

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. J. Wiltfang)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Evaluation des Göttinger
Kooperationsprojekts FIDEM (Frühe
Informationen und Hilfen bei Demenz):
Projekt-Etablierung und Erfahrungen
von ärztlichen sowie nicht-ärztlichen
Beteiligten**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Lea Kristin Oberbach

aus

Bergisch Gladbach

Göttingen 2023

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer*in: PD Dr. rer. nat. M. Belz

Ko-Betreuer*in: Prof. Dr. med. E. Hummers

Prüfungskommission

Referent*in: PD Dr. rer. nat. M. Belz

Ko-Referent*in: Prof. Dr. med. E. Hummers

Drittreferent*in: Prof. Dr. med. R. Dressel

Datum der mündlichen Prüfung: 27.02.2024

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel „Evaluation des Göttinger Kooperationsprojekts FIDEM (Frühe Informationen und Hilfen bei Demenz): Projekt-Etablierung und Erfahrungen von ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Beteiligten" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den.....

.....

(Unterschrift)

Die Daten, auf denen die vorliegende Arbeit basiert, wurden teilweise publiziert:

Demmer I, Belz M, **Oberbach L**, Hummers E, Wiltfang J, Bartels C (2023): Evaluation zur Zufriedenheit mit und Be-/Entlastung durch ein hausarztzentriertes Demenzversorgungsmodell: Frühe Information und Hilfen bei Demenz (FIDEM) in Göttingen. *Nervenarzt* 94, 1034–1042

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Epidemiologie, Definition, Einteilung und Behandlung von Demenz	1
1.2 Ambulante Versorgungsstrukturen für Demenzbetroffene und Angehörige	3
1.2.1 Der/die Hausarzt*in in der Demenzversorgung: Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Lösungsansätze	3
1.2.2 Die Rolle nicht-ärztlicher Behandlungs- und Unterstützungsangebote in der Demenzversorgung.....	7
1.2.3 Erfahrungen von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen in der ambulanten Demenzversorgung.....	10
1.2.4 Projekte zur ambulanten Demenzversorgung in Deutschland.....	13
1.3 Fragestellungen der Arbeit.....	18
2 Methoden	21
2.1 Projektetablierung (deskriptiver Teil).....	21
2.2 Evaluation der Implementierung des Versorgungsmodells FIDEM (quantitative Evaluation)	21
2.2.1 Beschreibung der Fragebögen.....	22
2.2.2 Statistische Auswertung.....	25
2.3 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission.....	28
3 Ergebnisse.....	29
3.1 Deskriptive Darstellung der Etablierung des Kooperationsprojekts und Versorgungsmodells FIDEM Göttingen.....	29
3.1.1 Vergleich des Versorgungsmodells FIDEM Göttingen mit den Vorgängerprojekten FIDEM I und II	29
3.1.2 Implementierung von FIDEM Göttingen	38
3.2 Quantitative Evaluation des Versorgungsmodells FIDEM Göttingen	45
3.2.1 In welchem Umfang kam das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen zur Anwendung?.....	45
3.2.2 Wie stellte sich die Zufriedenheit der Projekt-Teilnehmenden mit FIDEM Göttingen und einzelnen Aspekten davon dar?.....	54
3.2.3 Wie stellte sich die Be- oder Entlastung der Teilnehmenden durch FIDEM Göttingen dar?.....	61
3.2.4 Wie wurde die Weitervermittlung von Patient*innen über FIDEM Göttingen wahrgenommen?.....	63
4 Diskussion.....	72
4.1 Interpretation der Daten	72
4.1.1 Inwiefern unterschied sich das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen von den Modellprojekten FIDEM I und II?	72

4.1.2	Wie wurde das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen implementiert?	75
4.1.3	In welchem Umfang kam das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen zur Anwendung?.....	77
4.1.4	Wie stellte sich die Zufriedenheit der Projekt-Teilnehmenden mit FIDEM Göttingen und einzelnen Aspekten des Projekts dar?	80
4.1.5	Wie stellte sich die Be- oder Entlastung der Teilnehmenden durch FIDEM Göttingen dar?.....	82
4.1.6	Wie wurde die Weitervermittlung von Patient*innen über FIDEM Göttingen wahrgenommen?.....	83
4.2	Vergleich der Ergebnisse der Evaluation mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen von FIDEM I.....	87
4.3	Vergleich der Ergebnisse der Evaluation mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen von FIDEM II	88
4.4	Stärken und Schwächen der Arbeit und der Evaluation der Implementierung von FIDEM Göttingen	90
4.5	Schlussfolgerung.....	93
5	Zusammenfassung.....	95
6	Anhang	97
6.1	FIDEM-Fragebogen für Hausarztpraxen.....	97
6.2	FIDEM-Fragebogen für nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen.....	102
6.3	Flyer FIDEM Niedersachsen/FIDEM Göttingen	107
6.4	Vermittlungspfad FIDEM Göttingen.....	108
6.5	FIDEM-Faxformular zur Patientenvermittlung.....	109
7	Literaturverzeichnis	110
	Danksagung	120

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel einer Frage im Fragebogen für die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit intervallskalierten Antworten.....	23
Abbildung 2: Beispiel einer Frage im Fragebogen der Hausarztpraxen mit nominalskalierten Antworten.....	23
Abbildung 3: Beispiel einer Frage im Fragebogen der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen zur Arbeitszufriedenheit mit numerischer Antwortskala	23
Abbildung 4: Beispiel einer Frage im Fragebogen der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen zur Zufriedenheit mit FIDEM mit numerischer Antwortskala.....	24
Abbildung 5: Beispiel einer Frage aus dem Fragebogen der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit numerischer, bipolarer Antwortskala.....	25
Abbildung 6: Anzahl der anwesenden Personen beim Eröffnungstreffen	39
Abbildung 7: Anzahl der an FIDEM Göttingen teilnehmenden Kooperationspartner*innen aller Netzwerke im Herbst 2019.....	46
Abbildung 8: Verteilung der an FIDEM Göttingen teilnehmenden Einrichtungen aller Netzwerke im Herbst 2019 auf Stadt und Landkreis Göttingen	47
Abbildung 9: Gesamtanzahl der Teilnahmen der Kooperationspartner*innen an den Netzwerktreffen, geordnet nach Netzwerktreffen in der Stadt Göttingen und dem Landkreis Göttingen.....	50
Abbildung 10: Anzahl der Teilnahmen an den Netzwerktreffen, geordnet nach Netzwerktreffen in der Stadt Göttingen und dem Landkreis Göttingen sowie nach Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen	51
Abbildung 11: Anzahl ausgewerteter ärztlicher Fragebögen zu den Messzeitpunkten sowie die Gesamtanzahl	52
Abbildung 12: Anzahl ausgewerteter Fragebögen nicht-ärztlicher Kooperationspartner*innen zu den Messzeitpunkten sowie die Gesamtanzahl	53
Abbildung 13: Anzahl ausgewerteter Fragebögen nicht-ärztlicher Kooperationspartner*innen geordnet nach Berufsgruppen	54
Abbildung 14: Mittlere Arbeitszufriedenheiten der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen	57
Abbildung 15: Mittlere Zufriedenheiten der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit einzelnen Dimensionen von FIDEM	59
Abbildung 16: Be- und Entlastung der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen durch FIDEM.....	62
Abbildung 17: Gründe für eine Informierung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen über FIDEM.....	64
Abbildung 18: Gründe für eine Einwilligung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen in eine Weitervermittlung über FIDEM.....	65
Abbildung 19: Gründe für eine Ablehnung der Weitervermittlung über FIDEM durch Patient*innen bzw. ihre Angehörigen.....	66
Abbildung 20: Anzahl vermittelter Patient*innen außerhalb von FIDEM über die verschiedenen Vermittlungswege.....	67
Abbildung 21: Schwierigkeiten von Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen bei der Vermittlung von Patient*innen in FIDEM-	68
Abbildung A1: FIDEM-Fragebogen für Hausarztpraxen	101
Abbildung A2: FIDEM-Fragebogen für nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen.....	106
Abbildung A3: Flyer FIDEM Niedersachsen/FIDEM Göttingen.....	107
Abbildung A4: Vermittlungspfad FIDEM Göttingen.....	108
Abbildung A5: FIDEM-Faxformular zur Patientenvermittlung.....	109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über im Verlauf gleichbleibende Elemente in den Fragebögen	27
Tabelle 2: Gesamtzahl der Teilnahmen über alle Netzwerktreffen hinweg geordnet nach Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen	48
Tabelle 3: Gesamtzahl der Teilnahmen über alle Netzwerktreffen hinweg geordnet nach Berufsgruppen	48
Tabelle 4: Teilnahmen an den einzelnen Netzwerktreffen geordnet nach Berufsgruppen	49
Tabelle 5: Mittlere Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit einzelnen Dimensionen der Arbeit	55
Tabelle 6: Korrelationen der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden	55
Tabelle 7: Korrelationen der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit den Messzeitpunkten	56
Tabelle 8: Mittlere Zufriedenheit der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit einzelnen Dimensionen von FIDEM	58
Tabelle 9: Korrelationen der Zufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit einzelnen Dimensionen von FIDEM mit den Messzeitpunkten	59
Tabelle 10: Korrelationen der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit den Dimensionen der Zufriedenheit mit FIDEM	60
Tabelle 11: Mittlere Be-/Entlastung der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen durch einzelne Aspekte des Projekts FIDEM	62
Tabelle 12: Korrelationen der Dimensionen der Be-/Entlastung der FIDEM-Teilnehmenden durch einzelne Dimensionen von FIDEM mit den Messzeitpunkten	63
Tabelle 13: Kategorisierung der Freitextantworten bezüglich der vorgeschlagenen Maßnahmen/Veränderungen zur Verbesserung der Vermittlung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen in FIDEM	69
Tabelle 14: Freitextantworten der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen bezüglich der Maßnahmen/Veränderungen zur Verbesserung der Kooperation mit den anderen Netzwerkpartner*innen	71

Abkürzungsverzeichnis

ACP	<i>advance care planning</i> , vorausschauende Versorgungsplanung
ÄKN	Ärztekammer Niedersachsen
ambet	Ambulante Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen
AZUA	Angebote zur Unterstützung im Alltag
BPSD	<i>Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia</i> , psychische und Verhaltenssymptome bei Demenz
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
FIDEM	Frühe Information und Hilfen bei Demenz
GLM	<i>general linear model</i> , generalisiertes lineares Modell
HED-I	Häusliche Ergotherapie bei Demenz – Interventionsprogramm
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
MFA	Medizinische Fachangestellte
MMST	Mini Mental Status Test
NBA	Niedrigschwellige Betreuungsangebote
NBEA	Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote
ULTDEM	Ulmer Leuchtturmprojekt
UMG	Universitätsmedizin Göttingen
SPN	Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen

1 Einleitung

1.1 Epidemiologie, Definition, Einteilung und Behandlung von Demenz

Die Diagnose und Behandlung von Demenz stellt das Gesundheitssystem angesichts der hohen und weiter steigenden Anzahl an Demenzbetroffenen vor eine Herausforderung: 2018 betrug die Prävalenz von Demenz in der Gesamtbevölkerung etwa 1,91%, welche Schätzungen zufolge bis 2050 auf etwa 3,43% zunehmen wird (Alzheimer Europe 2019). Epidemiologische Forschungsergebnisse lassen eine weltweite Demenzprävalenz von etwa 81,1 Millionen im Jahr 2040 vermuten (Ferri et al. 2005). Hauptursache für diese Zunahme ist das Altern der Bevölkerung: Demenzen nehmen mit steigendem Alter stark zu; selbst bei über 90-Jährigen lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Erkrankung verzeichnen (Corrada et al. 2010).

Der Begriff des dementiellen Syndroms beschreibt laut ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) das kombinierte Auftreten einer Gedächtnisstörung, einer Einschränkung in mindestens einem anderen kognitiven Bereich sowie einer daraus resultierenden Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens. Symptome einer Demenz können bspw. Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, ein eingeschränktes Urteilsvermögen, Störungen des formalen Denkens oder Persönlichkeitsveränderungen sein (Ebert 2008). Dazu kommen psychische und Verhaltenssymptome (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD*), wie z. B. Apathie, Depression oder erhöhte Reizbarkeit (Lyketsos et al. 2002).

Man unterscheidet zwischen primären Demenzformen, zu denen bspw. die Alzheimer-Demenz und die Frontotemporale Demenz gehören, und den sekundären Demenzen, welche Demenzformen bei unterschiedlichen Grunderkrankungen darstellen (Krämer und Förstl 2008). Die größte Gruppe der Demenzerkrankungen wird durch die Alzheimer-Demenz repräsentiert, welche etwa die Hälfte der Demenzdiagnosen darstellt. Die Prävalenz der Alzheimer-Demenz beträgt etwa 11% bei Menschen zwischen 80 und 90 Jahren. Am zweithäufigsten sind vaskuläre Demenzen, wobei vor allem bei Menschen über 85 Jahren eine Alzheimer-Demenz und eine vaskulär bedingte Demenz in Form einer Mischdemenz häufig auch gemeinsam auftreten. Weitere häufige Demenzerkrankungen sind die Demenz bei Morbus Pick (Frontotemporale Demenz) oder bei Erkrankungen aus dem Parkinson-Spektrum. Auch infektiös-entzündliche, genetische, nutritiv-toxische Ursachen oder Traumata können zu einer Demenz führen (sekundäre

Demenzen). Je nach zugrundeliegender Ätiologie ist der Verlauf variabel; die Beschwerden können bei reversiblen Ursachen zurückgehen, in einigen Fällen stagnieren und insbesondere bei den primären Demenzen fortschreiten (Berger 2019).

In der S3-Leitlinie Demenzen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) wird die Kombination einer Pharmakotherapie mit psychosozialen Interventionen als Therapiestrategie hervorgehoben. Diese richtet sich explizit nicht nur an Betroffene, sondern auch an ihre Angehörigen. Neben der Therapie behandelbarer Demenzursachen (z. B. Hirntumore) stehen laut Leitlinie als medikamentöse Maßnahmen zur Symptomreduktion einige Medikamente zur Verfügung. Für die Behandlung der kognitiven Symptomatik und die Verbesserung der Alltagsfunktionen bei der Alzheimer-Demenz sind Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin, ein nichtkompetitiver NMDA-Antagonist (N-Methyl-D-Aspartat-Antagonist), zugelassen. Weiterhin kann der Einsatz von Ginkgo Biloba in Erwägung gezogen werden. Ein Acetylcholinesterase-Hemmer – Rivastigmin – ist zudem auch für die Behandlung der Parkinson-Demenz zugelassen. Primär- und sekundärpräventiv sollten vaskuläre Risikofaktoren für die Entstehung einer Demenz frühzeitig behandelt bzw. reduziert werden, z. B. durch eine frühzeitige Behandlung von Diabetes mellitus, eine ausgewogene Ernährung und körperliche Betätigung. Zur Behandlung von BPSD kommen als medikamentöse Therapieoptionen verschiedene Psychopharmaka in Frage, z. B. Antidepressiva oder Neuroleptika (DGPPN, DGN 2016).

Es gibt laut Leitlinie neben der pharmakologischen Therapie aber auch eine Fülle an nicht-medikamentösen Strategien, die sog. psychosozialen Interventionen. Dazu gehören unter anderem Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung, der Einsatz von Merkhilfen, kognitive Trainings, Verhaltenstherapie, Angehörigenbetreuung, sensorische Verfahren, Ergotherapie oder Bewegungstherapien (Hüll und Voigt-Radloff 2008). So gibt es in der S3-Leitlinie Demenzen eine Positiv-Empfehlung für den Einsatz kognitiver Stimulation. Außerdem werden positive Effekte von Reminiszenzverfahren (d. h. die Aktivierung des autobiographischen Gedächtnisses) unter anderem auf Kognition und Lebensqualität von Demenzbetroffenen hervorgehoben. Auch Ergotherapie mit Einbeziehung von Bezugspersonen wird explizit empfohlen. Interventionen mit offener Empfehlung sind bspw. Musik- oder Aromatherapien (DGPPN, DGN 2016).

1.2 Ambulante Versorgungsstrukturen für Demenzbetroffene und Angehörige

1.2.1 Der/die Hausarzt*in in der Demenzversorgung: Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Lösungsansätze

Obwohl der/die Allgemeinmediziner*in eine wichtige Rolle in der Demenzversorgung spielt, da er/sie meist primäre*r Ansprechpartner*in für die Patient*innen ist und diese oft über eine lange Lebensspanne hinweg betreut, ist Demenz laut einer Studie in Deutschland eine in der Hausarztpraxis unterdiagnostizierte Erkrankung (Eichler et al. 2014). Dabei stellt die Demenzdiagnose eine wichtige Voraussetzung für den Zugang zu einer an die Erkrankung angepassten Behandlung und Unterstützung dar.

Schwierigkeiten in der hausärztlichen Demenzversorgung umfassen verschiedene Faktoren; dazu gehören unter anderem ein mangelndes grundlegendes Wissen über die Erkrankung, Schwierigkeiten in der Diagnostik, die Diagnoseübermittlung und die Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen sowie die anschließende Versorgung der Patient*innen:

In einer Schweizer Studie gaben Allgemeinmediziner*innen insbesondere Schwierigkeiten in der Demenzdiagnostik und weiterführenden Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund sowie in der pharmakologischen Demenzbehandlung und im Umgang mit Suizidgedanken an. Nur die Hälfte der befragten Hausarzt*innen war der Meinung, dass es ausreichend lokale Unterstützungsangebote für Demenzbetroffene gebe (Giezendanner et al. 2018). Mehrere Studien in verschiedenen Ländern konnten zeigen, dass auch andere Allgemeinmediziner*innen Schwierigkeiten in Bezug auf Diagnostik und das weitere Vorgehen bei Demenzbetroffenen haben (Heim et al. 2019, Pucci et al. 2004, Turner et al. 2004). Auch wird zum Teil von Wissenslücken bezüglich Demenzerkrankungen und ihrer Vorstufen berichtet (Imre et al. 2019). Dabei wird besonders das Vertrauen von Hausarzt*innen in ihr Wissen und ihre Fähigkeiten bezüglich Demenzen als wichtig für eine umfassende Diagnostik und weiterführende Versorgung von Demenzbetroffenen angenommen (Harmand et al. 2018).

Unter anderem kann die Sorge bei Hausarzt*innen bezüglich emotionaler Auswirkungen und Stigmatisierung, die Betroffene durch die Diagnose erleben könnten, zu Unsicherheiten in der Diagnoseoffenbarung führen, wie die Befragung englischer Allgemeinmediziner*innen ergab (Gove et al. 2016). Eine gefühlte Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit der Ärzt*innen gegenüber der Demenzdiagnose von Patient*innen sind weitere Schwierigkeiten, die zu dieser Vermeidungshaltung beitragen können (Engberink et al. 2013, Gove et al. 2016).

Als zusätzliche Probleme in der Demenzversorgung wurden in einer irischen Befragungsstudie von Allgemeinmediziner*innen ein unzureichendes Verständnis für die Erkrankung seitens Angehöriger, Pflegender, Fachkräfte im Gesundheitswesen und in der Allgemeinbevölkerung sowie ein Zeitmangel in der Versorgung beklagt (Carter et al. 2017).

Viele Hausarzt*innen sehen einen Bedarf an Weiterbildungen zum Thema Demenz, an Informationen über Vermittlungsmöglichkeiten von Demenzbetroffenen an Unterstützungsangebote und an interdisziplinärer Zusammenarbeit:

In einer englischen Studie wiesen Ärzt*innen in der Facharztausbildung zum/zur Allgemeinmediziner*in den Hausarzt*innen eine Schlüsselfigur in der Demenzversorgung zu. Es wurde jedoch angegeben, dass vielen in ihrer Ausbildung jegliche Unterweisung bezüglich der Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis und des weiteren Vorgehens nach der Diagnose fehle. Es wurde beschrieben, dass besonders Schwierigkeiten in der Koordination von Unterstützungsangeboten für Demenzbetroffene und pflegende Angehörige sowie im Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Menschen mit Demenz vorlägen (Tang et al. 2018). Bei einer Befragung irischer Allgemeinmediziner*innen habe ein Großteil der Teilnehmenden noch nie eine spezifische Fortbildung zum Thema Demenz erhalten, und es wurde ein starker Bedarf nach einer solchen geäußert. Als problematisch wurden insbesondere die Unterscheidung zwischen einem physiologischen, normalen Alterungsprozess und Demenz, das Vertrauen in die eigenen diagnostischen Fähigkeiten sowie die Auswirkungen der Demenzdiagnose für die Betroffenen dargestellt (Cahill et al. 2006).

Zudem wurde ein Bedarf an klar strukturierten Vermittlungspfaden für Hausarzt*innen zur Versorgung von Demenzbetroffenen insbesondere mit psychischen und Verhaltenssymptomen geäußert; oft fehle auch eine gute Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, sodass eher eine isolierte statt einer interdisziplinären Versorgung stattfinde (Jennings et al. 2018). Auch ein Mangel an lokalen Unterstützungsangeboten wurde von Hausarzt*innen in verschiedenen Studien als Hürde angegeben (Carter et al. 2017, Turner et al. 2004). Zwar schien die Mehrheit der Hausarzt*innen laut einer Befragungsstudie in Hamburg Patient*innen mit Demenz über nicht-ärztliche Unterstützungsangebote, wie die Inanspruchnahme einer häuslichen Pflege oder Leistungen der Pflegeversicherung, zu informieren. Jedoch handelte es sich häufig um eine eher allgemeine Beratung zu diesen Themen; weniger wurden in solchen Gesprächen konkrete Einrichtungen, an die sich Betroffene wenden können, angesprochen. Andere Bereiche, wie Selbsthilfegruppen oder Leistungen für Pflegepersonen, wurden kaum thematisiert. Auch über lokale Beratungsangebote wurde selten gesprochen. Als Verbesserungsmöglichkeiten sahen die befragten Ärzt*innen insbesondere die Bereitstellung von Kontaktpersonen und -adressen sowie

Informationsmaterialien von den verschiedenen Angeboten für Demenzbetroffene in der Umgebung an (Cording et al. 2019).

Es gibt mehrere Lösungsansätze, mit welchen eine Unterstützung der Hausärzt*innen in der Demenzversorgung erreicht werden könnte:

So wurden im Rahmen einer Studie in Deutschland Fortbildungen für Hausärzt*innen durchgeführt, um deren Fähigkeiten zur Kommunikation mit Betroffenen und ihren Angehörigen über Demenz zu verbessern. Insbesondere wurde auf eine Wissensvermittlung über die Demenzerkrankung und eine Entstigmatisierung sowie eine verstärkte Vermittlung von Patient*innen an Unterstützungsangebote – wie z. B. Beratungsangeboten oder Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz – seitens der Hausärzt*innen abgezielt. Die Fortbildungen führten zu einer Reihe positiver Auswirkungen, die sich zum Großteil sowohl direkt im Anschluss als auch ein Jahr nach der Fortbildung verzeichnen ließen. Dazu gehörte unter anderem eine selbstberichtete Zunahme der eigenen Kompetenzen in Bezug auf Demenzdiagnostik und -behandlung, der Wahrnehmung therapeutischer Optionen und der Fähigkeiten in der Kommunikation mit Angehörigen. Außerdem gaben Hausärzt*innen an, auch ein Jahr nach der Fortbildung ihren Patient*innen die Inanspruchnahme weitergehender Unterstützungsangebote und Selbsthilfegruppen im Anschluss an die Demenzdiagnose deutlich häufiger anzuraten. Auch das Gefühl, Teil eines wirksamen Netzwerks in der Demenzversorgung zu sein, hielt bei den Studienteilnehmer*innen längerfristig an (Kaduszkiewicz et al. 2009).

In einer weiteren Studie konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Fortbildungsmaßnahmen für Hausärzt*innen und Praxismitarbeitende eine gute Möglichkeit darstellen, um das Bewusstsein für die Bedeutung der Demenzdiagnose für Betroffene und das Verständnis für eine individualisierte Demenzversorgung zu erhöhen (Edwards et al. 2015). Dem gegenüber steht das Ergebnis einer Studie aus Großbritannien, dass aus Fortbildungsmaßnahmen, Leistungszuzahlungen für Hausärzt*innen und der Begünstigung der Ausbildung eines Netzwerks von Gedächtnisambulanzen durch den britischen Staat keine Erhöhung der dokumentierten Demenzfälle oder der Einbindung von Gedächtnisambulanzen resultierte (Ilfie und Wilcock 2017).

Das nicht-ärztliche Personal in Hausarztpraxen brachte in Interviews im Rahmen einer deutschen Studie häufig eine zusätzliche Bereitschaft mit, die Allgemeinmediziner*innen in der Demenzdiagnostik zu unterstützen. Dennoch werde diese Möglichkeit der Unterstützung von Hausärzt*innen selten genutzt, und es bestehe potenziell eine Unsicherheit beim Praxispersonal, eine beginnende Demenz zu erkennen. Mögliche Strategien zur Einbeziehung des Praxispersonals in der Demenzdiagnostik sind Schulungen oder eine engere gemeinsame Betreuung älterer Patient*innen durch Hausärzt*in und Praxispersonal (Wangler et al. 2019).

Auch speziell zur Förderung der Demenzdiagnostik gibt es Lösungsansätze: In Deutschland gab es zwischen 2012 und 2014 einen drastischen Anstieg von 73% an Demenzdiagnosen in Hausarztpraxen. Dieser Anstieg könnte möglicherweise auch auf eine Umstrukturierung in der Abrechnungsfähigkeit diagnostischer Maßnahmen zurückzuführen sein, da es im Rahmen einer gesetzlichen Änderung seit 2013 vermehrt finanzielle Anreize für Hausarzt*innen zur Durchführung demenzspezifischer psychometrischer Tests gab. Die damals eingeführte Pflegestufe 0 sah zudem finanzielle Unterstützung für Menschen mit Demenz vor. Dies lässt vermuten, dass eine bessere Vergütung demenzspezifischer Diagnostik in Hausarztpraxen die Diagnoserate und – in Verbindung mit Pflegeleistungen – Versorgungsqualität steigern kann (Michalowsky et al. 2018).

Auch die Bereitstellung von Indikatoren einer Demenzerkrankung könnte Hausarzt*innen in der Demenzdiagnostik unterstützen. Dazu zählen bspw. kognitive Screening-Tests. Die jährliche Durchführung solcher Tests wurde in einer französischen Interviewstudie von vielen Hausarzt*innen zwar als sinnvoll angesehen, allerdings selten in dieser Frequenz umgesetzt (Gaborreau et al. 2014). Ein anderes Hausärztekollektiv hingegen gab an, den Mini Mental Status Test (MMST; engl. *Mini Mental State Examination*, MMSE) als nicht immer nützlich zur Demenzabklärung anzusehen (Hansen et al. 2008). In einer deutschen Interventionsstudie wurde herausgefunden, dass hohe Punktzahlen im MMST eine Demenzerkrankung vor dem Blick von Hausarzt*innen verschleiern können (Eichler et al. 2014). Patient*innen mit dem/der Hausarzt*in gegenüber offenbarten subjektiven Kognitionseinschränkungen hingegen gingen in einer dänischen prospektiven Kohortenstudie mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Demenzdiagnose in der Zukunft einher. Diese von Patient*innen geäußerten Kognitionseinschränkungen könnten somit als zusätzlicher Indikator in Zusammenschau mit weiterer Anamnese und Untersuchung zur Identifizierung vulnerabler Patient*innen in der Hausarztpraxis dienen (Waldorff et al. 2012), die in Folge frühzeitig einer Versorgung zugeführt werden könnten.

Hausarzt*innen wird auch eine wichtige Rolle im *advance care planning* (ACP) von Demenzpatient*innen zugesprochen (Bally et al. 2020, Piers et al. 2018). ACP stellt ein Konzept dar, bei welchem die Patientenwünsche bezüglich zukünftiger Behandlungen durch regelmäßigen Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und medizinischen Fachpersonen dokumentiert und kontinuierlich reevaluiert werden (Piers et al. 2018). Allerdings wird ACP selten angewandt, da seitens der Hausarzt*innen häufig Unsicherheiten bestehen, bspw. in Form von Schwierigkeiten in der Wahl des richtigen Zeitpunkts für die Initiierung von ACP oder in Form von Abstreiten der Demenzdiagnose durch Betroffene (De Vleminck et al. 2014; Tilburgs et al. 2018). Weitere Probleme stellen ein Zeitmangel seitens der Hausarzt*innen und der Wunsch

einiger Demenzbetroffenen, ACP erst bei Auftreten von Komplikationen zu etablieren, dar (Tilburgs et al. 2018). Eine Informierung von Demenzbetroffenen über ACP und eine Initiierung des Konzepts durch nicht-ärztliche Fachpersonen bspw. aus Beratungsstellen könnte demnach einen Ansatz zur Entlastung von Hausärzt*innen darstellen.

1.2.2 Die Rolle nicht-ärztlicher Behandlungs- und Unterstützungsangebote in der Demenzversorgung

Nicht-ärztliche Unterstützungs- und Behandlungsangebote wie Beratungsstellen oder Ergotherapie spielen eine große Rolle in der Demenzversorgung. In der S3-Leitlinie Demenzen werden als wesentlicher Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans neben der Pharmakotherapie die psychosozialen Interventionen für die Patient*innen unter Einbezug ihrer Angehörigen aufgeführt. Zu den psychosozialen Interventionen zählen beispielsweise Ergotherapie, sensorische Verfahren, körperliches Training, Förderung der Kognition, künstlerisch-therapeutische Behandlungsansätze sowie angehörigebasierte Verfahren (DGPPN, DGN 2016).

Ergotherapie wird in der Leitlinie mit Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib empfohlen, wobei die Einbeziehung pflegender Angehöriger in die ergotherapeutische Behandlung positive Effekte auf die psychische Beanspruchung dieser haben könne. Die Ergotherapie soll nach Möglichkeit im häuslichen Umfeld der Demenzbetroffenen stattfinden und individuell angepasst werden (DGPPN, DGN 2016). Zur Wirksamkeit der Ergotherapie liegen diverse Studien vor. So kann Ergotherapie bspw. einen positiven Effekt auf kognitive Funktionen, Lebensqualität und neuropsychiatrische Auffälligkeiten von Demenzbetroffenen haben sowie die Belastung von pflegenden Personen und das notwendige Ausmaß an Pflege durch direkte Bezugspersonen verringern – insbesondere, wenn sich die Patient*innen in einem frühen Demenzstadium befinden (Pimouguet et al. 2017). Dabei scheint es bestimmte Faktoren zu geben, die die Wirkung von Ergotherapie erhöhen. Dazu gehört potenziell die Anpassung der Umgebung der Patient*innen an ihre Bedürfnisse, bei Bedarf mit der Verschreibung von Hilfsmitteln. Auch die Vermittlung von Problemlösestrategien zur Bewältigung von Alltagstätigkeiten und die Unterichtung von Pflegenden mit dem Ziel der Förderung des Verständnisses für die Erkrankung und eines angemessenen Umgangs mit Betroffenen sind als sinnvoll zu bezeichnen (Laver et al. 2017).

Es gibt spezielle ergotherapeutische Interventionen für Menschen mit Demenz, die insbesondere die individuellen Lebensumstände und die eigene Häuslichkeit der Demenzbetroffenen mit einbeziehen. Ein Beispiel stellt die Kurzzeitintervention „Häusliche Ergotherapie bei Demenz – Interventionsprogramm“ (HED-I) dar. HED-I wurde aufgrund der in internationalen Studien

nachgewiesenen Wirksamkeit häuslicher Ergotherapie in Deutschland entwickelt. Dabei besteht eine Intervention aus 20 Therapieeinheiten und soll Demenzbetroffene zur Teilnahme an Alltagsaktivitäten befähigen. Das Programm beinhaltet klientenzentrierte und betätigungsorientierte Bestandteile. Für die Durchführung des HED-I ist die Absolvierung einer speziellen und kostenpflichtigen Schulung notwendig (Flotho und Sibold 2021). Ein weiteres Beispiel neben dem Vorgehen bei HED-I stellt COPE (*Care of Persons with Dementia in their Environment*) dar. Dies bezeichnet ein Programm, welches das Funktionsniveau von Demenzbetroffenen sowie die Lebensqualität der Patient*innen und ihrer Pflegenden erhöhen soll. Dabei werden Umweltfaktoren, die einen Stressfaktor darstellen, adressiert, um die funktionellen Fähigkeiten und die Aktivität der Patient*innen zu erhöhen und gleichzeitig die Last für pflegende Personen zu reduzieren (Gitlin et al. 2010). In einer qualitativen Studie wurde unter anderem eine Stärkung des Vertrauens in die eigenen Problemlösefähigkeiten sowie eine subjektiv wahrgenommene Verbesserung der ambulanten Betreuung der Demenzbetroffenen seitens der pflegenden Personen durch das Programm verzeichnet (Rahja et al. 2020).

Jedoch gibt es Ergotherapeut*innen, die von Vorurteilen sowohl bei Patient*innen als auch bei Ärzt*innen gegenüber ihrer Arbeit mit Demenzbetroffenen berichten und dies mit mangelndem Wissen über die ergotherapeutische Tätigkeit begründen. Dies kann ein Problem in der Demenzversorgung darstellen (Frankenstein und Jahn 2020). Dementsprechend scheint eine Unterrichtung von Ärzt*innen bezüglich der Aufgaben und des Nutzens von Ergotherapie eine wichtige Maßnahme darzustellen. Über Hausärzt*innen können so auch Demenzbetroffene über die Vorteile von Ergotherapie als Teil des Therapiekonzepts informiert und Vorurteile abgebaut werden.

Zu beachten ist, dass ergotherapeutische Leistungen im Gegensatz zu den anderen psychosozialen Maßnahmen von Vertragsärzt*innen oder Vertragspsychotherapeut*innen verordnet werden müssen (Deutscher Verband Ergotherapie 2022).

Die Anwendung von kognitiver Stimulation und von Reminiszenzverfahren wird in der S3-Leitlinie Demenzen dem Empfehlungsgrad B (Evidenzebene IIb) zugeordnet. Außerdem soll körperliche Aktivität entsprechend der Leitlinie empfohlen werden (Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib), allerdings liegen keine Empfehlungen für bestimmte Verfahren vor (DGPPN, DGN 2016). Körperliche Aktivität kann in sämtlichen Demenzstadien förderlich sein und zu erhöhten Ganggeschwindigkeiten, funktioneller Mobilität und Balance bei Demenzbetroffenen führen (Blankevoort et al. 2010) und es kann dadurch möglicherweise auch eine Verbesserung in der Ausübung von Alltagsaktivitäten und so eine Förderung der Selbstständigkeit von De-

menz betroffenen erzielt werden. Ein aerobes Trainingsprogramm mit moderater bis hoher Intensität konnte in einer Studie neuropsychiatrische Symptome bei Patient*innen mit milder Alzheimer-Demenz reduzieren (Hoffmann et al. 2015).

Für Musiktherapie gibt es in der Leitlinie eine Kann-Empfehlung (Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene IIa) (DGPPN, DGN 2016). Es gibt Hinweise, dass sowohl Musiktherapien als auch verhaltensorientierte Techniken zur Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen geeignet sind (Abraha et al. 2017). Weitere künstlerische Interventionen, für die positive Effekte bei Demenz vermutet werden, aber nicht genügend Evidenz für eine Empfehlung vorliegt, sind Kunst- und Tanztherapien. Für Aromatherapien und multisensorische Verfahren existieren Kann-Empfehlungen (Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene Ib), wohingegen es keine Empfehlungen für Massagen/Berührungen oder für Lichttherapien gibt (DGPPN, DGN 2016). Für viele, häufig multimodale Angebote mit Therapieelementen wie kognitive Stimulation, körperliche Aktivität, Ergo-, Physio- oder Kunsttherapie wurden in einzelnen Studien positive Effekte auf verschiedene Zielgrößen wie die kognitiven Funktionen von Demenzbetroffenen oder die Belastung von Pflegepersonen gefunden (Schiffczyk et al. 2013, Shigihara et al. 2020). Wenn es Einrichtungen in der Nähe einer Hausarztpraxis gibt, die solche oder ähnliche Therapien für Demenzbetroffene anbieten, ist es sinnvoll, dass die Hausärzt*innen über die vorhandenen Unterstützungsangebote informiert sind, damit sie bei Bedarf die Vermittlung ihrer Patient*innen an diese Angebote initiieren können.

Auch die Schulung von Angehörigen von Demenzbetroffenen in Hinblick auf psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz soll laut Leitlinie als Therapiebestandteil angeboten werden (Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib). Des Weiteren werden strukturierte Angebote für pflegende Angehörige von Demenzbetroffenen empfohlen (Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia), die unter anderem die Belastung der Bezugspersonen verringern sollen (DGPPN, DGN 2016). Dazu gehören Angebote zur Unterstützung im Alltag (AZUA), die bspw. durch Leistungen der Pflegeversicherung finanziert werden können. Aufgabe der AZUA ist die Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens, bspw. durch hauswirtschaftliche Hilfeleistungen im direkten Umfeld der Betroffenen. Die Angebote der AZUA lassen sich z. B. über die Pflegeberatung der Pflegekasse oder einen örtlichen Senioren- und Pflegestützpunkt finden (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2022; Bundesministerium für Gesundheit 2022). Die Pflegeberater*innen erörtern mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Pflegeversicherung, informieren über Leistungen und Angebote und stellen den Grad der Hilfsbedürftigkeit fest (Bundesministerium für Gesundheit 2022).

In der Demenzversorgung gibt es auch zunehmend innovative technische/digitale Ansätze, wie bspw. die Interaktion von Demenzbetroffenen mit robotischen Haustieren, welche unter anderem zu einer Stress- und Angstreduktion führen können (Petersen et al. 2017). Sicherlich werden in der Zukunft weitere Verfahren und Therapieansätze in der Demenzversorgung entwickelt werden. Daher ist die Weitervermittlung von Patient*innen bspw. an Beratungsstellen durch den/die Hausarzt*in wesentlich, damit Demenzbetroffene Informationen und Zugang zu aktuellen Behandlungsmethoden bekommen und so eine optimale Versorgung eingeleitet bzw. gewährleistet werden kann.

1.2.3 Erfahrungen von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen in der ambulanten Demenzversorgung

Wie oben beschrieben (siehe Punkt 1.2.2) finden sich zahlreiche positive Effekte durch psychosoziale Interventionen auf die Demenzbetroffenen in Bezug auf verschiedene Zielgrößen in Abhängigkeit des Krankheitsstadiums. Allerdings ist nicht bei allen Demenzpatient*innen eine optimale Behandlung gewährleistet: Um Menschen mit Demenz das Leben im gewohnten häuslichen Umfeld möglichst lange zu ermöglichen und eine Unterbringung in einem Pflegeheim hinauszuzögern oder zu vermeiden, ist eine gute ambulante Versorgung der Patient*innen essenziell, jedoch nicht immer garantiert. So wiesen ältere Menschen mit mittelschwerer Demenz in den USA, die in der eigenen Häuslichkeit leben, laut einer Studie einen schlechteren Gesundheitszustand und mehr Komorbiditäten auf und klagten über mehr Schmerzen als jene, die in Pflegeeinrichtungen lebten (Harrison et al. 2019).

Die Unterversorgung von ambulant betreuten Demenzbetroffenen stellt ein häufiges Problem dar, wobei vor allem nicht-medizinische Bereiche betroffen sind, bspw. die Notfallvorsorge oder Alltagsaktivitäten. Hierbei spielen bestimmte demographische (z. B. ethnische Zugehörigkeit) und sozioökonomische Faktoren (z. B. Höhe des Einkommens) sowohl bei den Demenzbetroffenen als auch bei ihren Betreuungspersonen für die Unterversorgung eine Rolle und sollten somit von Unterstützungsanbietern zur Identifizierung von Personen mit hohem Ausmaß nicht abgedeckter Bedürfnisse berücksichtigt werden (Black et al. 2019).

Einen Lösungsansatz, um die Versorgung von Demenzbetroffenen in Deutschland zu verbessern, stellt die Etablierung interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke dar. Solche Netzwerke, die einen Erhalt oder eine Erhöhung der Lebensqualität der Patient*innen sowie eine Abnahme der Belastung von Pflegenden anstreben, haben einen potenziell stabilisierenden Einfluss auf die Lebensqualität von Demenzbetroffenen (Gräske et al. 2018). Ein Problem ist allerdings, dass

Informations- und Unterstützungsangebote trotz bestehenden Bedarfs häufig von Demenzbetroffenen und/oder ihren Angehörigen abgelehnt werden. So wurde im Ulmer Leuchtturmprojekt Demenz (ULTDEM) Demenzbetroffenen mittels Flyer und teilweise zusätzlich über Telefonkontakt die Teilnahme an der ULTDEM-Studie angeboten. Im Rahmen der Teilnahme erhielt die Interventionsgruppe eine individuelle Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten. Obwohl in Gesprächen mit Betroffenen ein großer Informationsbedarf geäußert wurde, war die Rücklaufquote gering: Nur 16% (238 von 1500) reagierten auf eine Kontaktaufnahme per Flyer, davon waren über ein Drittel Absagen und nur 18,5% Zusagen (restliche 47,5% mit Ausschlusskriterium, d. h. keine Demenz). Bei den 72 Kontaktaufnahmen per Telefon lag die Absagequote bei 75%, und es gab 19,5% Zusagen (restliche 5,5% mit Ausschlusskriterium, d. h. keine Demenz) (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Entsprechend müssen nicht nur geeignete Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Demenzbetroffene angeboten werden, sondern es muss auch nach Möglichkeiten gesucht werden, den Zugang zu den Angeboten zu erleichtern und die Zielgruppe besser zu erreichen und von der Nützlichkeit der Angebote zu überzeugen.

Eine frühzeitige und umfangreiche ambulante Demenzversorgung ist nicht nur notwendig, um Betroffenen eine höchstmögliche Lebensqualität zu ermöglichen, sondern auch, um pflegende Angehörige zu entlasten. Eine in Deutschland durchgeführte Studie zeigte, dass mehr als 50% der 511 beobachteten Demenzbetroffenen allein lebte und davon mehr als 90% von informellen Pflegenden versorgt wurden (Eichler et al. 2016). Die primäre informelle Betreuungsperson ist in Deutschland im Durchschnitt fünfeinhalb Stunden pro Tag mit der Betreuung beschäftigt – wobei häufig zusätzlich noch weitere informelle Pflegepersonen beteiligt sind, was bedeutet, dass der gesamte zeitliche Betreuungsaufwand höher einzuschätzen ist (Neubauer et al. 2008).

Dabei stellt die Betreuung von Menschen mit Demenz einen Risikofaktor für psychischen Stress und physische Erkrankungen dar (Gilhooly et al. 2016). Pflegende Angehörige von Demenzbetroffenen weisen oftmals eine eingeschränkte Lebensqualität in Bezug auf psychische Gesundheit auf (Gusi et al. 2009, Zhang et al. 2014) und sie berichten von stärkeren depressiven Verstimmungen, stärkerer Überlastung sowie mehr akuten Gesundheitsproblemen als nicht-Pflegende (von Känel et al. 2012). Besonders neuropsychiatrische Symptome bei Demenzbetroffenen können stark zur Belastung der Pflegenden beitragen (Arthur et al. 2018, Cheng 2017, Lucijanić et al. 2020, Zhang et al. 2014). Das Auftreten von vier oder mehr psychischen und Verhaltenssymptomen bei den zu pflegenden Demenzbetroffenen konnte empirisch als Indikator für klinisch relevante Gesundheitsbeeinträchtigungen bei Betreuungspersonen identifiziert werden (Arthur et al. 2018). Psychische und Verhaltenssymptome von Menschen mit Demenz sind

zudem assoziiert mit einer gesteigerten Inanspruchnahme medizinischer Akutversorgung durch ihre Betreuer (Schubert et al. 2008).

Allerdings können funktionelle Beeinträchtigung und Verhaltensauffälligkeiten der zu pflegenden Demenzbetroffenen die psychische Belastung von Betreuungspersonen nicht allein erklären, sondern es ist von einem komplexen und multifaktoriellen Konstrukt auszugehen (Mioshi et al. 2009), auf das auch individuelle Eigenschaften der jeweiligen Demenzbetroffenen und pflegenden Personen Einfluss haben. Zu beachten sind auch Unterschiede in den Belastungsgraden von Pflegenden von Demenzbetroffenen bei verschiedenen Formen der Demenz. So ist bspw. die Betreuung von Menschen mit Frontotemporaler Demenz häufig mit mehr Belastung verbunden als jene von Menschen mit Alzheimer-Demenz (Mioshi et al. 2009).

Bedürfnisse von Pflegenden von Menschen mit Demenz beziehen sich unter anderem auf die eigene Gesundheit, auf Hilfe von anderen sowie Informationen über Demenz und die Pflege von Demenzbetroffenen. Mögliche Lösungsstrategien sind vor allem eine Informationsvermittlung und Schulungen für Betreuungspersonen (Queluz et al. 2020). Sowohl psychosoziale als auch psychoedukative Maßnahmen haben positive Wirkungen auf Betreuungspersonen von Demenzbetroffenen und indirekt auf die Demenzbetroffenen selbst. Problemorientierung sowie soziale und emotionale Unterstützung scheinen dabei Faktoren zu sein, die förderlich für die psychische Gesundheit von Pflegenden sind (Gilhooly et al. 2016). Psychosoziale Maßnahmen können offenbar, bei individuell angepasster Intervention, die Lebensqualität pflegender Angehöriger verbessern (Dahlrup et al. 2014), ebenso wie soziale Unterstützung (Zhang et al. 2014). Psychologische Interventionen wie kognitive Verhaltenstherapien können depressive Symptome bei Betreuungspersonen vermindern (Cheng et al. 2019).

Es existieren inzwischen auch Institutionen, die ihren Fokus verstärkt auf die Unterstützung von pflegenden Angehörigen legen. So gibt es im *Montefiore-Einstein Center for the Aging Brain* in den USA ein Modell, welches Screening-Elemente für erhebliche Stress- oder Depressionssymptome bei Betreuungspersonen enthält. Bei positivem Screening wird automatisch ein Treffen der pflegenden Person mit einem/einer Sozialarbeiter*in angesetzt (Zwerling et al. 2016). Da eine funktionierende Familienstruktur förderlich für die psychische Gesundheit von Pflegenden von Angehörigen mit Demenz ist (Altamirano und Weisman de Mamani 2021), kann auch das familiäre Umfeld ein potenzieller Ansatzpunkt für Interventionen sein.

Neben der psychischen Belastung für pflegende Angehörige ist auch die physische Belastung nicht unerheblich. Studien konnten in diesem Zusammenhang bspw. physiologische und strukturelle Veränderungen als Indikatoren für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bzw. eine veränderte Nierenfunktion zeigen: So ist die Pflege von Menschen mit Alzheimer-Demenz mit

einer erhöhten Intima-Media-Dicke der Arteria carotis interna (zervikales Segment/Bereich der Bifurkation) des/der pflegenden Ehepartner*in assoziiert, wobei die Dauer der Pflege eine positive Korrelation mit der Schichtdicke aufweist (Roepke et al. 2012). Des Weiteren geht die Pflege eines Demenzbetroffenen an sich sowie ein längerer Pflegezeitraum mit erhöhten Spiegelwerten von CRP (C-reaktives Protein) und TNF- α (Tumornekrosefaktor- α) einher (von Känel et al. 2011). Während die Glomeruläre Filtrationsrate von pflegenden Ehepartner*innen laut einer Studie in den USA durch die Pflege nicht beeinträchtigt wird (Studienzeitraum bis zu drei Jahre), kann sie drei Monate im Anschluss an die Unterbringung des/der demenzbetroffenen Ehepartner*in in einem Pflegeheim deutlich sinken (von Känel et al. 2012). Dementsprechend kann eine Unterstützung von pflegenden Angehörigen auch nach Unterbringung des/der betreuten Demenzbetroffenen in einer stationären Pflegeeinrichtung sinnvoll sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nach aktueller Studienlage die ambulante Versorgung von Demenzbetroffenen nicht in ausreichendem Maße vorhanden zu sein scheint, wobei bspw. die Etablierung interdisziplinärer Netzwerke einen möglichen Lösungsansatz darstellt. Zusätzlich sollte auch die Belastung pflegender Angehöriger nicht unterschätzt und in der Demenzversorgung vermehrt berücksichtigt werden.

1.2.4 Projekte zur ambulanten Demenzversorgung in Deutschland

In Deutschland gab und gibt es einige Projekte mit dem Ziel einer Verbesserung der ambulanten Demenzversorgung. Im Folgenden soll eine Auswahl solcher Projekte präsentiert werden, welche wie das Projekt „Frühe Information und Hilfen bei Demenz“ (FIDEM) den Fokus auf eine stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Unterstützungsangebote in die Demenzbehandlung legen.

1.2.4.1 Modellprojekt „Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz“

Von 2016 bis 2018 fand das Projekt „Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz“ im Landkreis Hildesheim statt, welches vom Landkreis Hildesheim getragen wurde. Die Planung, Koordination und Durchführung erfolgten durch das Sozialamt des Landkreises Hildesheim. Finanzielle Förderung erhielt das Projekt über das Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“. Das Projekt hatte die Zielstellung, Hausarztpraxen als aktive Netzwerkpartner*innen zu rekrutieren. Es wurde eine Verbesserung der Demenzversorgung für die Patient*innen und ihre Angehörigen sowie die Entwicklung eines nachvollziehbaren Angebots an Informationen und Kooperationen angestrebt. Dies sollte durch eine frühe Demenzdiagnostik durch den/die Hausarzt*in sowie eine unmittelbare Vermittlung an nicht-ärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote erfolgen (Stender 2018).

Das Projekt wurde im Kontext dreier monatlicher Stammtische des Berufsverbandes der Hausärzt*innen in Hildesheim vorgestellt, an welchen jeweils etwa 20 bis 30 Hausärzt*innen teilnahmen. Zudem wurde eine für das Projekt entwickelte, kostenlose „Informationsmappe Demenz“ an etwa 140 Hausarztpraxen im Landkreis Hildesheim von Mitarbeiter*innen des Senioren- und Pflegestützpunkts Niedersachsen (SPN) persönlich überreicht. Dadurch konnten bereits erste Kontakte für eine potenzielle Zusammenarbeit entstehen und Fragen zum Projekt seitens der Hausärzt*innen durch die SPN-Mitarbeiter*innen direkt beantwortet werden. In der Informationsmappe waren Informationen zu den lokalen ärztlichen und nicht-ärztlichen Unterstützungsangeboten, unter anderem zu Senioren- und Pflegestützpunkten im Landkreis Hildesheim und zur Alzheimer Gesellschaft Hildesheim e. V., aufgeführt. Sie diente dazu, an Demenzbetroffene oder deren Angehörigen ausgeteilt zu werden. Des Weiteren wurden Schulungen für Hausärzt*innen und Medizinische Fachangestellte (MFA) angeboten, in welchen unter anderem Informationen zur Demenzdiagnostik, zu Medikamenten für Demenzbetroffene und zur Informationsmappe Demenz gegeben wurden. Es wurden sowohl ein Netzwerktreffen und eine öffentliche Fachtagung durchgeführt als auch Öffentlichkeitsarbeit z. B. in Form von Presseberichten oder Plakaten in Hausarztpraxen betrieben (Stender 2018).

Im Abschlussbericht des Projekts wurde eine starke Beteiligung der Hausärzt*innen und MFA beschrieben; als besonders positiv wurden laut Bericht die Schulungen, die Informationsmappe Demenz und die Möglichkeiten der Weitervermittlungen der Demenzpatient*innen von den Hausarztpraxen empfunden. Das Projekt wurde in das Netzwerk „Mit Denken – Demenzfreundliche Region Hildesheim“ eingegliedert und durch den SPN weitergeführt (Stender 2018).

1.2.4.2 DemStepCare

Das Projekt zur ambulanten Demenzversorgung „DemStepCare“ stellt ein Hausarzt-zentriertes Versorgungsmodell in Rheinland-Pfalz dar. Finanzielle Förderung wurde für eine dreijährige Erprobungsphase (April 2019 bis März 2022) (Landeskrankenhaus AÖR Rheinland-Pfalz 2020) in der Stadt Worms, dem Landkreis Alzey-Worms und der Stadt Bad Kreuznach durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugesprochen. Aufgrund der Projekt-Pausierung infolge der COVID-19-Pandemie wurde das Förderprojekt bis Dezember 2022 verlängert (Landeskrankenhaus AÖR Rheinland-Pfalz 2022). Im Folgenden werden die beiden Hauptinterventionen im Rahmen des Projekts dargestellt:

(1) Nach der Diagnosestellung der Demenzerkrankung beurteilt ein*e pflegerische*r Casemanager*in die Versorgungslage des/der Betroffenen in der Hausarztpraxis anhand eines Ampel-

systems mit den Kategorien „stabile Versorgung“, „erhöhtes Versorgungsrisiko“ oder „Versorgungskrise“. Bei der Einschätzung einer stabilen Versorgung wird der/die Demenzbetroffene und seine/ihre Angehörigen über regionale Hilfsangebote und Beratungsmöglichkeiten des Senioren- und Pflegestützpunkts informiert. Im Falle eines erhöhten Versorgungsrisikos, z. B. bei einem/einer alleinstehenden Demenzbetroffenen, wird eine dem individuellen Bedarf angepasste und kontinuierliche Begleitung angeboten. Wird eine Versorgungskrise festgestellt, kann eine multiprofessionelle Krisenambulanz durch Hausärzt*in, Casemanager*in oder Dritte angefordert werden. Diese hat zum Ziel - in erster Linie durch nicht-medikamentöse Maßnahmen - die ambulante Versorgungssituation zu stärken und einer stationären Betreuung vorzubeugen. Angehörige sollen mit in die Versorgung einbezogen werden (Fellgiebel 2019).

(2) Es soll eine bessere Vernetzung der Projektbeteiligten durch eine digitale Krankenakte erfolgen sowie eine systematische Kontrolle der Medikamentenpläne der Demenzbetroffenen durchgeführt werden (Fellgiebel 2019).

1.2.4.3 Leuchtturmprojekt Demenz

Das „Leuchtturmprojekt Demenz“ bezeichnet ein Programm des Bundesministeriums für Gesundheit zur Förderung von Projekten zur Verbesserung der Versorgung von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen. Dazu wurden im Anschluss an eine deutschlandweite Ausschreibung 29 förderungswürdige Projekte ausgewählt und von 2008 bis 2010 finanziell unterstützt. Die Schwerpunkte der Projekte lagen unter anderem auf regionalen Versorgungsnetzwerken, nicht-medikamentösen Interventionen oder Angehörigenunterstützung (Rapp und Gutzmann 2008). Im Folgenden sollen beispielhaft drei der geförderten Projekte, die ähnliche Ansätze wie das FIDEM-Projekt verfolgen, kurz vorgestellt werden.

1.2.4.3.1 ERGODEM – Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting

Die Studie ERGODEM erforschte den Effekt einer individuell angepassten Ergotherapie bei Demenzbetroffenen im häuslichen Umfeld im Vergleich zu einer Therapie entsprechend der Leitlinien der DGPPN 2003 und der DGN 2005, allerdings ohne spezifische ergotherapeutische Behandlung. Primärer Outcome-Parameter war die Bewältigung individueller Alltagsaktivitäten; sekundär wurden Kognition, Verhalten, Zufriedenheit der Demenzbetroffenen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie Therapiekosten betrachtet. Insgesamt nahmen 200 Demenzbetroffene an der Studie teil (Reuster et al. 2008).

Durch die Intervention konnte eine Besserung der Bewältigung alltäglicher Aufgaben und eine Verringerung von Verhaltensstörungen bei Demenzbetroffenen sowie eine Abnahme der Belastung von Angehörigen bewirkt werden. Hingegen gab es keinen wesentlichen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der kognitiven Fähigkeiten der Patient*innen oder der Lebensqualität der Betroffenen oder ihrer Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

1.2.4.3.2 DemenzNetz Aachen

In dem Projekt „DemenzNetz Aachen“ wurde ein Versorgungsnetzwerk für Demenzbetroffene und Angehörige etabliert. Kooperationspartner*innen waren neben Hausarzt*innen ein Gerontopsychiatrisches Zentrum mit Beratungsstelle und Gedächtnisambulanz und unterschiedliche lokale ärztliche und nicht-ärztliche Versorgungspartner*innen. Ziel war neben einem flächendeckenden Zugang zu einer Demenzdiagnostik die Bereitstellung ausreichender Versorgungsangebote, um Angehörige zu entlasten und die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung der Demenzbetroffenen aufrechtzuerhalten. Im Projekt koordinierten die Hausarzt*innen die weitere Versorgung entsprechend ihrer Einschätzung der Patient*innen. Dafür wurden sie in Bezug auf Diagnostik, Behandlung und Versorgung von Demenzbetroffenen geschult. Wesentlich im Projekt waren auch die Fallmanager*innen, die die Demenzbetroffenen in ihrem häuslichen Umfeld besuchten, um den individuellen Versorgungsbedarf zu beurteilen. Standardisiert fand eine stetige Rückmeldung an alle beteiligten Kooperationspartner*innen über die durchgeführten Maßnahmen statt. Insgesamt nahmen 240 Demenzbetroffene und ihre pflegenden Angehörigen an dem „DemenzNetz Aachen“ teil (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Hausärztliche Befragungen im Rahmen des Projekts parallel zur Projekteinführung gaben Hinweise darauf, dass eine leitliniengerechte Demenzbehandlung gemäß Leitlinie Nr. 12 der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) nur unzureichend in der hausärztlichen Versorgung umgesetzt wurde (Schirra-Weirich 2011). Dieser Tatsache sollte das „DemenzNetz Aachen“ entgegenwirken, indem in den Schulungen in den Hausarztpraxen die Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen entsprechend den Leitlinien gelehrt wurde. Durch das Projekt konnte eine subjektiv wahrgenommene Entlastung von pflegenden Angehörigen sowie eine gezieltere Nachfrage und Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Beratungsangeboten erreicht werden. Außerdem wiesen im Projekt involvierte Demenzbetroffene weniger häufige und kürzere Krankenhausaufenthalte als eine Vergleichsgruppe auf. Des Weiteren entwickelten sich im Verlauf des Projekts neue Unterstützungsangebote in der Region (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

1.2.4.3.3 Ulmer Leuchtturmprojekt (ULTDEM-Studie)

In der ULTDEM-Studie wurde untersucht, ob durch eine einmalige Erstberatung und Weiterleitung an ein bereits vorhandenes Versorgungsnetz anlässlich der Pflegeeinstufung von Demenzbetroffenen eine erhöhte Nutzung von Versorgungsangeboten und eine Entlastung von Angehörigen erzielt werden kann. Insgesamt wurden 58 Demenzbetroffene und ihre Angehörigen rekrutiert, wobei bei 15 Teilnehmer*innen keine Abschlussuntersuchung durchgeführt werden konnte. In die Analyse einbezogen werden konnten dementsprechend 21 Demenzbetroffene aus der Interventionsgruppe und 20 Demenzbetroffene aus der Kontrollgruppe, jeweils mit ihren Angehörigen (Lukas et al. 2012).

In der Interventionsgruppe wurde im Rahmen eines Hausbesuchs eine individuelle Beratung über Unterstützung in Bezug auf medizinische, soziale, pflegerische, rechtliche, finanzielle und weitere Aspekte durch eine Study Nurse und eine Ärztin durchgeführt. In der Kontrollgruppe wurde die gleiche Versorgung wie vor Projektbeginn umgesetzt. Allerdings konnten durch die Beratung keine signifikanten Unterschiede in den Bereichen Lebensqualität, depressive Symptomatik und Pflegebelastung von Angehörigen zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Die Nutzung von Unterstützungsangeboten zur Entlastung nahm in Kontroll- und Interventionsgruppe gleichermaßen zu (Lukas et al. 2012).

1.2.4.4 FIDEM-Projekte: Frühe Informationen und Hilfen bei Demenz

Das Modellprojekt FIDEM I in der Region Braunschweig stellte das erste Vorgängerprojekt von FIDEM Göttingen dar. Das Projekt FIDEM II in Niedersachsen schloss sich an das Projekt FIDEM I an und war das zweite Vorgängerprojekt von FIDEM Göttingen.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) stellte die Projektträgerin der Modellprojekte FIDEM I und II dar. Ambulante Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen (ambet) e. V. in Braunschweig war Kooperationspartner für den Bereich der Fortbildungen und die Hochschule Osnabrück Kooperationspartnerin für die wissenschaftliche Begleitung (FIDEM Region Braunschweig 2019a, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022). Das erste Modellprojekt in der Region Braunschweig wurde von 2009 bis 2012, das zweite Modellprojekt FIDEM Niedersachsen von 2013 bis 2016 vom Land Niedersachsen, den gesetzlichen Pflegekassen und den privaten Pflegeversicherungsunternehmen gefördert (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022).

FIDEM I war untergliedert in eine Pilot- und eine Durchführungsphase. Ziel war eine stärkere Einbindung von nicht-ärztlichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie von Ergotherapie in der hausärztlichen ambulanten Demenzversorgung, die durch feste Vermittlungsstrukturen mit dem/der Hausarzt*in in zentraler Lotsenfunktion im Projekt erreicht werden sollte. Dafür wurden regionale Netzwerke mit Hausarzt*innen und den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen (Anbieter*innen niedrigschwelliger Betreuungs- und Beratungsangebote, Ergotherapeut*innen mit demenzspezifischer Schulung) gegründet, und es wurden regelmäßige Netzwerktreffen zwischen den Kooperationspartner*innen etabliert. Zudem wurden die Projektteilnehmenden berufsspezifisch zum Thema Demenz geschult. Damit wurden sowohl eine Entlastung von pflegenden Angehörigen als auch eine Steigerung der Lebensqualität und eine längere ambulant realisierbare Betreuung der Demenzbetroffenen angestrebt (ambet e. V. 2012).

Im auf das Modellprojekt FIDEM I in der Region Braunschweig folgenden Projekt FIDEM II in Niedersachsen wurden die regionale Koordination sowie die Umsetzung des Projekts auf der Ebene der Gemeinden und kommunalen Gebietskörperschaften geprüft. Die Modell-Landkreise, in denen FIDEM II stattfand, waren Osterode am Harz, Lüneburg und die Grafschaft Bentheim. Die Hauptmerkmale und -ziele des Projekts entsprachen denen von FIDEM I; es wurden lediglich einige Modifikationen vorgenommen, die später in dieser Arbeit näher beleuchtet werden sollen (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022).

Durch die wissenschaftliche Begleitforschung der beiden Projekte FIDEM I und II durch die Hochschule Osnabrück und die LVG & AFS wurden die Projekte vorwiegend qualitativ evaluiert (FIDEM Region Braunschweig 2019a, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022).

Nach der Modellprojektphase (und Auslaufen der Förderung) der Projekte FIDEM I und II wurde das Konzept für interessierte Landkreise und freie Städte in Niedersachsen freigegeben.¹ Das Projekt FIDEM Göttingen als drittes FIDEM-Projekt wurde 2017 begonnen, ist als langfristig laufendes Versorgungsprojekt angedacht und Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

1.3 Fragestellungen der Arbeit

Das Projekt FIDEM Göttingen adressiert die Notwendigkeit einer guten Versorgung von Demenzbetroffenen in der eigenen Häuslichkeit als gemeinsame Aufgabe von Hausarzt*innen und

¹ Hinweis in einer schriftlichen Mitteilung von Frau PD Dr. Claudia Bartels (23. Februar 2022).

nicht-ärztlichen Behandlungs- und Versorgungsstrukturen. In der vorliegenden Arbeit soll näher beschrieben und untersucht werden, wie das Projekt FIDEM Göttingen im Vergleich zu FIDEM I und II modifiziert und konkret umgesetzt wurde, und wie das Projekt von den teilnehmenden Kooperationspartner*innen wahrgenommen/beurteilt wurde. Dafür sollen zum einen die Projektetablierung und -umsetzung beschrieben und mit den Vorgängerprojekten verglichen werden. Zum anderen sollen Fragebögen, die primär als Maßnahme zur Qualitätssicherung im Rahmen von Netzwerktreffen von den Kooperationspartner*innen ausgefüllt wurden, zu einer quantitativen Evaluation des Projekts und dessen Verlaufs herangezogen werden.

Der Nutzen des Ansatzes, den das FIDEM-Projekt verfolgt, wurde bereits in den Vorgängerprojekten FIDEM I und II erforscht und vorrangig qualitativ evaluiert. Ebenso gibt es zahlreiche Studien zu der Wirkung einzelner nicht-ärztlicher Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen (psychosoziale Interventionen) für Demenzbetroffene, wie bspw. Ergotherapie. Daher dient diese quantitative Evaluation des FIDEM-Projekts in erster Linie dazu, den Erfolg der Umsetzung der Maßnahmen des Versorgungsmodells mit seinen Modifikationen im Vergleich zu den vorherigen beiden FIDEM-Projekten zu prüfen; es handelt sich somit um eine Evaluation der Implementierung des Projekts im Rahmen einer Versorgungsbegleitforschung. Der hier gewählte Ansatz hat entsprechend nicht die Erfahrungen der Demenzbetroffenen oder ihrer Angehörigen im Blick, sondern jene der teilnehmenden Hausarzt*innen und nicht-ärztlichen Beteiligten, da diese die umsetzenden Parteien darstellen: Würde das Konzept bspw. aufgrund starker erlebter zeitlicher oder personeller Belastung nicht realisiert, käme es nicht zum Einsatz und die ambulante Demenzversorgung verbliebe auf dem bisherigen Stand.

Mit den vorliegenden Untersuchungen sollen somit auch Rückschlüsse darauf gezogen werden, ob die Projektstrukturen seitens der teilnehmenden Kooperationspartner*innen praktisch umsetzbar sind und welche Aspekte noch modifiziert werden sollten, um eine ambulante Demenzversorgung im Rahmen des Projekts gewährleisten zu können.

Folgende übergeordnete Forschungsfragestellungen sollen mit der vorliegenden Arbeit beantwortet werden:

- i. Deskriptiver Teil:
 - a. Inwiefern unterschied sich das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen von den Modellprojekten FIDEM I und II?
 - b. Wie wurde das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen implementiert?
- ii. Quantitative Evaluation:
 - a. In welchem Umfang kam das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen zur Anwendung?

- b. Wie stellte sich die Zufriedenheit der Projekt-Teilnehmenden mit FIDEM Göttingen und einzelnen Aspekten des Projekts dar?
- c. Wie stellte sich die Be- oder Entlastung der Teilnehmenden durch FIDEM Göttingen dar?
- d. Wie wurde die Weitervermittlung von Patient*innen über FIDEM Göttingen wahrgenommen?

2 Methoden

2.1 Projektetablierung (deskriptiver Teil)

Für den ersten Ergebnisteil der Arbeit, welcher aus der deskriptiven Darstellung der Projektetablierung besteht, sollte anhand der fortlaufenden Dokumentation zu FIDEM Göttingen nachvollzogen werden, mit welchen Methoden das Projekt Schritt für Schritt Einzug in die beteiligten Einrichtungen fand. Außerdem sollten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den Vorgängerprojekten FIDEM I und II herausgearbeitet werden (Fragestellungen i: a, b). Die Informationen bezüglich des Projekts FIDEM Region Braunschweig entstammten dem Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung (FIDEM Region Braunschweig 2019a) und dem Praxisbericht (ambet e. V. 2012) sowie der Homepage zum Modellprojekt FIDEM (FIDEM Region Braunschweig 2019b). Für Informationen zum Projekt FIDEM Niedersachsen wurden das Handbuch FIDEM Niedersachsen und die Kurzzusammenfassung, beides von der Homepage des Projekts, herangezogen (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022); außerdem das Programm der Informationsveranstaltung nach Abschluss des Modellprojekts (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2016). Die Informationen zum Projekt FIDEM Göttingen entstammten den im Rahmen des Projekts ausgeteilten Informationsmaterialien wie der Informationsbroschüre FIDEM Niedersachsen (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022), der Homepage der Universität Göttingen (Universitätsmedizin Göttingen 2017), den Protokollen der Netzwerktreffen mit Teilnahmelisten, den Presseinformationen (Stadt Göttingen 2017) sowie Bereitstellungen (Fragebögen, Flyer, Faxformular; siehe Anhang, Punkt 6.1 – 6.5: Abbildungen A1 – A5) und mündlichen Auskünften durch die Projektkoordinatorin.

Die Autorin der Dissertation trat im Herbst 2020 dem Projekt bei. Die vorgesehene aktive Beteiligung an geplanten, fortlaufenden Netzwerktreffen und Datenerhebungen wurde durch die COVID-19-Pandemie verhindert, da diese pandemiebedingt im Zeitraum von 2020 bis zum Zeitpunkt der Verfassung der Arbeit nicht durchgeführt wurden.

2.2 Evaluation der Implementierung des Versorgungsmodells FIDEM (quantitative Evaluation)

Die Auswertung der Fragebögen und somit die quantitative Evaluation im Rahmen des FIDEM Göttingen Projekts stellt den zweiten Ergebnisteil dieser Arbeit dar (Fragestellungen ii: a, b, c,

d). Der Nutzen der Einbeziehung nicht-ärztlicher Unterstützungsangebote in der Demenzversorgung wurde bereits in anderen Studien erforscht. Ziel von FIDEM ist eine umfangreiche nicht-ärztliche Unterstützung als standardmäßiger Teil der Versorgung von Demenzbetroffenen, und es sollte die Frage beantwortet werden, ob das Versorgungsmodell FIDEM dazu beitrug, dies zu realisieren. Daher sollte evaluiert werden, in welchem Ausmaß die eingeführten Maßnahmen von den Projektteilnehmenden adoptiert wurden, das Versorgungsangebot von Menschen mit Demenz angenommen wurde und zu einer Arbeitserleichterung der beteiligten Netzwerkpartner*innen führte.

Die Eruierung, ob die Interventionen in der Praxis auch außerhalb von kontrollierten Studien über längere Zeit Bestand haben und umgesetzt werden, ist ein wichtiger letzter Schritt in der Entwicklung und Etablierung von Versorgungsmaßnahmen (Campbell et al. 2000). Implementierungsstudien sind wichtig für den Wirkungsnachweis von Interventionen und können dazu beitragen, einem Misserfolg der Projektumsetzung („*failure of implementation*“) entgegenzuwirken (Schwarz et al. 2015). Sie können helfen, Interventionen an örtliche Begebenheiten anzupassen, da dies unter Umständen zu besseren Ergebnissen als ein komplett standardisiertes Vorgehen führen kann (Craig et al. 2008). Fehlen eine wissenschaftliche Beschreibung und Auswertung der Implementierung, ist nicht eindeutig festzustellen, warum die Maßnahmen vor Ort zum Erfolg oder nicht zum Erfolg führten (Bradley et al. 1999), und das Verständnis ist eingeschränkt, ob Misserfolge auf Probleme in der Intervention oder in der Implementierung zurückzuführen sind.

2.2.1 Beschreibung der Fragebögen

Für den zweiten Teil der Arbeit, der Analyse der Erfahrungen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Beteiligten, standen Fragebogendaten zur Verfügung, die ab dem zweiten Netzwerktreffen fortlaufend von den anwesenden Teilnehmer*innen erhoben wurden. Die Fragebogenentwicklung erfolgte vorab durch die Projektkoordination und war nicht Teil der vorliegenden Dissertation.

Die Datenerhebung erfolgte pseudonymisiert mit Hilfe eines Codes, der sich aus einer Kombination von Buchstaben und Zahlen der Praxisadresse und des Vornamens zusammensetzte. Dadurch war kein Rückschluss auf die Identität der Person möglich; es ließ sich im Nachhinein in den Verlaufsmessungen jedoch nachvollziehen und zuordnen, welche Fragebögen von verschiedenen oder denselben Teilnehmenden ausgefüllt wurden.

Die Fragebögen für die Hausarztpraxen und die nicht-ärztlichen Teilnehmer*innen beinhalteten zum Teil die gleichen Fragen, zum Teil unterschied sich der Aufbau (siehe Anhang, Punkt 6.1

und 6.2). Beide Fragebögen waren aufgeteilt in jeweils zwei Abschnitte. Der erste Abschnitt befasste sich mit allgemeinen Charakteristika der jeweiligen Einrichtung: Zuordnung der Praxis bzw. Einrichtung zu Stadt oder Landkreis Göttingen, Praxisform bzw. Art der Einrichtung, Anzahl an FIDEM teilnehmender Ärzt*innen bzw. Kolleg*innen, Anzahl der Patient*innen pro Quartal in der Praxis bzw. Einrichtung (Gesamtanzahl behandelter Patient*innen, Anzahl diagnostizierter und Anzahl vermuteter weiterer demenzkranker Patient*innen). Bei den Fragen nach einer Anzahl war das Angeben einer Zahl vorgesehen (intervallskaliert) (Abbildung 1), ansonsten gab es Auswahlmöglichkeiten zum Ankreuzen (nominalskaliert) (Abbildung 2). Schließlich bestand der erste Teil noch aus sieben Fragen zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit: inhaltliche, strukturelle, personelle, kollegiale, motivationale, leistungsbezogene und allgemeine Arbeitszufriedenheit. Hierbei gab es jeweils eine numerische Skala als Antwortmöglichkeit zum Ankreuzen, die von 0 (Anker 1: „keine Zufriedenheit“) bis 10 (Anker 2: „maximale Zufriedenheit“) reichte (Abbildung 3).

4. Anzahl Patienten
4.1 Anzahl behandelter Patienten in der Praxis/Einrichtung (pro Quartal, grobe Schätzung): _____

Abbildung 1: Beispiel einer Frage im Fragebogen für die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit intervallskalierten Antworten

1. Örtliche Zuordnung: Meine Hausarztpraxis liegt in ...	
<input type="checkbox"/> der Stadt Göttingen	<input type="checkbox"/> Im Landkreis Göttingen

Abbildung 2: Beispiel einer Frage im Fragebogen der Hausarztpraxen mit nominalskalierten Antworten

5. Arbeitszufriedenheit: Wie zufrieden sind Sie auf einer Skala von 0 („keine“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“) mit folgenden Aspekten Ihrer Arbeit:										
5.1 inhaltliche Arbeitszufriedenheit										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Abbildung 3: Beispiel einer Frage im Fragebogen der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen zur Arbeitszufriedenheit mit numerischer Antwortskala von 0 („keine Zufriedenheit“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“)

Der zweite Abschnitt bestand aus FIDEM-spezifischen Fragen:

Bei den Hausarztpraxen wurden Zahlenangaben zu der Anzahl an Patient*innen und Angehörigen erhoben (intervallskaliert), die über FIDEM informiert wurden und der Anzahl, die bisher

in eine Weitervermittlung über FIDEM eingewilligt haben. Außerdem wurde nach den Gründen, warum Demenzbetroffene bzw. Angehörige über FIDEM informiert wurden und warum sie bzw. warum sie nicht in eine Weitervermittlung über FIDEM einwilligten, gefragt. Hier gab es jeweils Antwortmöglichkeiten mit Mehrfachauswahl zum Ankreuzen (nominalskaliert) sowie die Möglichkeit einer freien Antwort.

Bei den nicht-ärztlichen Beteiligten wurde stattdessen die Anzahl Demenzbetroffener bzw. Angehöriger abgefragt, die über Vermittlungswege außerhalb von FIDEM Göttingen an die Einrichtung vermittelt wurden, jener, die über FIDEM-Hausarzt*innen vermittelt wurden und jener, die über andere FIDEM-Kooperationspartner*innen vermittelt wurden. Zudem wurde gefragt, aus welchen Bereichen (z. B. Hausarzt*in, Ergotherapie, in Eigeninitiative) demenzbetroffene Patient*innen bzw. ihre Angehörigen am häufigsten die Einrichtung erreichten. Auch hier gibt es Mehrfachantworten und die Möglichkeit der freien Antwort, allerdings sollten keine Kreuze gesetzt, sondern stattdessen mittels Angabe von Ziffern eine Rangfolge gebildet werden (Rangskala).

Anschließend wurde in allen Berufsgruppen nach Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Patient*innen bzw. Angehörigen in das FIDEM-Projekt gefragt (Mehrfachauswahl zum Ankreuzen und freie Antwort).

Des Weiteren gab es für alle Berufsgruppen Fragen mit jeweils einer numerischen Skala von 0 (Anker 1: „keine Zufriedenheit“) bis 10 (Anker 2: „maximale Zufriedenheit“) zu der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten von FIDEM (z. B. Koordinationsebene, Vermittlungspfad, eigene Beteiligung) (Abbildung 4).

3. Zufriedenheit mit FIDEM: Wie zufrieden sind Sie auf einer Skala von 0 („keine“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“) mit folgenden Aspekten von FIDEM:										
3.1 Zufriedenheit mit der Koordinationsebene										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Abbildung 4: Beispiel einer Frage im Fragebogen der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen zur Zufriedenheit mit FIDEM mit numerischer Antwortskala von 0 („keine Zufriedenheit“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“)

Abschließend wurde die Be-/Entlastung der Projektteilnehmer*innen durch FIDEM in Bezug auf Faktoren wie bspw. den zeitlichen oder personellen Aufwand ermittelt. Bei diesen gab es als Antwortmöglichkeiten jeweils eine numerische, bipolare Skala, welche von -5 (Anker 1: „extreme Belastung“) über 0 (Anker 2: „weder noch“) bis +5 (Anker 3: „extreme Entlastung“) reichte (Abbildung 5).

4. Be-/Entlastung durch FIDEM: Meine Beteiligung als Kooperationspartner bedeutet für mich auf einer Skala von -5 bis +5 ...										
4.1 zeitliche Be-/Entlastung										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Extreme Belastung			weder noch					Extreme Entlastung		

Abbildung 5: Beispiel einer Frage aus dem Fragebogen der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit numerischer, bipolarer Antwortskala von -5 („extreme Belastung“) über 0 („weder noch“) bis +5 („extreme Entlastung“)

2.2.2 Statistische Auswertung

Die Software IBM SPSS Statistics (Version 27) wurde für die Datenanalyse verwendet. Zur deskriptiven Darstellung der Variablen wurden Mittelwerte (*mean*, *M*), Standardabweichungen (*standard deviation*, *SD*), 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI), Häufigkeiten (Frequenzen), die prozentuale Verteilung (%) sowie Korrelationen (*r*) berechnet. Hierbei erfolgte für metrische Variablen eine Auswertung von wechselseitigen Beziehungen mittels Pearson-Korrelationen. Für ordinalskalierte Variablen (hier: unterschiedliche Zeitabstände der Messzeitpunkte T0 bis T3) erfolgte diese Auswertung mittels Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman. Für die Interpretation der Korrelationen wurden die Richtlinien nach Cohen (Cohen 1988) herangezogen.

Im Rahmen der quantitativen Evaluation wurden zwei primäre Zielgrößen für die inferenzstatistische Analyse zwischen beiden Berufsgruppen definiert: (1) Zufriedenheit mit FIDEM, (2) Be- und Entlastung durch FIDEM (Fragestellungen ii: b, c). Beide Zielgrößen können vor dem Hintergrund der oben aufgeführten Literatur als besonders erfolgskritisch angesehen werden: Bei einer hohen Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Projekt ist eher mit einer langfristigen Eingliederung der Maßnahmen in den Arbeitsalltag der Praxen und Einrichtungen zu rechnen und somit mit einer dauerhaften Verbesserung der Demenzversorgung. Nur so kann FIDEM anhaltend auf bestehende Probleme wie einen wahrgenommenen Mangel lokaler Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz seitens Hausärzt*innen (Carter et al. 2017, Turner et al. 2004) oder die psychische und physische Belastung von pflegenden Angehörigen (Arthur et al. 2018; Roepke et al. 2012; Schubert et al. 2008; von Känel et al. 2011) reagieren. Da sich viele Hausärzt*innen mit einem Zeitmangel in der Demenzversorgung konfrontiert sehen (Carter et al. 2017, Tilburgs et al. 2018), ist eine Entlastung der Hausärzt*innen ein weiteres anzustrebendes Ziel von FIDEM.

Für beide primären Zielgrößen wurde jeweils ein allgemeines lineares Modell für Messwiederholungen (*general linear model*, GLM) berechnet. Die Angaben der Teilnehmenden (Ratings auf

einer numerischen Skala von 0 bis 10, bzw. -5 bis +5) für die einzelnen Dimensionen der Zufriedenheit mit FIDEM (5 Items) bzw. der Be- und Entlastung durch FIDEM (4 Items) wurden als fünf- bzw. vierstufiger Innersubjektfaktor in das jeweilige GLM integriert. Die beiden Berufsgruppen (Hausarztpraxen vs. nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen) wurden als zweistufiger Zwischensubjektfaktor in das jeweilige GLM integriert. Neben diesen beiden Haupteffekten wurde zusätzlich der Interaktionseffekt (Berufsgruppe \times Ratings) statistisch auf Signifikanz getestet, um mögliche unterschiedliche Verläufe der Angaben zwischen beiden Gruppen zu analysieren. Um mögliche Interaktionseffekte statistisch abzusichern, wurden zusätzlich für jede Dimension post-hoc-tests berechnet (t-Test). Eine Integration der Messzeitpunkte der Studie (T0 bis T3) in die jeweilige GLM erfolgte aufgrund der zu geringen Zellstärke bzw. des zu geringen Gesamtstichprobenumfanges nicht.

Aufgrund der Alphafehler-Inflation wurden die p-Werte innerhalb jedes GLM nach der Bonferroni-Methode mit der Anzahl an statistischen Tests multipliziert ($p_{adj} = p_{emp} * \sum Test-GLM$). Das initiale Signifikanzniveau vor Korrektur wurde hierbei auf $\alpha = 0,05$ (zweiseitig) festgelegt. Zusätzliche Analysen und Paarvergleiche zwischen beiden Berufsgruppen wurden explorativ durchgeführt und unterliefen somit keiner Bonferroni-Korrektur. Aufgrund von nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen konnten die Teilnehmenden nicht in alle Analysen vollständig eingeschlossen werden – siehe Freiheitsgrade bzw. Häufigkeiten für die jeweiligen Analysen.

2.2.2.1 Umgang mit Daten aller Berufsgruppen

Um eine statistische Auswertung der Daten vornehmen zu können, musste zunächst ein standardisierter Umgang mit einzelnen Ereignissen definiert werden.

Bei der Angabe von Zahlenbereichen anstelle von Zahlen wurde der Mittelwert gebildet. Nicht zweifelsfrei zuzuordnende Werte bei Fragen nach Zahlen wurden als fehlende Werte gewertet (z. B. „bisher alle“, „ca. 10 jährlich“, „60%“), ebenso die Angabe von Fragezeichen.

T0 entsprach dem frühesten Zeitpunkt der Datenerhebung eines/einer Kooperationspartner*in (z. B. Herbst 2017 zum Zeitpunkt des ersten Netzwerktreffens bei Teilnahme seit Projektbeginn), T1 bis T3 den jeweils darauffolgenden Zeitpunkten bzw. Netzwerktreffen. Die meisten Teilnehmer*innen nahmen an nur einem Netzwerktreffen mit Fragebogenerhebung teil, sodass hier nur ein Fragebogen der Person vorlag. Bei multiplen Messungen jedoch, also den Fällen, bei denen es mehr als einen Fragebogen einer Person von unterschiedlichen Netzwerktreffen gab (und somit Daten zu mehreren Messzeitpunkten), wurde nur der zuletzt vorliegende Fragebogen in die Wertung aufgenommen: Bei den zuletzt vorliegenden Fragebögen waren eine längere Teilnahme des/der jeweiligen Teilnehmenden am Versorgungsmodell und somit mehr

Erfahrungswerte mit dem Projekt gegeben. Bei fehlenden Angaben im Fragebogen des letzten Messzeitpunktes wurden im Falle über die Zeit in etwa gleichbleibender Daten nach Möglichkeit die Angaben aus den Fragebögen früherer Messzeitpunkte der gleichen Person ergänzt. Angaben, bei denen so verfahren wurde, betrafen ausschließlich Elemente des deskriptiven Teils und vereinzelt sekundäre Zielgrößen, nicht aber die primären Zielgrößen (siehe Punkt 2.2.2). Gab es verschiedene Angaben in mindestens zwei vorherigen Messwiederholungen, wurde die zuletzt vorliegende Angabe verwendet. Dieses Vorgehen bei fehlenden oder inkonsistenten Angaben betraf die in Tabelle 1 dargestellten Angaben.

Tabelle 1: Übersicht über die Elemente, bei denen bei fehlenden Angaben im ausgewerteten Fragebogen Angaben aus Fragebögen früherer Messzeitpunkte der gleichen Person ergänzt wurden

Element im Fragebogen
Örtlichkeit der Einrichtung (Stadt/Landkreis Göttingen)
Praxisform bzw. Funktion der Einrichtung
Anzahl behandelte Patient*innen in der Praxis/Einrichtung
Anzahl demenzbetroffener Patient*innen in der Praxis/Einrichtung
Anzahl vermuteter weiterer demenzbetroffener Patient*innen in der Praxis/Einrichtung
Maßnahmen/Veränderungen, die die Vermittlung von Patient*innen bzw. Angehörigen in FIDEM verbessern könnten
Maßnahmen/Veränderungen, die die Kooperation mit den anderen Netzwerkpartner*innen in FIDEM verbessern könnten

2.2.2.2 Spezifischer Umgang mit den Daten der Hausarztpraxen

Einstellige Zahlen bei der Gesamtzahl behandelte Patient*innen in der Praxis pro Quartal wurden als fehlende Werte angesehen, da diese Angaben nicht plausibel waren (Plausibilitätsprüfung).

2.2.2.3 Spezifischer Umgang mit den Daten der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen

Bei den Fragebögen nicht-ärztlicher Teilnehmenden wurde eine Angabe von vier oder weniger behandelte Patient*innen in der Einrichtung pro Quartal als fehlender Wert vermerkt, da solche Angaben nicht plausibel erschienen. Lag eine höhere Patientenanzahl in einem früherem Fragebogen derselben Person vor, wurde diese gewertet.

Bei einigen Fragebögen kam es vor, dass die Anzahl an Demenzpatient*innen die Gesamtanzahl behandelte Patient*innen in der Einrichtung pro Quartal überstieg. In diesem Fall wurden beide Werte als fehlende Werte angesehen.

Bei der Frage, aus welchem Bereich demenzbetroffene Patient*innen bzw. ihre Angehörigen die Einrichtung am häufigsten erreichen, wurde im Fragebogen gebeten, bei der Angabe mehrerer Antworten mittels Ziffern eine Rangfolge anzugeben. Da nur ein geringer Anteil der Teilnehmenden eine Rangfolge angab und der weitaus größere Teil nur Kreuze setzte, wurden auch die Ziffern lediglich als Kreuze gewertet und auf eine Auswertung der Rangfolge verzichtet.

2.3 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission

Für das Projekt FIDEM Göttingen war keine Genehmigung/kein Votum oder Beratung durch die Ethikkommission erforderlich, da es sich nicht um eine Studie oder um ein Forschungsprojekt, sondern um die Etablierung eines Versorgungsmodells handelte. Für die Auswertung der Evaluationsbögen wurde die Ethikkommission angefragt, die das Vorhaben als unbedenklich und nicht weiter beratungswürdig einordnete (Antragsnummer 21/2/21), da die Evaluation keine personen- oder patientenbezogenen Daten umfasste (nur einrichtungsbezogene Daten) und eine quantitative Längsschnittbefragung teilnehmender professioneller Behandler*innen aus den o. g. Berufskreisen in anonymer Form darstellte.

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Darstellung der Etablierung des Kooperationsprojekts und Versorgungsmodells FIDEM Göttingen

Das Kooperationsprojekt und Versorgungsmodell FIDEM Göttingen wurde von Frau PD Dr. Claudia Bartels, leitende Psychologin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen (UMG), koordiniert und sollte die Strukturen seiner beiden Vorgängerprojekte FIDEM I und II mit einigen Modifikationen, auf die im späteren Verlauf dieser Arbeit genauer eingegangen wird, in Stadt und Landkreis Göttingen etablieren und verstetigen. Bei FIDEM Göttingen war die Rolle der LVG & AFS eher eine unterstützende Beratung.

Neben einer verstärkten Nutzung der vorhandenen Beratungseinrichtungen und Versorgungsmöglichkeiten – wie Beratungsstellen, Ergotherapie, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (NBEA) bzw. AZUA – sollte durch die lokale Vernetzung von Hausärzt*innen in Stadt und Landkreis Göttingen mit nicht-ärztlichen Unterstützungsangeboten im Rahmen von FIDEM unter anderem auch ein gegebenenfalls notwendiger Kontakt zu Fachärzt*innen zur differentialdiagnostischen Demenzabklärung und fachärztlichen Weiterbehandlung durch die Netzwirkbildung erleichtert werden. Im Mittelpunkt des Projekts stand der/die Hausärzt*in, da diese/r zumeist eine langjährige und regelmäßige Kontaktperson der Demenzbetroffenen darstellte. Dabei wurde auch eine Entlastung der Hausärzt*innen beabsichtigt, indem diese im Rahmen des FIDEM-Netzwerks engere Kontakte zu weiterführenden Unterstützungsangeboten für Menschen mit Demenz bekamen und leicht zugängliche Vermittlungspfade aufgebaut wurden. Dadurch sollte eine Beratung und Weitervermittlung von Patient*innen an solche Einrichtungen vereinfacht werden. Mit dem übergeordneten Ziel einer frühzeitigen Demenz-Diagnostik und -Versorgung sollte eine Sensibilisierung der Hausärzt*innen und der anderen Kooperationspartner*innen zum Thema Demenz stattfinden, unter anderem durch Schulungen, Zusatzqualifizierungen und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen.

3.1.1 Vergleich des Versorgungsmodells FIDEM Göttingen mit den Vorgängerprojekten FIDEM I und II

Das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen stellte eine Weiterentwicklung des ersten Modellprojekts FIDEM Region Braunschweig (FIDEM I; 2009 bis 2012) sowie des zweiten Modell-

projekts FIDEM Niedersachsen (FIDEM II; 2013 bis 2016) dar. Allerdings wies es einige Unterschiede und Modifikationen im Vergleich zu seinen Vorgängerprojekten auf, welche im Folgenden dargestellt werden sollen (Fragestellung i: a).

3.1.1.1.1 Koordination

In den FIDEM-Projekten wurde die Leitung von jeweils unterschiedlichen Einrichtungen übernommen: Während die Koordination des Projekts bei FIDEM Region Braunschweig von der LVG & AFS übernommen wurde, wurde FIDEM Niedersachsen durch die SPN koordiniert, da in diesem Modellprojekt die regionale Koordination sowie die Übertragbarkeit in die Struktur der kommunalen Gebietskörperschaften getestet werden sollte. Bei FIDEM Göttingen hingegen lag die Koordination bei der UMG. Unterstützt wurde die Koordination durch eine Art übergeordnetes Gremium, den Arbeitskreis „FIDEM Göttingen“, dem Vertreter aus der UMG, dem Asklepios Fachklinikum, der Alzheimer-Gesellschaft Göttingen e. V., der Stadt und dem Landkreis Göttingen, dem Diakonieverband, den Pflegeberatungen verschiedener Krankenkassen sowie Ergotherapie-Praxen angehörten. Die LVG & AFS nahm bei Bedarf eine beratende Funktion ein.

3.1.1.1.2 Förderung und Finanzierung

Trägerin der beiden Modellprojekte FIDEM I und II war die LVG & AFS. Ambet e. V. in Braunschweig war Kooperationspartner für den Bereich der Fortbildungen und die Hochschule Osnabrück war Kooperationspartnerin für die wissenschaftliche Begleitung. Gefördert wurden die beiden Projekte durch das Land Niedersachsen, die gesetzlichen Pflegekassen und die privaten Pflegeversicherungsunternehmen. Das Projekt FIDEM Göttingen hingegen erhielt keine Förderung, da die Modellprojektphase beendet war und das Projekt die Implementierung in die Regelversorgung zum Ziel hatte.

3.1.1.1.3 Projektaufteilung in verschiedene Phasen

FIDEM Region Braunschweig gliederte sich in zwei Teile, in eine Pilotphase von November 2010 bis April 2011 und eine Verbreitungsphase von Januar 2012 bis Juni 2012. In Letzterer wurden anhand der Eindrücke und der Analyse der wissenschaftlichen Begleitung aus der Pilotphase einige Anpassungen vorgenommen. Nach Projektende wurde zur Standardisierung und besseren Dissemination ein Manual erstellt, in welchem wesentliche Informationen zu Idee und Vorgehensweisen von FIDEM Region Braunschweig dargestellt wurden, sodass zumindest einzelne Bestandteile des Projekts auch von zukünftigen Interessent*innen genutzt werden konnten. Entsprechend flossen diese Informationen auch in das Versorgungsmodell FIDEM

Göttingen ein. In der Pilotphase von FIDEM Region Braunschweig wurden sechs Hausarztpraxen und sechs nicht-ärztliche Teilnehmer*innen für das Projekt rekrutiert. Am Anfang der Phase wurden diese anhand von Leitfadeninterviews zu ihren Kapazitäten sowie ihrem Bedarf in Bezug auf die Demenzversorgung befragt. Die Resultate wurden in den Schulungen für die Hausärzt*innen und MFA einbezogen. In der Verbreitungsphase wurden 19 Hausarztpraxen sowie 26 nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen in das Projekt aufgenommen. Die Anzahl der Projektteilnehmenden wurde zu Beginn der jeweiligen Phase festgelegt. Im Verlauf konnten Teilnehmer*innen frühzeitig ihre Teilnahme abbrechen, aber es wurde keine Akquise neuer Teilnehmer*innen betrieben.

FIDEM Niedersachsen wurde nicht als geschlossenes Konzept betrachtet, sondern eher als Anregung für eine Intervention, die in ihrer Umsetzung – besonders nach einer anfänglichen Einstiegsphase mit noch sehr genau vorgegebener Struktur – stetig individuell in den einzelnen Netzwerken angepasst werden konnte. Im Zeitraum des Modellprojekts von 2013 bis 2016 nahmen 16 Ärzt*innen und 18 MFA an FIDEM-Schulungen teil und es wurden 11 Netzwerke in den drei Modell-Landkreisen Osterode am Harz, Lüneburg und Grafschaft Bentheim gebildet. Es wurde eine Fortführung des Projekts nach Beendigung der Modellphase angestrebt und zur standardisierten Weiterführung ein Handbuch erarbeitet. Entsprechend wurde nach Abschluss der zwei Modellprojektphasen und Auslaufen der Förderung das Konzept für interessierte Landkreise und freie Städte in Niedersachsen freigegeben.

In dieser Folge entwickelte sich FIDEM Göttingen als Versorgungsmodell im Landkreis und in der Stadt Göttingen. Entsprechend war eine Aufteilung in einzelne Phasen mit Erprobung und Durchführung nicht erforderlich, sondern es erfolgte eine direkte Planung und Implementierung. Durch die Übertragung in den Versorgungsalltag und ohne Notwendigkeit der Berücksichtigung von begrenzten Fördermitteln entfiel ebenfalls eine zeitliche Begrenzung. Auch hinsichtlich der Teilnehmerzahl gab es bei fortlaufender Akquise keine Begrenzungen, eine Beendigung der Kooperation war ebenfalls zu jedem Zeitpunkt möglich. Zuletzt betrug die Anzahl teilnehmender Hausarztpraxen 29 und die Anzahl nicht-ärztlicher Einrichtungen 46 (Stand Herbst 2019).

3.1.1.1.4 Akquirierung von Kooperationspartner*innen

Die Akquirierung von Teilnehmenden für FIDEM Region Braunschweig fand per Fax über den Verteiler des Hausärzteverbandes Braunschweig statt. Zusätzlich wurden Hausarztpraxen persönlich von Anbieter*innen niedrigschwelliger Betreuungsangebote (NBA) zur Teilnahme eingeladen. In der Pilotphase von FIDEM Region Braunschweig wurden die Hausärzt*innen nach

einer Zusage zum Projekt infolge des Faxes in persönlichen Gesprächen weiter über das Projekt informiert. In der Verbreitungsphase fanden zusätzlich drei verschiedene Informationsveranstaltungen gebietsweise und gemeinsam für Hausarztpraxen, Ergotherapeut*innen, NBA und Beratungsstellen statt.

Bei FIDEM Niedersachsen fand vor der Akquise von Ärzt*innen und MFA eine Kontaktaufnahme mit dem jeweiligen örtlichen Hausärzterverband und den örtlichen Ärztereinen statt. Die Akquise selbst wurde – neben direkter Akquise durch persönliche Kontakte – in Zusammenarbeit mit der entsprechenden Bezirksgeschäftsstelle der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) durchgeführt, sodass eine ärztliche Institution Absender der Einladung zu der FIDEM-Informationsveranstaltung war. Neben Hausarzt*innen stellten in dem Projekt auch Fachärzt*innen für Psychiatrie und für Neurologie potenzielle ärztliche Netzwerkpartner*innen dar, diese nahmen allerdings nicht an den Netzwerktreffen teil. Bei den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen erfolgte eine Einladung durch die FIDEM-Koordinationsstelle. Außerdem zählten Selbsthilfegruppen sowie Selbsthilfekontaktstellen zu den möglichen Netzwerkpartner*innen in diesem FIDEM-Konzept.

Bei FIDEM Göttingen wurden Hausarztpraxen, Fachärzt*innen für Neurologie und/oder Psychiatrie und Psychotherapie sowie potenzielle nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen im Landkreis und der Stadt Göttingen initial von der Koordinationsebene per Post angeschrieben und – bezogen auf die Hausarztpraxen – zum großen Teil zusätzlich telefonisch über die Möglichkeit einer Beteiligung an FIDEM Göttingen informiert. Des Weiteren erfolgten nach persönlichen Empfehlungen direkte Ansprachen nicht-ärztlicher kooperationswilliger Einrichtungen. Wie auch bei FIDEM Niedersachsen wurden die Fachärzt*innen für Neurologie und/oder Psychiatrie und Psychotherapie nicht zu den Netzwerktreffen eingeladen, stellten aber potenzielle Zielstrukturen für die Vermittlung dar. Am 21.06.2017 fand eine Informations- und Eröffnungsveranstaltung für alle vorab informierten Arztpraxen und möglichen nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen statt. Die weitere Akquise erfolgte fortlaufend. So wurden auch neue Kooperationspartner*innen durch Ansprache bereits Teilnehmender oder im Rahmen von Vorträgen bei Qualitätszirkeln, regionalen Treffen von Ärztereinen und Fachfortbildungen gewonnen.

3.1.1.1.5 Schulungen

Bei FIDEM Region Braunschweig waren getrennte Schulungen für Hausarzt*innen und MFA vorgesehen. Es gab gemeinsame Termine für Teilnehmende verschiedener Praxen, sodass eine Anfahrt zum jeweiligen Schulungsort notwendig war.

Für die Beteiligung am Projekt FIDEM Region Braunschweig war für Ergotherapeut*innen die Teilnahme am Programm HED-I Voraussetzung. Für kooperierende Ergotherapeut*innen, welche bislang an keiner HED-I-Schulung teilgenommen hatten, wurde im Rahmen des Projekts eine Schulung angeboten.

Des Weiteren gab es bei FIDEM Region Braunschweig Schulungen für die Moderator*innen der Netzwerktreffen sowie für Anbieter*innen niedrigschwelliger Betreuungsangebote. Auch wurde eine Schulung für am Projekt teilnehmende Berater*innen im gerontopsychiatrischen Bereich durch eine Psychologin und eine Sozialpädagogin durchgeführt.

Bei FIDEM Niedersachsen gestaltete sich das Vorgehen bezüglich Schulungen ähnlich: Es wurden Fortbildungen für die teilnehmenden Hausarzt*innen und MFA organisiert. Referent*innen waren neben einem/einer FIDEM-Koordinator*in allerdings auch ein*e ärztliche*r Fachreferent*in. Die Schulungen fanden extern statt, sodass Teilnehmende aus jeweils verschiedenen Praxen gleichzeitig geschult werden konnten. Ärzt*innen und MFA wurden getrennt geschult, und es wurde eine Teilnahmegebühr erhoben. Unterstützt wurden die Fortbildungen für die teilnehmenden Ärzt*innen und MFA sowie die Durchführung von Projektaktivitäten von der ÄKN, z. B. durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten für die Schulungen. Außerdem war diese verantwortlich für die Anerkennung von Fortbildungspunkten. Nicht-ärztliche Netzwerkpartner*innen wurden ebenfalls separat geschult. Von Ergotherapeut*innen wurde eine demenzspezifische Fortbildung für die Projektteilnahme verlangt, wobei besonders, aber nicht ausschließlich, das Programm HED-I als geeignet angesehen wurde. Für Koordinator*innen der SPN wurde von der LVG & AFS eine Basisfortbildung „Gemeinsam Demenz begegnen“ angeboten. Von der LVG & AFS wurde zudem einmal pro Jahr in Hannover ein Arbeitskreistreffen von FIDEM Koordinator*innen geplant und durchgeführt, das dem Austausch über FIDEM diene.

Bei FIDEM Göttingen wurden Schulungen gemeinsam für Hausarzt*innen und MFA durchgeführt. Dabei fand eine Schulung pro Praxis statt und wurde nach individueller Terminabsprache in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis umgesetzt. Für die individuellen Schulungen erhielten die Hausarzt*innen Fortbildungspunkte von der Ärztekammer.

Zur Teilnahme an FIDEM Göttingen war für Ergotherapeut*innen eine demenzspezifische Weiterbildung gewünscht, jedoch nicht zwingend erforderlich; die Art der Weiterbildung war nicht festgeschrieben. Voraussetzung war lediglich eine nicht näher spezifizierte Erfahrung mit der ergotherapeutischen Behandlung von Demenzbetroffenen. Auch wurden im Rahmen von FIDEM keine Schulungen für Ergotherapeut*innen oder andere nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen durchgeführt. In unregelmäßigen und größeren Abständen gab es – mit der LVG

& AFS in beratender Funktion – Treffen der Koordinator*innen niedersachsenweiter FIDEM-Aktivitäten, um sich über landesweite Entwicklungen auszutauschen.

Bei FIDEM Göttingen erhielten die nicht-ärztlichen Teilnehmenden keine separaten Schulungen. Jedoch wurden sie im Rahmen der Netzwerktreffen wiederholt mit dem Vermittlungspfad vertraut gemacht und mit Materialien versorgt. Bei Bedarf wurden einzelne Aspekte des Projekts detailliert besprochen.

3.1.1.1.6 Netzwerktreffen

In allen drei FIDEM-Modellen waren regelmäßige Netzwerktreffen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Beteiligten ein wichtiger Projektbestandteil, die dem besseren Kennenlernen untereinander und dem regelmäßigen Austausch von Erfahrungen dienten. Langfristiges Ziel war eine möglichst eigenständige Zusammenarbeit der Kooperationspartner*innen mit einer immer weniger intensiven Begleitung durch die Projektkoordination, um eine Fortführung der Kooperation und des Versorgungsmodells auch nach Projektende zu gewährleisten. Dafür wurden bei FIDEM Region Braunschweig die Materialien für die Vernetzungstreffen und die Struktur der Patientenvermittlung mit dem Ziel der besseren Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit angepasst. Im Projektverlauf wurden Kooperationstreffen entsprechend ohne die zusätzliche Teilnahme eines/einer Projektmitarbeiter*in durchgeführt.

Bei FIDEM Region Braunschweig gab es die explizite Empfehlung, die Treffen abwechselnd in den verschiedenen Einrichtungen der Kooperationspartner*innen durchzuführen. Damit wurde bezweckt, dass die Teilnehmenden untereinander die Räumlichkeiten ihrer Netzwerkpartner*innen kennenlernen und so ein besseres Verständnis für ihre Voraussetzungen und Kapazitäten bekommen sollten. Es wurde außerdem dazu geraten, die Moderatorenrolle bei jedem Netzwerktreffen an eine*n andere*n Teilnehmer*in zu übertragen, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung des Arbeitsaufwands zu erreichen.

Im Nachfolgeprojekt FIDEM Niedersachsen waren sowohl die Anzahl jährlicher Treffen als auch die Durchführungen sehr unterschiedlich in den einzelnen Netzwerken. Es schafften nur wenige Netzwerke, komplett eigenständig zu arbeiten. Deshalb war meist eine große Unterstützung durch Koordinator*innen der SPN notwendig.

Auch im Versorgungsmodell FIDEM Göttingen wurden Netzwerktreffen als Instrument zum Austausch und der Verstetigung des Versorgungsansatzes umgesetzt. Diese fanden zweimal pro Jahr in jedem Netzwerk statt. Die Koordinationsebene führte durch jedes Treffen, jedoch war geplant, dass sie sich im Verlauf zunehmend zurückziehen und die Leitung der Netzwerktreffen den Moderator*innen – einem/einer freiwilligen Vertreter*in aus dem Netzwerk – übergeben

sollte. Die Moderatorenrolle sollte dabei möglichst konstant bei einer Person bleiben, um eine gewisse Kontinuität zu bewahren. Von dieser Funktion aus wurden die Netzwerkpartner*innen zu den einzelnen Treffen eingeladen und im Nachgang das Sitzungsprotokoll verschickt. Zur Örtlichkeit der Kooperationstreffen gab es keine Vorgaben, diese fanden jedoch innerhalb der einzelnen Netzwerke meist in denselben Räumlichkeiten einzelner Kooperationspartner*innen statt.

3.1.1.1.7 Patientenvermittlung über FIDEM

Der allgemeine Vermittlungspfad, der im Rahmen von FIDEM etabliert wurde, begann in der Hausarztpraxis: Der/die Hausarzt*in sprach Patient*innen bzw. ihre Angehörigen auf das FIDEM-Projekt an. Bei Einwilligung in das Projekt wurde eine Einwilligungserklärung zur Weitergabe von Kontaktdaten an die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen unterschrieben. Im Anschluss schickte der/die Hausarzt*in ein Fax an den/die geeignete*n Kooperationspartner*in mit einem Handlungsauftrag (z. B. Auftrag an den SPN, eine Pflegeberatung durchzuführen). Der/die Netzwerkpartner*in kontaktierte dann direkt den/die Patient*in und gab außerdem auf dem zuvor bereits genutzten Faxformular eine Rückmeldung an die Hausarztpraxis zum Stand des Auftrags (z. B. Rückmeldung an die Hausarztpraxis, dass der Termin zur Pflegeberatung erfolgt war und ein Pflegeantrag gestellt wurde).

In der Pilotphase gab es bezüglich der Vermittlung der in FIDEM Region Braunschweig eingewilligten Patienten*innen per Fax einige Unterschiede zu FIDEM Göttingen:

Bei FIDEM Region Braunschweig sollten die Fax-Formulare zunächst an eine übergeordnete FIDEM-Koordinationsstelle geschickt werden und wurden erst von dort an den/die entsprechende*n Kooperationspartner*in weitergesendet, um die Aktivität der FIDEM-Beteiligten analysieren zu können. Dabei gab es statt nur eines Fax-Dokuments vier verschiedene Formulare, je nach Sender*in und Adressat*in des Faxes. Außerdem fand die erste Vermittlung der Patient*innen an eine Beratungsstelle statt und von dort weiter an NBA. In der Verbreitungsphase indes fiel der Umweg über die FIDEM-Koordination weg und es gab wie bei FIDEM Göttingen nur noch eine Fax-Vorlage. Zudem konnte der/die Hausarzt*in direkt wahlweise an eine Beratungsstelle, an NBA oder an Ergotherapie weitervermitteln. Zusätzlich gab es bei FIDEM Region Braunschweig ein separates Formular für den Bericht des/der Ergotherapeut*in an den/die verordnende*n Hausarzt*in.

Außerdem wurde im Rahmen von FIDEM Region Braunschweig eine Entscheidungshilfe für den/die Hausarzt*in entwickelt, in welcher Anregungen in Bezug auf mögliche Vermittlungsangebote je nach Bedürfnissen der Demenzbetroffenen dargestellt wurden. Auch wurde ein Leitfaden für die Erstberatung von Menschen mit Demenz für die Hausarzt*innen entwickelt.

Die Patientenvermittlung im Projekt FIDEM Niedersachsen fand ähnlich wie in der Verbreitungsphase von FIDEM Region Braunschweig statt: Nach Einwilligung der Patient*innen in das Projekt konnte der/die Hausarzt*in an eine Beratungsstelle, NBEA, Selbsthilfe oder Ergotherapie weitervermitteln.

Im Projekt FIDEM Göttingen hatte der/die Hausarzt*in die Möglichkeit, entweder eine demenzspezifische Ergotherapie zu verordnen oder an eine Beratung (Pflegerberatung der Kranken-/Pflegekassen nach SGB XI §7a oder Pflegerberatung der Pflegestützpunkte nach SGB XI §7c) weiterzuvermitteln. Von den Beratungsstellen aus konnte, unter Voraussetzung einer Pflegeeinstufung oder einer privaten Abrechnung, an eine ambulante Pflege, an NBEA/AZUA oder an eine Selbsthilfegruppe vermittelt werden.

3.1.1.1.8 Öffentlichkeitsarbeit

Neben der Präsentation des Projekts bei verschiedenen Veranstaltungen, wie dies auch bei FIDEM Göttingen der Fall war, wurde eine Homepage für FIDEM Region Braunschweig erstellt, auf welcher Informationen zum Projektfortschritt, Kontaktdaten der FIDEM-Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Beteiligten sowie Hinweise zum Thema Demenz einsehbar waren. Zusätzlich gab es in einem nicht öffentlich zugänglichen Bereich die Möglichkeit für die Hausarztpraxen, Materialien für die Diagnostik und Weitervermittlung von Demenzbetroffenen herunterzuladen. Außerdem erhielten die Kooperationspartner*innen von FIDEM und weitere am Projekt Interessierte regelmäßig Newsletter, in welchen sie über den Stand des Projekts und Informationen zu Demenzerkrankungen informiert wurden. Des Weiteren wurden Poster entwickelt, die, sofern gewünscht, in den Hausarztpraxen aufgehängt werden konnten.

Nach Beendigung des Projekts wurde sowohl bei FIDEM I (05.09.2012) als auch bei FIDEM II (17.08.2016) eine Veranstaltung durchgeführt, auf der die Resultate der Projektevaluation für die Fachöffentlichkeit dargestellt wurden.

Im Rahmen von FIDEM II entstand eine Broschüre für die beteiligten Hausarztpraxen mit Informationen über die nicht-ärztlichen Unterstützungsangebote des Netzwerks. Diese wurde auch im Rahmen von FIDEM Göttingen weiter genutzt.

Für FIDEM Göttingen gab es keine Homepage, diese ist aber Teil der zukünftigen Planung. Auch gab es keine Newsletter, stattdessen gab es Poster für die Hausarztpraxen und Informationsflyer für die Patient*innen bzw. ihre Angehörigen. Zudem wurde das Projekt auf verschiedenen Öffentlichkeitsveranstaltungen vorgestellt. Die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von FIDEM Göttingen wird in Punkt 3.1.2.5 näher ausgeführt.

3.1.1.1.9 Wissenschaftliche Begleitforschung

Die wissenschaftliche Begleitforschung zu FIDEM I und II mit dem Schwerpunkt auf den Grundlagen für eine funktionierende Netzwerkarbeit wurde von der Hochschule Osnabrück, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, durchgeführt.

Bei FIDEM Region Braunschweig war die wissenschaftliche Begleitforschung, einschließlich qualitativer Elemente, ein wesentlicher Bestandteil des Modellprojekts. Zum einen wurde zu Beginn und nach Abschluss der Pilotphase eine qualitative Befragung der sechs teilnehmenden Hausarztpraxen mittels Interview-Leitfaden durchgeführt. Die Resultate wurden genutzt, um die Schulungen und Projektabläufe entsprechend ihrer Anregungen anzupassen. Auch mittels Interview-Leitfaden wurden Angehörige von im Projekt eingeschlossenen Demenzbetroffenen qualitativ zu ihren Erfahrungen mit FIDEM befragt. Aus diesen Interviews wurden 14 Fall vignetten mit den Inhalten der telefonischen Befragungen erstellt. Zudem wurden den Teilnehmenden der Schulungen Fragebögen ausgeteilt, in welchen die Schulungsaspekte in Form einer fünfstufigen Skala bewertet werden sollte. Die für FIDEM ausgefüllten Faxformulare in der Pilotphase wurden analysiert sowie die am Projekt teilgenommenen Patient*innen entsprechend der Größe ihrer Wohnorte in Kategorien eingeteilt. Am Ende von Pilot- und Verbreitungsphase wurden die Hausarzt*innen, MFA und NBA zu ihrer allgemeinen Einschätzung des gesamten Projekts und zum Kooperationsaufbau im Speziellen befragt. Hausarzt*innen und MFA wurden zusätzlich zu den Auswirkungen von FIDEM auf ihre Hausarztpraxis befragt. Auch hier konnten Antworten aus einer fünfstufigen Skala ausgewählt werden. Des Weiteren gab es Fragen mit Möglichkeiten für Freitextantworten.

Bei FIDEM Niedersachsen wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung die Umsetzung des Projekts und der Netzwerkarbeit beurteilt, unter anderem anhand von Protokollen und Teilnahmelisten der verschiedenen Netzwerktreffen. Zudem wurden fünf Fortbildungen der FIDEM-Koordinator*innen mittels einer quantitativen Befragung in Form von Fragebögen ausgewertet. Des Weiteren wurden vereinzelt Netzwerkpartner*innen zu ihren Erfahrungen mit FIDEM befragt und anhand von Zitaten im Handbuch des Projekts präsentiert.

Eine wissenschaftliche Begleitforschung war bei FIDEM Göttingen kein primäres Ziel, da es sich nicht um eine Studie, sondern um ein Versorgungsmodell handelte. Die Begleitforschung bestand aus den Fragebögen, die bei den Netzwerktreffen an allen Beteiligten erhoben wurden. Sie wurden vorrangig als qualitätssichernde Maßnahme eingeführt und im Rahmen dieser Arbeit quantitativ ausgewertet.

Zusammenfassend waren sich die drei FIDEM-Projekte in ihrer Grundstruktur sehr ähnlich, jedoch wurden mit jedem Projekt neue Modifikationen eingearbeitet, wobei es mehr Gemeinsamkeiten von FIDEM Göttingen zu FIDEM II als zu FIDEM I gab. Ein Hauptunterschied des Projekts FIDEM Göttingen zu den beiden Vorgängerprojekten war, dass es nicht im Vorhinein zeitlich begrenzt wurde, sondern von Anfang an das Ziel einer langfristigen Etablierung und Verstetigung verfolgte. Dementsprechend waren eine durchgehende Rekrutierung neuer Kooperationspartner*innen sowie Verbesserungsvorschläge und Abänderungen innerhalb der einzelnen Netzwerke zur Optimierung der Versorgung sehr willkommen.

3.1.2 Implementierung von FIDEM Göttingen

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit der Fragestellung, wie das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen in der Praxis implementiert wurde (Fragestellung i: b).

3.1.2.1 Eröffnungsveranstaltung mit Netzwerkbildung

Am 21.06.2017 fand die Eröffnungsveranstaltung zu FIDEM Göttingen statt, welche den Implementierungsbeginn des Versorgungsmodells darstellte. Es wurden Beschäftigte aus Hausarztpraxen, Beratungsstellen, Ergotherapie-Praxen sowie NBEA aus Stadt und Landkreis Göttingen eingeladen. Die Einladungen erfolgten postalisch und zum Teil zusätzlich telefonisch. Es nahmen zwei Hausarzt*innen und eine MFA aus drei verschiedenen Praxen, sieben Beschäftigte aus sechs verschiedenen Beratungsstellen, 21 Ergotherapeut*innen aus 14 verschiedenen Praxen und 17 Beschäftigte aus elf verschiedenen NBEA an der Veranstaltung teil (Abbildung 6).

Die Eröffnungsveranstaltung diente der Information zu Inhalt, Durchführung und Zielen des Versorgungsmodells und mündete in der Gründung lokaler Netzwerke. Dazu wurden Teilnehmer*innen entsprechend der Lokalisation ihrer Einrichtungen zusammengeschlossen. So entstanden sieben regionale/quartiersbezogene Netzwerke: fünf Netzwerke in der Stadt Göttingen (Göttingen Zentrum, Göttingen Ostviertel, Göttingen Geismar, Göttingen Grone und Göttingen Nordost) und zwei Netzwerke im Landkreis Göttingen (Landkreis Göttingen Süd und Duderstadt). Im Folgenden werden einzelne Netzwerke alphabetisch gekennzeichnet (unabhängig

von der oben verwendeten Reihenfolge), um eine ausreichende Anonymisierung der Teilnehmenden aufrecht zu erhalten.

Entweder aufgrund ihrer zentralen Versorgungsrolle (z. B. bei Beratungsstellen, SPN) oder aufgrund des Einzugsgebiets (z. B. Ergotherapie-Praxen) wurden einige nicht-ärztliche Teilnehmende mehreren Netzwerken zugeordnet.

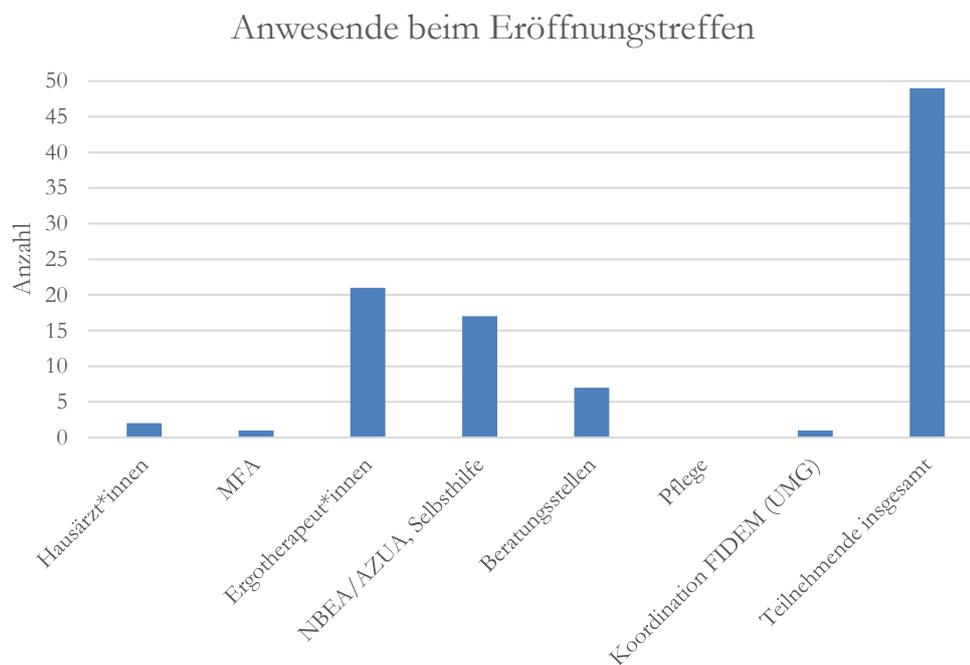


Abbildung 6: Anzahl der anwesenden Personen beim Eröffnungstreffen aufgeteilt nach den verschiedenen Berufsgruppen (n = 48)

3.1.2.2 Netzwerktreffen

3.1.2.2.1 Allgemeiner Ablauf

Im Herbst 2017 fanden die ersten Netzwerktreffen statt, zu denen die entsprechenden Kooperationspartner*innen durch die FIDEM-Koordinatorin eingeladen wurden. Ziel der Netzwerktreffen war die Gewährleistung eines regelmäßigen Austauschs innerhalb der verschiedenen, an FIDEM beteiligten Einrichtungen der Demenzversorgung, um die Versorgung der Demenzbetroffenen und ihrer Angehörigen zu optimieren. Pro Treffen war ein Zeitraum von etwa anderthalb Stunden eingeplant.

Die Leitung der Treffen erfolgte durch die FIDEM Göttingen-Koordinatorin. Nach Festlegung der Protokollführung wurde mit einer kurzen Vorstellungsrunde begonnen, da im Projektverlauf häufig neue Kooperationspartner*innen zum FIDEM-Projekt und den Netzwerktreffen hinzukamen. Außerdem wurden Veränderungen seitens der Teilnehmenden bezüglich ihrer An-

gebote für Demenzbetroffene, ihres Personals, ihrer Einrichtungsstrukturen und ihrer Kontaktdaten besprochen. Es wurde der aktuelle Stand des Versorgungsmodells, vergangene und geplante Aktivitäten dargestellt, und die Teilnehmer*innen konnten sich über Erfahrungen mit FIDEM Göttingen, bisher angesprochene und/oder vermittelte Patient*innen sowie über Probleme bei der Vermittlung über FIDEM austauschen. Im Anschluss wurden Ideen zur Verbesserung des Versorgungsmodells, der Bedarf an weiteren Informationen oder Unterstützung sowie die Aufnahme weiterer Kooperationspartner*innen erörtert.

Mit Ausnahme des jeweils ersten Kooperationstreffens eines Netzwerks wurden die Evaluationsbögen, welche im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet werden, an alle Anwesenden ausgeteilt und vor Ort durch diese zum Ende des Treffens ausgefüllt.

Beim ersten Netzwerktreffen wurde ein*e Moderator*in für das jeweilige Netzwerk bestimmt. In dessen/deren Verantwortung sollte die Verteilung der Einladungen zu den folgenden Netzwerktreffen und des Ergebnisprotokolls des vergangenen Treffens liegen. Nach Möglichkeit sollte die Moderatorenrolle bei der gleichen Person bleiben, nach Absprache konnte aber auch ein Wechsel stattfinden.

Zuletzt wurden Ort und Termin für das nächste Kooperationstreffen besprochen.

3.1.2.2.2 Inhalte der Netzwerktreffen

Anhand der Protokolle der Netzwerktreffen soll im Folgenden ein Einblick in besprochene Inhalte der Vernetzungstreffen gegeben werden.

In den Gruppen wurden verschiedene projekt- und allgemein versorgungsbezogene Probleme angesprochen und diskutiert. Themen waren unter anderem die Möglichkeit des Netzwerks, ältere Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen mitzuversorgen, das Durchsetzen von Fahrverboten bei Demenzbetroffenen oder die Diskussion, wann Bemühungen bezüglich der Patientenversorgung bei fehlender Mitwirkung oder Compliance von Angehörigen eingestellt werden sollten. Weitere Themen stellten bspw. die Möglichkeit der Nutzung des Netzwerks ohne verpflichtende Nutzung der vorgegebenen FIDEM-Kommunikationspfade oder die Schwierigkeiten bei der Einbindung von Patient*innen in das Projekt aufgrund von Scham seitens der Betroffenen über die Demenzdiagnose dar.

Zudem wurden Verbesserungsvorschläge des Projekts erörtert. Unter anderem wurde ein Bedarf an einem digitalen Zugang zu Informationen über das FIDEM-Projekt und beteiligte Kooperationspartner*innen als Alternative zu Flyern sowie der Wunsch nach mehr Kommunikation der Netzwerkpartner*innen untereinander geäußert.

Des Weiteren gaben sich die Anwesenden untereinander Hinweise, wie eine gegenseitige Vereinfachung der Demenzversorgung möglich sei. So baten Hausärzt*innen darum, dass im Entlassungsbrief der Gedächtnisambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der UMG auf den dringenden Bedarf an Ergotherapie hingewiesen werden solle, um keine Begründungsschwierigkeiten gegenüber Krankenkassen in Bezug auf Verordnung von Ergotherapie zu bekommen. Hausärzt*innen hingegen wurden gebeten, bei der Vermittlung von Patient*innen nur eine*n Ergotherapeut*in statt mehrerer zu involvieren.

Durch die Projektkoordinatorin wurden Fragen zum Projektablauf beantwortet, z. B. zum Vermittlungspfad innerhalb von FIDEM oder zur Gewährleistung des Datenschutzes bei der Weiterleitung von Patientendaten. Auch konnten in den Netzwerktreffen Versorgungshindernisse abgemildert werden, etwa durch Informationen zur Möglichkeit der Verordnung demenzspezifischer Ergotherapie innerhalb des Regelfalls durch Hausärzt*innen oder zu den Voraussetzungen für eine Terminvergabe in der Gedächtnisambulanz.

Die Teilnehmenden informierten sich zudem gegenseitig über die Angebote ihrer Einrichtungen sowie gegebenenfalls über Änderungen im Angebot. Dazu gehörten z. B. die Wiederaufnahme von Angehörigengruppen der Gedächtnisambulanz, spezielle Fremdsprachenkenntnisse von Mitarbeiter*innen einzelner Einrichtungen, die Inkenntnissetzung über Informationsbroschüren zu Demenz, neue Gruppenangebote und freie Plätze in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenz sowie Auszeitmöglichkeiten für pflegende Angehörige.

3.1.2.3 Schulungen in den Hausarztpraxen

Zu Projektbeginn führte die Projektkoordinatorin für die an FIDEM teilnehmenden Hausarztpraxen Schulungen zum Projekt durch. Die Schulungen fanden nach vorheriger Terminabsprache in den jeweiligen Praxen statt und richteten sich jeweils in erster Linie an die direkt am Projekt beteiligten Hausärzt*innen und MFA.

Der Einschluss der Hausarztpraxen in FIDEM erfolgte fortlaufend während der Projektetablierung, dies galt dementsprechend auch für die Schulungen. So wurden also nicht alle Teilnehmenden direkt im Anschluss an die Eröffnungsveranstaltung geschult, sondern später rekrutierte Praxen wurden später geschult: Ende 2017 (Oktober bis Dezember) wurden im Anschluss an das erste Kooperationstreffen des jeweiligen Netzwerks in den 16 Hausarztpraxen, die von Projektbeginn an eine Teilnahme an FIDEM wünschten – wenn auch nicht alle beim Eröffnungstreffen anwesend sein konnten –, Schulungen durchgeführt. 2018 (Januar bis Oktober) wurden weitere acht Praxen und 2019 (Januar bis April) weitere vier Praxen geschult. Die Schulungen stellten die Voraussetzung für die aktive Teilnahme an FIDEM dar, da die Praxen im

Rahmen dieser über das Vorgehen im Versorgungsmodell aufgeklärt und mit entsprechendem Material versorgt wurden.

In den Schulungen wurde zum einen der Ablauf des FIDEM-Projekts mit Fokus auf den Stellenwert und die Aufgaben der Hausarzt*innen und MFA erörtert. Zum anderen fand eine Sensibilisierung und Schulung bezüglich des Themas Demenzfrüherkennung und -diagnostik in der Hausarztpraxis statt. Beteiligte Hausarztpraxen erhielten eine umfangreiche Informationsmappe mit Materialien zum FIDEM-Projekt sowie die enthaltenen Dokumente in digitaler Form. Die Mappe enthielt projektbezogene Unterlagen, wie eine Übersicht über den Vermittlungspfad im Rahmen von FIDEM Göttingen (siehe Anhang, Punkt 6.4) und Unterlagen für die Aufnahme von Patient*innen in das Projekt (Patienteninformation, Schweigepflichtentbindung, Faxformular, Entscheidungshilfe für den/die Hausarzt*in zur Weitervermittlung von Patient*innen und Angehörigen an Hilfsangebote). Zudem erhielten die Praxen Flyer von allen teilnehmenden Beratungsstellen in der Region Göttingen als nachfolgende Einrichtungen in der Vermittlung durch FIDEM. Auch eine Liste mit den zum Zeitpunkt der Schulung teilnehmenden FIDEM-Kooperationspartner*innen des jeweiligen Netzwerks wurde der Mappe beigelegt. Eine Broschüre zu FIDEM allgemein in mehrfacher Ausfertigung diente der Information der Hausarzt*innen und MFA. Ein Poster für den Wartebereich sollte für das Projekt geeignete Patient*innen und Angehörige auf das Versorgungsmodell aufmerksam machen; Flyer zu FIDEM (siehe Anhang, Punkt 6.3) sollten weitere Informationen liefern und die Ansprache dieses Klientels erleichtern. Zusätzlich befanden sich in der Mappe allgemeine demenzbezogene Informationen wie Ratgeber und Broschüren zu Demenz der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. und des Bundesministeriums für Forschung und Bildung sowie Informationen zur rechtlichen Betreuung, zur Heilmittelverordnung, zu Beratung, NBEA, Selbsthilfeangeboten und Anregungen für eine Demenz-freundliche Gestaltung und Arbeit in der Hausarztpraxis. Schließlich waren auch Unterlagen zur Durchführung und Auswertung kognitiver Screening-Tests zur Demenz-Früherkennung wie der MMST, der Montreal-Cognitive-Assessment-Test (MoCa), der Uhrentest und der Demenz-Detektions-Test (DemTect) Inhalt der Informationsmappe. In einzelnen Praxen wurden MFA auf Wunsch explizit zur Durchführung und Auswertung kognitiver Screeningtests geschult.

Abschließend konnten konkrete Fragen zum allgemeinen Vorgehen und der Versorgung bei Demenz sowie spezifisch zum Versorgungsmodell FIDEM gestellt werden. Für die Schulung wurden den Hausarzt*innen von der Ärztekammer Niedersachsen zwei Fortbildungspunkte bescheinigt, MFA wurde auf Wunsch eine allgemeine Schulungsbescheinigung ausgestellt.

3.1.2.4 Vermittlungsablauf

Die zentrale Rolle in der Vermittlung von Patient*innen nahm in dem FIDEM-Projekt der/die Hausarzt*in ein. Nach der Sicherung einer Demenzdiagnose – durch den/die Hausarzt*in selbst, durch (Vermittlung an) eine*n Facharzt*in oder im Rahmen einer spezialisierten Einrichtung wie der Gedächtnisambulanz – unterbreitete der/die Hausarzt*in dem/der Demenzbetroffenen und i. d. R. auch den begleitenden Angehörigen das Angebot der Teilnahme an FIDEM. Bei schriftlicher Einwilligung und Schweigepflichtentbindung gegenüber den FIDEM-Kooperationspartner*innen leitete der/die Ärzt*in die Patientendaten und den Vermittlungswunsch über ein Faxformular (FIDEM-Vorlage) je nach Bedarf an den/die entsprechende*n nicht-ärztliche*n Kooperationspartner*in weiter. Die Einwilligung setzte Einwilligungsfähigkeit des/der Patient*in voraus. War diese nicht mehr gegeben, d. h. es lag ein mindestens mittelschweres Demenzstadium vor, konnte der/die Vorsorgebevollmächtigte die Einwilligung erteilen. Lag keine Vorsorgevollmacht bei mindestens mittelschwerem Demenzstadium vor, sollte die Anregung einer Betreuung erwogen werden; die Betreuungsperson konnte dann unter anderem die Einwilligung geben.

Die Weiterleitung erfolgte an eine demenzspezifische Ergotherapie (im Regelfall bis zu 40 Einheiten; extrabudgetär) und/oder eine Beratungsstelle (kostenfrei durch SPN, Sozialdienst des Gesundheitsamtes oder Pflegeberatung der Krankenversicherung). Diese Einrichtungen meldeten sich daraufhin telefonisch bei dem/der Patient*in für eine Terminabsprache. Im Rahmen der Beratung durch die Beratungsstelle konnte über das Faxformular der weitere Kontakt zu NBEA/AZUA, ambulanter Pflege oder Selbsthilfegruppen und somit eine weiterführende Versorgung hergestellt werden. Mit Ausnahme der Selbsthilfegruppen stellte eine Pflegeeinstufung oder eine private Abrechnung die Voraussetzung für die Teilnahme an den genannten Angeboten dar; Selbsthilfegruppen waren i. d. R. kostenfrei.

Bei jeder Weitervermittlung sollte eine Rückmeldung an die vermittelnde Einrichtung und den/die Hausarzt*in erfolgen, sodass Letztere*r einen Überblick über sämtliche demenzspezifischen Maßnahmen seiner/ihrer Patient*innen behielt und seine/ihre Funktion als Koordinator*in der Behandlung ausüben konnte. Der wechselseitige Austausch zwischen den Beteiligten konnte neben der Fax-Kommunikation auch telefonisch stattfinden, zudem über die regelmäßigen Netzwerktreffen.

3.1.2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Im Verlauf des Projekts wurden mehrere Öffentlichkeitsveranstaltungen durchgeführt, in welchen unter anderem auf FIDEM aufmerksam gemacht wurde.

Es gab fünf Informationsveranstaltungen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richteten, mit dem Titel „Demenz – frühzeitig erkennen und behandeln – aber wie?“. Diese fanden in Bils-
hausen (26.09.2018), beim Kolping Stammtisch Duderstadt (09.01.2019), beim ver.di Bildungs-
werk Göttingen (28.05.2019), in Seulingen (12.06.2019) und bei der Selbsthilfegruppe Krebs in
Duderstadt (11/2019) statt. Dabei resultierten die meisten Veranstaltungen – ähnlich einem
Schneeballprinzip – aus der positiven Resonanz der initialen Öffentlichkeitsveranstaltung. Im
Rahmen der Informationsveranstaltungen hielten Frau PD Dr. Bartels sowie Vertreter*innen
von SPN und Ergotherapie Kurzvorträge zum Thema Demenz, Leistungen der Pflegeversiche-
rung sowie zum Vorgehen bei demenzspezifischer Ergotherapie. Ziele der Veranstaltung waren
vorrangig die Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Demenz und nur am Rande die Vor-
stellung des Versorgungsmodells FIDEM.

Weiterhin gab es diverse Veranstaltungen, die sich an ein Fachpublikum – Hausarzt*innen,
MFA und nicht-ärztliche Behandler*innen von Demenz – richteten:

Beim zehnten Göttinger Tag der Allgemeinmedizin am 25.11.2017 wurde ein Workshop zum
Thema „Zum Umgang mit Demenz in der Hausarztpraxis“ durchgeführt, der unter anderem
das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen beinhaltete. Auch beim zwölften Göttinger Tag der
Allgemeinmedizin der UMG am 23.11.2019 war FIDEM in einem Workshop mit dem Thema
„Mehr als Pharmakotherapie – Pflegeberatung und weitere Versorgungsstrukturen bei De-
menz“ präsent. Die Tagungen wurden durch das Institut für Allgemeinmedizin der UMG und
den Deutschen Hausärzteverband für Allgemeinmediziner*innen und MFA veranstaltet.

Am 15.02.2018 wurden der Vortrag „Zum Umgang mit Demenz in der Hausarztpraxis“ beim
Ärzteverein Hannoversch Münden, am 12.12.2018 der Vortrag „Neuartige Angebote zur Ver-
sorgung gerontopsychiatrischer Patienten“ vor Göttinger Hausarzt*innen in der Klinik für Psy-
chiarie und Psychotherapie der UMG und am 16.03.2019 der Vortrag „Aufsuchende psychiat-
rische Alten- und Pflegeheimversorgung und das Kooperationsprojekt FIDEM“ beim Ärzte-
verein Göttingen gehalten.

Zudem wurde am 05.08.2017 ein Artikel im Göttinger Tageblatt und drei Tage später im Focus
Online Local veröffentlicht, in dem das FIDEM-Projekt beschrieben und die zugehörigen Kon-
taktdaten für am Projekt interessierte Hausarzt*innen, Demenzbetroffene und Angehörige auf-
geführt wurden.

3.2 Quantitative Evaluation des Versorgungsmodells FIDEM Göttingen

Die quantitative Evaluation stützte sich auf die fortlaufende Projektdokumentation, die Teilnahmelisten der Netzwerktreffen sowie die Fragebögen, die im Rahmen der Netzwerktreffen an die teilnehmenden Kooperationspartner*innen ausgeteilt wurden.

3.2.1 In welchem Umfang kam das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen zur Anwendung?

Im Folgenden soll die erste Fragestellung der quantitativen Evaluation – in welchem Umfang FIDEM Göttingen zur Anwendung kam – beantwortet werden (Fragestellung ii: a).

3.2.1.1 Kooperationspartner*innen FIDEM Göttingen (Gesamtanzahl)

Zum Zeitpunkt der letzten Runde an Netzwerktreffen (Herbst 2019) nahmen 42 Hausarzt*innen und MFA aus 29 Hausarztpraxen sowie 46 Personen anderer Berufsgruppen an dem Kooperationsprojekt FIDEM Göttingen teil (Abbildung 7). Im Zuge der COVID-19-Pandemie kam es zu einem Aussetzen des Versorgungsmodells. Es wurden keine neuen Kooperationspartner*innen gewonnen und aufgenommen, die Möglichkeit von weiteren Netzwerktreffen entfiel.

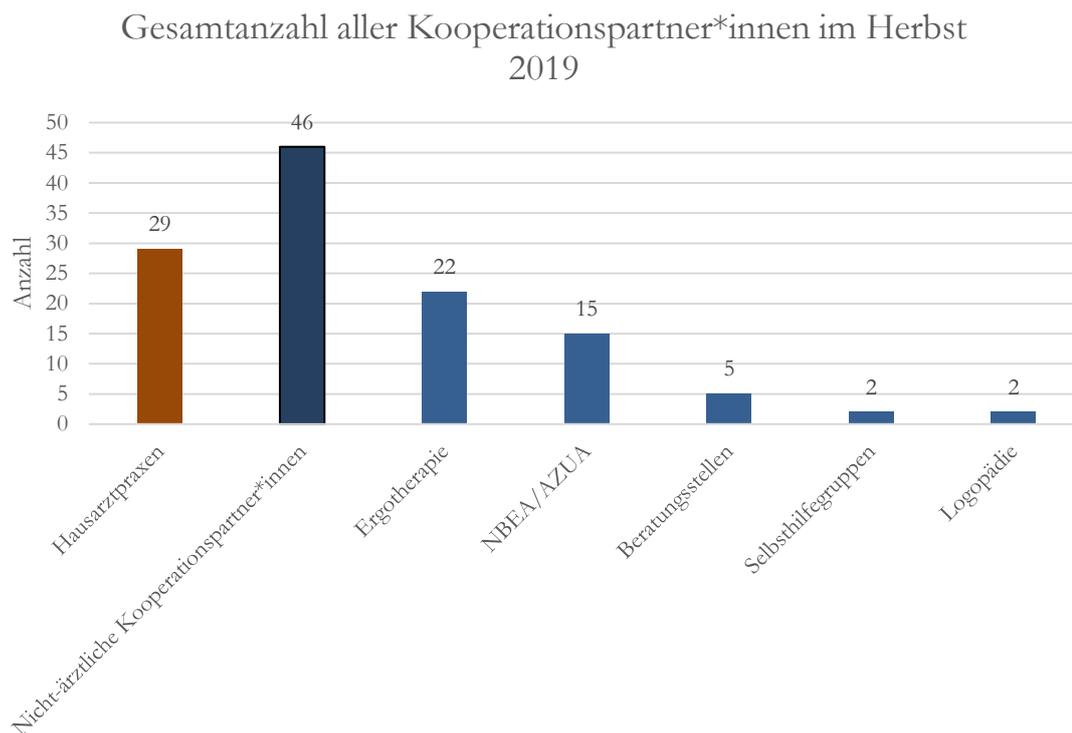


Abbildung 7: Anzahl der an FIDEM Göttingen teilnehmenden Kooperationspartner*innen aller Netzwerke im Herbst 2019 mit Darstellung sowohl der Gesamtzahl nicht-ärztlicher Kooperationspartner*innen als auch der Verteilung auf die verschiedenen Berufsgruppen

In Abbildung 8 wird die Verteilung der einzelnen Berufsgruppen in Stadt und Landkreis Göttingen dargestellt. Bei den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese zum Teil in der Stadt und im Landkreis und somit auch in Netzwerken beider Gebiete vertreten waren (z. B. der Sozialdienst des Gesundheitsamtes), sodass es dort zu Doppelungen kam. Dies wurde in den Fragebögen nicht berücksichtigt, da sich dort entweder der Stadt oder dem Landkreis zugeordnet werden musste.

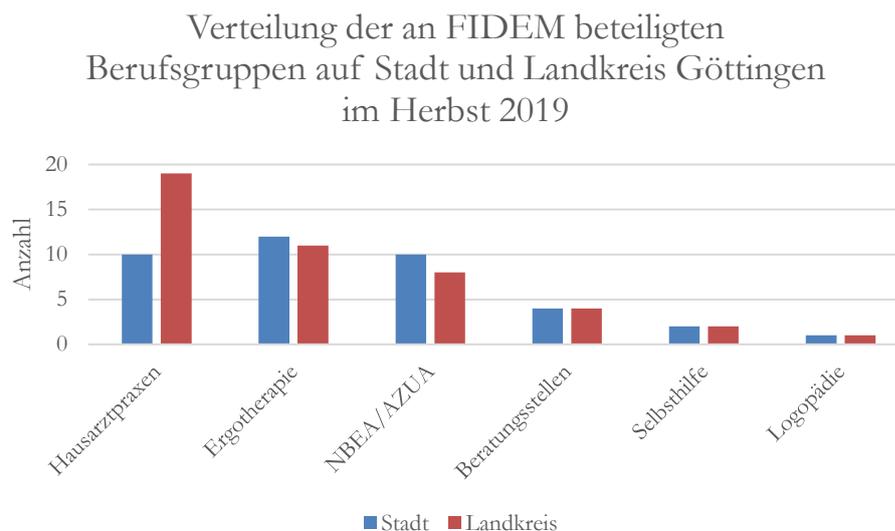


Abbildung 8: Verteilung der an FIDEM Göttingen teilnehmenden Einrichtungen aller Netzwerke im Herbst 2019 auf Stadt und Landkreis Göttingen

Es gab somit sowohl in der Stadt als auch im Landkreis Göttingen an FIDEM teilnehmende hausärztliche und nicht-ärztliche Einrichtungen. Im Landkreis Göttingen gab es nahezu doppelt so viele FIDEM-Hausarztpraxen ($n = 19$) verglichen mit der Stadt Göttingen ($n = 10$). Eine genaue Aussage zu den Häufigkeiten der nicht-ärztlichen FIDEM-Einrichtungen in Stadt und Landkreis ist aufgrund der oben beschriebenen Dopplungen nicht möglich.

3.2.1.2 Teilnehmerzahlen der Netzwerktreffen

Im Folgenden soll die Anzahl der ärztlichen und nicht-ärztlichen Teilnehmer*innen an den verschiedenen Netzwerktreffen dargestellt werden. Es fanden insgesamt 35 Netzwerktreffen im Zeitraum vom 15.08.2017 bis 23.10.2019 in halbjährlichen Abständen statt (5 Treffen je Netzwerk).

Die Koordinationsebene war bei sämtlichen bislang stattgefundenen Netzwerktreffen anwesend. Die maximale Teilnehmerzahl betrug 17 (zweites Treffen Netzwerk A (Landkreis)), die minimale Anzahl betrug 4 (fünftes Treffen Netzwerk B (Landkreis)) (Tabelle 4). Bei den Netzwerktreffen waren in der Summe häufiger nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen ($n = 240$) als Beteiligte aus Hausarztpraxen (Hausärzt*innen und MFA; $n = 67$) anwesend (Tabelle 2). Insgesamt gab es folglich etwa dreieinhalbmal so viele Teilnahmen von nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen im Vergleich zu jenen von Beteiligten aus Hausarztpraxen. Dies bildet einen Kontrast zu den Teilnehmerzahlen an dem FIDEM-Projekt, die in beiden Gruppen ähnlich groß waren (42 Hausärzt*innen und MFA, 46 Personen aus nicht-ärztlichen Einrichtungen zum Zeitpunkt des letzten Netzwerktreffens Herbst 2019).

Tabelle 2: Gesamtzahl der Teilnahmen über alle Netzwerktreffen hinweg geordnet nach Hausarztpraxen (Hausarzt*innen + MFA) und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen (Ergotherapie, AZUA/NBEA, Selbsthilfe, Beratungsstellen, Pflege)

Hausarztpraxen	Nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen
67	240

Betrachtet man die einzelnen Berufsgruppen der Teilnehmenden über alle 35 Netzwerktreffen hinweg, war die Teilnahmezahl von Mitarbeiter*innen von Beratungsstellen insgesamt am größten (n = 93), gefolgt von Ergotherapeut*innen (n = 84) und Hausarzt*innen (n = 56). Aus den Bereichen AZUA/NBEA und Selbsthilfe gab es insgesamt n = 52 Teilnahmen, aus dem Bereich Pflege n = 11. Ebenso gab es insgesamt n = 11 Teilnahmen von Personen aus der Berufsgruppe der MFA (Tabelle 3).

Tabelle 3: Gesamtzahl der Teilnahmen über alle Netzwerktreffen hinweg geordnet nach Berufsgruppen

Hausarzt*innen	MFA	Ergotherapie	AZUA/NBEA, Selbsthilfe	Beratungsstellen	Pflege
56	11	84	52	93	11

In Tabelle 4 wird zusammenfassend dargestellt, wie viele Hausarzt*innen, MFA und Teilnehmende der anderen Berufsgruppen an den einzelnen Netzwerktreffen anwesend waren.

Tabelle 4: Teilnahmen an den Netzwerktreffen geordnet nach Berufsgruppen (Hausärzt*innen, MFA und andere Berufsgruppen (Ergotherapie, AZUA/NBEA, Selbsthilfe, Beratungsstellen, Pflege))

	Treffen 1	Treffen 2	Treffen 3	Treffen 4	Treffen 5
	Herbst 2017	Frühjahr 2018	Herbst 2018	Frühjahr 2019	Herbst 2019
Netzwerk A (Landkreis)					
Hausärzt*innen	1	1	3	2	2
MFA	-	1	1	1	-
Andere Berufsgruppen	14	14	6	9	9
Netzwerk B (Landkreis)					
Hausärzt*innen	2	3	1	1	-
MFA	-	-	-	-	-
Andere Berufsgruppen	8	7	5	6	3
Netzwerk C (Stadt)					
Hausärzt*innen	2	4	1	3	2
MFA	-	-	-	-	-
Andere Berufsgruppen	6	8	6	4	4
Netzwerk D (Stadt)					
Hausärzt*innen	2	1	1	-	1
MFA	-	-	1	-	-
Andere Berufsgruppen	10	9	8	7	3
Netzwerk E (Stadt)					
Hausärzt*innen	1	1	1	1	4
MFA	1	2	3	1	-
Andere Berufsgruppen	6	8	7	4	5
Netzwerk F (Stadt)					
Hausärzt*innen	2	-	2	1	1
MFA	-	-	-	-	-
Andere Berufsgruppen	6	8	6	6	3
Netzwerk G (Stadt)					
Hausärzt*innen	2	2	2	2	1
MFA	-	-	-	-	-
Andere Berufsgruppen	8	7	5	7	8
Insgesamt					
Hausärzt*innen	12	12	11	10	11
MFA	1	3	5	2	-
Andere Berufsgruppen	58	61	43	43	35

Betrachtet man die Teilnahmen über alle Treffen hinweg, lässt sich erkennen, dass die Teilnahmezahl aus Hausarztpraxen (Hausärzt*innen und MFA) über die Zeit im Wesentlichen konstant blieb (1. Treffen aller Netzwerke: insgesamt 13; 5. Treffen aller Netzwerke: insgesamt 11). Die

Teilnahmen der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen nahmen hingegen über die Zeit eher ab (1. Treffen aller Netzwerke: insgesamt 58; 5. Treffen aller Netzwerke: insgesamt 35).

Betrachtet man zudem die Gesamtanzahl der Teilnahmen an den verschiedenen Netzwerktreffen der fünf Netzwerke in der Stadt Göttingen und der zwei Netzwerke im Landkreis Göttingen, erkennt man eine Maximalanzahl in beiden Gruppen beim zweiten Netzwerktreffen – gefolgt vom ersten Netzwerktreffen – und eine Minimalanzahl beim fünften Netzwerktreffen. Dabei war die Anzahl der Teilnahmen an den Netzwerktreffen der fünf Netzwerke der Stadt Göttingen insgesamt größer als jene in den Netzwerktreffen der zwei Netzwerke des Landkreises Göttingen (Abbildung 9). Zwar gab es auch weniger Netzwerke im Landkreis als in der Stadt, aber in den Netzwerken der Landkreise wurden größere Gebiete zusammengefasst als in denjenigen in der Stadt. Betrachtet man die Anzahl der Teilnahmen an allen Netzwerktreffen der einzelnen Netzwerke, so hatte das Netzwerk A (Landkreis) mit insgesamt $n = 64$ die höchste Gesamtanzahl. Die Anzahl der Teilnahmen an den Netzwerktreffen der anderen Netzwerke lag zwischen minimal $n = 35$ (Netzwerk F (Stadt)) und maximal $n = 45$ (Netzwerk E (Stadt)).

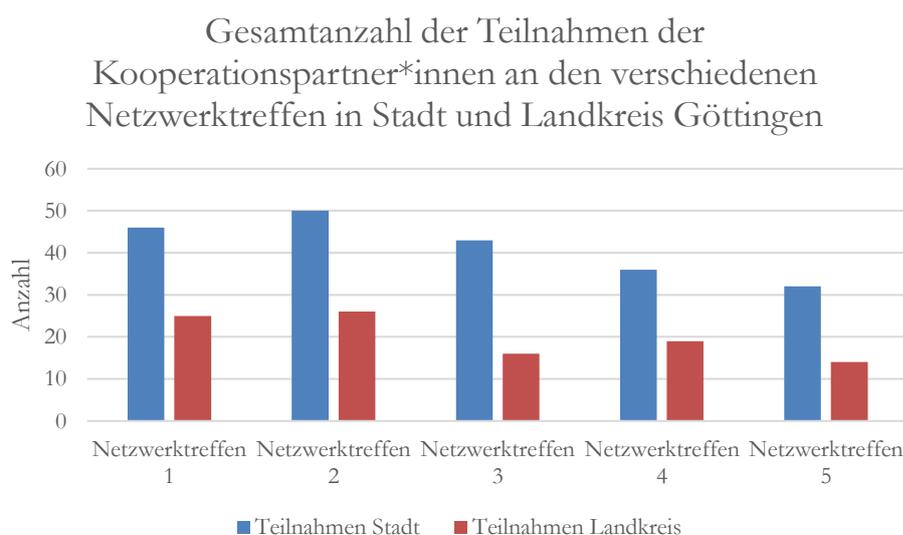


Abbildung 9: Gesamtanzahl der Teilnahmen der Kooperationspartner*innen an den Netzwerktreffen 1 bis 5, geordnet nach Netzwerktreffen in der Stadt Göttingen und dem Landkreis Göttingen

Die getrennte Betrachtung der Anzahl der Teilnahmen an den Netzwerktreffen in der Stadt Göttingen und dem Landkreis Göttingen bestätigt im Wesentlichen das bereits für beide Bezirke gemeinsam Beschriebene: Die Daten zeigen, dass bei den Hausarztpraxen in der Stadt die Teilnahmezahl über die Zeit recht gleichmäßig war, bei den Hausarztpraxen im Landkreis mit Aus-

nahme des fünften Netzwerktreffens ebenso. Bei den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen war die Teilnahmezahl der letzten drei Netzwerktreffen sowohl in der Stadt als auch im Landkreis niedriger als jene der ersten beiden Netzwerktreffen (Abbildung 10).

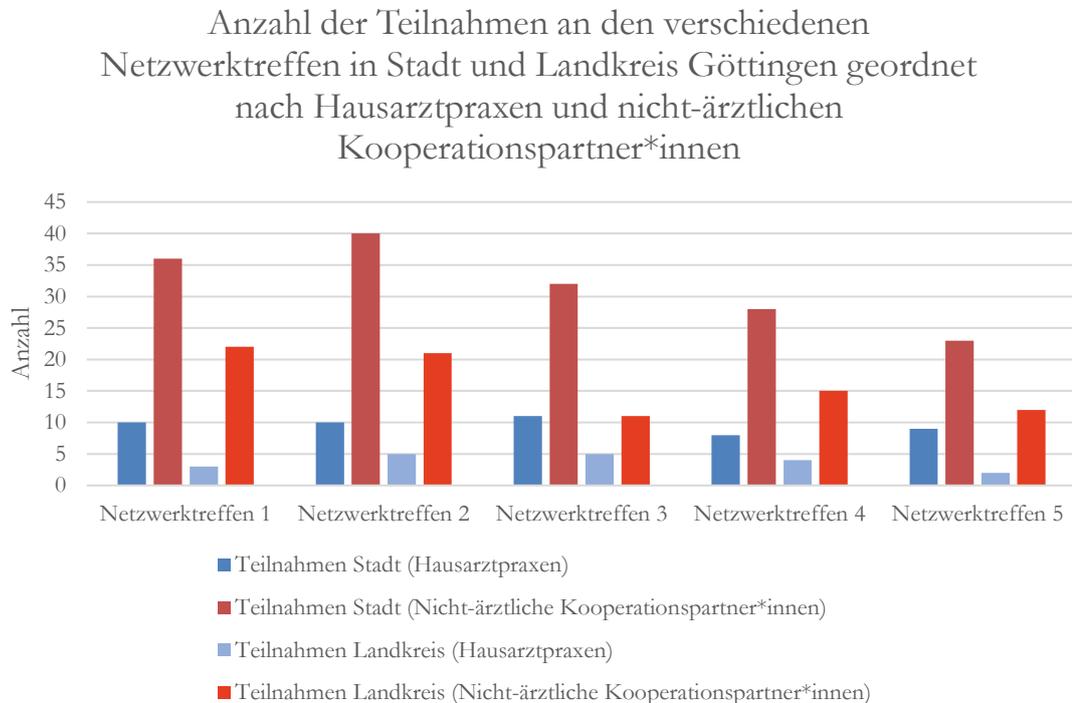


Abbildung 10: Anzahl der Teilnahmen an den Netzwerktreffen 1 bis 5, geordnet nach Netzwerktreffen in der Stadt Göttingen und dem Landkreis Göttingen sowie nach Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen

Bei dem Vergleich der Teilnahmezahlen bei den Netzwerktreffen in Stadt und Landkreis ist wieder zu berücksichtigen, dass die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen zum Teil sowohl in der Stadt als auch im Landkreis und somit auch in den Netzwerken beider Gebiete vertreten waren, sodass es in diesen Fällen zu Dopplungen kam. Dies bedeutet, dass eine Person mit Arbeitsbereich in der Stadt auch in Netzwerken eines oder mehrerer Landkreise vertreten sein konnte, und andersherum. Dennoch ordneten sich die Personen in den Fragebögen entweder der Stadt oder dem Landkreis zu. Dies muss einschränkend in der Betrachtung der Zahlen berücksichtigt werden. Aus diesem Grund wurde im Folgenden auf weitere Vergleiche von Parametern zwischen Teilnehmenden aus der Stadt und dem Landkreis Göttingen verzichtet.

3.2.1.3 Beschreibung der Stichprobe: Netzwerkpartner*innen von FIDEM Göttingen, die mindestens einen FIDEM-Fragebogen ausfüllten

Die Fragebögen in der Version für die Hausarztpraxen wurden zum Großteil von Hausärzt*innen, vereinzelt auch von MFA ausgefüllt. Letztere sind im Folgenden inkludiert, wenn sich im

Rahmen der Fragebogen-Auswertung auf die Hausarztpraxen bezogen wird, und nicht mit eingeschlossen, wenn sich auf die nicht-ärztlichen Einrichtungen/Kooperationspartner*innen bezogen wird.

Zur Auswertung lagen 80 Fragebögen vor, davon 22 von Hausarztpraxen (27,5%) und 58 von nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen (72,5%). Es trugen damit 62,1% der an FIDEM Göttingen beteiligten Hausarztpraxen (18 von 29) und 71,7% der nicht-ärztlichen Einrichtungen (33 von 46) zu den Daten bei.

3.2.1.3.1 Hausarztpraxen

Zwei Fragebögen stammten vom Messzeitpunkt T0, sechs Fragebögen von T1 und jeweils sieben Fragebögen von T2 und T3 (Abbildung 11).

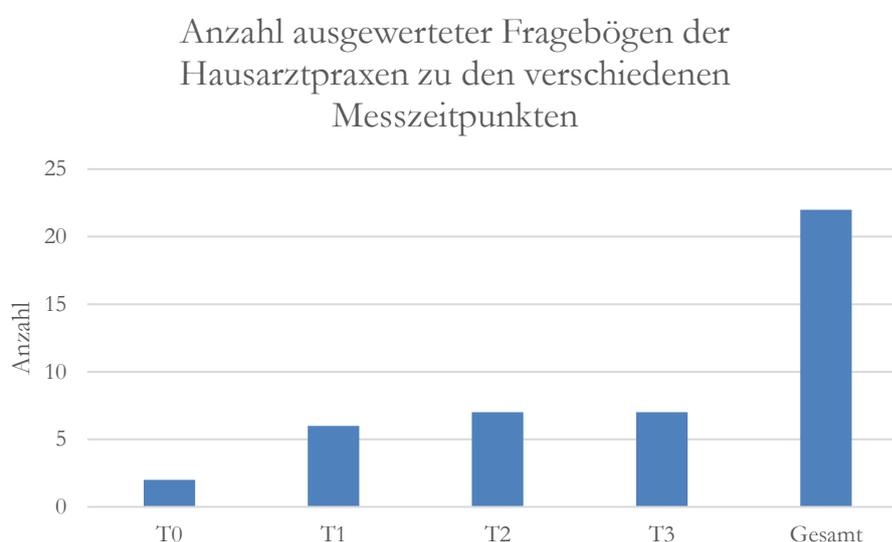


Abbildung 11: Anzahl ausgewerteter ärztlicher Fragebögen zu den Messzeitpunkten T0, T1, T2 und T3 sowie die Gesamtanzahl ($n = 22$)

Etwa zwei Drittel der Personen aus den Hausarztpraxen (68,2%, $n = 15$) hatte ihren Praxissitz in der Stadt Göttingen und etwa ein Drittel (31,8%, $n = 7$) im Landkreis Göttingen. Bei knapp der Hälfte (45,5%, $n = 10$) wurde die Gemeinschaftspraxis als Praxistyp genannt, am zweithäufigsten (36,4%, $n = 8$) die Einzelpraxis und bei 18,2% ($n = 4$) eine Praxisgemeinschaft.

Im Mittel gab es 1325 Patient*innen im Quartal pro Praxis, jedoch mit großen individuellen Schwankungen ($SD = 569,97$). Die Anzahl der behandelten Demenzbetroffenen lag zwischen 1 und 100 ($M = 34,71$, $SD = 25,72$) und die Anzahl vermuteter weiterer Demenzpatient*innen zwischen 3 und 100 ($M = 27,52$, $SD = 24,67$). Prozentual ist somit der Gesamtanteil Demenzbetroffener in Hausarztpraxen auf etwa 4,7% zu schätzen.

3.2.1.3.2 Nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen

Es konnten 14 Fragebögen (24,1%) dem Messzeitpunkt T0 zugeordnet werden, sechs Fragebögen zu T1 (10,3%), 15 Fragebögen zu T2 (25,9%) und 23 Fragebögen zu T3 (39,7%) (Abbildung 12).

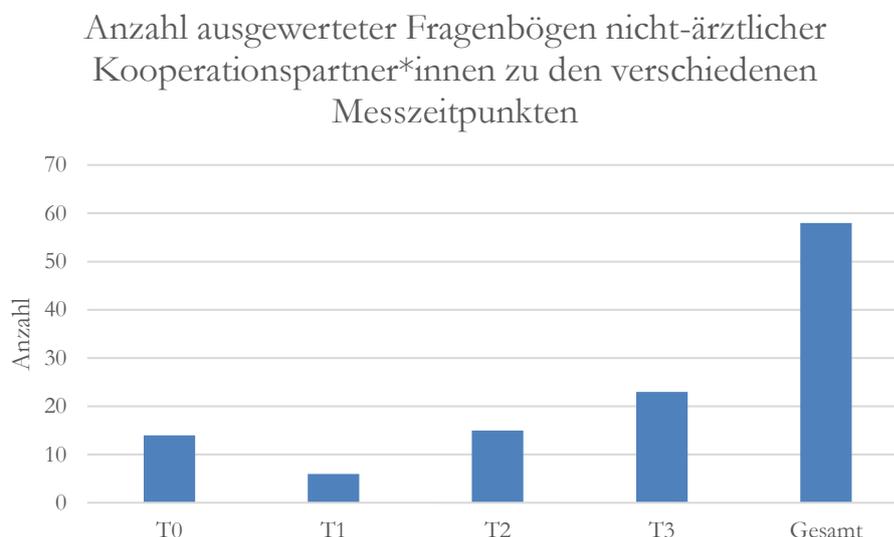


Abbildung 12: Anzahl ausgewerteter Fragebögen nicht-ärztlicher Kooperationspartner*innen zu den Messzeitpunkten T0, T1, T2 und T3 sowie die Gesamtanzahl (n = 58)

Die Verteilung der Personen aus Einrichtungen aus Stadt oder Landkreis Göttingen war in den Fragebögen annähernd ausgeglichen, mit einem minimal größeren Anteil der in der Stadt Tätigen (53,4%, n = 31). Allerdings ordneten sich nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen in den Fragebögen entweder der Stadt oder dem Landkreis zu, auch wenn sie in beiden Gebieten tätig waren, was einschränkend zu berücksichtigen ist.

Die größte Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Beteiligten war die Ergotherapie (43,1%, n = 25). Weitere 27,6% (n = 16) waren in Beratungsfunktionen tätig, und 22,4% (n = 13) arbeiteten im Bereich von AZUA oder NBEA. Lediglich n = 2 Personen (3,4%) ließen sich dem Bereich Selbsthilfe zuordnen. Weitere n = 2 Personen (3,4%) ließen sich keinem der aufgeführten Bereiche zuordnen, wobei eine Person schriftlich ihre Tätigkeit („Logopädie“) ergänzte. Eine Übersicht über die Verteilung ist in Abbildung 13 dargestellt.

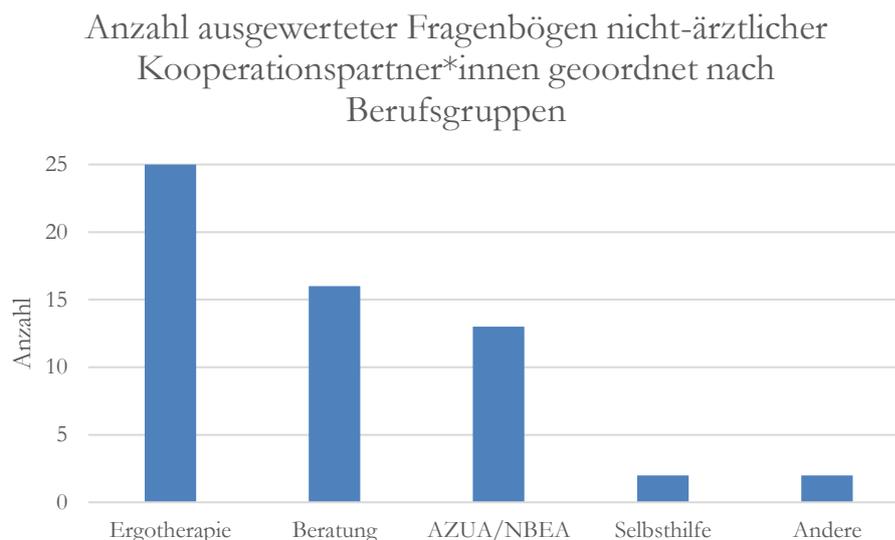


Abbildung 13: Anzahl ausgewerteter Fragebögen nicht-ärztlicher Kooperationspartner*innen geordnet nach Berufsgruppen (n = 58)

Bei der Gesamtanzahl an Patient*innen in den jeweiligen Einrichtungen reichten die Werte von 4 bis 780 ($M = 159,26$, $SD = 173,09$). Die Anzahl an Demenzbetroffenen ergab Werte zwischen 0 und 150 ($M = 34,46$, $SD = 31,63$) und die Anzahl vermuteter weiterer Demenzpatient*innen lag zwischen 0 und 100 ($M = 19,69$, $SD = 24,85$). Dementsprechend ist der Gesamtanteil Demenzbetroffener in den nicht-ärztlichen Einrichtungen auf etwa 34,0% zu schätzen.

3.2.2 Wie stellte sich die Zufriedenheit der Projekt-Teilnehmenden mit FIDEM Göttingen und einzelnen Aspekten davon dar?

Mit der Darstellung der Zufriedenheit der Projekt-Teilnehmenden mit FIDEM Göttingen wird auf die zweite Fragestellung der quantitativen Evaluation eingegangen (Fragestellung ii: b).

3.2.2.1 Arbeitszufriedenheit insgesamt

Die Fragebögen der ärztlichen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen beinhalten neben Fragen bezüglich der Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten von FIDEM auch Fragen zur Arbeitszufriedenheit. Durch die Auswertung der Arbeitszufriedenheit sollte diese als potenzielle Stör- oder Einflussgröße auf die FIDEM-bezogene Zufriedenheit beurteilt werden.

Insgesamt wurden innerhalb der Gesamtstichprobe für alle Kategorien zur Arbeitszufriedenheit (inhaltlich, strukturell, personell, kollegial, motivational, leistungsbezogen und allgemein) hohe Werte auf der numerischen Skala von 0 bis 10 für die Gesamtstichprobe der FIDEM-Teilnehmenden angegeben ($M = 8,05$ bis $8,26$, $SD = 1,09$ bis $1,65$; Tabelle 5).

Tabelle 5: Mittlere Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit einzelnen Dimensionen der Arbeit

Variable	M (SD)	95%-KI
1. Inhaltliche Arbeitszufriedenheit	8,05 (1,35)	[7,70; 8,34]
2. Strukturelle Arbeitszufriedenheit	8,03 (1,52)	[7,65; 8,37]
3. Personelle Arbeitszufriedenheit	8,09 (1,65)	[7,72; 8,49]
4. Kollegiale Arbeitszufriedenheit	8,30 (1,31)	[8,01; 8,63]
5. Motivationale Arbeitszufriedenheit	8,09 (1,37)	[7,75; 8,40]
6. Leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit	8,24 (1,09)	[7,97; 8,48]
7. Allgemeine Arbeitszufriedenheit	8,26 (1,11)	[7,98; 8,50]

Numerische Skala (0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit), N = 74 bis 76

Die unterschiedlichen Dimensionen der Arbeitszufriedenheit waren durchweg positiv korreliert ($r = 0,398$ bis $0,707$, alle p -Werte $< 0,01$; Tabelle 6).

Tabelle 6: Korrelationen der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Inhaltliche Arbeitszufriedenheit	–					
2. Strukturelle Arbeitszufriedenheit	0,502**	–				
3. Personelle Arbeitszufriedenheit	0,494**	0,473**	–			
4. Kollegiale Arbeitszufriedenheit	0,452**	0,398**	0,706**	–		
5. Motivationale Arbeitszufriedenheit	0,682**	0,551**	0,657**	0,712**	–	
6. Leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit	0,527**	0,464**	0,618**	0,527**	0,704**	–
7. Allgemeine Arbeitszufriedenheit	0,569**	0,470**	0,665**	0,604**	0,696**	0,797**

Numerische Skala (0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit), ** $p < 0,01$

Es konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen der Arbeitszufriedenheit und den einzelnen Messzeitpunkten gefunden werden. Das bedeutet, dass es bezüglich der FIDEM-unabhängigen Arbeitszufriedenheit in den Einrichtungen über die Zeit von FIDEM weder eine generelle Tendenz zur Zu- noch zur Abnahme gab. Dies galt für sämtliche Kategorien der Arbeitszufriedenheit (alle p -Werte $> 0,05$) (Tabelle 7).

Tabelle 7: Korrelationen der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit den Messzeitpunkten

Variable	Messzeitpunkt
1. Inhaltliche Arbeitszufriedenheit	0,146
2. Strukturelle Arbeitszufriedenheit	-0,404
3. Personelle Arbeitszufriedenheit	-0,064
4. Kollegiale Arbeitszufriedenheit	0,117
5. Motivationale Arbeitszufriedenheit	0,026
6. Leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit	-0,066
7. Allgemeine Arbeitszufriedenheit	-0,034

Variablen 1 bis 7: Numerische Skala (0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit); Messzeitpunkt: Ordinalskala (T0 = frühester Messzeitpunkt, T3 = spätester Messzeitpunkt)

3.2.2.1.1 Arbeitszufriedenheit nach Berufsgruppen (Hausarztpraxen vs. nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen)

Für Hausarztpraxen wurde eine Gesamtzufriedenheit von $M = 8,00$ ($SD = 0,91$) angegeben. Der Minimalwert für die einzelnen Kategorien reichte von 5 (personelle Arbeitszufriedenheit) bis 7 (inhaltliche, kollegiale und motivationale Arbeitszufriedenheit), der Maximalwert war über alle Kategorien hinweg 10. Die mittlere Arbeitszufriedenheit in den einzelnen Kategorien reichte von 7,95 ($SD = 0,91$; leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit) bis 8,32 ($SD = 1,16$; kollegiale Arbeitszufriedenheit und $SD = 1,06$; motivationale Arbeitszufriedenheit).

Für die nicht-ärztlichen Netzwerkpartner*innen waren die Angaben zur Arbeitszufriedenheit tendenziell heterogener. Es wurde eine Gesamtzufriedenheit von $M = 8,34$ angegeben ($SD = 1,16$). Der Minimalwert für die einzelnen Kategorien reichte von 2 (personelle Arbeitszufriedenheit) bis 5 (kollegiale, leistungsbezogene und allgemeine Arbeitszufriedenheit), der Maximalwert war wie bei den Hausarztpraxen über alle Kategorien hinweg 10. Die mittlere Arbeitszufriedenheit in den einzelnen Kategorien reichte von 7,99 ($SD = 1,46$; inhaltliche Arbeitszufriedenheit) bis 8,34 ($SD = 1,13$; leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit und $SD = 1,16$; allgemeine Arbeitszufriedenheit) (Abbildung 14).

Explorative t-Tests zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen in Bezug auf die unterschiedlichen Dimensionen der Arbeitszufriedenheit (alle Werte oberhalb des zweiseitigen Signifikanzniveaus; $p = 0,17$ bis $0,94$).

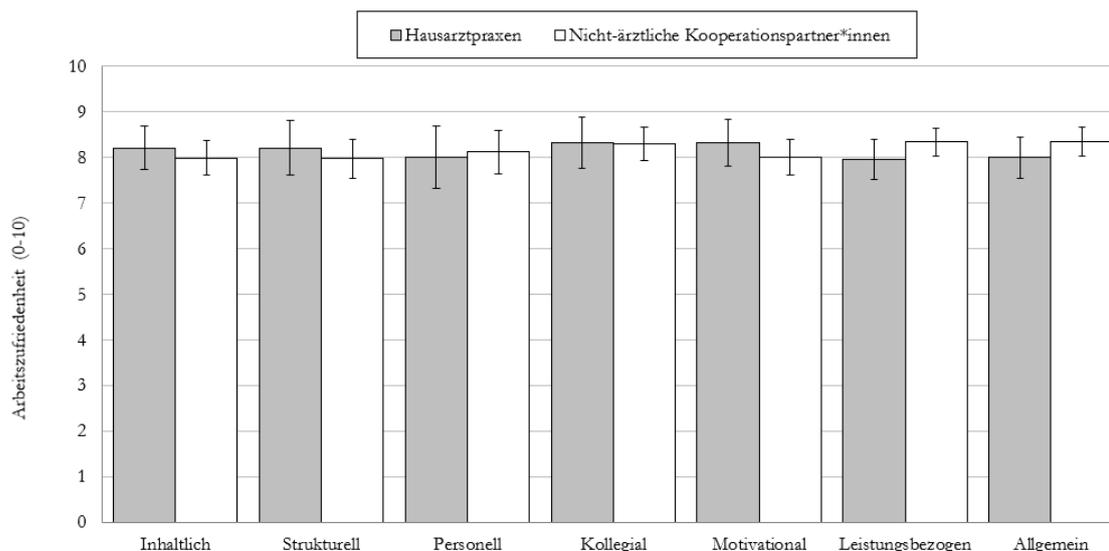


Abbildung 14: Mittlere Arbeitszufriedenheiten der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit 95%-KI, N = 18 bis 19 (Hausarztpraxen), N = 55 bis 57 (nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen) (df = 61 bis 65). Numerische Skala, 0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit

3.2.2.2 Zufriedenheit mit FIDEM

Sowohl bei den Hausarztpraxen als auch bei den nicht-ärztlichen Projektbeteiligten konnte eine hohe Zufriedenheit mit allen erhobenen Aspekten zu FIDEM verzeichnet werden: Sie lag in allen Kategorien im Mittel bei > 7 bis > 8 von 10 ($M = 7,02$ bis $8,75$, $SD = 1,16$ bis $2,62$). Minimal konnte in sämtlichen Kategorien eine 0 angegeben werden, maximal eine 10.

Die Variation der fünf Dimensionen (Innersubjekteffekt) erreichte statistische Signifikanz (GLM: $F(4, 232) = 7,52$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,12$). Numerisch am größten war die „Zufriedenheit mit dem gesamten Projekt im Allgemeinen“ ($M = 7,87$, $SD = 1,84$), relativ am niedrigsten war die „Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung“ ($M = 7,22$; $SD = 2,24$). Der Unterschied zwischen der Dimension „Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung“ und allen restlichen Dimensionen war hierbei statistisch signifikant (korrigierte Paarvergleiche: p von $< 0,001$ bis $0,043$). Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Dimensionen wurden nicht gefunden.

Die Zufriedenheit der Hausarztpraxen lag numerisch in vier von fünf Kategorien höher als bei den anderen Berufsgruppen. Eine Ausnahme stellte die „Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung am FIDEM-Projekt“ dar: Hier war die Zufriedenheit der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen ($M = 7,31$, $SD = 2,50$) numerisch höher als die der Hausarztpraxen ($M = 7,00$, $SD = 1,49$). Der Zwischensubjekteffekt zur Abbildung allgemeiner Unterschiede zwischen beiden Gruppen verfehlte jedoch die statistische Signifikanz (GLM: $F(1, 58) = 2,90$, $p = 0,094$, partielles $\eta^2 = 0,05$). Gleichzeitig konnte ein signifikanter Interaktionseffekt gefunden werden,

der auf unterschiedlich ausgeprägte Differenzen der Ratings zwischen beiden Gruppen an Kooperationspartner*innen hinweist (GLM: $F(4, 232) = 7,49$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,11$).

In Tabelle 8 werden die mittleren Zufriedenheiten der Hausarztpraxen und der anderen Kooperationspartner*innen deskriptiv und separat dargestellt.

Tabelle 8: Mittlere Zufriedenheit der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit einzelnen Dimensionen des Projekts FIDEM Göttingen

Variable	Hausarztpraxen		Nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen	
	M (SD)	95%-KI	M	95%-KI
Zufriedenheit mit der Koordinationsebene	8,60 (1,54)	[7,95; 9,42]	7,48 (2,39)	[6,94; 8,33]
Zufriedenheit mit dem Vermittlungspfad	8,47 (1,71)	[7,65; 9,30]	7,02 (2,62)	[6,33; 7,86]
Zufriedenheit mit der Kooperation mit den Netzwerkpartner*innen	8,75 (1,16)	[8,22; 9,36]	7,29 (2,22)	[6,76; 8,02]
Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung	7,00 (1,49)	[6,26; 7,74]	7,31 (2,50)	[6,69; 8,16]
Zufriedenheit mit dem Projekt allgemein	8,35 (1,39)	[7,75; 9,09]	7,66 (1,98)	[6,89; 8,19]

Numerische Skala, 0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit

Zur genauen Analyse der unterschiedlichen Differenzen zwischen beiden Berufsgruppen wurden zusätzlich explorative t-Tests durchgeführt, um alle fünf Dimensionen zwischen den Berufsgruppen zu vergleichen. Hierbei konnten Unterschiede für die Dimensionen „Vermittlungspfad“ ($t(61) = 2,21$, $p = 0,031$, $d_{emp} = 0,61$) und „Kooperation mit Netzwerkpartner*innen“ ($t(63) = 2,77$, $p = 0,07$, $d_{emp} = 0,74$) gefunden werden: Für beide wurde die Zufriedenheit von den Hausarztpraxen signifikant höher eingeschätzt als von den nicht-ärztlichen Netzwerkpartner*innen. In den Dimensionen der „Zufriedenheit mit der Koordinationsebene“ ($p = 0,058$) und dem „Projekt allgemein“ ($p = 0,162$) wurde die Signifikanz jeweils knapp verfehlt (Abbildung 15).

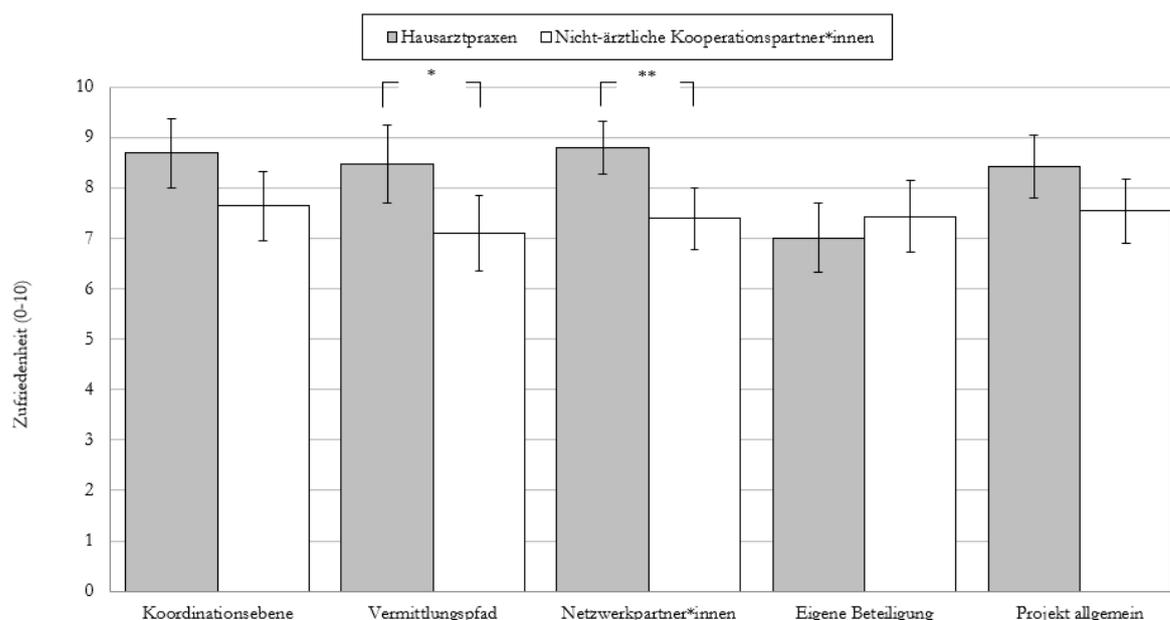


Abbildung 15: Mittlere Zufriedenheiten der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit einzelnen Dimensionen des Projekts FIDEM Göttingen. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Numerische Skala, 0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit

Insgesamt bewerteten Hausarztpraxen das Projekt somit unter dem Aspekt der Zufriedenheit positiver, insbesondere auf den zwei Dimensionen „Zufriedenheit mit dem Vermittlungspfad“ und „Zufriedenheit mit der Kooperation mit den Netzwerkpartner*innen“.

Betrachtet man die Entwicklung der Zufriedenheit mit FIDEM aller Berufsgruppen explorativ im Verlauf, so lässt sich erkennen, dass tendenziell die Zufriedenheit positiv mit einem späteren Messzeitpunkt korrelierte. Hierbei erreichten vier von fünf Dimensionen statistische Signifikanz, jedoch waren die Korrelationskoeffizienten nach Cohen nur knapp mittelgradig ausgeprägt (r zwischen 0,247 und 0,294, $p < 0,05$; Tabelle 9).

Tabelle 9: Korrelationen der Zufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit einzelnen Dimensionen von FIDEM Göttingen mit den Messzeitpunkten

Variable	Messzeitpunkt
1. Zufriedenheit mit der Koordinationsebene	0,293*
2. Zufriedenheit mit dem Vermittlungspfad	0,198
3. Zufriedenheit mit der Kooperation mit den Netzwerkpartner*innen	0,247*
4. Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung	0,268*
5. Zufriedenheit mit dem Projekt allgemein/insgesamt	0,294*

Variable 1 bis 5: Numerische Skala (0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit); Messzeitpunkt: Ordinalskala (T0 = frühester Messzeitpunkt, T3 = spätester Messzeitpunkt), * $p < 0,05$

3.2.2.3 Korrelation der Arbeitszufriedenheit mit der Zufriedenheit mit FIDEM

Bei Korrelation der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit mit den Dimensionen der Zufriedenheit mit FIDEM zeigten sich durchweg positive Korrelationen. Eine Ausnahme bildete lediglich die Korrelation der „strukturellen Arbeitszufriedenheit“ mit der „Zufriedenheit mit dem Projekt allgemein/insgesamt“ ($r = -0,030$, nicht statistisch signifikant). Die positiven Korrelationen bedeuteten, dass Personen, die eher zufrieden mit ihrer Arbeit waren, auch ihre Zufriedenheit mit FIDEM eher höher bewerteten. Allerdings lagen sämtliche Korrelationen bei $r < 0,5$ und die meisten Korrelationen waren nicht statistisch signifikant. Eine Ausnahme bildete zum einen die inhaltliche Arbeitszufriedenheit, die mit sämtlichen Dimensionen der Zufriedenheit mit FIDEM auf dem Niveau von $p < 0,01$ signifikant positiv korrelierte ($r = 0,328$ (FIDEM-Projekt allgemein/insgesamt) bis $r = 0,475$ (FIDEM-Koordinationsebene)). Zum anderen korrelierte die leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit auf dem Niveau von $p < 0,01$ signifikant positiv mit der eigenen Beteiligung an FIDEM ($r = 0,319$). Die einzigen weiteren signifikanten Korrelationen stellten die Korrelationen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit mit dem Vermittlungspfad ($r = 0,263$), mit der Koordinationsebene ($r = 0,289$) und der eigenen Beteiligung ($r = 0,313$) dar, allerdings nur auf dem Niveau von $p < 0,05$ (Tabelle 10).

Tabelle 10: Korrelationen der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden mit den Dimensionen der Zufriedenheit mit FIDEM

Variable	8. Koordinationsebene (FIDEM)	9. Vermittlungspfad (FIDEM)	10. Netzwerkpartner*innen (FIDEM)	11. Eigene Beteiligung (FIDEM)	12. Projekt allgemein/insgesamt (FIDEM)
1. Inhaltlich	0,475**	0,405**	0,420**	0,349**	0,328**
2. Strukturell	0,034	0,129	0,151	0,087	-0,030
3. Personell	0,153	0,164	0,077	0,112	0,129
4. Kollegial	0,122	0,106	0,032	0,139	0,146
5. Motivational	0,240	0,179	0,195	0,217	0,105
6. Leistungsbezogen	0,243	0,194	0,149	0,319**	0,052
7. Allgemein	0,289*	0,263*	0,203	0,313*	0,175

Numerische Skala (0 = minimale Zufriedenheit, 10 = maximale Zufriedenheit), * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Zusammenfassend vermerkten sowohl die Hausarztpraxen als auch die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen eine hohe Zufriedenheit mit FIDEM, wobei die Zufriedenheit der Hausarztpraxen – mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung – höher als die der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen war. Gleichzeitig war auch die Arbeitszufriedenheit aller Kooperationspartner*innen hoch; hier gab es keine Unterschiede zwischen den Hausarztpraxen und den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen. Statistisch signifikante Korre-

lationen zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Zufriedenheit mit FIDEM gab es nur wenige. Damit ist anzunehmen, dass die Arbeitszufriedenheit und die Zufriedenheit mit FIDEM weitgehend unabhängig voneinander vorhanden waren. Eine Ausnahme stellte die hohe inhaltliche Arbeitszufriedenheit dar, die mit allen Dimensionen der Zufriedenheit mit FIDEM signifikant positiv korrelierte.

3.2.3 Wie stellte sich die Be- oder Entlastung der Teilnehmenden durch FIDEM Göttingen dar?

Da ein wesentliches Ziel von FIDEM Göttingen die Entlastung der teilnehmenden Hausarztpraxen darstellte, sollte im Rahmen dieser Arbeit evaluiert werden, ob dieses Ziel erreicht wurde. Zusätzlich sollte betrachtet werden, ob auch eine Entlastung der nicht-ärztlichen Einrichtungen festgestellt werden konnte (Fragestellung ii: c).

Die Teilnehmenden sollten ihre empfundene Be- und Entlastung durch die Teilnahme am Projekt von -5 (maximal belastet) bis +5 (maximal entlastet) bewerten. Im Mittel lag die empfundene Be- und Entlastung für die Gesamtstichprobe bei allen vier Dimensionen (zeitlich, strukturell, personell, insgesamt) im knapp positiven Bereich der Skala ($M = 0,84$ bis $1,11$, $SD = 1,51$ bis $1,72$); es wurde demnach numerisch insgesamt eine leichte Entlastung durch FIDEM wahrgenommen.

Es konnte keine signifikante Variation der vier Dimensionen der Be-/Entlastung im Sinne eines Innersubjekteffektes für die Gesamtstichprobe gefunden werden (GLM: $F(3, 192) = 1,41$, $p = 0,240$, partielles $\eta^2 = 0,02$). Auch die Paarvergleiche erreichten keine statistische Signifikanz ($p = 0,400$ bis $1,000$). Insgesamt konnten die Abweichungen zwischen den einzelnen Dimensionen für die Gesamtstichprobe somit als statistisch nicht signifikant angesehen werden.

Hausarztpraxen gaben numerisch stärkere Entlastungen in allen vier Dimensionen an (Tabelle 11): Die maximale Entlastung erfuhren die Hausarztpraxen „zeitlich“ mit $M = 2,25$ ($SD = 1,80$) und die minimale Entlastung „personell“ mit $M = 1,90$ ($SD = 1,94$). Bei den nicht-ärztlichen Netzwerkpartner*innen war zwar durchweg ebenfalls eine Entlastung sichtbar, diese war jedoch in allen Dimensionen numerisch geringer ausgeprägt als bei den Hausarztpraxen. Am höchsten war die Entlastung auch hier auf „zeitlicher Ebene“ ($M = 0,66$; $SD = 1,48$), am geringsten durch das „Projekt im Allgemeinen“ ($M = 0,37$; $SD = 1,34$).

Tabelle 11: Mittlere Be-/Entlastung der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen durch einzelne Aspekte des Projekts FIDEM Göttingen

Variable	Hausarztpraxen		Nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen	
	M (SD)	95%-KI	M (SD)	95%-KI
Zeitliche Be-/Entlastung	2,25 (1,80)	[1,41; 3,09]	0,66 (1,48)	[0,10; 0,94]
Strukturelle Be-/Entlastung	1,95 (1,82)	[1,10; 2,80]	0,51 (1,14)	[0,12; 0,75]
Personelle Be-/Entlastung	1,90 (1,94)	[0,99; 2,81]	0,41 (1,21)	[-0,05; 0,62]
Be-/Entlastung insgesamt/allgemein	2,15 (1,76)	[1,33; 2,97]	0,37 (1,34)	[-0,02; 0,78]

Numerische Skala, -5 = maximale Belastung, 0 = weder Be- noch Entlastung, 5 = maximale Entlastung

Passend zu den berichteten numerischen Unterschieden konnte ein signifikanter Zwischengruppeneffekt gefunden werden (GLM: $F(1, 64) = 23,50$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,27$): Die Hausarztpraxen zeigten konsistent höhere Ausprägungen auf allen Skalen in Richtung einer Entlastung. Weiterhin konnte kein signifikanter Interaktionseffekt gefunden werden, der auf unterschiedlich ausgeprägte Differenzen zwischen beiden Berufsgruppen hinweisen würde (GLM: $F(3, 192) = 0,30$, $p = 0,82$, partielles $\eta^2 = 0,01$). Explorative t-Tests zeigten zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede für alle vier Dimensionen (Abbildung 16; $t(65-68) = 3,81$ bis $4,52$, $p < 0,001$ bis $0,004$), mit durchweg großen Effektstärken ($d_{emp} = 1,01$ bis $1,21$). Insgesamt zeigten sich die Hausarztpraxen somit signifikant stärker entlastet durch das Projekt als die anderen Kooperationspartner*innen, wobei von keiner Berufsgruppe numerisch eine Belastung durch das Projekt ausgedrückt wurde (alle Mittelwerte > 0).

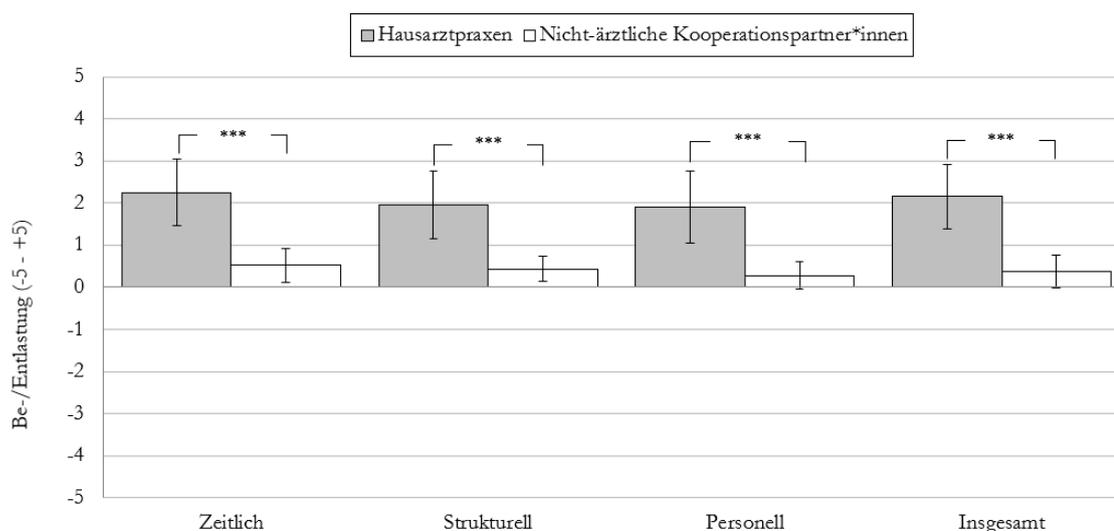


Abbildung 16: Be- und Entlastung der Hausarztpraxen und der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen durch FIDEM in Bezug auf einzelne Aspekte der Praxis/Einrichtung. *** $p < 0,001$. Numerische Skala, -5 = maximale Belastung, 0 = weder Be- noch Entlastung, 5 = maximale Entlastung

Eine explorative Betrachtung der Be- und Entlastung im Projektverlauf zeigte keine signifikanten Veränderungen: Die Messzeitpunkte korrelierten nur geringfügig mit einer Abnahme/Zunahme an Be- oder Entlastung ($r < 0,1$ über alle Kategorien hinweg, $p = 0,254$ bis $0,951$; Tabelle 12), somit blieben Be- und Entlastung im Projektverlauf weitgehend konstant.

Tabelle 12: Korrelationen der Dimensionen der Be-/Entlastung der FIDEM-Teilnehmenden durch einzelne Dimensionen von FIDEM mit den Messzeitpunkten

Variable	Messzeitpunkt
1. Zeitliche Be-/Entlastung	-0,046
2. Strukturelle Be-/Entlastung	0,063
3. Personelle Be-/Entlastung	-0,139
4. Be-/Entlastung allgemein	-0,008

Variable 1 bis 4: Numerische Skala (-5 = maximale Belastung, 0 = weder Be- noch Entlastung, 5 = maximale Entlastung); Messzeitpunkt: Ordinalskala (T0 = frühester Messzeitpunkt, T3 = spätester Messzeitpunkt)

Insgesamt wurde FIDEM also von den Hausarztpraxen als Entlastung empfunden. Die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen fühlten sich zwar weniger stark entlastet, empfanden das Versorgungsmodell aber auch nicht als belastend.

3.2.4 Wie wurde die Weitervermittlung von Patient*innen über FIDEM Göttingen wahrgenommen?

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie die Weitervermittlung von Demenzbetroffenen über FIDEM Göttingen von den Hausarztpraxen und den nicht-ärztlichen Einrichtungen wahrgenommen wurde (Fragestellung ii: d).

3.2.4.1 Weitervermittlung durch Hausarztpraxen

Bei der Angabe der Gründe, weshalb Patient*innen bzw. ihre Angehörigen über FIDEM informiert wurden und weshalb diese in die Vermittlung über FIDEM einwilligten bzw. nicht einwilligten, gab es in den meisten Fällen Mehrfachnennungen durch die Hausarztpraxen.

Die starke Belastung Angehöriger wurde in den Fragebögen der Hausarztpraxen als häufigster Grund für eine Informierung ausgewählt (68,2%, $n = 15$). Weitere Gründe waren die kürzlich erfolgte Erstdiagnose einer Demenz (59,1%, $n = 13$) und bisher fehlende Unterstützungsangebote (54,5%, $n = 12$). Der Wunsch von Demenzbetroffenen, nicht im Pflegeheim versorgt zu werden (40,9%, $n = 9$), und das Alleinleben (36,4%, $n = 8$) zählten ebenfalls zu den Motiven, über FIDEM zu informieren. Zum Teil gaben Hausarztpraxen an, sämtliche Patient*innen in ihrer Praxis, bei denen eine Demenz diagnostiziert worden war, informiert zu haben (36,4%, $n = 8$). Als freie Antwort wurde von einer einzelnen Person angegeben, dass der/die Patient*in

eine generelle Angst vor Progress der Erkrankung habe (4,5%, $n = 1$). Siehe Abbildung 17 für eine graphische Darstellung der Gründe der Hausarztpraxen für eine Informierung von Patient*innen über FIDEM.

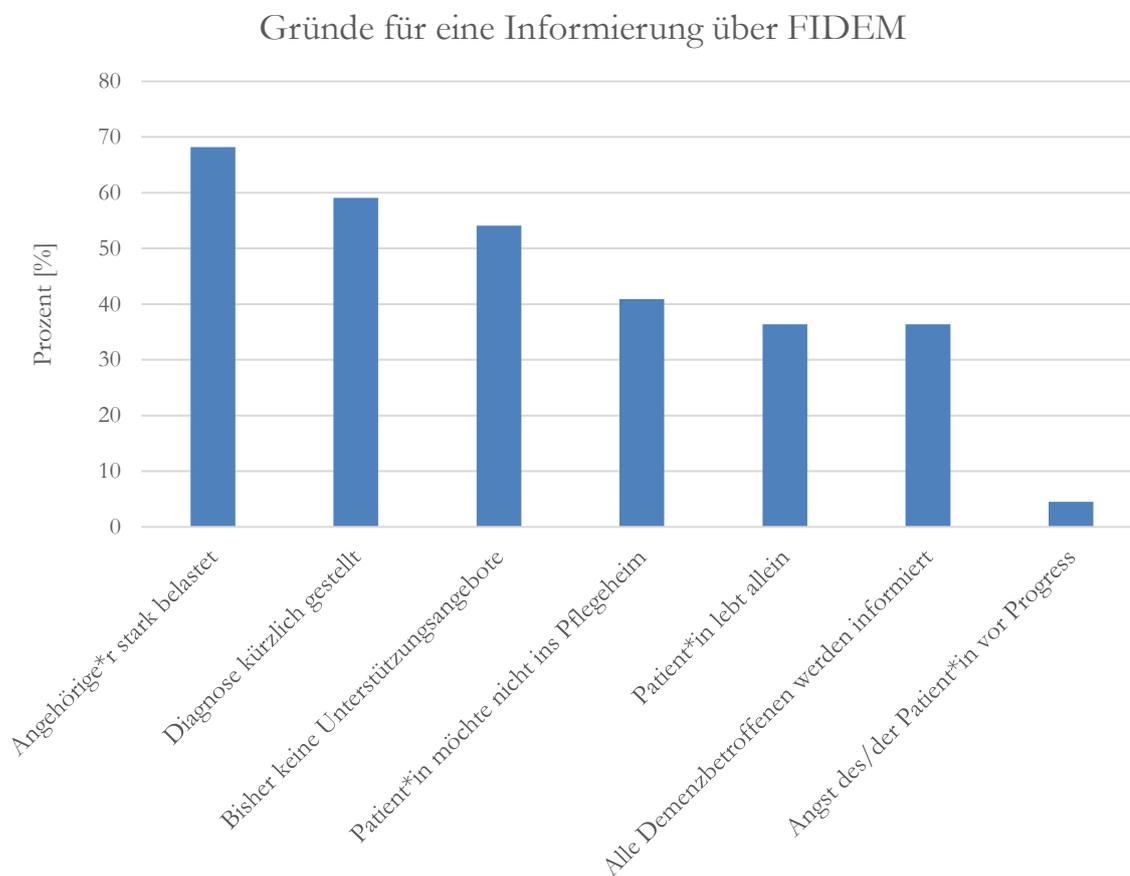


Abbildung 17: Gründe für eine Informierung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen über FIDEM in Prozent [%]

Im Mittel wurden in den Hausarztpraxen 7,95 Patient*innen ($SD = 9,20$) zum Zeitpunkt der jeweiligen Erhebung in ihrer Praxis über das FIDEM-Projekt informiert ($min = 0$, $max = 40$). Davon hatten im Mittel 5,50 ($SD = 5,22$) Patient*innen in die Vermittlung eingewilligt ($min = 0$, $max = 20$), was einer Quote von 69,2% entspricht.

Hauptgründe für eine Einwilligung durch Patient*innen bzw. ihre Angehörigen in eine Weitervermittlung über FIDEM waren aus Sicht der Hausarztpraxen eine Erleichterung/Entlastung im Umgang mit der Diagnose (77,2%, $n = 17$) und der Zugang zu Informationen/Beratung (72,7%, $n = 16$). Häufige Gründe waren ebenfalls der Zugang zu Unterstützung für den/die Patient*in (68,2%, $n = 15$) und eine Entlastung der Angehörigen (68,2%, $n = 15$). Weiterhin wurde der Zugang zu finanzieller Unterstützung (36,4%, $n = 8$) sowie der Wunsch der Angehörigen (22,7%, $n = 5$) als Einwilligungsgründe angegeben. Die Einwilligungsgründe sind in Abbildung 18 als Übersicht dargestellt.

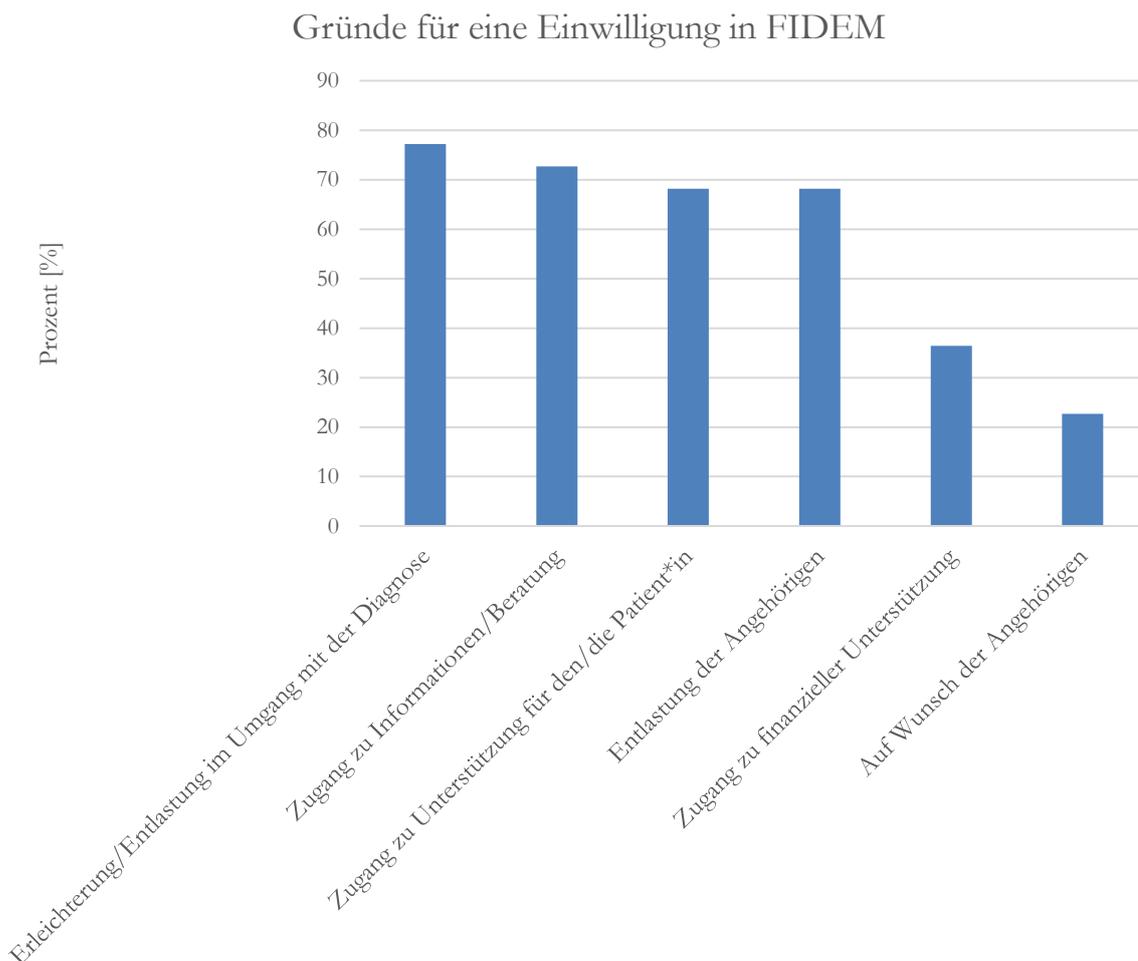


Abbildung 18: Gründe für eine Einwilligung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen in eine Weitervermittlung über FIDEM in Prozent [%]

Gründe, weshalb Patient*innen bzw. ihre Angehörigen, die über FIDEM informiert wurden, nicht in eine Weitervermittlung über FIDEM eingewilligt haben (Mehrfachantworten zum Ankreuzen), waren aus Sicht der Hausarztpraxen in erster Linie eine Ablehnung von Unterstützung durch den/die Patient*in (50,0%, n = 11) und eine fehlende Krankheitseinsicht (40,9%, n = 9). Weitere Gründe waren eine Ablehnung von Unterstützung durch Angehörige (31,8%, n = 7), eine Bagatellisierung der Symptome (31,8%, n = 7), Scham (27,3%, n = 6) sowie eine bereits ausreichend vorhandene Unterstützung (18,2%, n = 4).

In den Freitextantworten wurde von den Hausarztpraxen auch die Befürchtung eines Verlusts von Autonomie oder fehlende Hoffnung auf einen Nutzen durch die Teilnahme an FIDEM, eine Unmöglichkeit der Teilnahme aufgrund einer Krisensituation sowie eine eigenständige Bemühung um Unterstützung angegeben (jeweils 4,5%, n = 1).

Die Gründe einer Ablehnung der Einwilligung in FIDEM sind in Abbildung 19 als Übersicht dargestellt.

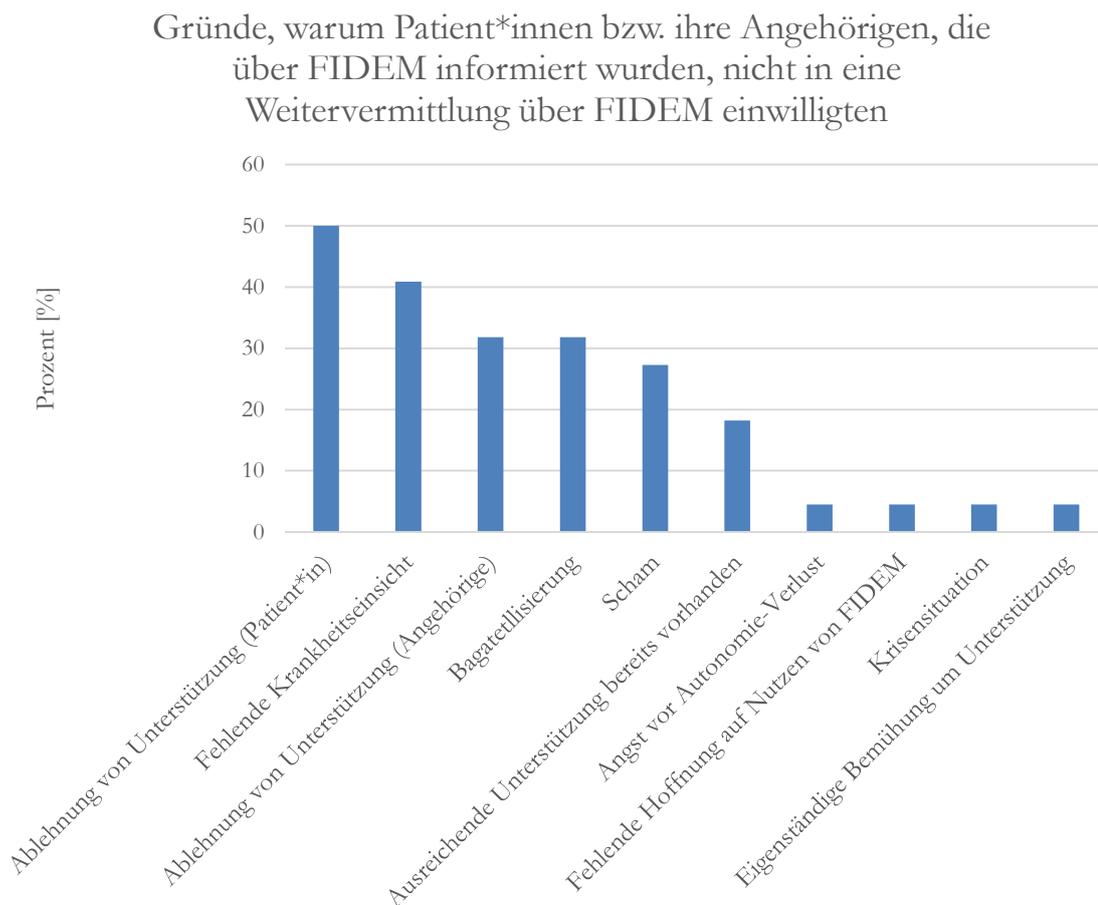


Abbildung 19: Gründe, warum Patient*innen bzw. ihre Angehörigen, die über FIDEM informiert wurden, nicht in eine Weitervermittlung über FIDEM einwilligten in Prozent [%]

3.2.4.2 Weitervermittlung an nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen

Über die Anzahl an Patient*innen, die über Wege außerhalb von FIDEM und somit über bisherige reguläre Wege an Einrichtungen nicht-ärztlicher Kooperationspartner*innen vermittelt wurden, machten $n = 20$ nicht-ärztliche Netzwerkpartner*innen eine Angabe. Im Mittel waren das 8,80 (SD = 14,88) Patient*innen (min = 0 und max = 60).

Im Folgenden wird dargestellt, aus welchen Bereichen außerhalb von FIDEM demenzbetroffene Patient*innen oder ihre Angehörigen am häufigsten die jeweilige Einrichtung erreichten. Grundsätzlich hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, Mehrfachantworten abzugeben, und hierbei mittels Zahlen eine Rangfolge der Häufigkeiten zu erstellen (siehe Methoden, Punkt 2.2.1). Jedoch gaben nur 11 Teilnehmende eine Rangfolge an, sodass auf die Auswertung im Sinne einer Rangbildung verzichtet wurde:

Am häufigsten suchten laut den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen Patient*innen bzw. ihre Angehörigen über eine*n Hausarzt*in die jeweilige Einrichtung auf (65,5%, $n = 38$). Am zweithäufigsten habe eine Vorstellung auf Eigeninitiative hin stattgefunden (55,2%, $n =$

32). Häufig sei auch der Weg über eine*n Fachärzt*in (32,8%, n = 19) oder eine Beratungsstelle (25,9%, n = 15) gewesen. Wenige Teilnehmende gaben an, dass Patient*innen bzw. Angehörige den Weg über Ergotherapie (6,9%, n = 4), AZUA/NBEA (5,2%, n = 3) oder Selbsthilfegruppen (1,7%, n = 1) gingen.

Die Rubrik „Andere“ (n = 11) wurde sieben Mal durch eine „krankenhäusliche Vermittlung“ (Krankenhaus / Universitätsmedizin Göttingen / Gedächtnisambulanz / Geriatrie), einmal durch die „Vermittlung über Krankenkassen“ und jeweils einmal über „andere Institutionen“ und das „persönliche Umfeld“ der Patient*innen bzw. Angehörigen spezifiziert.

Abbildung 20 stellt die Anzahl vermittelter Patient*innen außerhalb des FIDEM-Projekts über die einzelnen Vermittlungswege in der bisherigen Regelversorgung graphisch dar.

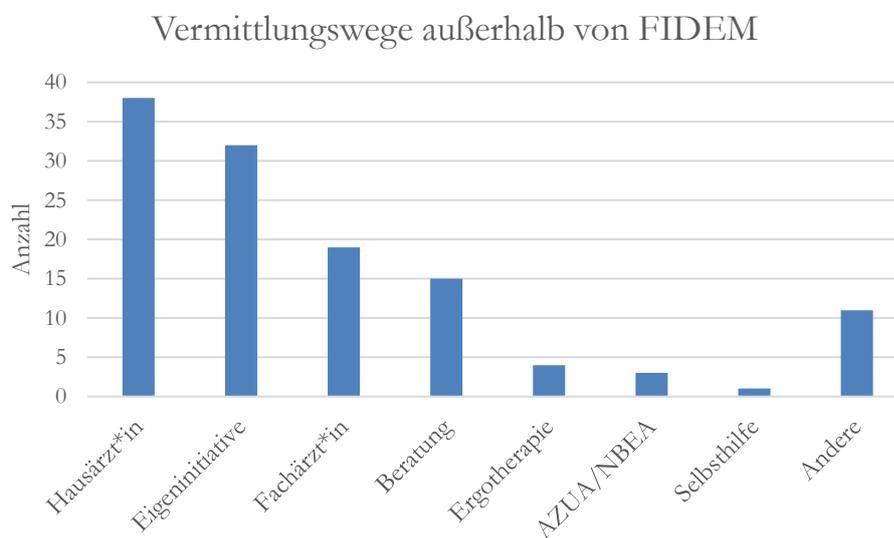


Abbildung 20: Anzahl vermittelter Patient*innen außerhalb von FIDEM über die verschiedenen Vermittlungswege

Bei der Ergotherapie würde man davon ausgehen, dass sämtliche Vermittlungen über eine*n Hausärzt*in oder eine*n Fachärzt*in bzw. eine Institution, in der Ärzt*innen tätig sind (z. B. Gedächtnisambulanz), stattfanden, da eine ergotherapeutische Behandlung ärztlich verordnet werden muss. Allerdings wurde von manchen Ergotherapeut*innen auch eine Vermittlung über Eigeninitiative von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen (n = 9 Ergotherapeut*innen), Beratungsstellen (n = 2 Ergotherapeut*innen) oder Ergotherapie (n = 1 Ergotherapeut*innen) angegeben.

Über FIDEM-Hausärzt*innen wurden im Mittel 3,97 Patient*innen (SD = 5,20) zum jeweiligen Zeitpunkt der Erhebung an die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen vermittelt. Es gab

Kooperationspartner*innen, die keine Patient*innen über FIDEM vermittelt bekamen, während die maximale Anzahl bei 25 Patient*innen lag.

Über nicht-ärztliche FIDEM-Kooperationspartner*innen wurden im Mittel 1,96 Patient*innen (SD = 5,70) vermittelt.

3.2.4.3 Schwierigkeiten bei der Vermittlung

Sowohl die Hausarztpraxen als auch die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen wurden zu Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Patient*innen in das FIDEM-Projekt befragt, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Insgesamt gab die Mehrheit der Teilnehmenden (63,8%, n = 51) keinerlei Schwierigkeiten bei der Vermittlung an.

Von den angegebenen Problemen wurde als Hauptschwierigkeit die Ablehnung einer Teilnahme am FIDEM-Projekt durch den/die Patient*in oder durch Angehörige von 21,3% (n = 17) der FIDEM-Kooperationspartner*innen angegeben. Das Fehlen von FIDEM-Formularen wurde von 12,5% (n = 10) der Teilnehmenden als Problem empfunden. Seltener auftretende Probleme waren ein unklarer Vermittlungspfad (7,5%, n = 6), eine rechtlich nicht mögliche oder unklare Einwilligung (6,3%, n = 5) oder Schwierigkeiten bei der Diagnostik (3,8%, n = 3). Ein*e nicht reagierende*r Kooperationspartner*in wurde kein einziges Mal genannt. Bei den freien Antworten wurde in einem Fall „Zeitmangel“ und einmal eine „mangelnde Präsenz des Projekts in der Einrichtung“ angegeben. Abbildung 21 zeigt graphisch die Schwierigkeiten bei der Vermittlung.

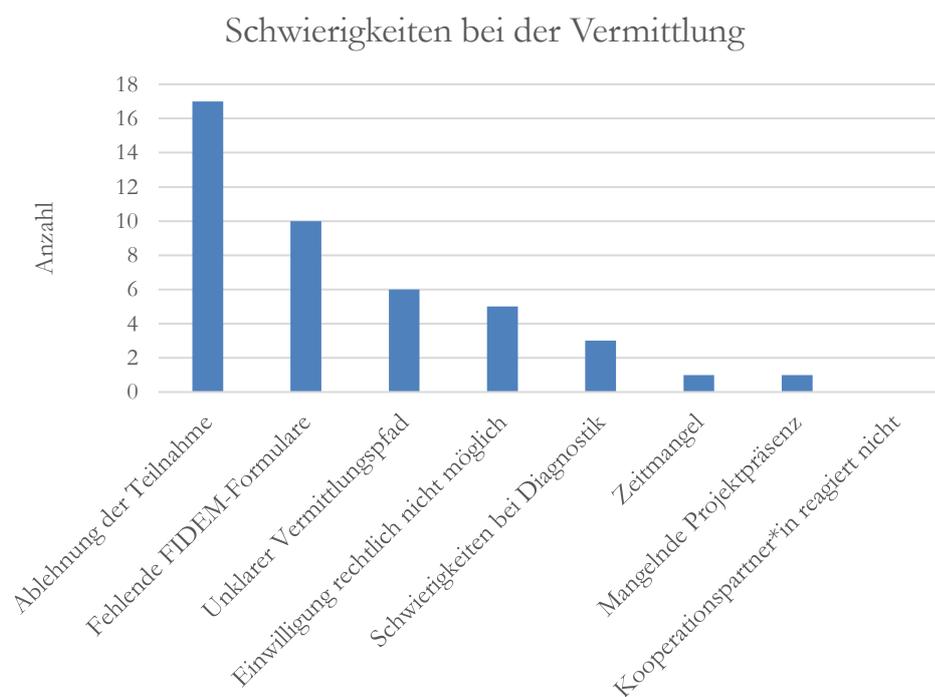


Abbildung 21: Schwierigkeiten von Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen bei der Vermittlung von Patient*innen in das FIDEM-Projekt

3.2.4.4 Verbesserung der Vermittlung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen in FIDEM

Aufgrund des geringen Umfangs der angegebenen Freitextantworten bezüglich Maßnahmen/Veränderungen zur Verbesserung der Vermittlung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen in FIDEM erfolgte eine ausschließlich deskriptive Analyse mit vorangehender Kategorisierung. Die Kategorien wurden nach Sichtung aller Freitextantworten wie in Tabelle 13 dargestellt definiert.

Tabelle 13: Kategorisierung der Freitextantworten bezüglich der vorgeschlagenen Maßnahmen/Veränderungen zur Verbesserung der Vermittlung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen in FIDEM mit Beispielen

Aussage (Beispiel)	Kategorie
„ein Flyer über Fidem“, „verstärkte Öffentlichkeitsarbeit Arzt + Facharzzebene“	Öffentlichkeitsarbeit/Aufklärung
„schnellere Vermittlung f. Entlastung u. Betreuung“	Optimierung des Vermittlungsablaufs
„Übung; Struktur für mich selbst + Überblick, wen angesprochen (eigene Liste)“	Eigene Strukturierung
„Andere Mitarbeiter müssten Aufklärung übernehmen“	Delegation von Aufgaben
„weiterhin besseres persönl. Kennenlernen d. Projektpartner“	Intensivierung der Kooperation
„Strukturierte Moderation der FIDEM-Treffen“	Optimierung der Netzwerktreffen
„Bessere Versorgung der Pat.“	Optimierung der Versorgung
„derzeit überflüssig, Beratungsstellen z. B. Stadt/Kompass reichen vollkommen aus“	Projektbeendigung

Es wurden insgesamt fünf Antworten der Hausarztpraxen und elf Antworten der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen ausgewertet. Aussagen ohne konkreten Änderungsvorschlag (z. B. „bisher funktioniert alles gut“) oder nicht eindeutige Aussagen (z. B. „Vermittlung via“) wurden nicht in die Auswertung einbezogen (n = 4).

Die Mehrzahl der Verbesserungsvorschläge sowohl der Hausarztpraxen (40,0%, n = 2) als auch der nicht-ärztlichen Netzwerkpartner*innen (54,5%, n = 6) zielte auf eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung zum Thema Demenz und FIDEM ab. Dabei bezogen sich drei der Antworten der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen auf eine mangelnde Aufklärung und Aufgeschlossenheit der Hausärzt*innen bezüglich der Demenz-Thematik im Allgemeinen.

Zwei Teilnehmer*innen der nicht-ärztlichen Berufsgruppen wünschten sich eine Optimierung des Vermittlungsablaufs im Sinne einer zügigeren Vermittlung von Patient*innen (9,1%, n = 1) und im Sinne einer besseren Kommunikation, wenn eine Verordnung von Ergotherapie durch Hausärzt*innen im Rahmen von FIDEM laufe (9,1%, n = 1).

Zu jeder der anderen aufgeführten Kategorien wurde nur jeweils eine Antwort gegeben: Von je einer Hausarztpraxis wurde eine Verbesserung der eigenen Strukturierung, eine Delegation der Aufklärung an Mitarbeiter*innen in der Praxis und eine Intensivierung der Kooperation der Netzwerkpartner*innen vorgeschlagen. Jeweils ein*e nicht-ärztliche*r Kooperationspartner*in wünschte sich eine Optimierung der Netzwerktreffen im Sinne einer strukturierteren Moderation und eine Optimierung der Versorgung von Patient*innen. Ein*e nicht-ärztliche*r Kooperationspartner*in betrachtete das FIDEM-Projekt als aktuell nicht notwendig aufgrund ausreichender Beratungsstellen.

Insgesamt wurden somit wenige Verbesserungsvorschläge gemacht. Einige der Vorschläge waren FIDEM-bezogen, einige bezogen sich auf die eigene Arbeit/Patientenversorgung im Rahmen des Projekts und wieder andere auf die allgemeine Demenzversorgung.

3.2.4.5 Verbesserung der Kooperation mit den anderen Netzwerkpartner*innen

Die Antworten in Bezug auf die Vorschläge zu Maßnahmen bzw. Veränderungen zur Verbesserung der Kooperation mit den anderen Netzwerkpartner*innen waren in einem hohen Ausmaß heterogen, sodass eine inhaltlich sinnvolle Einordnung in Kategorien nicht durchgeführt werden konnte. Wie bereits bei den Freitextantworten bezüglich der Maßnahmen bzw. Veränderungen zur Verbesserung der Vermittlung von Patient*innen bzw. ihren Angehörigen in FIDEM, wurden Aussagen ohne konkreten Änderungsvorschlag (z. B. „Bisher noch keine Idee“) oder nicht eindeutige Aussagen (z. B. „Anrufen“, „Verankerung von Fidempat./sichtbar in der Arztpraxis -> Info an Pflegedienst“) ausgeschlossen (n = 5).

Somit ergaben sich seitens der Hausarztpraxen zwei verwertbare Antworten: Es wurden weitere regelmäßige Netzwerktreffen (50,0%, n = 1) sowie die Durchführung einer Informationsveranstaltung (50,0%, n = 1) vorgeschlagen.

Seitens der anderen Berufsgruppen wurden neun Antworten in die Auswertung einbezogen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Freitextantworten der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen bezüglich der Maßnahmen/Veränderungen zur Verbesserung der Kooperation mit den anderen Netzwerkpartner*innen

Aussage

- „Tel.-Nr. der Partner“
- „Aufmerksamkeit untereinander beachten“
- „mehr Informationsarbeit über die Rolle des Ergotherapeuten bei dem Thema Demenz“
- „Wissenstransfer der verschiedenen Akteure“
- „eigenes Angebot! (derzeit wenig vorhanden)“
- „Angehörigenarbeit“
- „Einrichtungen persönlich besuchen + kennenlernen“
- „mehr Beteiligung der Hausarztpraxen“
- „Transparente und Bewerbung, Öffentlichkeitsarbeit im Sozialraum“

Auch hier spiegelte sich – wie bereits bei den Vorschlägen zur Verbesserung der Vermittlung in FIDEM – der Wunsch nach einer Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit, nach einer stärkeren Beteiligung seitens der Hausärzt*innen sowie nach einem verstärkten Austausch der Netzwerkpartner*innen untereinander wider.

Insgesamt gaben die Anregungen in den Freitextantworten Hinweise auf vorhandene Verbesserungspotentiale des FIDEM-Projekts, wobei es sowohl in Bezug auf die Vermittlung von Patient*innen bzw. Angehörigen in FIDEM als auch auf die Kooperation mit anderen Netzwerkpartner*innen nur wenige Verbesserungsvorschläge gab. Dabei machten mehrere Vorschläge einen Wunsch nach einer Projektausweitung/-intensivierung deutlich.

4 Diskussion

Die vorliegende Dissertation hatte zum Ziel, darzustellen, wie das Kooperationsprojekt FIDEM Göttingen etabliert wurde, zu evaluieren, in welchem Umfang es von den Netzwerkpartner*innen umgesetzt und wie es von ihnen bewertet wurde, und zu analysieren, ob bzw. welche Verbesserungen mit dem Projekt bei den Netzwerkpartner*innen erreicht werden konnten.

Andere Projekte, die ebenfalls eine Verbesserung der ambulanten Demenzversorgung zum Ziel hatten, konnten positive Effekte durch ähnliche Interventionen verzeichnen. Die Evaluation dieser Projekte zeigte Verbesserungen in der Versorgung Demenzbetroffener und der Lebensqualität von Patient*innen und Angehörigen: Insofern waren auch durch FIDEM Göttingen solche positiven Effekte auf die ambulante Demenzversorgung zu erwarten. Zu nennen als Beispiele für Projekte mit ähnlicher Zielsetzung sind das Projekt „Demenznetz Aachen“ (Entlastung von pflegenden Angehörigen, gezieltere Nachfrage und Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Beratungsangeboten, seltenere und kürzere Krankenhausaufenthalte sowie Entwicklung neuer Unterstützungsangebote in der Region durch ein Versorgungsnetzwerk für Demenzbetroffene mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen) und das Projekt ERGODEM (verbesserte Bewältigung von Aufgaben des Alltags und Verringerung von Verhaltensstörungen von Demenzbetroffenen und Abnahme der Belastung durch individuell angepasste Ergotherapie) (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich daher auf die Umsetzung, Umsetzbarkeit und die Erfahrungen der Kooperationspartner*innen konzentriert, um die Auswirkungen auf die Kooperationspartner*innen durch FIDEM und den Implementierungserfolg des Projekts zu evaluieren.

4.1 Interpretation der Daten

4.1.1 Inwiefern unterschied sich das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen von den Modellprojekten FIDEM I und II?

In dieser Arbeit wurde das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen mit den beiden Modellprojekten FIDEM I und II verglichen, wobei sich viele Gemeinsamkeiten, aber auch einige Unterschiede zeigten. Dabei stimmte der Grundgedanke bei allen drei Projekten überein: Ziel war eine Verbesserung der Versorgung von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen durch eine stärkere Vernetzung von Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Versorgungsstrukturen.

Bei FIDEM I wurden jedoch vor Projektbeginn strengere Bestimmungen zum Ablauf als bei den beiden Folgeprojekten festgelegt. So wurde bspw. die Anzahl der Kooperationspartner*innen im Vorhinein festgelegt, wobei zwar eine frühzeitige Beendigung der Teilnahme durch Einzelne, nicht aber ein späterer Beginn möglich war. Bei FIDEM II und bei FIDEM Göttingen hingegen waren Anpassungen und Veränderungen im Verlauf möglich und erwünscht, wobei im Rahmen von FIDEM Göttingen auch eine fortlaufende Akquise neuer Netzwerkpartner*innen stattfand. Dieses Vorgehen hatte potenziell den Vorteil, dass individuelle Bedürfnisse der einzelnen Netzwerke/Netzwerkpartner*innen besser berücksichtigt werden konnten und so möglicherweise auch ein höheres Engagement erreicht wurde. Auch konnte es zu einer Verstärkung und Ausweitung des Versorgungsmodells beitragen. Letzteres wurde bei FIDEM Göttingen zudem dadurch gefördert, dass die zeitliche Begrenzung des Projekts wegfiel.

Die Schulungen für die Hausarztpraxen fanden bei FIDEM I und II für die Hausärzt*innen und die MFA getrennt statt. Da die Rollen der beiden Berufsgruppen im Projekt variieren konnten, hatte dies den Vorteil, dass in getrennten Schulungen besser auf die einzelnen Aufgaben und spezifische Fragen eingegangen werden konnte. Bei FIDEM Göttingen indes wurden Hausärzt*innen und MFA gemeinsam geschult. Hier lag der Nutzen darin, dass die beiden Berufsgruppen auf den gleichen Wissensstand zu projektspezifischen Themen gebracht und die Aufgabenbereiche der jeweils anderen Berufsgruppe kennengelernt werden konnten. Dies könnte zu einer besseren interdisziplinären Sichtweise und einer besseren Abstimmung innerhalb einer Praxis geführt haben.

Zudem fanden die Schulungen im Rahmen von FIDEM I und II für Kooperationspartner*innen verschiedener Hausarztpraxen gemeinsam statt. Dadurch konnten sich die Teilnehmenden auf den Schulungen auch außerhalb der Netzwerktreffen kennenlernen und austauschen. Anders war es bei FIDEM Göttingen: Hier fanden für die Hausarztpraxen separate Schulungen in den eigenen Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis statt. Dadurch gab es für die Teilnehmenden keine Anfahrt zum Schulungsort; außerdem konnte mit jeder Praxis individuell ein zeitlich passender Schulungstermin vereinbart werden. Dieses Vorgehen in Göttingen könnte eine zeitliche und logistische Erleichterung bedeutet haben und berücksichtigt somit einen von vielen Allgemeinmediziner*innen in der Hausarztpraxis empfundenen Zeitdruck (Carter et al. 2017, Jurkat und Reimer 2001, Tilburgs et al. 2018). Zudem war es so besser möglich, praxisspezifische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Im Rahmen von FIDEM II und FIDEM Göttingen wurden nur für die Hausärzt*innen und MFA Schulungen angeboten, bei FIDEM I fanden auch Schulungen für Netzwerkwerkmode-

rator*innen und Anbieter*innen niedrigschwelliger Betreuungsangebote statt. Diese zusätzlichen Schulungen könnten zwar zu einem problemloseren Projektablauf durch ein besseres projektbezogenes Wissen aller Teilnehmenden geführt haben, bedeuteten jedoch auch einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand. Die nicht-ärztlichen Teilnehmenden wurden bei FIDEM Göttingen im Rahmen der Netzwerktreffen wiederholt über die Vermittlungsabläufe informiert und mit Materialien versorgt; zudem wurden bei Bedarf Fragen beantwortet, sodass auch in diesem Projekt eine Wissensvermittlung gewährleistet war.

Bei FIDEM I übernahmen Netzwerkpartner*innen die Moderatorenrolle, während bei FIDEM Göttingen die Netzwerktreffen durch die Projektkoordinatorin moderiert wurden. Langfristig war eine Übergabe der Moderation der Netzwerktreffen an eine*n freiwillige*n Vertreter*in aus dem Netzwerk geplant, was bis zum Zeitpunkt des letzten Netzwerktreffens (Stand Herbst 2019) noch nicht stattfinden konnte. Möglicherweise hätte hier eine Schulung für Moderator*innen eine schnellere Selbstständigkeit mit Zurückziehen der Projektkoordination bewirken können.

Die Ausweitung der Einschlusskriterien für eine Teilnahme an FIDEM für Ergotherapeut*innen von der Teilnahme an HED-I (FIDEM I) über eine Teilnahme an einer demenzspezifischen Fortbildung (FIDEM II) zu einer nicht näher spezifizierten Erfahrung mit der ergotherapeutischen Behandlung von Demenzbetroffenen (FIDEM Göttingen) könnte einerseits zu einer weniger einheitlichen ergotherapeutischen Behandlung der Demenzbetroffenen, die über FIDEM vermittelt wurden, geführt haben. Andererseits könnte die Anzahl an Ergotherapeut*innen, die FIDEM als Kooperationspartner*innen bereicherten, durch liberalere Einschlusskriterien höher gewesen sein als sie es bei strengeren Einschlusskriterien gewesen wäre. Diese Vermutung lässt sich unter anderem dadurch begründen, dass in einer Studie, in der die Erfahrungen von Ergotherapeut*innen mit dem HED-I-Programm evaluiert wurden, zum Teil eine hohe zeitliche und personelle Belastung empfunden wurde, insbesondere während der Einarbeitungszeit (Flotho und Sibold 2021). Während in Studien eine möglichst hohe Homogenität angestrebt wird, weshalb bei FIDEM I vermutlich eine Begrenzung auf HED-I stattfand, ist in Versorgungsprojekten wie FIDEM Göttingen die Homogenität der Teilnehmenden weniger entscheidend als eine möglichst hohe Teilnehmerzahl.

Im Vermittlungsablauf in der Pilotphase von FIDEM I musste ein Umweg von der Hausarztpraxis an die entsprechenden Kooperationspartner*innen über eine übergeordnete FIDEM-Koordinationsstelle gewählt werden; zudem gab es insgesamt vier verschiedene Fax-Formulare. In der Verbreitungsphase fiel zwar der Umweg über die Koordinationsstelle weg und auch die Fax-Formulare wurden vereinheitlicht, allerdings gab es ein separates Formular für den Bericht

von der Ergotherapie zur Hausarztpraxis. Die Verwendung von nur einem Fax-Formular im Rahmen von FIDEM Göttingen sowie die Möglichkeit einer direkten Vermittlung zwischen den Kooperationspartner*innen von Anfang an stellten somit eine Vereinfachung des Vermittlungsablaufs und damit möglicherweise auch eine Vereinfachung der Projektimplementierung dar. Für die deskriptive Auswertung wäre es zwar vorteilhaft gewesen, jede Vermittlung durch einen Umweg über eine FIDEM-Koordinationsstelle erfassen zu können, da man dadurch validere Daten über die Anzahl vermittelter Patient*innen erhalten hätte als durch die Angaben der FIDEM-Teilnehmenden auf den Fragebögen. Jedoch waren die gewählten Rahmenbedingungen bei FIDEM Göttingen mehr auf eine langfristige Projektetablierung ausgerichtet, welche im Vordergrund des Versorgungsprojekts stand.

Öffentlichkeitsarbeit wurde im Rahmen aller drei FIDEM-Projekte betrieben. Allerdings wurden für FIDEM I eine Homepage und regelmäßige Newsletter erstellt, die es für FIDEM Göttingen bisher nicht gab. Beides stellt Möglichkeiten dar, die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von FIDEM Göttingen zukünftig auszuweiten, und so dem Wunsch mehrerer Netzwerkpartner*innen, die Öffentlichkeitsarbeit zu intensivieren, zu entsprechen (siehe Ergebnisse, Punkt 3.2.4.4 und 3.2.4.5). Dennoch gab es auch im Rahmen von FIDEM Göttingen viele Öffentlichkeitsveranstaltungen, um für das Thema Demenz zu sensibilisieren und Hemmschwellen von Seiten der Patient*innen und Angehörigen abzubauen.

Bei FIDEM I zielte die wissenschaftliche Begleitforschung primär auf eine Evaluation der Wirksamkeit der FIDEM-Maßnahmen ab; neben qualitativen Befragungen einzelner Hausarztpraxen wurden z. B. die Erfahrungen von Angehörigen mit dem Projekt durch telefonische Interviews abgefragt. Dadurch konnten beide Seiten – die der Netzwerkpartner*innen und die der teilnehmenden Patient*innen bzw. ihrer Angehörigen – beleuchtet werden. Bei FIDEM Göttingen und auch bei FIDEM II lag der Fokus ausschließlich auf den Erfahrungen der Netzwerkpartner*innen. Dadurch konnte die Frage nach dem Implementierungserfolg des Projekts in die Regelversorgung beantwortet werden: Es konnte gezeigt werden, dass die Interventionen in den Einrichtungen umgesetzt wurden. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung für die Etablierung von Versorgungsmaßnahmen dar (Campbell et al. 2000).

4.1.2 Wie wurde das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen implementiert?

Im Rahmen der Implementierung von FIDEM Göttingen wurden umfangreiche Maßnahmen ergriffen, gestützt auf die Vorarbeiten der Vorgängermodelle FIDEM I und II. Außerdem wurden ähnliche Methoden verwendet, die auch bei anderen Projekten zur ambulanten Demenzversorgung zum Tragen gekommen sind (siehe Einleitung, Punkt 1.2.4): So wurde bspw. auch

beim Modellprojekt „Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz“ im Landkreis Hildesheim Öffentlichkeitsarbeit in Form von Postern in Hausarztpraxen und Presseberichten betrieben; zudem gab es Schulungen für Hausärzt*innen und MFA und Netzwerktreffen (Stender 2018). Auch im Rahmen des Projekts „DemenzNetz Aachen“ fanden Schulungen für Hausärzt*innen statt. Ebenso wurde hier, wie bei FIDEM Göttingen, das Prinzip der Rückmeldungen auf einheitlichem Weg über eingeleitete Maßnahmen bei Patient*innen eingesetzt (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Für FIDEM Göttingen konnte ein Implementierungserfolg nachgewiesen werden, da gezeigt werden konnte, dass das Versorgungsmodell zur Anwendung kam. Zu der Nachhaltigkeit der Implementierung, d. h. ob die Anwendung auch zukünftig gewährleistet sein wird, kann hingegen noch keine Aussage getroffen werden, vor allem aufgrund der Projektunterbrechung durch die COVID-19-Pandemie.

Um ein Fortführen des Projekts in Zukunft weiter zu garantieren, sollte versucht werden, Fördermittel zu erschließen: Im Gegensatz zu den in der Einleitung beschriebenen Projekten („Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz“, „DemStepCare“, Projekte des „Leuchtturmprojekts Demenz“, „FIDEM I“ und „FIDEM II“), bei denen eine Förderung vorlag, gab es für FIDEM Göttingen bislang keine Förderung. Fördermittel könnten dazu beitragen, personelle Unterstützung zu gewinnen und das Modell in Göttingen und im Umkreis zu erweitern. Eine Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung könnten z. B. die Landesmittel zur Förderung von regionalen Netzwerken darstellen. Mit diesen können laut §45c Abs. 9 SGB XI seit 2022 pro Kreis oder kreisfreier Stadt zwei regionale Netzwerke gefördert werden (ab 500.000 Einwohner*innen bis zu vier regionale Netzwerke), wobei der maximale Förderbetrag pro Netzwerk bei 25.000 Euro liegt (Stand Oktober 2021) (Landesinitiative Demenz 2021).

Intendiert war bei FIDEM Göttingen auf Dauer eine weniger intensive Begleitung und eine selbstständigere Koordination unter den Netzwerkpartner*innen. Im Frühjahr 2022 lag die Koordinierung noch bei der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UMG. In Zukunft sollen z. B. Netzwerktreffen ohne die Anwesenheit der Projektkoordinatorin und Moderation durch diese ablaufen. Die zahlreichen Themen (z. B. Verbesserungsvorschläge zum Projekt, projekt- und allgemein versorgungsbezogene Probleme, Informationen über Angebote in den Einrichtungen), die in den Protokollen zu den Netzwerktreffen dokumentiert wurden, deuten an, dass die Bereitschaft zu einem regen Austausch der Kooperationspartner*innen bereits vorhanden und eine Intensivierung der Netzwerkarbeit gewünscht war. Für ein zunehmendes Ausschleichen der Koordination mit einer Erhöhung der Eigenständigkeit der Netzwerke wird allerdings noch mehr Zeit benötigt; dies sollte in Zukunft ausgetestet und überprüft werden. Dafür muss

zunächst eine Reaktivierung des Projekts nach der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Pause der Netzwerktreffen und der Akquise neuer Netzwerkpartner*innen stattfinden.

Neben FIDEM Göttingen gab es Bemühungen, FIDEM in weiteren Städten/Landkreisen in Niedersachsen zu implementieren, wobei diese aufgrund einer fehlenden Finanzierung/Freistellung von Stellenanteilen für die Koordination des Projekts oder aufgrund eines mangelnden Interesses bei einzelnen Berufsgruppen bzw. Schwierigkeiten bei der Umsetzung im Wesentlichen nicht zu einer Implementierung von FIDEM andernorts führten.² Interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke stellen eine gute Möglichkeit dar, die Lebensqualität von Demenzbetroffenen zu erhalten (Gräske et al. 2018). Insofern sollte FIDEM Göttingen – als Beispiel einer gelungenen Implementierung eines FIDEM- bzw. eines Demenzversorgungsprojekts im ambulanten Rahmen – als Ausgangspunkt für eine Ausweitung auf andere Regionen in Niedersachsen und auch auf weitere Einrichtungen genutzt werden. Dafür sollten unter anderem stetig weitere Netzwerkpartner*innen akquiriert, die Öffentlichkeitsarbeit fortgeführt und Finanzierungsmöglichkeiten gesucht werden. Zudem stellt eine Internetpräsenz eine Möglichkeit dar, die Reichweite von FIDEM zu erhöhen.

4.1.3 In welchem Umfang kam das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen zur Anwendung?

Während sich die Anzahl der teilnehmenden Hausarzt*innen an den Netzwerktreffen – über alle Treffen hinweg betrachtet – über die Zeit kaum veränderte, nahm die Teilnehmerzahl der anderen Berufsgruppen numerisch ab. Dieses Phänomen könnte sich zum einen durch die geringere Zufriedenheit und nur geringe Entlastung der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen erklären lassen (siehe Ergebnisse, Punkt 3.2.2 und 3.2.3). Zum anderen waren manche nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen in mehreren oder sogar allen Netzwerken vertreten (z. B. Beratungsstellen als zentrale Einrichtungen, die nicht nur lokal, sondern auch regional agieren). Diese verzichteten dann ggf. aufgrund von begrenzten zeitlichen Ressourcen nach Bekanntmachung in den ersten Netzwerktreffen zunehmend auf eine regelmäßige Beteiligung an den weiteren Netzwerktreffen.

Die größere Anzahl an Netzwerken in der Stadt verglichen mit denen im Landkreis und damit auch die insgesamt höheren Teilnehmezahlen an Netzwerktreffen in der Stadt spiegelten das größere Angebot an Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Einrichtungen dort wider, wohingegen in ländlichen Regionen häufig der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht ausreichend

² Hinweis in einer schriftlichen Mitteilung von Frau PD Dr. Claudia Bartels (05. Mai 2022).

gewährleistet ist (Weinhold und Gurtner 2014). Sie ließen außerdem darauf schließen, dass es trotz des größeren Angebots in der Stadt einen Bedarf an Kooperationen gab und sich die Hausarztpraxen nicht „übersättigt“ an nicht-ärztlichen Angeboten für Demenzbetroffene fühlten. Dementsprechend scheint die Etablierung eines Projekts wie FIDEM sowohl in urbanen als auch in ruralen Regionen sinnvoll.

Insgesamt war die Stichprobe, die im Rahmen der Auswertung der Fragebögen erfasst wurde, mit 80 Teilnehmenden relativ klein, besonders der Anteil der Hausarztpraxen. Deren Fragebögen stammten zum Großteil von den Messzeitpunkten T1 bis T3 (zu jeweils einem knappen Drittel), sodass bedacht werden muss, dass die Hausarztpraxen zum Zeitpunkt des Ausfüllens unterschiedlich lange Teil des Projekts waren. Gleiches gilt für die anderen Berufsgruppen, wobei hier allerdings auch fast ein Viertel der Fragebögen vom Messzeitpunkt T0 stammte, also einem frühen Zeitpunkt im Projektverlauf. Allerdings konnten dadurch Hinweise zur zeitlichen Entwicklung der Daten gewonnen werden, indem einzelne Parameter mit dem Erhebungszeitpunkt korreliert wurden: So blieb die Arbeitszufriedenheit der FIDEM-Teilnehmenden im Projektverlauf weitgehend konstant, während die Zufriedenheit mit FIDEM gering zunahm. Auch die Be-/Entlastung durch FIDEM blieb über die Zeit weitgehend konstant.

Der Großteil der teilnehmenden Kooperationspartner*innen aus den Hausarztpraxen arbeitete in einer Gemeinschaftspraxis. Laut Daten der kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es im Jahr 2020 jedoch mehr als dreimal so viele hausärztliche Einzelpraxen wie Gemeinschaftspraxen in Deutschland (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022). Trotz Ermangelung an Daten der durchschnittlichen Anzahl tätiger Hausärzt*innen pro Gemeinschaftspraxis ist der hohe Anteil an Netzwerkpartner*innen aus Gemeinschaftspraxen in FIDEM Göttingen als auffällig hervorzuheben. Möglicherweise liegt dieser darin begründet, dass Berufstätige aus Gemeinschaftspraxen eher dazu bereit waren, an dem FIDEM-Projekt teilzunehmen, da dort ein vermuteter zusätzlicher Arbeitsaufwand auf mehr Personen verteilt werden konnte und mehr Kapazitäten und somit auch eine größere Bereitschaft für die Etablierung neuer Strukturen bestanden. Diese Vermutung lässt sich mit den Ergebnissen einer in Dänemark durchgeführten Studie vereinbaren: Hier wurde herausgefunden, dass das Arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis mit einem späteren Eintritt der Hausärzt*innen in den Ruhestand als das Arbeiten in einer Einzelpraxis assoziiert war (Birkeland und Bogh 2019). Dies legt nahe, dass die Arbeitsbelastung in Gemeinschaftspraxen geringer ist als in Einzelpraxen.

Weiterhin ist zu beachten, dass mit Abstand der Großteil der ausgewerteten Fragebögen der nicht-ärztlichen Berufsgruppen von Ergotherapeut*innen stammte. Insgesamt stellte die Ergotherapie auch die zweithäufigste Berufsgruppe unter den Netzwerkpartner*innen von FIDEM

Göttingen (nach den Beratungsstellen) dar. Ein möglicher Grund für die große Teilnahmebereitschaft der Ergotherapie könnte ein von Ergotherapeut*innen wahrgenommenes mangelndes Wissen seitens Ärzt*innen über ergotherapeutische Tätigkeiten sein (Frankenstein und Jahn 2020). Es könnte die Hoffnung bestehen, den Hausarzt*innen über das FIDEM-Projekt auch Wissen über ihre Arbeit vermitteln zu können und Hemmschwellen bezüglich der Verordnung von Ergotherapie abzubauen, da diese im Gegensatz zu anderen psychosozialen Maßnahmen ärztlich verordnet werden muss (Deutscher Verband Ergotherapie 2022).

Die große Variation der behandelten Demenzpatient*innen in den Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Einrichtungen lässt eine unterschiedlich starke Umsetzungsmöglichkeit der FIDEM-Maßnahmen zu: Praxen/Einrichtungen mit wenigen Demenzpatient*innen konnten die Vermittlung über FIDEM weniger Betroffenen anbieten als solche mit vielen Demenzpatient*innen. Auffällig ist dabei, dass die niedrigste Anzahl an Demenzbetroffenen in den Hausarztpraxen als $n = 1$ angegeben wurde und in den nicht-ärztlichen Einrichtungen sogar als $n = 0$. Hierbei ist unklar, warum an FIDEM teilgenommen wurde, wenn keine/kaum Demenzbetroffene behandelt wurden; die Güte dieser Angaben lässt sich somit in Frage stellen. Wie bereits oben erwähnt, wäre ein Umweg jedes Faxes von einer Hausarztpraxis zu einer nicht-ärztlichen Einrichtung über eine FIDEM-Koordinationsebene hilfreich gewesen, um genauere Angaben zumindest zu der Anzahl vermittelter Demenzpatient*innen zu erlangen, sodass man sich nicht ausschließlich auf die Angaben in den Fragebögen hätte verlassen müssen. Da aber primär die Etablierung von FIDEM in die Versorgung angestrebt wurde, wollte man die Koordinationsebene in diesen Schritt nicht involvieren, sondern die Kooperationspartner*innen eigenständig agieren lassen.

Da die Zahl der im Durchschnitt informierten Patient*innen deutlich unter der durchschnittlichen Anzahl an Demenzpatient*innen pro Praxis lag, gab es anscheinend noch viele Demenzbetroffene, die nicht über FIDEM informiert wurden. In den Fragebögen wurde zwar abgefragt, warum Patient*innen über FIDEM informiert wurden sowie welche Gründe für eine Einwilligung oder eine Ablehnung bestanden. Die Gründe, weshalb Hausarztpraxen demenzbetroffene Patient*innen nicht über FIDEM informierten, wurden indes nicht abgefragt, sodass man an dieser Stelle nur mutmaßen kann. Es könnte zum einen in einer unzureichenden Präsenz des Projekts in den Hausarztpraxen begründet sein, in dem Sinne, dass nicht bei jedem Kontakt mit Demenzbetroffenen an die Informierung über FIDEM seitens der Hausarztpraxen gedacht wurde. Zum anderen könnte Zeitmangel eine Rolle gespielt haben: Um die Patient*innen bzw. ihre Angehörigen über FIDEM zu informieren, musste zunächst Zeit aufgewendet werden. Eine – auch zeitliche – Entlastung der Hausarzt*innen durch das Projekt konnte sich erst im

Verlauf zeigen, wenn nach erteilter Einwilligung ein Teil der Betreuung der Demenzbetroffenen durch FIDEM-Kooperationspartner*innen erfolgte. Eine Entlastung der teilnehmenden Hausärzt*innen wurde auch durch das vergleichbare Projekt „Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz“ im Landkreis Hildesheim (siehe Einleitung, Punkt 1.2.4.1) erreicht: Im Rahmen dieses Projekts empfanden die Hausärzt*innen unter anderem die Möglichkeiten der Weitervermittlung von Demenzpatient*innen als hilfreich (Stender 2018); jedoch ist davon auszugehen, dass die wahrgenommenen Entlastungen nicht unmittelbar, sondern erst mit zeitlicher Verzögerung eintraten.

4.1.4 Wie stellte sich die Zufriedenheit der Projekt-Teilnehmenden mit FIDEM Göttingen und einzelnen Aspekten des Projekts dar?

Insgesamt konnte für die Gesamtstichprobe sowohl ein hohes Maß an Zufriedenheit mit dem FIDEM-Projekt als auch eine hohe projektunabhängige Arbeitszufriedenheit gefunden werden. Hier könnte möglicherweise ein Selektionsbias vorliegen: Möglicherweise nahmen Menschen, die mit ihrer Arbeit unzufrieden waren, nur ungern am FIDEM-Versorgungsmodell teil und wurden deshalb nicht erfasst.

Die fast uneingeschränkt positiven Korrelationen der projektunabhängigen Arbeitszufriedenheit mit der Zufriedenheit mit FIDEM zeigen, dass Personen, die mit ihrer Arbeit eher zufrieden waren, auch FIDEM eher gut bewerteten. Die durchweg signifikanten positiven Korrelationen der inhaltlichen Arbeitszufriedenheit mit allen Dimensionen der Zufriedenheit mit FIDEM könnten sich dadurch erklären lassen, dass sich in diesen Praxen/Einrichtungen die FIDEM-Maßnahmen besser umsetzen ließen, da dort vermutlich sehr gut funktionierende Abläufe etabliert waren. Die signifikante Korrelation der leistungsbezogenen Arbeitszufriedenheit mit der Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung an FIDEM gibt einen Hinweis darauf, dass eine höhere Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung an dem Versorgungsmodell zumindest zu einem Teil mit einer generellen Zufriedenheit mit dem eigenen Einsatz im Arbeitsalltag einhergehen könnte. Festzuhalten bleibt, dass kein systematischer Unterschied in den verschiedenen Dimensionen der projektunabhängigen Arbeitszufriedenheit zwischen den Hausarztpraxen und den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen gefunden wurde. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich der Zufriedenheit mit FIDEM (siehe nächster Abschnitt) sind dementsprechend mit geringer Wahrscheinlichkeit auf einen systematischen und somit FIDEM-unabhängigen Subgruppenunterschied in der Arbeitszufriedenheit zurückzuführen.

Sowohl bei Hausärzt*innen als auch bei nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen konnte eine hohe Zufriedenheit mit FIDEM verzeichnet werden. Allerdings gab es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. So war die Zufriedenheit mit dem Vermittlungspfad sowie mit der Kooperation mit den Netzwerkpartner*innen auf Seiten der Hausarztpraxen signifikant höher ausgeprägt als bei den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen. Die höhere Zufriedenheit steht in Einklang mit der Tatsache, dass auch die Entlastung der Hausärzt*innen durch das Projekt größer als die der anderen Berufsgruppen war (siehe Punkt 4.1.5) und deckt sich mit dem Anspruch von FIDEM, auf eine Entlastung der Hausärzt*innen abzielen. Der in Befragungen von Hausärzt*innen geäußerte Bedarf an strukturierten Vermittlungspfaden und einer interdisziplinären Versorgung (Jennings et al. 2018) unterstreicht, dass FIDEM eine relevante Problematik in der hausärztlichen Demenzversorgung adressiert.

Auffällig ist, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung am FIDEM-Projekt die einzige Kategorie darstellte, in der die Zufriedenheit in den Hausarztpraxen numerisch minimal niedriger war als die der anderen Kooperationspartner*innen (keine Signifikanz). Eine mögliche Ursache zeigt sich in der Diskrepanz zwischen der Anzahl – und auch der vermuteten Anzahl – an Demenzpatient*innen und der Anzahl der über FIDEM informierten Demenzpatient*innen in den Hausarztpraxen. Möglicherweise fühlten sich die Hausärzt*innen zum Teil unwohl bei dem Gedanken, einen Teil der Versorgung ihrer Patient*innen an Kooperationspartner*innen abzugeben. Dabei könnte ein historisch-politisch begründetes Selbstbild von Ärzt*innen, im Rahmen dessen die Versorgung von Patient*innen durch den/die Ärzt*in z. T. als höherwertiger als jene durch andere Gesundheitsberufe eingestuft wird, eine Rolle spielen (Abholz 2012). Auch das Ergebnis, dass in den Hausarztpraxen der geschätzte Anteil Demenzbetroffener an der Gesamtzahl der Patient*innen mit knapp 5% deutlich niedriger als in den nicht-ärztlichen Einrichtungen (ca. 33%) lag, könnte eine Ursache der geringeren Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung der Hausärzt*innen darstellen: Die nicht-ärztlichen Einrichtungen sind deutlich stärker auf Demenzerkrankungen spezialisiert als die Hausarztpraxen, die sehr vielfältige Versorgungsaufträge haben. Dadurch dürfte es den Hausärzt*innen schwerfallen, viel Zeit in einzelne Patientengruppen zu investieren, da dadurch die potenzielle Gefahr entsteht, andere Patientengruppen/Aufgaben zu vernachlässigen. Außerdem wurde ein (geringer) Anteil der Fragebögen der Hausarztpraxen durch MFA ausgefüllt, die vielleicht weniger stark als die Hausärzt*innen in FIDEM eingebunden und somit weniger zufrieden mit ihrer Beteiligung am Projekt waren. Auch ist möglich, dass Hausärzt*innen bei knappen zeitlichen Ressourcen, die in Hausarztpraxen ein häufiges Problem darstellen (Carter et al. 2017, Jurkat und Reimer 2001, Tilburgs et al. 2018), gelegentlich auf eine Informierung von Patient*innen mit einer Demenzdiagnose über FIDEM verzichteten, weil das FIDEM-Vorgehen noch nicht ausreichend in die

eigenen Praxisabläufe integriert werden konnte oder weil sie nicht sicher waren, ob der Betroffene Interesse an FIDEM-Angeboten haben würde, und deshalb unzufrieden mit ihrer eigenen Beteiligung waren. Wenn nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen hingegen per Fax die Kontaktdaten von einem/einer Patient*in zugesendet bekamen, konnten sie sich sehr sicher sein, dass der/die Betroffene Interesse an den Angeboten der Einrichtung hatte, was sicherlich einen großen Anreiz für eine Kontaktaufnahme und somit eine eigene Beteiligung darstellte. Der Zeitfaktor könnte auch eine Ursache dafür darstellen, dass an den Netzwerktreffen die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen deutlich häufiger als die Hausarzt*innen teilnahmen, da Letztere es möglicherweise aus Zeitgründen nicht schafften, häufiger anwesend zu sein und auch dadurch unzufriedener mit ihrer eigenen Beteiligung am Projekt waren.

Während die projektunabhängige Arbeitszufriedenheit der Projektteilnehmenden über die Messzeitpunkte weitgehend konstant blieb, nahm die Zufriedenheit mit FIDEM etwas zu. Dies könnte darin begründet sein, dass im Projektverlauf die Vermittlungsabläufe immer klarer wurden und besser in die Abläufe der Praxis/Einrichtung integriert werden konnten.

4.1.5 Wie stellte sich die Be- oder Entlastung der Teilnehmenden durch FIDEM Göttingen dar?

Sowohl für die Hausarztpraxen als auch für die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen konnte numerisch eine Entlastung durch FIDEM festgestellt werden, wobei die Entlastung der Hausarztpraxen signifikant größer ausfiel. Der Grund für die vornehmliche Entlastung der Hausarztpraxen könnte sein, dass diese vor ihrer Projektteilnahme wenig über die lokalen Unterstützungsangebote informiert waren. Diese Vermutung wird durch den wahrgenommenen Mangel an lokalen Unterstützungsangeboten seitens Hausarzt*innen, der in mehreren Studien herausgearbeitet wurde (Carter et al. 2017, Turner et al. 2004), unterstützt. Durch die Vernetzung mit den FIDEM-Kooperationspartner*innen hatten sie nun die Möglichkeit, ihre Patient*innen über bereits organisierte Pfade weiterzuvermitteln und dadurch weniger Beratungs- und Betreuungsarbeit selbst leisten zu müssen. Auch kann die Entlastung der Hausarztpraxen durch das zugehende Verhalten der Kooperationspartner*innen auf die an FIDEM teilnehmenden Patient*innen sowie die Fax-Rückmeldung an die Hausarztpraxen über den Stand des Vermittlungsauftrags erklärt werden: Die Hausarzt*innen mussten somit nicht bei den kooperierenden Einrichtungen oder den Patient*innen bzw. ihren Angehörigen nachfragen, um den Erfolg der Vermittlung zu überprüfen.

Auch die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen konnten prinzipiell Patient*innen an andere FIDEM-Kooperationspartner*innen weitervermitteln. Bspw. konnten Ergotherapeut*innen Patient*innen bei speziellen Fragen an eine Beratungsstelle verweisen, was eine Entlastung dargestellt haben könnte, wenn auch der Fokus des Projekts auf einer Weitervermittlung durch die Hausarzt*innen lag. Allerdings ergab sich auch ein größerer Arbeitsaufwand, da sie bei erfolgreicher Vermittlung der Patient*innen durch die Hausarztpraxen nach Erhalt der FIDEM-Faxformulare aktiv den Kontakt mit den Patient*innen suchen mussten. Außerdem war in den Maßnahmen eine Rückmeldung an den/die Hausarzt*in über die Patientenversorgung vorgesehen, die evtl. vorher nicht stattgefunden hatte. Zudem hatten die Mitarbeiter*innen der lokalen Unterstützungsangebote durch die Vermittlungen über FIDEM vermutlich eine größere Anzahl an Patient*innen in ihren Einrichtungen zu versorgen. Dementsprechend ist es insgesamt als positiv zu werten, dass sich auch die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen im Mittel leicht entlastet und nicht belastet fühlten.

Dass sich die Be- und Entlastung durch FIDEM im Projektverlauf nicht bedeutend veränderte, lässt vermuten, dass die FIDEM-Maßnahmen von Beginn an in den Schulungen und Netzwerktreffen transparent dargelegt und von den Einrichtungen umgesetzt werden konnten. Eine fehlende Zunahme der Belastung im Verlauf könnte darin begründet sein, dass das Projekt in der Durchführung konstant verlief, und somit keine potenziell zusätzlich belastenden Prozeduren dazukamen. Eher hätte man eine Zunahme der Entlastung im Verlauf erwarten können, da sich die Abläufe möglicherweise zunehmend routinierter umsetzen ließen; dies konnte in den Daten aber nicht gezeigt werden. Die oben beschriebene Zunahme der Zufriedenheit mit FIDEM über die Messzeitpunkte lässt sich demnach nicht durch eine Zunahme der Entlastung erklären. Ein möglicher Grund könnte stattdessen sein, dass die Kooperationspartner*innen im Projektverlauf eine Verbesserung der Versorgung der Demenzbetroffenen im Rahmen von FIDEM wahrnahmen.

4.1.6 Wie wurde die Weitervermittlung von Patient*innen über FIDEM Göttingen wahrgenommen?

Die Auswertung der Fragebögen zeigt, dass das FIDEM-Projekt in den Hausarztpraxen zwar umgesetzt wurde, sich die Anzahl der über FIDEM informierten Patient*innen allerdings sehr von Praxis zu Praxis unterschied. Dass über die Hälfte der informierten Patient*innen auch in die Vermittlung über FIDEM einwilligte, gibt Rückschlüsse darauf, dass ein Interesse an den FIDEM-Angeboten bestand. Etwa ein Drittel willigte jedoch nicht ein, sodass auch noch Bedarf an einer besseren Kommunikation über die Maßnahmen zu bestehen scheint oder aber nicht

alle Patient*innen bzw. Angehörigen von den Maßnahmen profitieren wollten oder einen Nutzen darin sahen. Eine hohe Ablehnungsquote von Informations- und Unterstützungsangeboten wurde auch im Ulmer „Leuchtturmprojekt Demenz“ verzeichnet, im Rahmen dessen Demenzbetroffenen mittels Flyer oder Telefonkontakt eine individuelle Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten angeboten wurde (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Der Ablehnung von Unterstützungsangeboten im Rahmen der Demenzversorgung könnte eine weiter verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz im Allgemeinen entgegenwirken, indem dadurch Hemmschwellen abgebaut werden.

In dem FIDEM-Versorgungsmodell wurde eine frühzeitige Information und Vermittlung von Demenzbetroffenen angestrebt; ein solches Angebot kann damit einerseits für Patient*innen mit erst kürzlich erhaltener Demenzdiagnose z. T. zu früh angeboten worden sein, da sie erst die Diagnose verarbeiten müssen. Andererseits kann es sein, dass Demenzbetroffene aufgrund der Erkrankung ihre Einschränkungen nicht oder nur teilweise wahrnehmen und deswegen keinen Bedarf an Unterstützung sehen und/oder ihre Erkrankung bagatellisieren. Diese fehlende Krankheitseinsicht ist ein häufiges Phänomen, das bei Demenzbetroffenen beobachtet werden kann (Dunlosky und Tauber 2015). Auch die Angst vor einer Entmündigung (Panke-Kochinke 2013) könnte zu einer Ablehnung von Unterstützungsangeboten führen. In diesen Fällen ist es möglich, dass die Notwendigkeit von Unterstützung und Entlastung erst bei steigender Belastung der Angehörigen deutlich wird und dann von Seiten der Angehörigen aus akzeptiert bzw. angenommen wird. Dadurch kann es sich um einen längeren Entscheidungsfindungsprozess handeln. Deshalb sollte auch nach erstmaliger Ablehnung von FIDEM die Möglichkeit einer Teilnahme am Versorgungsmodell von Seiten der Hausarztpraxen immer wieder angeboten werden.

Eine Ablehnung der Teilnahme durch Patient*innen oder Angehörige war auch die in den Fragebögen am häufigsten genannte Schwierigkeit bei der Vermittlung. Dies ist schwer zu beeinflussen, wenn es in einer generellen Ablehnung von Unterstützung oder einer Verleugnung der Demenzdiagnose oder ihrer Implikationen begründet läge. Anders wäre es, wenn der Ablehnung eine Unzufriedenheit seitens der Patient*innen oder Angehörigen mit FIDEM zugrunde läge bzw. kein Nutzen durch FIDEM angenommen werden würde; hier müsste man die genauen Gründe eruieren, um eine Verbesserung schaffen zu können. Eine klare Differenzierung lässt der Fragebogen an dieser Stelle leider nicht zu, zukünftige Erhebungen wären notwendig.

Die hohe Anzahl vermuteter weiterer Demenzbetroffener pro Quartal in den Hausarztpraxen (im Mittel ca. 30) und in den Einrichtungen der anderen Berufsgruppen (im Mittel ca. 20) geben

einen Hinweis darauf, dass eine Demenzabklärung bislang nicht ausreichend in den Hausarztpraxen durchgeführt/veranlasst wurde. Eine solche Unterdiagnostik von Demenzen in deutschen Hausarztpraxen lässt sich durch das Ergebnis einer Studie von Eichler et al. bestätigen (Eichler et al. 2014). Dabei ist eine frühzeitige Diagnostik eine essenzielle Voraussetzung, um eine rechtzeitige leitliniengerechte Behandlung und weiterführende Versorgung einleiten zu können. In den FIDEM-Schulungen wurden unter anderem die Diagnostik, inkl. kognitiver Screenings, und die Sensibilisierung für Demenzzanzeichen thematisiert. Dies könnte künftig in den Schulungen weiter ausgebaut werden. Insofern können an dieser Stelle die Fragebögen auch als Qualitätssicherungsmittel dienen, da sie Diskrepanzen in der Versorgung aufdecken können, auf die mit Anpassungen zukünftig reagiert werden kann. Die Relevanz von Schulungen wird beispielhaft daran deutlich, dass die jährliche Durchführung kognitiver Screeningtests in der Hausarztpraxis von vielen Allgemeinmediziner*innen zwar als sinnvoll angesehen, aber selten in der Frequenz umgesetzt wird (Gaboreau et al. 2014). Auch auf die vorhandene Gefahr, die kognitive Screening-Tests mit sich bringen, wie bspw. eine Verschleierung von Demenzerkrankungen durch hohe Punktzahlen im MMST (Eichler et al. 2014), kann in solchen Schulungen eingegangen werden.

Die Belastung Angehöriger wurde als häufigster Grund von den Hausarztpraxen genannt, weshalb Patient*innen bzw. ihre Angehörigen über FIDEM informiert wurden, was ebenso ein häufig genannter Grund für eine Einwilligung in die Weitervermittlung über FIDEM war. Dies scheint demnach auch ein wichtiger Nutzen des Projekts zu sein. Wie in der Einleitung beschrieben (siehe Einleitung, Punkt 1.2.3) stellt die Angehörigenbelastung bei Demenz ein großes Problem dar, da die Pflege und Betreuung von Demenzbetroffenen zu starker psychischer Belastung sowie physischen Beeinträchtigungen bei Angehörigen führen kann (Gilhooly et al. 2016, Gusi et al. 2009, von Känel et al. 2012, Zhang et al. 2014). Insofern reagiert FIDEM auf eine relevante Problematik in der Demenzversorgung.

Von 22 Hausarztpraxen gaben 12 bislang fehlende Unterstützungsangebote für die Patient*innen bzw. ihren Angehörigen als Informierungsgrund an. Auch wurde der fehlende Zugang zu Unterstützung für den/die Patient*in häufig als Einwilligungsgrund ausgewählt. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass das Ziel von FIDEM, Demenzbetroffene und ihre Angehörigen an lokale Unterstützungsangebote heranzuführen, sinnvoll ist, da es offenbar etliche Betroffene gab, die zuvor ungenügend oder keine Hilfe in Bezug auf die Demenzdiagnose erfuhren. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Black et al., die im Rahmen einer Studie eine Unterversorgung von ambulant betreuten Demenzbetroffenen feststellten (Black et al. 2019). Besonders der

auf die Patient*innen zugehende Ansatz im Rahmen von FIDEM – die nicht-ärztlichen Einrichtungen meldeten sich bei den Patient*innen nach Erhalt des FIDEM-Auftrags durch die Hausarztpraxis – ist hier vorteilhaft, da dadurch die potenzielle Hemmschwelle, sich aktiv um nicht-ärztliche Unterstützung zu bemühen, umgangen wird.

Die meisten Patient*innen, die außerhalb von FIDEM an Einrichtungen nicht-ärztlicher Kooperationspartner*innen vermittelt wurden, wurden über Hausarzt*innen vermittelt. Hausarzt*innen übernehmen offenbar auch unabhängig von FIDEM eine zentrale Vermittlerrolle. Insofern erscheint es sinnvoll, diese Rolle durch das FIDEM-Projekt weiter zu stärken und einen geregelten Ablauf in der Vermittlung zu etablieren. Allerdings könnte die hohe Anzahl an durch Hausarzt*innen vermittelten Demenzbetroffenen zumindest zum Teil auch durch den hohen Anteil der Ergotherapeut*innen an den nicht-ärztlichen Netzwerkpartner*innen erklärbar sein, da Ergotherapie grundsätzlich ärztlich verordnet werden muss (Deutscher Verband Ergotherapie 2022).

Dass über zwei Drittel der ärztlichen und nicht-ärztlichen Teilnehmenden keinerlei Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Patienten in FIDEM angab, spricht für eine gute Umsetzbarkeit des Konzepts. Auch die Tatsache, dass die Antwortmöglichkeit „Kooperationspartner*in reagiert nicht“ kein einziges Mal ausgewählt wurde, ist sehr positiv zu bewerten, da die aktive Kontaktaufnahme mit dem/der Patient*in durch die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen einen Hauptbestandteil des Projekts darstellte. Aufgrund der pseudonymisierten Fragebögen spielten sozial erwünschte Antworten mit hoher Wahrscheinlichkeit eine untergeordnete Rolle.

Bei Aufnahme in ein Netzwerk wurden alle Kooperationspartner*innen mit FIDEM-Materialien versorgt, sowohl in schriftlicher als auch in digitaler Form. Dennoch wurden fehlende FIDEM-Formulare und ein unklarer Vermittlungspfad von manchen Netzwerkpartner*innen als Schwierigkeiten genannt. Um diese zu umgehen, könnte man bspw. im Rahmen der Netzwerktreffen aktiv nachfragen, ob noch alle Materialien vorhanden sind sowie der Vermittlungspfad noch einmal kurz durchgesprochen werden. Allerdings wurden diese beiden Elemente nur in 10 (fehlende FIDEM-Formulare) bzw. 6 (unklarer Vermittlungspfad) von 80 Fragebögen angekreuzt, sodass dies bei einer Minderheit der Beteiligten eine Schwierigkeit darzustellen schien.

Viele der Freitextantworten der Hausarztpraxen in Bezug auf Maßnahmen oder Veränderungen zur Verbesserung der Vermittlung von Patient*innen bzw. Angehörigen in FIDEM sowie zur Verbesserung der Kooperation mit den anderen Netzwerkpartner*innen zielten auf eine weitere Intensivierung des Projekts ab, sei es bspw. durch eine verstärkte Zusammenarbeit der Kooperationspartner*innen, weitere Netzwerktreffen, Aufklärungsarbeit oder eine verstärkte Integrierung in den eigenen Arbeitsalltag. Dieser Wunsch nach einer Ausweitung und Intensivierung

des Projekts steht im Einklang mit der hohen Zufriedenheit mit FIDEM, vor allem aber auch mit der Entlastung der Hausärzt*innen durch das Projekt und somit auch mit einer gelungenen Implementierung des Versorgungsmodells.

Auch bei den anderen Berufsgruppen zeigte sich der Wunsch nach einer Projektausweitung, insbesondere durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit. Allerdings ließ sich mehr Kritik als bei den Hausärzt*innen an den vorhandenen FIDEM-Strukturen in den Antworten erkennen, bspw. an der Moderation der Netzwerktreffen, der Dauer der Vermittlung von Patient*innen in das Projekt oder der Motivation der Hausärzt*innen. Besonders der letzte Kritikpunkt könnte einen Grund dafür darstellen, weshalb sich die anderen Berufsgruppen im Mittel weniger zufrieden und weniger entlastet durch FIDEM als die ärztlichen Teilnehmer*innen fühlten oder auch im Verlauf weniger an Netzwerktreffen teilnahmen. Unterstützt wird die These der ausbaufähigen Motivation der Hausärzt*innen durch die numerisch geringere Zufriedenheit der Hausarztpraxen mit der eigenen Beteiligung an FIDEM verglichen mit den anderen FIDEM-Aspekten und verglichen mit der Zufriedenheit der nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit der eigenen Beteiligung. Allerdings ist der Unterschied der Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung zwischen den Hausarztpraxen und den nicht-ärztlichen Einrichtungen statistisch nicht signifikant.

Zusammenfassend steht die insgesamt geringe Anzahl an in den Fragebögen vermerkten Verbesserungsvorschlägen in den Freitextantworten seitens der FIDEM-Beteiligten im Einklang mit der hohen Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Projekt.

4.2 Vergleich der Ergebnisse der Evaluation mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen von FIDEM I

Die in der vorliegenden Arbeit beschriebene Evaluation des Versorgungsprojekts FIDEM Göttingen wurde auf diese Weise bislang noch nicht durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitforschung zu dem Projekt FIDEM I beinhaltete z. T. andere Fragestellungen und Schwerpunkte: Bspw. wurden mehrere Angehörigeninterviews durchgeführt; diese Sichtweise des Projekts wurde bei FIDEM Göttingen zu diesem Zeitpunkt nicht betrachtet bzw. nicht weiterverfolgt. Außerdem wurden bei FIDEM I die teilnehmenden Hausärzt*innen und MFA in Hinblick auf die Sensibilität und den Informationsgewinn in Bezug auf Demenz und die Präsenz des Themas in den Praxen befragt, was ebenfalls nicht Gegenstand dieser Arbeit war.

Allerdings gab es bei FIDEM I auch ein paar ähnliche Erhebungen wie zu dem Projekt FIDEM Göttingen, wobei die Ergebnisse der am meisten übereinstimmenden Fragen im Folgenden dargestellt werden sollen:

So wurde im Rahmen von FIDEM I nach der Bewertung der Kooperation zwischen Hausärzt*innen bzw. MFA und den NBA gefragt. Hier zeigte sich eine positive Beurteilung der Kooperation mit den NBA durch die Hausärzt*innen und eine etwas geringere positive Beurteilung durch die MFA. Die Bewertungen durch die NBA hingegen waren sehr heterogen; hier wurde eine hohe Qualität der Kooperation nur von der Hälfte der Befragten als eher oder voll zutreffend bescheinigt (FIDEM Region Braunschweig 2019a). Dies kann in Einklang gebracht werden mit dem Ergebnis der vorliegenden Arbeit, dass die Hausarztpraxen bei FIDEM Göttingen zufriedener mit den Kooperationspartner*innen waren und durch das Projekt mehr entlastet wurden als die nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen. Bei FIDEM Göttingen wurde allerdings von keiner der Berufsgruppen als Schwierigkeit angegeben, dass ein*e Kooperationspartner*in nicht reagierte. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Zufriedenheit mit der Kooperation aus Sicht der nicht-ärztlichen Netzwerkpartner*innen bei FIDEM Göttingen höher war als bei FIDEM I.

Ein ähnliches Bild wie bei der Befragung zur Bewertung der Kooperation ergab sich in Bezug auf die Zufriedenheit mit FIDEM I: Während die Meinungen der Hausärzt*innen und MFA mehrheitlich positiv waren, waren die Antworten der NBA deutlich heterogener und insgesamt negativer (FIDEM Region Braunschweig 2019a). Die höhere Zufriedenheit der Hausarztpraxen mit dem FIDEM-Projekt verglichen mit den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen wurde auch in dieser Arbeit für FIDEM Göttingen gefunden.

4.3 Vergleich der Ergebnisse der Evaluation mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen von FIDEM II

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen von FIDEM II wurden in das „Handbuch FIDEM Niedersachsen“ integriert und wiesen einen überwiegend qualitativen Charakter auf (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022), was einen Vergleich mit den Ergebnissen der Evaluation von FIDEM Göttingen im Rahmen dieser Arbeit erschwert.

Als Gemeinsamkeit der beiden Projekte lässt sich jedoch feststellen, dass die Netzwerke bei beiden Projekten Schwierigkeiten hatten, selbstständig ohne Mitwirkung der Koordinationsebene zu agieren (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022). Dies scheint dementsprechend eine wesentliche Problematik zu sein, auf

die bspw. durch Schulungen für Moderator*innen der Netzwerktreffen (siehe Punkt 4.1.1) reagiert werden könnte.

Im Verlauf kam es zudem bei FIDEM II zu einer Abnahme der Beteiligung der Hausarzt*innen und MFA an der Netzwerkarbeit (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022). Dies steht im Kontrast zu FIDEM Göttingen: Hier blieb die Teilnehmezahl aus Hausarztpraxen an den Netzwerktreffen über die Zeit im Wesentlichen konstant, was sich durch die Zufriedenheit mit FIDEM und die Entlastung durch das Projekt erklären lassen könnte. Möglicherweise waren die Hausarzt*innen und MFA bei FIDEM II weniger zufrieden mit dem Versorgungsprojekt als jene bei FIDEM Göttingen.

Die quantitativen Bestandteile der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen von FIDEM II beinhalteten im Wesentlichen zwei Aspekte:

Zum einen wurde die Anzahl der Netzwerketeiligungen zu Beginn (2013) und zum Ende (2016) der Datenerhebung verglichen. Gestartet wurde mit elf Netzwerken, von denen nach drei Jahren noch acht aktiv waren. Allerdings wurde – initiiert durch eine Arztpraxis – ein neues Netzwerk gegründet, sodass zum Ende der Datenerhebung neun aktive Netzwerke verzeichnet wurden (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022). Bei FIDEM Göttingen hingegen gab es weder Netzwerkauflösungen noch -neugründungen, wobei hier nur ein Zeitraum von zwei Jahren betrachtet wurde. Dennoch gibt die Tatsache, dass bei FIDEM Göttingen im Erhebungszeitraum keine Netzwerke wegfielen, einen Hinweis darauf, dass das Konzept von den Kooperationspartner*innen aller Netzwerke gut angenommen wurde.

Zum anderen wurden bei FIDEM II fünf Fortbildungen für Kooperationspartner*innen mittels Fragebogen evaluiert. Dabei ist leider nicht ersichtlich, ob auch ärztliche oder nur nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen mit den Fragebögen erfasst wurden und welche konkreten Fragen gestellt wurden. Laut Handbuch habe man den Ergebnissen entnehmen können, dass die Teilnehmenden die Zusammenarbeit mit Hausarzt*innen als größte potenzielle Herausforderung in der Projektumsetzung ansahen (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2022). Vereinzelt gab es auch im Rahmen von FIDEM Göttingen Kritik an den ärztlichen Kooperationspartner*innen hinsichtlich mangelnder Beteiligung/erschwerter Kommunikation, sodass dies eine mögliche Hürde in der Kooperation darzustellen scheint.

4.4 Stärken und Schwächen der Arbeit und der Evaluation der Implementierung von FIDEM Göttingen

Die Stärke der Arbeit begründet sich besonders in der detaillierten und transparenten Darstellung, wie FIDEM Göttingen in den ärztlichen und nicht-ärztlichen Einrichtungen eingeführt wurde. Der ausführliche Vergleich mit den Vorgängerprojekten ermöglicht dabei eine gute Nachvollziehbarkeit der Modifikationen, die bei FIDEM Göttingen vorgenommen wurden, und bietet – ausgehend von den Modellprojekten FIDEM I und II – hilfreiche Ansätze zur Verstetigung des Versorgungsmodells in Göttingen. Dabei konnte FIDEM Göttingen von seinen Vorgängerprojekten profitieren, da z. B. Vorlagen für FIDEM-spezifische Dokumente nur angepasst werden mussten, sodass der Fokus auf der Optimierung des Versorgungsmodells liegen konnte und keine gänzlich neuen Konzepte erarbeitet werden mussten.

Die Stärke der vorliegenden Evaluation der Implementierung des Versorgungsmodells FIDEM Göttingen liegt maßgeblich in der Analyse der erfolgreichen Umsetzung der Projekt-Maßnahmen, insbesondere in Bezug auf die Entlastung der Teilnehmenden und ihre Zufriedenheit mit dem Konzept (quantitative Daten). Es konnte festgestellt werden, dass die Maßnahmen in den Einrichtungen zur Anwendung kamen, die Beteiligten sehr zufrieden mit dem Projekt waren und vor allem die Hausarzt*innen eine Entlastung durch FIDEM erfuhren. Damit lässt sich der Nutzen einer Fortführung des Projekts begründen.

Eine aktive Beteiligung der Autorin an der Ausarbeitung der Projektmaßnahmen und der Fragebögen, der Durchführung der Netzwerktreffen und der Datenerhebung hätte dazu beitragen können, eigene Erfahrungen und Eindrücke in Bezug auf die Projektumsetzung zu sammeln. Dies war aber aufgrund des bereits fortgeschrittenen Stands des Projekts bei Beginn der Dissertation und aufgrund der dann folgenden COVID-19-Pandemie, die mit einem Aussetzen der Netzwerktreffen verbunden war, nicht möglich. Insgesamt ermöglichte die passive Involvierung jedoch eine neutrale und übergeordnete Perspektive auf das Versorgungsmodell und somit auch auf dessen Evaluation im Rahmen dieser Arbeit.

Die COVID-19-Pandemie führte weiterhin dazu, dass seit Frühjahr 2020 bis dato (Stand Juli 2022) keine neuen Kooperationspartner*innen für die Netzwerke akquiriert wurden und keine weiteren Daten der Projektteilnehmenden im Rahmen von Netzwerktreffen gesammelt werden konnten. Auf eine ursprünglich geplante Datenerhebung außerhalb von Netzwerktreffen durch die Autorin wurde verzichtet, da das Pandemiegeschehen mit einer Verschiebung beruflicher Tätigkeiten und temporärer Schließung einiger Einrichtungen bzw. Versorgungsmöglichkeiten

vermutlich zu einer Verzerrung der Daten geführt hätte: Die Situation in den Praxen und Einrichtungen veränderte sich durch die Pandemie so drastisch, dass potenziell der Fokus von dem FIDEM-Projekt zu pandemiebezogenen Tätigkeiten rückte (bspw. COVID-19-Testungen und -Impfungen, Ausbau der Telemedizin, zeitliche Beanspruchung durch zusätzliche Hygienevorgaben). Die Möglichkeit der Patientenversorgung war dementsprechend zeitweise stark eingeschränkt. Außerdem konnten keine Netzwerktreffen stattfinden, sodass ein wichtiger Bestandteil des Projekts wegfallen musste.

Im Rahmen der hier durchgeführten Evaluation der Implementierung konnten nur diejenigen Hausarztpraxen und Einrichtungen berücksichtigt werden, die an dem Versorgungsmodell interessiert waren und tatsächlich teilgenommen haben. Ebenso konnten nur die Angaben der an den Netzwerktreffen von FIDEM Göttingen teilnehmenden Kooperationspartner*innen in der Fragebogen-Evaluation ausgewertet werden. Eine Kontrollgruppe wurde aufgrund der Natur der Untersuchung nicht einbezogen. Aufgrund der Annahme einer gewissen Motivation zur Teilnahme sind jedoch potenziell verzerrende Effekte durch die Stichprobe (Selektionsbias) anzunehmen.

Zwar erfolgte die Auswahl der Projektbeteiligten nicht komplett zufällig: Einige Einrichtungen wurden von der Projektkoordinatorin angesprochen, andere bekundeten von selbst Interesse an der Teilnahme an FIDEM Göttingen und wieder andere wurden durch bereits teilnehmende Personen aktiv angesprochen. Dennoch wurden nach gründlicher Internetrecherche alle potenziellen Teilnehmer*innen postalisch über das Versorgungsmodell informiert und zur Kooperation in der Stadt und im Alt-Landkreis Göttingen eingeladen, sodass prinzipiell für alle identifizierten Hausarztpraxen und Einrichtungen die Möglichkeit der Teilnahme bestand.

Hinsichtlich der Fragebogenevaluation konnten nicht alle teilnehmenden Kooperationspartner*innen erreicht werden: Zum einen gab es Kooperationspartner*innen, die nur am ersten Netzwerktreffen teilgenommen hatten, bei welchem noch keine Fragebögen ausgeteilt wurden. Zum anderen gab es auch Kooperationspartner*innen, die an keinem einzigen Netzwerktreffen teilgenommen hatten. Dadurch ergab sich eine kleinere Stichprobe von 22 Hausarztpraxen und 58 nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen. Jedoch füllten alle Teilnehmenden an den Netzwerktreffen auch stets den ihnen ausgeteilten Fragebogen aus, sodass auf diese Grundgesamtheit bezogen eine Rücklaufquote von 100% zu verzeichnen ist. Diese Stichprobe war für die Auswertung hinreichend, um in einigen Bereichen signifikante Unterschiede in den untersuchten Parametern zu identifizieren und begründete Aussagen zu den Fragestellungen zu treffen. Dazu konnten bspw. explorativ Unterschiede zwischen Gruppen an Kooperationspartner*innen untersucht werden.

Die Rücklaufquote von 100% lässt sich vermutlich vor allem dadurch erklären, dass die Netzwerkpartner*innen gebeten wurden, die Fragebögen im Rahmen der Netzwerktreffen direkt vor Ort auszufüllen. Eine Mitnahme der Fragebögen war zwar prinzipiell möglich, davon wurde aber nur in vereinzelt Fällen Gebrauch gemacht. Ein systematisches Mitgeben und nachträgliches Rücksenden hätte die Rücklaufquote sicherlich geschmälert. Ein sozialer Druck in Bezug auf die Beantwortung der Fragen durch das Ausfüllen in Anwesenheit der anderen Netzwerkpartner*innen und der Projektkoordinatorin ist zwar nicht auszuschließen, durch die Pseudonymisierung der Fragebögen jedoch unwahrscheinlich.

Die Verwendung eines persönlichen, immer gleichbleibenden Codes für die Teilnehmer*innen an der Fragebogenevaluation sollte ursprünglich die Verwendung messwiederholender Parameter und somit vereinzelt Aussagen zum Verlauf bzw. der zeitlichen Entwicklung ermöglichen. Da jedoch nur von einer Minderheit der Teilnehmenden Fragebögen von mehreren Messzeitpunkten vorhanden waren, wurde bei Messwiederholungen nur der jeweils aktuelle Fragebogen einer Person einbezogen: Es sollte die Erfahrung mit FIDEM beurteilt werden und bei dem zuletzt vorliegenden Fragebogen konnte die längste Erfahrung mit dem Projekt vorausgesetzt werden. Somit wurden in der vorliegenden Arbeit keine längsschnittlichen Analysen durchgeführt. Dies bedeutet, dass keine Analyse des zeitlichen Verlaufs innerhalb einer Gruppe, sondern lediglich zwischen verschiedenen Gruppen möglich war. In Ermangelung ausreichender Verlaufsdaten wurde jedoch die Möglichkeit genutzt, anhand von Korrelationen der Parameter mit dem Erhebungszeitpunkt Hinweise zur zeitlichen Entwicklung der Daten zu erlangen, z. B. konnte kein Zusammenhang der Belastung/Entlastung durch FIDEM und dem Messzeitpunkt nachgewiesen werden.

Aufgrund der Antworten zu einigen Items in dem Evaluationsfragebogen ist zu vermuten, dass einige Fragen zu unscharf formuliert waren und dadurch fehlerhafte Angaben entstanden. So wurde bei der Anzahl behandelter Patient*innen, der Anzahl diagnostizierter demenzbetroffener Patient*innen und der Anzahl vermuteter weiterer demenzbetroffener Patient*innen in der Einrichtung im Fragebogen kein Bezugsrahmen festgelegt: Es war dadurch unklar, ob sich die Anzahl bspw. auf die gesamte Praxis oder auf einzelne Mitarbeiter*innen beziehen sollte. Die Angaben zu Patientenzahlen durchliefen eine Plausibilitätskontrolle; unwahrscheinliche, nicht plausible Werte gingen als fehlende Werte nicht in die Auswertung ein (Beispiel: Anzahl an Demenzpatient*innen überstieg Gesamtanzahl behandelter Patient*innen in der Einrichtung pro Quartal). Eine präzisere Datenerfassung wäre in Form von Einzelinterviews möglich gewesen. Neben zeitlichen und personellen Gründen hätte ein solches Vorgehen jedoch anderweitige Nachteile, wie bspw. eine stärkere Tendenz zu sozial erwünschten Antworten, mit sich gebracht.

Abschließend ist hervorzuheben, dass in der Erhebung nicht berücksichtigt wurde, wie die Demenzbetroffenen und ihre Angehörigen das Projekt beurteilten, ob die Lebensqualität der Patient*innen durch FIDEM verbessert wurde, ob Angehörige dadurch entlastet wurden oder ob die Demenzversorgung aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen verbessert wurde. Dies liegt darin begründet, dass die vorliegende Arbeit primär die Evaluation der Implementierung mit Fokus auf Wahrnehmung und Beurteilung der Behandelnden anstrebte. Die positiven Effekte der Einbeziehung nicht-ärztlicher Unterstützungsangebote in die Demenzversorgung wurden bereits in anderen Studien erforscht.

4.5 Schlussfolgerung

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, wie das Versorgungsprojekt FIDEM Göttingen implementiert wurde. Unter anderem wurden die Aspekte der Netzwerkbildung, Netzwerktreffen, Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit betrachtet. Somit ist die Arbeit für zukünftige Versorgungsprojekte nutzbar, indem auf Prinzipien der Projektetablierung von FIDEM Göttingen als Vergleichsmaßstab zurückgegriffen werden kann.

Die quantitative Evaluation auf Basis der verwendeten Fragebögen im Rahmen der Netzwerktreffen zeigt, dass die Implementierung des Projekts in Grundzügen gelang: Patient*innen bzw. ihre Angehörigen wurden von Hausarztpraxen über FIDEM informiert; über die Hälfte willigte in die Vermittlung ein. Allerdings lag die Zahl der im Durchschnitt informierten Patient*innen deutlich unter der durchschnittlichen Anzahl an Demenzpatient*innen pro Praxis. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass eine noch stärkere Umsetzung des FIDEM-Projekts möglich ist und die Informationspraxis zukünftig weiter optimiert werden kann. Auch die Frühdiagnostik sollte weiter gefördert werden, da die Anzahl vermuteter weiterer Demenzbetroffenen in den Praxen und Einrichtungen als hoch angegeben wurde.

Die Zufriedenheit und Entlastung der Kooperationspartner*innen, insbesondere der Hausarztpraxen, spricht dafür, dass eine Mitwirkung an FIDEM Göttingen hier positive Effekte erzielte und das Projekt auch zukünftig durchgeführt werden sollte. Es waren fortlaufend Modifikationen und Erweiterungen von FIDEM möglich und sinnvoll, um ansprechende Bedingungen für die Kooperationspartner*innen und die Demenzbetroffenen selbst zu schaffen. Auch die Aufnahme neuer Netzwerkpartner*innen in FIDEM war jederzeit möglich und vorgesehen; dies erfolgte auch im ausgewerteten Zeitraum. Zusätzlich könnte das FIDEM-Projekt zukünftig z. B. durch den Einschluss weiterer Netzwerkpartner*innen mit neuen Angeboten für Demenzbetroffene, für welche in Studien positive Effekte im Rahmen der Demenzversorgung heraus-

gefunden wurden, ausgeweitet werden. Dies könnten bspw. Musiktherapien oder verhaltensorientierte Techniken (Abraha et al. 2017) oder Sporttherapien (Blankevoort et al. 2010; Hoffmann et al. 2015) sein.

Die Vorschläge der Teilnehmenden zu dem Projekt zeigen Verbesserungspotenzial auf. So sollte unter anderem vermehrt Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, insbesondere durch eine verstärkte Einbeziehung der Presse oder durch die Verbreitung von Flyern.

Ebenso sollte versucht werden, die Zufriedenheit der nicht-ärztlichen Berufsgruppen mit FIDEM und ihre Entlastung durch das Projekt zu erhöhen, da andernfalls die Gefahr besteht, dass diese als Kooperationspartner*innen für FIDEM langfristig wegfallen.

Das Kennenlernen von Netzwerkpartner*innen im Rahmen von FIDEM untereinander hat neben der angestrebten Verbesserung der Demenzversorgung den Vorteil, dass zukünftig auch vermehrt Patient*innen mit anderen chronischen Erkrankungen als einer Demenz von den Hausarzt*innen an geeignete nicht-ärztliche Einrichtungen, die den Hausarzt*innen zuvor möglicherweise nicht bekannt waren, weitervermittelt werden können. Dementsprechend ist ein Nutzen von FIDEM auch über die Demenzversorgung hinaus zu erwarten.

Aufgrund der kleinen Stichprobe, die für die Auswertung zur Verfügung stand, sowie des kurzen Zeitraums zwischen Projektbeginn und Erhebungen, sind weiterführende Untersuchungen sinnvoll, um die generellen und langfristigen Auswirkungen von FIDEM auf die Projektbeteiligten besser beurteilen zu können. Auch ist zur umfassenden Projektbeurteilung die Berücksichtigung der Meinungen und Erfahrungen der Demenzbetroffenen und ihrer Angehörigen in Bezug auf das Projekt sowie die Auswirkungen auf ihre Lebensqualität anzustreben.

Zusammenfassend ist das Projekt FIDEM Göttingen ein vielversprechendes Konzept zur Erweiterung der Vernetzung von Hausarztpraxen mit lokalen nicht-ärztlichen Unterstützungsangeboten mit dem übergeordneten Ziel einer hohen Versorgungsqualität von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen.

5 Zusammenfassung

Das Versorgungsmodell FIDEM (Frühe Informationen und Hilfen bei Demenz) Göttingen dient der Vernetzung von Hausarztpraxen in Stadt und Landkreis Göttingen mit lokalen nicht-ärztlichen Unterstützungsangeboten. Dadurch soll eine verbesserte Versorgung von Demenzbetroffenen und deren Angehörigen sowie eine Entlastung der beteiligten Netzwerkpartner*innen, insbesondere der Hausärzt*innen, und eine gezieltere Wahrnehmung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten bewirkt werden.

Ziel der Arbeit war, darzustellen, wie FIDEM Göttingen etabliert wurde und in welchem Umfang es im Zeitraum von Herbst 2017 bis Herbst 2019 zur Anwendung kam. Dabei wurde das Projekt insbesondere mit den Vorgängerprojekten FIDEM I und II verglichen. Zudem sollten die Erfahrungen der Hausarztpraxen und nicht-ärztlichen Netzwerkpartner*innen mittels Fragebogenerhebung quantitativ evaluiert werden. Primäre Ziele waren die Analyse der Zufriedenheit mit FIDEM, und ob die Projekt-Teilnahme zu einer Entlastung führte.

Für die deskriptive Darstellung der Projekt-Etablierung wurde anhand der durch die Projektkoordinatorin zur Verfügung gestellten Unterlagen nachvollzogen, wie das FIDEM-Projekt umgesetzt wurde und Einzug in die beteiligten Einrichtungen fand. Somit wurde der langfristige Erfolg der Implementierung des Versorgungsmodells überprüft. Außerdem fand anhand von Projektberichten ein Vergleich mit den Vorgängerprojekten von FIDEM Göttingen statt. Für die statistische Analyse der Erfahrungen der Projektbeteiligten wurden Evaluationsfragebögen, welche ab dem zweiten Netzwerktreffen bei jedem stattgefundenen Treffen von den anwesenden Teilnehmenden ausgefüllt wurden, ausgewertet.

Der Vergleich von FIDEM Göttingen mit den beiden Vorgängerprojekten FIDEM I und II zeigte viele Gemeinsamkeiten, bspw. die Einnahme der zentralen Lotsenfunktion im Projekt durch die Hausärzt*innen und die Durchführung regelmäßiger Netzwerktreffen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen. Es gab aber auch einige Modifikationen, die im Rahmen von FIDEM Göttingen implementiert wurden. Insbesondere gab es bei FIDEM Göttingen im Gegensatz zu FIDEM I und II keine zeitliche Begrenzung des Projekts, stattdessen wurde von Anfang an eine langfristige Etablierung und Verstetigung angestrebt.

Ein Implementierungserfolg des Versorgungsmodells FIDEM Göttingen konnte nachgewiesen werden. Das Modell wurde von 29 Hausarztpraxen und 46 nicht-ärztlichen Einrichtungen aus den Bereichen Ergotherapie, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote/Angebote zur Unterstützung im Alltag, Beratung, Selbsthilfe und Logopädie angenommen. Im Zeit-

raum Herbst 2017 bis Herbst 2019 fanden in jedem der sieben Netzwerke jeweils fünf Netzwerktreffen mit mindestens 4 und maximal 17 Teilnehmenden statt. Es ließen sich fünf Netzwerke der Stadt Göttingen und zwei Netzwerke dem Landkreis Göttingen zuordnen. Es konnte nachvollzogen werden, dass Patient*innen und ihre Angehörige über FIDEM Göttingen an weiterführende Versorgungsangebote vermittelt wurden.

Insgesamt konnte eine hohe Zufriedenheit sowohl bei Teilnehmenden aus Hausarztpraxen als auch bei nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen mit sämtlichen abgefragten Aspekten zu FIDEM verzeichnet werden, wobei – mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung am FIDEM-Projekt – die Zufriedenheit bei den Teilnehmenden aus Hausarztpraxen numerisch größer ausgeprägt war als bei den nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen. Bei der Zufriedenheit mit dem Vermittlungspfad und mit den Netzwerkpartner*innen waren diese Unterschiede signifikant. Die Hausarztpraxen sahen FIDEM als entlastender als die anderen Berufsgruppen an. Dieser Unterschied war in allen abgefragten Dimensionen (zeitliche, strukturelle, personelle Be-/Entlastung und Be-/Entlastung insgesamt) signifikant. Allerdings empfanden auch die anderen Berufsgruppen im Mittel keine Belastung durch das Projekt, sondern eher eine geringfügige Entlastung.

Die Anzahl der über FIDEM informierten Patient*innen in den verschiedenen Hausarztpraxen war sehr variabel. Der am häufigsten genannte Grund für ein Informieren durch die Hausarztpraxis stellte die Belastung Angehöriger dar. Über zwei Drittel der ärztlichen und nicht-ärztlichen Teilnehmer*innen gaben keinerlei Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Patient*innen in FIDEM an. Unter den genannten Problemen wurde am häufigsten eine Ablehnung der Teilnahme durch Patient*innen oder Angehörige aufgeführt.

Als Maßnahmen oder Veränderungen zur Verbesserung der Vermittlung von Patient*innen in FIDEM sowie der Kooperation mit den anderen Netzwerkpartner*innen wurde von den ärztlichen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner*innen primär eine Intensivierung des Projekts vorgeschlagen, z. B. durch einen verstärkten Austausch der Netzwerkpartner*innen untereinander oder eine Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit.

Es konnte gezeigt werden, dass das Versorgungsmodell FIDEM Göttingen in den beteiligten Einrichtungen umgesetzt wurde – wenn auch in sehr unterschiedlichem Ausmaß –, was generell für einen Implementierungserfolg spricht. Die Zufriedenheit mit FIDEM sowie die Entlastung der Projektbeteiligten durch FIDEM Göttingen, insbesondere der Hausarztpraxen, geben Hinweise auf positive Auswirkungen des Versorgungskonzeptes auf die teilnehmenden Einrichtungen. Eine Fortführung des Versorgungsmodells für Demenzbetroffene und ihre Angehörigen erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll.

6 Anhang

6.1 FIDEM-Fragebogen für Hausarztpraxen

Evaluation FIDEM Göttingen- Hausarztpraxis TO



UNIVERSITÄTSMEDIZIN : **UMG**
GÖTTINGEN

Persönlicher Code

Datum: _____

EVALUATION FIDEM GÖTTINGEN

Version Hausarzt

Liebe/r FIDEM-Kooperationspartner_in,

für die Qualitätssicherung des Kooperationsprojekts FIDEM Göttingen ist es wichtig, dass wir Ihre Sichtweise und Erfahrungen zur Versorgung von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen im Verlauf des Projekts erfassen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser wird circa 10 bis 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen enthält zwei Teile: Teil A bezieht sich auf allgemeine Angaben zu Ihrer Hausarztpraxis. Teil B befasst sich mit FIDEM Göttingen, Ihren Erfahrungen und Sichtweisen mit diesem Projekt.

Nach erfolgter mündlicher Aufklärung ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne dass Ihnen Nachteile daraus entstehen. Alle Regeln des Datenschutzes werden eingehalten (siehe Infobox unten).

Das Ausfüllen des Bogens werten wir als schriftliche Einwilligung in die Teilnahme. Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an Dr. Claudia Bartels, Koordinatorin FIDEM Göttingen, wenden.

Infobox

Im Rahmen dieser Evaluation werden Daten nur pseudonymisiert mit Hilfe eines Zuordnungscodes für Folgeerhebungen erhoben. Die Daten werden dann entsprechend unter den Bedingungen des Datenschutzes für 10 Jahre pseudonymisiert gespeichert, d.h. ohne Verwendung personenbezogener Daten, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person gezogen werden kann. Das Einverständnis zur Teilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs würden bereits erhobene Daten unverzüglich gelöscht werden.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter i.R. von FIDEM. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt, eine Weitergabe an Dritte (z.B. an Ihren Vorgesetzten) ist ausgeschlossen. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Bei der Auswertung des Evaluationsbogens, der Präsentation der Ergebnisse auf FIDEM-Veranstaltungen oder einer möglichen Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme an der Evaluation von FIDEM Göttingen als Qualitätssicherungsmaßnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Koordinatorin FIDEM Göttingen:

Dr. Claudia Bartels

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Email: claudia.bartels@med.uni-goettingen.de

Tel: 0551-39 14397, Fax: 0551-39 66692

Ihr persönlicher Code

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen:

Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihre künftigen Fragebögen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem

- 2. Buchstaben der Straße, in der sich die teilnehmende Hausarztpraxis befindet,
- der 1. Ziffer der Hausnummer der Praxis,
- der letzten Nummer der Postleitzahl für die Praxis und
- Ihrem 2. und letzten Buchstaben Ihres Vornamens.

Beispiel:

- 2. Buchstabe der Straße, in der sich die Praxis befindet (Musterstr.)
- 1. Ziffer der Hausnummer der Praxis (123)
- Letzte Nummer der PLZ für die Praxis/Einrichtung (37075)
- 2. und letzter Buchstabe des eigenen Vornamens (Bernd)



Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Ihr Code:

Evaluation FIDEM Göttingen- Hausarztpraxis T0


 UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
 GÖTTINGEN

Persönlicher Code □□□□□

I. Allgemeines zur eigenen Hausarztpraxis											
1. Örtliche Zuordnung: Meine Hausarztpraxis liegt in ...											
<input type="checkbox"/>	der Stadt Göttingen					<input type="checkbox"/>	Im Landkreis Göttingen				
2. Praxisform: Meine Praxis ist eine...											
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis (1 Arzt)			<input type="checkbox"/>	eine Gemeinschaftspraxis			<input type="checkbox"/>	Eine Praxisgemeinschaft		
3. Anzahl an FIDEM teilnehmender Ärzte: In meiner Praxis sind ____ Ärzte in FIDEM Göttingen involviert.											
4. Anzahl Patienten											
4.1 Gesamtanzahl behandelter Patienten in der Praxis (grobe Schätzung erlaubt): _____											
4.2 Anzahl diagnostizierter demenzkranker Pat. in der Praxis (grobe Schätzung erlaubt): ____											
4.3 Anzahl vermuteter weiterer demenzkranker Pat. in der Praxis: _____											
5. Arbeitszufriedenheit: Wie zufrieden sind Sie auf einer Skala von 0 („keine“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“) mit folgenden Aspekten Ihrer Arbeit:											
5.1 inhaltliche Arbeitszufriedenheit											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.2 strukturelle Arbeitszufriedenheit (Infrastruktur, Räumlichkeiten, Ausstattung etc.)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.3 personelle Arbeitszufriedenheit (Mitarbeiter)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.4 kollegiale Arbeitszufriedenheit (Austausch, Unterstützung, Qualitätszirkel etc.)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.5 motivationale Arbeitszufriedenheit (Projekte, Fortbildung, Zusatzqualifikationen etc.)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.6 leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit (eigene Leistung, Gesamtleistung der Praxis etc.)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.7 Arbeitszufriedenheit allgemein/insgesamt											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

II. FIDEM-spezifische Fragen			
1. Anzahl Patienten für bzw. in FIDEM			
1.1 Anzahl an Patienten/Angehörigen, die über FIDEM informiert wurden: _____			
1.2 Gründe, warum Patienten/Angehörige über FIDEM informiert wurden (<i>Mehrfachantworten möglich</i>):			
<input type="checkbox"/>	Alle Demenz-Patienten werden informiert	<input type="checkbox"/>	Diagnose kürzlich gestellt
<input type="checkbox"/>	Angehöriger ist stark belastet	<input type="checkbox"/>	Patient lebt allein
<input type="checkbox"/>	Bisher keine Unterstützungsangebote	<input type="checkbox"/>	Patient möchte nicht ins Pflegeheim
<input type="checkbox"/>	Sonstige (<i>freie Antwort</i>):		
1.3 Anzahl an Patienten/Angehörigen, die bisher in eine Weitervermittlung über FIDEM eingewilligt haben: _____			
1.4 Gründe, warum Patienten/Angehörige in eine Weitervermittlung über FIDEM eingewilligt haben (<i>Mehrfachantworten möglich</i>):			
<input type="checkbox"/>	Erleichterung, Entlastung im Umgang mit Diagnose	<input type="checkbox"/>	Zugang zu Unterstützung für den Patienten
<input type="checkbox"/>	Zugang zu Informationen, Beratung	<input type="checkbox"/>	Zugang zu finanzieller Unterstützung
<input type="checkbox"/>	Auf Wunsch des Angehörigen	<input type="checkbox"/>	Entlastung des Angehörigen
<input type="checkbox"/>	Sonstige (<i>freie Antwort</i>):		
1.5 Gründe, warum Patienten/Angehörige, die über FIDEM informiert wurden, nicht in eine Weitervermittlung über FIDEM eingewilligt haben (<i>Mehrfachantworten möglich</i>):			
<input type="checkbox"/>	Ablehnung von Unterstützung (Patient)	<input type="checkbox"/>	Ablehnung von Unterstützung (Angehöriger)
<input type="checkbox"/>	Fehlende Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/>	Scham
<input type="checkbox"/>	Bagatellisierung der Symptome	<input type="checkbox"/>	Ausreichende Unterstützung bereits vorhanden
<input type="checkbox"/>	Sonstige (<i>freie Antwort</i>):		
2. Schwierigkeiten bei der Vermittlung			
2.1 Welche Schwierigkeiten habe ich bei der Vermittlung von Patienten/Angehörigen in FIDEM erlebt?			
<input type="checkbox"/>	Pat./Angehöriger wollen nicht teilnehmen	<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten bei Diagnostik
<input type="checkbox"/>	Einwilligung rechtlich nicht möglich / unklar	<input type="checkbox"/>	FIDEM-Formulare fehlen
<input type="checkbox"/>	Vermittlungspfad unklar	<input type="checkbox"/>	Kooperationspartner reagiert nicht
<input type="checkbox"/>	Sonstige (<i>freie Antwort</i>):		

3. Zufriedenheit mit FIDEM: Wie zufrieden sind Sie auf einer Skala von 0 („keine“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“) mit folgenden Aspekten von FIDEM:										
3.1 Zufriedenheit mit der Koordinationsebene										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2 Zufriedenheit mit dem Vermittlungspfad										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.3 Zufriedenheit mit den Kooperations-/Netzwerkpartnern										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.4 Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.5 Zufriedenheit mit dem Projekt allgemein/insgesamt										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Be-/Entlastung durch FIDEM: Meine Beteiligung als Kooperationspartner bedeutet für mich auf einer Skala von -5 bis +5 ...										
4.1 zeitliche Be-/Entlastung										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
<i>Extreme Belastung</i>			<i>weder noch</i>					<i>Extreme Entlastung</i>		
4.2 strukturelle Be-/Entlastung (Infrastruktur, Räumlichkeiten, Ausstattung etc.)										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
4.3 personelle Be-/Entlastung (Mitarbeiter)										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
4.4 Be-/Entlastung durch FIDEM allgemein/insgesamt										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
5. Zukünftige Entwicklungen										
5.1 Welche Maßnahmen/Veränderungen könnten die Vermittlung von Patienten/Angehörigen in FIDEM verbessern (<i>Freitextantwort</i>)?										
5.2 Welche Maßnahmen/Veränderungen könnten die Kooperation mit den anderen Netzwerkpartnern in FIDEM verbessern (<i>Freitextantwort</i>)?										

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Seite 5 von 5

Abbildung A1: FIDEM-Fragebogen für Hausarztpraxen³³ Mit freundlicher Genehmigung von Frau PD Dr. Claudia Bartels.

6.2 FIDEM-Fragebogen für nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen

Evaluation FIDEM Göttingen- nichtärztliche Kooperationspartner TO



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**

Persönlicher Code

Datum: _____

EVALUATION FIDEM GÖTTINGEN Version Kooperationspartner ohne Hausärzte

Liebe/r FIDEM-Kooperationspartner_in,

für die Qualitätssicherung des Kooperationsprojekts FIDEM Göttingen ist es wichtig, dass wir Ihre Sichtweise und Erfahrungen zur Versorgung von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen im Verlauf des Projekts erfassen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser wird circa 10 bis 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen enthält zwei Teile: Teil A bezieht sich auf allgemeine Angaben zu Ihrer Praxis/Einrichtung. Teil B befasst sich mit FIDEM Göttingen, Ihren Erfahrungen und Sichtweisen mit diesem Projekt.

Nach erfolgter mündlicher Aufklärung ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne dass Ihnen Nachteile daraus entstehen. Alle Regeln des Datenschutzes werden eingehalten (siehe Infobox unten).

Das Ausfüllen des Bogens werten wir als schriftliche Einwilligung in die Teilnahme. Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an Dr. Claudia Bartels, Koordinatorin FIDEM Göttingen, wenden.

Infobox

Im Rahmen dieser Evaluation werden Daten nur pseudonymisiert mit Hilfe eines Zuordnungscodes für Folgeerhebungen erhoben. Die Daten werden dann entsprechend unter den Bedingungen des Datenschutzes für 10 Jahre pseudonymisiert gespeichert, d.h. ohne Verwendung personenbezogener Daten, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person gezogen werden kann. Das Einverständnis zur Teilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs würden bereits erhobene Daten unverzüglich gelöscht werden.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter i.R. von FIDEM. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt, eine Weitergabe an Dritte (z.B. an Ihren Vorgesetzten) ist ausgeschlossen. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Bei der Auswertung des Evaluationsbogens, der Präsentation der Ergebnisse auf FIDEM-Veranstaltungen oder einer möglichen Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme an der Evaluation von FIDEM Göttingen als Qualitätssicherungsmaßnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Koordinatorin FIDEM Göttingen:

Dr. Claudia Bartels

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Email: claudia.bartels@med.uni-goettingen.de

Tel: 0551-39 14397, Fax: 0551-39 66692

Ihr persönlicher Code

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen:

Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihre künftigen Fragebögen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem
2. Buchstaben der Straße, in der sich die eigene Praxis/Einrichtung befindet,
der **1. Ziffer der Hausnummer der Praxis/Einrichtung,**
der **letzten Nummer der Postleitzahl für die Praxis/Einrichtung** und
Ihrem **2. und letzten Buchstaben Ihres Vornamens.**

Beispiel:

- 2. Buchstabe der Straße, in der sich die Praxis/Einrichtung befindet (Musterstr.)
- 1. Ziffer der Hausnummer der Praxis/Einrichtung (123)
- Letzte Nummer der PLZ für die Praxis/Einrichtung (37075)
- 2. und letzter Buchstabe des eigenen Vornamens (Bernd)

U 1 5 E D

Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Ihr Code:

I. Allgemeines zur eigenen Praxis/Einrichtung											
1. Örtliche Zuordnung: Meine Praxis/Einrichtung liegt in ...											
<input type="checkbox"/>	der Stadt Göttingen					<input type="checkbox"/>	Im Landkreis Göttingen				
2. Funktion: Meine Praxis/Einrichtung ist folgendem Bereich zuzuordnen:											
<input type="checkbox"/>	Beratung	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	AZUA/NBEA	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>	andere		
3. Anzahl an FIDEM teilnehmender Kollegen: In meiner Praxis/Einrichtung sind _____ weitere Kollegen in FIDEM Göttingen involviert.											
4. Anzahl Patienten											
4.1 Anzahl behandelter Patienten in der Praxis/Einrichtung (pro Quartal, grobe Schätzung): _____											
4.2 Anzahl demenzkranker Pat. in der Praxis/Einrichtung (grobe Schätzung erlaubt): _____											
4.3 Anzahl vermuteter weiterer demenzkranker Pat. in der Praxis/Einrichtung: _____											
5. Arbeitszufriedenheit: Wie zufrieden sind Sie auf einer Skala von 0 („keine“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“) mit folgenden Aspekten Ihrer Arbeit:											
5.1 inhaltliche Arbeitszufriedenheit											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.2 strukturelle Arbeitszufriedenheit (Infrastruktur, Räumlichkeiten, Ausstattung etc.)											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.3 personelle Arbeitszufriedenheit (Mitarbeiter)											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.4 kollegiale Arbeitszufriedenheit (Austausch, Unterstützung, Qualitätszirkel etc.)											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.5 motivationale Arbeitszufriedenheit (Projekte, Fortbildung, Zusatzqualifikationen etc.)											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.6 leistungsbezogene Arbeitszufriedenheit (eigene Leistung, Gesamtleistung der Praxis etc.)											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.7 Arbeitszufriedenheit allgemein/insgesamt											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

II. FIDEM-spezifische Fragen											
1. Anzahl Patienten für bzw. in FIDEM											
1.1 Anzahl demenzkranker Patienten/Angehörigen, die über Vermittlungswege außerhalb von FIDEM Göttingen an Ihre Praxis/Einrichtung vermittelt wurden: _____											
Aus welchem der o.g. Bereiche erreichen demenzkranke Patienten/Angehörige am häufigsten Ihre Praxis/Einrichtung (<i>Mehrfachantworten möglich, bitte Rangfolge angeben, z.B. 1, 2, 3...</i>):											
<input type="checkbox"/>	Hausarzt					<input type="checkbox"/>	Facharzt				
<input type="checkbox"/>	Beratung					<input type="checkbox"/>	Ergotherapie				
<input type="checkbox"/>	AZUA/NBEA					<input type="checkbox"/>	Selbsthilfe				
<input type="checkbox"/>	Andere					<input type="checkbox"/>	Patient/Angehörige eigeninitiativ				
<input type="checkbox"/>	Sonstige (<i>freie Antwort</i>):										
1.2 Anzahl Patienten/Angehörigen, die über FIDEM-Hausärzte vermittelt wurden: _____											
1.3 Anzahl Patienten/Angehörigen, die über andere FIDEM-Kooperationspartner vermittelt wurden: _____											
2. Schwierigkeiten bei der Vermittlung											
2.1 Welche Schwierigkeiten habe ich bei der Vermittlung von Patienten/Angehörigen in FIDEM erlebt?											
<input type="checkbox"/>	Pat./Angehöriger wollen nicht teilnehmen					<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten bei Diagnostik				
<input type="checkbox"/>	Einwilligung rechtlich nicht möglich / unklar					<input type="checkbox"/>	FIDEM-Formulare fehlen				
<input type="checkbox"/>	Vermittlungspfad unklar					<input type="checkbox"/>	Kooperationspartner reagiert nicht				
3. Zufriedenheit mit FIDEM: Wie zufrieden sind Sie auf einer Skala von 0 („keine“) bis 10 („maximale Zufriedenheit“) mit folgenden Aspekten von FIDEM:											
3.1 Zufriedenheit mit der Koordinationsebene											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.2 Zufriedenheit mit dem Vermittlungspfad											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.3 Zufriedenheit mit den Kooperations-/Netzwerkpartnern											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.4 Zufriedenheit mit der eigenen Beteiligung											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.5 Zufriedenheit mit dem Projekt allgemein/insgesamt											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Evaluation FIDEM Göttingen- nichtärztliche Kooperationspartner TO



Persönlicher Code

<p>4. Be-/Entlastung durch FIDEM: Meine Beteiligung als Kooperationspartner bedeutet für mich auf einer Skala von -5 bis +5 ...</p>										
<p>4.1 zeitliche Be-/Entlastung</p>										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
<i>Extreme Belastung</i>			<i>weder noch</i>					<i>Extreme Entlastung</i>		
<p>4.2 strukturelle Be-/Entlastung (Infrastruktur, Räumlichkeiten, Ausstattung etc.)</p>										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
<p>4.3 personelle Be-/Entlastung (Mitarbeiter)</p>										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
<p>4.4 Be-/Entlastung durch FIDEM allgemein/insgesamt</p>										
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
<p>5. Zukünftige Entwicklungen</p>										
<p>5.1 Welche Maßnahmen/Veränderungen könnten die Vermittlung von Patienten/Angehörigen in FIDEM verbessern (<i>Freitextantwort</i>)?</p>										
<p>5.2 Welche Maßnahmen/Veränderungen könnten die Kooperation mit den anderen Netzwerkpartnern in FIDEM verbessern (<i>Freitextantwort</i>)?</p>										

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Abbildung A2: FIDEM-Fragebogen für nicht-ärztliche Kooperationspartner*innen⁴

⁴ Mit freundlicher Genehmigung von Frau PD Dr. Claudia Bartels.

6.3 Flyer FIDEM Niedersachsen/FIDEM Göttingen




Kontakt

Ansprechpartner*innen in der Arztpraxis
sowie Anschrift / Telefonnummer



**Frühzeitige Informationen
und Hilfe bei Demenz**

Information für Interessierte,
Betroffene und ihre Angehörigen



„Durch frühzeitige Beratung und
Unterstützung sollen Menschen mit
Demenz und ihre Angehörigen mehr
Lebensqualität erlangen.“
(Leitidee FIDEM)

Nach einer Demenzdiagnose: Wie geht es weiter?

Ihr*e Hausarzt*in vermutet bei Ihnen bzw. Ihrem Angehörigen eine Demenz. Vermutlich tauchen Fragen, Sorgen und Ängste auf, die nur schwer allein zu beantworten und zu bewältigen sind. In dieser Situation sollen Sie frühzeitig Beratung und Angebote zur konkreten Unterstützung und Information erhalten.

Möglichkeiten der Unterstützung

Auch wenn Sie vielleicht zum jetzigen Zeitpunkt das Gefühl haben noch keine zusätzliche Hilfe zu benötigen oder sich aus anderen Gründen scheuen, Unterstützung in Anspruch zu nehmen: Lassen Sie sich frühzeitig über Ihre Ansprüche informieren und lernen Sie erste Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote kennen. So können Sie bereits in frühen Stadien der Erkrankung selber vorsorgen, Ihre Lebensqualität so lange wie möglich erhalten und für Entlastung in Ihrem Alltag sorgen.

- Vielleicht brauchen Sie zunächst vor allem Informationen über den Verlauf der Erkrankung, um Ihre Angelegenheiten regeln und Vorsorge treffen zu können?
- Vielleicht möchten Sie zunächst einen Überblick über Leistungen und Angebote erhalten, die es für Menschen mit Demenz gibt?

- Vielleicht benötigen Sie als Erkrankte*r fachliche Unterstützung bei der möglichst selbständigen Durchführung Ihrer Alltagsaufgaben?
- Vielleicht wäre eine Gruppe genau das Richtige für Sie, in der sich gleichbetroffene Menschen treffen und begleitet von geschulten Kräften gemeinsam Aktivitäten wahrnehmen?
- Vielleicht suchen Sie als Erkrankte*r oder pflegende*r Angehörige*r den Austausch mit Menschen in ähnlichen Lebenssituationen?
- Vielleicht brauchen Sie als pflegende*r Angehörige*r manchmal eine verlässliche Vertretung für die Betreuung Ihres erkrankten Angehörigen zu Hause und möchten wissen, an wen Sie sich wenden können?
- Vielleicht benötigen Sie als pflegende*r Angehörige*r fachliche Beratung oder Anleitung im Umgang mit dem Erkrankten und in der Anpassung des Alltags an die veränderte Situation?

Das Unterstützungsangebot nach dem FIDEM-Modell

In FIDEM Netzwerken haben sich Hausarztpraxen mit anderen Einrichtungen zusammengeschlossen, die Beratung, ergänzende Behandlung und Unterstützung rund um das Thema anbieten. Dadurch soll Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen ein fachlich kompetentes und individu-

ell auf die Bedürfnisse abgestimmtes Unterstützungsangebot erstellt werden können. Das Besondere an FIDEM ist, dass Sie sich nicht selbst durch den Dschungel vieler Formulare und Angebote kämpfen müssen, sondern Sie gezielt dabei unterstützt und durch die verschiedenen Versorgungsstrukturen geführt werden. So werden Sie entlastet und müssen sich keine Sorgen darum machen, Hilfsmöglichkeiten zu versäumen.

- Ihr*e Hausarzt*in unterstützt Sie dabei zunächst bei der Klärung Ihrer Anliegen und vermittelt Sie mit Ihrem Einverständnis bei Bedarf an die zuständigen Ansprechpartner*innen.
- Die beteiligten Ansprechpartner*innen (z. B. Beratungsstellen, Ergotherapeuten, Anbieter von Unterstützungsangeboten im Alltag u.a.) kommen auf Sie zu, vereinbaren mit Ihnen Termine entweder in der Praxis/Einrichtung oder auch – wenn gewünscht – bei Ihnen zu Hause.
- Alle Ansprechpartner*innen befinden sich in der Nähe Ihres Wohnorts, d.h. Sie haben kurze Wege oder die Ansprechpartner*innen können Sie bei Hausbesuchen gut erreichen.
- Mit Ihrem Einverständnis tauschen sich die beteiligten Ansprechpartner*innen untereinander aus, um sich abzustimmen und bei Veränderungen der Umstände gut reagieren zu können.

Wenn Sie noch mehr darüber erfahren möchten, wenden Sie sich gern an Ihr*e Hausarzt*in oder an das Praxisteam!

Abbildung A3: Flyer FIDEM Niedersachsen/FIDEM Göttingen⁵

⁵ Zur Verfügung gestellt von Frau PD Dr. Claudia Bartels.

6.4 Vermittlungspfad FIDEM Göttingen

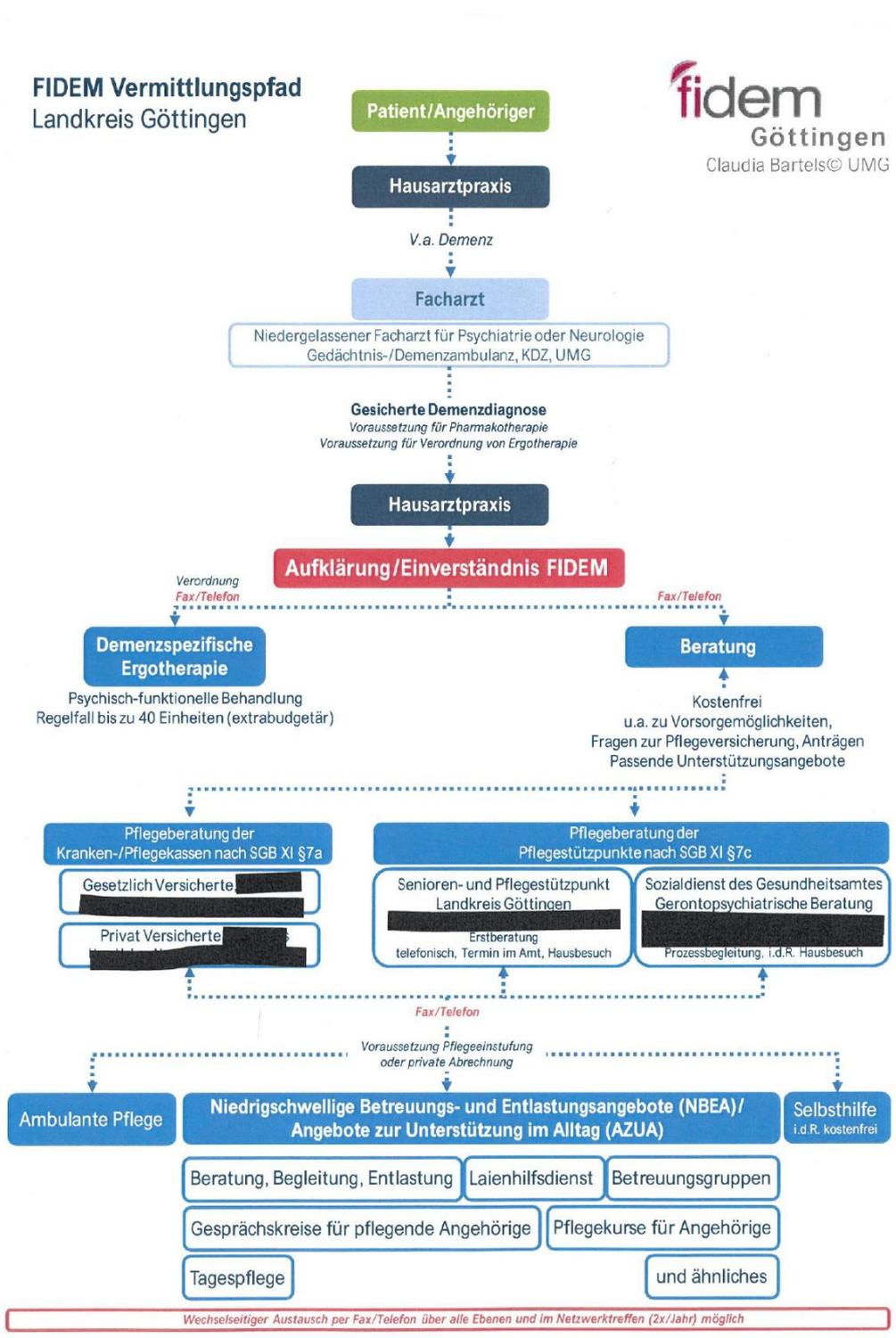


Abbildung A4: Vermittlungspfad FIDEM Göttingen (Landkreis). Schwärzung persönlicher Daten, die Rückschlüsse auf einzelne Personen ziehen lassen (z. B. Namen, Fax-Nummern). Entsprechender Vermittlungspfad gilt für die Stadt Göttingen.⁶

⁶ Mit freundlicher Genehmigung von Frau PD Dr. Claudia Bartels.

6.5 FIDEM-Faxformular zur Patientenvermittlung

FIDEM Faxformular zur Patientenvermittlung

1. Arztpraxis		(Datum, Stempel)	Von Arztpraxis auszufüllen
2. Ansprechperson in der Praxis			
3. Tel.:	Fax.:		
4. Mit FIDEM Teilnahme einverstanden u. Schweigepflichtsentb. erfolgt:		ja <input type="checkbox"/>	
5. Name der/s Patientin/Patienten:		Alter:	
6. Adresse und Telefonnummer:			
7. Name des Angehörigen:		Patient/-in allein lebend: <input type="checkbox"/>	
8. Adresse und Telefonnummer des Angehörigen:			
9. Kontaktaufnahme mit Patient/-in <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> bevorzugt zu folgenden Zeiten:			
10. (Verdachts) Diagnose: DAT <input type="checkbox"/> FTD <input type="checkbox"/> vaskuläre D. <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> bekannt seit:			
11. Demenzstadium: leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/>			
12. Besonderheiten: Pat. aufgeklärt, aber keine/kaum Krankheitseinsicht <input type="checkbox"/> gute Krankheitseinsicht <input type="checkbox"/> nahe Angehörige (Partner, Kinder u.a.) involviert <input type="checkbox"/> aufgeklärt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
13. Bedarf an demenzbezogenen Hilfen? (ggf. „Hinweise zur Bedarfsermittlung“ beachten)		(Pflege-) Beratung <input type="checkbox"/>	
		Niedrigschwelliges Betreuungs- und Entlastungsangebot (NBEA) <input type="checkbox"/>	
Selbsthilfe <input type="checkbox"/>	demenzspezifische Ergotherapie <input type="checkbox"/>		
14. Weitere ÄRZTLICHE ANMERKUNGEN UND HINWEISE (z.B. Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen):			
15. Rückmeldung von (PFLEGE-) BERATUNG an Ärztin/ Arzt (z.B. Zeitpunkt, -raum, Themen, NBEA-Bedarf, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, Vereinbarungen, sonstige Anmerkungen)		Datum:	Rückmeldung an Arztpraxis
16. Rückmeldung von NBEA/AZUA an Ärztin/ Arzt (z.B. Art des Angebotes, Dauer, Frequenz, Inanspruchnahme, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, sonstige Anmerkungen)		Datum:	
17. Rückmeldung von ERGOTHERAPIE an Ärztin/ Arzt und ggf. NBEA (z.B. Behandlungsbeginn, Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen, NBEA-Bedarf, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, sonstige Anmerkungen)		Datum:	
18. Rückmeldung von SELBSTHILFEKONTAKTSTELLE an Ärztin/Arzt (z. B. Zeitpunkt, -raum, Themen, Vereinbarungen, sonst. Anmerkungen)		Datum:	

Landsvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
www.gesundheit-nds.de, Faxformular, modifiziert durch Koordination FIDEM Göttingen, UMG
Stand August-2017

Abbildung A5: FIDEM-Faxformular zur Patientenvermittlung⁷

⁷ Mit freundlicher Genehmigung von Frau PD Dr. Claudia Bartels.

7 Literaturverzeichnis

- Abholz HH (2012): Probleme des Teams in der deutschen ambulanten Versorgung. *Z Allg Med* **88**, 226–231
- Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell’Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O’Mahony D, Guaita A, Cherubini A (2017): Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open* **7**, e012759
- Altamirano O, Weisman de Mamani A (2021): Risk and Resiliency Factors Related to Dementia Caregiver Mental Health. *Fam Process* **60**, 904–919
- Alzheimer Europe (2019): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>; abgerufen am 27.11.2020
- ambet e. V. (Hrsg.): Praxisbericht FIDEM. 2012. <http://www.fidem-projekt.de/index.php/aktuelles.html>; abgerufen am 22.04.2022
- Arthur PB, Gitlin LN, Kairalla JA, Mann WC (2018): Relationship between the number of behavioral symptoms in dementia and caregiver distress: what is the tipping point? *Int Psychogeriatr* **30**, 1099–1107
- Bally KW, Krones T, Jox RJ (2020): Advance Care Planning for People with Dementia: The Role of General Practitioners. *Gerontology* **66**, 40–46
- Berger M (Hrsg.): Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie. 6. Auflage; Elsevier, München 2019
- Birkeland S, Bogh SB (2019): Malpractice litigation, workload, and general practitioner retirement. *Prim Health Care Res Dev* **20**, e23
- Black BS, Johnston D, Leoutsakos J, Reuland M, Kelly J, Amjad H, Davis K, Willink A, Sloan D, Lyketsos C, Samus QM (2019): Unmet needs in community-living persons with dementia are common, often non-medical and related to patient and caregiver characteristics. *Int Psychogeriatr* **31**, 1643–1654
- Blankevoort CG, Heuvelen MJG van, Boersma F, Luning H, Jong J de, Scherder EJA (2010): Review of Effects of Physical Activity on Strength, Balance, Mobility and ADL Performance in Elderly Subjects with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* **30**, 392–402

- Bradley F, Wiles R, Kinmonth AL, Mant D, Gantley M (1999): Development and evaluation of complex interventions in health services research: case study of the Southampton heart integrated care project (SHIP). *BMJ* 318, 711–715
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Leuchtturmprojekt Demenz. Berlin 2011.
https://www.demenzstrategie.at/de/Praxisbeispiele/iPrExId__200.htm; abgerufen am 27.11.2020
- Bundesministerium für Gesundheit (2022): Beratung im Pflegefall. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/beratung-im-pflegefall.html>; abgerufen am 19.05.2022
- Cahill S, Clark M, Walsh C, O’Connell H, Lawlor B (2006): Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. *Int J Geriatr Psychiatry* 21, 319–324
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P (2000): Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 321, 694–696
- Carter G, van der Steen JT, Galway K, Brazil K (2017): General practitioners’ perceptions of the barriers and solutions to good-quality palliative care in dementia. *Dement Int J Soc Res Pract* 16, 79–95
- Cheng ST (2017): Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Curr Psychiatry Rep* 19, 64
- Cheng ST, Au A, Losada A, Thompson LW, Gallagher-Thompson D (2019): Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. *Curr Psychiatry Rep* 21, 59
- Cohen J: Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. Auflage; Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale 1988
- Cording L, Beyer A, Boettcher AM, Schattschneider R, Busch S (2019): Ärztinnen und Ärzte an der Schnittstelle zum nicht-medizinischen Hilfs- und Unterstützungssektor für Menschen mit Demenz. *Gesundheitswesen* 81, 319–324
- Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH (2010): Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: The 90+ study. *Ann Neurol* 67, 114–121
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *The BMJ* 337, 979–983

- Dahlrup B, Nordell E, Carlsson KS, Elmståhl S (2014): Health Economic Analysis on a Psychosocial Intervention for Family Caregivers of Persons with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 37, 181–195
- Deutscher Verband Ergotherapie (2022): Verordnung ergotherapeutischer Leistungen.
<https://dve.info/ergotherapie/infos-fuer-aerzte/verordnung-ergotherapeutischer-leistungen>;
abgerufen am 20.05.2022
- De Vleminck A, Pardon K, Beernaert K, Deschepper R, Houttekier D, Van Audenhove C, Deliens L, Stichele RV (2014): Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: A focus group study on general practitioners' views and experiences. *PLoS ONE* 9, e84905
- DGPPN, DGN (2016): S3-Leitlinie "Demenzen", Langversion Januar 2016.
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-013.html>; abgerufen am 06.02.2021
- Dunlosky J, Tauber SK (Hrsg.): *Anosognosia and Metacognition in Alzheimer's Disease: Insights from Experimental Psychology*. The Oxford Handbook of Metamemory, New York 2015
- Ebert D (Hrsg.): *Psychiatrie systematisch*. 7. Auflage; UNI-MED, Bremen 2008
- Edwards R, Voss SE, Iliffe S (2015): The development and evaluation of an educational intervention for primary care promoting person-centred responses to dementia. *Dementia* 14, 468–482
- Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Köhler L, Wucherer D, Dreier A, Michalowsky B, Teipel S, Hoffmann W (2014): Rates of Formal Diagnosis in People Screened Positive for Dementia in Primary Care: Results of the DelpHi-Trial. *J Alzheimers Dis* 42, 451–458
- Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, Richter S, Wucherer D, Michalowsky B, Dreier A, Thyrian JR (2016): Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. *J Alzheimers Dis* 52, 619–629
- Engberink AO, Pimouguet C, Amouya M, Gerassimo O, Bourrel G, Berr C (2013): Déterminants de la prise en charge des patients déments dépistés dans une cohorte populationnelle: Approche qualitative auprès de leurs médecins généralistes = Determinants of support for dementia patients in general practice: A qualitative approach based on an epidemiological cohort. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil* 11, 157–167
- Fellgiebel A (2019): Das rheinland-pfälzische Modell DemStepCare. *ProAlter* 51, 48–51

- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, et al. (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 366, 2112–2117
- FIDEM Region Braunschweig (2019a): Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt FIDEM. <http://www.fidem-projekt.de/index.php/aktuelles.html>; abgerufen am 06.05.2022
- FIDEM Region Braunschweig (2019b): Modellprojekt FIDEM Region Braunschweig. <http://www.fidem-projekt.de/index.html>; abgerufen am 06.05.2022
- Flotho W, Sibold C: HED-I Häusliche Ergotherapie bei Demenz: Interventionsprogramm für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz und ihre Angehörigen im häuslichen Umfeld. 2. Auflage; Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2021
- Frankenstein LL, Jahn G (2020): Behavioral and occupational therapy for dementia patients and caregivers. *GeroPsych J Gerontopsychology Geriatr Psychiatry* 33, 85–100
- Gaboreau Y, Imbert P, Jacquet J, Paumier F, Couturier P, Gavazzi G (2014): Factors Affecting Dementia Screening by General Practitioners in Community-dwelling Elderly Populations: A Large Cross-Sectional Study in 2 Areas of France. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 28, 58-64
- Giezendanner S, Monsch AU, Kressig RW, Mueller Y, Streit S, Essig S, Zeller A, Bally K (2018): Early diagnosis and management of dementia in general practice – how do Swiss GPs meet the challenge? *Swiss Med Wkly* 148, w14695
- Gilhooly KJ, Gilhooly MLM, Sullivan MP, McIntyre A, Wilson L, Harding E, Woodbridge R, Crutch S (2016): A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr* 16, 106
- Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW (2010): A Biobehavioral Home-Based Intervention and the Well-being of Patients With Dementia and Their Caregivers: The COPE Randomized Trial. *JAMA* 304, 983
- Gove D, Downs M, Vernooij-Dassen M, Small N (2016): Stigma and GPs' perceptions of dementia. *Aging Ment Health* 20, 391–400
- Gräske J, Schmidt A, Schmidt S, Laporte Uribe F, Thyrian JR, Michalowsky B, Schäfer-Walkmann S, Wolf-Ostermann K (2018): Quality of life in persons with dementia using regional dementia care network services in Germany: a one-year follow-up study. *Health Qual Life Outcomes* 16, 181

- Gusi N, Prieto J, Madruga M, Garcia JM, Gonzalez-Guerrero JL (2009): Health-Related Quality of Life and Fitness of the Caregiver of Patient with Dementia. *Med Sci Sports Exerc* 41, 1182–1187
- Hansen EC, Hughes C, Routley G, Robinson AL (2008): General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: Factors impacting on early diagnosis. *Soc Sci Med* 67, 1776–1783
- Harmand MGC, Meillon C, Rullier L, Taddé OB, Pimouguet C, Dartigues JF, Bergua V, Amieva H (2018): Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment: Recourse to care in dementia (RecareDEM) study. *Aging Ment Health* 22, 1046–1055
- Harrison KL, Ritchie CS, Patel K, Hunt LJ, Covinsky K, Yaffe K, Smith AK (2019): Care Settings and Clinical Characteristics of Older Adults with Moderately Severe Dementia. *J Am Geriatr Soc* 67, 1907–1912
- Heim S, Busa C, Pozsgai É, Csikós Á, Papp E, Pákási M, Kálmán J, Hajnal F, Karádi K (2019): Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Prim Health Care Res Dev* 20, e92
- Hoffmann K, Sobol NA, Frederiksen KS, Beyer N, Vogel A, Vestergaard K, Brændgaard H, Gottrup H, Lolk A, Wermuth L, et al. (2015): Moderate-to-High Intensity Physical Exercise in Patients with Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis* 50, 443–453
- Hüll M, Voigt-Radloff S (2008): Nichtpharmakologische Behandlungsmethoden bei Demenzen. *Nervenarzt* 79, 159–166
- Illiffe S, Wilcock J (2017): The UK experience of promoting dementia recognition and management in primary care. *Z Für Gerontol Geriatr* 50, 63–67
- Imre N, Balogh R, Papp E, Kovács I, Heim S, Karádi K, Hajnal F, Kálmán J, Pákási M (2019): Knowledge of general practitioners on dementia and mild cognitive impairment: A cross-sectional, questionnaire study from Hungary. *Educ Gerontol* 45, 495–505
- Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JP, Bradley CP (2018): General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 33, 1163–1176
- Jurkat HB, Reimer C (2001): Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweiz Ärztztg* 82, 1745–1750
- Kaduskiewicz H, Röntgen I, Mossakowski K, Bussche H van den (2009): Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. *Z Für Gerontol Geriatr* 42, 155–162

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Gesundheitsdaten. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>; abgerufen am 21.05.2022
- Krämer G, Förstl H: Alzheimer und andere Demenzformen: Antworten auf die häufigsten Fragen. 5. Auflage; Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2008
- Landesinitiative Demenz (2021): Änderungen zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI. <https://www.landesinitiative-demenz.de/aktuelles/neuigkeiten/aenderungen-zur-foerderung-regionaler-netzwerke-nach-45c-abs-9-sgb-xi>; abgerufen am 21.05.2022
- Landeskrankenhaus AÖR Rheinland-Pfalz (2020): DemStepCare. Ein hausarztbasiertes Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz. <https://www.landeskrankenhaus.de/aktuelles/projekte-im-landeskrankenhaus/zentrum-fuer-psychische-gesundheit-im-alter-zpga/demstepcare-das-hausarztbasierte-versorgungskonzept>; abgerufen am 30.12.2020
- Landeskrankenhaus AÖR Rheinland-Pfalz (2022): DemStepCare. Ein hausarztbasiertes Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz. <https://www.landeskrankenhaus.de/aktuelles/projekte-im-landeskrankenhaus/zentrum-fuer-psychische-gesundheit-im-alter-zpga/demstepcare-das-hausarztbasierte-versorgungskonzept>; abgerufen am 28.05.2022
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2016): Ergebnisse aus dem 2. Modellprojekt. <https://gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/580-informationen-und-hilfen-bei-demenz>; abgerufen am 06.05.2022
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2022): Modellprojekt FIDEM Niedersachsen. <https://www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeits-schwerpunkte-lvg/innovation-in-der-gesundheitsversorgung/526-modellprojekt-fidem-2>; abgerufen am 06.05.2022
- Laver K, Cumming R, Dyer S, Agar M, Anstey KJ, Beattie E, Brodaty H, Broe T, Clemson L, Crotty M, et al. (2017): Evidence-based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Aust Occup Ther J* 64, 3–10
- Lucijanić J, Baždarić K, Librenjak D, Lucijanić M, Hanževački M, Jureša V (2020): A validation of the Croatian version of Zarit Burden Interview and clinical predictors of caregiver burden in informal caregivers of patients with dementia: a cross-sectional study. *Croat Med J* 61, 527–537
- Lukas A, Kilian R, Hay B, Muche R, Arnim CAF von, Otto M, Riepe M, Jamour M, Denking MD, Nikolaus T (2012): Gesunderhaltung und Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken durch ein „initiales Case Management“. *Z Für Gerontol Geriatr* 45, 298–309

- Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S (2002): Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment Results From the Cardiovascular Health Study. *JAMA* 288, 1475–1483
- Michalowsky B, Kostev K, Hoffmann W, Bohlken J (2018): Indikatoren einer gestiegenen Demenzdiagnoserate in Hausarztpraxen. *Z Für Gerontol Geriatr* 51, 517–522
- Mioshi E, Bristow M, Cook R, Hodges JR (2009): Factors Underlying Caregiver Stress in Frontotemporal Dementia and Alzheimer’s Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 27, 76–81
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2022): Entlastungsbetrag und Angebote zur Unterstützung im Alltag nach dem Sozialgesetzbuch XI. <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/pflege/angebote-zur-unterstuetzung-im-alltag-153311.html>; abgerufen am 19.05.2022
- Neubauer S, Holle R, Menn P, Grossfeld-Schmitz M, Graesel E (2008): Measurement of informal care time in a study of patients with dementia. *International Psychogeriatrics* 20, 1160–1176
- Panke-Kochinke B (2013): Eine Analyse der individuellen Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Demenz im Frühstadium ihrer Erkrankung unter Beachtung der Funktion und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen auf der Grundlage von Selbstäußerungen. *Pflege* 26, 387–400
- Petersen S, Houston S, Qin H, Tague C, Studley J (2017): The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. *J Alzheimers Dis* 55, 569–574
- Piers R, Albers G, Gilissen J, De Lepelire J, Steyaert J, Van Mechelen W, Steeman E, Dillen L, Vanden Berghe P, Van den Block L (2018): Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care* 17, 88
- Pimouguet C, Le Goff M, Wittwer J, Dartigues JF, Helmer C (2017): Benefits of Occupational Therapy in Dementia Patients: Findings from a Real-World Observational Study. *J Alzheimers Dis* 56, 509–517
- Pucci E, Angeleri F, Borsetti G, Brizioli E, Cartechini E, Giuliani G, Solari A (2004): General practitioners facing dementia: are they fully prepared? *Neurol Sci* 24, 384–389
- Queluz FNFR, Kervin E, Wozney L, Fancey P, McGrath PJ, Keefe J (2020): Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: a scoping review. *Int Psychogeriatr* 32, 35–52

- Rahja M, Culph J, Clemson L, Day S, Laver K. (2020): A second chance: Experiences and outcomes of people with dementia and their families participating in a dementia reablement program. *Brain Impairment* 21, 274–285
- Rapp MA, Gutzmann H (2008): Leuchttürme der Versorgungsforschung im Bereich Demenz. *Z Für Gerontopsychologie -Psychiatr* 21, 153–155
- Reuster T, Jurjanz L, Schützwahl M, Holthoff V (2008): Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting (ERGODEM). *Z Für Gerontopsychologie -Psychiatr* 21, 185–189
- Roepke SK, Allison M, Von Känel R, Mausbach BT, Chattillion EA, Harmell AL, Patterson TL, Dimsdale JE, Mills PJ, Ziegler MG, et al. (2012): Relationship between chronic stress and carotid intima-media thickness (IMT) in elderly Alzheimer’s disease caregivers. *Stress Amst Neth* 15, 121–129
- Schiffczyk C, Romero B, Jonas C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW (2013): Efficacy of Short-Term Inpatient Rehabilitation for Dementia Patients and Caregivers: Prospective Cohort Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 35, 300–312
- Schirra-Weirich L (2011): Evaluation von Versorgungsstrukturen im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“. DemenzNetz Aachen. Förderung von Frühdiagnostik und häuslicher Versorgung. Bericht über die HausärztInnen-Befragung. <https://www.katho-nrw.de/aachen/forschung-entwicklung/forschungsprojekte/aktuelle-projekte/leuchtturmprojekt-demenz-demenznetz-aachen/>; abgerufen am 11.03.2021
- Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, Hui S, Hendrie HC (2008): Acute care utilization by dementia caregivers within urban primary care practices. *J Gen Intern Med* 23, 1736–1740
- Schwarz B, Wienert J, Bethge M (2015): Implementierungsstudien als notwendige Bedingung aussagekräftiger RCTs. *Gesundheitswesen* 77, A203
- Shigihara Y, Hoshi H, Shinada K, Okada T, Kamada H (2020): Non-pharmacological treatment changes brain activity in patients with dementia. *Sci Rep* 10, 6744
- Stadt Göttingen (2017): Am 25.11. der Göttinger Tag der Allgemeinmedizin. <https://www.goettingen.de/wissenschaft-wirtschaft/aktuelles/2017-11-17/am-25.11.-der-goettinger-tag-der-allgemeinmedizin.html>; abgerufen am 30.01.2021

- Stender M (2018): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz“. <https://senioren-beratungsnetz-hildesheim.de/Quicknavigation/Startseite/Modellprojekt-Einbindung-der-Hausarztpraxen-bei-Demenz.php?object=tx,2661.4&ModID=7&FID=2661.143.1&NavID=2661.1&La=1>; abgerufen am 27.11.2020
- Tang EYH, Birdi R, Robinson L (2018): Attitudes to diagnosis and management in dementia care: views of future general practitioners. *Int Psychogeriatr* 30, 425–430
- Tilburgs B, Vernooij-Dassen M, Koopmans R, Weidema M, Perry M, Engels Y (2018): The importance of trust-based relations and a holistic approach in advance care planning with people with dementia in primary care: a qualitative study. *BMC Geriatr* 18, 184
- Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J, O’Carroll R (2004): General practitioners’ knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing* 33, 461–467
- Universitätsmedizin Göttingen (2017): Informationsveranstaltung FIDEM (Frühe Informationen und Hilfen bei Demenz) Göttingen. http://www.psychiatrie.med.uni-goettingen.de/de/content/aktuelles_819.html; abgerufen am 30.01.2021
- von Känel R, Mills PJ, Mausbach BT, Dimsdale JE, Patterson TL, Ziegler MG, Ancoli-Israel S, Allison M, Chattillion EA, Grant I (2011): Effect of Alzheimer caregiving on circulating levels of C-reactive protein and other biomarkers relevant to cardiovascular disease risk: a longitudinal study. *Gerontology* 58, 354–365
- von Känel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, Mills PJ, Patterson TL, Ancoli-Israel S, Ziegler MG, Roepke SK, Chattillion EA, Allison M, Grant I (2012): Effect of chronic dementia caregiving and major transitions in the caregiving situation on kidney function: a longitudinal study. *Psychosom Med* 74, 214–220
- Waldorff FB, Siersma V, Vogel A, Waldemar G (2012): Subjective memory complaints in general practice predicts future dementia: a 4-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry* 27, 1180–1188
- Wangler J, Fellgiebel A, Jansky M (2019): Das Praxispersonal im Kontext der hausärztlichen Demenzerkennung – ein ungehobenes Potenzial? *Z Für Gerontol Geriatr* 52, 661–666
- Weinhold I, Gurtner S (2014): Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy Amst Neth* 118, 201–214
- Zhang S, Edwards H, Yates P, Li C, Guo Q (2014): Self-Efficacy Partially Mediates between Social Support and Health-Related Quality of Life in Family Caregivers for Dementia Patients in Shanghai. *Dement Geriatr Cogn Disord* 37, 34–44

Zwerling JL, Cohen JA, Verghese J (2016): Dementia and caregiver stress. *Neurodegener Dis Manag* 6, 69–72

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herr PD Dr. rer. nat. Michael Belz für die Betreuung bedanken, die sich insbesondere durch eine durchgehende Unterstützung in allen Bereichen meiner Doktorarbeit, eine stets problemlose und schnelle Erreichbarkeit und umfangreiche Beantwortung aller meiner Fragen auszeichnete.

Des Weiteren möchte ich mich bei meiner unmittelbaren Betreuerin Frau PD Dr. rer. nat. Claudia Bartels für die ausgezeichnete Unterstützung von Beginn bis Ende meiner Arbeit bedanken, vor allem auch für die Beantwortung meiner Projekt-spezifischen Fragen.

Zudem gilt mein Dank Frau Prof. Dr. med. Eva Hummers, die mir wertvolle Ratschläge und Hinweise gab, die ich in meiner Doktorarbeit berücksichtigen konnte.