltet werden.

Weiterhin weisen die Ergebnisse insgesamt auf eine akzeptable Übereinstimmung zwischen **Primär- und Sekundärdaten** hin, wobei die Abweichungen in der WKG weit größer waren als in der IG. Die Abweichung kann durch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden liegen. Während in der Interventionsgruppe die PFK selbst die Inanspruchnahme erhoben haben und ein sehr gutes Bild von der medizinischen und pflegerischen Versorgungssituation des

MmD während der Intervention gewonnen hatten, erfolgte die Datenerhebung in der WKG über Study Nurses, welche nicht über diese Übersicht verfügten. Tendenziell zeigte sich in den Primärdaten eine leichte Unterschätzung. Diese Unterschiede könnten durch die unterschiedlichen Datenerhebungsmethoden bedingt sein, da Fragebogenerhebungen oft weniger präzise sind als Abrechnungsdaten. Die primären Daten zur Nutzung von Gesundheitsdiensten basieren auf Selbstberichten (FIMA), bei denen die Teilnehmenden sich über einen Zeitraum von drei oder sechs Monaten zurückerinnern müssen. Dies kann zu Unter- oder Überschätzungen führen und somit Verzerrungen verursachen (Recall Bias). Eine Studie [64] bestätigte ähnliche Differenzen zwischen selbstberichteten Arztbesuchen und administrativen Aufzeichnungen dazu. Dies unterstreicht die Relevanz der Kombination von Primär- und Sekundärdaten, um ein umfassenderes Bild der Versorgungsnutzung zu bekommen.

### **Limitationen**

Die Studie weist einige Limitationen auf. Es ist zu beachten, dass die nachgewiesenen Ergebnisse auf einer sechsmonatigen Intervention beruhen, was die Aussagefähigkeit langfristiger Effekte nicht ermöglicht. Hinzu kommt, dass in der Versorgungspraxis Gesundheitsleistungen kontinuierlich und nicht in einer zeitlich limitierten Sequenz durchgeführt werden, wie es im Rahmen eines Modellvorhaben bzw. einer wissenschaftlichen Studie der Fall ist. Dies könnte möglicherweise zu höheren Effekten führen, was bei zukünftigen Evaluationen von erweiterten Pflegeaufgaben berücksichtigt werden sollte. Außerdem ist die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auf hauptsächlich leicht kognitiv beeinträchtigte Patient\*innen im deutschen Gesundheitssystem beschränkt und die Validität der ausgewerteten Daten könnte aufgrund der kognitiven Einschränkungen von MmD in Bezug auf Vollständigkeit und Genauigkeit eingeschränkt sein. Schließlich basierte die Identifizierung von MmD auf einem DemTect-Screening-Verfahren [8], einem in der Primärversorgung weit verbreiteten Screening-Instrument, und nicht auf einem modernen Demenzdiagnoseverfahren. Dies könnte zu falsch-positiven Einschlüssen geführt haben. Wären die falsch-positiven Einschlüsse jedoch gleichmäßig über beide Studiengruppen verteilt gewesen, hätte dies eher zu einer Unterschätzung des Effekts geführt.

Weiterhin war eine Verblindung aufgrund der Natur der Intervention sowohl für die Studienteilnehmenden als auch für die Durchführenden nicht möglich. Dennoch können die Studienplanung und die Robustheit der wissenschaftlichen Aussagen der InDePendent-Studie als moderat bis hoch eingeschätzt werden. Zudem erfolgte die Rekrutierung der Studienstichprobe innerhalb von fünf Arzt- und Demenznetzwerken, die möglicherweise durch einen höheren Kommunikationsstandard unter den Leistungserbringenden im Vergleich zur Routineversorgung gekennzeichnet sind. Diese effektiveren kooperativen Strukturen könnten zu Vorteilen bei der Bereitstellung von demenzspezifischen Medikamenten und Überweisungen an Facharzt\*innen führen. Daher könnte die Anzahl der identifizierten ungedeckten Versorgungsbedarfe im Vergleich zu MmD, die in separaten Primärversorgungspraxen behandelt werden, niedriger sein. Damit wären die dargestellten Effekte unterschätzt. Da die Primärdaten auf Selbstberichten von MmD und/oder deren Angehörigen basieren, besteht die Möglichkeit einer Über- oder Unterschätzung bestimmter ungedeckter Bedarfe, was die externe Validität der Ergebnisse beeinträchtigen könnte.

## 6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Studie ist die erste, die die Wirksamkeit und Kosten-Effektivität erweiterter Pflegerollen in Deutschland umfassend bewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass trotz leicht höherer Kosten aus der Perspektive der Kostenträger ein Nutzen erzielt wird, insbesondere in der Verbesserung der Lebensqualität von MmD (mittels EQ-5D) und der schnelleren Deckung bislang offener Versorgungsbedarfe bei MmD. Aus gesellschaftlicher Perspektive erweist sich die Intervention sogar als kosteneffektiv, insbesondere durch Einsparungen bei Kosten für die informelle Pflege und eine Reduzierung der Kosten für fachärztliche Behandlungen, was eine langfristige Kosteneffektivität unterstützen könnte. Angesichts des Fehlens kurativer Therapien für Demenzen und der noch nicht verfügbaren Antikörper-Medikamente hat die Deckung dieser offenen Bedarfe hohe Priorität und stellt den Ausgangspunkt zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation der MmD und deren Angehörigen dar. Die Studie unterstreicht daher die Notwendigkeit und die Vorteile der Einführung erweiterter Pflegerollen. Für PFK fördert das Konzept die Spezialisierung und Professionalisierung des Pflegeberufs. Die Einführung neuer Aufgabengebiete und Verantwortlichkeiten schafft erweiterte Karriereoptionen und steigert die Attraktivität des Berufs durch höhere Qualifikationen und verbesserte Vergütungsperspektiven, was zu einer langfristigen Verbesserung des Pflegeberufs und neuen Beschäftigungsmöglichkeiten führen kann. Für Ärzt\*innen kann die neue Versorgungsform insbesondere in ländlichen Gebieten eine Entlastung darstellen. In den Sekundärdaten sind arztentlastende Tendenzen zu erkennen. Das Modell ermöglicht eine Vorselektion komplexer Versorgungsbedarfe, wodurch Ärzt\*innen wertvolle Einblicke in die häusliche Versorgungssituation erhalten. Dies hilft ihnen, gezielt zu entscheiden, welche Bedarfe sie selbst adressieren und welche von den PFK mit erweiterten Rollen übernommen werden können. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass das Modell trotz moderater zusätzlicher Kosten eine erhebliche Reduktion offener Versorgungsbedarfe ermöglicht und potenziell die Kosten im Gesundheitswesen senken kann.

Nach der Förderung der Dementia Care Management-Ausbildung können die Ergebnisse auf mehrere Weisen verwendet werden: Die WBS Training AG plant für 2024 eine spezialisierte Ausbildung für PFK im Bereich Dementia Care Management. Zunächst wird diese Ausbildung ohne die Übertragung ärztlicher Aufgaben angeboten, aber es besteht die Möglichkeit, später auch ärztliche Tätigkeiten in die Qualifikation zu integrieren. Das Curriculum hierfür, welches bereits vom BMG und BMFSFJ positiv geprüft wurde, liegt bereits vor und könnte die "School for Dementia Care Management" des DZNE und der WBS Training ergänzen. Diese Flexibilität zeigt, dass die Ergebnisse der Qualifikation nicht nur den aktuellen Bedarf abdecken, sondern auch an zukünftige Entwicklungen und Erweiterungen angepasst werden können. Zusätzlich wurde die Leistung „Dementia Care Management“ auf Basis umfassender Studien, wie der InDePendent Studie, in die S3-Leitlinie Demenzen aufgenommen. Diese Leitlinie, herausgegeben von den Fachgesellschaften DGPPN und DGN im Jahr 2023, bietet evidenzbasierte Empfehlungen für die Versorgung von MmD. Die Aufnahme in diese Leitlinie unterstreicht die Relevanz und Wirksamkeit eines Dementia Care Managements und ermöglicht eine offizielle Integration der Methoden in die Regelversorgung. Die Ergebnisse der InDePendent Studie erweitern bestehende Care Management Konzepte durch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten (erweiterte Pflegerollen), was die aktuelle Entwicklung in

der Gesundheitspolitik in Richtung der Akademisierung des Pflegeberufes unterstützt. Durch diese Maßnahmen wird sichergestellt, dass die Ergebnisse der Förderung nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch umgesetzt werden. Die Weiterentwicklung der Ausbildungsinhalte und die Integration dieser Konzepte in die S3-Leitlinie schaffen eine solide Grundlage für die Anwendung im Pflegealltag und unterstützen die langfristige Integration in die Standardversorgung für MmD.

Die Fortführung des Versorgungskonzepts sollte durch Modellvorhaben nach § 64d SGB V erfolgen, laut dem die Krankenkassen ab Januar 2023 verpflichtet wurden, bundesweit Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung durchzuführen. In diesem Rahmen fanden Gespräche mit den Landesverbänden der Krankenkassen statt und die Ausarbeitung einer konsentierten Leistungsbeschreibung für die erweiterten Pflegerollen. Allerdings führte eine angekündigte Reform der Pflegekompetenz Ende 2023 zur Aufhebung der Regelungen der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V, wodurch die geplante Überführung des Projekts in die Routineversorgung auf dieser Grundlage vorerst ausgesetzt wurde. Das für 2024 angekündigte Pflegekompetenzgesetz [71] könnte jedoch eine umfassende Grundlage für die Weiterentwicklung und Fortführung von solchen Versorgungskonzepten darstellen, da stattdessen entsprechend § 14 PflBG qualifizierte PFK, Möglichkeiten zur Wahrnehmung erweiterter Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung, z.B. im Bereich von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, bekommen sollen. Die staatlich geprüften PFK mit erweiterten Pflegerollen könnten also auf Grundlage des neuen Pflegekompetenzgesetzes eine wesentliche Rolle in der Regelversorgung übernehmen. Dazu würden, unter anderem, erweiterte Befugnisse in der häuslichen Krankenpflege (eigenverantwortliche Verordnung ausgewählter Leistungen und therapeutischer Maßnahmen), ein eigener pflegerischer Handlungsrahmen innerhalb des Krankenhauses, die Bestimmung der Notwendigkeit der Verordnung von Pflegehilfsmitteln usw. zählen.

Angestrebt wird eine bundesweite Ausweitung des Versorgungsmodells, bei der eine Implementierung durch die kooperative Zusammenarbeit von ambulanten Pflegediensten, Ärzte(-Netzen) und kooperierenden Krankenkassen sinnvoll wäre. Die Kooperation könnte mittels Verträgen zur besonderen Versorgung nach §140a SGB V rechtlich geregelt und finanziert werden. Eine Übertragung auf multimorbide und in ihrer Handlungskompetenz eingeschränkten Personengruppen ohne kognitive Einschränkungen wäre machbar, weshalb geriatrische Patient\*innen eine weitere mögliche Zielgruppe darstellen. Das innovative Versorgungskonzept ist so konzipiert, dass es zukünftig auf weitere Patientengruppen wie zum Beispiel multimorbide ältere Menschen mit eingeschränkter Handlungskompetenz, Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, schweren Lungenfunktionsstörungen oder Krebserkrankungen adaptiert werden kann.

Es sind jedoch **weitere Forschungsarbeiten** erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen, insbesondere mit längeren Beobachtungszeiträumen, um die Langzeitwirkungen der Intervention auf die Lebensqualität, die Belastung und die Versorgungskosten herauszustellen. Außerdem ist die Umsetzung dieser Aufgaben in der regulären Gesundheitsversorgung nach wie vor eine Herausforderung, da sie gesetzliche Änderungen im Gesundheitssystem erfordern würde, die in der Regel viel Zeit in Anspruch nehmen. Daher sind weitere Umsetzungsstudien mit größeren Stichproben, längeren Interventionszeiträumen und unterschiedlichen Settings erforderlich, um die Umsetzung der

erweiterten Aufgaben der Pflege zu überwachen. Weiterhin könnten sich zukünftige Forschungsarbeiten stärker auf die Dyade fokussieren und Interventionsmodule für Angehörige anbieten, um deren Versorgung zu verbessern und ihre Belastung zu reduzieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Versorgungskonzept mit erweiterten Pflegerollen in der ambulanten Demenzversorgung vielversprechende Ergebnisse liefert und konkrete Schritte zur Integration in die Regelversorgung unternommen werden müssen. Die positiven Effekte auf die Lebensqualität und die Kosten-Effektivität des Modells aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive legen nahe, dass eine breite Implementierung sowohl für Patient\*innen als auch für das Gesundheitssystem von Vorteil wäre.

## 7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Bereits veröffentlicht:

- Kleinke, F., Michalowsky, B., Rädke, A. et al. Advanced nursing practice and interprofessional dementia care (InDePendent): study protocol for a multi-center, cluster-randomized, controlled, interventional trial. *Trials*23, 290 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06249-1>
- Mühlichen, F., Michalowsky, B., Rädke, A. et al. Das InDePendent-Projekt zur Erweiterung der Pflegerolle und Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz ProAlter (2022) 3: 45 - 49.
- Mühlichen, F. et al. (2023): Ambulante Versorgung neu denken. *Pflege & Gesellschaft* 2023 / 1. Halbjahr; 2: 171 – 181.
- Scharf, A., Kleinke, F., Michalowsky, B., Rädke, A., Pfitzner, S., Mühlichen, F., Buchholz, M., van den Berg, N., & Hoffmann, W. (2024). Sociodemographic and Clinical Characteristics of People Living with Dementia and Their Associations with Unmet Healthcare Needs: Insights from the Baseline Assessment of the InDePendent Study. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 99(2), 559–575. <https://doi.org/10.3233/JAD-231173>
- Michalowsky, B., Rädke, A., Scharf, A., Mühlichen, F., Buchholz, M., Platen, M., Kleinke, F., Penndorf, P., Pfitzner, S., van den Berg, N., & Hoffmann, W. (2024). Healthcare Needs Patterns and Pattern-Predicting Factors in Dementia: Results of the Comprehensive, Computerized Unmet Needs Assessment from the Randomized, Controlled Interventional Trial InDePendent. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 100(1), 345–356. <https://doi.org/10.3233/JAD-240025>
- Buchholz M, Engel L, Kleinke F, Mühlichen F, Pfaff M, Platen M, Rädke A, Scharf A, Weber N, van den Berg N, Hoffmann W, Michalowsky B. Discrepancies between self- and proxy-rated quality of life in people living with dementia. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2024 Jun 19;10(2):e12486. doi: <https://doi.org/10.1002%2Ftrc2.12486>. PMID: 38899046; PMCID: PMC11186300
- Scharf, A., Buchholz, M., Michalowsky, B., Rädke, A., Kleinke, F., van den Berg, N., Hoffmann, W. (2024). Sind Pflegefachkräfte die neuen Ärztinnen und Ärzte? - Über ein aktuelles Projekt zur Kompetenzerweiterung. *KU Gesundheitsmanagement*, 10. Ausgabe, <https://ku-gesundheitsmanagement.de/2024/11/05/sind-pflegefachkraefte-die-neuen-aerztinnen-und-aerzte/>

Bereits eingereicht:

- Rädke, A. et al. (2024): Efficacy and Effectiveness of Extended Nursing Roles and Interprofessional Dementia Care in Primary Care - Results of the Multicenter, Cluster-randomized Trial InDePendent.
- Mühlichen, F. et al. (2024): Qualification of Nurses substitute Physicians in Primary Dementia Care in Germany.
- Platen, M. (2024): Comparing the validity and predictive ability of diagnosis versus medication-based comorbidity indices.

Einreichung geplant:

- Kleinke, F. et al. (2024): Social support, loneliness and social participation.
- Michalowsky, B. et al. (2024): Validität patienten-berichteter Messinstrumente (EQ-5D-5L, QoL-AD).
- Platen, M. et al. (2024): Estimation and analysis of marginal effects for predicting dementia severity.

#### IV Literaturverzeichnis

1. Blotenberg, I., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2023). Demenz in Deutschland: Epidemiologie und Präventionspotenzial. *Dtsch Arztebl International*, 120(27-28), 470-476. doi:10.3238/arztebl.m2023.0100
2. BMFSFJ, BMG. Nationale Demenzstrategie. Berlin: 2020. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159762/5a16ea542c67ed29aa458b8c30a5ad82/200701-nationale-demenzstrategie-data.pdf>
3. Michalowsky, B., Kaczynski, A., & Hoffmann, W. (2019). Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – Eine Metaanalyse [The economic and social burden of dementia diseases in Germany-A meta-analysis]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(8), 981–992. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02985-z>
4. Black, B. S., Johnston, D., Rabins, P. V., Morrison, A., Lyketsos, C., & Samus, Q. M. (2013). Unmet needs of community-residing persons with dementia and their informal caregivers: findings from the maximizing independence at home study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(12), 2087–2095. <https://doi.org/10.1111/jgs.12549>
5. Eichler, T., Thyrian, J. R., Hertel, J., Richter, S., Wucherer, D., Michalowsky, B., Teipel, S., Cllimann, I., Dreier, A., & Hoffmann, W. (2016). Unmet Needs of Community-Dwelling Primary Care Patients with Dementia in Germany: Prevalence and Correlates. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 51(3), 847–855. <https://doi.org/10.3233/JAD-150935>
6. Eichler, T., Thyrian, J. R., Fredrich, D., Köhler, L., Wucherer, D., Michalowsky, B., Dreier, A., & Hoffmann, W. (2014). The benefits of implementing a computerized intervention-management-system (IMS) on delivering integrated dementia care in the primary care setting. *International psychogeriatrics*, 26(8), 1377–1385. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000830>

7. Thyrian, J. R., Hertel, J., Wucherer, D., Eichler, T., Michalowsky, B., Dreier-Wolfgramm, A., Zwingmann, I., Cllimann, I., Teipel, S., & Hoffmann, W. (2017). Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(10), 996–1004. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2124>
8. Kalbe, E., Kessler, J., Calabrese, P., Smith, R., Passmore, A. P., Brand, M., & Bullock, R. (2004). DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(2), 136–143. <https://doi.org/10.1002/gps.1042>
9. Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic medicine*, 64(3), 510–519. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00016>
10. Gibbons, L., McCurry, S., & Teri, L. (1999). Quality of Life in Alzheimer's disease: Patient and Caregiver Reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 21-32.
11. EQ-5D © 2023 EuroQol Research Foundation: EQ-5D-5L About. 2023. Online: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>
12. Ludwig, K., Graf von der Schulenburg, J. M., & Greiner, W. (2018). German Value Set for the EQ-5D-5L. *Pharmacoeconomics*, 36(6), 663–674. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0615-8>
13. Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
14. Seidl, H., Bowles, D., Bock, J. O., Brettschneider, C., Greiner, W., König, H. H., & Holle, R. (2015). FIMA--Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter: Entwicklung und Pilotstudie [FIMA--questionnaire for health-related resource use in an elderly population: development and pilot study]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77(1), 46–52. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1372618>
15. Wimo, A., Jonsson, L., & Zbrozek, A. (2010). The Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument is valid for assessing informal care time in community-living patients with dementia. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(8), 685–690. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0316-2>
16. Faria, R., Gomes, M., Epstein, D., & White, I. R. (2014). A guide to handling missing data in cost-effectiveness analysis conducted within randomised controlled trials. *Pharmacoeconomics*, 32(12), 1157–1170. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0193-3>
17. White, I. R., Royston, P., & Wood, A. M. (2011). Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in medicine*, 30(4), 377–399. <https://doi.org/10.1002/sim.4067>
18. IBM Corp. Released 2023. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0.2.0 Armonk, NY: IBM Corp

19. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC 2017.
20. RStudio Team, RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA 2020.
21. Bock, J. O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, D., Holle, R., Greiner, W., & König, H. H. (2015). Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation [Calculation of standardised unit costs from a societal perspective for health economic evaluation]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77(1), 53–61. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374621>
22. Byford, S., Torgerson, D. J., & Raftery, J. (2000). Economic note: cost of illness studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7245), 1335. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7245.1335>
23. Briggs, A. H., & Gray, A. M. (1999). Handling uncertainty in economic evaluations of healthcare interventions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7210), 635–638. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7210.635>
24. Obenchain R. L. (1999). Resampling and multiplicity in cost-effectiveness inference. *Journal of biopharmaceutical statistics*, 9(4), 563–582. <https://doi.org/10.1081/bip-100101196>
25. Kuckartz, Udo. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
26. Scharf, A., Kleinke, F., Michalowsky, B., Rädke, A., Pfitzner, S., Mühlichen, F., Buchholz, M., van den Berg, N., & Hoffmann, W. (2024). Sociodemographic and Clinical Characteristics of People Living with Dementia and Their Associations with Unmet Healthcare Needs: Insights from the Baseline Assessment of the InDePendent Study. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 99(2), 559–575. <https://doi.org/10.3233/JAD-231173>
27. Kleinke, F., Michalowsky, B., Rädke, A., Platen, M., Mühlichen, F., Scharf, A., Mohr, W., Penndorf, P., Bahls, T., van den Berg, N., & Hoffmann, W. (2022). Advanced nursing practice and interprofessional dementia care (InDePendent): study protocol for a multi-center, cluster-randomized, controlled, interventional trial. *Trials*, 23(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06249-1>
28. Samus, Q. M., Johnston, D., Black, B. S., Hess, E., Lyman, C., Vavilikolanu, A., Pollutra, J., Leoutsakos, J. M., Gitlin, L. N., Rabins, P. V., & Lyketsos, C. G. (2014). A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 22(4), 398–414. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.12.175>
29. Orrell, M., Hancock, G., Hoe, J., Woods, B., Livingston, G., & Challis, D. (2007). A cluster randomised controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(11), 1127–1134. <https://doi.org/10.1002/gps.1801>

30. 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. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2>
31. Pichon-Riviere, A., Drummond, M., Palacios, A., Garcia-Marti, S., & AugustovsCI, F. (2023). Determining the efficiency path to universal health coverage: cost-effectiveness thresholds for 174 countries based on growth in life expectancy and health expenditures. *The Lancet Global Health*, 11(6), e833-e842. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00162-6
32. Scholzel-Dorenbos, C. J., Meeuwssen, E. J., & Olde Rikkert, M. G. (2010). Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia. *Aging & mental health*, 14(1), 113–119. <https://doi.org/10.1080/13607860903046495>
33. van der Roest, H. G., Meiland, F. J., van Hout, H. P., Jonker, C., & Dröes, R. M. (2008). Validity and reliability of the Dutch version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly in community-dwelling people with dementia. *International psychogeriatrics*, 20(6), 1273–1290. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007400>
34. Lam, L. C., Lee, J. S., Chung, J. C., Lau, A., Woo, J., & Kwok, T. C. (2010). A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(4), 395–402. <https://doi.org/10.1002/gps.2352>
35. Vickrey, B. G., Mittman, B. S., Connor, K. I., Pearson, M. L., Della Penna, R. D., Ganiats, T. G., Demonte, R. W., Jr, Chodosh, J., Cui, X., Vassar, S., Duan, N., & Lee, M. (2006). The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 145(10), 713–726. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00004>
36. Possin, K. L., Merrilees, J. J., Dulaney, S., Bonasera, S. J., Chiong, W., Lee, K., Hooper, S. M., Allen, I. E., Braley, T., Bernstein, A., Rosa, T. D., Harrison, K., Begert-Hellings, H., Kornak, J., Kahn, J. G., Naasan, G., Lanata, S., Clark, A. M., Chodos, A., Gearhart, R., ... Miller, B. L. (2019). Effect of Collaborative Dementia Care via Telephone and Internet on Quality of Life, Caregiver Well-being, and Health Care Use: The Care Ecosystem Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 179(12), 1658–1667. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4101>
37. Michalowsky, B., et al., Long-Term Effectiveness and Cost-Effectiveness of Collaborative Dementia Care: A General Practitioner Based Randomized Controlled Trial. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4662336>
38. Jansen, A. P., van Hout, H. P., Nijpels, G., Rijmen, F., Dröes, R. M., Pot, A. M., Schellevis, F. G., Stalman, W. A., & van Marwijk, H. W. (2011). Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. *International journal of nursing studies*, 48(8), 933–943. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004>

39. Lam, L. C., Lee, J. S., Chung, J. C., Lau, A., Woo, J., & Kwok, T. C. (2010). A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(4), 395–402. <https://doi.org/10.1002/gps.2352>
40. Chodosh, J., Berry, E., Lee, M., Connor, K., DeMonte, R., Ganiats, T., Heikoff, L., Rubenstein, L., Mittman, B., & Vickrey, B. (2006). Effect of a dementia care management intervention on primary care provider knowledge, attitudes, and perceptions of quality of care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 311–317. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00564.x>
41. Ready, R. E. (2011). Measuring quality of life in dementia. In C. Jenkinson, M. Peters & M. B. Bromberg (Eds.), *Quality of Life Measurement in Neurodegenerative and Related Conditions* (pp. 82-94). Cambridge: Cambridge University Press.
42. Aguirre, E., Kang, S., Hoare, Z., Edwards, R. T., & Orrell, M. (2016). How does the EQ-5D perform when measuring quality of life in dementia against two other dementia-specific outcome measures?. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(1), 45–49. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1065-9>
43. Chu, P., Edwards, J., Levin, R., & Thomson, J. (2000). The use of clinical case management for early stage Alzheimer' patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 15(5), 284-290. doi: 10.1177/153331750001500506
44. Dias, A., Dewey, M. E., D'Souza, J., Dhume, R., Motghare, D. D., Shaji, K. S., Menon, R., Prince, M., & Patel, V. (2008). The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PloS one*, 3(6), e2333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002333>
45. Arnsberger, P., Fox, P., & Zhang, X. (1999). Case manager-defined roles in the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration: relationship to client and caregiver outcomes. *Care management journals : Journal of case management ; The journal of long term home health care*, 1(1), 29–37.
46. Chien, W. T., & Lee, Y. M. (2008). A disease management program for families of persons in Hong Kong with dementia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(4), 433–436. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.4.433>
47. Possin, K. L., Merrilees, J. J., Dulaney, S., Bonasera, S. J., Chiong, W., Lee, K., Hooper, S. M., Allen, I. E., Braley, T., Bernstein, A., Rosa, T. D., Harrison, K., Begert-Hellings, H., Kornak, J., Kahn, J. G., Naasan, G., Lanata, S., Clark, A. M., Chodos, A., Gearhart, R., ... Miller, B. L. (2019). Effect of Collaborative Dementia Care via Telephone and Internet on Quality of Life, Caregiver Well-being, and Health Care Use: The Care Ecosystem Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 179(12), 1658–1667. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4101>
48. Michalowsky, B., Blotenberg, I., Platen, M., Teipel, S., Cllimann, I., Portacolone, E., . . . Hoffmann, W. (2024). Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Collaborative Dementia

Care: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 7(7), e2419282-e2419282. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.19282

49. Pimouguet, C., Lavaud, T., Dartigues, J. F., & Helmer, C. (2010). Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(8), 669–676. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0314-4>
50. Newcomer, R., Yordi, C., DuNah, R., Fox, P., & WilCInson, A. (1999). Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on caregiver burden and depression. *Health services research*, 34(3), 669–689.
51. Weinberger, M., Gold, D. T., Divine, G. W., Cowper, P. A., Hodgson, L. G., Schreiner, P. J., & George, L. K. (1993). Social service interventions for caregivers of patients with dementia: impact on health care utilization and expenditures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(2), 153–156. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1993.tb02050.x>
52. Duru, O. K., Ettner, S. L., Vassar, S. D., Chodosh, J., & Vickrey, B. G. (2009). Cost evaluation of a coordinated care management intervention for dementia. *The American journal of managed care*, 15(8), 521–528.
53. Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, I. L., Hentinen, M., Clivelä, S. L., Sivenius, J., & Sulkava, R. (2001). Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1282–1287. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49255.x>
54. Newcomer, R., Miller, R., Clay, T., & Fox, P. (1999). Effects of the Medicare Alzheimer's disease demonstration on Medicare expenditures. *Health care financing review*, 20(4), 45–65.
55. MacNeil Vroomen, J., Bosmans, J. E., Eekhout, I., Joling, K. J., van Mierlo, L. D., Meiland, F. J., van Hout, H. P., & de Rooij, S. E. (2016). The Cost-Effectiveness of Two Forms of Case Management Compared to a Control Group for Persons with Dementia and Their Informal Caregivers from a Societal Perspective. *PloS one*, 11(9), e0160908. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160908>
56. Michalowsky, B., Xie, F., Eichler, T., Hertel, J., Kaczynski, A., Cllimann, I., Teipel, S., Wucherer, D., Zwingmann, I., Thyrian, J. R., & Hoffmann, W. (2019). Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management-Results of a cluster-randomized controlled trial. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 15(10), 1296–1308. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.05.008>
57. Meeuwssen, E., Melis, R., van der Aa, G., Golüke-Willemse, G., de Leest, B., van Raak, F., Schölzel-Dorenbos, C., Verheijen, D., Verhey, F., Visser, M., Wolfs, C., Adang, E., & Olde Rikkert, M. (2013). Cost-effectiveness of one year dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: economic evaluation of a randomised controlled trial. *PloS one*, 8(11), e79797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079797>
58. MacNeil Vroomen, J., Bosmans, J. E., van de Ven, P. M., Joling, K. J., van Mierlo, L. D., Meiland, F. J., Moll van Charante, E. P., van Hout, H. P., & de Rooij, S. E. (2015). Community-dwelling patients with dementia and their informal caregivers with and without case

management: 2-year outcomes of a pragmatic trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(9), 800.e1–800.e8008. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.011>

59. Pichon-Riviere, A., Drummond, M., Palacios, A., Garcia-Marti, S., & AugustovsCI, F. (2023). Determining the efficiency path to universal health coverage: cost-effectiveness thresholds for 174 countries based on growth in life expectancy and health expenditures. *The Lancet Global Health*, 11(6), e833–e842. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00162-6

60. Hovsepian, V., Bilazarian, A., Schlak, A. E., Sadak, T., & Poghosyan, L. (2022). The Impact of Ambulatory Dementia Care Models on Hospitalization of Persons Living With Dementia: A Systematic Review. *Research on aging*, 44(7-8), 560–572. <https://doi.org/10.1177/01640275211053239>

61. Bass, D. M., Judge, K. S., Maslow, K., Wilson, N. L., Morgan, R. O., McCarthy, C. A., Looman, W. J., Snow, A. L., & Kunik, M. E. (2015). Impact of the care coordination program "Partners in Dementia Care" on veterans' hospital admissions and emergency department visits. *Alzheimer's & dementia (New York, N. Y.)*, 1(1), 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2015.03.003>

62. Clark, P. A., Bass, D. M., Looman, W. J., McCarthy, C. A., & Eckert, S. (2004). Outcomes for patients with dementia from the Cleveland Alzheimer's Managed Care Demonstration. *Aging & mental health*, 8(1), 40–51. <https://doi.org/10.1080/13607860310001613329>

63. Godard-Sebillotte, C., Le Berre, M., Schuster, T., Trottier, M., & Vedel, I. (2019). Impact of health service interventions on acute hospital use in community-dwelling persons with dementia: A systematic literature review and meta-analysis. *PloS one*, 14(6), e0218426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218426>

64. Griffith, L. E., Gruneir, A., Fisher, K. A., Aljied, R., Perez, R., Nguyen, F., . . . Upshur, R. (2021). The impact of multimorbidity level and functional limitations on the accuracy of using self-reported survey data compared to administrative data to measure general practitioner and specialist visits in community-living adults. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 1123. doi:10.1186/s12913-021-07160-2

65. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN): S3-Leitlinie "Demenzen" (2016) [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013l\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf) (letzter Abruf am 01.06.2022)

66. Neumann, P. J., Cohen, J. T., & Weinstein, M. C. (2014). Updating cost-effectiveness--the curious resilience of the \$50,000-per-QALY threshold. *The New England journal of medicine*, 371(9), 796–797. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1405158>

67. Grosse, S. D. (2008). Assessing cost-effectiveness in healthcare: history of the \$50,000 per QALY threshold. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 8(2), 165–178. <https://doi.org/10.1586/14737167.8.2.165>

68. Ramsey, S., Willke, R., Briggs, A., Brown, R., Buxton, M., Chawla, A., . . . Reed, S. (2005). Good Research Practices for Cost-Effectiveness Analysis Alongside Clinical Trials: The ISPOR RCT-CEA Task Force Report. *Value in Health*, 8(5), 521-533. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.00045.x>
69. Cording, L., Beyer, A., Boettcher, A. M., Schattschneider, R., & Busch, S. (2019). Ärztinnen und Ärzte an der Schnittstelle zum nicht-medizinischen Hilfs- und Unterstützungssektor für Menschen mit Demenz [Physicians at the Interface to the Non-Medical Sector of Home- and Community-Based Services for People with Dementia]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 81(4), 319–324. <https://doi.org/10.1055/s-0042-124662>
70. Kratzer, A., Karrer, L., Dietzel, N., Wolff, F., Hess, M., Kolominsky-Rabas, P., & Gräßel, E. (2020). Symptombelastung, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und Todesumstände von Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase: der Bayerische Demenz Survey (BayDem). [Symptom Burden, Health Services Utilization and Places and Causes of Death in People with Dementia at the End of Life: the Bavarian Dementia Survey (BayDem)]. *Gesundheitswesen*, 82(01), 50-58. doi:10.1055/a-1033-7159
71. Bundesgesundheitsministerium (2023): Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier\\_Vorlaeufige\\_Eckpunkte\\_PflegekompetenzG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf) (Stand: 19.12.23).
72. Michalowsky, B., Engel, L., Buchholz, M., Weber, N., Kohlmann, T., & Xie, F. (2024). Health Fluctuations in Dementia and its Impact on the Assessment of Health-Related Quality of Life Using the EQ-5D-5L. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 27(8), 1092–1099. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.04.010>
73. Stein J, D.M., Liegert P, Pabst A, G. Riedel-Heller S, Camberwell Assessment of Need for the Elderly CANE. Handbuch für die adaptierte deutsche Version. Psychiatrie Verlag, Forschung für die Praxis. Hochschulschriften, 2019
74. Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 176, 444–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.444>

## **Anlagen**

- Anlage 1: Schulungsmaterial für Study Nurses
- Anlage 2: InDePendent Curriculum
- Anlage 3: Kurzlehrbuch PFK-Qualifikation
- Anlage 4: Aufklärungsbogen Studienteilnahme Patient
- Anlage 5: Informationen zum Studienablauf für Ärzt\*innen
- Anlage 6: EAP (Erweitertes Assessment)
- Anlage 7: Interviewleitfaden Ärzte
- Anlage 8: Interviewleitfaden DCMs
- Anlage 9: Exemplarische Darstellung des IMS



# InDePendent-Studie

## Schulung & Einführung der Study Nurses

Institut für Community Medicine, Abt.  
Versorgungsepidemiologie & Community  
Health

# AGENDA PUNKTE



**01** **MODUL 1**  
Einleitung & Hintergrund

**02** **MODUL 2**  
Vorstellung DZNE, ICM &  
InDePendent-Studie

**03** **MODUL 3**  
Vorbereitung, Durchführung,  
Nachbereitung  
Hausbesuche

**04** **MODUL 4**  
Hygienekonzept

**05** **MODUL 5**  
Organisatorisches

# Modul 1

## Einleitung & Hintergrund



### Demografischer Wandel & steigende Prävalenz der Demenz

- Steigende Lebenserwartung → erhöht Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung
- Anteil altersassoziierter Erkrankungen (z.B. Demenz) wird zunehmen
- Aktuell: 1,8 Mio. Menschen mit einer Demenzerkrankung
- Bis zum Jahr 2050: voraussichtlich 2,8 Mio. Menschen
- Folge: steigende Gesundheitsausgaben
  - Im Jahr 2016 ca. 73 Mrd. Euro
  - Diese Zahl könnte sich in den nächsten 20 Jahren verdoppeln!

# Modul 1

## Einleitung & Hintergrund



### Versorgungsproblematik bei Demenz

- Ziel: selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit
- Dabei sind Menschen mit Demenz auf komplexe und sektorenübergreifende Versorgung angewiesen (medizinische, pflegerische, psychologische sowie sozialrechtliche Versorgungsbedarfe)
- Insbesondere in ländlichen & strukturschwachen Regionen kommt es zu langen Fahrtwegen (z.B. zum Hausarzt) → Problem für zunehmend immobile (kognitiv beeinträchtigte) Menschen
- Daher sind Menschen mit Demenz auf eine individuelle, komplexe und aktive Unterstützung (in der Inanspruchnahme v. Versorgungsleistungen) angewiesen

# Modul 1

## Einleitung & Hintergrund



### Innovativer Lösungsansatz: Dementia Care Management (DCM)

- Vorstudie zum Thema Demenz: DelpHi-MV
- Ambulantes Versorgungskonzept zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen (DZNE Rostock/ Greifswald & Universitätsmedizin Greifswald (ICM))
- Erkennen von Versorgungslücken (Bedarfen) durch Befragung (DCM) und Intervention-Management-System (IMS)
- Daraus wurde ein individueller Versorgungs- und Behandlungsplan erstellt und mit dem Hausarzt abgestimmt und umgesetzt
- Ergebnisse: u.a. weniger neuropsychiatrische Auffälligkeiten, höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, geringere Angehörigenbelastung & verringerte Versorgungskosten

# Modul 2

## Vorstellung DZNE, ICM & InDePendent-Studie

- DZNE & ICM
- Kurzübersicht & Organigramm
- Ziele der Studie
- Primäre Forschungsfrage & primäres Outcome
- Studiendesign
- Anzahl geplanter Probanden

# 02

# Modul 2

## Vorstellung DZNE & ICM



### DZNE: Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen

- Forschungszentrum mit Fokus auf die Neurodegeneration
- 80 Arbeitsgruppen erforschen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener neurodegenerativer Erkrankungen mit dem Ziel, neue präventive und therapeutische Ansätze zu entwickeln
- Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Ländern, in denen es Standorte gibt:
  - Bundesweit 10 Standorte: Berlin, Bonn, Dresden, Göttingen, Magdeburg, München, Rostock/Greifswald, Tübingen, Ulm und Witten

# Modul 2

## Vorstellung DZNE & ICM



### Institut für Community Medicine (Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health)

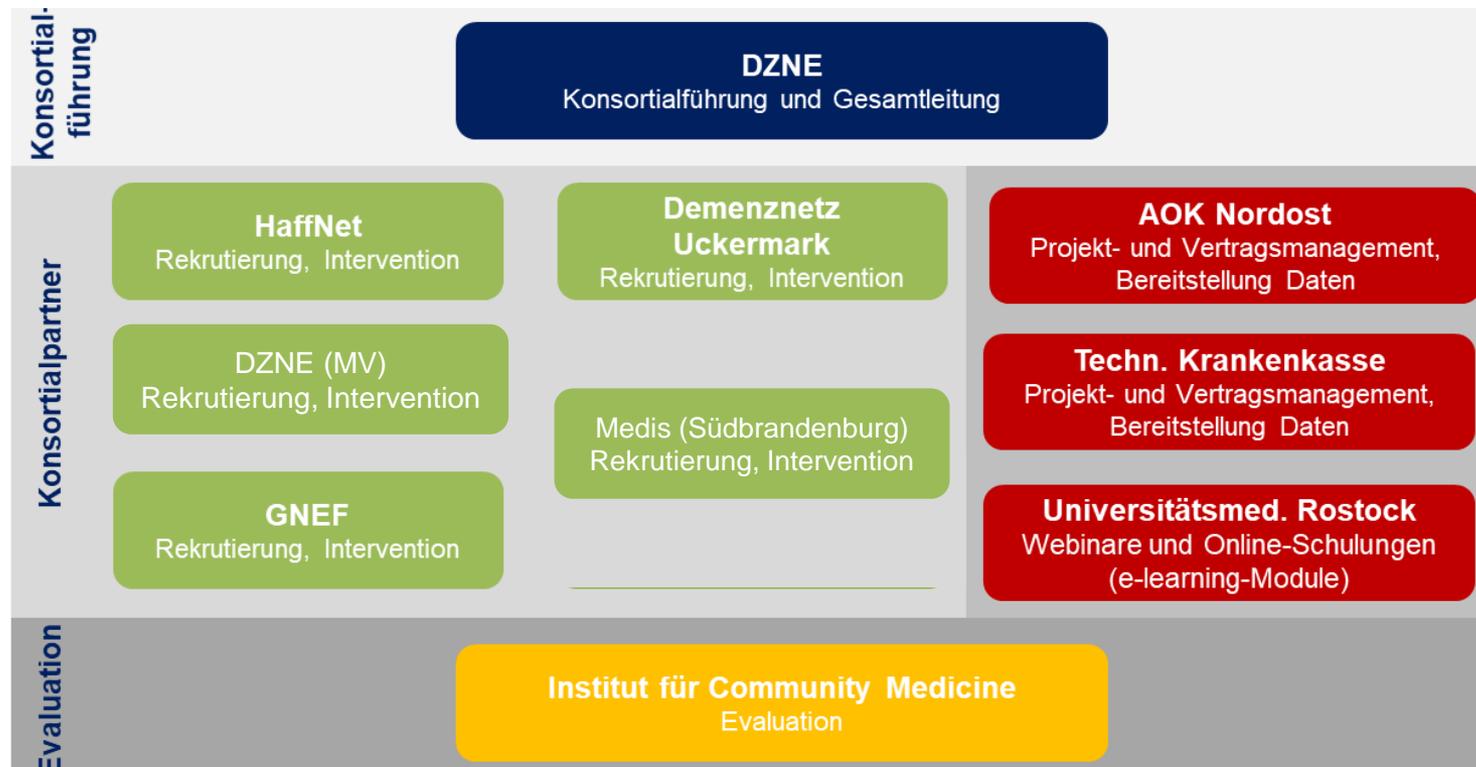
- Angesiedelt an der Universitätsmedizin Greifswald
- Community Medicine (CM) ist eine bevölkerungsbezogene medizinische Wissenschaft mit starkem Praxisbezug
- Im Zentrum steht die Analyse, Intervention und Evaluation auf der regionalen Bevölkerungsebene
- Die Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health befasst sich schwerpunktmäßig mit klinischen und bevölkerungsbezogenen Projekten in den Bereichen Versorgungsforschung und Epidemiologie
- Geschäftsführender Direktor und Abteilungsleiter: Herr Prof. Wolfgang Hoffmann (Stellv. Abteilungsleitung: Frau Prof. van den Berg)

# Modul 2

## Die InDePendent-Studie



### Organigramm



# Modul 2

## Die InDePendent-Studie



### Kurzübersicht

- Innovationsfonds-Projekt

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, zu fördern.
- Zu diesem Zweck hat die Bundesregierung einen Innovationsfonds aufgelegt. Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

- Fördersumme: ca. 4,3 Mio. Euro

Gefördert durch:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

# Modul 2

## Die InDePendent-Studie



### Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzten und speziell qualifizierten Pflegefachkräften in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz

- (Versorgungs)-Ziele der Studie:
  - Verringerung der ungedeckten Versorgungsbedarfe durch eine Aufgabenneuverteilung zwischen Pflegefachpersonen (PFP) und Hausärzten (Primär)
  - Steigerung der Lebensqualität & Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit
  - Entlastung der Angehörigen von Menschen mit Demenz
  - Erweiterung der Pflegerolle und Entlastung der Hausärzte

# Modul 2

## Die InDePendent-Studie



### Primäre Forschungsfrage:

- Reduziert der Einsatz der demenz-spezifisch qualifizierten Pflegefachpersonen und eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung häufiger offene Versorgungsbedarfe bei Menschen mit Demenz im Vergleich zur Routineversorgung?

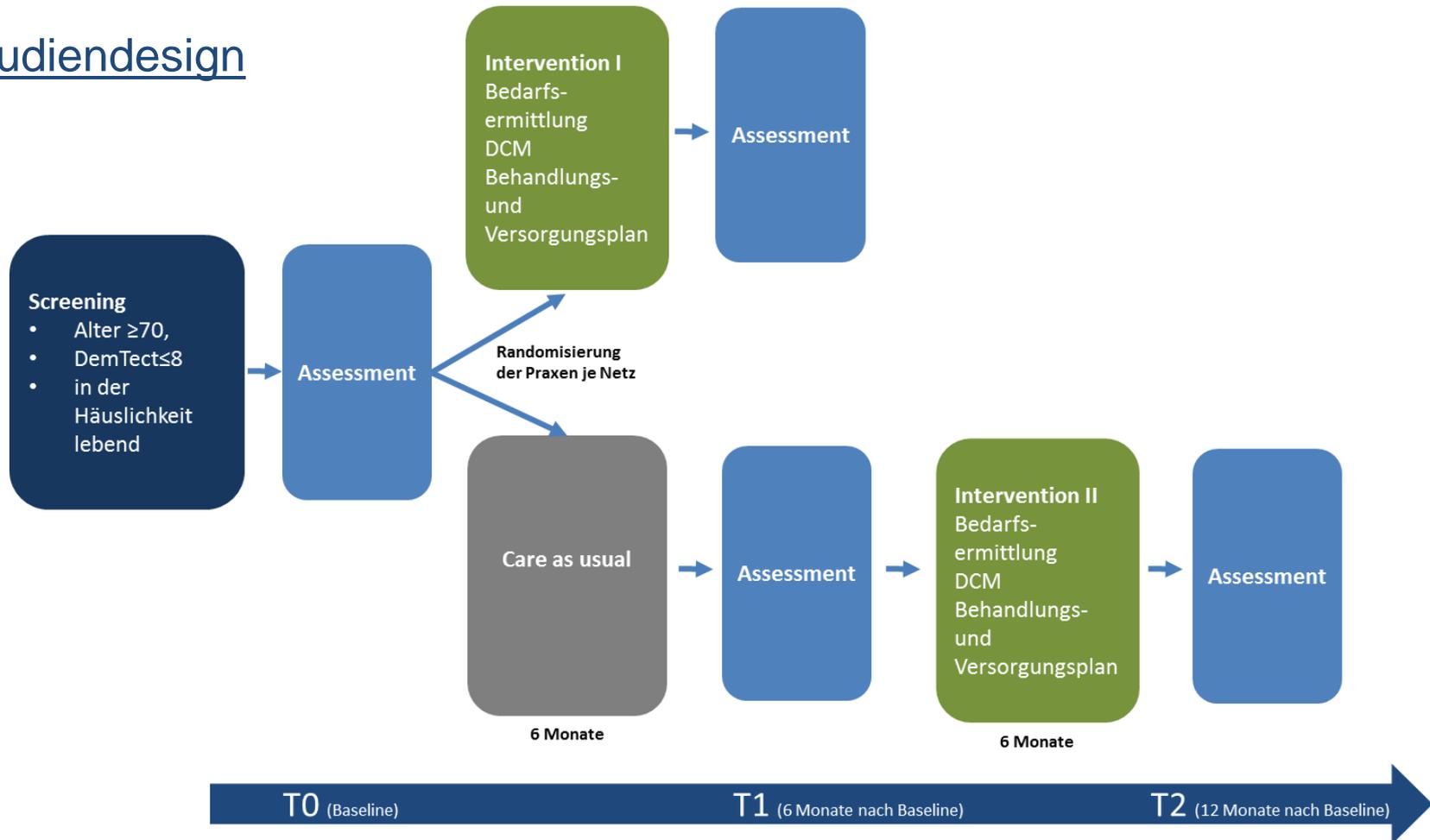
### Primäres Outcome (Zielgröße):

- Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe (z.B. benötigte Sehhilfe, kein barrierefreies Bad) nach 6 Monaten in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (care as usual)
- Gemessen mit dem CANE – The Camberwell Assessment of Need for the Elderly)

# Modul 2

## Die InDePendent-Studie

### Studiendesign

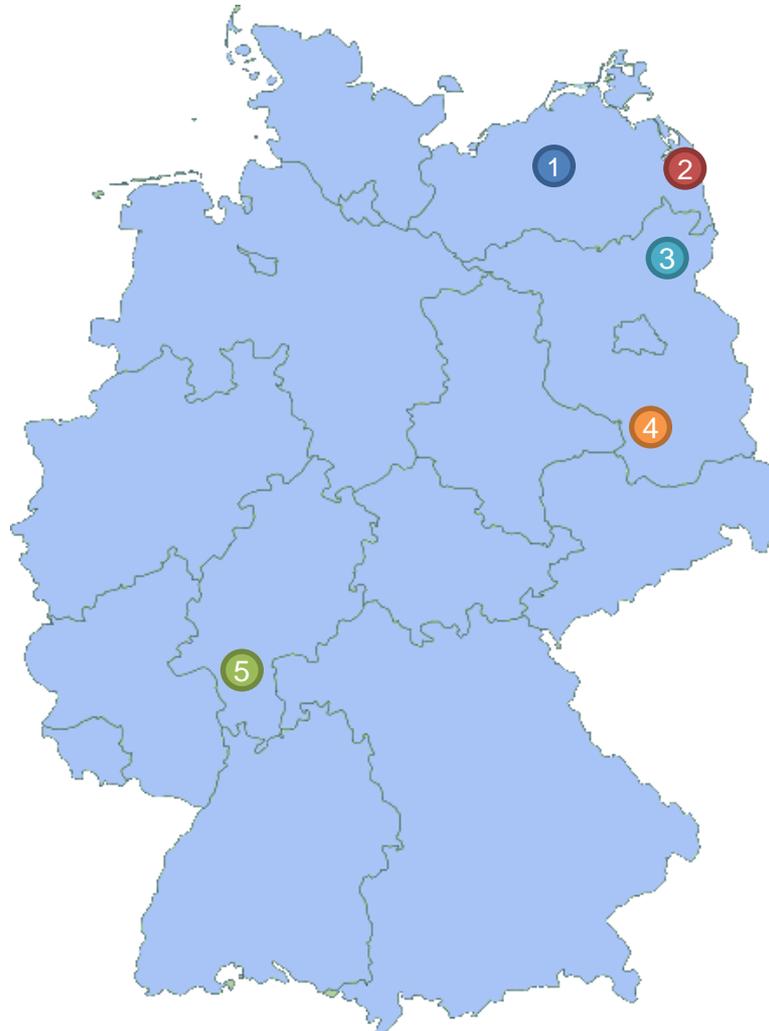


# Modul 2

## Die InDePendent-Studie



### Studiendesign



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

# Modul 2

## Die InDePendent-Studie



### Geplante Anzahl an Probanden

	Zentrum & Studiengruppe	2020			2021												
		Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	März	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	
Arm 1	Zentrum 1 Haffnet											16			16		
	Zentrum 2 Uckermark											5			5		
	Zentrum 3 GNEF											5 (davon 3 s.K.)			5 (davon 3 s.K.)		
	Zentrum 4 DZNE (inkl. Arznetz SüdB)											12 (davon 6 SüdB)			12 (davon 6 SüdB)		
Arm 2	Zentrum 1 Haffnet <span style="color:red">2</span>				32			32			32			32			
	Zentrum 2 Uckermark <span style="color:blue">3</span>				11			11			11			11			
	Zentrum 3 GNEF <span style="color:green">5</span>				11 (davon 8 s.K.)			11 (davon 8 s.K.)			11 (davon 8 s.K.)			11 (davon 7 s.K.)			
	Zentrum 4 DZNE (inkl. Arznetz SüdB) <span style="color:blue">1</span> <span style="color:orange">4</span>				24 (davon 11 SüdB)			24 (davon 11 SüdB)			24 (davon 11 SüdB)			24 (davon 11 SüdB)			
<b>Rekrutierung pro Quartal</b>		0			77 (davon 8 s.K.)			77 (davon 8 s.K.)			116 (davon 11 s.K.)			116 (davon 10 s.K.)			

# Modul 3

## Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung Hausbesuche

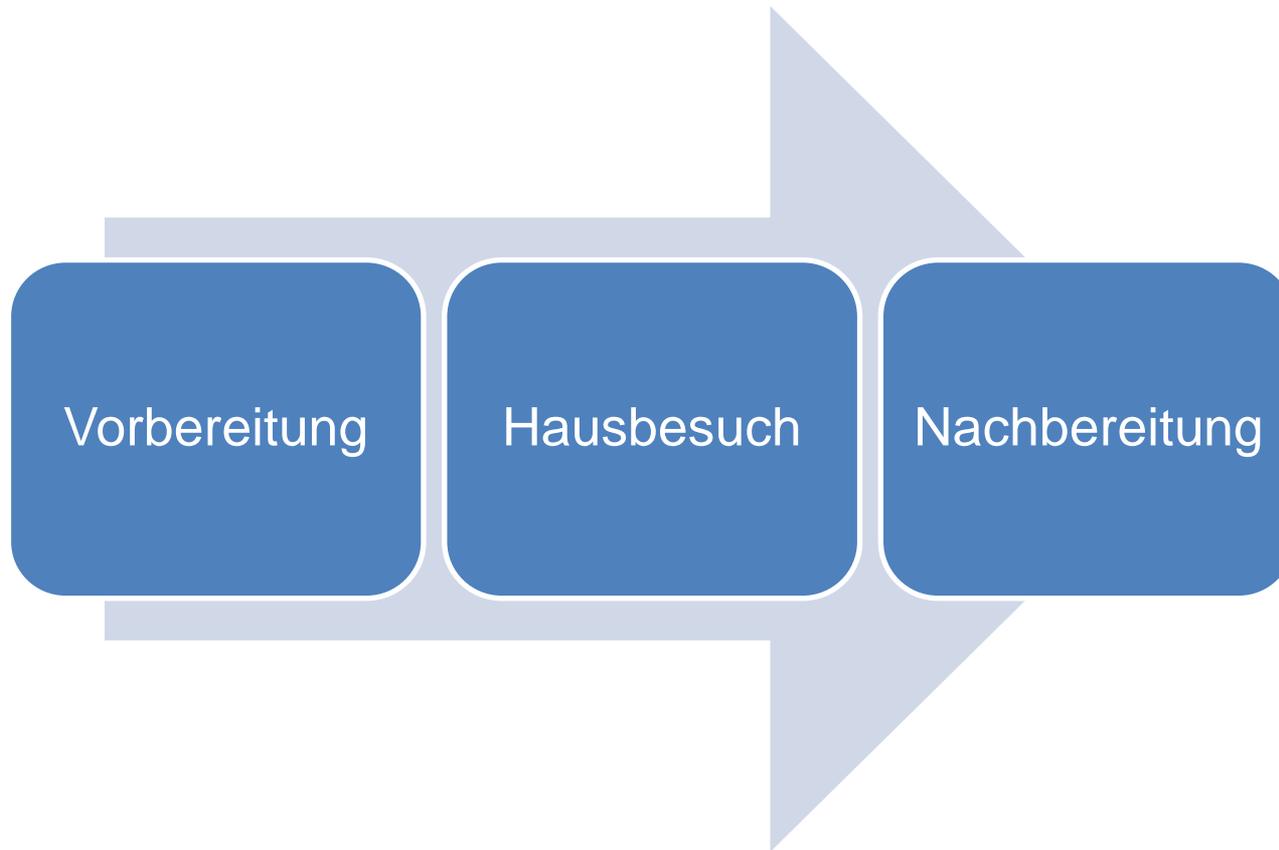


- Ablauf Hausbesuch
- Übersicht der Themen
- Vorstellung der Fragebögen
- Objektivität der Datenerhebung

# 03

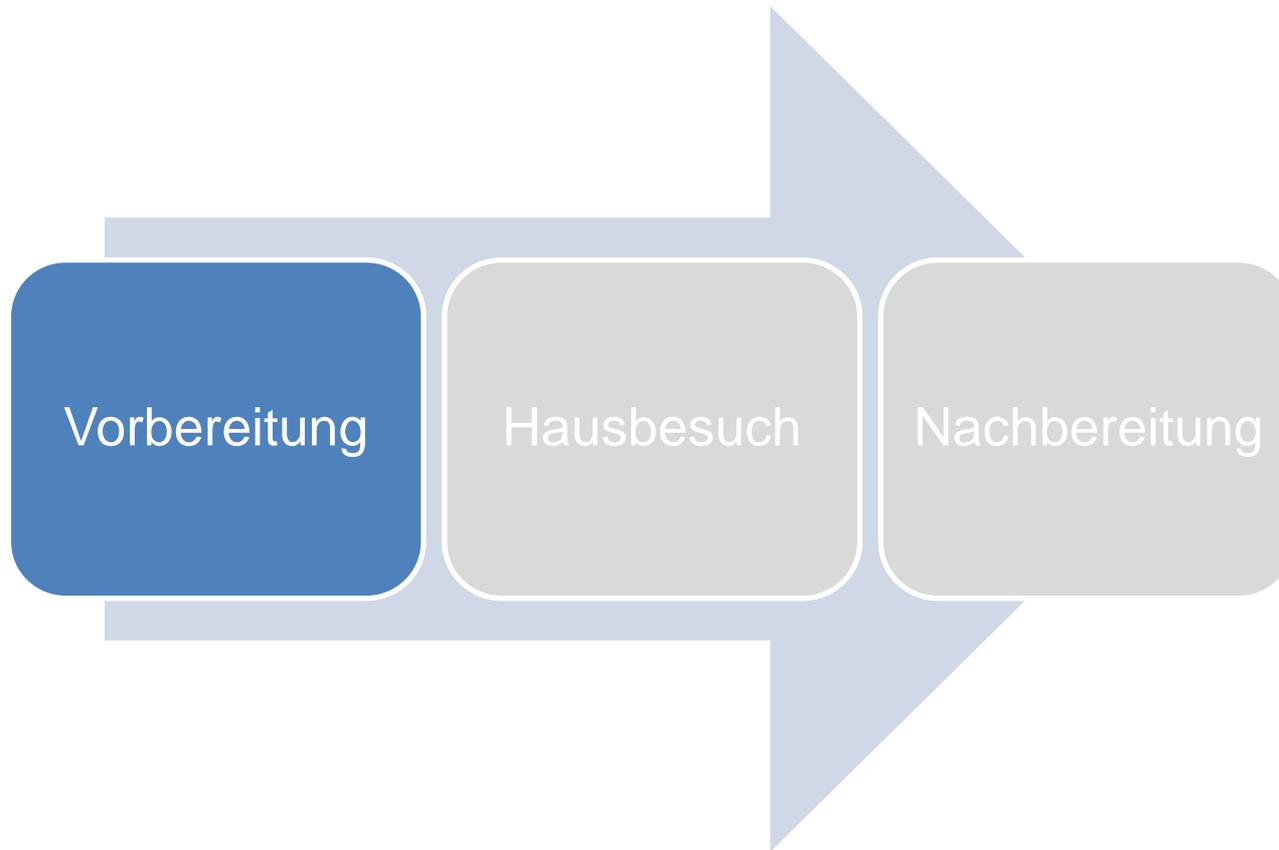
# Modul 3

## Ablauf Hausbesuch



# Modul 3

## Ablauf Hausbesuch



## Ablauf für Praxen der (Warte-) Kontrollgruppe



### Patientenidentifikation

- Einschlusskriterien Probanden:
- Patienten im Alter von **70 Jahre und älter, zuhause lebend** bzw. im **betreuten Wohnen**
- Patient mit **bestehen-der Demenz** (F00.0, F00.1, F01.1, F00.2, F02.0, F03)
- oder **Verdacht** auf Demenz (DemTect Ergebnis <9)

### Patienteneinschluss

- Aufklärung über Studie
- mit Hilfe der Teilnehmer-information
- Einholung Einwilligungs-erklärungen
- Unter Verwendung der zur Verfügung gestellten Dokumente

### Übergabe der Patientendaten

- Telefonische Kontaktaufnahme zur DCM und Übergabe:
- Einwilligungserklärung
- Kontaktdaten
- DemTect Ergebnis (falls vorhanden)
- Aktuell vorhandene ICD-10 Diagnosen
- Kontaktaufnahme und Vereinbarung eines Hausbesuches durch DCM

### Patient erhält Routineversorgung

- Direkt nach Einschluss des Patienten erhält dieser für 6 Monate die Routineversorgung

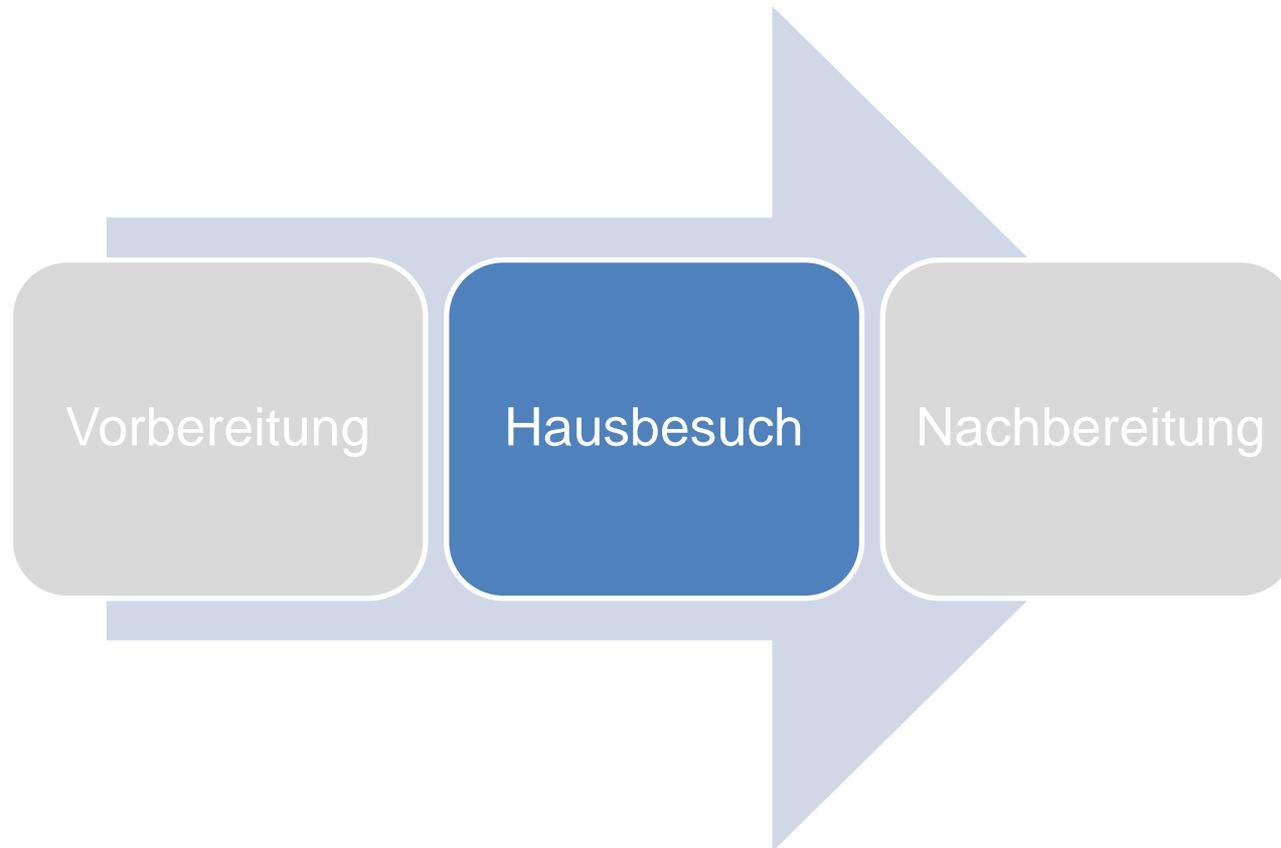
### Patient erhält Intervention

- Danach wird der Patient automatisch Patient der Interventionsgruppe und erhält diese für 6 Monate

**Studienstart:  
01.01.2021**

# Modul 3

## Ablauf Hausbesuch



# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### Vorbereitung des Interviews

- Interview-Situation ist für Probanden/ Angehörige i.d.R. aufregend
  - Herstellung einer angenehmen und entspannten Atmosphäre (keine Hektik, Stress, Termindruck)
    - Vermittlung von Sicherheit
    - Ängste nehmen
- } **auf den Datenschutz hinweisen und die anonyme Auswertung, Fragen beantworten**
- Probanden motivieren & Verständnis herstellen

### Warum ist das wichtig?

- Proband muss sich wohlfühlen
- Zur Vermeidung von Antworttendenzen! (aufgeklärte Probanden antworten offener und ehrlicher)

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### Soziodemografie, Stammdaten & Vitalparameter

- Wer wird befragt? → Proband & Angehörige (nur Soziodem.)
- Alter, Geschlecht, Geburtsdatum
- Somatometrie: Körpergröße –und Gewicht, Taillenumfang
- Patientenverfügung –oder Betreuungsverfügung
- Pflegegrad, Pflegeleistungen
- Grad der Schwerbehinderung, Gehbehinderung
- Gemeindeschwester oder spezielle Form der ambulanten Versorgung

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### CANE – The Camberwell Assessment of Need for the Elderly

- Wer wird befragt? Angehörige (alt. Proband)
- **Das WICHTIGSTE Instrument in der Studie!**
- Instrument zur systematischen und multidimensionalen Erfassung gedeckter und ungedeckter Behandlungs- und Versorgungsbedarfe älterer Menschen
- Beinhaltet 27 Bereiche:
  - Wohnsituation
  - Haushaltsführung
  - Körperpflege
  - Finanzielle Situation

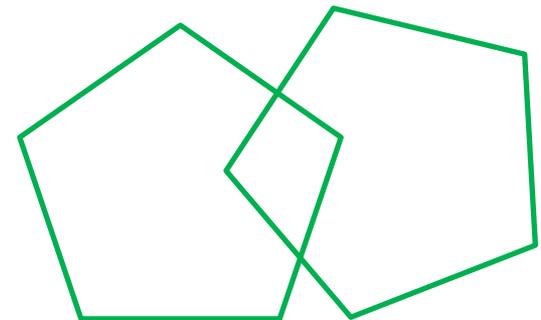
# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### MMST – Mini Mental Status Test

- Wer wird befragt? → Proband
- Assessment zur Feststellung kognitiver Defizite
- Inhalte:
  - Rechnen, Zeichnen (zwei Fünfecke)
  - Merkfähigkeit
  - Anweisungen befolgen (z.B. Blatt Papier falten)
- Umfang: 11 Aufgaben/ Fragen



# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### DEMMI – De Morton Mobility Index

- Wer wird getestet? → Proband
- Performance-Test (Mobilitäts-Test) zur Überprüfung der Mobilität
- 15 Kategorien:
  - Mobilität im Bett
  - Mobilität auf dem Stuhl
  - Stehen
  - Gehen
  - Balance halten (dynamisches Gleichgewicht)

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### EQ-5D-5L

- Wer wird befragt? → Proband & Angehöriger
- Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität
- 5 Bereiche:
  - Beweglichkeit/ Mobilität
  - Für sich selbst sorgen
  - Alltägliche Tätigkeiten
  - Schmerzen/ körperliche Beschwerden
  - Angst/ Niedergeschlagenheit
- Aktuelle Gesundheit

• We would like to know how good or bad your health is TODAY.

• This scale is numbered from 0 to 100.

• 100 means the best health you can imagine.  
0 means the worst health you can imagine.

• Mark an X on the scale to indicate how your health is TODAY.

• Now, please write the number you marked on the scale in the box below.

YOUR HEALTH TODAY =

A vertical visual scale from 0 to 100. The scale is marked with major ticks every 5 units (0, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100). The top of the scale is labeled "The best health you can imagine" and the bottom is labeled "The worst health you can imagine". A large, faint "SAMPLE" watermark is overlaid diagonally across the scale.

The best health you can imagine

The worst health you can imagine

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### QoI-AD

- Wer wird befragt? → Proband & Angehöriger
- Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität
- Beispiel: *„Was denken sie über Ihr Energieniveau momentan? Denken Sie es ist schlecht, einigermaßen, gut oder sehr gut?“*
- *Umfang: 13 Fragen*

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### RUD – Verwendung von Ressourcen bei Demenz

- Wer wird befragt? → Angehörige
- Instrument zur Erfassung der Ressourcen des Angehörigen
- Inhalte: Zeitangaben für die Unterstützung des Angehörigen mit Demenz
- Beispiel: *„Wie viel Zeit haben Sie in den letzten 30 Tagen an einem normalen Tag, an dem Sie Ihren Angehörigen betreut haben, damit verbracht, Ihren Angehörigen bei der Verrichtung von Tätigkeiten wie Gang zur Toilette, Essen, Anziehen, Körperpflege, Gehen und Baden/Duschen zu helfen?“*

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### FIMA – Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter

- Wer wird befragt? → Angehörige (alternativ der Proband)
- Instrument zur Erfassung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (z.B. Hausarztbesuch oder Ergotherapie)
- Beispiel: „*Haben Sie in den letzten 3 Monaten eines der folgenden therapeutischen Angebote in Anspruch genommen?*“

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### BADL

- Wer wird befragt? → Angehörige (alternativ der Proband)
- Eine Skala zur Erfassung von Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz bei älteren Patienten mit Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Beispiel: „*Hat Ihr Angehöriger Schwierigkeiten für sich selbst zu sorgen?*“
- Umfang: 22 Fragen

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### ZBI – Zarit Burden Inventory

- Wer wird befragt? → Angehörige
- Inhalte:
  - Subjektive Belastungen des Angehörigen in verschiedenen Bereichen
- Beispiel: „*Glauben Sie, dass Ihr Mann von Ihnen abhängig ist?*“
- Umfang: 22 Items

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### GDS – Geriatric Depression Scale

- Wer wird befragt? → Proband
- Inhalte:
  - Allgemeine Zufriedenheit
  - Langeweile & Hilflosigkeit
- Beispiel: „*Haben Sie viele von Ihren Interessen verloren?*“
- Umfang: 10 Items

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### FSozU – Soziale Unterstützung

- Wer wird befragt? → Proband
- Inhalte: Das Instrument erfasst die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung von anderen zu erhalten sowie die Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können.
- Beispiel: „*Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gern ausgehe.*“
- Umfang: 10 Items

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### Einsamkeit & soziale Partizipation

- Wer wird befragt? → Proband
- Inhalte:
  - Fragen zum emotionalen Zustand (z.B. „allgemeine Leere“ oder „Geborgenheit und Wärme“)
  - Teilnahme an Sport –oder Selbsthilfegruppen
  - Hobby-Club
  - ...
- Umfang: Einsamkeit: 10 Items, soz. Partizipation: 10 Items

# Modul 3

## Übersicht: Wer wird befragt?



Fragebogen	Wer?
Soziodemografie, Stammdaten & Vitalparameter	Proband
Soziodemografie	Angehöriger (alt. Proband)
Medikamente	Angehöriger (alt. Proband)
MMST	Proband
<b>CANE</b>	<b>Angehöriger (alt. Proband)</b>
DEMMI	Proband
QoI-AD	Proband & Angehöriger
EQ-5D-5L	Proband & Angehöriger
RUD	Angehörige
FIMA	Angehörige (alt. Proband)
BADL	Angehörige (alt. Proband)
ZBI	Angehöriger
GDS	Proband
FSozU	Proband
Soziale Einsamkeit & Partizipation	Proband

# Modul 3

## Fragebögen & Assessments



### Objektive Datenerhebung & Antworttendenzen vermeiden

#### **Ziel: Standardisierte Datenerhebung!**

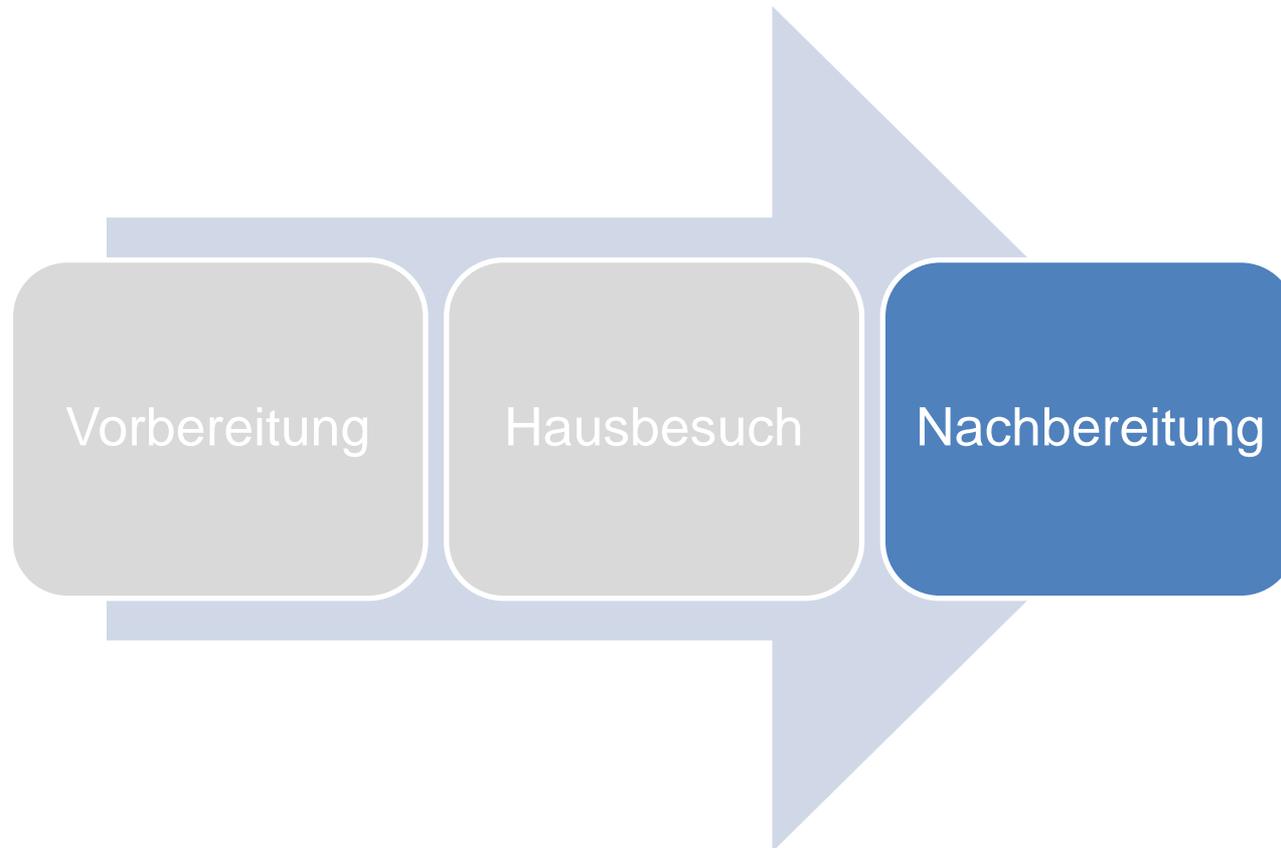
- Verwendung identischer Fragebögen & Antwortmöglichkeiten
- Durchführung des Interviews
- Jeder Interviewer kommt zum gleichen Ergebnis (Objektivität)

#### **Vermeidung von Antworttendenzen/- Verzerrungen („response bias“)**

- Ursachen: Unsicherheit, geringe Offenheit, mangelnde Motivation oder mangelnde Aufmerksamkeit (Aufklärung zu Beginn sehr wichtig!)
- Überwiegende Nutzung von standardisierten Fragebögen (Umpolung v. Items, Kontrollitems)
- Klassische Fehler eines Interviewers
  - Ungeduldig („Ja, oder?“/ „Ja, ne?“)
  - Verhalten des Interviewers (keine neutrale Haltung)
  - Reaktionen auf Antworten

# Modul 3

## Ablauf Hausbesuch



# Modul 3

## Nachbereitung Hausbesuch



### Synchronisation der Daten

- Anschluss des Tablets in die Docking-Station (im Netz oder im Home Office)
- Übertragung der Daten vom Tablet in die Projektdatenbank vom Institut für Community Medicine
- VPN-Tunnel (Einführung)

### Desinfektion der Materialien

- Tablet-PC & Messgeräte

# Modul 4

## Hygienekonzept

- Vorbereitung Hausbesuch
- Erstkontakt in der Häuslichkeit
- Hygienematerialien

# 04

# Modul 4

## Hygienematerialien



### Hygienematerialien

- Ausstattung für die Hausbesuche:
  - Mund-Nasen-Schutz (3-lagig)
  - FFP2-Maske
  - Hände –und Flächendesinfektion
  - Einmalhandschuhe
  - Schuhüberzieher
- Messgeräte
  - Blutzucker –und Blutdruckmessgerät
  - Gerät zur Messung der Körpergröße
- Hygienekonzept beachten!
  - Desinfektion der verwendeten Geräte nach Benutzung

# Modul 3

## Einführung in die Software



### Einführung

- Zentraler Bestandteil zur Datenerhebung
- Eigenentwicklung vom ICM
- Alle Daten werden digital erhoben
  - Ausnahme 1: Übertragung der Diagnosen aus der Patientenakte beim Hausarzt
  - Ausnahme 2: Übertragung der Scores (DemTect) aus der Patientenakte beim Hausarzt

# Modul 5

## Organisatorisches



### Geräte & Materialien

- Eigenverantwortlich:
  - Tablet → Ladezustand beachten
  - Ausreichend Hygienematerialien mitführen (Hygienekonzept beachten)

### Zeit- und Arbeitseinteilung

- Flexibilität (jeder Proband/ Angehöriger ist individuell)
- Improvisation ist gefragt (Zielgruppe bedarf Empathie)

**Universitätsmedizin Greifswald · KÖR**

Dr. Fabian Kleinke  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Institut für Community Medicine  
Ellernholzstraße 1-2 · 17487 Greifswald  
[www.medizin.uni-greifswald.de](http://www.medizin.uni-greifswald.de)

© Copyright 2020. All rights reserved.

Handreichung: Allgemeine Hinweise zur Durchführung der Hausbesuche und der  
Datenerhebung

Stand: 19.04.2021

## Inhalt

Einverständnis zur Studienteilnahme.....	2
Widerrufe .....	2
Objektive Datenerhebung & Interview-Situation .....	2
Terminvereinbarungen und Hausbesuche .....	2
Hinweise zur Durchführung der Interviews .....	2
Ablauf des Interviews .....	3
Unterlagen, Dokumente und Materialien für die Hausbesuche .....	3
Arbeitsschritte in und Daten aus der Arztpraxis .....	4
Ansprechpartner .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
Umgang mit der Erhebungs- und Dokumentationssoftware .....	4
Log-In Daten für die Software .....	4
Synchronisation der Daten vom Tablet-PC in die Projektdatenbank.....	4
Dienstreisen (nur für Study Nurses) .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## Einverständnis zur Studienteilnahme

- Vor der ersten Datenerhebung muss in jedem Fall ein unterschriebenes Einverständnis vom Probanden und ggf. vom Angehörigen vorliegen → keine Datenerhebung vor einer Aufklärung und schriftlichen Einwilligung!
- Probanden unterschreiben das Einverständnis in der Arztpraxis
- Sollte sich ein Angehöriger beim Hausbesuch (Interview) zur Teilnahme an der Studie entscheiden, nutzen Sie bitte die Einverständniserklärungen und Studieninformationen f. den Angehörigen (diese Dokumente sind immer in ausreichender Anzahl mitzuführen).

## Widerrufe

- Probanden und Angehörige dürfen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen
- Jeder Widerruf muss aufgenommen/ dokumentiert werden → In der Erhebungs-Software
- Weitergabe der Information über den Widerruf an [fabian.kleinke@uni-greifswald.de](mailto:fabian.kleinke@uni-greifswald.de)

## Objektive Datenerhebung & Interview-Situation

- Ziel: standardisierte Datenerhebung!
- Vorbereitung des Interviews → angenehme und entspannte Atmosphäre herstellen (keine Hektik)
- Vermittlung von Sicherheit & Ängste nehmen → auf Datenschutz und anonyme Auswertung hinweisen
- Fragen des Probanden und des Angehörigen sollten im Vorfeld der Befragung beantwortet werden
- Proband motivieren (seine/ihre Teilnahme am Projekt ist wichtig!) → Projekt hat zum Ziel die Regelversorgung zu ändern
- Klassische Fehler vermeiden (z.B. ungeduldig, keine neutrale Haltung, auf Antworten regieren)

## Terminvereinbarungen und Hausbesuche

- Termine und Besuche sind eigenverantwortlich zu planen und durchzuführen in enger Absprache mit den Praxen
- Bereits bei der Terminvergabe die Fragen aus dem Hygienekonzept beachten

## Hinweise zur Durchführung der Interviews

- Nach Möglichkeit keine parallelen Befragungen von Probanden und Angehörigen (die als Teilnehmer in der Studie teilnehmen)
- Wenn ein Angehöriger an der Befragung teilnimmt, darf dieser keine Antworten vorgeben, wenn der Proband (Demenz-Erkrankte) befragt wird
- Individualität und Flexibilität sind wichtig
- Bei Müdigkeitserscheinungen des Befragten, Interview unterbrechen und einen neuen Termin vereinbaren
- FIMA-Fragebogen: nachforschen ist möglich (z.B. den Hausarzt befragen)

## Ablauf des Interviews

- Grundsätzlich sind je Erhebungszeitpunkt zwei Besuche vorgesehen
- **Basisassessment** (Besuch 1) & **erweitertes Assessment** (Besuch 2)
- Fragebögen Basisassessment (siehe nachfolgende Tabelle)

Tabelle 1: Fragebögen des Basisassessment

Fragebogen	Wer?
Soziodemografie, Stammdaten & Vitalparameter	Proband
Soziodemografie	Angehöriger (alt. Proband)
Medikamente	Angehöriger (alt. Proband)
MMST	Proband
<b>CANE</b>	<b>Angehöriger (alt. Proband)</b>
DEMMI	Proband
QoI-AD	Proband & Angehöriger
EQ-5D-5L	Proband & Angehöriger
RUD	Angehörige
FIMA	Angehörige (alt. Proband)
BADL	Angehörige (alt. Proband)
ZBI	Angehöriger
GDS	Proband
FSozU	Proband
Soziale Einsamkeit & Partizipation	Proband

- Nach den Soziodemografischen Daten wird als erster Fragebogen der **CANE** genutzt, da er das **wichtigste Instrument in der Studie** ist!
- Anschließend (nach der Befragung des CANE) ist eine Änderung der Reihenfolge (siehe Tabelle) grundsätzlich möglich

## Unterlagen, Dokumente und Materialien für die Hausbesuche

- Muster des MMST-Fragebogen verwenden (für die Aufgabe „Augen schließen“ auf der Rückseite)
- Vorlagen: Einwilligungserklärungen & Studieninformation f. Angehörige (sollte sich ein Angehöriger „spontan“ entscheiden, an der Studie teilnehmen zu wollen oder er/sie war bei dem Arztbesuch des Probanden (Demenz-Erkrankter) nicht dabei)
- Hygienematerialien (siehe Hygienekonzept)
- Messgeräte (Stammdaten): Blutzucker, Blutdruck, ggf. weitere
- Tablet-PC (+Ladegerät)

## Arbeitsschritte in und Daten aus der Arztpraxis

- Übertragung von folgenden Informationen aus der Patientenakte des Arztes in die Erhebungs-Software
  - Diagnosen (ICD-10)
  - DemTect-Score (sofern vorhanden)
  - Arztlastende Strukturen in der Praxis vorhanden? (im Formular „Ärzte“)
- Einsammeln der unterschriebenen Einverständniserklärungen (Proband + ggf. Angehöriger)
- Abgabe der Einverständnisse in dem jeweiligen Netzwerk
- Alle Einverständnisse sollen über das Netzwerk regelmäßig (alle 14 Tage) an das DZNE versendet werden:
  - Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Ellernholzstraße 1-2, 17487 Greifswald

## Umgang mit der Erhebungs- und Dokumentationssoftware

- Die Software basiert auf Formularen
- Jeder Fragebogen/ jedes Assessment stellt ein Formular dar
- Nur abgeschlossene Formulare können gespeichert werden
- Bei Unterbrechungen des Interviews (z.B. im Fall von Müdigkeitserscheinungen) sollte versucht werden, das jeweilige Formular vor der Pause/ Unterbrechung abzuschließen

## Log-In Daten für die Software

- Jede/r Nutzer/in erhält individuelle Log-In-Daten
- Bitte sorgfältig aufbewahren und nicht weitergeben!

## Synchronisation der Daten vom Tablet-PC in die Projektdatenbank

- Die Synchronisation der Daten sollte regelmäßig (mindestens 1-2 wöchentlich) durchgeführt werden
- VPN-Verbindung ist notwendig zum Übertragen der Daten
  - 1. Schritt: VPN-Verbindung herstellen
  - 2. Schritt: Die Erhebungs-Software öffnen → die Aktualisierung/ Synchronisation der Daten erfolgt dann automatisch



## School of DCM

### **Qualifizierung zum Dementia Care Manager in der ambulanten, sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Demenz**

mit Ergänzungen zur Curricularen Ausbildung für das InDePendent-Projekt

#### **Curriculum Version 1.5**

(Arbeitsversion 2020.6.10.)

**Madlén Steinbrückner<sup>1</sup>, Terese Dehl<sup>1</sup>, Esther Henning<sup>1</sup>, Petra Lücker<sup>1</sup>, Adina Dreier-  
Wolfgram, Franka Mühlichen<sup>2</sup>, Bernhard Michalowsky<sup>2</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>1,2</sup>**

#### **Mitglieder der Expertengruppe (alphabetisch):**

Dirk Battermann (Kommunikationstrainer, Theologe)  
Dr. med. Georgia Böwing (Gerontopsychiaterin)  
Dr. rer. med. Thomas Fiß (Apotheker)  
Dr. med. Axel Goepel (Palliativmediziner)  
Siegfried Huhn (Qualifizierungsexperte, Pflegefachkraft)  
Doreen Köster (Sozialpädagogin, Dozentin in der Pflege)  
Dr. med. Andreas Krüger (Hausarzt, FA für Allgemeinmedizin)  
Daniela Oertel, (Pflegerin (FH), Demenzexpertin, Pflegefachkraft)  
Dipl. med. Päd. Christiane Reppenhagen, (Medizinpädagogin)  
Dr. Andrea Richau (Gerontologin)  
Micheline Richau (Kunsttherapeutin)  
Dr. rer. med. Hagen Rogalski (Pflegerwissenschaftler, Pflegefachkraft)  
Jan Erik Waschk (Jurist)

<sup>1</sup> Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald

<sup>2</sup> Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft e.V. (DZNE) Standort Rostock/Greifswald

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung und Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Zugangsvoraussetzungen und Anrechenbarkeit von Vorleistungen .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Grundlegender Aufbau der Qualifizierung.....</b>	<b>7</b>
<b>4. Curriculum .....</b>	<b>9</b>
<b>5. Modultabelle .....</b>	<b>62</b>
<b>6. Literatur.....</b>	<b>65</b>

## **Genderhinweis**

Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen in diesem Dokument verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

---

## 1. Einleitung und Hintergrund

### *Demografischer Wandel & steigende Prävalenz der Demenz*

Der demografische Wandel stellt die Gesundheitssysteme weltweit vor vielschichtige Herausforderungen. Durch die steigende Lebenserwartung erhöht sich der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Anzahl altersassoziierter Erkrankungen zunehmen wird. Zu diesen gehören vor allem die dementiellen Erkrankungen. In Deutschland leben derzeit rund 1,8 Millionen Menschen mit Demenz. Diese Zahl wird sich Hochrechnungen zufolge in den nächsten 20 Jahren verdoppeln [1]. Diese Entwicklung ist auch mit steigenden Gesundheitsausgaben verbunden, welche die Gesellschaft vor erhebliche Herausforderung stellt. Die gesamtgesellschaftlichen Kosten lagen 2016 bei 73 Mrd. €, welche bis 2060 auf 195 Mrd. € ansteigen könnten. Die Zusatzkosten, die sich alleine aufgrund der Demenzerkrankung ergeben, machen einen Anteil von 36 % an den gesamtgesellschaftlichen Kosten der über 65-Jährigen aus [2].

### *Versorgungsproblematik bei Demenz*

Um so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit führen zu können, sind Menschen mit Demenz aufgrund der medizinischen, pflegerischen, psychologischen sowie sozialrechtlichen Versorgungsbedarfe auf eine sehr komplexe und sektorenübergreifende Unterstützung angewiesen. Dies zu ermöglichen, stellt die wesentlichste Herausforderung für die Gesundheitssysteme weltweit dar. Besonders in ländlichen Gebieten müssen Patienten oft lange Anfahrtswege zum Hausarzt oder anderen Versorgungseinrichtungen in Kauf nehmen. Dies stellt vor allem ältere, zunehmend immobile Menschen vor große Probleme. Für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist dies ohne Hilfe zumeist nicht möglich. Menschen mit Demenz müssen daher eine umfassende, auf ihre Bedarfe individuell zugeschnittene Versorgung erhalten und aktiv in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen unterstützt werden [3-6].

### *Innovativer Lösungsansatz Dementia Care Management (DCM)*

Einen Lösungsansatz stellt das im Rahmen einer bundesweit einzigartigen Demenzstudie (DelpHi-MV) des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Rostock/Greifswald gemeinsam mit der Universitätsmedizin Greifswald und dem Institut für Community Medicine Greifswald entwickelte Dementia Care Management dar [7]. Es handelt sich um ein ambulantes Versorgungskonzept zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Die Ergebnisse dieser Studie haben einen bundesweiten Modellcharakter. Speziell im Dementia Care Management qualifizierte Pflegefachpersonen besuchten die Patienten zuhause und erfassten systematisch und standardisiert deren Bedarfe. Anhand einer umfangreichen Befragung protokollieren sie beispielsweise

---

gesundheitliche Beschwerden, Medikation, die Häufigkeit von Arztbesuchen sowie sonstige pflegerische, sozialrechtliche, medizinische und psychosoziale, bislang ungedeckte Versorgungsbedarfe. Zur Unterstützung der Pflegefachpersonen wurde im Rahmen dieser Studie ein eigens entwickeltes, computergestütztes Interventions-Management-System (IMS) genutzt, welches die systematische Erkennung von Versorgungslücken erleichtert [8]. Die erfassten Bedarfe wurden in einen individuellen Versorgungs- und Behandlungsplan überführt und zusammen mit dem behandelnden Hausarzt besprochen und umgesetzt [9]. Dieses innovative Versorgungskonzept beinhaltet keine Durchführung von Maßnahmen, die vom derzeitigen Versorgungssystem bereits angeboten werden – es wird auf bestehende Angebote hingewiesen und wenn notwendig, aktiv geholfen, den Kontakt zu entsprechenden Stellen herzustellen oder die Inanspruchnahme des Angebots unterstützt. Somit entstehen keine Doppelstrukturen im Versorgungssystem.

#### *Wirksamkeit und Kosteneffektivität Dementia Care Management*

Die Entwicklung der Lebens- und Versorgungssituation der Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen wird im Rahmen von DelpHi-MV wissenschaftlich genau beobachtet: 634 Patienten gaben ihr schriftliches Einverständnis, an der DelpHi-MV Studie teilzunehmen [7]. Damit ist die Studie die umfangreichste, randomisierte Interventionsstudie mit Kontrollgruppe im hausärztlichen Bereich in Deutschland. Auch international zählt sie zu den größten Interventionsstudien im Bereich der Demenzversorgung. Die Studie konnte aufzeigen, dass Probanden, die durch ein Dementia Care Management unterstützt wurden, weniger neuropsychiatrisch auffällige Verhaltensweisen, häufiger eine leitliniengerechte Medikation sowie eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufwiesen als Patienten in der Kontrollgruppe, die hierbei nicht von einem Dementia Care Manager betreut wurden [10]. Ebenfalls konnte festgestellt werden, dass die Belastung der Angehörigen bei Personen, welche die Intervention erhielten, signifikant geringer war [11]. Darüber hinaus zeigte sich nach insgesamt 24 Monaten, dass Probanden, die von einem Dementia Care Manager betreut wurden, signifikant geringere Versorgungskosten verursachten [12].

#### *Curriculum zum Dementia Care Management als Basis einer erfolgreichen Translation in die Praxis*

Die Studienergebnisse stützen die Bedeutung des Dementia Care Managements als wirksames und kosteneffektives Konzept zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation der Betroffenen und ihren Angehörigen. Nun soll das nunmehr evidenzbasierte Versorgungskonzept möglichst in die Regelversorgung überführt werden und damit allen Menschen mit Demenz zu Gute kommen. Grundlage hierfür stellt das in der DelpHi-MV Studie entwickelte Curriculum zum Dementia Care Manager dar. Die bestehende Aus- und

---

Weiterbildungssituation in Bezug auf Demenz zeigt, dass im Rahmen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege die Thematik Demenz bereits zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Jedoch fehlt es bislang an einer adäquaten Qualifizierung, die auf das spezifische Aufgabenfeld der ambulanten, sektorenübergreifenden Demenzversorgung fokussiert. Diese Qualifizierung zielt damit einerseits auf die Erweiterung der fachlichen Fähigkeiten von Pflegefachpersonen im Hinblick auf die ambulante Demenzversorgung und Angehörigenentlastung ab und unterstützt andererseits die transparente und abgestimmte Zusammenarbeit von allen an der Versorgung beteiligten Akteuren. Das Curriculum zum Dementia Care Manager soll Pflegefachpersonen dazu befähigen, selbstständig Assessments durchzuführen und einen individuellen Versorgungsplan aufzustellen, eine kontinuierliche und koordinierte Kommunikation mit den Hausärzten hinsichtlich der Versorgungssituation zu führen, die Koordinations- und Schnittstellenfunktion in der Versorgung zwischen unterschiedlichsten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu übernehmen sowie die Betroffenen individuell zu beraten und zu unterstützen. Ein bundesweites Roll-Out dieser Qualifikation zum Dementia Care Manager kann signifikant dazu beitragen, die Versorgungs- und damit auch die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen zu verbessern.

#### Die InDePendent-Studie

InDePendent ist eine multizentrische, cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie mit einer Warte-Kontroll-Gruppe. An der Studie nehmen fünf Ärzte- bzw. Demenznetzwerke aus Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Hessen teil. Randomisiert wird auf der Ebene der teilnehmenden Netzwerkärzte (im Verhältnis 1:3). Die teilnehmenden Hausärzte führen bei noch in der eigenen Häuslichkeit lebenden Patienten ab 70 Jahren das DemTect Screening Verfahren (Demenz Detection Test zur Identifizierung kognitiver Einschränkungen) durch. Auf der Basis des Ergebnisses des DemTects (<9 Punkte ist Hinweis auf eine dementielle Erkrankung) werden Patienten über die Studie aufgeklärt und nach Einwilligung eingeschlossen. Die teilnehmenden Patienten in den Praxen der Interventionsgruppe erhalten direkt nach dem Patienteneinschluss über einen Zeitraum von sechs Monaten eine Intervention und werden von der speziell qualifizierten Pflegefachperson mit erweiterter Pflegerolle versorgt (der DCM). Die Patienten der Praxen der Warte-Kontroll-Gruppe erhalten zunächst sechs Monate die Routineversorgung ohne Zugang zur speziell qualifizierten Pflegefachperson („care-as-usual“). Nach Ablauf der 6-monatigen Wartezeit werden diese Patienten automatisch Patienten der Interventionsgruppe und erhalten ebenfalls die Intervention.

---

## **Intervention**

Speziell-qualifizierte Pflegefachpersonen (DCMs) mit einer erweiterten Pflegerolle werden in der Häuslichkeit der Patienten sämtliche pflegerische, medizinische, medikamentöse, psychosoziale und sozialrechtliche Versorgungsbedarfe unter der Nutzung eines IT-basierten Versorgungs-Management-Systems (VMS) identifiziert und anschließend über einen Zeitraum von insgesamt sechs Monaten decken. Bislang ärztliche Leistungen (wie z.B. die Verschreibung von Pflegehilfsmitteln), können entweder ohne Rücksprache mit dem Hausarzt (in Substitution) oder nach Rücksprache mit Hausarzt (in Delegation) ausgeführt werden. Weitere Tätigkeiten, welche weiterhin ausschließlich vom Hausarzt ausgeführt werden können, aber notwendig sind, um die Versorgungsbedarfe der Patienten zu decken, werden von der Pflegefachperson an den Hausarzt als Empfehlung übergeben. Die Pflegefachpersonen koordinieren und überwachen dabei die Umsetzung der zur Bedarfsdeckung notwendigen Tätigkeiten über einen Zeitraum von 6 Monaten.

## **Evaluation**

Die Evaluation der patientenbezogenen Endpunkte erfolgt auf der Basis von Primärdaten. Primärer Endpunkt ist die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe nach sechs Monaten. Zur Baseline-Befragung und nach sechs Monaten nach der Baseline-Befragung werden in der Häuslichkeit der Patienten durch die Pflegefachpersonen die folgenden Primärdaten in Form standardisierter Fragebögen erhoben. Es werden alle Patienten, die anfänglich in die Studie aufgenommen wurden, am Ende auch in die Analyse miteinbezogen. Die patientenrelevanten Endpunkte werden analysiert.

### *Curriculum der DCMs für die InDePendent –Studie*

Zu Erweiterung der Pflegefachrolle und mit Berücksichtigung der Richtlinien nach §63 3c SGBV zur Neuverteilung der Aufgaben von Hausärzten und Pflegefachkräften werden für die InDePendent-Studie Pflegefachpersonen ausgebildet.

Bei der Ausbildung wird sich auf die Weiterbildung von Dementia Care Managern (DCMs) aus der Delphi-MV Studie bezogen. Das eigens für die Ausbildung von DCMs entstandene Curriculum wird im Folgendem um das für die InDePendent- Studie benötigte Know-How und einen erweiterten theoretischen und praktischen Teil ergänzt, bei dem die DCMs die theoretische Grundlage und praktische Umsetzung ärztlicher Tätigkeiten in der Praxis lernen. So wird sichergestellt, dass die DCMs die erforderliche Ausbildung zur Erhebung der eingesetzten Assessments erhält und die vorgesehenen Leistungen durchführen kann. Mit diesem Curriculum wird die Kompetenz zur subsidiären Leistungserbringung der Pflegefachpersonen sichergestellt.

---

## **2. Zugangsvoraussetzungen und Anrechenbarkeit von Vorleistungen**

### *Zugangsvoraussetzungen*

Als Zugangsvoraussetzung für die Teilnahme an der Qualifizierung zum Dementia Care Manager (DCM) ist eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege oder ein Abschluss mit vergleichbarer Wertigkeit nachzuweisen. Die Teilnehmenden sollten über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung (VK-äquivalent) verfügen und grundlegende PC-Kenntnisse vorweisen.

### *Anrechenbarkeit von Vorleistungen*

Bereits absolvierte Fort- und Weiterbildungen können grundsätzlich auf die Dementia Care Management Qualifizierung angerechnet werden. Hierzu zählen der Erste-Hilfe-Kurs, die Qualifikationen zum Pflegeberater, Case Manager und weitere Fachqualifikationen, wie z.B. Geriatrie oder Gerontopsychiatrie. Die Teilnehmenden müssen dazu einen Nachweis über die Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme vorlegen, aus der hervorgeht, welche für die DCM-Qualifikation relevante Thematik in welchem Umfang absolviert wurde (inkl. Stundenzahlen).

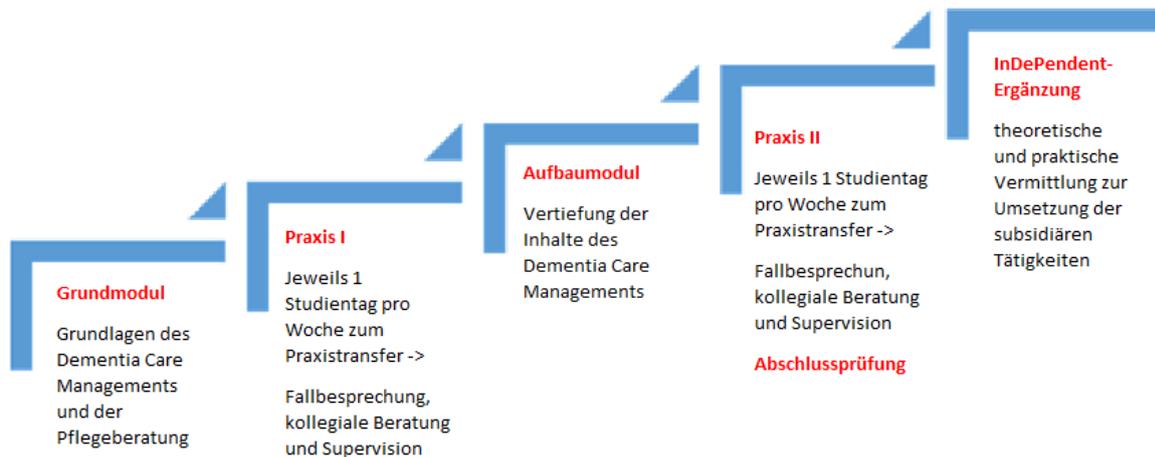
Aufgrund der über die Bundesländer hinweg stark unterschiedlichen Qualifikationsinhalte erfolgt die Entscheidung über die Anrechnung der Vorleistung im Einzelfall durch einen für die DCM-Qualifikation verantwortlichen Mitarbeiter des Bildungsträgers.

## **3. Grundlegender Aufbau der Qualifizierung**

Die Qualifizierung umfasst insgesamt 710 Stunden. Das Curriculum zum Dementia Care Manager umfasst 622 Stunden, wobei 302 Stunden auf die theoretische Qualifikation, 320 Stunden auf die Praxisphase entfallen. Die Ergänzung im Rahmen des InDePendent Projektes umfasst 88 Stunden. Der theoretische Teil der Ergänzung umfasst 64 Stunden, sowie 24 Stunden entfallen auf die praktischen Tätigkeiten. Zusätzlich sollte eine Reserve von ca. 16 Stunden eingeplant werden, um auf gruppenspezifische Bedürfnisse eingehen zu können. Die theoretische Qualifikation besteht aus einem Grundlagen- und einem Aufbaumodul, an das sich jeweils eine vierwöchige Praxisphase anschließt (siehe Abbildung 1). In jeder Praxiswoche findet ein Studientag (8 Stunden) zum Praxistransfer mit Fallbesprechungen, kollegialer Beratung und Supervision statt. Die Fallbesprechungen beziehen sich auf den Arbeitsalltag in der Arbeit mit Menschen mit Demenz und die Anwendung und Umsetzung der theoretischen Lerninhalte.

Die Umsetzung dieser Qualifikation erfolgt durch einen Bildungsträger. Dieser ist für die Planung und Durchführung im Sinne des Gesamtkonzepts Dementia Care Management

verantwortlich. Die grundlegenden Aspekte des in der Forschung erprobten Konzeptes werden in einem Umfang von 36 Stunden von einem Dozenten des DZNE unterrichtet. Die Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) stehen ansonsten in beratender Funktion zur Seite.



**Abbildung 1:** Grundlegender Aufbau des Curriculums Dementia Care Management

Eine Anpassung an ein Teilzeitqualifizierungsmodell ist unter Beachtung der Verknüpfung von Theorie und Praxis möglich.

#### *Abschlussprüfung*

Im Rahmen der letzten Praxisphase findet die Abschlussprüfung statt. Die Abschlussprüfung wird in Kleingruppen (max. 4 TN) in Form eines Kolloquiums als Fallpräsentation gestaltet, in der alle Teilnehmer einen Fall aus der letzten Praxisphase vorstellen (Umfang ca. eine halbe Stunde). Im Anschluss an die jeweilige Fallbesprechung wird die Anwendbarkeit des erworbenen Wissens durch eine kollegiale Beratung durch die anderen Teilnehmer geprüft. Nach erfolgreicher Teilnahme wird ein Zertifikat ausgehändigt.

---

#### **4. Curriculum**

Die hier anschließend dargestellten Module sind lediglich thematisch geordnet bzw. zusammengefasst, stellen jedoch nicht die zeitliche Abfolge der Qualifikation dar. Die Reihenfolge Grundlagenmodul - Aufbaumodul (siehe Modultabelle Seite 49 - 50) ist einzuhalten.

#### **Modul 1 - Einführung in die Versorgung von Menschen mit Demenz (28 Stunden)**

Das Modul I: „Einführung in die Versorgung von Menschen mit Demenz“ hat die Vermittlung grundlegenden Wissens und Fertigkeiten im Umgang mit Menschen mit Demenz zum Ziel. Das Konzept Dementia Care Management wird einleitend unter Einbeziehung der Forschung vorgestellt und in Bezug zum deutschen Gesundheitssystem gesetzt. Primäre Inhalte dieses Moduls sind im Weiteren die demenzbezogene Epidemiologie, ethische Aspekte der Versorgung von Demenzpatienten sowie ausgewählte Rechtsthemen.

#### Übergeordnete Ziele

Der Dementia Care Manager:

- verfügt über grundlegende Kenntnisse zum Dementia Care Management Konzept
- besitzt grundlegende Kenntnisse über die Epidemiologie der Demenz
- entwickelt ein ethisches und rechtliches Grundverständnis und trifft Entscheidungen auf Basis rechtlicher und ethischer Grundsätze
- kennt die rechtlichen Rahmenbedingungen der Arbeit als Dementia Care Manager

---

## 1.0. Grundlagen Learnspace – 3D

### **Ziele:**

- Kennenlernen des Weiterbildungsträgers
- Wie findet Austausch mit den anderen Weiterbildenden statt?
- Wie besuche ich Veranstaltungen im Learnspace?
- Welche Pflichten/ Aufgaben und Ziele haben die Lernenden?

### **Lehrinhalte:**

- Der Weiterbildende findet sich in der Lernplattform zurecht
- Ist fähig Nachrichten an andere zu übermitteln
- Kennt seinen Aufgabenbereich
- Kennt seine Kollegen in Weiterbildung
- Das System der Weiterbildungsplattform ist dem Lernenden bekannt

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

**Durchführung: WBS Training (Weiterbildungsträger)**

## 1.1 Einführung in das Dementia Care Management Konzept

### Ziele:

- kennt Hintergründe zur Entwicklung des Dementia Care Management Konzeptes
- verfügt über vertiefte Kenntnisse über das Deutsche Zentrum für Neurogenerative Erkrankungen (DZNE) und das Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health (ICM-VC) und deren Forschungsergebnisse zum Dementia Care Management
- kennt die Ziele des Dementia Care Management Konzeptes
- verfügt über Wissen zu Aufgabenfeldern des DCM und kann diese in das deutsche Gesundheitswesen einordnen
- ist vertraut mit der InDePendent- Studie

### Lehrinhalte:

- Hintergrund und Ziele des Dementia Care Management Konzeptes
- Forschungsansätze und -ergebnisse bzgl. des am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Standort Rostock/Greifswald und ICM-VC Greifswald erprobten und evaluierten Dementia Care Management Konzeptes
- Forschungsschwerpunkte & Versorgungsansätze
- Das Dementia Care Management der Delphi-MV Studie
- Einordnung des Dementia Care Managers in das deutsche Gesundheitssystem und die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen
- Aufgaben und Tätigkeiten eines Dementia Care Managers und leitfadengerechte Durchführung
- Überblick über das Studiendesign der InDePendent- Studie
- Wie führt man Befragungen durch?

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

**Durchführung: Dozent DZNE**

---

## 1.2 Gerontologie

### Ziele:

- verfügt über Kenntnisse zum demografischen Wandel und zu Prozessen des Alterns
- besitzt Kenntnisse zur Pathophysiologie der im Alter häufig auftretenden Erkrankungen
- kennt verschiedene Wohnformen im Alter sowie spezifische Optionen für Menschen mit Demenz

### Lehrinhalte:

- demographischer Wandel
- Alterstheorien
- Potentiale und Grenzen des Alters
- Grundlagen des Alterungsprozesses
- physiologisches Altern mit grundlegenden psychischen Veränderungen und körperliche Abbauvorgänge
- Altersbilder und Pflege
- Wohnformen im Alter (insbesondere spezielle Wohnformen für Demenzpatienten)

**8 Stunden Seminar im Grundmodul**

### 1.3 Epidemiologie der Demenz

**Ziele:**

- kennt Grundbegriffe der Epidemiologie und der Demographie
- besitzt umfassende Kenntnisse über die Häufigkeit und Verteilung der Demenzerkrankung nach Altersgruppen, Geschlecht, Region etc.
- kennt Studien mit ausgewählten Forschungsergebnissen im Kontext der Demenzerkrankung und kann sie für das Handeln im Dementia Care Management nutzbar machen

**Lehrinhalte:**

- Grundbegriffe der Epidemiologie, wichtige Studienformen
- Grundlagen der Demographie (Lebenserwartung, Alterung, Altersquotient etc.)
- Vorstellung, Reflexion und Diskussion epidemiologischer Daten zu demenziellen Erkrankungen in Bezug auf die Verteilung nach Altersgruppen, Geschlecht, Region etc.
- spezielle Demenzstudien und daran abgeleitete Qualitätskriterien: z.B. Kompetenznetz Demenzen, Deutsches Zentrum für Neurogenerative Erkrankungen (DZNE), Leuchtturmprojekte Demenz, IDA Projekt, LEILA 75+, H.I.L.D.E, EDe, LEANDER

**4 Stunden im Grundmodul**

## 1.4 Ethische und rechtliche Aspekte in der Versorgung von Menschen mit Demenz

### Ziele:

- verfügt über eine ethische Grundhaltung und berufliches Rollenverständnis zur Einschätzung des eigenen Handelns und des Handelns anderer
- Entwicklung einer professionellen und ethischen Grundhaltung und beruflichen Engagements im Dementia Care Management
- DCM Aufgaben adressatenbezogen darstellen
- besitzt ein Rechtsverständnis hinsichtlich des DCM Tätigkeitsbereiches
- reflektiert Praxissituationen in Bezug auf rechtliche Aspekte und bezieht dieses Wissen auf die praktische DCM Tätigkeit
- Kennt die rechtlichen Grundlagen der Substitution und Delegation ärztlicher Tätigkeiten (§63 3 c SGB V, §140a SGB V, etc.)

### Lehrinhalte:

- grundlegende ethische Werte und Normen der professionellen Tätigkeit als Dementia Care Manager
- ethische Dilemmata der medizinisch-pflegerischen Tätigkeit
- ICN-Ethikkodex für Pflegende
- Demenz als Tabuthema
- ethische Verantwortung für Demenzen (Individuum, Medizin, Gesellschaft)
- Menschen mit Demenz und ein selbstbestimmtes Leben
  - mobilitätseinschränkende Maßnahmen (medikamentöse Ruhigstellung, Fixierung, Haustüren abschließen)
  - Nahrungsverweigerung und Zwangsernährung (PEG Magensonde)
  - Verweigerung von Pflegemaßnahmen
  - lebensverlängernde Maßnahmen
  - Sorgen und Wünsche eines Demenzpatienten
- Lebensqualität eines Demenzpatienten
- Charta Hilfe- und Pflegebedürftiger, Charta Sterbender
- BGB (insbesondere Schweigepflicht, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsrecht, Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit, freiheitsentziehende Maßnahmen)
- relevante Aspekte des Sozialversicherungsrechts (im SGB V, SGB XI sowie SGB II, SGB IX und SGB XII im Überblick)
- Heimrecht, Einrichtungsqualitätsgesetz

- 
- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Delegationsrecht (insbesondere haftungs- und strafrechtliche Bestimmungen)</li><li>• Grundlagen subsidiärer Tätigkeiten § 63 3c SGB V und Tätigkeiten in Delegation</li><li>• DCM-tätigkeitsbezogene Aspekte des StGB (Sterbehilfe, unterlassene Hilfeleistung, Verletzung von Privatgeheimnissen etc.)</li><br/><li>• DCM-Tätigkeitsbezogene Aspekte des Arztrechts</li><li>• Definitionsverweis auf Arzneimittelgesetz, Betäubungsmittelgesetz, Medizinproduktegesetz, Infektionsschutzgesetz</li><li>• EU Datenschutzgrundverordnung und Datenschutzgesetz</li></ul> |
|   |
| <b>8 Stunden Seminar im Aufbaumodul</b><br><b>+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung</b>  |

---

## **Modul 2 - Medizinische Aspekte der Demenz (72 Stunden)**

Das zweite Modul: „Medizinische Aspekte der Demenz“ fokussiert auf die medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz. Das Modul zielt darauf ab, die Erkrankung aus dem Blickwinkel der verschiedenen medizinischen Fächer zu betrachten und mit Blick auf die Multimorbidität älterer Menschen einordnen zu können. Dazu erfolgt zunächst die Vermittlung von Wissen zum Krankheitsbild und einer entsprechenden medikamentösen Therapie. Gerontologische, neurologische und gerontopsychiatrische Aspekte stellen weitere wichtige inhaltliche Schwerpunktthemen dar und werden zur Inneren Medizin, der hausärztlichen Versorgung sowie der Behandlung von Demenzpatienten am Lebensende in Beziehung gesetzt.

### Übergeordnete Ziele:

Der Dementia Care Manager:

- kennt das Krankheitsbild Demenz mit typischen Symptomen und dem Krankheitsverlauf in den verschiedenen Demenzformen
- kann eine Demenz von einem Mild Cognitive Impairment und einer Depression unterscheiden
- kennt Arzneimittelgruppen zur Behandlung einer Demenz sowie deren Handhabung
- besitzt Kenntnisse zur speziellen Gesundheitsförderung und Prävention und setzt diese tätigkeitsbezogen im professionellen Handeln des Dementia Care Management um
- kennt Neben- und Wechselwirkungen von Demenzpräparaten sowie deren Einfluss auf andere Wirkstoffgruppen
- kennt den Prozess und medizinische Grundlagen des Alterns und kann den Demenzpatienten darin einordnen
- verfügt über Wissen zur Diagnostik der Demenz und kennt Differentialdiagnosen der Erkrankung
- verfügt über Wissen zum Aufbau des zentralen und vegetativen Nervensystems
- kennt wichtige Erkrankungen der Inneren Medizin und kann diese zu einer Demenzerkrankung in Beziehung setzen
- verfügt über Wissen zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Demenzpatienten
- kennt palliative Versorgungsansätze

## 2.1 Das Krankheitsbild Demenz

### Ziele:

- kennt typische Symptome der Demenz und kann sie den Krankheitsstadien der Erkrankung zuordnen
- verfügt über Wissen zu spezifischen Demenzformen sowie deren Ursachen und Symptomen
- kennt Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz
- ist in der Lage, eine Demenzerkrankung von einer leichten kognitiven Störung und einer Depression abzugrenzen
- Wissen über diagnostische Verfahren zur Einteilung der unterschiedlichen Demenzformen
- Kennt Möglichkeiten zur Behandlung der unterschiedlichen Demenzformen (wann wird welche medikamentöse Therapie angewandt)

### Lehrinhalte:

- Symptome einer Demenzerkrankung
  - kognitive Symptome
  - psychische Störungen
  - Verhaltensänderungen
  - körperliche Symptome (z.B. Inkontinenz)
  - Einschränkungen der Alltagskompetenz
- Verlauf von Demenzerkrankungen
- Spezifische Demenzformen und typische Kennzeichen, Ursachen und Symptomverläufe
- Kennt Diagnostik mit den unterschiedlichen ICD-Codes und die unterschiedlichen Demenzformen:
  - Demenz bei Alzheimer-Krankheit (ICD-10-Definition: F00.0\*, G30.0\*/ F00.1\*, G30.1\*/ F00.2\*, G30.8\*/ F00.9\*, G30.9\*)
  - vaskuläre Demenz (F01./ F01.1/ F01.2/ F01.3/ F01.8/ F01.9)
  - gemischte Demenz (F00.2)
  - Frontotemporale Demenz (F02.0\*, G31.0\*)
  - Demenz bei Morbus Parkinson (F02.3\*, G20.\*)
  - Lewy-Körperchen-Demenz (G.31.82)
- Primäre und Sekundäre Demenzformen
  - sekundäre Demenzformen: medikamentös bedingte Demenzen, Alkoholdemenzen, stoffwechselbedingte Demenzformen
- Risikofaktoren für eine Demenz

- 
- Abgrenzung einer Demenz zur leichten kognitiven Störung (Mild Cognitive Impairment)
  - Abgrenzung einer Demenz von einer Depression
  - Kennzeichen eines akuten Verwirrtheitszustandes (Delir)
  - Demenztherapie
  - Priscusliste und ihre Anwendung
  - Prävention:
    - Maßnahmen zur Vorsorge (Impfen, Früherkennungsuntersuchungen)
    - Ursachen von Begleiterkrankungen/ Komorbiditäten
    - Prophylaxen bei Demenz und im Alter (Sturz-, Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Obstipations-, Thromboseprophylaxe, etc.)

**16 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

## 2.2 Allgemeinmedizin Teil 1 & 2 (inkl. Geriatrie und Palliativmedizin)

### Ziele:

- verfügt über Kenntnisse zum Fachgebiet der Allgemeinmedizin, bezogen auf das Handeln am Demenzpatienten
- kennt diagnostische Maßnahmen in der hausärztlichen Praxis
- verfügt über Wissen zu einer leitliniengerechten Behandlung einer Demenz
- kennt Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und anderen Berufsgruppen im Kontext der Demenzerkrankung
- verfügt über Kenntnisse zur Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und pflegenden Angehörigen
- kennt das Chronic Care Modell
- kennt die häufigsten Erkrankungen und Symptome in der Inneren Medizin sowie deren Einfluss und Auswirkungen auf eine Demenzerkrankung und umgekehrt
- verfügt über Kenntnisse zur Begünstigung der Entwicklung einer Demenz bzw. zum progredienten Verlauf der Demenz
- verfügt über erweitertes Wissen zum Umgang mit Demenzpatienten in der palliativen Situation
- verfügt über Wissen zum Spektrum der Schmerztherapie
- erkennt Komplikationen und häufige Notfälle in der palliativen Praxis
- kennt Grundbegriffe, Themen und Institutionen von Prävention und Gesundheitsförderung
- kennt Leitbilder und Leitfragen sowie Lösungsansätze der Gesundheitsförderung
- verfügt über Kenntnisse der Prävention und überträgt diese individuell auf die Zielgruppe des Dementia Care Managements
- kennt die theoretischen Grundlagen zur Messung und Beurteilung von Vitalwerten
- hat Kenntnis über notwendige Maßnahmen, die bei abweichenden Vitalwerten einzuleiten sind

### Lehrinhalte:

- theoretische Grundlagen der Allgemeinmedizin
- spezifische Problemfelder der Allgemeinmedizin und häufige Behandlungsanlässe
- Multimorbidität und Chronic Care Modell
- Grundlagen der allgemeinmedizinischen Diagnostik und Therapie in Bezug auf die Demenzerkrankung

- 
- kritische Würdigung der leitliniengerechten Behandlung eines Demenzpatienten u.a.
  - DEGAM Leitlinie Demenz
  - S3-Leitlinie Demenz
  - Evidence Leitlinie Demenz und Leitlinie Angehörige (Witten-Herdecke)
  - Zusammenarbeit mit anderen Professionen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Pflege, Gesundheitskasse/Pflegekasse)
  - „Der geriatrische Patient“:
    - Überblick geriatrische Syndrome (Inkontinenz, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen etc.)
    - Pathophysiologie im Alter (Erkrankungen des Herzens, der Gefäße und des Blutkreislaufs, Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten, COPD)
    - EPMS (Gangstörung)
    - Vitalwerte (Blutdruck/ Puls/ Blutzucker/ Gewicht) erfassen und einschätzen
    - Maßnahmen einleiten bei abweichenden Vitalwerten
  - Grundlagen der palliativen Versorgung
    - Palliativmedizin als Lebenshilfe und Alternative zur aktiven Sterbehilfe
    - Überblick über psychosoziale Aspekte in der palliativen Betreuung
  - Schmerztherapie unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul Teil 1**

**8 Stunden Seminar im Aufbaumodul Teil 2**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

## 2.3 Arzneimittellehre

### Ziele:

- verfügt über Kenntnisse zum sicheren Umgang mit Medikamenten und speziellen Arzneiformen
- verfügt über spezielle Kenntnisse zu Arzneimittelwirkungen bei besonderen Patientengruppen, insbesondere bei alten Menschen und zieht Konsequenzen für die häusliche Versorgungssituation
- besitzt spezielle Kenntnisse über Arzneimittelgruppen und ihre Wirkungsspektren im Kontext einer Demenz und zieht Konsequenzen in der häuslichen Versorgungssituation
- besitzt Kenntnisse zu arzneimittelbezogenen Problemen inkl. der Arzneimittelwirkungen zwischen geläufigen Wirkstoffen (OTC Präparaten), Nebenwirkungen und Compliance

### Lehrinhalte:

- Grundbegriffe der Arzneimittellehre
- Wirkungen von Pharmaka auf den Organismus/Wirkungen des Organismus auf Pharmaka bei älteren Menschen
- Demenzspezifische Arzneimittel
  - Antidementiva
  - Acetylcholinesterase-Hemmer
  - Glutamatantagonisten
- Co-Medikation - medikamentöse Behandlung von Begleitsymptomen der Demenz (insbesondere bei herausfordernden Verhaltensweisen, Aggressivität, Halluzinationen, Unruhe, Schlafstörungen)
  - Psychopharmaka
  - Antipsychotika (Neuroleptika)
  - Antidepressiva
  - Hypnotika (z.B. Benzodiazepine)
- Pharmakotherapie von assoziierten Alterskrankheiten (Diabetes, KHK, COPD) und damit verbundene Risiken
- Anwendungsmodalitäten spezieller Arzneiformen (Inhalanda, Insulinpens, Arzneiformen mit modifizierter Wirkstofffreisetzung) bei älteren Menschen

- 
- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Klassifikation Arzneimittelbezogener Probleme (ABP); Schwerpunkt: ältere Patienten inkl. Wechselwirkungen u.a. mit frei verkäuflichen Medikamenten (welche Medikamente verursachen Auffälligkeiten in der Ausscheidung)</li><li>• Erstellung eines Medikamentenplans</li><li>• Adäquate Medikamentenhandhabung, Lagerung und Einnahme (Beratungsfunktion für die Patienten)</li></ul> |
|   |
| <p><b>8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul Teil 1</b></p> <p><b>8 Stunden Seminar im Aufbaumodul Teil 2</b></p> <p><b>+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung</b></p>  |

## 2.4 Gerontopsychiatrie

### Ziele:

- verfügt über vertieftes Wissen zur gerontopsychiatrischen Diagnostik einer Demenzerkrankung
- kennt Differentialdiagnosen der Demenz
- erkennt demenzbedingte Verhaltensstörungen
- erkennt psychotische Komplikationen einer Demenzerkrankung
- verfügt über grundlegendes Wissen zu Konzepten und Verfahren der Psychotherapie

### Lehrinhalte:

- Diagnostik einer Demenz
  - Anamnese bei Betroffenen unter Einbezug der Angehörigen
  - Kognition, Alltagskompetenz, Begleitsymptome
  - bildgebende Verfahren (CT und MRT, PET)
  - neuropsychologische Testung
  - Laboruntersuchungen
  - Biomarker
  - genetische Diagnostik
- Differentialdiagnosen der Demenz
  - Schädel-Hirn Trauma
  - Delir
  - Hirntumor
  - Stoffwechselstörung
  - Medikamentennebenwirkung
  - Depression
  - Demenz und Trauma
- Psychiatrische Begleitsymptome
  - depressive Symptome einschließlich Suizidalität
  - psychotische Symptome (Wahnvorstellungen und Halluzinationen)
  - Unruhe, Angst
  - Agitiertheit und Aggressivität
  - emotionale und sexuelle Enthemmung
  - Schlafstörung
  - Wesensänderung und Apathie
- Grundlagen der Psychotherapie und Psychotraumatologie

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul Teil 1**

## **8 Stunden Seminar im Aufbaumodul Teil 2**

### **+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

## **2.5 Neurologie**

### **Ziele:**

- verfügt über Kenntnisse zum Aufbau und der Wirkungsweise des zentralen und vegetativen Nervensystems
- kennt typische Symptome neurologischer Erkrankungen
- kennt neurologische Veränderungen bei spezifischen Demenzformen und die Abgrenzung zu einer leichten kognitiven Störung sowie einer Depression
- verfügt über Wissen zur spezifischen neurologischen Demenzdiagnostik

### **Lehrinhalte:**

- Anatomie und Physiologie des zentralen Nervensystems
- Anatomie und Physiologie des vegetativen Nervensystems
- demenzassoziierte Leitsymptome neurologischer Erkrankungen
  - Lähmungen
  - Reflexstörungen
  - Sensibilitätsstörungen
  - Koordinationsstörungen
  - extrapyramidalmotorische Störungen (Rigor, Tremor, Akinese, pathologische Gangbilder)
- neuropsychologische Diagnostik
  - Neugeächtnis (Kurz-, Arbeits-, Langzeitgedächtnis)
  - Aufmerksamkeit und Konzentration
  - zeitliche und räumliche, situative und autopersonelle Orientierung
  - visuell-räumliche Funktionen
  - Aphasie, Apraxie, Agnosie
  - Sprache
  - Exekutivfunktionen/ Planungsfähigkeit
  - Urteilsvermögen

## **8 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

---

### **Modul 3 - Pflege bei Demenz (80 Stunden)**

Der pflegerische Handlungsrahmen des Dementia Care Managers bildet das Modul drei „Pflege bei Demenz“. In diesem Kontext erfolgt die Thematisierung der Pflege in Familie und Häuslichkeit, ausgewählte sowie für das Tätigkeitsfeld von besonderer Bedeutung einzusetzender Assessments- und Dokumentationssysteme. Es wird auf spezifische pflegerische Problemfelder eingegangen und Aspekte des Versorgungsmanagements geschult. Weitere wichtige inhaltliche Schwerpunkte stellen die nichtmedikamentösen Therapieansätze, Entlastungsangebote für das pflegende Umfeld, adäquate Verhaltensweisen in Notfall- und Krisensituationen sowie Selbstpflegeoptionen der Dementia Care Manager dar.

#### Übergeordnete Ziele:

Der Dementia Care Manager:

- kennt Konzepte in der ambulanten, häuslichen Versorgung eines Demenzpatienten
- kann eigenverantwortlich eine Einschätzung der häuslichen Versorgungssituation vornehmen und Empfehlungen an den Hausarzt weiterleiten
- verfügt über umfangreiches Wissen zu ausgewählten Assessment- und Dokumentationsinstrumenten und wendet diese eigenständig in der Häuslichkeit des Patienten an
- kennt spezifische Pflegeprobleme der Demenz, erkennt diese in der Häuslichkeit und besitzt Kenntnisse, um diesen adäquat zu begegnen
- besitzt umfangreiche Kenntnisse zur Fallorganisation, der Überleitungspflege sowie dem Entlassmanagement und kann diese im individuellen Patientenfall eigenverantwortlich anwenden
- verfügt über Wissen zu nichtmedikamentösen Therapieoptionen und kann diese in der Häuslichkeit individuell anwenden
- kennt Entlastungsangebote für das pflegende Umfeld und informiert die pflegenden Angehörigen über entsprechend bestehende Optionen im ausgewählten Patientenfall einschließlich der Vermittlung eines Kontaktes
- verfügt über fundierte Kenntnisse zu möglichen Notfall- und Krisensituationen und kann adäquat bei deren Auftreten agieren
- kennt Möglichkeiten, sich selbst zu entlasten und sich von der DCM Tätigkeit aktiv zu entspannen

### 3.1 Pflege im ambulanten Setting

**Ziele:**

- besitzt erweitertes Wissen zu innovativen Ansätzen der Versorgung in der Häuslichkeit
- verfügt über Kenntnisse zu regionalen und überregionalen Versorgungsnetzwerken
- reflektiert berufsübergreifende Kooperationsansätze
- kennt die Auswirkungen der medizinisch-pflegerischen Bedürftigkeit eines Menschen auf sein Leben in der Familie und in seinem sozialen Umfeld und kann diese in ihr professionelles Handeln einbeziehen
- besitzt Kenntnisse zu sozialen, kulturellen und religiösen Besonderheiten und setzt diese eigenverantwortlich im Umgang mit dem Patienten um

**Lehrinhalte:**

- Kooperationsnetzwerke in der Gesundheitsversorgung
- Innovative Ansätze der pflegerischen Versorgung: Familiengesundheitspflege, präventiver Hausbesuch
- Aufgaben in der Häuslichkeit und in der Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern (z.B. Individuelle Beratung, Hilfestellung und ggf. Vermittlung an andere Leistungserbringer, Überprüfung der häuslichen Versorgungssituation)
- interkulturelle Versorgungskonzepte
- Gefahren in der Häuslichkeit erkennen und darüber beraten
- Beziehung zwischen Familienmitgliedern und dem zu Pflegenden

**4 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

### 3.2 Assessment- und Dokumentationsinstrumente

#### Ziele:

- verfügt über umfassendes Wissen zu ausgewählten Screening- und Assessmentinstrumenten im Rahmen der Demenzversorgung
- lernt das Interventions-Management-Systems (IMS) kennen und anwenden
- kann bestehende Instrumente für die Erhebung spezifischer Aspekte der Demenzerkrankung unterscheiden
- kann ausgewählte Screening- und Assessmentinstrumente eigenverantwortlich anwenden und deren Ergebnisse selbständig interpretieren
- wendet die erlernten Instrumente eigenverantwortlich im häuslichen Umfeld an
- kann die Tests für das Assessment der Independent-Studie anwenden und versteht den Nutzen der Assessments
- versteht den Umgang mit dem VMS (PC-Tabletgestütztes Versorgungsmanagement-System)

#### Lehrinhalte:

- Anforderungen und Kriterien an Assessmentinstrumente (Fremd-, Selbstbeurteilung; Unterschied Screening und Assessmentinstrument)
- Demenz Screening Tests: Dem Tect, Uhrentest, MoCa
- Tests zur Erfassung von Depressivität u.a.
  - Geriatric Depression Scale & MINI Depression
- Tests zur Erfassung von Verhaltensstörungen u.a.
  - Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)
- Tests zur Erfassung der kognitiven Defizite u.a.
  - Mini Mental Status Test (MMST), Clinical Dementia Rating (CDR)
  - CERAD Testbatterie
- Tests zur Schmerzbeurteilung u.a.
  - Schmerzen bei Demenz (BESD durchführen können)
- Tests zur Einschätzung körperlicher Defizite/ Pflegebedürftigkeit u.a.
  - Häusliche Pflegeskala (HPS)
  - Instrumental Activities of Daily Living (IADL)/Bayer ADL
  - Barthel-Index
  - CareNapD
  - Timed up and go
  - Tinetti Test

- DEMMI
- Rehabilitationsfähigkeit (Einschätzung ob stationäre oder ambulante Rehafähigkeit besteht mit entsprechenden Kriterien)
- CANE
- Find Risk (Diabetes Risiko einschätzen)
- RUD, EQ-5D-5L, FIMA
- Tests zur Einschätzung des Gesundheitszustandes u.a.
  - HABC
  - Step
- Tests zur Einschätzung der Angehörigenbelastung bzw. Gesundheit des Angehörigen
  - HABC
  - Zarit Burden Inventory
  - Step
- das Interventions-Management-System (IMS)
  - Handhabung und Anwendung
- Tests zur Einschätzung des Hypertonierisikos:
  - arriba
  - ProCAM
- Durchführung einer Befragung:
  - Befragung als standardisiertes Instrument (wie muss man als DCM agieren, damit die Ergebnisse verwertbar sind)
  - Anwendung des Versorgungsmanagement-Systems (VMS)
  - Umgang mit den Tablet-PCs
- Dokumentation der erbrachten Leistungen
- Dokumentation im Hausarztbrief

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

**Durchführung: Dozent DZNE**

### 3.3 spezielle Pflegeprobleme<sup>1</sup> bei Menschen mit Demenz

#### Ziele:

- kennt spezifische Pflegeprobleme bei einer Demenz sowie adäquate Maßnahmen zu deren Verbesserung, Verminderung bzw. Beseitigung
- erkennt in der Häuslichkeit selbstständig bestehende spezifische Pflegeprobleme und kann situationsadäquate Interventionsvorschläge unterbreiten
- verfügt über das erforderliche Wissen, um dem pflegendem Umfeld und beteiligten Berufsgruppen Handlungsempfehlungen in Bezug auf spezielle Pflegeprobleme geben zu können

#### Lehrinhalte:

- Überblick AEBDL
- Allgemeine Ernährungsberatung:
- Nahrungsgruppen kennen/ Therapie bei ernährungsbedingten Erkrankungen kennen
- Ernährungsprobleme bei Demenz
- veränderte Geschmackswahrnehmung
- Dysphagie mit Aspirationsepisoden
- Apraxie mit Unfähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme
- Appetitlosigkeit/Nahrungsverweigerung
- Sondenernährung
- Obstipation und Diarrhö und entsprechende Gegenmaßnahmen
- Gewichtsverlust und Mangelernährung und Gegenmaßnahmen
- Trinkverhalten und Dehydration (Symptome und Gegenmaßnahmen, Dehydration in der finalen Phase)
- Ernährungsberatung bei Diabetes
- Ernährungsberatung bei chronischen Wunden
- Ernährung bei Hypertonie, gewichtsreduzierende Ernährung
- Ausscheidungen im Alter (Besonderheiten, Maßnahmen, Therapie)
- Monitoring der Ausscheidungen
- Ernährungs- und Flüssigkeitsbilanzierung (Indikation und Auswertung)
  - Beherrschen der Fertigkeit zur Einschätzung des Flüssigkeitsbedarfes in Kombination mit Einschränkungen

<sup>1</sup> behandelt werden ausgewählte Pflegeprobleme, die in Zusammenhang mit dem Krankheitsbild auftreten; ergänzend sollte in Regionen mit multikulturellen Pflegeproblemen dieser Lerninhalt ergänzt werden

- Planung einer bedarfsgerechten Flüssigkeitszufuhr
- Kenntnisse zur Berechnung und Einschätzung der Flüssigkeitsbilanz
- Urinest/ Stuhlprobe (Indikation, Maßnahmen, Auswertung)
- Kenntnisse zu krankheitsbedingten Veränderungen der Ausscheidungsfunktion
  - Kenntnisse über Veränderungen der Defäkation
  - Beherrschen der Fähigkeit den Unterstützungsbedarf einschätzen zu können
  - Bedarfsgerechte Maßnahmen einleiten können
  - Beratungskompetenz zur Information, Schulung und Beratung
- Hautzustand im Alter, Beobachtung der Haut, (Hauttugor testen, Hautoberfläche einschätzen können)
  - Wundversorgung im Alter
  - Umgang mit Altershaut
  - Wirtschaftliche Verschreibung von Wundauflagen
  - Erfassung/ Dokumentation/Versorgung chronischer Wunden
  - Durchführung tiefer Wundabstrich
  - Entzündungszeichen der Haut erkennen
- Monitoring und Einschätzung von:
  - Gewichtsverlauf
  - Ernährungsprotokoll
  - Trinkprotokoll
  - Ausscheidungen
  - Wunden
  - Haut (verschiedene Formen alternder Haut, Auffälligkeiten und Therapiemöglichkeiten, Fingertest)
- Mobilität und Mobilitätseinschränkungen
- Herausfordernde Verhaltensweisen
- Ursachen von herausfordernden Verhaltensweisen
- Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen
- Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz
- Gewalt in der häuslichen Versorgungssituation

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul + 4 Stunden (InDePendent-Studie)**

**4 Stunden Seminar im Aufbaumodul Teil 2**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

### **3.4 unterstützende Maßnahmen im Umgang mit und der Pflege von Menschen mit Demenz**

#### **Ziele:**

- besitzt vertieftes Wissen zu den Formen der nichtmedikamentösen Therapieansätze und kann einzelne Maßnahmen entsprechend zuordnen
- verfügt über integriertes Fachwissen zu ausgewählten nichtmedikamentösen Therapieansätzen und kann diese eigenverantwortlich im häuslichen Umfeld anwenden bzw. Handlungsempfehlungen an den Hausarzt weiterleiten
- besitzt Kompetenzen, um die pflegenden Angehörigen zu schulen, so dass diese geeignete nicht medikamentöse Maßnahmen eigenständig am Demenzpatienten durchführen können

#### **Lehrinhalte:**

- Überblick: Verhaltensbezogene Ansätze, psychologische Ansätze und Pflege- und Betreuungsangebote
- spezifische nichtmedikamentöse Therapieansätze
  - Kenntnisse zur Einschätzung und Erfassung der Schmerzqualität und –quantität
  - Kenntnisse über Folgen akuter und chronischer Schmerzen
  - Kenntnisse zu Indikation und Kontraindikation, soweit Nebenwirkungen der im Standard (WHO) festgelegten Medikation
  - Unterstützungsbedarf einschätzen können und bedarfsgerechte Planung übernehmen können /Beratungskompetenz
- Validation nach Naomi Feil/ Biografie-Arbeit
- Umgebungsgestaltung als ein Aspekt der Milieuthherapie
- SET nach Romero
- Kreativtherapeutische Verfahren (Musik, Kunst, Sprache)/ Seniorensport
- Grundlagen des Dementia Care Mapping als Evaluationsverfahren
- spezifische pflegerische Interventionsansätze
- Basale Stimulation
- Kinästhetik
- 10 Minuten Aktivierung

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul Teil 1**

**4 Stunden Seminar im Aufbaumodul Teil 2**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

### 3.5 Versorgungsmanagement/ Dementia Care Management

#### Ziele:

- besitzt erweitertes Wissen über das Versorgungsmanagement bei älteren Patienten
- kennt verschiedene Formen der Fallarbeit und kann diese zum Dementia Care Management Ansatz in Beziehung setzen
- besitzt erweitertes Wissen zu Arten der Patientenüberleitung und kann diese differenzieren
- besitzt integriertes Fachwissen über das Entlassmanagement sowie Überleitungsversorgung und wendet diese im individuellen Patientenfall selbstständig an
- besitzt erweitertes Wissen über das Konzept des Dementia Care Management und dessen Ablauf
- Überprüfen des Hausbesuchskoffers

#### Lehrinhalte (aufbauend auf den Vorkenntnissen Pflegeberater):

- Grundlagen Versorgungsmanagement
- Fallarbeit/Case Management (Home Care Case Management, Community based Case Management und Chronic Care Case Management)
- Entlassungspflege
  - Ziele und Konzepte des Entlassmanagements
  - Voraussetzungen des Entlassmanagements
  - Direktes und indirektes Entlassmanagement
  - Expertenstandard Entlassmanagement
- Primary Nursing (Bezugspflege) als Pflegeorganisationssystem und Voraussetzung gelungener Überleitung
- Pflegeüberleitung
- Prozessablauf des Dementia Care Managements

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

**Durchführung: Dozent DZNE**

---

### 3.6 Selbstpflege

**Ziele:**

- erkennt Anzeichen von Überlastung im Arbeitsalltag durch fachtheoretisches Wissen
- wendet Maßnahmen der Sofortintervention (z.B. Entspannungstechniken) und der Selbstpflege an und kennt Zugangswege für Selbstpflegemaßnahmen
- besitzt grundlegende Kenntnisse zur Supervision

**Lehrinhalte:**

- Burnout-Prävention und Supervision
- Entspannungstechniken (Atemübungen, progressive Muskelentspannung)
- Anbieter und Angebote der Selbstpflege und Gesundheitsförderung in der Region (z.B. Massagen, Autogenes Training, Yoga...)
- Einführung in die Supervision
- Sicherheit und Unfallverhütung

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul Teil 1**

**8 Stunden Seminar im Aufbaumodul Teil 2**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

### 3.7 Beratung und Entlastung von (pflegenden) Angehörigen

#### **Ziele:**

- verfügt über fachtheoretisches Wissen zu belastungsassoziierten Erkrankungen pflegender Angehöriger
- verfügt über fachtheoretisches Wissen zu Entlastungsoptionen für das pflegende Umfeld
- kennt unterschiedliche Arten von Angehörigengruppen (z.B. Gesprächskreise, Selbsthilfegruppen), deren Konzepte und kann Kontakte vermitteln bzw. Handlungsempfehlungen an den Hausarzt leiten
- verfügt über Wissen zu Pflegestützpunkten, deren Aufgaben und Leistungsspektrum und kann Kontakte vermitteln bzw. Handlungsempfehlungen an den Hausarzt leiten
- besitzt integriertes Fachwissen zu niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und kann im individuellen Fall ein adäquates Angebot empfehlen
- besitzt integriertes Fachwissen zu Pflegekursen, gibt Handlungsempfehlungen für die Organisation und Umsetzung und vermittelt einen Kontakt

#### **Lehrinhalte:**

- ausgewählte Erkrankungen von pflegenden Angehörigen u. a. Depression, Burnout
- Angehörigengruppen, Gesprächskreise und Selbsthilfegruppen
- Pflegestützpunkte und Leistungen der Pflegeberatungsstellen
- niedrigschwellige Betreuungsangebote
- Pflegekurse nach SGB XI
- Beratung von Angehörigen im Umgang mit Demenzerkrankten
- Schlafstörungen
- Persönlichkeitsänderungen
- Mobilität
- Krankenhaus-Notfallplan
- Angehörigenschulung / Belastung/ Hilfen
- Pflegestützpunkte
- Körperliche Gesundheit
- Finanzielle und sozialrechtliche Fragen
- Wohnsituation, Schwierigkeiten, Einschränkungen
- Depressionen, Angst, Halluzination, Wahn, repetitivem Verhalten, impulsivem Handeln, Sicherheit (freiheitsentziehende Maßnahmen), Änderungen in der Beziehung

- 
- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Beratung zu Prophylaxen: Kontraktoren Prophylaxe, Aspirationsprophylaxe, Obstipationsprophylaxe, Zystitis Prophylaxe, Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, etc.)</li><li>- Krankenhaus-Notfallkarte, Hilfskarte</li></ul> |
| <b>16 Stunden Seminar im Aufbaumodul</b><br><b>+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung</b>  |

### 3.8 Verhalten in Notfall- und Krisensituationen

#### Ziele:

- verfügt über die Fähigkeit zum angemessenen Handeln in Krisen- und Notfallsituationen
- besitzt Handlungskompetenzen zur Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen bis zum Eintreffen eines Arztes

#### Lehrinhalte:

- Grundlagen zum Verhalten in Notfallsituationen (Wie erkenne ich einen Notfall? Was tue ich als erstes? Wen rufe ich im Notfall an und welche Informationen muss ich weitergeben?)
- Besonderheiten der Ersten Hilfe bei Menschen mit Demenz
- allgemeine Erste-Hilfe-Maßnahmen
- Erste Hilfe bei somatischen Notfallsituationen:
  - kardiopulmonale Reanimation
  - Erste Hilfe bei Schock
  - Atemnot
  - Intoxikationen
  - Krampfanfälle
  - Verbrennung/Verbrühung
  - Umgang mit komatösen Patienten
  - Stupor
  - Hypertone Krisen
- Erkennen und Ergreifen von Erstversorgungsmaßnahmen:
  - Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Exikose, Asthma
  - Krampfanfälle, abdominelle Erkrankungen
  - Schockformen
  - Psychiatrische Notfälle
  - Rettungskette

**8 Stunden (mind.) Erste-Hilfe-Kurs im Grundlagenmodul**

**4 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

---

## **Modul 4 - Kommunikation, Beratung, Gesprächsführung und Netzwerkarbeit (32 Stunden zzgl. Querschnittsbereich)**

Kommunikation, Beratung, Gesprächsführung und Netzwerkarbeit sind Gegenstände des vierten Moduls. Grundlegend steht die Patienten- und Angehörigenkommunikation aus theoretischer Hintergrundbetrachtung einerseits und die praktische Anwendung und Umsetzung andererseits im Fokus des Lehrplanes. Kern dieses Moduls sind vor allem die sozialrechtlichen Versorgungsaspekte, die die Beantragung eines Pflegegrades oder aber pflegerischer Leistungen und Unterstützungsangebote. Weiterhin sind Kommunikation und Gesprächsführung mit weiteren Akteuren des Netzwerkes sowie die Patientenschulung, -information und die Beratung des pflegenden Umfeldes weitere Schwerpunkte in den einzelnen Untermodulen. Aspekte der multiprofessionellen Fallbesprechungen sind als weitere elementare Themen dieses vierten Moduls anzusehen.

### Übergeordnete Ziele

Der Dementia Care Manager:

- kennt verschiedene Kommunikationsstrategien mit dem Patienten und den pflegenden Angehörigen in den verschiedenen Krankheitsstadien der Demenz und kann diese individuell anwenden
- verfügt über Wissen zur Kommunikation und Gesprächsführung mit weiteren Akteuren im Rahmen der netzwerkbezogenen Demenzversorgung und setzt diese um
- kennt die Grundlagen der Beratung von Patienten und deren pflegenden Angehörigen und kann diese praktisch umsetzen
- verfügt über Wissen, um die pflegenden Angehörigen zu spezifischen Aspekten der Demenzerkrankung zu beraten und zu schulen
- kennt sozialrechtliche Unterstützungsleistungen und ist in der Lage, diese zu beantragen
- kennt verschiedene Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit und kann diese in entsprechenden Situationen adäquat anwenden
- besitzt Wissen zu Netzwerken und Netzwerkarbeit und kann die Dementia Care Management Funktion in das Dementia Care Management Netzwerk einordnen und eigene Aufgaben von denen der anderen Professionen abgrenzen
- kennt Rollen und Funktionen eines Hausarztes in der Demenzversorgung und kann das eigene Handeln als Dementia Care Manager dazu in Beziehung setzen
- ist in der Lage, selbstständig Daten von Patienten und pflegenden Angehörigen zu erheben und diese unter Beachtung von ethischen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den Hausarzt und weitere Mitglieder des Dementia Care Management Netzwerkes weiterzuleiten
- verfügt über die notwendigen Kompetenzen, um Fallbesprechungen im interdisziplinären Zusammenhang zu organisieren, durchzuführen und zu dokumentieren

---

## 4.1 Kommunikation mit Menschen mit Demenz

### Ziele:

- verfügt über erweitertes allgemeines Wissen zu verschiedenen Aspekten der Kommunikation mit einem Menschen mit Demenz
- kommuniziert angemessen unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums und wendet theoretisches Wissen individuell im häuslichen Umfeld an
- kennt ausgewählte Kommunikationshilfen und setzt diese adäquat im praktischen Arbeitsfeld ein
- wendet Strategien zur Kommunikation in Krisen- und Notfallsituationen selbständig an
- wendet eigenverantwortlich Wissen zur Kommunikation mit dem Menschen mit Demenz im Stadium des Sterbens an

### Lehrinhalte:

- demenzgerechte Kommunikation
- Einsatz von Kommunikationshilfen (Brille, Hörgerät)
- Schwerhörigkeit und Demenz
- Kommunikationsmodell nach Jenny Powell
- Kommunikation mit Demenzpatienten, die sich verbal nicht mehr äußern können (basale Stimulation, Kinästhetik)
- Validation nach Naomi Feil

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

## 4.2 Kommunikation mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz

### Ziele:

- Verfügt über vertieftes Wissen zu verschiedenen Aspekten der Kommunikation mit einem pflegenden Angehörigen
- kommuniziert mit dem pflegenden Angehörigen unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums des Menschen mit Demenz und wendet dieses Wissen individuell im häuslichen Umfeld an
- wendet ausgewählte Kommunikationshilfen selbständig im praktischen Arbeitsfeld an
- wendet Strategien der Kommunikation mit pflegenden Angehörigen nach individueller Situation in der Häuslichkeit an
  - in Krisen- und Notfallsituationen
  - in der finalen Phase der Demenzerkrankung

### Lehrinhalte (aufbauend auf den Vorkenntnissen Pflegeberater):

- Überbringen einer schlechten Nachricht
- Kommunikation mit und über Menschen mit Demenz in der individuellen Situation
- Kommunikation mit depressiven Angehörigen
- Kommunikation in Krisen- und Notfallsituationen

**14 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

### **4.3 Kommunikation und Gesprächsführung mit an der Versorgung beteiligten Akteuren des Gesundheitswesens**

#### **Ziele:**

- kann im interdisziplinären Netzwerk adäquat kommunizieren
- besitzt fachtheoretisches Wissen zu Möglichkeiten einer zielgerichteten Informationsweiterleitung an Akteure in verschiedenen Settings
- nutzt selbstständig wichtige Kommunikationsstrategien in den verschiedenen Kommunikationssettings
- kennt spezielle Kommunikationsmodelle in der interdisziplinären Zusammenarbeit und wendet diese selbstständig in der Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern an
- kennt Kommunikationsstrategien in Konfliktsituationen und wendet diese im praktischen DCM Arbeitsfeld an

#### **Lehrinhalte** (aufbauend auf den Vorkenntnissen Pflegeberater):

- spezifische ausgewählte Kommunikationssituationen mit den Kommunikationspartnern
  - mit dem Hausarzt und in der Hausarztpraxis
  - mit dem Facharzt
  - mit dem ambulanten Pflegedienst, Tages- und Nachtpflege, Pflegeheim
  - in der Apotheke
  - mit Therapeuten
  - mit Kostenträgern (KK/Pflegekasse)
  - mit Behörden und Institutionen (z.B. kommunaler Sozialhilfeträger, Gericht)
- ausgewählte Kommunikationsstrategien
  - Aufbau von Argumenten und Argumentationsketten
  - angemessene Verwendung von Fachsprache
- Schriftliche Kommunikation
  - lesen, verstehen und erklären von Bescheiden
  - stellen von Anträgen bei Behörden
  - Erstellung eines Widerspruchs bei Pflegestufenbeantragung und Antrag auf Schwerbehinderung
  - Formulierung von Empfehlungen
  - Erstellen eines Hausarztbriefes
- Dokumentation
  - kennen, verstehen und anwenden des Versorgungs-Management-Systems (VMS)

- 
- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ Dokumentieren von Leistungen</li><li>○ Dokumentieren und Erstellen von Überweisungen und Verordnungen</li><li>○ Dokumentieren von Patientendaten (Komorbiditäten, Medikamente)</li><li>○ Verlaufsdokumentation</li></ul> |
| <b>14 Stunden Seminar im Aufbaumodul</b><br><b>+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung</b>  |

---

#### **4.4 Information, Beratung, Anleitung und Schulung von Menschen mit Demenz und seines pflegenden Umfeldes**

##### **Ziele:**

- Abgrenzung der Begrifflichkeiten unter Einbezug fachtheoretischen Wissens
- kennt theoretische Konzepte und Basisvariablen und nutzt diese selbständig für den Beratungs- und Schulungsprozess
- kennt Grundlagen ausgewählter Schulungs- und Beratungsformen
- kann Schulungs- und Beratungsmethoden in der Häuslichkeit des Patienten eigenverantwortlich einsetzen
- kennt ausgewählte Werkzeuge und Instrumente der Edukation der pflegenden Angehörigen und kann diese individuell im DCM Arbeitsfeld anwenden

##### **Lehrinhalte** (aufbauend auf den Vorkenntnissen Pflegeberater):

- Überblick Unterstützung, Anleitung, Schulung und Beratung
- spezifische Situationen der Beratung im DCM Arbeitsfeld
  - Beratung zur Antragsstellung eines Pflegegrades
  - Beratung zur Demenzerkrankung (z.B. Bewältigungsmechanismen nach der Diagnose und Prognosestellungen)
  - Umgang mit dem Demenzpatienten bei Nahrungsverweigerung
  - Umgang mit dem Demenzpatienten bei Verweigerung von pflegerischen Maßnahmen und bei herausforderndem Verhalten
  - Kommunikation mit Angehörigen

**14 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

## 4.5 Sozialrechtliche Versorgung von Menschen mit Demenz

### Ziele:

- besitzt Kenntnisse über sozialrechtliche Aspekte der Versorgung von Menschen mit Demenz
- verfügt über Wissen zur Beantragung von Leistungen der Pflege, Maßnahmen zur Verbesserung/Anpassung des Wohnumfeldes, Leistungen für pflegende Angehörige sowie Möglichkeiten der Patientenvorsorge und kann auf die entsprechenden Institutionen und Beratungsstellen z.B. Pflegestützpunkt verweisen

### Lehrinhalte:

- Überblick: Sozialrechtliche Aspekte der Versorgung und Unterstützung
- Maßnahmen zur Wohnraumverbesserung (§40 SGB XI)
  - Wohnraumanpassung (wann indiziert?)
  - Barrierefreies Wohnumfeld gestalten
  - Demenzspezifisches Wohnumfeld anpassen (große Kalender, Uhren zur Orientierung, etc.)
  - Möglichkeiten der Wohnraumanpassung
  - Erkennen von Überforderungssituationen
- Pflegegradbeantragung und Widerspruch sowie Beantragung Pflegegeld
- Beantragung von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege sowie stationärer Pflege und weiterer Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz
- Selbsthilfegruppe für Angehörige
- zusätzliche Betreuungsleistungen §45b SGB XI
- Zuzahlungsregelungen und Zuzahlungsbefreiung
- Beantragung von Pflegeleistungen wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung, Pflegeunterstützungsgeld, Pflegekurse, Familienpflegezeit sowie Vorsorge und Rehabilitation
  - ambulante geriatrische Rehabilitation (was ist das, wann indiziert?)
  - stationäre geriatrische Rehabilitation (was ist das, wann indiziert?)
- Beantragung Schwerbehindertenausweis
- Erstellung Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Testament, gesetzliche Betreuung

**8 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

**+ Praxistransfer in Fallbesprechung und kollegialer Beratung**

---

## **Modul 5 - Netzwerkbezogene Versorgung von Menschen mit Demenz (16 Stunden)**

Aspekte der Demenzversorgung im Rahmen eines Netzwerkes stellen den primären Inhalt des fünften Moduls dar. Zunächst wird auf Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit eingegangen und die Netzwerkarbeit thematisiert. Ferner wird der Hausarzt in seiner Funktion als Hauptverantwortlicher des Behandlungsprozesses herausgestellt. Die Erhebung, Analyse und Weiterleitung von personengebundenen Daten sowie multiprofessionelle Fallbesprechungen sind als weitere elementare Themen dieses fünften Moduls anzusehen.

### Übergeordnete Ziele:

Der Dementia Care Manager:

- kennt verschiedene Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit und kann diese in entsprechenden Situationen adäquat anwenden
- besitzt Wissen zu Vernetzung und Netzwerkarbeit und kann die Dementia Care Management Funktion in das Dementia Care Management Netzwerk einordnen und die eigenen Aufgaben von denen der anderen Professionen abgrenzen
- kennt Rollen und Funktionen eines Hausarztes in der Demenzversorgung und kann das eigene Handeln als Dementia Care Manager dazu in Beziehung setzen
- ist in der Lage, selbstständig Daten von Patienten und pflegenden Angehörigen zu erheben und diese unter Beachtung von ethischen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den Hausarzt und weitere Mitglieder des Dementia Care Management Netzwerkes weiterzuleiten
- verfügt über die notwendigen Kompetenzen, um Fallbesprechungen im interdisziplinärem Zusammenhang zu organisieren, durchzuführen und zu dokumentieren

## 5.1 Einführung in die interdisziplinäre Fallbesprechung, kollegiale Beratung und Supervision

### Ziele:

- kann Fallbesprechung, kollegiale Beratung und Supervision voneinander abgrenzen
- kennt Anlässe und Formen von Fallbesprechungen, kollegialer Beratung und Supervision
- besitzt vertieftes fachtheoretisches Wissen zur Organisation und zum Ablauf einer interprofessionellen Fallbesprechung
- kann im Rahmen des Dementia Care Managements interprofessionelle Fallbesprechungen eigenverantwortlich organisieren und durchführen
- Fähigkeit zur selbständigen Dokumentation von interprofessionellen Fallbesprechungen

### Lehrinhalte:

- Definition Fall und Fallbesprechung, kollegiale Beratung sowie Supervision
- Anlässe und Indikatoren für eine Fallbesprechung und kollegiale Beratung
- Anlässe für eine Supervision des DCM Teams
- Formen der Fallbesprechung und kollegialer Beratung
  - Kurzfallbesprechung
  - Fallscreening
  - Fallbesprechung mit Senior Professional
  - Fallbesprechung im Team
  - interprofessionelle Fallbesprechung
  - Helferkonferenz
  - Fallbesprechung mit einzelnen Mitarbeitern
- Organisation und Ablauf einer interprofessionellen Fallbesprechung
- Dokumentation einer interprofessionellen Fallbesprechung

**8 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

---

## 5.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitssystem

### Ziele:

- kennt die Möglichkeit multiprofessioneller Teams zur Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssektor
- verfügt über Wissen zur spezifischen Zusammenarbeit der pflegerischen und ärztlichen Profession und kann sich diese für das praktische Dementia Care Management Handlungsfeld nutzbar machen

### Lehrinhalte:

- Formen multiprofessioneller Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung insbes. Kooperation zwischen Pflege und Medizin sowie weiteren beteiligten Berufsgruppen
- Formen interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungssektor
- Kooperationsziele (wirtschaftlich, medizinisch, wettbewerbsorientiert): (inter-)sektoral und multiprofessionell
- interprofessionelle Kommunikationsmethoden

**8 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

---

### 5.3 Vernetzung und Netzwerkarbeit

**Ziele:**

- kennt Konzepte und Strategien eines Netzwerkes und kann die Netzwerkarbeit im Dementia Care Management nutzen
- verfügt über Wissen zur erfolgreichen Realisierung eines eigenen regionalen Versorgungs- und Unterstützungsnetzwerkes und macht sich dieses für das eigene Handeln im Dementia Care Management Netzwerk nutzbar

**Lehrinhalte:**

- Ziele, Konzepte und Strategien der Netzwerkarbeit
- Determinanten erfolgreicher Netzwerkarbeit
- Stärken und Schwächen sowie Vor- und Nachteile von Netzwerken
- bestehende Demenznetzwerke und deren Ziele
- das Dementia Care Management Netzwerk

**8 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

---

## 5.4 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

### Ziele:

- entwickelt ein Grundverständnis für qualitätsgesicherte Prozesse
- verfügt über vertieftes Wissen zu Bereichen, in denen Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig sind
- wendet Qualitätsmanagement-Grundregeln in den DCM Arbeitsprozessen selbstständig und eigenverantwortlich an

### Lehrinhalte:

- Grundbegriffe der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements
  - statische und dynamische Qualitätssicherung
  - Rolle von Audits
  - Standardarbeitsanweisungen
- Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
  - Leitlinien und Expertenstandards als Maßnahmen zur Qualitätssicherung der pflegerischen und medizinischen Behandlung

**4 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

---

## **Modul 6 - Interventions-Management-System (16 Stunden)**

Das sechste Modul umfasst die Wissensvermittlung zum Interventions-Management-System im Dementia Care Management. Die Grundlagen der PC Arbeit sind dabei als optionales Modul gestaltet und richtet sich an Weiterbildungsteilnehmer, die ihre vorhandenen grundlegenden Kenntnisse im Umgang mit dem PC vertiefen und erweitern möchten. Die Wissensvermittlung zum Interventions-Management-System soll dem Dementia Care Manager dazu befähigen, die im Grundlagenmodul erlernten Fragebögen und Assessments anzuwenden und mithilfe der Software automatisiert einen individuellen Behandlungs- und Versorgungsplan zu erstellen.

### Übergeordnete Ziele:

Der Dementia Care Manager:

- verfügt über umfangreiches Wissen im Umgang mit der Hard- und relevanten Software eines PC, insbesondere Clinical Assistent
- kennt verschiedene Programme und deren sichere Handhabung (insbesondere MS-Word, MS-EXCEL, Outlook)
- kennt die Dokumentationssysteme, Assessments und Algorithmen des im Dementia Care Management genutzten Interventions-Management-Systems
- verfügt über Wissen zum sicheren Umgang mit den Eingabemasken sowie der Datensicherung und Datenweiterleitung
- Verfügt über Wissen zur Erstellung des Versorgungs- und Behandlungsplans im Interventions-Management-System
- verfügt über Kenntnisse im Umgang mit Programmabstürzen und Hardwareausfällen

---

## 6.1 Datenschutz und Datensicherheit

### Ziele:

- kennt Möglichkeiten der Erhebung, Dokumentation und Weiterleitung von personenbezogenen Daten, Datenspeicherung und -sicherung
- kennt die Anwendung ethischer und datenschutzrechtlicher Aspekte im Kontext der Arbeit mit personengebundenen Informationen

### Lehrinhalte:

- rechtliche und ethische Grundlagen zu Datenschutz und Datensicherheit
- Dateneinwilligungen für Datenweitergabe (was gehört dazu)
- Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, sodass Termine für Angehörige oder MmD vereinbart werden dürfen
- Einverständniserklärungen

**4 Stunden Seminar im Grundlagenmodul**

---

## 6.2 Das Interventions-Management-System (IMS)

### Ziele:

- wendet das Dokumentationssystem (Assessments und Fragebögen) im Dementia Care Management selbständig an
- verfügt über einen sicheren Umgang mit der Dokumentationssoftware, dem Interventions-Management-System des Dementia Care Management

### Lehrinhalte:

- Grundlagen zu Eingaben in Datenbanken
- allgemeine Einführung in die Dokumentationssysteme des Dementia Care Managements
- allgemeine Einführung in die Dokumentation des eigenen Leistungsspektrums
- Struktur der Software, Eingabemasken
- Plausibilitätsprüfungen
- das Interventions-Management-System als Arbeitsgrundlage einer DCM

**8 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

**Durchführung: Dozent DZNE**

### **6.3 Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten im Interventions-Management-System**

#### **Ziele:**

- verfügt über grundlegendes Wissen zur Erhebung, Analyse, Dokumentation und Weiterleitung von personenbezogenen Daten
- kennt die im Interventions-Management-System genutzten Algorithmen zur Identifikation von Versorgungsbedarfen und Überführung dieser in einen individualisierten Behandlungs- und Versorgungsplan
- bezieht bei der Anwendung selbständig ethische und datenschutzrechtliche Aspekte im Kontext der Arbeit mit personengebundenen Informationen ein

#### **Lehrinhalte:**

- Ethik- und Datenschutzkonzepte als Voraussetzung
- personenbezogene Informationen: Nutzen und Risiken
- Verwendung von patientenbezogenen Informationen im Forschungskontext
- Algorithmen und Triggerpunkte des Interventions-Management-Systems sowie deren Nutzung zur Identifikation von ungedeckten Behandlungs- und Versorgungsbedarfen
- grundlegende Aspekte der Datenübertragung

**4 Stunden Seminar im Aufbaumodul**

**Durchführung: Dozent DZNE**

## Übernahme ärztlicher Tätigkeiten für InDePendent

### Ziele:

- Praktisches, fachliches und theoretisches Wissen zur Umsetzung ärztlicher Tätigkeiten
- Verschreiben von Verordnungen
- Vorgehensweise bei Überweisungen
- Theoretische Grundlagen von:
  - Wundverbände
  - Impfen
  - S.c. Infusion/ Injektion, I.m. Injektion
  - Blutentnahme kapillar und venös
  - Versorgung und Beurteilung von Stomata
  - Umgang und legen eines Katheters
- Fundiertes Wissen zu Begleiterkrankungen der Demenz

### 1. Injektion und Infusion

8h

- S.c. Injektion
- I.m. Injektion
- S.c. Infusion
  - Indikation/ Kontraindikation von Hypodermoklyse
  - Kenntnisse des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushaltes
  - Fähigkeit zum Schätzen des Substitutionsbedarfes und zur Evaluation des Bedarfes
  - Beherrschen der grundlegenden theoretischen Kenntnisse zur Durchführung und Überwachung einer Infusionstherapie (nur Hypodermoklyse)

### 2. Ärztliche Tätigkeiten ausführen und umsetzen

#### 2.1. Blut abnehmen (kapillar und venös)

4h

- Kenntnisse zur Anatomie der Venen des menschlichen Kreislaufs
- Indikation und Kontraindikationen von venösen Blutabnahmen
- Prozessstandards zur Abnahme des venösen Blutes
- beherrscht grundlegendes Wissen zur Venenpunktion
- >(unterschiedliche Systeme)

2.2. Blutbild	4 h
<ul style="list-style-type: none"> <li>- (kleines und großes) -&gt;Profil auswerten (Kenntnisse der einzelnen Normwerte von Standardlaborparametern liegen vor, Einschätzung von Normabweichungen und Einleitung entsprechender Maßnahmen)</li> </ul>	
2.3. Verordnungen / Folgeverordnungen	4 h
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hilfsmittelkatalog (was kann verordnet werden, was gehört zu Privatleistungen) nach HKP-RiLi § 37 SGB V</li> <li>○ Verordnung ambulanter Krankenpflege (was ist zu beachten, wie wird das Formular ausgefüllt)</li> <li>○ Verordnung von Wundmaterialien</li> <li>○ Verordnung Anti-Thrombosestrümpfe (Indikation und Kontraindikation)</li> <li>○ Verordnung manueller Lymphdrainage (Indikation und Kontraindikation)</li> <li>○ Podologie (wann indiziert?)</li> <li>○ Kenntnisse zu Möglichkeiten ambulanter Betreuung und Möglichkeiten der Finanzierung ambulanter Leistungen</li> <li>○ Kenntnisse über die aktuellen Regelungen von Verordnungen von Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln</li> </ul>	
- arbeiten nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip §12 SGBV	
2.4. Impfen	4 h
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zusammensetzung und Wirkung von Schutzimpfungen</li> <li>○ Lagerung und Beschaffung von Impfstoffen</li> <li>○ Standardimpfung</li> <li>○ Kontraindikationen/ Indikationen von Impfungen</li> <li>○ Techniken und Gefahren, Umgang mit Impfstoffen berücksichtigen</li> <li>○ Impfreaktionen/ Impfkomplicationen/ Impfschaden</li> </ul>	
2.5. Überweisungen	4 h
<ul style="list-style-type: none"> <li>- wann zum Hausarzt und wann zum Facharzt überweisen (Indikationen), wann Krankenhauseinweisung? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abklärung Demenzüberprüfung</li> <li>○ Facharzt Differentialdiagnostische Abklärung der Demenz</li> <li>○ Facharzt Diagnostik Sehstörung,</li> <li>○ Facharzt Diagnostik Hörstörung,</li> <li>○ Facharzt Diagnostik v.a. Major Depression (psychiatrische Versorgung),</li> </ul> </li> </ul>	

- Facharzt Diagnostik v.a. EPMS/Gangstörung (neurologische Versorgung),
- Diagnostik Diabetes Mellitus Typ II,
- Diagnostik Hypertonus,
- Diagnostik Mobilitätseinschränkung/Sturzrisiko,
- Inkontinenzdiagnostik/-versorgung,
- Initialisierung /Überprüfung Schmerztherapie,
- Beurteilung nichtmedikamentöse Therapieansätze,
- Überweisung Chirurg/ Psychologe/ Anästhesist

2.6. Theorie des Wundverbändeanlegens 4 h

- richtige Wundaufgabe wählen
- Akute Versorgung von Wunden mit Verbandtechniken
- Welches Verbandsmaterial ist bei welcher Verletzung indiziert, Verordnung von Verbandsmaterialien
- Wundarten/ - heilung /-verläufe einschätzen
- Entzündungszeichen erkennen
- Wundheilungsstörungen erkennen und Interventionsmaßnahmen durchführen
- Erkennung von Wundenbildung

2.7. Stoma 4 h

- Kontrolle Stomata unterschiedliche Arten kennen und einschätzen können
- Kenntnisse zur Anatomie
  - Aufbau des Darms
  - Indikationen von Stoma
  - Mögliche lokale Komplikationen
- Kenntnisse zu Prozessstandards in Bezug auf die Versorgung eines Stomas
- Kenntnisse über die aktuellen Regelungen zu Verordnung von Material zur Stromaversorgung
- Beherrschen der grundlegenden Fertigkeiten zur Reinigung, Überwachung und Versorgung eines Stomas
- Beherrschen der Fähigkeit die Wundheilung festzustellen und die entsprechende Wundtherapie auszuwählen
- Beratungskompetenz zur Information,PEG (duodopa, apomorphin-therapie) Schulung, und Beratung eines betroffenen Patienten und/ oder von Angehörigen bzw.
- Betreuungspotenzial

## 2.8. Katheterversorgung

4 h

- Kenntnisse zu Arten, Indikationen, Kontraindikationen und Komplikationen,
- Wissen und Anwendung des Prozessstandards zur Versorgung eines Katheters
- Theoretisches Wissen zum Wechsel von transuretral Kathetern (in enger Absprache mit Urologen (Blasenspülung, Überweisung Urologe, demenzspezifische Versorgung, z.B. Pflegeoverall)
- Beherrschend er Fertigkeit, die Lage eines Blasendauerkatheters zu überwachen und den Patienten auf Zeichen eines Harnwegsinfekts zu überweisen an den Hausarzt
- Kenntnisse zu krankheitsbedingten Veränderungen der Ausscheidungsfunktion
- Kenntnisse über Veränderungen der Defäkation
- Beherrschen der Fähigkeit den Unterstützungsbedarf einschätzen zu können
- Bedarfsgerechte Maßnahmen einleiten können
- Beratungskompetenz zur Information und Beratung

## 3. Begleitdiagnosen

### 3.1. Parkinson

2 h

- Duodopa-Pumpe und Apomorphin Therapie
- Hinweis auf spezielle Schulung bei Bedarf)

### 3.2. Schilddrüsenerkrankungen

2 h

- Hypothyreose u. Hyperthyreose
- Ernährung
- Schilddrüsenerkrankungen und Demenz

### 3.3. Diabetes Mellitus

8 h

- Wissen um Pathophysiologie, Diagnostik, Prävention und Therapie der verschiedenen Diabetes Typen
- Folgererkrankungen (z.B. diabetesassoziierte Endorganschädigungen)
- Notfallmanagement
- Körperliche Untersuchung (zur Erfassung von Druckstellen, Wunden, Hämatomen und Auffälligkeiten)
- Funktionsfähigkeit/ -genauigkeit BZ-Gerät
- Führen eines Diabetes Passes
- Auswertung von BZ-Werten und HbA1c- Werten
- Ernährung bei Diabetes Mellitus
- Umgang Insulinpumpe

- Erkennen Diabetisches Fußsyndrom (Frankfurter Aktivitäten Katalog der Selbstpflege zur Prävention)
- Ulcus Cruris (erkennen, Versorgen)
- Wissen um die Wirkzusammenhänge (nicht)medikamentöser bzw. (nicht)invasiver Interventionen
- Wissen zur Beratung und Anleitung gesundheitsfördernder Lebensführung (Ernährung und Bewegung)
- Wissen um Versorgungsstrukturen und Angebote
- Wissen um und Kompetenz zur Beurteilung klinischer Werte als Ergebnis therapeutischer Interventionen
- Kompetenz zur Koordination der häuslichen Pflege- und Versorgungssituationen (u.a. verordnete Hilfsmittel) und zur Veranlassung von Überweisungen an Fachärzte

#### 3.4. Hypertonie

4 h

- Wissen über (Patho)Physiologie verschiedener Hypertonusarten und –grade (als Haupt- oder Nebendiagnose)
- Wissen über Diagnostik und Therapie
- Erfassung alters- und krankheitsbedingter klinischer und familiärer (Risikoaspekte)
- Wissen um Interventionsmöglichkeiten (Medikamentös und nichtmedikamentös)
- Wissen und Kompetenz zur Beurteilung von beobachtbaren Verhaltensweisen als Ergebnis therapeutischer Interventionen
- Wissen um Versorgungsstrukturen und Angebote
- Altersspezifische Verlaufs- und Komplikationsrisiken
- Anzeichen hypertoner Krisen
- Anwendung von spezifischen Assessmentinstrumenten: arriba, Procam
- Falladäquate Auswahl geeigneter Interventionen
- Beratung bei Hypertonie
- Linderung der Begleiterscheinungen
- Ernährung zur Gewichtsreduktion, Omega-3-Fettsäuren, cholesterinarm, koffeinreduziert
- Beratung zur Bewegung und Rauchtätigkeit

#### 3.5. Chronische Wunden

8 h

- Erfassung Wundgröße/ pathophysiologische Ursache
- Entzündungszeichen

- 
- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Wundflüssigkeiten</li><li>- Zustand</li><li>- Relevante Begleitparameter</li><li>- Wundheilung, -verlauf beurteilen</li><li>- Einschätzung wann der Pat. wegen der Wunde zum Facharzt überwiesen werden muss</li><li>- Ernährungsberatung bei Wunden</li><li>- Miteinbeziehen von Wundmanager</li><li>- Wissen um Aufgabenbereiche der am Wundmanagement beteiligten Akteure</li><li>- Wissen um Versorgungsstruktur und –angebote für chronisch Kranke</li><li>- Fähigkeit zur Information, Beratung und Anleitung</li></ul> |
|   |
| <b>64 Stunden Seminar im Ergänzungsmodul</b>  |
|   |

## Ärztliche Tätigkeiten in der Praxis

### Ziele:

- verfügt über grundlegendes Wissen zur Erhebung, Analyse, Dokumentation und Weiterleitung von personenbezogenen Daten
- kennt die im Interventions-Management-System genutzten Algorithmen zur Identifikation von Versorgungsbedarfen und Überführung dieser in einen individualisierten Behandlungs- und Versorgungsplan
- bezieht bei der Anwendung selbständig ethische und datenschutzrechtliche Aspekte im Kontext der Arbeit mit personengebundenen Informationen ein

### Lehrinhalte:

#### Praxis

##### 1. Durchführung von Injektionen und Infusionen

- S.c. Injektion -> Beherrschen der grundlegenden Fertigkeiten zur Durchführung
- i.m. Injektion -> Beherrschen der grundlegenden Fertigkeiten zur Durchführung
- s.c. Infusion -> Beherrschen der grundlegenden Fertigkeiten zur Durchführung

##### 2. Blutentnahme

- Venöse Blutentnahme mit unterschiedlichen Systemen

##### 3. Wundversorgung

- Verschiedene Verbandstechniken
- Welches Verbandsmaterial ist bei welcher Verletzung indiziert

##### 4. Stoma Versorgung

- Durchführung des Prozessstandards und Versorgung eines Stomas

##### 5. Katheter

- Katheterisieren
- Fertigkeiten zum Wechsel von transurethral Kathetern (in enger Absprache mit Urologen, Blasenspülung)
- Versorgung von Kathetern / Eintrittswunden

➔ **Bei Bedarf gesonderte praktische Schulung**

---

**6. Vitalwerte messen**

- Blutdruck
- Puls
- Gewicht
- Größe

**24 Stunden Seminar im Ergänzungsmodul**

**Durchführung: Dozent DZNE**

---

## **Modul 7 - Praxisphase (256 Stunden)**

Das Praktikum umfasst die Tätigkeit als Dementia Care Manager (256 Stunden) in einer der nachfolgenden Einrichtungen: ambulanter Pflegedienst, Pflegestützpunkt, Hausarztpraxis, Tagesklinik oder Memory Klinik.

Parallel zum Praktikum findet einmal wöchentlich ein Studientag (8 Stunden) zum Praxistransfer mit Fallbesprechungen und kollegialer Beratung statt. Die Fallbesprechungen beziehen sich auf den Arbeitsalltag in der Arbeit mit Menschen mit Demenz und die Anwendung und Umsetzung der theoretischen Lerninhalte sowie die Nutzung des Interventions-Management-Systems (IMS). Die zu den jeweiligen Fallbesprechungen gehörende kollegiale Beratung dient der Vertiefung des erworbenen Wissens sowie der Reflexion bezüglich der Anwendbarkeit und Umsetzung im Praxisalltag.

## 5. Modultabelle

<b>Grundlagenmodule</b>		<b>Stunden</b>
1.	Grundlagen - Learnspace – 3D	8
1.1	Einführung in das Dementia Care Management Konzept	8
1.2	Gerontologie	8
1.3	Epidemiologie der Demenz	4
2.1	Krankheitsbild Demenz	16
2.2.1	Allgemeinmedizin Teil 1 Grundlagen	8
2.3.1	Arzneimittellehre Teil 1 Grundlagen	8
2.4.1	Gerontopsychiatrie Teil 1 Grundlagen	8
3.1	Pflege im ambulanten Setting	4
3.2	Assessment- und Dokumentationsinstrumente	8
3.3.1	Spezielle Pflegeprobleme bei Demenz Teil 1	12
3.4.1	Unterstützende Maßnahmen im Umgang und der Pflege von Menschen mit Demenz Teil 1	8
3.5	Versorgungsmanagement/ Dementia Care Management	8
3.6	Selbstpflege DCM Teil 1	8
3.8.1	Erste-Hilfe-Kurs	8
4.1	Kommunikation mit Menschen mit Demenz	8
5.1	Einführung in die interdisziplinäre Fallbesprechung, kollegiale Beratung und Supervision	8
6.1	Datenschutz und Datensicherheit	4
		$\Sigma$ 144
<b>Praxiseinsatz</b>		
4 Tage pro Woche praktische Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst, Pflegestützpunkt, einer Hausarztpraxis, Tagesklinik oder Memory Klinik		128
Pro Woche ein Studientag zum Praxistransfer mit Fallbesprechung, kollegialer Beratung und Supervision		32
		$\Sigma$ 160

<b>Aufbaumodule</b>		<b>Stunden</b>
1.4	Ethische und rechtliche Aspekte der Versorgung von Patienten mit Demenz	8
2.2.2	Allgemeinmedizin Teil 2 inkl. Geriatrie und Palliativmedizin	8
2.3.2	Arzneimittellehre Teil 2 inkl. Antidementiva, Begleitsymptome und Begleiterkrankungen	8
2.4.2	Gerontopsychiatrie Teil 2 Schwerpunkt Demenz	8
2.5	Neurologie	8
3.3.2	Spezielle Pflegeprobleme bei Demenz Teil 2	4
3.4.2	Unterstützende Maßnahmen in der Pflege und im Umgang mit Menschen mit Demenz Teil 2	4
3.6.2	Selbstpflge DCM Teil 2	8
3.7	Beratung und Entlastung von (pflegenden) Angehörigen	16
3.8.2	Verhalten in Notfall- und Krisensituationen	4
4.2	Kommunikation mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz	14
4.3	Kommunikation und Gesprächsführung mit an der Versorgung beteiligten Akteuren des Gesundheitswesens	14
4.4	Information, Beratung, Anleitung und Schulung von Menschen mit Demenz und seines pflegenden Umfeldes	14
4.5	Sozialrechtliche Versorgung von Menschen mit Demenz	8
5.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitssystem	8
5.3	Vernetzung und Netzwerkarbeit	8
5.4	Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	4
6.2	Interventions-Management-System (IMS) des Dementia Care Managements	8
6.3	Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten im Interventions-Management-System	4
		∑158
<b>Praxiseinsatz inkl. Abschlussprüfung</b>		
4 Tage pro Woche praktische Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst, Pflegestützpunkt, einer Hausarztpraxis, Tagesklinik oder Memory Klinik		128

Pro Woche ein Studientag zum Praxistransfer mit Fallbesprechung, kollegialer Beratung und Supervision - in der letzten Woche ist dieser Tag der Prüfungstag	32
	$\Sigma$ 160
<b>Qualifizierung insgesamt</b>	<b><math>\Sigma</math>622</b>
<b>Ergänzung InDePendent</b>	
<b>Theorie Independent</b>	
Übernahme Ärztlicher Tätigkeiten	64
<b>Praxis Independent</b>	
Praxisphase ärztliche Tätigkeiten	<b>24</b>

---

## 6. Literatur

1. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. 2016. 7.
2. Michalowsky, B., Kaczynski, A. and W. Hoffmann, [*The economic and social burden of dementia diseases in Germany-A meta-analysis*]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2019.
3. Thyrian, J.R., et al., *Demenzerkrankungen - Wirksame Konzepte gesucht*. Deutsches Ärzteblatt, 2011. **108**(38): p. A1954-A1956.
4. Thyrian, J.R., A. Dreier, and W. Hoffmann, *Herausforderung Demenz - Konzepte zur optimierten Versorgung und deren Umsetzung*, in *Zukunft der Pflege*, P. Zängl, Editor. 2015, Springer VS: Wiesbaden. p. 203-214.
5. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.(DEGAM), *DEGAM-Leitlinie Nr 12: Demenz*. 2008, Düsseldorf: omikron publishing.
6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) *S3-Leitlinie "Demenzen"*. Internet, 2015.
7. Thyrian, J.R., et al., *Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (Delphi): study protocol for a randomised controlled trial*. *Trials*, 2012. **13**: p. 56.
8. Eichler, T., et al., *The benefits of implementing a computerized intervention-management-system (IMS) on delivering integrated dementia care in the primary care setting*. *Int Psychogeriatr*, 2014. **26**(8): p. 1377-1385.
9. Thyrian, J.R. and W. Hoffmann, *Dementia care and general physicians-a survey on prevalence, means, attitudes and recommendations*. *Cent. Eur J Public Health*, 2012. **20**(4): p. 270-275.
10. Thyrian, J., et al., *Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: A randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry*, 2017. **74**(10): p. 996-1004.
11. Zwingmann, I., et al., *Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burden*. *Aging & Mental Health*, 2017.
12. Michalowsky, B., et al., *Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management-Results of a cluster-randomized controlled trial*. *Alzheimers Dement*, 2019.



Attila Altiner  
Theresa Buuck  
Christin Löffler  
Anja Wollny

**KURZLEHRBUCH**

# KOMMUNIKATION

Schulungsmaterial zu den Lehrfilmen  
für die DCM-Ausbildung



Gesellschaft für  
patientenzentrierte  
Kommunikation

## **ANMERKUNG**

Das Kurzlehrbuch ist im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projektes InDePendent entstanden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Femininum verwendet. Diese Formulierung umfasst gleichermaßen weibliche, diverse und männliche Personen. Alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen. Außerdem wird auf den Begriff der Patientin verzichtet, da dieser Begriff zu unnötiger Pathologisierung, sowohl von Menschen mit Demenz, als auch deren Bezugspersonen und Angehörigen, führt.

1. Ausgabe 2022

Alle Rechte dieser Ausgabe  
© 2022 Gpzk gGmbH

[info@gpzk.de](mailto:info@gpzk.de)

# INHALT

<b>Einführung: Didaktische &amp; Methodische Anmerkungen</b>	<b>02</b>
<b>Teil 1 Tabellarische Übersicht</b>	<b>06</b>
<b>Teil 2 Kommunikationsmodelle</b>	<b>20</b>
I. Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen und Angehörigen	22
II. Aktives Zuhören	29
III. Das klientenzentrierte Gespräch	32
IV. Übertragung und Gegenübertragung	36
V. Das narrative Gespräch	39
VI. Hidden Agenda	42
VII. Hilfreiche Musterformulierungen und Satzbausteine	44
VIII. Überbringen einer schlechten Nachricht	47
IX. Konsultationsmodell nach Roger Neighbour	51
X. Konzepte zu den Prozessen der Verhaltensänderung	54
XI. Herausforderungen in der intra- und interprofessionellen Kommunikation	60
<b>Literatur</b>	<b>66</b>

# **EINFÜHRUNG: DIDAKTISCHE & METHODISCHE ANMERKUNGEN**

## **VORWORT**

Dieses Kurzlehrbuch soll Sie dabei unterstützen, die drei Lehrfilme zum Thema Kommunikation mit Menschen mit Demenz, deren Bezugspersonen, Angehörigen und anderen Betreuerinnen im versorgenden Netzwerk in Ihrer Unterrichtsveranstaltung bestmöglich zu nutzen.

Von allen Bereichen der Arbeit mit Menschen mit Demenz und deren Angehörigen stellt die Kommunikation wohl eine der größten Herausforderungen dar. Dieses zeigt sich unter anderem auch in der zahlreichen Literatur, die in diesem Bereich existiert. Einige der aus unserer Sicht wichtigsten Modelle zur Unterstützung der Kommunikation haben wir in den Lehrfilmen und diesem Kurzlehrbuch kompakt, praxisnah und zielorientiert für Sie aufbereitet. Dies soll Ihnen als Hilfestellung dienen, dieses komplexe Thema bestmöglich zu vermitteln.

Die drei Lehrfilme sowie eine kommentierte Version der Filme als Bonusmaterial finden Sie auf [www.gpzk.de/independent](http://www.gpzk.de/independent).

Bitte verstehen Sie unsere Ideen als Vorschläge und Anregungen. Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

## **Zur Entstehung der Filme**

Die Lehrfilme zeigen in drei unterschiedlichen alltäglichen Situationen verschiedenste Herausforderungen in der Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen. Nachdem die Aufgabe an uns herangetragen wurde, den Unterricht von angehenden Dementia Care Managerinnen (DCM) im Bereich der Kommunikation zu unterstützen, haben wir zunächst eine Arbeitsplanung erstellt. Wir wollten die tatsächlich als herausfordernd und für die tägliche Arbeit als relevant wahrgenommenen Aspekte in der Kommunikation ermitteln. Aus vorherigen Projekten gab es bereits eine erste geschulte Kohorte von DCM, mit denen wir über mehrere Stunden Interviews führten. Dabei lernten wir, dass nicht die Kommunikation mit den von Demenz Betroffenen als herausfordernd angesehen wird, sondern bestimmte, sich immer wiederholende Situationen im pflegerischen Netzwerk sowie mit den pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dazu wurde in deutschen und englischsprachigen Datenbanken Literatur, die sich auf diese Aspekte bezieht, gesucht und gesichtet. Basierend auf den Auskünften der DCM und der Literaturrecherche konnten wir passend zu diesen herausfordernden Situationen typische Fallbeispiele erstellen. Daraus entwickelten wir ein Drehbuch. Am Beispiel von drei sehr lebensnahen Szenen wurden diese herausfordernden Aspekte dargestellt. Die erarbeiteten Konstellationen lassen dabei bewusst Raum für

Diskussionen und ermöglichen so auch unterschiedliche Interpretationen. Die spezielle Kommunikation mit Menschen mit Demenz haben wir aus oben genannten Gründen nur angerissen. Diese kann aus unserer Sicht vor allem im Hinblick auf die praktische Umsetzung vertieft werden.

## **Lernziele der Lehrfilme**

Die drei Lehrfilme beinhalten eine Vielzahl von Lernzielen, die adressiert werden können. Diese Lernziele richten sich nach dem bereits bestehenden Curriculum der School of DCM zur Qualifizierung zur Dementia Care Managerin in der ambulanten, sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Demenz, das von der Universität Greifswald und dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) erstellt worden ist. Weiterhin wurde für die Entwicklung der Lernziele die Lernpyramide von George E. Miller herangezogen. So soll das Level des Kompetenzerwerbes abgebildet werden. Als US-amerikanischer Arzt gilt George E. Miller als einer der ersten Medizindidaktiker und als Pionier auf dem Gebiet der Lehrforschung. 1990 entwickelte er ein Pyramidenmodell für die medizinische Ausbildung (siehe Abb. 1). Die Lernpyramide nach Miller zeigt die Stufen des Kompetenzerwerbs bis hin zur Durchführung des Gelernten. Die Basis der Pyramide bildet das theoretische Wissen („know“), gefolgt von dem Wissen über die Umsetzung, das Handlungswissen („know how“). Die darauffolgende Stufe bildet die praktische Anwendung in einer

Prüfungssituation („show how“). Die letzte Stufe der Pyramide besteht aus der Anwendung im Alltag („do“), also der eigentlichen Durchführung. Damit Lernende von einer Stufe auf die nächste gelangen, ist es sinnvoll, verschiedene Lehrmethoden anzuwenden. Beispielsweise reicht eine alleinige Vorlesung nur aus, um einen Kompetenzerwerb in der Basisstufe zu erreichen. Um bis zur Pyramidenspitze zu gelangen, sind mehrere unterschiedliche Lehrkonzepte mit praktischen Übungen notwendig. In Orientierung an dieser Lernpyramide ordnen sich die Lehrfilme im Bereich der zweiten Stufe des Kompetenzerwerbes ein.

### **Zum Umgang mit dem Kurzlehrbuch**

Das Kurzlehrbuch besteht aus zwei Hauptteilen. Im ersten Teil finden

Sie eine tabellarische Übersicht. Hier können Sie anhand der einzelnen Zeitstempel in den Szenen den jeweils dazugehörigen Inhalt, die Botschaft der Szene, die Lernziele und die jeweiligen angesprochenen Kommunikationsmodelle mit einem Hinweis auf das dazugehörige Kapitel finden.

In die zugrundeliegenden Kommunikationsmodelle wird anschließend im zweiten Teil des Buches eingeführt. Daneben finden Sie Verweise auf weiterführende Literatur sowie Vorschläge für mögliche Fragen zur Diskussion mit den Teilnehmenden. Am Ende des Kurzlehrbuchs finden Sie eine Auflistung weiterführender Literatur sowie ein Register der einzelnen Lernziele und Kommunikationsmodelle mit den dazugehörigen Seitenzahlen.

1 Miller, G. E.: Die Bewertung der klinischen Fähigkeiten / Kompetenzen / Leistungen. *Academic Medicine*, 65 (9), S63-7, 1990.

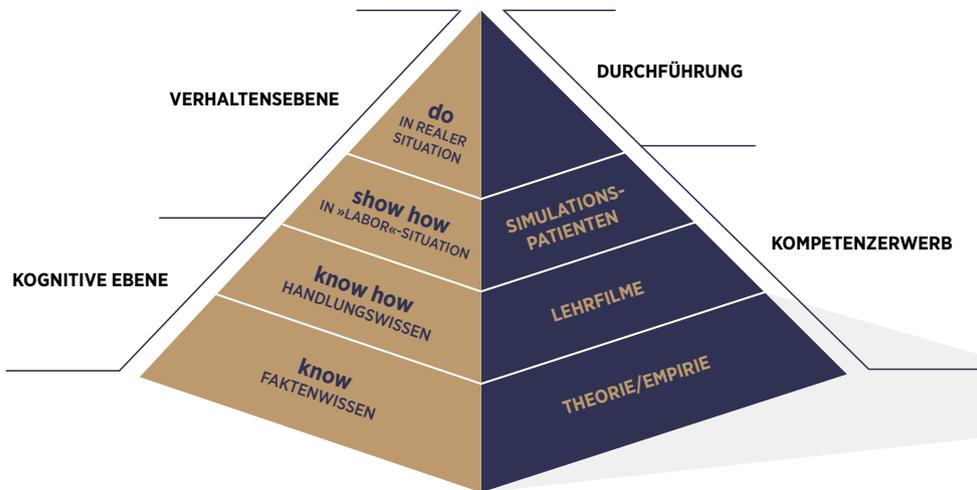


Abb. 1: Die Lernpyramide von Miller (1990), cc by Universitätsmedizin Greifswald.



**DCM JULIA KRÜGER**



**GÜNTER MEYER**



**MONIKA MEYER**



**MITARBEITERIN  
DES PFLEGEDIENSTES**



**PETER MEYER (SOHN)**

# TEIL 1

## **TABELLARISCHE ÜBERSICHT**

Für alle drei Filme finden Sie nachfolgend eine tabellarische Übersicht. In dieser werden die aus unserer Sicht wichtigsten Botschaften in den Szenen hervorgehoben. Zu jedem Zeitstempel werden kurz der jeweils dazugehörige Inhalt, die Botschaft der Szene, das Lernziel und das zugrundeliegende Kommunikationsmodell benannt. In den dazugehörigen Kapiteln finden Sie weiterführende Informationen.

## Film 1

<b>Zeit</b>	<b>Handlung/Inhalt</b>	<b>Botschaft der Szene</b>
<b>00:52</b>	JK: „Hallo ich bin Julia Krüger, die ‚Demenz Schwester‘.“	Angemessene Vorstellung
<b>01:06</b>	JK: „Hallo Herr Meyer, schön Sie zu sehen. Ich bin Julia Krüger aus Ihrer Hausarztpraxis. Wir haben uns letzte Woche kennengelernt.“	Gegenüber Menschen mit Demenz bei jedem Besuch zunächst immer wieder neu den Kontext herstellen
<b>01:37</b>	JK: „Wie geht´s Ihnen?“	Offener Stimulus/offene Frage
<b>01:40</b>	MM: „Es steht ja auch einiges an. Naja einiges ist gut, ne ganze Menge.“	Widerspruch zwischen Frau Meyers Verhalten (Lachen) und ihrem Gesagten
<b>01:56</b>	JK: „Und es steht einiges an, haben Sie gesagt.“	Spiegeln des Gesagten
<b>02:17</b>	MM: „Und das alles bei seiner...naja bei seiner Krankheit.“	Betroffene und ihre Angehörigen vermeiden es häufig, die Krankheit Demenz zu benennen, und nutzen andere Umschreibungen
<b>02:46</b>	JK: „Die Geburtstagsfeier, das beschäftigt Sie ganz schön, hab ich das Gefühl.“	Die DCM bringt das Gespräch wieder auf das wichtige Thema zurück. Hinweis: Was als erstes gesagt wird, ist häufig das wichtigste Thema im Gespräch!

Lernziel	Modell	Kapitel
Die Teilnehmerinnen machen sich darüber Gedanken, wie sie ihre/n Tätigkeit/Beruf in unterschiedlichen Kontexten bezeichnen.	Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation	11
Die Teilnehmerinnen wissen, dass es wichtig ist, sich bei jedem Besuch vorzustellen und erneut den Kontext zu ihrem Besuch herzustellen.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen wissen, dass ein klientenzentriertes Gespräch mit einer offenen Formulierung beginnt.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3
Die Teilnehmerinnen sind für das Erkennen einer „Hidden Agenda“ sensibilisiert.	Hidden Agenda	6
Die Teilnehmerinnen kennen ausgewählte Techniken des klientenzentrierten Gesprächs, z. B. WWSZ. Sie wissen, dass diese Techniken helfen, die Agenda der Klientin zu erkennen.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3
Die Teilnehmerinnen sind dafür sensibilisiert, dass Betroffene und Angehörige die Krankheit Demenz häufig nicht als solche benennen.	Aktives Zuhören	2
Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung, wie im Rahmen des narrativen Gesprächs Themen wieder aufgegriffen werden können. Die Teilnehmerinnen können sich darüber austauschen, welche Auswirkungen das Wahrnehmen der klientenseitigen Agenda auf die eigene Arbeit hat.	Das narrative Gespräch	5

## Film 1

<b>Zeit</b>	<b>Handlung/Inhalt</b>	<b>Botschaft der Szene</b>	
<b>03:10</b>	MM: „Naja, wenn es nach mir ginge...“	Bedürfnisse der Pflegenden erkennen	
<b>03:20</b>	JK: „Da wäre es vielleicht hilfreich zu überlegen, wie man die Feier so gestalten könnte, dass Sie und Ihr Mann sich wohlfühlen dabei.“	Die Bedürfnisse der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen	
<b>04:18</b>	JK: „Sie können es den Brüdern nicht sagen.“	Spiegeln des Gesagten um Frau Meyer zu einer weiteren Narration anzuregen	
<b>05:15</b>	JK: „Es ist hilfreich, wenn Sie im Kreis der Familie die Krankheit Demenz beim Namen nennen. Auch wenn es am Anfang schwer fällt: So haben alle die Chance, sich damit auseinander zu setzen.“	Die Krankheit Demenz beim Namen nennen	
<b>05:43</b>	GM: „Und da bin ich durchgefallen, oder?“	Die DCM nimmt Herrn Meyers Insuffizienz-Einschätzung wahr	
<b>05:54</b>	JK: „Das bestätigt die Untersuchung Ihrer Hausärztin, dass es sich um eine Demenzerkrankung handelt.“	Vermittlung der Diagnose	
<b>05:50</b>	Es entsteht eine Pause	DCM hält die Pause bewusst aus	

Lernziel	Modell	Kapitel
Die Teilnehmerinnen werden dafür sensibilisiert, die Bedürfnisse der Klientinnen und ihrer pflegenden Angehörigen wahrzunehmen.	Aktives Zuhören	2
Die Teilnehmerinnen lernen ein Beispiel kennen, wie die DCM der Klientin in einer schwierigen Situation hilft: Sie lenkt den Fokus bewusst auf die Bedürfnisse der Betroffenen und macht Angebote, ohne dabei auf eine Lösung zu drängen.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber gewonnen, was im Kontext des Klientengesprächs unter Narration verstanden wird.	Das narrative Gespräch	5
Die Teilnehmerinnen haben eine Formulierung kennengelernt, um die Benennung und einen Umgang mit der Diagnose/Erkrankung Demenz zu ermöglichen.	Musterformulierung	7
Die Teilnehmerinnen sind dafür sensibilisiert, dass Menschen mit leicht- bis mittelgradiger Demenz häufig ihre eigene Insuffizienz wahrnehmen und dadurch einen hohen Leidensdruck verspüren.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen lernen, dass zur Vermittlung der Diagnose klare Sätze und einfache Worte hilfreich sind. Die Diagnose (wie auch alles andere) sollte immer ehrlich kommuniziert werden.	Überbringen einer schlechten Nachricht	8
Die Teilnehmerinnen werden für die Bedeutung von Pausen sensibilisiert und lernen, wie wichtig es ist, Stille und Pausen in einem Gespräch auszuhalten.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3

## Film 1

Zeit	Handlung/Inhalt	Botschaft der Szene
06:10	JK: „Wenn Sie mit dem Bruder Ihres Mannes sprechen...“	Hilfestellung zum Überbringen einer schlechten Nachricht geben
07:23	JK: „Dann wäre der nächste Schritt doch jetzt ganz naheliegend.“	Die DCM fasst die Gesprächsinhalte zusammen
08:12	JK: „Da könnte ich mir schon vorstellen, dass es da bessere Hilfsmittel gibt.“	Die DCM macht ein Angebot und vermeidet Wörter wie „müssen“, „sollten“

## Film 2

00:30	Herr Meyer verschüttet sein Glas Wasser.	Häufige Überforderungssituation erkennen und adäquat darauf reagieren
00:56	JK: „Herr Meyer, Herr Meyer, es ist nur ein Becher umgefallen.“	Kommunikation dem Menschen mit Demenz anpassen und Verständnis zeigen
01:25	MM: „Entschuldigung.“	Diese Situation IST für die Angehörige ganz schlimm, daher sollte auf „Entschuldigungen“ nicht in der Art: „das macht doch nichts“ reagiert werden, denn dadurch würden die Probleme der Angehörigen heruntergespielt werden

Lernziel	Modell	Kapitel
Die Teilnehmerinnen lernen ein Kommunikationsmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten (Teilaspekte des SPIKES- Modells) kennen und können einige Teilaspekte in einem aufgezeichneten Patientengespräch erkennen.	Überbringen einer schlechten Nachricht	<b>8</b>
Die Teilnehmerinnen lernen „Bausteine“ des Konsultationsmodells von R. Neighbour kennen – hier das Zwischenfazit – und wissen um dessen Wichtigkeit.	Konsultationsmodell nach R. Neighbour	<b>9</b>
Die Teilnehmerinnen lernen Hilfsangebote wertneutral zu formulieren.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	<b>1</b>
Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten in den Lehrfilmen erkannt und können diese erläutern.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	<b>1</b>
Die Teilnehmerinnen lernen Grundlagen beim Vorgehen in Not- und Krisensituationen kennen und erfahren anhand einer herausfordernden Situation, wie dieses Vorgehen durch „Vormachen“ statt „Erklären“ den Angehörigen vermittelt werden kann.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	<b>1</b>
Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, dass jede Form von Emotion (auch Scham) einen Platz im Gespräch mit den Klientinnen hat und dass auch diese anerkannt werden müssen.	Aktives Zuhören	<b>2</b>

## Film 2

<b>01:33</b>	JK: „Kommen Sie, Frau Meyer, wir gehen mal in die Küche.“	Schaffen von räumlicher Distanz	
<b>02:24</b>	Die DCM hat eine offene Körperhaltung und hört Frau Meyer aufmerksam zu.	Die DCM vermittelt: Ich bin für Sie da! Ich höre Ihnen zu!	
<b>02:42</b>	JK: „Dass Sie jetzt traurig und frustriert sind, ist eigentlich ganz normal.“	Emotionen benennen und würdigen, ohne diese zu bewerten	
<b>02:54</b>	JK: „Das erlebe ich bei fast allen Familien, die ich begleite, phasenweise.“	Die DCM nimmt Druck von Frau Meyer	
<b>03:20</b>	JK: „Das kennen wir ja auch von uns selbst. Wenn wir in einer Situation sind, die uns total überfordert, dann werden wir auch schnell ungehalten oder sogar aggressiv.“	Menschen mit Demenz zeigen ggf. herausforderndes Verhalten, das jedoch aus ihrer Situation heraus erklärbar ist	
<b>04:45</b>	JK: „Vielleicht können Sie in solchen Momenten mal versuchen, kurz zurück zu treten...“	Die DCM erläutert ihre Deeskalationsstrategie	

<p>Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten erkannt und können diese erläutern.</p>	<p>Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz</p>	<p><b>1</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber erhalten, was unter dem aktiven Zuhören in einem Klientengespräch zu verstehen ist und können dessen Elemente in einem exemplarischen Gespräch erkennen.</p>	<p>Aktives Zuhören</p>	<p><b>2</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, wie auf Gefühle wertschätzend eingegangen werden kann, ohne diese (positiv oder negativ) zu bewerten.</p>	<p>Aktives Zuhören</p>	<p><b>2</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen erfahren, wie klientenseitige Erfahrungen und Emotionen in einen Kontext eingebettet werden können, um herausfordernde Situationen zu entlasten.</p>	<p>Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)</p>	<p><b>3</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Position der Person mit Demenz einnimmt, um herausforderndes Verhalten zu erklären und für Verständnis zu werben.</p>	<p>Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz</p>	<p><b>1</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen, dass es in herausfordernden Situationen häufig hilft, kurz durchzuatmen und aus der Situation herauszutreten. Die Teilnehmerinnen sehen am Beispiel, wie die DCM zunächst einen Weg aus der Situation demonstriert und ihn später verbal erklärt.</p>	<p>Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz</p>	<p><b>1</b></p>

## Film 2

<b>05:10</b>	JK: „Bei jedem Menschen verläuft die Demenzerkrankung anders, ...“	Die DCM versucht, ein realistisches Bild vom Voranschreiten der Erkrankung zu vermitteln und kommuniziert lösungsorientiert
<b>06:24</b>	JK: „Frau Meyer, wir haben uns doch schon mal darüber unterhalten, was für Unterstützungsmöglichkeiten es so gibt.“	Die DCM adressiert klientenseitige Ambivalenz und nutzt diese positiv
<b>07:35</b>	MM: „Ach Peter, du weißt doch überhaupt nicht, was hier los ist.“	Offensichtliche Spannungssituation: die DCM geht nicht sofort dazwischen, sondern hält die Situation zunächst aus
<b>07:50</b>	JK: „Herr Meyer, wollen Sie sich vielleicht einen Moment zu uns setzen...“	Die DCM fasst das bisherige Gespräch zusammen und macht ein nicht verpflichtendes Angebot
<b>08:13</b>	JK: „... ob ein Pflegedienst eine gewisse Entlastung sein könnte.“	Die DCM bleibt realistisch
<b>09:16</b>	JK: „Das müssen Sie gar nicht sofort entscheiden.“	Die DCM nimmt den Druck aus der Entscheidung

<p>Die Teilnehmerinnen lernen ein Paradigma in der Kommunikation mit Klientinnen kennen: <i>Alles was gesagt wird, muss wahr sein, aber nicht alles was wahr ist, muss gesagt werden.</i></p>	<p>Überbringen einer schlechten Nachricht</p>	<p><b>8</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen sind sensibilisiert für die Ambivalenz der pflegenden Angehörigen und erkennen einzelne Aspekte des Transtheoretischen Modells in dem aufgezeichneten Film wieder.</p>	<p>Konzepte zu Prozessen der Verhaltensänderung</p>	<p><b>10</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen, wie wichtig es ist, unangenehme Situationen in einem Gespräch auszuhalten.</p>	<p>Aktives Zuhören</p>	<p><b>2</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen „Bausteine“ des Konsultationsmodells von R. Neighbour kennen – hier das Zwischenfazit – und wissen um dessen Wichtigkeit.</p>	<p>Konsultationsmodell nach R. Neighbour</p>	<p><b>9</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein realistisches Bild der Versorgung durch einen Pflegedienst vermittelt, ohne dabei falsche Erwartungen zu wecken.</p>	<p>Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)</p>	<p><b>3</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen erfahren, dass es in der Zusammenarbeit mit Klientinnen häufig hilfreich ist, Raum für Entscheidungen zu lassen und unnötigen Druck zu vermeiden.</p>	<p>Konzepte zu Prozessen der Verhaltensänderung</p>	<p><b>10</b></p>

## Film 3

<b>00:09</b>	Die Mitarbeiterin des Pflegedienstes und die DCM treffen sich	Ort und Zeitpunkt interprofessionellen Zusammentreffens sind „systembedingt“ häufig ungünstig, dennoch nutzt die DCM die Chance zum Austausch
<b>00:11</b>	JK: „Hallo, ich bin Julia Krüger, ich bin die Dementia Care Managerin und betreue die Familie Meyer.“	Die DCM sagt bewusst Dementia Care Managerin und nicht Demenz Schwester
<b>00:15</b>	MP: „Dementia Care Managerin, was soll ich mir denn darunter vorstellen?“	Die DCM ignoriert die Aggression und fokussiert sich auf ihr Ziel einer interprofessionellen Zusammenarbeit
<b>00:17</b>	JK: „Dementia Care Managerin bedeutet...“	Wissen verbinden, im Team zusammenarbeiten
<b>00:40</b>	MP: „Ja natürlich, klar, vielleicht setzen wir uns gleich mal hier hin?“	Die DCM geht über diese ironische Aussage der Mitarbeiterin des Pflegedienstes hinweg
<b>00:49</b>	JK: „Ja klar, das kann ich gut verstehen, wann würde es Ihnen mal passen?“	Die DCM macht ein konkretes Angebot

<p>Die Teilnehmerinnen erfahren, dass „systembedingt“ häufig wenig Raum für interprofessionellen Austausch vorgesehen ist.</p>	<p>Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation</p>	<p><b>11</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen machen sich darüber Gedanken, wie sie ihre/n Tätigkeit/Beruf in unterschiedlichen Kontexten bezeichnen.</p>	<p>Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation</p>	<p><b>11</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Aggression der Mitarbeiterin des Pflegedienstes ignoriert und stattdessen versucht, Interesse zu zeigen und eine Beziehung herzustellen.</p>	<p>Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation (z. B. HAIFA, gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg)</p>	<p><b>11</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit kennen, ihr Aufgabengebiet im interprofessionellen Kontext zu erklären.</p>	<p>Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation</p>	<p><b>11</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit der Deeskalation (Versachlichendes Verhalten) zum Umgang mit Übertragungsphänomenen im professionellen Setting kennen.</p>	<p>Übertragung und Gegenübertragung</p>	<p><b>4</b></p>
<p>Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein konkretes Angebot für interprofessionellen Austausch anbietet und dabei auf die Belange der Mitarbeiterin des Pflegedienstes eingeht.</p>	<p>Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation</p>	<p><b>11</b></p>





## TEIL 2

# KOMMUNIKATIONS- MODELLE

# **I. GRUNDLAGEN DER KOMMUNIKATION MIT MENSCHEN MIT DEMENZ UND DEREN BEZUGSPERSONEN & ANGEHÖRIGEN**

## Modelle/Inhalte

### **Grundlagen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz**

Zahlreiche Hindernisse können es Menschen mit Demenz erschweren, weiter in gewohnter Art und Weise am Leben teilzuhaben. Kommunikation spielt hier eine wesentliche Rolle. Durch die mit der Demenz in Zusammenhang stehenden kognitiven Einschränkungen wird Kommunikation erschwert. Es existieren jedoch verschiedene Modelle und Strategien, um die Kommunikation mit von Demenz Betroffenen und ihren Angehörigen zu erleichtern und „Fehler“ zu vermeiden. Denn auch wenn eine Demenzerkrankung zu kognitiven Einschränkungen führt, besitzen Menschen mit Demenz noch immer das gesamte Spektrum menschlicher Emotionen. Bei ihnen lässt jedoch die Möglichkeit zur Reflexion und Rationalisierung nach, so dass Emotionen häufig ganz ungefiltert und mit großer Intensität empfunden werden. Dies sollte in der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen beachtet werden. Betroffene Personen tun häufig alles, damit auf unterschiedlichen Ebenen – verbal, nonverbal und emotional – verstanden wird, welche Botschaft vermittelt werden soll. Es sollte dementsprechend alles versucht

werden, Menschen mit Demenz zu verstehen und Überforderungssituationen zu vermeiden. Denn für die Betroffenen ist das Gefühl, nicht verstanden zu werden, besonders schlimm. Der Fokus sollte demnach immer auf den erhalten gebliebenen Fähigkeiten liegen.

Als besonders hilfreich in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz haben sich drei grundsätzliche Ansätze bewährt: Wahrhaftigkeit (Authentizität), Validation und Empathie (siehe Abschnitt 2 Aktives Zuhören). Die Validation bezeichnet eine Kommunikationsmethode, die 1992 von der deutsch-amerikanischen Gerontologin Naomi Feil entwickelt wurde. Naomi Feil ging davon aus, dass desorientierte Menschen noch unerfüllte Aufgaben aus ihrem Leben aufarbeiten müssen. Sie beschrieb daher die Validation als eine Möglichkeit, die den Menschen bei der Aufarbeitung dieser unerledigten Dinge helfen sollte. Mittlerweile wurde das Prinzip der Validation von anderen überarbeitet und hat im Allgemeinen das Ziel, das Verhalten von Menschen mit Demenz als für sie gültig zu akzeptieren („zu validieren“). Also das subjektive Empfinden der Betroffenen zu akzeptieren und desorientierte Menschen zu respektieren. Die Validation kann dabei helfen, den Umgang mit

Menschen mit Demenz zu erleichtern und deren Wirklichkeit zu verstehen. Auch das Wissen über die Lebensgeschichte der Betroffenen kann bei der Kommunikation unterstützend wirken, denn durch die Biographie der Menschen werden viele Verhaltensweisen erklärbar.

Mit der Zeit haben sich aus diesen Grundprinzipien viele Modelle entwickelt, die das Ziel haben, die Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu verbessern und zu fördern. Dabei werden zur besseren Orientierung häufig Akronyme verwendet. Eines der ersten Modelle war das in den 1990er Jahren in der USA entwickelte Programm für eine verbesserte Kommunikation mit den Betroffenen mit dem Akronym FOCUSED (Face to face, Orientation, Continuity, Unsticking, Structure, Exchange, Direct). Weitere Modelle folgten (ABC Methode, Validation, Kommunikations TAnDem) und spielen mittlerweile eine große Rolle in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

### **Nonverbale Kommunikation**

Menschen mit Demenz haben häufig Probleme beim Finden von Wörtern oder beim Verständnis des Gesprochenen. Oft nehmen die Betroffenen diese Einschränkungen bewusst wahr und hören, aus Angst sich bloßzustellen, einfach mit dem Sprechen auf. Die australische Wissenschaftlerin Kate Swaffer ist Aktivistin für Demenz und seit 2008 selbst von Demenz betroffen. In einem Blogbeitrag 2013 schrieb sie: „Das Sprechen wird für Menschen mit

*Demenz irgendwann peinlich oder erniedrigend... Dieses Gefühl der Peinlichkeit ist problematisch, weil es [die Menschen mit Demenz] noch mehr isoliert. Es ist einfacher, das Telefon läuten zu lassen, als sich lächerlich zu machen. Vielleicht ist dies der Grund, weshalb Menschen mit Demenz nicht mehr kommunizieren. Vielleicht, weil wir nicht nur Schwierigkeiten mit der Wortfindung haben, sondern es auch als demütigend empfinden, zu hören, wie wir Wörter falsch benutzen und uns verhaspeln. Natürlich macht das unseren Familienangehörigen und Freunden nichts aus, doch wie wir diese Veränderungen empfinden, hat zweifellos Auswirkungen darauf, wie wir mit den Symptomen der Demenz umgehen. Es ist viel einfacher, nichts zu sagen, als sich selbst zu erniedrigen.“<sup>1</sup>*

Dieses Zitat nahmen die englischen Buchautorinnen und Psychologinnen Maggie Ellis und Arlene Astell auch in ihr Buch „Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen“ auf<sup>2</sup>. Sie beschreiben darin, dass auch wenn Sprache verloren geht, das Bedürfnis zu kommunizieren weiter erhalten bleibt. Dabei spielt die nonverbale Kommunikation eine wesentliche Rolle. Diese bleibt bei den Betroffenen größtenteils erhalten.

In der nonverbalen Kommunikation haben Berührungen, das Spiegeln von Bewegungen und Gefühlen, aber auch Musik, Gerüche, Bilder und Symbole eine große Bedeutung. Durch den bewussten Einsatz von Berührungen

werden die Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz gefördert. Dabei reduziert ein bewusstes Anfassens durch die Hände Stress und stabilisiert vegetative Funktionen. Nähe und Geborgenheit wird vermittelt. Berührungen sind für Menschen mit Demenz daher sehr wichtig. Häufig erfolgen diese jedoch „nur“ im Rahmen einer pflegerischen Versorgung. Im Wesentlichen geht es jedoch darum, mit jemandem zu sein, anstatt etwas mit jemandem zu machen. So fühlen sich Menschen mit Demenz nicht nur als Objekt und es kann eine Beziehung zu ihnen aufgebaut werden.

### **Vorgehen in Not- & Krisensituationen**

Unbefriedigte Bedürfnisse von Menschen mit Demenz z. B. Durst, Hunger, Schmerzen, aber auch der Wunsch nach Bindung, Trost, Liebe, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung äußern sich nicht selten als reaktives Verhalten in Form von Agitation, Depressivität, Angst, Aggressivität, Passivität und Apathie. Dieses Verhalten wird für uns häufig als „herausfordernd“ empfunden. Für die Betroffenen hat dieses Verhalten aber einen bestimmten Sinn. Für Menschen mit Demenz ist diese Art der Kommunikation meistens der einzige Weg, auf ihre Bedürfnisse hinzuweisen. Sie reagieren auf eine sich verändernde Umgebung, die nicht mehr verstanden wird. Daher erscheint es für uns wichtig, zu überlegen, welche Ursachen es für ein bestimmtes Verhalten gibt. Nur so ist eine adäquate Reaktion möglich.

Reagiert eine Betroffene in herausfordernder Weise, gibt es verschiedene Maßnahmen, die im Umgang helfen können. Dazu zählen: Menschen mit Demenz Raum zu lassen, die Herstellung eines freundlichen und wertschätzenden Kontakts, das Erkennen und Erfüllen von Bedürfnissen oder auch die Vermeidung von Konfrontation mit der Realität. Gerade in schwierigen Situationen werden jedoch – oft aus einer Hilflosigkeit heraus – verschiedene „Täuschungen“ gegenüber Menschen mit Demenz verwendet. Angefangen beim Verschweigen von Tatsachen (der Umzug in ein Pflegeheim) bis hin zur Verwendung von „Notlügen“, um die Betroffenen z. B. am Umherwandern zu hindern. Dieses Verhalten schützt Menschen mit Demenz jedoch nicht, sondern fördert reaktives Verhalten. Statt den vermeintlich einfachen Weg der Notlüge zu gehen, kann es hilfreich sein, ins Gespräch zu kommen. Beispielsweise beim Rufen nach der Mutter, Fragen über die Mutter zu stellen. So kann es gelingen, an positive Erinnerungen anzuknüpfen. Die in den nächsten Kapiteln beschriebenen Kommunikationsmodelle können auch in abgewandelter Form eine gewisse Hilfestellung geben.

Abschließend empfinden wir es als besonders wichtig, herausfordernde Situationen im Team zu besprechen und aufzuarbeiten. Die psychosoziale Gesundheit der Pflegenden bzw. Betreuenden im Gesundheitsnetzwerk kann auf diese Weise maßgeblich erhalten und gefördert werden.

## Umsetzung in der Szene



Im ersten Lehrfilm (Film 1, Zeitstempel 1:06) ist zu sehen, wie die DCM Herr Meyer begrüßt. Nach der persönlichen Ansprache begibt sie sich dezent auf Augenhöhe, um Blickkontakt herzustellen. Danach stellt die DCM einen Kontext in der Begrüßung her: „Hallo Herr Meyer, schön Sie zu sehen. Ich bin Julia Krüger aus Ihrer Hausarztpraxis. Wir haben uns letzte Woche kennengelernt.“ Sie betont dabei bewusst „... aus ihrer Hausarztpraxis“, da sich der Mensch mit Demenz meistens nicht an Namen erinnern kann, aber durchaus an den Kontext, der vermittelt wird. Diese Begrüßung wiederholt sie zu jedem Besuch, da sie der Betroffene vielleicht wieder vergessen haben könnte. Sie vermeidet Fragen (z. B. „Kennen Sie mich noch?“), um den Menschen mit Demenz nicht zu verunsichern.



Im ersten Lehrfilm (1, 1:26) bietet Frau Meyer der DCM Kaffee an: „Milch?“ und die DCM antwortet: „Ja gerne. Vielen Dank.“ Nicht selten werden Kaffee und Kuchen während eines Hausbesuches angeboten. Es ist sinnvoll, bereits im Vorfeld zu überlegen, wie generell mit derartigen Angeboten umgegangen werden möchte.





Als im zweiten Lehrfilm (2, 0:25) das Glas mit dem Saft umfällt, reagiert die DCM professionell, ruhig und geordnet auf diese Situation. Zunächst versucht sie, Blickkontakt herzustellen. Danach erklärt sie Herrn Meyer ruhig, klar und verständlich die Situation. Sie erläutert jeden Schritt, den sie macht. Nachdem die DCM sicher ist, dass sich die Situation beruhigt hat, versucht sie Frau Meyer räumlich von ihrem Mann

zu trennen (2, 1:32), damit auch sie sich durch eine Aussprache beruhigen kann. In der Küche schildert sie Frau Meyer die Situation aus Sicht ihres Mannes (2, 3:50).

Auch wenn die Kommunikation mit Menschen mit Demenz in den Filmen nicht im Mittelpunkt steht, können einige Modelle erkannt und über deren Bedeutung anschließend diskutiert werden.



## Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen wissen, dass es wichtig ist, sich bei jedem Besuch vorzustellen und erneut den Kontext zu ihrem Besuch herzustellen.
- Die Teilnehmerinnen lernen ein Beispiel kennen, wie die DCM der Klientin in einer schwierigen Situation hilft: Sie lenkt den Fokus bewusst auf die Bedürfnisse der Betroffenen und macht Angebote, ohne dabei auf eine Lösung zu drängen.
- Die Teilnehmerinnen sind dafür sensibilisiert, dass Menschen mit leicht- bis mittelgradiger Demenz häufig ihre eigene Insuffizienz wahrnehmen und dadurch einen hohen Leidensdruck verspüren. Die Teilnehmerinnen lernen Hilfsangebote wertneutral zu formulieren.
- Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten in den Lehrfilmen erkannt und können diese erläutern.
- Die Teilnehmerinnen lernen Grundlagen beim Vorgehen in Not- und Krisensituationen kennen und erfahren anhand einer herausfordernden Situation, wie dieses Vorgehen durch „Vormachen“ statt „Erklären“ den Angehörigen vermittelt werden kann.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Position der Person mit Demenz einnimmt, um herausforderndes Verhalten zu erklären und für Verständnis zu werben.
- Die Teilnehmerinnen lernen, dass es in herausfordernden Situationen häufig hilft, kurz durchzuatmen und aus der Situation herauszutreten.
- Die Teilnehmerinnen sehen am Beispiel, wie die DCM zunächst einen Weg aus der Situation demonstriert und ihn später verbal erklärt.
- Die Teilnehmerinnen haben Kenntnisse über ausgewählte Grundlagen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz (allgemeine Kommunikation, nonverbale Kommunikation).
- Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten in den Lehrfilmen erkannt und können diese erläutern.
- Die Teilnehmerinnen machen sich Gedanken darüber, wie ihre eigene Haltung gegenüber dem Angebot von Essen und Trinken ist und überlegen sich in der Gruppe, wie man auf diese Angebote reagieren kann.

## Mögliche Diskussionsfragen

- Wie schafft es die DCM im ersten und zweiten Film, Herrn Meyer in das Gespräch zu integrieren? Fallen Ihnen weitere oder andere Möglichkeiten der Integration ein?
- Diskutieren Sie mit den TeilnehmerInnen deren eigene Haltung zu Angeboten von Essen und Trinken und mögliche Reaktionen auf diese!
- Wie wären Sie in der im zweiten Film vorgestellten herausfordernden Situation vorgegangen und warum?
- Berichten Sie von Ihren eigenen Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz. Würden Sie gern etwas anders machen? Falls ja, was und wie?

## Quervernetzung mit bestehender Literatur

- 1 <https://kateswaffer.com/2013/01/22/talking-dementia-and-humiliation/> letzter Zugriff 12.05.2021
- 2 **M. Ellis, A. Astell:** Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen – Wie man ohne Sprache kommunizieren kann, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859354.

**Banovix S., Junuzovic L., Sinanovic O.:** Communication Difficulties as a Result of Dementia, *Mater Socio-med*, 221-224, 30.10.2018.

**Bundesministerium für Gesundheit:** Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, August 2006, Witten.

**Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J.:** Kommunikation bei Demenz, 2. Auflage, Springer Verlag, 2011, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662480250.

**Hinrichs M., Herbig N., Neufang A.:** Kommunikation bei Demenz, *Arbeitshilfe Bessere Kommunikation #8*, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., 1. Auflage, 12.7.2020.

**James I. A., Gibbons L.:** Communication Skills for Effective Dementia Care, Jessica Kingsley Publishers, 2019, London, ISBN 9781785926235.

**Kitwood T.:** Demenz – Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 8. Auflage, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456860046.

**Rahmen S., Howard R.:** Demenz kompakt, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859347.

**Ripich D.N., Ziol E., Fritsch T.:** Training Alzheimer's disease caregivers for successful communication. *Clinical Gerontologist* Vol. 21: 37-56, 1999.

**Specht-Tomann M., Tropper D.:** Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag, Springer Verlag, 2000, Berlin, Heidelberg, ISBN 978350668480.

## II. AKTIVES ZUHÖREN

### Modell/Inhalt

Das Prinzip des Aktiven Zuhörens geht auf den US-amerikanischen Psychologen Carl Rogers zurück. Wesentliche Elemente des Prinzips sind positive Wertschätzung und emotionale Wärme, Echtheit (Authentizität) sowie einführendes Verständnis (empathische Reaktion). Eine positive Wertschätzung bedeutet, Menschen so anzunehmen, wie sie sind und vermittelt dem Gegenüber, dass Stärken, aber auch Schwächen akzeptiert werden. Wertschätzung bietet die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung. Um eine vertrauensvolle Beziehung zu fördern, ist Authentizität gefragt. Das bedeutet auch, Unsicherheiten, Wissenslücken und Fehler offen zu kommunizieren und eigene begrenzte Ressourcen (z. B. beim Zuhören) zu vermitteln.

Das kann am Anfang schwierig sein, weil wir uns als professionell im Gesundheitswesen Tätige oftmals selbst unter Druck setzen, alles sofort verstehen zu müssen, immer eine Lösung parat zu haben und immer aufmerksam zu sein. Aber je mehr wir uns auf die Augenhöhe der Klientin begeben und um aktives Zuhören bemühen, desto

mehr wird dieses durch die Offenheit der Gesprächspartnerin belohnt.

Als ZuhörerIn ist es von Bedeutung, die Gefühle des anderen zu verstehen und nonverbal und verbal zu signalisieren, was vom Gesagten oder Gefühlten „ankommt“. Hier kann vermittelt werden, dass die gesendeten Informationen und Emotionen wichtig sind und akzeptiert werden. Es ist aber kein vollständiges Mitschwingen unsererseits notwendig. Ganz im Gegenteil: Hier ist es wichtig, nicht mit jeder Emotion mitzugehen und nicht zu allen Aspekten die eigene Meinung zu äußern. Vielmehr geht es darum, wertschätzend zu signalisieren, dass das Gesagte verstanden worden ist. Dies vermeidet Missverständnisse und ermöglicht, auf die Gefühle des Gegenübers einzugehen und eine Beziehung aufzubauen. Dabei ist es besonders wesentlich, sich mit eigenen Bewertungen zurückzuhalten. Diese können, wenn sie von der Gesprächspartnerin als unpassend empfunden werden, dazu führen, dass unser Gegenüber das Gefühl hat, sich oder andere verteidigen zu müssen. Hier kann es hilfreich sein, nachzufragen, ob das Gesagte richtig verstanden wurde (siehe Abschnitt 3, Spiegeln).

## Umsetzung in der Szene

In den Filmen sehen wir mehrfach, wie die DCM Frau Meyer aufmerksam zuhört. Das signalisiert die DCM mit Hilfe einer offenen Körperhaltung, Augenkontakt und zustimmendem Nicken (1, 2:15, 2:23, 3:03, 3:10, etc.). Unsere DCM weiß, dass sie dadurch Wertschätzung und Verständnis vermittelt. Damit schafft sie die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung. Bei genauerer Beobachtung fällt auf, dass die DCM auch zeitweise Unsicherheit durch ihre Mimik und Gestik ausdrückt (z. B. 1, 2:28). Sie weiß, dass sie ihre eigene Unsicherheit auch zum Ausdruck bringen kann, damit sie authentisch bleibt. Das ist wichtig, damit das Gesagte nicht unecht wirkt. In unserem Beispiel öffnet sich Frau Meyer dadurch

zunehmend und spricht über das, was sie bewegt (Absage der Geburtstagsfeier und Angst vor einer Aussprache mit den Brüdern von Herrn Meyer über die Diagnose Demenz). Das aktive Zuhören ist also eine zentrale Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation und bietet die Grundlage für die Anwendung weiterer Modelle. Ein wesentlicher Punkt dabei ist, dass die DCM die Aussagen von Frau Meyer nicht bewertet. Sie spiegelt sie lediglich zurück. Aufmerksame Zuhörer werden jedoch feststellen, dass die DCM im zweiten Lehrfilm eine kurze Bewertung vornimmt: „Frau Meyer, keiner kennt Ihren Mann so gut wie Sie und ich finde, Sie machen das wirklich sehr, sehr gut...“ (2, 8:30). Über die Vor- und Nachteile dieser Bewertung kann in der Gruppe diskutiert werden.



## Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen werden dafür sensibilisiert, die Bedürfnisse der Klientinnen und ihrer pflegenden Angehörigen wahrzunehmen.
- Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, wie es gelingen kann, eine wertschätzende und vertrauensvolle Gesprächsbeziehung aufzubauen.
- Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber erhalten, was unter dem aktiven Zuhören in einem Klientengespräch zu verstehen ist und können Elemente des aktiven Zuhörens in einem exemplarischen Gespräch erkennen.
- Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, dass jede Form von Emotion (auch Scham) einen Platz im Gespräch mit den Klientinnen hat und dass auch diese anerkannt werden müssen.
- Die Teilnehmerinnen lernen, wie wichtig es ist, unangenehme Situationen in einem Gespräch auszuhalten.

## Mögliche Diskussionsfragen

- Wie schätzen Sie die Bewertung (8:30) im zweiten Lehrfilm ein? Welche Vor- und Nachteile könnten sich daraus ergeben?
- Wie gehen Sie mit Unsicherheiten und Wissenslücken in einem Klientengespräch um? Würden Sie diese offen im Gespräch kommunizieren? Welche Vor- und Nachteile würden sich daraus ergeben?

### Quervernetzung mit bestehender Literatur

**Baller, G.:** Kommunikation im Krankenhaus: Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2016, ISBN 9783642553257.

**Rockenbauch, K., Decker, O. Stöbel-Richter, Y.:** Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis, Pabst Science Publishers, 2006, ISBN 3899673301.

**Wehner, L.:** Dicke Luft: Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer Verlag, Berlin, 2012, ISBN 9783642249280.

# III. DAS KLIENTENZENTRIERTE GESPRÄCH (WARTEN, WIEDERHOLEN, SPIEGELN, ZUSAMMENFASSEN (WWSZ))

## Modell/Inhalt

Die Art und Weise, wie wir kommunizieren, ist entscheidend für die Qualität und den Erfolg des Besprochenen. Das gilt auch für vereinbarte Maßnahmen mit von Demenz Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen. Eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Kommunikation ist die Klientenzentrierung. Im klientenzentrierten Gespräch stehen die Betroffenen und ihre Angehörigen im Mittelpunkt. Sie setzen die inhaltlichen Schwerpunkte, äußern eigene Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen und bestimmen so die Richtung des Gespräches. Auf diese Weise können Erwartungen klar kommuniziert werden. Zudem kann Missverständnissen vorgebeugt werden.

Zahlreiche Studien – vor allem aus dem medizinischen Bereich – zeigen, dass Klientinnen im Gespräch oft schon nach wenigen Sekunden unterbrochen werden<sup>1</sup>. Häufig geschehen diese Unterbrechungen, weil Beraterinnen die Konsultation strukturieren möchten, um diese möglichst effektiv zu gestalten. Studien<sup>2</sup> zeigen jedoch, dass dieses Vorgehen genau das Gegenteil bewirkt. Wird der Erzählfluss der Klientin frühzeitig unterbrochen, kann sie wichtige Themen nicht ansprechen. Informatio-

nen gehen verloren. Dadurch verlängert sich das Gespräch oftmals sogar. Eine klientenzentrierte Kommunikation ist effektiver und führt insgesamt zu einer kürzeren Konsultationsdauer.

Die Kunst der klientenzentrierten Kommunikation besteht darin, dem klientenseitigen Erzählfluss Raum zu lassen und dabei mittels spezieller Gesprächstechniken den roten Faden nicht zu verlieren. Diese Gesprächstechniken werden mit dem Akronym WWSZ (warten, wiederholen, spiegeln, zusammenfassen) bezeichnet:

**WARTEN:** Um der Klientin den Raum zu geben, ihre Gedanken und Gefühle auszudrücken, ist es wichtig, den Redefluss nicht zu unterbrechen. Durch Augenkontakt und Nicken kann dieser zusätzlich unterstützt werden. Entscheidend ist es, Stille und Pausen im Gespräch auszuhalten und nicht sofort durch einen eigenen Gesprächsanteil zu unterbrechen. Das bietet der Klientin die Chance, ihre eigentliche Agenda hervorzubringen.

**WIEDERHOLEN:** Eine exakte Wiederholung des Gesagten ermöglicht der Klientin die Fortführung oder den Ausbau ihrer Erzählung. Dies vermittelt der Klientin die Gewissheit, mehr über ihre

Sichtweise erfahren zu wollen, ebenso wie Interesse und Wertschätzung. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, zur Erzählung anzuregen. Ein Beispiel kann der narrative Stimulus sein (siehe Abschnitt 5, Das narrative Gespräch).

**SPIEGELN:** Spiegeln bezieht sich auf die Wiedergabe dessen, was verstanden wurde. Dies können sowohl Inhalte als auch Emotionen sein. Dabei wird nur das zurückgemeldet, was von der Klientin selbst in den Diskurs eingebracht wurde. Andernfalls ist die Gefahr einer Bewertung groß. Diese Technik hilft, die eigentliche Agenda der Klientin zu erfassen (siehe Abschnitt 6, Hidden Agenda), aber auch ihre Normen und Werte in Erfahrung zu bringen.

**ZUSAMMENFASSEN:** Durch die Zusammenfassung erfahren wir, ob die Aussagen der Klientin korrekt verstanden worden sind. Das ist besonders wichtig, um Missverständnisse zu vermeiden. Gleichzeitig ermöglicht die Zusammenfassung der Klientin, auch Gesagtes zu korrigieren oder andere Schwerpunkte zu setzen. Gewöhnlich kommt nur ein Bruchteil von dem, was wir sagen, bei unseren Klientinnen an. Daher ist es von sehr großer Bedeutung, wichtige und essenzielle Inhalte am Ende oder auch in der Mitte des Gespräches als Fazit zusammenzufassen (siehe Abschnitt 9, Konsultationsmodell nach Roger Neighbour). Diese Zusammenfassung des Gespräches hilft außerdem, den roten Faden im Gespräch zu halten.

Wir möchten an dieser Stelle mit einem Beispiel schließen:

**„Sie haben jetzt über sehr wichtige Probleme gesprochen. Ich habe mir die Themen a, b, c und d notiert. Unser heutiges Gespräch ermöglicht es uns, eines dieser Themen noch einmal anzusprechen und zu vertiefen. Ich habe den Eindruck, dass das Thema a für Sie heute besonders wichtig ist.“**

## Umsetzung in der Szene

Die DCM beginnt im ersten Lehrfilm das Gespräch mit einer offenen Frage (1, 1:37): „Wie geht’s Ihnen?“. Damit öffnet sie das Gespräch und ermöglicht es Frau Meyer, ihre eigene Agenda darzulegen. Da es bereits der zweite Besuch ist und sich die Protagonistinnen bereits kennen, ist diese Art der offenen Frage eine gute Möglichkeit, ein Gespräch zu beginnen. Für den ersten Besuch empfehlen sich eher allgemeinere, offene Fragen, wie beispielsweise „Was kann ich für Sie tun?“.

Im ersten Lehrfilm berichtet Frau Meyer von der Geburtstagsfeier. Die DCM hört aufmerksam zu und signalisiert das durch ihre Körperhaltung (offen, Blickkontakt, Nicken). Sie unterbricht Frau Meyer nicht und lässt sie ausreden. Auch Stille hält die DCM aus, wenn

sie das Gefühl hat, dass Frau Meyer noch etwas hinzufügen könnte. Nach Beendigung des Satzes von Frau Meyer wiederholt die DCM das Gesagte: „Die Geburtstagsfeier...“. Dann spiegelt die DCM das zurück, was sie verbal und nonverbal verstanden hat: „... das beschäftigt Sie im Moment sehr...“, um dann zu vermitteln, dass dies bei ihr angekommen ist: „... habe ich das Gefühl.“ (1, 2:47) Die DCM ermöglicht damit Frau Meyer, ihre eigentliche Agenda zum Ausdruck zu bringen (siehe Abschnitt 6, Hidden Agenda). Nämlich, dass Frau Meyer sich durch die anstehende Geburtstagsfeier überfordert fühlt und diese am liebsten absagen würde. Durch die kommunikativen Methoden, die die DCM anwendet, schafft sie es, Missverständnisse zu vermeiden und den Weg für eine gemeinsame Agenda zu ebnen.

## Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen wissen, dass ein klientenzentriertes Gespräch mit einer offenen Formulierung beginnt.
- Die Teilnehmerinnen kennen ausgewählte Techniken des klientenzentrierten Gesprächs, z. B. WWSZ. Sie wissen, dass diese Techniken helfen, die Agenda der Klientin zu erkennen.
- Die Teilnehmerinnen werden für die Bedeutung von Pausen sensibilisiert und lernen, wie wichtig es ist, Stille und Pausen in einem Gespräch auszuhalten.
- Die Teilnehmerinnen wissen um die Möglichkeit mittels Techniken, wie dem Spiegeln, die eigentliche Agenda der Klientin zu erkennen.
- Die Teilnehmerinnen erfahren, wie klientenseitige Erfahrungen und Emotionen in einen Kontext eingebettet werden können, um herausfordernde Situationen zu entlasten.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein realistisches Bild vermittelt, ohne dabei falsche Erwartungen zu wecken.

## Mögliche Diskussionsfragen

- In welchen Situationen hat die DCM das WWSZ Modell noch angewandt?
- Erläutern Sie in der Gruppe, welche Vorteile sich aus der klientenzentrierten Kommunikation der DCM mit Herrn und Frau Meyer ergeben.

## Quervernetzung mit bestehender Literatur

**Bär T.:** Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis, Dissertation Charité Berlin, 2009, <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/5268>.

**Bechmann S.:** Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.

**Jünger J.:** Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

**Wilm S., Knauf A., Peters T., Bahrs O.:** Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?, Z Allg. Med 2004, 80: 53-57, Georg Thieme Verlag Stuttgart.

# IV. ÜBERTRAGUNG UND GEGEN- ÜBERTRAGUNG

## Modell/Inhalt

Die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung stammen ursprünglich aus dem Bereich der Psychotherapie, wo beobachtet wurde, dass es zwischen Therapeutin und Klientin zu bestimmten, nicht bewussten Phänomenen kommen kann. Dabei handelt es sich um Konstrukte, die auch im Fach der Psychotherapie nicht eindeutig definiert sind. Vielmehr stellen Autorinnen diese ganz unterschiedlich dar. Der Blick in die Fachliteratur ist aus unserer Sicht an dieser Stelle wenig zielführend, da die hinter den Phänomen Übertragung und Gegenübertragung stehenden komplexen Beziehungsphänomene auch dort oftmals verkürzt dargestellt werden. Wir verzichten daher an dieser Stelle auf Beispiele, wie sie in vielen Fachbüchern abgebildet sind. Stattdessen möchten wir die Phänomene verständlich erläutern. Unser Ziel ist es, aus diesen Konzepten etwas Nutzbares für die Kommunikation mit von Demenz Betroffenen und ihren Angehörigen abzuleiten. Nur wenn die Therapeutin die „Phänomene“ der Übertragung und Gegenübertragung erkennen kann, kann sie damit professionell umgehen und sie ggf. an die Klientin zurückspiegeln.

Mit **ÜBERTRAGUNG** wird das Phänomen

beschrieben, dass Gefühle, die eigentlich anderen gelten (klassisches Klischee: der Mutter), auf die Therapeutin übertragen werden. Allgemeiner und außerhalb des therapeutischen Settings bedeutet dies, dass Gefühle, die einer bestimmten Person gelten (bspw. dem Vater), auf jemand anderen (z. B. den Vorgesetzten) übertragen werden.

**GEGENÜBERTRAGUNG** meint das Phänomen, bei dem die Emotionen der Klientin Einfluss auf die Gefühle der Therapeutin haben. Ist die Klientin beispielsweise frustriert, traurig oder verärgert und überträgt sich dies auf die Therapeutin, so sprechen wir von Gegenübertragung. Die Therapeutin nimmt diese Gefühle als ihre vermeintlich eigenen Emotionen wahr. Das Phänomen der Gegenübertragung spielt in der Betreuung von Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle. Gerade die Übertragung eines „Insuffizienzgefühls“ kann demotivierend sein. Vielleicht kennen Sie Situationen, in denen Sie trotz großem Engagement und Mühe das Gefühl hatten, dennoch Ihrem Ziel nicht näher gekommen zu sein. Hier ist es besonders wichtig, zu erkennen, inwieweit es sich um Ihre eigenen Emotionen handelt und welche Rolle ggf. Gegenübertragungsphänomene spielen. Wurde das Gefühl (die

Emotionalität der Klientin) womöglich übernommen?

Gegenübertragungsphänomene beeinträchtigen häufig eine gute Kommunikation. Wird dieses Phänomen jedoch erkannt, kann es direkt nutzbar und zurückgespiegelt werden. Beispielsweise durch die Äußerung: „Ich spüre gerade, dass Sie sich total überfordert fühlen.“ Wichtig erscheinen hier die

eigene Sensibilisierung und die Frage nach dem Ursprung der eigenen Emotionen. Das Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung hat letztlich auch viel mit Nähe und Distanz zu tun: Je näher die Beziehung zur Klientin, desto schwieriger lassen sich derartige Phänomene erkennen.

### Umsetzung in der Szene

Im dritten Lehrfilm vermittelt die Mitarbeiterin des Pflegedienstes verbal und nonverbal eine gewisse Ungeduld und Abwehr, die die DCM wahrnimmt. Die DCM erkennt, dass es sich dabei um ein Übertragungsphänomen handeln könnte. Eine Übertragung liegt dann vor, wenn die Mitarbeiterin des Pflegedienstes ihre negativen Gefühle z. B. ihrer Vorgesetzten gegenüber auf die DCM überträgt und sich deshalb der DCM gegenüber ungeduldig und abwehrend verhält. Aufkommende Emotionen (z. B. ärgerliche Gefühle)

auf Seiten der DCM gehören dann zum Phänomen der Gegenübertragung. Die DCM macht sich ihre eigenen Gefühle der Mitarbeiterin des Pflegedienstes gegenüber bewusst und nutzt diese im Sinne einer gesunden komplementären Reaktion, um das Verhalten der Mitarbeiterin des Pflegedienstes deuten und verstehen zu können. Da es sich um ein professionelles Gespräch handelt, reagiert die DCM nicht auf diese Emotionen und verhindert einen möglichen Konflikt, indem sie auf der sachlichen Inhaltsebene bleibt (Versachlichen des Verhalten).

### **Lernziele für die Zielgruppe**

- Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit der Deeskalation (Versachlichendes Verhalten) zum Umgang mit Übertragungsphänomenen im professionellen Setting kennen.

### **Mögliche Diskussionsfragen**

- Haben Sie selbst bereits eine Situation erlebt, in der das Gegenübertragungsphänomen eine Rolle gespielt hat? Wie sind Sie damit umgegangen?

#### **Quervernetzung mit bestehender Literatur**

Baller G., Schaller B.: Kommunikation im Krankenhaus, Springer-Verlag, 2017, Heidelberg, ISBN 9783642553257.

# V. DAS NARRATIVE GESPRÄCH

## Modell/Inhalt

Wie wir in Abschnitt 2 Aktives Zuhören erläutert haben, ist eine um Empathie bemühte und damit Wertschätzung vermittelnde Kommunikation wichtig. Ein Konzept, um klientenzentriert zu kommunizieren, ist die narrativ basierte Medizin. Es basiert auf den Arbeiten des deutschen Soziologen Fritz Schütze aus den 1970er Jahren und wurde von der britischen Ärztin und Professorin Trisha Greenhalgh 1998 als Begriff in der medizinischen Praxis etabliert (narrative based medicine)<sup>1</sup>. Der Name wurde komplementär zum Konzept der evidenzbasierten Medizin gewählt. Die narrative Medizin verfolgt das Ziel, Menschen und ihre Erkrankungen im Kontext ihrer jeweiligen Lebensgeschichte (Biographie) zu begreifen. Die Biographie eines Menschen ist aus dieser Sicht heraus essentiell, um den Umgang eines Menschen mit seiner Erkrankung oder einer herausfordernden Situation überhaupt verstehen zu können. Dabei ist völlig klar, dass dieses Verständnis nicht in einem

einzelnen Gespräch in Gänze erlangt werden kann. Die Idee ist vielmehr, dass eine Narration (Erzählung) im Dialog mit der Klientin immer wieder aufgenommen, weiterentwickelt und komplementiert wird. Die narrative Medizin beinhaltet deshalb narrative Stimuli, um der Klientin zu helfen, ihre Gesprächsagenda selbst zu entwickeln. Erzählanreize werden dabei so gesetzt, dass die Klientin über ein von ihr angerissenes Thema frei erzählen kann.<sup>2</sup> Durch die möglichst genaue Wiedergabe des Gehörten, soll die Klientin befähigt werden, die eigenen Gedanken zu reflektieren. Im Unterschied zur offenen Frage erfolgt hier die Priorisierung der geteilten Informationen durch die Erzählende bzw. die Klientin. Nur wenn die DCM die Agenda der Klientin versteht und berücksichtigt, kann sie ihre eigene Agenda im Gespräch anschließend zielgerichtet bearbeiten. Im Idealfall trägt auf diese Weise die narrative Gesprächsführung dazu bei, dass DCM und Klientin im Gespräch eine gemeinsame Agenda entwickeln und bearbeiten.

## Umsetzung in der Szene

Die DCM setzt im ersten Lehrfilm an folgenden Stellen Erzählanreize (narrative Stimuli): „Und es steht einiges an, hatten Sie gesagt?“ (1, 1:53), „Sie können es den Brüdern nicht sagen...“ (1, 4:18). Durch das aktive Zuhören ist es ihr möglich, genau diese Teilsätze von Frau Meyer zu wiederholen. In der Theorie der narrativen Gesprächsführung würde zusätzlich zur Wiederholung des Gesagten noch folgen: „Erzählen Sie mir mehr davon“. Dieser Folgesatz ist der eigentliche Stimulus. In der praktischen Umsetzung wird im Sinne des Spiegels nur die konkrete Wortwahl wiederholt. Dies reicht als Stimulus häufig aus. Ziel beider Konzepte ist es, zum Erzählen anzuregen. Die DCM ermöglicht Frau Meyer, die für sie aktuell im Vordergrund stehenden Themen in das Gespräch einzubringen. Die DCM weiß, dass ihre eigene Agenda

und die von Frau Meyer möglicherweise unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Die DCM weiß auch, dass manchmal erst im Gespräch die wichtigen Themen zum Vorschein kommen (siehe auch Abschnitt 6, Hidden Agenda). Im Lehrfilm setzt die DCM Erzählanreize, von denen sie ahnt, dass sich dahinter die eigentliche Agenda von Frau Meyer entwickeln könnte. In unserem Beispiel spricht Frau Meyer zum ersten Mal aus, dass sie sich von den Erwartungen der Familie in Bezug auf die anstehende Geburtstagsfeier ihres an Demenz erkrankten Ehemannes überfordert fühlt. Erst nach Bearbeitung dieses Themas ist ein Raum dafür entstanden, die Agenda der DCM (Ersatz des Gehstocks von Herrn Meyer) gemeinsam mit Frau Meyer zu besprechen. Dabei ist es wichtig, dass auch das Erkennen und das Aufgreifen der Anliegen der Angehörigen zur Agenda der DCM gehören.

## Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber gewonnen, was im Kontext des Klientengesprächs unter Narration verstanden wird.
- Die Teilnehmerinnen erkennen in der Filmsequenz die von der DCM eingesetzten narrativen Stimuli.
- Die Teilnehmerinnen können sich darüber austauschen, welche Auswirkungen das Wahrnehmen der klientenseitigen Agenda auf die eigene Arbeit hat.
- Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung, wie im Rahmen des narrativen Gesprächs Themen wieder aufgegriffen werden können.

## Mögliche Diskussionsfragen

- Erinnern Sie sich, welche Informationen die DCM von Frau Meyer auf den Erzählstimulus erhalten hat. Bitte erzählen Sie uns davon!
- Wenn Sie an diese oder an die erste Szene zurückdenken, sehen Sie noch andere von Frau Meyer angesprochene Themen, über die noch mehr in Erfahrung gebracht werden könnte? Wie könnte Ihrer Meinung nach ein narrativer Stimulus dazu aussehen?

## Quervernetzung mit bestehender Literatur

- 1 **Greenhalgh T., Hurwitz B.:** Narrative Based Medicine – Dialogue and discourse in clinical practice, John Wiley & Sons, 1998, ISBN 0727912232.
- 2 **Höck J., Altiner A., Drewelow E., Wollny A.:** Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik im Medizinstudium, Med Welt, 68:109-113, 2017.

# VI. HIDDEN AGENDA

## Modell/Inhalt

Sicher kennen Sie folgende Situation: Sie tauschen sich mit Ihrer Klientin im Gespräch über die verschiedensten Punkte aus, aber erst am Ende spricht die Klientin ein für sie zentrales Thema an. Themen, die die Inhalte eines Gesprächs maßgeblich bestimmen, obwohl sie eigentlich nicht vordergründig im Fokus stehen, werden als Hidden Agenda bezeichnet (versteckte Themen). Eine Hidden Agenda verbirgt sich häufig hinter einer von der Klientin getätigten Äußerung, die erahnen lässt, dass mehr dahinter steckt. Verschiedene Arten der Hidden Agenda werden unterschieden: **(1)** Manchmal möchte oder kann die Klientin unter Umständen Ängste, Probleme oder Erwartungen – ggf. aus Scham – nicht preisgeben. Hierauf kann mittels Spiegeln oder narrativer Stimuli reagiert werden (siehe Abschnitt 2, 3, 4). Damit wird die Klientin ermutigt, ihre eigentliche Agenda vorzubringen. Mögliche Wünsche, Bedürfnisse oder Ängste werden so offengelegt und auch selbst erkannt. **(2)** Manchmal verbirgt sich die Hidden Agenda aber auch hinter einem (un)bewussten Auf-die-Probe-stellen des Gegenübers. Gerade zu Beginn des gemeinsamen Beziehungsaufbaus kann dies vorkommen. Hier spricht die

Klientin häufig erst einmal über andere Themen, um herauszufinden wie ihr Gegenüber zu diesen Themen steht.

**(3)** Es ist aber auch durchaus möglich, dass der Klientin ihre eigene Agenda gar nicht bewusst ist. Hier können sich durch das Erkennen der Hidden Agenda – beispielsweise durch verbale, aber auch nonverbale Hinweise der Klientin und durch aktives Zuhören – für beide Seiten unglaublich erleichternde Gespräche entwickeln.

Das Erkennen einer Hidden Agenda ist für eine klientenzentrierte Kommunikation wichtig und ermöglicht den Austausch über Erwartungen. Missverständnissen oder falschen Vorstellungen kann so vorgebeugt werden. Wichtig bleibt jedoch, dass die DCM nicht auf das Besprechen von Themen drängt, über die die Klientin (noch) nicht sprechen möchte. Es geht also nicht darum, wie in einem Verhör alle verborgenen Informationen in Erfahrung zu bringen. Vielmehr soll der Raum geschaffen werden, in dem die Klientin für sie wichtige Themen aus freien Stücken artikulieren kann. Ein erfolgreiches Gespräch kann die Klientin z. B. mit den folgenden Worten beenden: „Ich hätte gar nicht gedacht, dass ich Ihnen das heute alles erzähle, aber jetzt geht es mir irgendwie besser.“

## Umsetzung in der Szene

Frau Meyer berichtet im ersten Film von den Dingen, die sie für die Geburtstagsfeier ihres Mannes noch zu erledigen hat. Die DCM spürt, dass hinter den Aussagen von Frau Meyer mehr stecken könnte, als sie sagt. Das erkennt die DCM beispielsweise an Frau Meyers nonverbalen und verbalen Signalen, die sie u. a. durch aktives Zuhören wahrnimmt. So sagt Frau Meyer: „also, naja einiges ist gut... ne ganze Menge“ (1, 1:42) oder „...also ja, gibt ne ganze Menge zu tun... ein bisschen viel... gerade... vielleicht“ (1, 2:20). Dabei schaut sie immer wieder zu ihrem Ehemann oder auf den Boden und lacht in dieser Situation, was zu Unstimmigkeit von nonverbaler und verbaler Körpersprache führt.

Durch narrative Stimuli (Abschnitt 4) setzt die DCM Erzählanreize und schafft dadurch den Raum für Frau Meyers eigentliche Hidden Agenda. Es wird offensichtlich und auch für Frau Meyer selbst erkennbar, dass sie sich von der Geburtstagsfeier, den Ansprüchen der Familie ihres Ehemannes und der Demenzerkrankung ihres Mannes überfordert fühlt. Die Hidden Agenda besteht hier somit aus zwei Ebenen. Die erste Ebene ist, dass Frau Meyer die Geburtstagsfeier eigentlich gar nicht möchte, da sie sich von dieser überfordert fühlt. Die zweite Ebene ist, dass die Brüder von Herrn Meyer noch nichts über die Erkrankung Demenz wissen und Frau Meyer nicht weiß, wie sie diese Diagnose am besten vermitteln kann.

### Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen sind für das Erkennen einer Hidden Agenda sensibilisiert.

### Mögliche Diskussionsfragen

- Welche Hidden Agenda könnte sich in dem ersten und zweiten Lehrfilm noch verbergen?
- Diskutieren Sie in der Gruppe die Bedeutung des Erkennens einer Hidden Agenda. Welche Möglichkeiten zur Gesprächsentwicklung bieten sich dadurch?

### Quervernetzung mit bestehender Literatur

Jünger J.: Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

# VII. HILFREICHE MUSTERFORMULIERUNGEN UND SATZBAUSTEINE

## Modell/Inhalt

Eine authentische Kommunikation lebt von der Spontaneität, auf Aussagen adäquat zu reagieren. Gerade in der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen existieren jedoch zahlreiche Situationen, die wir als herausfordernd erleben und die eine spontane Reaktion erschweren. Hier eignen sich vorbereitete Musterformulierungen, die in derartigen Situationen gezielt eingesetzt werden können.

Gerade bei Tätigkeiten, die auf einem hohen professionellen Level durchgeführt werden, kann mittels selbst entwickelter oder erlernter Musterformulierungen auf wiederkehrende, schwierige Situationen adäquat reagiert werden.

In den Interviews mit der ersten Kohorte von DCM wurde z. B. relativ schnell klar, dass der Begriff „Demenz“ häufig sehr negativ besetzt ist. Nicht nur den Betroffenen und Angehörigen, sondern auch den DCM selbst fiel es schwer, diesen Begriff auszusprechen. Denn mit dem Wort „Demenz“ werden oft negative Erfahrungen verbunden (Situationen aus dem eigenen Familienkreis, das Schicksal des Vergessens, die Hilflosigkeit und die Angst vor dem Tod). Jedoch ist es sowohl für die Krankheits-

verarbeitung als auch für den Umgang mit der Erkrankung wichtig, das Wort „Demenz“ auszusprechen und über die damit verbundenen Ängste und Sorgen zu reden. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist der erste Schritt zur Akzeptanz. Diese ist hilfreich, um Ruhe und Kraft zu finden, mit der Erkrankung umzugehen.

Hierzu möchten wir Ihnen eine Musterformulierung an die Hand geben, die wir in einem interdisziplinären Team entwickelt haben. Sie lautet:

**„Es ist hilfreich, wenn Sie im Kreis der Familie die Krankheit Demenz beim Namen nennen. Auch wenn es am Anfang schwer fällt. So haben alle die Chance, sich damit auseinander zu setzen.“**

Diese Formulierung soll in schwierigen Momenten kommunikative Sicherheit geben und ein „Ringeln“ um Worte vermeiden. Ein weiteres Beispiel im Hinblick auf den Einbezug eines Pflegedienstes lautet:

**„Manche Klientinnen haben zunächst große Ängste und Sorgen, was die Einbeziehung eines Pflegedienstes angeht.“**

Die Klientin kann auf diesen Satz un-

beeinflusst und ohne Bewertung ihre eigenen Erwartungen formulieren. Sie kann entweder „Ja, das geht mir auch so“ oder „Nein, ich habe mir darüber schon Gedanken gemacht“ entgegen, ohne durch die Formulierung der DCM

in eine der beiden Richtungen gedrängt worden zu sein. Diese Art von Musterformulierungen kann auf viele Situationen übertragen werden.

## Umsetzung in der Szene

In unserem ersten Film bemerkt die DCM, dass das Wort „Demenz“ für die Familie schwer auszusprechen und zu ertragen ist: „... und dann das alles bei seiner, naja bei seiner Krankheit.“ (1, 2:17), „...und jetzt ihm das sagen mit dieser Krankheit.“ (1, 4:14). Häufig benutzen Betroffene und Angehörige andere Wörter oder Begriffe, die eine Erkrankung andeuten, aber die eigentliche Krankheit umschreiben. Im Film geht es beispielsweise darum, das Wort „Demenz“ nicht nennen zu müssen. Ursächlich dafür könnte auch ein gewisser Coping Mechanismus sein. Für diese Situationen nutzt die DCM eine Muster-

formulierung: „Es ist hilfreich, wenn Sie im Kreis der Familie die Krankheit Demenz beim Namen nennen. Auch wenn es am Anfang schwerfällt. So haben alle die Chance, sich damit auseinander zu setzen.“ (1, 5:15.) Auf diese Weise gelingt es ihr, das Thema Demenz zielgerichtet anzusprechen. Die DCM ermöglicht der Familie so einen ersten Umgang mit der Erkrankung zu finden.

Diese Musterformulierung dient hier als Unterstützung. Sie unterstellt keine Erwartungshaltung und setzt die Klientin nicht unter Druck. Es ist lediglich davon die Rede, dass es hilfreich sei und dass jede, die es möchte, die Chance hat, sich damit auseinander zu setzen.

### **Lernziele für die Zielgruppe**

- Die Teilnehmerinnen haben eine Formulierung kennengelernt, um die Diagnose/Erkrankung Demenz beim Namen zu nennen.
- Die Teilnehmerinnen sind für das Umgehen der Benennung der Krankheit Demenz von Betroffenen und Angehörigen sensibilisiert.

### **Mögliche Diskussionsfragen**

- Was verbinden Sie mit dem Wort Demenz?
- Erinnern Sie sich an eine persönlich für Sie schwierige Situation mit der Akzeptanz der Erkrankung? Wie sind Sie damals damit umgegangen und wie würden Sie sich heute verhalten?
- Fallen Ihnen noch andere Situationen ein, in denen ähnliche Musterformulierungen vorteilhaft wären? Nennen Sie Beispielformulierungen.

# VIII. ÜBERBRINGEN EINER SCHLECHTEN NACHRICHT

## Modell/Inhalt

Im klientenseitigen Empfinden hat die Diagnose „Demenz“ durchaus Ähnlichkeiten zur Diagnose anderer schwerer Erkrankungen, wie z. B. aus dem Bereich der Onkologie. Denn Demenz ist zum heutigen Zeitpunkt nicht heilbar, schreitet kontinuierlich fort und ist eine lebensverändernde wie lebensverkürzende Erkrankung. Das allein hat eine so schwerwiegende Bedeutung, dass wir genau wie bei anderen schweren Erkrankungen auch, überlegen müssen, wann und wie wir die Erkrankung und Prognose mitteilen. Denn in dem Moment des Überbringens einer schlechten Nachricht, ist kaum eine Klientin in der Lage, Detailinformationen richtig wahrzunehmen oder zu verstehen. Auch scheinbar gut gemeinte Diagnosesmitteilungen können zu verheerenden und traumatisierenden Folgen bei Klientinnen und Angehörigen führen. In der Literatur finden sich zahlreiche Belege dafür, dass derartige Nachrichten noch immer unangemessen überbracht werden. Die Übermittlung einer Diagnose auf dem Flur oder auch eine zusammenbrechende Klientin, die sich der terminalen Phase ihrer Erkrankung noch überhaupt nicht bewusst war, sind nur zwei von vielen Beispielen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2000 in der

Onkologie das sogenannte „SPIKES-Modell“ von Buckmann und Baile zum Überbringen schlechter Nachrichten entwickelt.

Das „SPIKES-Modell“ hat sich mittlerweile gut bewährt und ist auch auf andere Situationen übertragbar, in denen schlechte Nachrichten übermittelt werden müssen. Im Falle der Demenz wird diese schlechte Nachricht ganz häufig nicht den Betroffenen selbst übermittelt, da die betroffenen Personen dies oftmals nicht umfänglich wahrnehmen können. In diesen Fällen muss die Nachricht den Angehörigen vermittelt werden. Schwierig wird dies, wenn Angehörige mit Ablehnung und manchmal sogar Verleugnung reagieren. Genau dafür kann dieses Modell eine Hilfestellung darstellen. Das Modell ist nicht als strikter Leitfaden zu verstehen, sondern schlägt idealtypischer Weise vor, in welchem Kontext und in welchem Setting schlechte Nachrichten übermittelt werden sollten.

Das „SPIKES-Modell“ zum Überbringen einer schlechten Nachricht besteht aus sechs Schritten. Während der erste und der letzte Schritt festgelegt sind, können die Zwischenschritte je nach Bedarf individuell angepasst werden.

Das bedeutet, dass die mittleren Schritte nicht immer in der Reihenfolge festgelegt sind und im Verlauf angepasst und wiederholt werden können. Somit kann immer wieder eine Einladung für ein Gespräch ausgesprochen werden und Wissen in kleinen Portionen vermittelt werden. Dadurch kann auch wiederholt neu nach der Patientinnen-Wahrnehmung gefragt werden.

**(1) SETTING** – Gesprächsrahmen: Zunächst sollte ein geeigneter ungestörter Raum und ausreichend Zeit für das Gespräch zur Verfügung stehen. Unterbrechungen oder Störungen, wie das Klingeln eines Telefons, sollten dringend vermieden werden.

**(2) PERCEPTION** – Exploration der klientenseitigen Wahrnehmung: Hier sollen die Vorstellungen und Wahrnehmungen der Klientin exploriert werden. Typischerweise werden dazu offene Fragen eingesetzt: „Vielleicht können Sie mir erzählen, welche Gedanken Sie sich bisher zu Ihrer Erkrankung gemacht haben?“ oder „Vielleicht können Sie mir erzählen, was Ihnen die Kolleginnen (auch andere Gesundheitsberufe) schon erzählt haben, bevor wir uns jetzt unterhalten.“

**(3) INVITATION** – Erspüren des klientenseitigen Informationsbedürfnisses: In diesem Schritt wird versucht, zu erspüren, ob die Klientin zum aktuellen Zeitpunkt mehr über die Diagnose erfahren möchte bzw. die Bereitschaft dazu besteht. Dies ist schwierig und kann häufig nicht direkt erfragt wer-

den. Vielmehr sollte versucht werden, empathisch wahrzunehmen, ob aktuell der geeignete Zeitpunkt für weitere Informationen ist. Dies geschieht über Körpersprache und nonverbale Zeichen. Wirkt die Klientin während des Gespräches offen oder verschließt sie sich?

**(4) KNOWLEDGE** – Wissensvermittlung: In diesem Schritt werden die eigentlichen Informationen vermittelt. Typischerweise geschieht dies immer im Zusammenhang mit Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, Prognose und Unterstützungsmöglichkeiten. Nie sollte nur die Diagnose allein vermittelt werden, sondern es sollten immer auch die nächsten Schritte und Hilfsangebote kommuniziert werden. Hier ist es ganz besonders wichtig, einen Zugang und eine Sprache zu finden, die die Klientin verstehen kann. Medizinische Fachbegriffe und Termini sollten möglichst wenig genutzt werden. Der Umfang der in diesem Gespräch vermittelten Informationen ist situationsabhängig (ebenso wie in Schritt 3 und 4). Folgender Hinweis von dem Philosophen Voltaire kann hilfreich sein: „Alles was gesagt wird, muss wahr sein. Aber nicht alles, was wahr ist, muss auch gesagt werden“.

**(5) EXPLORATION OF EMOTIONS** – Exploration der Gefühlsebene: Übergeordnet gilt für alle Schritte, versuchen Sie, das „Tempo“ der Klientin empathisch wahrzunehmen und „mitschwingen“. Geben Sie der Klientin Zeit und halten Sie auch Stille gemeinsam

mit der Klientin aus. Wichtig ist vor allem, nicht zu argumentieren oder die Klientin zu kritisieren. Kommunikationstechniken wie z. B. das Spiegeln können helfen, das Gespräch in Ruhe und empathisch zu führen. Als hilfreich hat sich hier auch das NURSE-Modell herausgestellt, um eine klientenseitige Exploration von Emotionen zu unterstützen (Naming, Understanding, Respect, Support, Explore).

## Umsetzung in der Szene

In den vorbereitenden Interviews mit der ersten Kohorte von DCM wurde die Diagnosevermittlung als sehr herausfordernd beschrieben. Wir haben daher in dem ersten Lehrfilm ein Beispiel entwickelt, das darstellt, wie die Diagnose Demenz strukturiert vermittelt werden kann. Unsere DCM gibt Frau Meyer indirekt eine Hilfestellung, wie sie den Brüdern von Herrn Meyer die Diagnose Demenz mitteilen kann: „Wenn Sie mit dem Bruder ihres Mannes sprechen, dann warnen Sie ihn vor, dass Sie nicht so gute Neuigkeiten haben (im Sinne der Invitation). Sagen Sie ihm, dass sie bei seiner Hausärztin waren, dass sie eine umfangreiche Diagnostik gemacht

## **(6) STRATEGY AND SUMMARY –**

Planen und zusammenfassen: Das Gespräch wird idealtypisch mit einer Zusammenfassung beendet. Abhängig vom Befinden der Patientin wird das weitere Vorgehen ausführlich besprochen und ein nächster Termin vereinbart. Auch können Patientenwünsche erfragt werden. Das Ziel besteht darin, mögliche Missverständnisse zu verhindern. Es sollte deutlich geworden sein, ob die besprochenen Themen verstanden worden sind (vgl. auch Summarizing in Abschnitt 9).

hat, dass dort festgestellt wurde, dass bei ihrem Mann eine Demenz vorliegt (Knowledge) und dass man sich jetzt um ihn kümmert (Strategy and Summary)“ (1, 6:17). Dabei helfen ihr Teile des SPIKES-Modells zum Überbringen von schlechten Nachrichten. In diesen Sätzen sind einzelne Teilaspekte des Modells dargestellt worden. Wie auch schon anfänglich erwähnt, ist es nicht notwendig, das komplette Modell anzuwenden. Es dient lediglich als Hilfestellung und kann an die jeweilige Situation angepasst und modelliert werden. Dabei befolgt die DCM einen wichtigen Grundsatz:

**Alles was gesagt wird, muss wahr sein.  
Aber nicht alles, was wahr ist, muss gesagt werden.**

## Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen lernen, keine unrealistischen Erwartungen zu wecken.
- Die Teilnehmerinnen lernen ein Kommunikationsmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten (Teilaspekte des SPIKES- Modells) kennen und können einige Teilaspekte in einem aufgezeichneten Patientengespräch erkennen.
- Die Teilnehmerinnen lernen, dass zur Vermittlung der Diagnose klare Sätze und einfache Worte hilfreich sind. Die Diagnose (wie auch alles andere) sollte immer ehrlich kommuniziert werden.
- Die Teilnehmerinnen lernen ein Paradigma in der Kommunikation mit Klientinnen kennen: Alles was gesagt wird, muss wahr sein, aber nicht alles, was wahr ist, muss gesagt werden.

## Mögliche Diskussionsfragen

- Erinnern Sie sich an eine Situation, in der Ihnen oder Ihren Angehörigen eine schlechte Nachricht überbracht wurde oder in der Sie eine schlechte Nachricht überbringen mussten? Wie haben Sie diese Situation gelöst? Waren Sie am Ende zufrieden?
- Diskutieren Sie weitere Anwendungsmöglichkeiten des SPIKES-Modells.
- Welche Schritte des SPIKES-Modells erkennen Sie im Film, als die DCM Frau Meyer erläutert, wie sie den Brüdern ihres Mannes von der Diagnose Demenz berichten soll?

## Quervernetzung mit bestehender Literatur

**Bechmann S.:** Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.

**Bucka-Lassen:** Das schwere Gespräch, Deutscher Ärzteverlag, 22.06.2011.

**Weber M., Müller M., Ewald H.:** Kommunikation in der Palliativmedizin, Der Onkologe 11, 384-391, 04/2005.

# IX. KONSULTATIONSMODELL NACH ROGER NEIGHBOUR

## Modell/Inhalt

Der britische Allgemeinarzt Roger Neighbour hat in den 1980er Jahren ein inzwischen international etabliertes Konsultationsmodell entwickelt. Im Zentrum seines Modells steht die Idee, dass sich (fast) jedes Klientengespräch in typische Phasen strukturieren lässt. Damit bietet sich die Chance, im Sinne eines inneren Leitfadens wesentliche Punkte im Gespräch unterzubringen. Das wiederum steigert die Zufriedenheit aller Beteiligten, da wichtige Themen angesprochen und adressiert werden. In seinen Büchern (z. B. The Inner Consultation) vergleicht Neighbour die Konsultation mit einer Art gemeinsamen Reise und versteht die verschiedenen Etappen in dieser Reise als Checkpoints. Diese Checkpoints beschreibt er wie folgt:

**(1) CONNECTING** – Kontakt herstellen: Gleich zu Beginn des Gespräches wird versucht, eine Beziehung zur Klientin aufzubauen und das Gespräch auf Augenhöhe zu führen. Dieses gelingt durch eine wertschätzende und empathische Kommunikation, die mittels aktivem Zuhören (siehe Abschnitt 2, Aktives Zuhören) sowie verbalen und nonverbalen Äußerungen vermittelt werden kann.

**(2) SUMMARIZING** – Zusammenfassen: Das Zwischenfazit ist für Neighbour eine der wichtigsten Etappen im Gespräch. An diesem Checkpoint wird der eigentliche Grund für das Gespräch eruiert. Hier werden die Hoffnungen, Gefühle, Sorgen und Erwartungen der Klientin ermittelt, anerkannt und wertgeschätzt. Dafür werden Kompetenzen im aktiven Zuhören und der klientenzentrierten Kommunikation benötigt (siehe Abschnitt 2, Aktives Zuhören und Abschnitt 3, Das klientenzentrierte Gespräch). Anschließend wird das Problem der Klientin in eigenen Worten beschrieben. Dies ist wichtig, um herauszufinden, ob das Anliegen auch richtig verstanden wurde. Die Klientin hat so die Möglichkeit, vergessene oder falsch verstandene Aspekte zu wiederholen oder hervorzuheben. Erst im Anschluss kann die „Reise“ fortgesetzt werden.

**(3) HANDOVER** – Umsetzung: In dieser Etappe wird das weitere Vorgehen gemeinsam besprochen. Konkrete Ziele für die nächsten Besuche werden festgelegt. Für eine vertrauensvolle Beziehung sind gemeinsam getroffene Entscheidungen wesentlich. Jedoch ist es manchmal nicht leicht, eine gemeinsame Schnittmenge in den verschiedenen Überzeugungen der beteiligten

Personen zu finden. Zielsetzung in diesem Checkpoint ist es daher, Überlappungen der verschiedenen Grundeinstellungen zu erkennen und eine gemeinsame Agenda zu entwickeln.

#### **(4) SAFETY-NETTING – Sicherheitsnetz:**

In vielen medizinischen Gesprächen gibt es viele Unsicherheiten. Klare Vereinbarungen für die nächsten Besuche stellen daher für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eine notwendige Sicherheit dar. Dabei ist der Einbezug der Klientin in die Beratung essenziell. Auch für uns im Gesundheitssystem Tätige ist es wichtig, Fälle zu erkennen, in denen Unklarheiten in dem weiteren Vorgehen bestehen. Um diese herauszufiltern, kann es hilfreich sein, sich folgende Fragen zu stellen: Was wird in näherer Zukunft passieren? Wie merke ich, dass der Plan nicht ausreichend ist? Und was würde ich in dieser Situation tun? Die Antworten auf diese drei Fragen stellen das Sicherheitsnetz dar.

### Umsetzung in der Szene

Die DCM weiß, dass vieles von dem, was sie erzählt, zunächst nicht bei der Familie ankommt. Sie bedient sich daher in Film 1 des Zwischenfazits nach Neighbour und fasst die wichtigsten Informationen und Vereinbarungen zusammen: „Dann wäre der nächste Schritt doch jetzt ganz naheliegend. Sie sprechen mit seinen Brüdern ...“ (1, 7:22). Hier erläutert die DCM die nächsten Schritte für die Geburtstagsfeier

**(5) HOUSEKEEPING:** Der Begriff Housekeeping kommt ursprünglich aus der Hotellerie, wo Zimmer für den nächsten Gast vorbereitet werden. Neighbour nutzt dies als Metapher, sich selbst auch auf den nächsten „Gast“ einzustellen. Besuche bei Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen können körperlich und mental anstrengend sein. Wer Menschen auf einem professionellen Level betreut, sollte auf den eigenen Stresspegel acht geben, um adäquat reagieren zu können. Dies ist wichtig, um weiterhin gut kommunizieren zu können. In dem Buch *The Inner Consultation* beschreibt Neighbour das Housekeeping mit dem Satz: „Wenn Staubwischen Schmutzvermeidung ist, ist HOUSEKEEPING Stressvermeidung.“ Daher sollte vor jedem Besuch die eigene Verfassung hinterfragt werden: „Bin ich bereit für die nächste Klientin?“.

und erklärt noch einmal in kurzen Sätzen das weitere Vorgehen. Dieses wurde zuvor, wie in der Etappe 3 (Handover) dargestellt, gemeinsam beschlossen.

Im zweiten Film fasst die DCM die bisher diskutierten Punkte für den dazu kommenden Sohn noch einmal zusammen: „Herr Meyer, wollen Sie sich nicht vielleicht einen Augenblick zu uns setzen? Ich kann ja mal kurz zusammenfassen...“ (2, 7:50). Die DCM nutzt dieses Zwischenfazit dabei auch

bewusst für Frau Meyer. Sie bietet ihr die Möglichkeit, die von ihr verstandenen Aspekte zurück zu spiegeln, zu reflektieren sowie Unstimmigkeiten richtig zu stellen.

Die weiteren Etappen des Konsultationsmodells von Neighbour sind in

den Lehrfilmen nicht umgesetzt oder wurden nur angerissen. Nicht alle Checkpoints müssen vollumfänglich umgesetzt werden, sondern können auch mit einzelnen Elementen oder anderen Modellen im Gespräch kombiniert werden.

### Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen kennen einen Baustein (Zwischenfazit) aus Roger Neighbours Konsultationsmodell.
- Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung von der Wichtigkeit eines Zwischenfazits in einem Klientinnengespräch.

### Mögliche Diskussionsfragen

- Diskutieren Sie mit den anderen Teilnehmerinnen die Vorteile eines Zwischenfazits.
- Ein Teil des Konsultationsmodells ist die Etappe „Housekeeping“. Diskutieren Sie, welche Maßnahmen ergriffen werden können, falls Sie selbst emotional und mental nicht in der Verfassung sind, einen neuen Besuch durchzuführen.
- Welche Möglichkeiten des Safety-nettings kennen Sie?

### Quervernetzung mit bestehender Literatur

**Bechmann S.:** Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.  
**Neighbour R.:** The Inner Consultation, 2. Auflage, Taylor & Francis Ltd., 22.10.2015, London, ISBN 1857756797.

# X. KONZEPTE ZU DEN PROZESSEN DER VERHALTENSÄNDERUNG

## Modelle/Inhalte

### **Transtheoretisches Modell**

In der Beratung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen geben wir häufig Ratschläge und Empfehlungen, um die allgemeine Situation zu verbessern. Nicht selten führen diese jedoch zu Frustration auf beiden Seiten: während die Familie (noch) nichts verändern möchte und zunächst ggf. wenig Hilfsangebote annimmt, können wir dies als Betreuerin häufig wenig nachvollziehen. Ein ähnliches Muster sehen wir z. B. auch in der Betreuung von adipösen Personen mit Diabetes. Häufig geben wir als Therapeutin vermeintlich hilfreiche Tipps, wie z. B. den Verzehr von kalorienhaltigem Essen und von Süßigkeiten zu reduzieren. Nicht selten passiert es in dieser Situation, dass die Person, die wir ansprechen, das Gefühl hat, sich rechtfertigen zu müssen. Diese Versuche, eine Verhaltensänderung herbeizuführen, können für die Betreuerin und Klientin frustrierend sein. Denn die an die Klientin gerichteten Erwartungen können von dieser oftmals nicht erfüllt werden. In vielen Fällen liegt die Ursache für eine gescheiterte Verhaltensänderung vor allem daran, dass die Klientin nicht dort „abgeholt“ wird, wo sie sich mental aktuell befindet. Wurde

z. B. noch gar kein Problembewusstsein entwickelt, kommen konkrete Interventionsangebote zu einem viel zu frühen Zeitpunkt und können nicht angenommen oder umgesetzt werden.

Um diese Situation besser zu verstehen, möchten wir Ihnen einen Einblick in das Transtheoretische Modell geben. Das Transtheoretische Modell (TTM) wurde in den 1980er Jahren von den Psychologen Prochaska und DiClemente für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen entwickelt und beschreibt im Original fünf Phasen der Verhaltensänderung. Grundlage für die Entwicklung des Modells waren verschiedene Verhaltensstudien bei Personen mit Nikotin- und/oder Alkoholabusus und bei Menschen mit problematischem Essverhalten. In diesen Studien zeigte sich, dass der Prozess bis zur Verhaltensänderung fast immer in verschiedenen Phasen bzw. Stufen verläuft. Das bedeutet, dass bis zur gewünschten Veränderung des Verhaltens verschiedene Phasen durchlaufen werden. Um jeweils passgenaue und erfolgversprechende Interventionen anbieten zu können, ist es daher wichtig, herauszufinden, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich die Person befindet. Am Anfang dieses Prozesses mag einfach die

Bereitstellung von Informationen und Gesprächsangeboten angezeigt sein; später können ganz konkrete Schritte zur Verhaltensänderung hinzukommen und verabredet werden.

Das TTM wurde in den vergangenen Jahren immer wieder angepasst und auch außerhalb der Therapie von Suchterkrankungen eingesetzt und hat sich hier bewährt. Genau aus diesem Grund glauben wir, dass sich das TTM auch für die Beratung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen anbietet. Nicht selten greifen wir mit unseren Ratschlägen oder Empfehlungen (z. B. im Hinblick auf den Einbezug externer Hilfe, verändernde bauliche Maßnahmen oder die Einnahme von Medikamenten) bedeutend in das Leben der betroffenen Menschen ein. Um mit der Diagnose Demenz einhergehende Veränderungen annehmen zu können, benötigt es auf Seiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen jedoch einer Verhaltensänderung. Deshalb müssen sowohl die Klientin als auch ihre Angehörigen dort „abgeholt“ werden, wo sie sich aktuell in ihrer Entscheidungsfindung befinden. Wird dies nicht beachtet, ist es nicht verwunderlich, dass auch die am besten gemeinten Tipps und Angebote nicht angenommen werden. Das TTM hilft uns dabei, realistische Erwartungen daran zu haben, wie viel Änderung in der Problemwahrnehmung und -bearbeitung im Rahmen einer Beratungssituation erwartet werden kann. So ist es in der Tat unrealistisch, dass wir im ersten Gespräch auf ein Problem auf-

merksam machen und es direkt lösen. Läuft die Beratung optimal, so ist die Veränderung von einer zur anderen Stufe möglich. Eine Verhaltensänderung bedarf daher in der Regel mehrerer Gespräche.

Im Folgenden beschreiben wir einzelnen Stufen in Anlehnung an das TTM. Wir verdeutlichen jede Stufe mit einem Beispiel im Bereich der Veränderung von Essgewohnheiten bei einer deutlich adipösen Person mit Typ II Diabetes und einem Beispiel im Bereich der Betreuung von Demenzkranken. Die dargestellten möglichen Äußerungen sollen dabei einen Eindruck geben, in welche Richtung die Gedanken der Klientinnen gehen könnten.

**(1) PRE-CONTEMPLATION** – Absichtslosigkeit: Die betreffende Person hat kein aus sich heraus bestehendes Problembewusstsein. In dieser Phase gemachte Äußerungen sollen oft nur soziale Erwartungen erfüllen und die Therapeutin oder Beraterin beschwichtigen.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ach, ich esse ja gar nicht so viel, aber etwas abnehmen kann ich ja mal versuchen.“  
Beispiel Pflegedienst: „Ach, wir bekommen das schon hin. Alles gut.“

**(2) CONTEMPLATION** – Bewusstwerden: Das Vorhandensein eines Problems wird von der betroffenen Person zumindest teilweise anerkannt. Die Klientin hat aber noch keine Absicht, etwas an ihrem Verhalten zu verändern.  
Beispiel Essgewohnheiten: „Mein Ge-

wicht ist zu hoch, da müsste ich mal was machen. Ich weiß aber nicht was, schließlich esse ich doch gar nicht so viel.“  
Beispiel Pflegedienst: „Ja, die Versorgung meines Angehörigen ist schwierig und sehr problematisch, aber ich habe noch keine Vorstellung davon, wie es besser werden könnte.“

**(3) PREPARATION** – Vorbereitung, Absichtsbildung: Die ersten Schritte zur Veränderung werden durchdacht und es wird nach Unterstützung für die Umsetzung gesucht.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ich habe darüber nachgedacht, wie ich abnehmen könnte.“

Beispiel Pflegedienst: „Ich habe mir vorgestellt, wie es wäre, wenn eine Krankenschwester käme.“

**(4) ACTION** – Handlung: In dieser Phase findet eine konkrete Handlung statt. Diese Stufe ist nicht selten durch ein hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement gekennzeichnet. Die Erwartungen an eine kurzfristige Veränderung sind seitens der Klientin sehr groß. Die Lösungen sind aber häufig (noch) nicht nachhaltig.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ich habe mich in ein Online-Programm für gesunde Ernährung eingeschrieben und koche jetzt nur noch gesund.“

Beispiel Pflegedienst: „Wir haben einen Pflegegrad beantragt und erproben einen Pflegedienst.“

**(5) RELAPSE** – Rückfall: Bei einer langfristigen Verhaltensveränderung kommt es nicht selten vor, dass es zu wiederholten „Durchläufen“ der einzelnen Phasen kommt. Hier ist es wichtig, der Klientin zu vermitteln, dass Veränderungen nicht immer beim ersten Anlauf schon auf Dauer erfolgreich sind. Wichtig ist hier, die bisher geschehenen Veränderungen anzuerkennen und als Beleg für eine grundsätzlich auch langfristig mögliche Veränderung zu deuten.

**(6) MAINTENANCE** – Aufrechterhaltung: Das gewünschte Verhalten wird aufrechterhalten. Es werden außerdem Strategien zur weiteren Konsolidierung entwickelt.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ich habe einen Weg gefunden, wie ich dauerhaft meine Kalorien reduzieren kann. Ich weiß jetzt, welche Nahrungsmittel zu viele Kalorien haben. Ich habe realistische Ziele und Methoden entwickelt, wie ich nicht in alte Verhaltensmuster zurückfalle.“

Beispiel Pflegedienst: „Wir haben eine regelmäßige Unterstützung. Ich habe akzeptiert, dass der Pflegedienst in bestimmten Situationen andere Standards setzt und Dinge anders macht als ich. Ich habe aber realisiert, dass er unsere Situation erleichtert und meine eigenen Ressourcen schont.“

Folgende Fragen können dabei helfen, zu identifizieren, auf welcher Stufe der Verhaltensänderung sich die Klientin befindet:

**„Was für Gedanken haben Sie sich schon gemacht?“**

**„Haben Sie sich schon einmal verschiedene Alternativen überlegt?“**

**„Welche Vor- und Nachteile könnte eine Veränderung mit sich bringen?“**

Die Zuordnung zu den Stufen des TTM hilft dabei, realistisch einzuschätzen, wo sich Ihre Klientin im Veränderungsprozess befindet und wie Sie diesen Prozess optimal begleiten können.

### **Motivational Interviewing**

Gespräche, die sich auf Verhaltensänderungen fokussieren, enden häufig in Argumentationsspiralen, ohne dass die Klientin tatsächlich erreicht wird. Grund ist (wie oben bereits dargelegt), dass die Klientin nicht dort abgeholt wird, wo sie sich im TTM befindet. Der Versuch, die Klientin durch scheinbar rationale Argumente von einer Verhaltensänderung zu überzeugen, scheitert zwangsläufig. Gerade die Konfrontation mit unangenehmen Wahrheiten führt meist zu einer Abwehrhaltung. Das kennen Sie vielleicht auch von sich selbst. Genau hier setzt das Motivational Interviewing an.

Die Idee hinter diesem Ansatz: Statt die Klientin zu überzeugen, wird sie motiviert, aus sich selbst heraus eine Verhaltensänderung herbeizuführen.

Wichtige Grundvoraussetzungen für die Anwendung des Motivational Interviewing sind eine empathische Grundeinstellung, Partnerschaftlichkeit im Gespräch und die Akzeptanz des Gegenübers. Das in den 1980er Jahren entwickelte Motivational Interviewing basiert darauf, genau zuzuhören und zu spiegeln (siehe Abschnitt 2, Aktives Zuhören). Wir möchten hier noch einmal auf unser Beispiel der Ernährungsberatung zurückkommen. Statt zu sagen: „Wie Sie wissen, ist eine Gewichtsabnahme für Sie die einzige Möglichkeit mit ihrer Zuckererkrankung besser zurecht zu kommen“ oder „Wie Sie wissen, müssen Sie für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme ein kalorisches Defizit haben“ ist es hilfreich, die Klientin selbst reflektieren zu lassen, was für Sie in ihrer persönlichen Situation hilfreich wäre. Beispielsweise: „Sie haben eben angesprochen, dass es nicht schlecht wäre, etwas für Ihre Gesundheit zu tun. Was wären das denn für Dinge, die Sie sich vorstellen könnten, zu tun?“. Vielleicht antwortet die Person dann mit: „Naja, ich könnte vielleicht überlegen, wo ich einige Kalorien am Tag sparen könnte.“ Häufig stehen Klientinnen einer Verhaltensänderung ambivalent gegenüber.

Hier kann es hilfreich sein, die Veränderungsmotive genau zu erkunden sowie die Ambivalenz und Ziele gemeinsam zu explorieren. Beispielsweise: „Das ist ja ein interessanter Gedanke. Was spräche denn alles dafür, dass Sie das tatsächlich machen würden bzw. was würde Sie denn davon abhalten?“ Dieser Gesprächsansatz, den man auch

„Change-Talk“ nennt, lässt sich auf viele andere Situationen übertragen. Mithilfe dieses Modells kann die Klientin in ihrer Verhaltensänderung unterstützt

und motiviert werden. Wichtig ist, auf jegliches Argumentieren zu verzichten und das Gespräch auf Augenhöhe zu führen.

## Umsetzung in der Szene

In vielen von Demenz betroffenen Familien ist das Hinzuziehen eines Pflegedienstes ein oft diskutiertes Thema. In unseren Interviews mit der ersten Kohorte von DCM stellte sich heraus, dass es viele pflegende Angehörige als Niederlage betrachten, externe Hilfe anzunehmen. In den Gesprächen zwischen den DCM und den Angehörigen wird daher viel Zeit darauf verwendet, die Notwendigkeit eines Pflegedienstes zu erläutern. Hier kann das TTM eine Hilfestellung sein. In unserem Lehrfilm bemerkt die DCM Frau Meyers Ambivalenz zu diesem Thema: „Ach, ich weiß nicht...“ (1, 6:50). Im TTM befindet sich Frau Meyer auf der Stufe der Preparation, also der Absichtsbildung. Sie möchte prinzipiell gerne etwas verändern, aber weiß noch nicht wie. Die DCM bedient sich daraufhin der Technik

des Change-Talks. Mit Hilfe der Frage „Wenn Sie jetzt mal ganz spontan überlegen, was spräche denn dafür, dass ein Pflegedienst mithelfen würde... und was spräche dagegen“ (1, 6:52) bringt sie Frau Meyer dazu, sich mit der Problematik aktiv auseinanderzusetzen. Nach Aufzählung der Vorteile (körperliche Entlastung, für die Nacht fertig machen) und Nachteile (fremde Leute im Haus, wenig Zeit, keine gute Versorgung) bemerkt Frau Meyer selbst, dass die Vorteile überwiegen. Trifft sie nun die Entscheidung für einen Pflegedienst, ist dies ihre ganz eigene Entscheidung. Für die Zufriedenheit und Nachhaltigkeit einer Entscheidung ist dies sehr wichtig. Durch die Einordnung in die Stufe der Absichtsbildung wissen wir aber, dass es durchaus möglich ist, dass Frau Meyer bis zu unserem nächsten Besuch noch nicht bei einem Pflegedienst angerufen hat.

## Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen sind sensibilisiert für die Ambivalenz der pflegenden Angehörigen.
- Die Teilnehmerinnen erfahren, dass es in der Zusammenarbeit mit Klientinnen häufig hilfreich ist, Raum für Entscheidungen zu lassen und unnötigen Druck zu vermeiden.
- Die Teilnehmerinnen erkennen einzelne Aspekte des Transtheoretischen Modells in den Filmen wieder.
- Die Teilnehmerinnen haben etwas über das Prinzip des Motivational Interviewing gehört und können Elemente dazu im aufgezeichneten Gespräch wiedererkennen.

## Mögliche Diskussionsfragen

- Wie verhalten Sie sich, wenn Ihre Vorschläge von den Klientinnen nicht angenommen werden?
- Welche Situationen fallen Ihnen noch ein, in denen das Transtheoretische Modell hilfreich wäre?
- Diskutieren Sie die Vor- und Nachteile, die sich aus dem Motivational Interviewing aus Ihrer Sicht ergeben!

## Quervernetzung mit bestehender Literatur

Hoyer J., Heidenreich T., Fecht J.: Stadien der Veränderung in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie, Verhaltenstherapie 2003; 13:31-38, Karger GmbH, Freiburg.

Miller W. R., Rollnick S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2015. ISBN 378412545X.

# XI. HERAUSFORDERUNGEN IN DER INTRA- & INTERPROFESSIONELLEN KOMMUNIKATION

## Modelle/Inhalte

Als professionell im Gesundheitswesen Tätige sind wir nicht selten äußeren Zwängen ausgesetzt. Gerade Mitarbeiterinnen in der ambulanten Versorgung fühlen sich mit ihren Problemen und Sorgen oft allein gelassen. Hinzu kommt das Gefühl mangelnder Wertschätzung und das Empfinden, für die wichtigen Dinge im beruflichen Alltag kaum mehr Zeit zu haben. Erschwerend wirken zudem die zum Teil unklar definierten oder sich überschneidenden Arbeitseinteilungen einzelner Berufsgruppen. Dies führt nicht selten dazu, dass man sich als „Konkurrentinnen“ wahrnimmt, statt als multiprofessionelles Team zusammen zu arbeiten. Zusätzlich ist unser Gesundheitssystem durch eine hierarchische Struktur geprägt. Informationen werden dabei nicht immer geteilt und jede Berufsgruppe „kämpft“ oftmals für sich allein. Aber gerade die Betreuung von Menschen mit Demenz erfordert ein multiprofessionelles Miteinander.

Um dieses multiprofessionelle Miteinander als Team zu bewältigen, ist es wichtig, die Situationen zu erkennen, in denen wir häufig aneinander vorbeireden. Denn mangelnde multiprofessionelle Zusammenarbeit führt zu

Versorgungsdefiziten und damit zu einer Gefährdung von Klientinnen. Hinzu kommt: Früher oder später führen Konflikte zu Demotivation, gereiztem Verhalten, Blockaden und Widerstand. All dies kann vermieden werden, wenn Anliegen und Wünsche offen und direkt kommuniziert werden. Um beides, die intraprofessionelle Kommunikation (also die Kommunikation innerhalb einer Berufsgruppe) und die interprofessionelle Kommunikation (also die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen) zu verbessern, zeigen wir Ihnen an dieser Stelle einige geeignete Kommunikationstechniken.

## **ICH-BOTSCHAFTEN**

Der Einsatz von Ich-Botschaften fördert eine konstruktive und partnerschaftliche Beziehung, die für eine gute Zusammenarbeit essenziell ist. Eine Ich-Botschaft besteht aus 3 Elementen:

- (1)** Die auslösende Situation wird aus der eigenen Perspektive beschrieben, ohne sie zu bewerten.
- (2)** Die Wirkung des Verhaltens wird beschrieben, um auszudrücken, dass nachfolgende Gefühle nicht durch das Verhalten selbst ausgelöst werden, sondern durch deren Wirkung.
- (3)** Gefühle sollten erkannt und kommuniziert werden.

Häufig verwenden wir jedoch direkte

und indirekte Du-Botschaften, die eine Eskalation durch einen persönlichen Angriff oder eine Verurteilung beschleunigen können. Anstatt „Du bist...“ lieber „Ich habe das Gefühl...“.

## **GEWALTFREIE KOMMUNIKATION NACH ROSENBERG**

Laut dem US-amerikanischen Psychologen Marshall B. Rosenberg ist eine empathische und vorurteilsfreie Beziehung die Grundvoraussetzung einer gelungenen Kommunikation. Davon ausgehend entwickelte Rosenberg 1990 die Methode der „gewaltfreien Kommunikation“, um durch das Identifizieren und Benennen von Wünschen, Bedürfnissen und Anliegen zu einer positiven Konfliktlösung beizutragen. Dies führt zu einer besseren Verständigung der einzelnen Konfliktparteien. Die gewaltfreie Kommunikation vermittelt im Gespräch sowohl Empathie, als auch Authentizität und wird in vier Schritte eingeteilt:

- (1)** Beobachten statt bewerten,
- (2)** Gefühle wahrnehmen und benennen,
- (3)** Bedürfnisse ernst- und wahrnehmen,
- (4)** eine erfüllbare Bitte äußern.

Destruktive Sprache (kritisieren, beschimpfen, analysieren) sollte vermieden werden. Ein Beispiel für die gewaltfreie Kommunikation lautet: „Wenn ich sehe, dass du meine Anrufe meidest, fühle ich mich traurig, weil ich das Bedürfnis nach Wertschätzung habe. Deshalb bitte ich dich, meine Anrufe wahrzunehmen. Wäre das für dich in Ordnung?“ Das Beispiel zeigt auch, dass geäußerte Kritik immer wertschätzend sein sollte.

## **UMGANG MIT KILLERPHRASEN**

Mit dem Wort „Killerphrasen“ sind Scheinargumente, die die Gesprächspartnerin herabsetzen, verunsichern und bloßstellen sollen, gemeint. Vermutlich ist jede von uns schon einmal mit ihnen konfrontiert worden. Typische Killerphrasen sind beispielsweise: „Das haben wir schon immer so gemacht“, „Das geht nie“, „Ich bin dafür nicht zuständig“, „Das können Sie nicht wissen!“ Killerphrasen sind leider ein beliebtes Mittel, um soziale Dominanz bei sachlicher Unterlegenheit herauszustellen. Auch die Angst vor Veränderungen oder die Demonstration von Autorität und Macht können ursächlich für diese Aussagen sein. Eine Killerphrase sollte als solche unbedingt thematisiert und umgehend auf sie reagiert werden. Andernfalls werden Killerphrasen meist energischer und wiederholt eingesetzt. Es kann also hilfreich sein, auf derartige „Totschlagargumente“ vorbereitet zu sein und mögliche Musterformulierungen im Gedächtnis zu haben (siehe Abschnitt 7, Musterformulierungen und Satzbau- steine).

Eine Möglichkeit auf Killerphrasen zu reagieren, ist die Zurückführung der Antwort auf die Sachebene. Mittels Rückfrage kann um eine sachliche Präzisierung gebeten werden. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass das Gegenüber zu viel Redezeit bekommt. Auf die Aussage „Das haben wir schon immer so gemacht“ kann beispielsweise wie folgt geantwortet werden: „Welche Probleme erwarten Sie konkret?“ (Rückfrage), „Was wäre aus Ihrer Sicht

die richtige Vorgehensweise?“ (Rückfrage), „Na, dann wird es aber Zeit, dass sich das mal ändert!“ (Gegenangriff, hier auf den Tonfall achten), „Bisher hat das ja auch ausgereicht, doch die derzeitigen Veränderungen stellen andere Ansprüche an uns. Deshalb müssen wir unser bisheriges Verhalten neu überdenken.“ (Überzeugen).

### **HAIFA-METHODE**

In einer akuten Konfliktsituation kann es hilfreich sein, sich an bestimmte Musterformulierungen zu erinnern. Häufig wird hier die HAIFA-Methode empfohlen, um eine Eskalation zu vermeiden. Woher genau dieses Akronym stammt ist unklar. Dieser Ansatz ist jedoch mittlerweile etabliert:

**H**alt – Hole erst einmal tief Luft!

**A**nerkennung zeigen! – Signalisieren, dass die Gefühle der Konfliktpartnerin anerkannt und wertgeschätzt werden, ohne dass ihr dabei Recht gegeben werden muss.

**I**nteresse benennen! – Nachfragen, ob das Gesagte richtig verstanden worden ist. Signalisieren, dass eine gemeinsame Lösung gefunden werden soll.

**F**ehler eingestehen! – Der Fokus bei der Fehlerbenennung sollte explizit die Anteile beider Konfliktparteien einbeziehen.

**A**ngebote zur Konfliktklärung machen!

### **METAKOMMUNIKATION**

Nicht zu vernachlässigen ist der nonverbale Anteil in der Kommunikation. Dieser überwiegt in der Bewertung der Kommunikation und ist daher im Beziehungsprozess noch wichtiger als das Gespräch selbst. Widersprechen sich Körpersprache und das gesagte Wort, so sind Konflikte vorprogrammiert. Ein derartiges Verhalten bezeichnete der Philosoph und Psychotherapeut Paul Watzlawick als paradoxe Kommunikation. Sich der nonverbalen Kommunikation bewusst zu werden und diese anzusprechen, wird als Metakommunikation (also die Kommunikation über Kommunikation) bezeichnet. Es ist daher grundsätzlich wichtig, mittels Rückfragen zu erfassen, ob die Gesprächspartnerin richtig verstanden wurde.

## Umsetzung in der Szene

Im dritten Lehrfilm trifft die DCM auf die Mitarbeiterin des Pflegedienstes der Familie Meyer. Es entsteht ein Gespräch zwischen „Tür und Angel“. Aus den Interviews mit der ersten Kohorte der DCM erfuhren wir von der Schwierigkeit, den Beruf der DCM anderen Fachprofessionen einfach zu erklären. Wir wollten daher eine Situation darstellen, in der dieses Problem thematisiert wird. Auf die Frage von Schwester Karin „Dementia Care Managerin... und was soll ich mir da drunter vorstellen...?“ (3, 0:15), wirkt die Antwort unserer DCM spontan. Tatsächlich spult sie aber eine Musterformulierung ab. „Dementia Care Managerin bedeutet, dass ich von Demenz betroffene Familien begleite. Ich bin Ansprechpartnerin und Vertrauensperson für die Betroffenen, natürlich auch für die Angehörigen und ich unterstütze die Familien. Ich helfe ihnen auch, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden...“ (3, 0:17). Die DCM weiß, dass bestimmte Formulierungen gut funktionieren und nutzt dies für sich. Zum Zeitpunkt der Entwicklung der Filme war die genaue Berufsbezeichnung der DCM noch unklar.

Wir haben uns dennoch bewusst dazu entschieden, dass unsere DCM das Wort „Dementia Care Managerin“ benutzt. Hier gibt es beabsichtigt Raum, um die eigene Identität zum Beruf zu reflektieren und im Team zu diskutieren. Die Dialoge zeigen hier noch einmal den Unterschied zwischen einem interprofessionellen Gespräch und einem Gespräch mit einer Klientin. Die DCM geht ganz bewusst nicht auf die Unzufriedenheit von Schwester Karin ein und gibt dem Ärger somit keinen Raum. Im Sinne der HAIFA-Methode zeigt die DCM zunächst Anerkennung und Interesse: „Na klar, dass kann ich gut verstehen.“ (3, 0:50). Dann macht sie ein konkretes Angebot: „Wann würde es Ihnen denn mal passen? Nächste Woche oder übernächste Woche vielleicht? Ich kann auch gerne bei Ihnen vorbei kommen.“(3, 0:50). Die DCM lenkt damit das Gespräch in eine lösungsorientierte Richtung, ohne viel Raum für Diskussionen zu ermöglichen. Einige der oben genannten Methoden wurden in der kurzen Filmsequenz nicht explizit dargestellt, tauchen aber in dem Kurzlehrbuch auf, da sie auch für eine gute interprofessionelle Kommunikation hilfreich sein können.

## Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen machen sich darüber Gedanken, wie sie ihre/n Tätigkeit/Beruf in unterschiedlichen Kontexten bezeichnen.
- Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit kennen, ihr Aufgaben-gebiet im inter- und intraprofessionellen Kontext zu erklären.
- Die Teilnehmerinnen erfahren, dass „systembedingt“ häufig wenig Raum für inter- und intraprofessionellen Austausch vorgesehen ist.
- Die Teilnehmerinnen kennen ausgewählte Grundlagen der inter- und intraprofessionellen Kommunikation (z. B. Killerphrasen, HAIFA Methode, Metakommunikation) und können Teilaspekte im aufgezeichneten Gespräch wiedererkennen.
- Die Teilnehmerinnen haben von unterschiedlichen Herangehensweisen bezüglich der Kommunikation mit einer Klientin und im Hinblick auf die inter- und intraprofessionellen Kommunikation gehört.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Aggression der Krankenschwester ignoriert und stattdessen versucht, Interesse zu zeigen und eine Beziehung herzustellen.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein konkretes Angebot für inter- und intraprofessionellen Austausch anbietet und dabei auf die Belange der Krankenschwester eingeht.

## Mögliche Diskussionsfragen

- Wie benennen Sie Ihren Beruf? Diskutieren Sie Ihre Ideen mit der Gruppe!
- Was würden Sie auf die Frage nach Ihrer Tätigkeit antworten?

## **Quervernetzung mit bestehender Literatur**

**Baller G., Schaller B.:** Kommunikation im Krankenhaus, Springer-Verlag, 2017, Heidelberg, ISBN 9783642553257.

**Forster A.:** Visite – Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team, Springer-Verlag, 2017, Wilhelmsfeld, ISBN 9783662536988.

**Jünger J.:** Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

**Tewes R.:** „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen, 2. Auflage, Springer-Verlag, 2010, 2015, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662466438.

**Wehner L.:** Dicke Luft – Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer-Verlag, 2012, Wien, ISBN 978364249280.

# LITERATUR

**Baller G.:** Kommunikation im Krankenhaus: Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2016, ISBN 9783642553257.

**Baller G., Schaller B.:** Kommunikation im Krankenhaus, Springer-Verlag, 2017, Heidelberg, ISBN 9783642553257.

**Banovix S., Junuzovic L., Sinanovic O.:** Communication Difficulties as a Result of Dementia, Mater Sociomed, 221-224, 30.10.2018.

**Bär T.:** Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis, Dissertation Charité Berlin, 2009, <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/5268>.

**Bechmann S.:** Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.

**Bucka-Lassen E.:** Das schwere Gespräch, Deutscher Ärzteverlag, 22.06.2011.

**Bundesministerium für Gesundheit:** Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, August 2006, Witten.

**Ellis M., Astell A.:** Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen – Wie man ohne Sprache kommunizieren kann, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859354.

**Forster A.:** Visite – Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team, Springer-Verlag, 2017, Wilhelmsfeld, ISBN 9783662536988.

**Greenhalgh T., Hurwitz B.:** Narrative Based Medicine – Dialogue and discourse in clinical practice, John Wiley & Sons, 1998, ISBN 0727912232

**Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J.:** Kommunikation bei Demenz, 2. Auflage, Springer Verlag, 2011, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662480250.

**Hinrichs M., Herbig N., Neufang A.:** Kommunikation bei Demenz, Arbeitshilfe Bessere Kommunikation #8, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., 1. Auflage, 12.7.2020.

**Höck J., Altiner A., Drewelow E., Wollny A.:** Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik im Medizinstudium, Med Welt, 68:109-113, 2017.

**Hoyer J., Heidenreich T., Fecht J.:** Stadien der Veränderung in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie, Verhaltenstherapie 2003; 13:31-38, Karger GmbH, Freiburg.

<https://kateswaffer.com/2013/01/22/talking-dementia-and-humiliation/> (letzter Zugriff 12.05.2021)

**James I. A., Gibbons L.:** Communication Skills for Effective Dementia Care, Jessica Kingsley Publishers, 2019, London, ISBN 9781785926235.

**Jünger J.:** Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

**Kitwood T.:** Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 8. Auflage, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456860046.

**Miller G. E.:** Die Bewertung der klinischen Fähigkeiten / Kompetenzen / Leistungen. *Academic Medicine*, 65 (9), S63-7, 1990.

**Miller W. R., Rollnick S.:** Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2015.

**Neighbour R.:** *The Inner Consultation*, 2. Neuauflage, Taylor & Francis Ltd., 22.10.2015, London, ISBN 1857756797.

**Rahmen S., Howard R.:** Demenz kompakt, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859347.

**Ripich D.N., Ziol E., Fritsch T.:** Training Alzheimer's disease caregivers for successful communication. *Clinical Gerontologist* Vol. 21: 37-56, 1999.

**Rockenbauch K., Decker O., Stöbel-Richter Y.:** Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis, Pabst Science Publishers, 2006, ISBN 3899673301.

**Specht-Tomann M., Tropper D.:** Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag, Springer Verlag, 2000, Berlin, Heidelberg, ISBN 978350668480.

**Tewes R.:** „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen, 2. Auflage, Springer-Verlag, 2010, 2015, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662466438.

**Weber M., Müller M., Ewald H.:** Kommunikation in der Palliativmedizin, *Der Onkologe* 11, 384-391, 04/2005.

**Wehner L.:** Dicke Luft – Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer Verlag, Berlin, 2012, ISBN 9783642249280.

**Wehner L.:** Dicke Luft – Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer-Verlag, 2012, Wien, ISBN 978364249280.

**Wilm S., Knauf A., Peters T., Bahrs O.:** Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?, *Z Allg. Med* 2004, 80: 53-57, Georg Thieme Verlag Stuttgart.



Gesellschaft für  
patientenzentrierte  
Kommunikation

## Aufklärungsbogen für die InDePendent-Studie

### - Häufig gestellte Fragen -

#### **Warum eine Teilnahme an der InDePendent-Studie für Sie von Nutzen ist?**

Das InDePendent-Projekt hat das Ziel, die **Lebens- und Versorgungssituation** von Menschen mit einer Demenzerkrankung **zu verbessern**. Im Projekt werden Sie von einer speziellen Pflegefachkraft betreut. Sie erhalten Unterstützung, um Ihren Alltag gut bewältigen zu können. Die Pflegefachkraft unterstützt Sie beispielsweise bei der Beantragung von Pflegeleistungen, Hilfsmitteln oder bei Terminabsprachen. Mit Ihrer Beteiligung an der InDePendent-Studie leisten Sie außerdem einen wesentlichen Beitrag für die Forschung.

#### **Ist die Teilnahme an der Studie freiwillig?**

**Ja**, die Teilnahme an der InDePendent-Studie **ist freiwillig**. Mit der Teilnahme an der InDePendent-Studie gehen Sie **keinerlei Verpflichtungen** ein.

#### **Kann ich im Studienverlauf meine Einwilligung widerrufen?**

**Ja**, Ihre Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem DZNE widerrufen werden. Es entstehen Ihnen **keine Nachteile**.

#### **Entstehen Ihnen durch die Teilnahme an der Studie Kosten?**

**Nein**, durch die Teilnahme an der InDePendent-Studie entstehen Ihnen zudem **keine Kosten während** oder **nach Abschluss der Studie**.

#### **Müssen Sie an einem Interview teilnehmen?**

Im Projektverlauf werden neben den Hausbesuchen der Pflegefachpersonen mit einigen wenigen Studienteilnehmenden Interviews mit dem Studienpersonal durchgeführt. Die Teilnahme an einem Interview **ist Ihnen freigestellt** und daher **nicht verpflichtend**.

#### **Haben Sie weitere Fragen zum Studienablauf?**

Sollten Sie Fragen zur InDePendent-Studie haben und ein **persönliches Gespräch** zur Aufklärung wünschen, können Sie sich jederzeit gerne telefonisch an uns wenden (siehe nächste Seite). In einem gemeinsamen Gespräch nehmen wir uns Zeit für Ihre Fragen. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

**Ansprechpartner:**

**DZNE - Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen**

Dr. Bernhard Michalowsky, Anika Rädke

Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald

E-Mail: [bernhard.michalowsky@dzne.de](mailto:bernhard.michalowsky@dzne.de)

Tel.: 03834 /86 8530

## Studienablauf für teilnehmende Haus- und Fachärzte des InDePendent Projektes – INTERVENTIONSGRUPPE –

ABLAUF	DETAILLIERTE BESCHREIBUNG
<b>Identifikation der Patienten in der Arztpraxis ab 01.07.2021</b>	<p><b>Studienstart:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In der Interventionsgruppe beginnt die Studie am 01.07.2021</li></ul> <p><b>Einschlusskriterien Probanden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Patienten im Alter von 70 Jahre und älter, zuhause lebend bzw. im betreuten Wohnen (<u>nicht</u> im Pflegeheim lebend)</li><li>- Patient mit bestehender Demenz (F00.0, F00.1, F01.1, F00.2, F02.0, F03) oder Verdacht auf Demenz (DemTect &lt;9)</li></ul> <p><b>Einschlusskriterien Angehörige:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hauptversorgungsperson des Demenzpatienten</li><li>- in regelmäßigen Kontakt (mind. dreimal die Woche) mit dem Menschen mit Demenz</li></ul> <p> <b>Hinweis:</b> In der primärärztlichen Versorgung werden lediglich 40-50% der Menschen mit Demenz erkannt bzw. formal diagnostiziert. Wir empfehlen daher bei Patienten im Alter von 70 Jahren und älter ein Screening mit Hilfe des DemTect durchzuführen. Bei einem Verdacht auf eine Demenz (DemTect &lt;9) kann der Patient ebenfalls eingeschlossen werden. Nutzen Sie hierfür bitte den Ihnen zugesandten DemTect Fragebogen. Bei Patienten mit einem Angehörigen als Hauptversorgungsperson kann der Angehörige ebenfalls in die Studie eingeschlossen werden.</p>
<b>Patienteninformation und Einwilligung</b>	<p><b>Patienteneinschluss:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Geeignete Patienten (und deren Angehörige) müssen über die InDePendent Studie aufgeklärt werden. Nutzen Sie hierfür bitte die Ihnen zugesandten Teilnehmerinformation für Probanden (und Angehörige).</li><li>- Der Einschluss der Patienten (und deren Angehörige) erfolgt durch Einholung der Einwilligungserklärungen. Nutzen Sie hierfür die Ihnen zur Verfügung gestellten Dokumente. Die <u>Aufklärung und der Einschluss der Angehörigen</u> kann auch durch unser Studienpersonal erfolgen.</li></ul> <p> <b>Hinweis:</b> Patienten, die bei der AOK Nordost oder der TK versichert sind, müssen ebenfalls der Sekundärdatennutzung einwilligen. Nutzen Sie hierfür die Ihnen zur Verfügung gestellten Dokumente.</p>
<b>Übergabe der Patientendaten an die Dementia Care Manager</b>	<p><b>Übergabe der Patientendaten:</b> Bitten setzen Sie die Dementia Care Manager oder unser Studienpersonal über den Einschluss eines neuen Patienten in Kenntnis. Wir werden folgende Dokumente bei Ihnen in der Praxis abholen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Einwilligungserklärungen (Studie &amp; evtl. Sekundärdaten)</li><li>- Kontaktdaten des Patienten</li><li>- Aktuell vorhandene ICD-10 Diagnosen</li></ul>
<b>Intervention: Dementia Care Management</b>	<p><b>Intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Direkt nach Einschluss des Patienten erhält dieser die Intervention (Dementia Care Management mit erweiterten Aufgaben) für 6 Monate.</li><li>- Im ersten Monat erfolgt ein persönliches Treffen zwischen Ihnen und dem/der Dementia Care Manager/in, welche/r Ihnen sämtliche in der Häuslichkeit identifizierte Versorgungsbedarfe vorlegt und mit Ihnen die Maßnahmen zur Deckung dieser Bedarfe bespricht.</li><li>- <b>Optional:</b> Telefonischer oder persönlicher Kontakt im 3. und 6. Monat.</li><li>- Am Ende der Intervention (nach 6 Monaten) erhalten Sie einen abschließenden Hausarztbrief mit weiteren Informationen und Empfehlungen</li></ul>

Bei Fragen können Sie sich jederzeit bei unserem Studienpersonal melden!

[independent@dzne.de](mailto:independent@dzne.de) Tel: +49 3834 868535

# Studienablauf für teilnehmende Haus- und Fachärzte des InDePendent Projektes – WARTE-KONTROLL-GRUPPE –

ABLAUF	DETAILLIERTE BESCHREIBUNG
<b>Identifikation der Patienten in der Arztpraxis ab 01.01.2021</b>	<p><b>Studienstart:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In der Warte-Kontroll-Gruppe beginnt die Studie am 01.01.2021</li> </ul> <p><b>Einschlusskriterien Probanden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten im Alter von 70 Jahre und älter, zuhause lebend bzw. im betreuten Wohnen (<u>nicht</u> im Pflegeheim lebend)</li> <li>- Patient mit bestehender Demenz (F00.0, F00.1, F01.1, F00.2, F02.0, F03) oder Verdacht auf Demenz (DemTect Ergebnis &lt;9)</li> </ul> <p><b>Einschlusskriterien Angehörige:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hauptversorgungsperson des Demenzpatienten</li> <li>- in regelmäßigen Kontakt (mind. dreimal die Woche) mit dem Menschen mit Demenz</li> </ul> <p> <b>Hinweis:</b> In der primärärztlichen Versorgung werden lediglich 40-50% der Menschen mit Demenz erkannt bzw. formal diagnostiziert. Wir empfehlen daher bei Patienten im Alter von 70 Jahren und älter ein Screening mit Hilfe des DemTect durchzuführen. Bei einem Verdacht auf eine Demenz (DemTect &lt;9) kann der Patient ebenfalls eingeschlossen werden. Nutzen Sie hierfür bitte den Ihnen zugesandten DemTect Fragebogen. Bei Patienten mit einem Angehörigen als Hauptversorgungsperson kann der Angehörige ebenfalls in die Studie miteingeschlossen werden.</p>
<b>Patienteninformation und Einwilligung</b>	<p><b>Patienteneinschluss:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geeignete Patienten (und deren Angehörige) müssen über die InDePendent Studie aufgeklärt werden. Nutzen Sie hierfür bitte die Ihnen zugesandten Teilnehmerinformation für Probanden (und Angehörige).</li> <li>- Der Einschluss der Patienten (und deren Angehörige) erfolgt durch Einholung der Einwilligungserklärungen. Nutzen Sie hierfür die Ihnen zur Verfügung gestellten Dokumente. Die <u>Aufklärung und der Einschluss der Angehörigen</u> kann auch durch unser Studienpersonal erfolgen.</li> </ul> <p> <b>Hinweis:</b> Patienten, die bei der AOK Nordost oder der TK versichert sind, müssen ebenfalls der Sekundärdatennutzung einwilligen. Nutzen Sie hierfür die Ihnen zur Verfügung gestellten Dokumente.</p>
<b>Übergabe der Patientendaten an das Studienpersonal</b>	<p><b>Übergabe der Patientendaten:</b> Bitten setzen Sie das Studienpersonal über den Einschluss eines neuen Patienten in Kenntnis. Wir werden folgende Dokumente bei Ihnen in der Praxis abholen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einwilligungserklärungen (Studie &amp; evtl. Sekundärdaten)</li> <li>- Kontaktdaten des Patienten</li> <li>- Aktuell vorhandene ICD-10 Diagnosen</li> </ul>
<b>Wartezeit &amp; Intervention</b>	<p><b>Wartezeit &amp; Intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direkt nach Einschluss des Patienten erhält dieser ein Baseline-Assessment, welches vom Studienpersonal in der Häuslichkeit durchgeführt wird. 6 Monate später erfolgt ein Follow-Up-Assessment. Im Anschluss erfolgt die Intervention (Dementia Care Management mit erweiterten Aufgaben) für weitere 6 Monate.</li> <li>- Im ersten Monat der Intervention erfolgt ein persönliches Treffen zwischen Ihnen und dem/der Dementia Care Manager/in, welche/r Ihnen sämtliche in der Häuslichkeit identifizierte Versorgungsbedarfe vorlegt und mit Ihnen die Maßnahmen zur Deckung dieser Bedarfe bespricht.</li> <li>- <b>Optional:</b> Telefonischer oder persönlicher Kontakt im 3. und 6. Monat der Intervention.</li> <li>- Am Ende der Intervention (nach 6 Monaten) erhalten Sie einen abschließenden Hausarztbrief mit weiteren Informationen und Empfehlungen.</li> </ul>

**Bei Fragen können Sie sich jederzeit bei unserem Studienpersonal melden!**  
[independent@dzne.de](mailto:independent@dzne.de) Tel: +49 3834 868535

## Anlage 6: EAP (Erweitertes Assessment)

## EAP (Proband)

Startzeit (dd.MM.yyyy HH:mm:ss)

*eap\_start***Wohnsituation**

Hinweis an die PFP: Schätzen Sie ein, ob der Patient sich in seinem Wohnumfeld zurecht findet, ob die Wohnsituation angemessen erscheint. (Ist der Boden stark verunreinigt, Müll stapelt sich, Wäscheberge türmen sich)

Wirkt das Wohnumfeld so, als wäre der Patient mit der Situation überfordert?

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_wohn\_ungepfl*

Frage an die PFP: Schätzen Sie die Barrierefreiheit der Wohnung ein, kann sich ein Mensch mit Gehbehinderungen frei und gut bewegen? Kommt man mit einem Rollstuhl (wenn der Proband einen Rollstuhl besitzt durch die Türen?)

Ist die Wohnung barrierefrei?

- nein 0**  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**

*eap\_1\_barrfr*

Hinweis an die PFP: Schätzen Sie die Barrierefreiheit des Bades ein. (ebenerdige Dusche bei Gehbeeinträchtigung, Platz für eine zweite Person? Pflegehilfsmittel (Handgriffe, Toilettensitzerhöhung ...)?

Ist das Bad barrierefrei?

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_bad*

Frage an die PFP: Welche der aufgezählten Hilfsmittel sind im Bad vorhanden?

Toilettensitzerhöhung

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_bad\_hm1*

Handgriff

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_bad\_hm2*

Duschstuhl

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_bad\_hm3*

Duschhocker

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_bad\_hm4*

ebenerdige Dusche

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_bad\_hm5*

rutschfeste Matte

- nein 0**  
 **ja 1**

*eap\_1\_bad\_hm6*

andere Hilfsmittel fürs Bad:

*eap\_1\_bad\_hm7*

Haben Sie einen Notrufknopf?

- nein 0**  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

*eap\_1\_notruf***Haushaltsführung**

Erhalten Sie Hilfe bei der Haushaltsführung?

- nein 0**  
 **ja 1**  
 **teilweise 2**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

*eap\_2\_haushalt\_fuehrg*

Können Sie selbständig Anrufe tätigen?

- nein 0**  
 **ja 1**  
 **manchmal 2**

*eap\_2\_anruf*

- Können Sie problemlos einkaufen?
- weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
  - nein **0** *eap\_2\_einkauf*
  - ja **1**
  - teilweise **2**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Kümmert sich jemand um Ihre Einkäufe?
- nein **0** *eap\_2\_einkauf\_hilfe*
  - ja, immer **1**
  - ja ,manchmal **3**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Erhalten Sie Hilfe bei der Bedienung von Haushaltsgeräten (Heizung, Waschmaschine, Herd, Staubsauger)?
- nein **0** *eap\_2\_geraet\_hilfe*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Wünschen Sie sich Hilfe beim Umgang mit Haushaltsgeräten? (Heizung, Waschmaschine, Herd, Staubsauger)?
- nein **0** *eap\_2\_geraet\_hilfe\_wun*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Erhalten Sie Hilfe bei der Essenszubereitung oder übernimmt jemand die Essenszubereitung für Sie?
- nein **0** *eap\_2\_essen\_zubtg*
  - ja, ich erhalte Hilfe bei der Zubereitung **1**
  - ja, jemand übernimmt für mich die Essenszubereitung **2**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Möchten Sie weiterhin sich selber Essen zubereiten?
- nein **0** *eap\_2\_essen\_zubtg\_selbst*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Ernährung**
- Erhalten Sie Hilfe beim Essen?
- nein **0** *eap\_3\_essen\_hilfe*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Haben Sie in den letzten 3 Monaten deutlich an Gewicht verloren (mind. 5 kg)?
- nein **0** *eap\_3\_gewicht\_abn*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Haben Sie Probleme mit dem Kauen?
- nein **0** *eap\_3\_kauen*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Haben Sie Probleme mit dem Schlucken?
- nein **0** *eap\_3\_schluck*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**

Erhalten Sie Sondenkost?

**nein 0** *eap\_3\_sonde*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Wer übernimmt die Versorgung der Sonde?

**Patient selbst 1** *eap\_3\_sonde\_wer*

**Angehörige 2**

**Ambulanter Pflegedienst 3**

**Sondenschwester involviert 4**

**andere 5**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Wie viele heiße und kalte Getränke nehmen Sie täglich zu sich? (ml)

*eap\_3\_trink\_menge*

Missing für Trinkmenge:

**weiß nicht 88** *eap\_3\_trink\_menge\_miss*

**Antwortverweigerung 99**

#### Körperpflege

Benötigen Sie zusätzliche Unterstützung bei **einer** der folgenden Tätigkeiten? Morgentoilette, Duschen/Wannenbad, Haarewaschen/Rasieren, Zaehneputzen/Pflege der Zahnprothese, Nagelpflege

zusätzliche Unterstützung wird benötigt

**nein 0** *eap\_4\_pflege\_hilfe*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

und zwar bei folgenden Tätigkeiten:

bei der Morgentoilette

**nein 0** *eap\_4\_waschen\_morgentoi*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

beim Duschen/Wannenbad

**nein 0** *eap\_4\_waschen\_duschen*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

beim Haarewaschen/Rasieren

**nein 0** *eap\_4\_waschen\_haare*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

beim Zaehneputzen

**nein 0** *eap\_4\_waschen\_zahne*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

bei der Pflege der Zahnprothese

**nein 0** *eap\_4\_waschen\_proth*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

bei der Nagelpflege

**nein 0** *eap\_4\_waschen\_nagel*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Benötigen Sie zusätzliche Unterstützung beim Anziehen von Kleidungsstücken? Schuhe binden, Strümpfe anziehen, Knöpfe schließen  
zusätzliche Unterstützung beim Ankleiden benötigt

- nein 0** *eap\_4\_ankleid\_schwrg*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Frage an PFP:

Hat der Patient ersichtliche Probleme bei der Auswahl der Situation entsprechender Kleidung?

- nein 0** *eap\_4\_ankleid\_auswahl*  
 **ja 1**

#### Betreuung und Pflege einer anderen Person

Pflegen Sie einen Angehörigen?

- nein 0** *eap\_5\_pfl\_ang*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

#### Geistige, soziale und körperliche Aktivität

Diese Tätigkeiten sind hier gemeint: Stricken, Häkeln, Nähen, Kochen, Backen, Sticken, Basteln, Malen, sich um Tiere kümmern

Wie oft gehen Sie einer der genannten Freizeitaktivitäten nach?

- nie 0** *eap\_6\_fizeit\_wbl*  
 **täglich 1**  
 **wöchentlich 2**  
 **monatlich 3**  
 **vierteljährlich 4**  
 **jährlich 5**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Freizeitaktivitäten hier: Tischlern, Handwerken, Schrauben (am Auto oder anderem), Basteln, Skat spielen, Sport gucken, Backen, Kochen, Malen, sich um Tiere kümmern

Wie oft gehen Sie einer der genannten Freizeitaktivitäten nach?

- nie 0** *eap\_6\_fizeit\_mnl*  
 **täglich 1**  
 **wöchentlich 2**  
 **monatlich 3**  
 **vierteljährlich 4**  
 **jährlich 5**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Wie oft gehen sie einer aktiven Freizeitbeschäftigung nach, die ihr Gedächtnis trainiert?

- nie 0** *eap\_6\_fizeit\_kog*  
 **täglich 1**  
 **wöchentlich 2**  
 **monatlich 3**  
 **vierteljährlich 4**  
 **jährlich 5**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Freizeitbeschäftigungen: Seniorensport, Tanzen, Schwimmen, Gymnastik, Gartenarbeit, Fahrrad fahren, Wandern, Spazieren, Angeln...etc?

Wie oft gehen Sie einer körperlichen Freizeitaktivität nach?

- nie 0** *eap\_6\_fizeit\_koerp*  
 **täglich 1**  
 **wöchentlich 2**  
 **monatlich 3**  
 **vierteljährlich 4**  
 **jährlich 5**  
 **weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Kontakte in Ihrer Freizeit (bei Freizeitaktivitäten, in Gruppenangeboten, bei der Kirche, bei der Tagespflege, Besuch von Verwandten und Freunden...etc.)

Wie oft treffen Sie sich mit Menschen, die nicht in Ihrem Haushalt leben?

- nie 0** *eap\_6\_frzeit\_ausserhaus*  
 **täglich 1**  
 **wöchentlich 2**  
 **monatlich 3**  
 **vierteljährlich 4**  
 **jährlich 5**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Wie oft telefonieren Sie mit Freunden oder Angehörigen?

- nie 0** *eap\_6\_frzeit\_tel*  
 **täglich 1**  
 **wöchentlich 2**  
 **monatlich 3**  
 **vierteljährlich 4**  
 **jährlich 5**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Wünschen Sie sich Unterstützung beim Spazieren gehen oder anderen Freizeitaktivitäten?

- nein 0** *eap\_6\_spazier\_hilfe*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

**Seh- und Hörvermögen**

Haben Sie Schwierigkeiten einem Gespräch, dem Fernsehen oder der Radiosendung wegen Hörproblemen zu folgen?

- nein 0** *eap\_8\_hoeren*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Haben Sie Schwierigkeiten beim Lesen von Zeitungen, auch wenn Sie eine Brille tragen

- nein 0** *eap\_8\_lesen*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Haben Sie Schwierigkeiten Personen auf der Straße zu erkennen, fernseh zu schauen auch wenn Sie eine Brille tragen?

- nein 0** *eap\_8\_erkenn*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

**Mobilität**

Frage an die PFP

Hält sich der Proband überwiegend im Bett auf (ist er bettlägerig)?

- nein 0** *eap\_9a\_bettlaeg*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Fällt es Ihnen schwer längere Zeit zu stehen?

- nein 0** *eap\_9a\_stehen*  
 **manchmal 1**  
 **ja 2**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Fällt es Ihnen schwer längere Zeit zu sitzen?

- nein 0** *eap\_9a\_sitzen*  
 **manchmal 1**

- ja 2  
 weiß nicht 88  
 Antwortverweigerung 99
- Fällt es Ihnen schwer längere Zeit zu gehen?  
 nein 0 *eap\_9a\_gehen*  
 manchmal 1  
 ja 2  
 weiß nicht 88  
 Antwortverweigerung 99
- Benutzen Sie Lagerungsmaterial zur Verhütung von Dekubiti (Druckstellen)?  
 nein 0 *eap\_9a\_dekubiti\_prophy*  
 ja 1  
 weiß nicht 88  
 Antwortverweigerung 99
- Versorgungsanbieter: Ärzte/ Therapeuten/Freizeitmöglichkeiten/ Geschäfte
- Ist es Ihnen problemlos möglich Versorgungsanbieter selbstständig aufzusuchen?  
 nein 0 *eap\_9a\_allein*  
 ja 1  
 weiß nicht 88  
 Antwortverweigerung 99
- Fährt Sie jemand zu den Versorgungsanbietern (Ärzte/ Therapeuten/ Freizeitmöglichkeiten/ Geschäfte)?  
 nein 0 *eap\_9a\_fahrdienst*  
 ja 1  
 weiß nicht 88  
 Antwortverweigerung 99
- Haben Sie Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität? Aufstehhilfe, E-Cruiser, Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl, Treppenlift
- Aufstehhilfe?  
 nein 0 *eap\_9a\_hilfsm*  
 ja 1  
 weiß nicht 88  
 Antwortverweigerung 99
- E-Cruiser?  
 nein 0 *eap\_9a\_hilfsm\_cruiser*  
 ja 1
- Gehhilfe?  
 nein 0 *eap\_9a\_hilfsm\_gehhilfe*  
 ja 1
- Rollator?  
 nein 0 *eap\_9a\_hilfsm\_rollator*  
 ja 1
- Rollstuhl?  
 nein 0 *eap\_9a\_hilfsm\_rollstuhl*  
 ja 1
- Treppenlift?  
 nein 0 *eap\_9a\_hilfsm\_treppenlift*  
 ja 1
- Andere Hilfsmittel  
 *eap\_9a\_hilfsm\_andere\_txt*
- Sturzneigung und Stürze**
- Sind Sie in den letzten 30 Tagen gestürzt?  
 nein 0 *eap\_9b\_sturz*  
 ja 1  
 weiß nicht 88  
 Antwortverweigerung 99
- Haben Sie Angst davor zu stürzen?  
 nein 0 *eap\_9b\_sturz\_angst*  
 ja 1

- Haben Sie bereits früher eine Reha erhalten?
- weiß nicht **88**
- Antwortverweigerung **99**
- nein **0** *eap\_9b\_reha\_gehabt*
- ja **1**
- weiß nicht **88**
- Antwortverweigerung **99**
- Welche Art von Reha haben Sie erhalten?
- geriatrisch **1** *eap\_9b\_reha\_art*
- orthopädisch **2**
- neurologisch **3**
- onkologisch **4**
- sonstige **5**
- mehrere Gründe **6**
- weiß nicht **88**
- Antwortverweigerung **99**
- In welchem Jahr waren Sie das letzte Mal zur Reha? (yyyy)
- eap\_9b\_reha\_jahr*
- Jahr der Reha:
- weiß nicht **88** *eap\_9b\_reha\_jahr\_miss*
- Antwortverweigerung **99**
- Können Sie sich vorstellen an einer Reha teilzunehmen?
- nein **0** *eap\_9b\_reha\_wunsch*
- ja **1**
- vielleicht **2**
- weiß nicht **88**
- Antwortverweigerung **99**
- Hinweis an PFP:  
Beurteilen Sie, ob eine halbseitige Lähmung vorliegt.
- nein **0** *eap\_9b\_laehm*
- ja **1**
- Hinweis an PFP:  
Beurteilen Sie, ob eine Gesichtslähmung vorliegt vorliegt.
- nein **0** *eap\_9b\_laehm\_gesicht*
- ja **1**
- Ist ihrem Arzt bekannt, dass Sie eine Gesichtslähmung haben?
- nein **0** *eap\_9b\_laehm\_gesicht\_arzt*
- ja **1**
- weiß nicht **88**
- Antwortverweigerung **99**
- Haben Sie Probleme mit Schwindel?
- nie **0** *eap\_9b\_schwindel*
- selten **1**
- manchmal **2**
- häufig **3**
- ständig **4**
- weiß nicht **88**
- Antwortverweigerung **99**
- Hinweis an PFP:  
Beurteilen Sie den Schweregrad der Aphasie.
- keine **0** *eap\_9b\_apha*
- leicht **1**
- moderat **2**
- schwer **3**
- Hinweis an PFP  
Zeigt der Patient eines der folgenden Symptome?
- keine **0** *eap\_9b\_epms*
- Rigor **1**
- Tremor **2**

**Blasen- und Darmfunktion**

- Akinese 3**
- Verlieren Sie Urin während plötzlicher körperlicher Anstrengung, beim Bücken, beim Husten oder Niesen?
- nein 0** *eap\_10\_inkonti\_urin*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Verlieren Sie ab und an Stuhl?
- nein 0** *eap\_10\_inkonti\_stuhl*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Verwenden Sie saugende Inkontinenzvorlagen?
- nein 0** *eap\_10\_inkonti\_vorl\_verw*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Genügt die genutzte Saugstärke?
- nein 0** *eap\_10\_inkonti\_vorl\_ausr*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Gibt es eine ärztliche Verordnung für Inkontinenzmaterial?
- nein 0** *eap\_10\_inkonti\_vorl\_rezept*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasser lassen/ urinieren? Schmerzen, Brennen, Geruch
- nein 0** *eap\_10\_urin\_problem*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Worin bestehen die Schwierigkeiten?
- geringe (Miktions) Menge 1** *eap\_10\_urin\_problem\_art*  
 **Schmerzen beim Wasserlassen 2**  
 **auffällige Verfärbung des Urins 3**  
 **andere 4**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- welche?
- 
- eap\_10\_urin\_problem\_art\_welch*
- Wie häufig haben Sie Stuhlgang?
- mehrmals täglich 1** *eap10\_stuhl\_hfk*  
 **einmal täglich 2**  
 **alle 2-3 Tage 3**  
 **wöchentlich 4**  
 **seltener als wöchentlich 5**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Gibt es Auffälligkeiten bei Ihren Ausscheidungen? Machen Sie sich diesbezüglich um irgendetwas Sorgen? Ist der Stuhl besonders dunkel, zu fest oder zu flüssig?
- nein 0** *eap10\_stuhl\_auff*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Brauchen Sie Hilfe beim Toilettengang?
- nein 0** *eap\_10\_toil\_hilfe*

- Haben Sie eine besondere Form der Ausscheidung?  
Stoma oder Katheter?
- ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
  - nein **0** *eap\_10\_kuenst\_ausg*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Welche Art von besonderer Ausscheidung haben Sie?
- suprabubischer Katheter **1** *eap\_10\_kuenst\_ausg\_art*
  - transurethraler Katheter **2**
  - Stoma **3**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Wer sichert die Versorgung des Katheters?
- niemand/unzureichend versorgt **0** *eap\_10\_kuenst\_ausg\_kath\_ers*
  - Proband selbst **1**
  - Angehoerige **2**
  - Ambulanter Pflegedienst **3**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Wer sichert die Versorgung des Stoma?
- unzureichend versorgt **0** *eap\_10\_kuenst\_ausg\_stoma\_ers*
  - Proband selbst **1**
  - Angehoerige **2**
  - Ambulanter Pflegedienst **3**
  - Stomaschwester **4**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Körperliche Erkrankungen**
- Schmerzen
- Hatten Sie in den letzten 30 Tagen Schmerzen?
- nein **0** *eap\_11\_schmerz*
  - ja **1**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- Wie häufig hatten Sie Schmerzen?
- täglich **1** *eap\_11\_schmerz\_hfk*
  - alle paar Tage **2**
  - wöchentlich **3**
  - seltener als wöchentlich **4**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**
- In welchem Ausmaß hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen Schmerzen?
- sehr gering **1** *eap\_11\_schmerz\_stark*
  - gering **2**
  - mäßig **3**
  - stark **4**
  - sehr stark **5**
  - weiß nicht **88**
  - Antwortverweigerung **99**

Blutdruck

Anweisung an PFP: Messen Sie bitte den Blutdruck des Probanden

systolisch:  *eap\_11\_rr\_sys*

diastolisch:  *eap\_11\_rr\_dia*

Grund für fehlende Werte

**Patient ist nicht kooperativ 1** *eap\_11\_rr\_miss*

**technische Probleme 2**

Proband hat niedrigen Blutdruck

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hypo*

**ja 1**

Proband hat hohen Blutdruck

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hyper*

**ja 1**

Ist es außergewöhnlich, dass Sie zu niedrigen Blutdruck haben?

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hypo\_ungew*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Begleiterscheinungen: Ohrensausen, auffälliger Puls, Müdigkeit, Schwindel, Sehstörungen, ist der Proband deswegen schon einmal ohnmächtig geworden

Gibt es Begleiterscheinungen?

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hypo\_symp*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Muss der niedrige Blutdruck noch ärztlich abgeklärt werden?

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hypo\_abkl*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Ist es außergewöhnlich, dass Sie zu hohen Blutdruck haben?

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hyper\_ungew*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Begleiterscheinungen können sein: Ohrensausen, auffälliger Puls, Müdigkeit, Schwindel, Sehstörungen, Kurzatmigkeit, Übelkeit, ist der Pat. deswegen schon einmal ohnmächtig geworden?

Gibt es Begleiterscheinungen?

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hyper\_symp*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Muss der hohe Blutdruck noch ärztlich abgeklärt werden?

**nein 0** *eap\_11\_rr\_hyper\_abkl*

**ja 1**

**weiß nicht 88**

**Antwortverweigerung 99**

Puls

Anweisung an PFP: Messen Sie bitte den Puls (Schläge/Min.) des Probanden.

Puls in Schlägen/Min. :  *eap\_11\_puls*

Grund für fehlende Werte

**Patient ist nicht kooperativ 1** *eap\_11\_puls\_miss*

**technische Probleme 2**

Anweisung an PFP: Beurteilen Sie die Qualität des Puls : (regelmäßig, kräftig)

- Puls-Qualität :
- regelmäßig und kräftig 1** *eap\_11\_puls\_quali*
  - regelmäßig und schwach 2**
  - unregelmäßig und kräftig 3**
  - unregelmäßig und schwach 4**
  - kein Puls fühlbar 5**
  - andere 6**
- niedriger Puls (Bradykardie)
- nein 0** *eap\_11\_puls\_hypo*
  - ja 1**
- Ist es außergewöhnlich, dass Sie einen so niedrigen Pulswert haben?
- nein 0** *eap\_11\_puls\_hypo\_ungew*
  - ja 1**
  - weiß nicht 88**
  - Antwortverweigerung 99**
- Gibt es Begleiterscheinungen?
- nein 0** *eap\_11\_puls\_hypo\_symp*
  - ja 1**
  - weiß nicht 88**
  - Antwortverweigerung 99**
- Muss der niedrige Puls noch ärztlich abgeklärt werden?
- nein 0** *eap\_11\_puls\_hypo\_abkl*
  - ja 1**
  - weiß nicht 88**
  - Antwortverweigerung 99**
- hoher Puls (Tachykardie)
- nein 0** *eap\_11\_puls\_tachy*
  - ja 1**
- Blutzucker
- Hinweis an PFP: Messen Sie bitte den Blutzuckerwert (mmol/l, mg/dl).
- Blutzuckerwert  *eap\_11\_bz\_wert*
- Grund für fehlende Werte
- Patient ist nicht kooperativ 1** *eap\_11\_bz\_miss*
  - technische Probleme 2**
- Geben Sie die Einheiten des Blutzuckermessgerätes an.
- Einheit des Blutzuckerwertes
- mmol/l 1** *eap\_11\_bz\_wert\_einh*
  - mg/dl 2**
- Blutzuckerwert im Normbereich
- ja 1** *eap\_11\_bz\_normal*
  - nein, zu niedrig 2**
  - nein, zu hoch 3**
- Wann haben sie das letzte Mal etwas gegessen?
- Prob. hat länger als 6 Stunden nichts gegessen (ist nüchtern) 1** *eap\_11\_bz\_mahlz*
  - Prob. hat vor mehr als 1,5 bis 2 Stunden etwas gegessen 2**
  - Prob. hat gerade etwas gegessen 3**
  - weiß nicht 88**
  - Antwortverweigerung 99**

Symptome können sein: Schwindel, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, starker Durst, Erbrechen, Bauchschmerzen, atmet der Pat. schwer, geht ein Azeton-Geruch vom Patienten aus (Urin oder Mund) oder hat der Patient eine Konzentrationsschwäche.

Zeigt der Patient Symptome?

- nein 0** *eap\_11\_bz\_symp*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Diabetes

Wurde bei Ihnen Diabetes diagnostiziert?

- nein 0** *eap\_11\_diab*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Reicht das medizinische Versorgungsmaterial (Spritzen, Teststreifen) für den kommenden Monat aus?

- nein 0** *eap\_11\_bz\_material*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Führen Sie ein Blutzuckerwerte-Tagebuch?

- nein 0** *eap\_11\_bz\_tgbuch*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Frage an PFP: Kontrollieren Sie das Wertebuch auf Vollständigkeit

Ist das Wertebuch regelmäßig und vollständig geführt?

- nein 0** *eap\_11\_bz\_tgbuch\_voll*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Haben Sie das Gefühl sich gut mit der Ernährung bei Diabetes-Erkrankungen auszukennen?

- nein 0** *eap\_11\_diab\_ernaeh*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Haben Sie Probleme beim Spritzen des Insulins oder mit der Insulinpumpe?

- nein 0** *eap\_11\_diab\_insulin\_prob*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Spritzen Sie sich schon mehrere Jahre Insulin?

- nein 0** *eap\_11\_diab\_insulin\_dauer*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Seit wievielen Monaten spritzen Sie sich Insulin? (Monate)

*eap\_11\_diab\_insulin\_begin*

Missing für Monate

- weiß nicht 88** *eap\_11\_diab\_insulin\_begin\_miss*  
 **Antwortverweigerung 99**

Gab es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) jemanden der einen Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 60 igsten Lebensjahr erlitten hat?

- nein 0** *eap\_11\_pro\_cam*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**

Haut

Ich möchte mir im Rahmen der Befragung einen Überblick über Ihren Hautzustand machen. Wären Sie bitte so freundlich mir einmal ihre Oberarme, Waden, (bei Insulingabe auch die Einstichstellen des Insulinpens und des Blutzuckermessgerätes) und Hautstellen zu zeigen mit

denen Sie Probleme haben? Ich möchte mir auch gerne einmal Ihre Füße anschauen.“

Proband kooperativ

- Proband ist nicht kooperativ 0** *eap\_11\_haut\_dfb*
- Proband ist teilweise kooperativ 1**
- Proband ist voll kooperativ 2**

Frage an die PFP

Wie ist der Spannungszustand (Hauttugor)?

- normaler Spannungszustand (Hauttugor) 1** *eap\_11\_haut\_tugor*
- ödematös 2**
- stehende Falten nach Fingertest 3**

Frage an die PFP

Wie ist die Hautoberfläche beschaffen?

- Hautoberfläche intakt 1** *eap\_11\_haut\_oberfl*
- gerötete, juckende Haut 2**
- feuchte Haut 3**
- Hautausschlag 4**
- Pergamenthaut 5**
- Hämatombildung 6**
- schuppige, trockene Haut 7**
- es gibt eine/mehrere Wunde/n auf der Hautoberfläche 8**

Fragen an die PFP

Um wieviele Wunden handelt es sich?

*eap\_11\_wunde\_anz*

Missing für Anzahl Wunde:

- weiß nicht 88** *eap\_11\_wunde\_anz\_miss*
- Antwortverweigerung 99**

Besteht eine der Wunden schon länger als 4 Wochen?

- nein 0** *eap\_11\_haut\_wunde\_chron*
- ja 1**
- weiß nicht 88**
- Antwortverweigerung 99**

Fragen an die PFP

Ist mind. eine der Wunden behandlungsbedürftig (Kontrolle auf Entzündungszeichen)?

- nein 0** *eap\_11\_haut\_wunde\_akut*
- ja 1**
- weiß nicht 88**
- Antwortverweigerung 99**

Von wem wird die Wunde aktuell versorgt?

- Wunde ist nicht versorgt 0** *eap\_11\_haut\_wunde\_akut\_wer*
- Ambulanter Pflegedienst 1**
- Angehörigen 2**
- Patient selbst 3**
- Arzt 4**
- Wundschwester 5**
- sonstige 6**
- weiß nicht 88**
- Antwortverweigerung 99**

Frage an die PFP

Begutachtung der Füße im Besonderen und deren Beurteilung: „Zustand der Füße ist“

- altersgerecht gut gepflegt** *eap\_11\_fuesse\_zust 1*
- Defizite bei der Versorgung der Fußnägel und Schwielen** *2*
- dringender Handlungsbedarf bei der Pflege der Füße** *3*
- weiß nicht** *88*
- Antwortverweigerung** *99*

#### Information und Aufklärung

Sind Sie zufrieden mit der ärztlichen Aufklärung über Ihre Erkrankung (Demenz)?

- nein** *0 eap\_15\_demenz\_aufk*
- ja** *1*
- weiß nicht** *88*
- Antwortverweigerung** *99*

Möchten Sie mehr über die Erkrankung Demenz erfahren?

- nein** *0 eap\_15\_demenz\_info*
- ja** *1*
- weiß nicht** *88*
- Antwortverweigerung** *99*

Haben Sie dieses Jahr schon eine Gripeschutzimpfung erhalten?

- nein** *0 eap\_15\_grippeschzt*
- ja** *1*
- weiß nicht** *88*
- Antwortverweigerung** *99*

Sind Sie mit einer Gripeschutzimpfung einverstanden?

- nein** *0 eap\_15\_grippeschzt\_einv*
- ja** *1*
- weiß nicht** *88*
- Antwortverweigerung** *99*

Wann haben Sie das letzte Mal einen Zahnarzt besucht?

- Innerhalb der letzten Monate** *1 eap\_15\_zahn\_status*
- Innerhalb des letzten Jahres** *2*
- vor mehr als einem Jahr** *3*
- weiß nicht** *88*
- Antwortverweigerung** *99*

Frage an die PFP

Besteht Beratungsbedarf für Prophylaxen? Thrombose-, Aspiration-, Dekubitus-, Deprivation-, Kontraktur-, Obstipation-, Pneumonie-, Sturz-, Zystistisprophylaxe

Beratungsbedarf Prophylaxe

- nein** *0 eap\_15\_prophylaxe*
- ja** *1*
- weiß nicht** *88*
- Antwortverweigerung** *99*

Thromboseprophylaxe?

- nein** *0 eap\_15\_prophylaxethrombose*
- ja** *1*

Aspirationsprophylaxe?

- nein** *0 eap\_15\_prophylaxe\_aspiration*
- ja** *1*

Dekubitusprophylaxe?

- nein** *0 eap\_15\_prophylaxe\_dekubitus*
- ja** *1*

- Deprivationsprophylaxe?  **nein 0** *eap\_15\_prophylaxe\_deprivation*  
 **ja 1**
- Kontrakturprophylaxe?  **nein 0** *eap\_15\_prophylaxe\_kontrakturen*  
 **ja 1**
- Obstipationsprophylaxe?  **nein 0** *eap\_15\_prophylaxe\_obstipation*  
 **ja 1**
- Pneumonieprophylaxe?  **nein 0** *eap\_15\_prophylaxe\_pneumonie*  
 **ja 1**
- Sturzprophylaxe?  **nein 0** *eap\_15\_prophylaxe\_sturz*  
 **ja 1**
- Zystitisprophylaxe?  **nein 0** *eap\_15\_prophylaxe\_zystitis*  
 **ja 1**
- Wie häufig führen Sie ein Kfz (Kraftfahrzeug) und fahren selbst Auto oder ein motorisiertes Zweirad?  **nie 0** *eap\_15\_kfz*  
 **seltener als monatlich 1**  
 **mehrfach im Monat 2**  
 **mehrfach die Woche 3**  
 **täglich 4**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Wie sicher schätzen Sie Ihr Fahrverhalten ein?  **fahruntauglich 1** *eap\_15\_kfz\_sicher*  
 **nicht sicher 2**  
 **weniger sicher 3**  
 **sehr sicher 4**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung**
- Fühlen Sie sich von ihren Angehörigen gut betreut?  **nein 0** *eap\_18\_betreu*  
 **ja 1**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Haben Sie das Gefühl, dass ihr Angehöriger manchmal überfordert ist mit Ihrer Betreuung?  **nein 0** *eap\_18\_betreu\_ang*  
 **ja 1**  
 **manchmal 2**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Substanzmissbrauch und Sucht**
- Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren oder Pfeife, bzw. kauen oder schnupfen Sie Tabak?  **nein 0** *eap\_20\_tabak*  
 **ja 1**  
 **manchmal 2**  
 **weiß nicht 88**  
 **Antwortverweigerung 99**
- Wie häufig trinken Sie Alkohol (auch Wein, Sekt und Bier)?  **täglich 0** *eap\_20\_alk*  
 **mehrfach die Woche 1**  
 **einmal die Woche 2**  
 **einmal im Monat 3**  
 **seltener als einmal im Monat 4**

- gar nicht 5**
- weiß nicht 88**
- Antwortverweigerung 99**

Feld für allgemeine Bemerkungen

*eap\_bemerkung*

Wer hat den Großteil der Fragen beantwortet?

- der/die Proband/in selbst  
1**
- ein Angehöriger 2**
- der/die Mitarbeiter/in des  
Pflegedienstes 3**
- Sozialstation 4**
- eine andere Person 5**

*eap\_wer*

Endzeit (dd.MM.yyyy HH:mm:ss)

*eap\_ende*

## **Interviewleitfaden für halbstrukturiertes Experteninterview mit Netzwerk-Leitungen**

### **Allgemeine Informationen**

#### **Abschnitt aus dem Evaluationskonzept**

Die Evaluation ist als Mixed-Methods-Ansatz konzipiert. Die quantitativen Ergebnisse der ersten Interventionsphase fließen in die qualitativen Datenerhebungen ein. Im Rahmen der Methoden-Triangulation sollen sich die Ergebnisse der patientenrelevanten Endpunkte und der Prozessevaluation ergänzen. Als qualitative Methoden werden leitfadengestützte Experteninterviews und/oder Fokusgruppen verwendet. Die Evaluation orientiert sich an den Richtlinien des Medical Research Council aus dem Jahr 2006.

Die leitfadengestützten Experteninterviews und die Fokusgruppen werden als Audio-Dateien aufgenommen, im Anschluss daran transkribiert und analysiert. Das Transkript wird gemäß Kuckartz, unter Nutzung der Software MAXQDA, ausgewertet.

Evaluation gem. „Medical Research Council Framework“: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769032/>

## Einleitung

Herzlich Willkommen zu unserem heutigen Interview.

Mein Name ist ... und ich möchte Sie begrüßen und freue mich sehr, dass Sie sich die Zeit für ein gemeinsames Gespräch im Rahmen der Studiauswertung genommen haben. Für uns ist es besonders wichtig, Ihre Erfahrungen als Expertin/ Experten aus der Praxis zu erhalten, um diese mit in die Auswertung des InDePendent-Projektes einfließen lassen zu können. Zur Identifikation von Stärken und Schwächen sind wir daher insbesondere auf Ihre Meinung als Expertin/ Experten und Perspektive aus der Praxis angewiesen.

Das Interview verfolgt im Wesentlichen folgende Ziele:

- Erfahrungswissen aus der Praxis generieren
- Sichtbarkeit von Herausforderungen in der Praxis erhöhen
- Ideen zur Optimierung von Implementation und Intervention erzeugen und sammeln
- Hinweise auf Störfaktoren der Intervention erhalten
- Prozessevaluation
  - die Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten, Angehörigen, DCMs und der Hausärzte mit der neuen Versorgungsform
  - Barrieren und fördernde Faktoren für die Implementation der neuen Versorgungsform

Bitte fühlen Sie sich während des Interviews frei, alle Gedanken und Ideen zu den Fragen zu äußern. Die Informationen, die Sie im Rahmen dieses Interviews geben, haben keine Auswirkungen auf den Projektablauf oder Ihre Aufgaben im Projekt.

Die Auswertung des Interviews erfolgt ausschließlich anonymisiert. Daher sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Ich möchte das Interview zur wissenschaftlichen Auswertung digital aufnehmen. Sind Sie damit einverstanden? Die Erkenntnisse des Interviews fließen in die wissenschaftliche Auswertung des Projektes mit ein.

Das Interview wird in etwa 30 bis 45 Minuten in Anspruch nehmen. Wir können während des Interviews jederzeit eine Pause machen. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf des Interviews [*ca. 5 Sekunden warten*]?

Wenn Sie keine Fragen zum Ablauf haben, können wir mit dem Interview beginnen.

## Start Interview

### Perspektive 1: Demenz-Netzwerke (Leitungsebene)

Vorstellung (ca. 5 Min.)	<b>Fragen</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Können Sie sich/ das Netzwerk bitte kurz vorstellen und Ihre Aufgabe im InDePendent-Projekt zusammenfassen.</li><li>• Wieso haben Sie sich entschlossen, an dem InDePendent-Projekt teilzunehmen?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Motivation/ Was waren ausschlaggebende Gründe?</li></ul></li></ul>

Ärzte/ Pflegefachkräfte (ca.15 Min.)	<p><b>Fragen</b></p> <p><b>Berufsgruppen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Auswirkung hat eine gesteigerte Zusammenarbeit/ Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegefachkräften auf die Versorgung von MmD?</li> <li>• Sollten ärztliche Aufgaben grundsätzlich in Substitution erfolgen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unterscheidung/ Abgrenzung? Können Sie konkrete Gründe und Aufgaben nennen?</li> <li>○ Welche Tätigkeiten sind Ihrer Ansicht nach für die Übertragung an Pflegefachpersonen geeignet?</li> </ul> </li> <li>• Welche Auswirkungen hat eine gesteigerte Zusammenarbeit/ Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegefachkräften Ihrer Meinung nach (Blick auf Berufsgruppen)?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wo sehen Sie gegebenenfalls Barrieren/ Hürden der Aufgabenneuverteilung zwischen Hausarzt und Pflegefachkraft?</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ärzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beurteilen Sie die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen für die Versorgung von MmD?</li> <li>• Sind Sie der Ansicht, dass die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten mit Vorteilen für Ärzte einhergeht?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Vorteile (z.B. zeitliche Entlastung), warum?</li> <li>○ Können Sie konkrete Gründe nennen, warum?</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Pflegefachkräfte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie schätzen Sie das Potential/ die Kompetenzen von den im InDePendent-Projekt beteiligten DCM ein?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qualität der Ausbildung?</li> </ul> </li> <li>• Sind Sie der Ansicht, dass die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten mit Vorteilen für Pflegefachkräfte einhergeht?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Vorteile, warum?</li> <li>○ Können Sie konkrete Gründe nennen?</li> </ul> </li> </ul>
Versorgung (ca.10 Min.)	<p><b>Versorgung (Status Quo)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie schätzen Sie den Status Quo für die Versorgung von MmD ein?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sind Sie der Ansicht, dass es in der Regelversorgung momentan Defizite in der Versorgung (von komplexen Erkrankungen, insb. Demenz) gibt?</li> </ul> </li> <li>• Welche Rolle spielt die Sektorierung des Gesundheitswesens bei der Versorgung von Menschen mit Demenz?</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was wäre Ihrer Meinung nach ein optimaler Lösungsansatz für die Versorgung von Menschen mit Demenz? (z.B. Sektorenübergreifend)</li> <li>• Was müsste geschehen, damit (eventuelle) Probleme in der Versorgung/ im System behoben werden? (z.B. rechtliche Rahmenbedingungen)</li> </ul>

Abschluss (ca. 10 Min.)	<b>Fragen</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Aspekte gefallen Ihnen besonders gut am InDePendent-Projekt?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Können Sie konkrete Punkte benennen, die das Projekt auszeichnen?</li><li>○ Hat sich die Teilnahme an dem Projekt aus Ihrer Sicht gelohnt? Warum?</li></ul></li><li>• Können Sie bestimmte Erkenntnisse/Vorgehensweisen aus dem InDePendent-Projekt für Ihren beruflichen Alltag für die Versorgung von MmD mitnehmen/ integrieren?</li><li>• Welche Barrieren oder herausfordernde Faktoren sehen Sie bei der flächendeckenden Einführung von DCM?</li><li>• Was sollte aus Ihrer Sicht für weitere Projekte oder vor allem die Regelversorgung besser gemacht werden?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Was würden Sie sich „wünschen“?</li></ul></li><li>• Gibt es noch weitere Punkte, die Sie uns gerne mitteilen möchten?</li></ul>

## Ende/ Verabschiedung

Damit sind wir am Ende unseres Interviews und ich möchte mich nochmal im Namen des gesamten Projektteams der InDePendent-Studie für Ihre Zeit und Ihre Erfahrungen bedanken.

## **Interviewleitfaden für halbstrukturiertes Experteninterview mit Pflegefachkräften (DCM)**

### **Allgemeine Informationen**

#### **Abschnitt aus dem Evaluationskonzept**

Die Evaluation ist als Mixed-Methods-Ansatz konzipiert. Die quantitativen Ergebnisse der ersten Interventionsphase fließen in die qualitativen Datenerhebungen ein. Im Rahmen der Methoden-Triangulation sollen sich die Ergebnisse der patientenrelevanten Endpunkte und der Prozessevaluation ergänzen. Als qualitative Methoden werden leitfadengestützte Experteninterviews und/oder Fokusgruppen verwendet. Die Evaluation orientiert sich an den Richtlinien des Medical Research Council aus dem Jahr 2006.

Die leitfadengestützten Experteninterviews und die Fokusgruppen werden als Audio-Dateien aufgenommen, im Anschluss daran transkribiert und analysiert. Das Transkript wird gemäß Kuckartz, unter Nutzung der Software MAXQDA, ausgewertet.

Evaluation gem. „Medical Research Council Framework“: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769032/>

## Einleitung

Herzlich Willkommen zu unserem heutigen Interview.

Ich möchte Sie begrüßen und freue mich sehr, dass Sie sich die Zeit für ein gemeinsames Gespräch im Rahmen der Studienevaluation genommen haben. Für uns ist es besonders wichtig, Ihre Erfahrungen als Experten aus der Praxis zu erhalten, um diese mit in die Auswertung des InDePendent-Projektes einfließen lassen zu können. Zur Identifikation von Stärken und Schwächen sind wir daher insbesondere auf Ihre Meinung als Experten und Perspektive aus der Praxis angewiesen.

Das Interview verfolgt im Wesentlichen folgende Ziele:

- Erfahrungswissen aus der Praxis generieren
- Sichtbarkeit von Herausforderungen in der Praxis erhöhen
- Ideen zur Optimierung von Implementation und Intervention erzeugen und sammeln
- Hinweise auf Störfaktoren der Intervention erhalten
- Prozessevaluation
  - die Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten, Angehörigen, DCMs und der Hausärzte mit der neuen Versorgungsform
  - Barrieren und fördernde Faktoren für die Implementation der neuen Versorgungsform

Bitte fühlen Sie sich während des Interviews frei, alle Gedanken und Ideen zu den Fragen zu äußern. Die Informationen, die Sie im Rahmen dieses Interviews geben, haben keine Auswirkungen auf den Projektablauf oder Ihre Aufgaben im Projekt.

Die Auswertung des Interviews erfolgt ausschließlich anonymisiert. Daher sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Ich möchte das Interview zur wissenschaftlichen Auswertung digital aufnehmen. Sind Sie damit einverstanden? Die Erkenntnisse des Interviews fließen in die wissenschaftliche Auswertung des Projektes mit ein.

Das Interview wird in etwa 30 bis 45 Minuten in Anspruch nehmen. Wir können während des Interviews jederzeit eine Pause machen. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf des Interviews [*ca. 5 Sekunden warten*]?

Wenn Sie keine Fragen zum Ablauf haben, können wir mit dem Interview beginnen.

## Perspektive 2: Pflegefachkräfte (DCM)

Vorstellung (ca. 5 Min.)	<b>Fragen</b>	<b>Ziele</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Sie sich bitte kurz vorstellen und Ihre Aufgabe im InDePendent-Projekt zusammenfassen.</li> <li>• Wieso haben Sie sich dazu entschlossen, in einem Projekt zur Versorgung von Menschen mit Demenz tätig zu sein?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Motivation/ Was waren ausschlaggebende Gründe?</li> <li>○ Was mögen Sie besonders an Ihrem Beruf?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview eröffnen</li> <li>• Vertrauen zum Interviewformat bei Interviewpartner aufbauen</li> <li>• Interviewpartner „Raum geben“, um das „Eis zu brechen“</li> <li>• Motivation der eigenen Arbeit identifizieren</li> </ul>

Hauptteil (ca. 15 Min.)	<b>Fragen</b>	<b>Ziele</b>
	<p><i>Das InDePendent-Projekt und insbesondere die Interventionsphase laufen nun bereits eine Weile und Sie haben schon Erfahrungen machen können.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie finden Sie das InDePendent-Projekt im Allgemeinen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorgehen, Zielstellung, Aufgaben</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Pflegefachkräfte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie oft haben Sie ärztliche Aufgaben übernommen?</li> <li>• Sind Sie der Ansicht, dass die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten mit Vorteilen für Pflegefachkräfte Patienten einhergeht?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Vorteile, warum?</li> <li>○ Können Sie konkrete Gründe nennen?</li> </ul> </li> <li>• Sollten ärztliche Aufgaben grundsätzlich auch in Substitution (Eigenverantwortung) erfolgen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unterscheidung/ Abgrenzung? Können Sie konkrete Gründe und Aufgaben nennen?</li> </ul> </li> <li>• Haben Sie das gelernt, was Sie in der Versorgung benötigen?</li> </ul> <p><b>Ärzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beurteilen Sie die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen für die Versorgung von MmD?</li> <li>• Sind Sie der Ansicht, dass die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten mit Vorteilen für Ärzte einhergeht?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Vorteile (z.B. zeitliche Entlastung), warum?</li> <li>○ Können Sie konkrete Gründe nennen, warum?</li> </ul> </li> <li>• Welche Tätigkeiten sind Ihrer Ansicht nach für die Übertragung an Pflegefachpersonen geeignet?</li> </ul> <p><b>Zusammenarbeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den Ärzten?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? (positiv/ negativ)</li> </ul> </li> <li>• Wo sehen Sie gegebenenfalls Barrieren/ Hürden der Aufgabenneuverteilung zwischen Hausarzt und Pflegefachkraft?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeiner (inhaltlicher) Einstieg</li> <li>• Allgemeiner Einstieg</li> <li>• Potenziale von Arbeitsübertragung/ Aufgabenteilung identifizieren</li> </ul>

Versorgung (ca.10 Min.)	<b>Fragen</b>	<b>Ziele</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was ist Ihrer Meinung nach ein optimaler Lösungsansatz für die Versorgung von Menschen mit Demenz? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ z. B. sektorenübergreifend, ..., ...</li> </ul> </li> <li>• Welche Auswirkung hat eine gesteigerte Zusammenarbeit/ Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegefachkräften Ihrer Ansicht nach auf die Versorgung von MmD? (weitere Berufsgruppen!!! nennen)</li> <li>• Können/ konnten durch Ihre Tätigkeit als DCM Ihrer Ansicht nach mehr offene Versorgungsbedarfe umgesetzt werden als in der Regelversorgung -also ohne Ihre Unterstützung? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Haben Sie ein konkretes Beispiel? (ohne Nahmen!)</li> <li>○ Reduziert der Einsatz der demenz-spezifisch qualifizierten Pflegefachpersonen (DCMs) und eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung häufiger offene Versorgungsbedarfe bei Menschen mit Demenz im Vergleich zur Routineversorgung?</li> </ul> </li> <li>• Ist das DCM-Konzept aus Ihrer Sicht geeignet, um Menschen mit Demenz (in der Regelversorgung) zu helfen?</li> </ul> <p><b>Ausblick</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was müsste geschehen, damit (eventuelle) Probleme in der Versorgung/ im System behoben werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ z. B. rechtliche oder finanzielle Rahmenbedingungen</li> </ul> </li> <li>• Sind Sie der Meinung, dass Menschen mit Demenz und deren Angehörigen Vorteile entstehen durch die Aufgabenübertragung bisher typischerweise von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen. (z.B. Verbesserung der Versorgungssituation &amp; Steigerung der Lebensqualität)</li> <li>• Gibt es einen bestimmten Fall, der gezeigt hat, wie relevant das DCM-Konzept ist und über den Sie gerne sprechen möchten? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist Ihnen ein Fall besonders in Erinnerung geblieben? Warum?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wesentliche Punkte/ Vorteile für die Versorgung von MmD identifizieren</li> </ul>

Abschluss (ca. 10 Min.)	<b>Fragen</b>	<b>Ziele</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Aspekte gefallen Ihnen besonders gut am InDePendent-Projekt? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Können Sie konkrete Punkte benennen, die das Projekt auszeichnen?</li> <li>○ Hat sich die Teilnahme an dem Projekt aus Ihrer Sicht gelohnt? Warum?</li> </ul> </li> <li>• Können Sie bestimmte Erkenntnisse aus dem InDePendent-Projekt für Ihren beruflichen Alltag für die Versorgung von MmD mitnehmen/ integrieren?</li> <li>• Was sollte aus Ihrer Sicht für weitere Projekte oder vor allem die Regelversorgung besser gemacht werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was würden Sie sich „wünschen“?</li> <li>○ Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge?</li> </ul> </li> <li>• Gibt es noch weitere Punkte, die Sie uns gerne mitteilen möchten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärken des Projektes identifizieren</li> <li>• Verbesserungs-/ veränderungspotentiale und Chancen aufzeigen</li> </ul>

## Ende/ Verabschiedung

Damit sind wir am Ende unseres Interviews und ich möchte mich nochmal im Namen des gesamten Projektteams der InDePendent-Studie für Ihre Zeit und Ihre Erfahrungen bedanken.

## Identifizierung der Unmet Needs im VMS

### Beispiel ungedeckter Bedarf Wohnsituation

- ungedeckter Bedarf wird von Studiensoftware dokumentiert
- VMS (Versorgungs-Management-System) unterstützt die Versorgung offener Bedarfe

The screenshot displays the VMS interface for a patient case. The top navigation bar includes 'Community Medicine' and 'DZNE' logos. The main content area is divided into a left sidebar and a main panel. The sidebar contains a menu with options: 'Zurück Profil', 'Einstellungen', 'Abmelden', 'Patient/Proband (Peter, Hans)', 'Probandedemographie', 'Diagnosen (Arztpraxis)', 'DemTect (Arztpraxis)', 'Widerruf/Abbruch', 'Impfstatus', 'Erfolgsmonitoring', 'Übersicht/Drucken', and 'Dokumentation/Übergabe'. The main panel is titled 'Erfolgsmonitoring' and contains the following fields: 'Datum der Erstellung' (23.09.2021), 'Zeitpunkt der Erstellung' (1. IV-Kontakt), 'Zielperson' (radio buttons for 'Proband' and 'Angehöriger'), 'Kategorie der Empfehlung' (1.1.0 ungedeckter Bedarf Wohnsituation), 'Empfehlung' (a list of actions: 0. Informationsmaterialien ausgeben (0), 1. Wohnraumanpassung initiieren (mit bis zu 4000€ Förder), 2. Hilfsmittel verordnen (2), 3. alternative Wohnform anbieten (3), 4. umgestaltung Wohnumfeld initiieren (4), 5. weitere Maßnahmen (5)), 'Status der Bearbeitung', 'Datum der letzten Statusbearbeitung', and 'Bemerkungen'. At the bottom, there are three buttons: 'fertig', 'löschen', and 'unterbrechen'.

## Identifizierung der Unmet Needs im VMS

Status: offen in Bearb. | zugew.: null | Sort.: nach Priorität aufst.

- ausgeprägte Mobilitätseinschränkung**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- Beantragung Schwerbehindertenausweis**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung prüfen**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- Anpassung Pflegegrad**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- unsachgemäße Lagerung von Medikamenten**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- Medikamentendispenser**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- fehlende soziale Aktivität**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- fehlende Freizeitaktivitäten**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)
- Probleme bei der Mobilität**  
offen Fälligkeit: 07.07.22 12:00 (Intervention für Günter Schimmelpfennig)

Status: offen in Bearb. | zugew.: null | Sort.: nach Priorität aufst.

- ungedeckter Bedarf Gedächtnis**  
offen Fälligkeit: 28.09.21 12:00 (Intervention für Ilse Galleisky)
- ungedeckter Bedarf Geistige, soziale und körperliche Aktivitäten**  
offen Fälligkeit: 28.09.21 12:00 (Intervention für Ilse Galleisky)
- ungedeckter Bedarf Ernährung**  
offen Fälligkeit: 28.09.21 12:00 (Intervention für Ilse Galleisky)
- ungedeckter Bedarf Soziale Kontakte**  
offen Fälligkeit: 28.09.21 12:00 (Intervention für Ilse Galleisky)
- ungedeckter Bedarf Verhaltensauffälligkeiten und -störungen**  
offen Fälligkeit: 28.09.21 12:00 (Intervention für Ilse Galleisky)
- ungedeckter Bedarf psychische Belastung**  
offen Fälligkeit: 28.09.21 12:00 (Intervention für Ilse Galleisky)
- Indikationsprüfung Antidementivum**  
offen Fälligkeit: 28.09.21 12:00 (Intervention für Ilse Galleisky)

