

# Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt FIDEM

Frühzeitige Interventionen in der hausärztlichen Versorgung Demenzkranker durch  
Implementierung nichtärztlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der  
Pflegeversicherung.

Ergebnisse der dreijährigen Begleitforschung durch die  
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Sven Brandes, Claudia Kwirand, Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit  
und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

## Inhalt

1.	Zusammenfassung .....	4
2.	Vorbemerkung .....	6
3.	Hintergrund und methodische Ausrichtung der Forschung .....	6
4.	Planungsphase .....	9
4.1	Literaturanalyse .....	9
4.2	FIDEM-Wirkungsmodell .....	9
4.3	Ziel-, Maßnahme- und Zeitplanung .....	14
4.4	Beratung und Begleitung des Praxisteam .....	14
5.	Pilotphase .....	14
5.1	Beschreibung der Pilotphase .....	14
5.1.1	Patientenvermittlung in der Pilotphase .....	15
5.1.2	Standardisiertes Faxsystem .....	15
5.2	Methodisches Vorgehen in der Pilotphase .....	16
5.2.1	Ermittlung der Ausgangssituation in den Arztpraxen .....	16
5.2.2	Bewertung der Schulungen durch Hausärzte und medizinische Fachangestellte .....	17
5.2.3	Bewertung Pilotphase durch Hausärzte .....	17
5.2.4	Bewertung der Vermittlungsprozesse im Rahmen von FIDEM durch Angehörige .....	17
5.3	Ergebnisse der Pilotphase .....	18
5.3.1	Bewertungen der Schulungen durch Hausärzte und Medizinische Fachangestellte .....	18
5.3.2	Häufigkeiten Vermittlungen und Inanspruchnahmen (Pilotphase) .....	19
5.3.3	Veränderungen demenzbezogene Sensibilität .....	22
5.3.4	Weitere Ergebnisse aus der Pilotphase .....	23
5.3.5	Ergebnisse der Angehörigeninterviews im Überblick .....	30
6.	Verbreitungsphase .....	34
6.1	Beschreibung der Verbreitungsphase .....	34
6.2	Methodisches Vorgehen in der Verbreitungsphase .....	35
6.2.1	Bewertung der Schulungen durch Hausärzte und medizinische Fachangestellte .....	35
6.2.2	Datensammlung mittels standardisiertem Faxsystem .....	35
6.2.3	Standardisierte Nachbefragung von Ärzten, MFA und NBA .....	36
6.3	Ergebnisse der Verbreitungsphase .....	37

6.3.1	Bewertungen der Schulungen in der Verbreitungsphase durch Ärzte und MFA's.....	37
6.3.2	Häufigkeiten Vermittlungen und Inanspruchnahme in der Verbreitungsphase.....	38
6.3.3	Vermittlungsaktivität Pilot und Verbreitungsphase.....	43
6.3.4	Angebote und Zusagen nach Stadt-Kleinstadt-Mittelstadt-Land.....	44
6.3.5	Praxis-Quartal-Inzidenz Demenzdiagnosen .....	47
6.3.6	Patientendaten in der Verbreitungsphase .....	47
7.	Bewertungen von FIDEM durch Ärzte, MFA's, und NBA's .....	49
7.1	Erhebungsrücklauf .....	50
7.2	Einschätzungen der Ärzte und MFA zu Wirkungen in den Arztpraxen.....	50
7.3	Einschätzungen der Ärztinnen/Ärzte, MFA und NBA zum Kooperationsaufbau.....	60
7.4	Globale Einschätzung zum Projekt.....	64
7.5	Auswertung der Freitextantworten.....	65
8.	Diskussion .....	66
9.	Fazit.....	71
10.	Literatur.....	72
Anhang A	Zeitplan.....	74
Anhang B	Patientenvermittlungspfad Pilotphase .....	75
Anhang C	Patientenvermittlungspfad Verbreitungsphase.....	76
Anhang D	Fragebögen Schulungsevaluation Pilotphase .....	77
Anhang E	Faxformulare Patientenvermittlung Pilotphase .....	83
Anhang F	Interviewleitfaden Ärzte Pilotphase .....	87
Anhang G	Interviewleitfaden Angehörige Pilotphase .....	91
Anhang H	Faxformular Patientenvermittlung Verbreitungsphase.....	94
Anhang I	Fragebögen Schulungsevaluation Verbreitungsphase.....	95
Anhang J	Datenschutzbestimmung und -erklärung für teilnehmende Hausarztpraxen .....	101
Anhang K	Vordruck ärztliche Schweigepflichtentbindung .....	102
Anhang L	Fragebögen Nachbefragung Ärztinnen und Ärzte, MFA, NBA .....	103
Anhang M	Tabelle Zuordnung Patienten-PLZ zu Kategorien Stadt-Mittelstadt-Land .....	106
Anhang N	Fallvignetten zu Angehörigeninterviews Pilotphase .....	108

**Häufig verwendete Abkürzungen und Bezeichnungen:**

NBA: Niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI

MFA: Medizinische Fachangestellte

N: Stichprobenumfang



## 1. Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt den Verlauf und die Ergebnisse einer dreijährigen Praxisforschung im Rahmen des Modellprojektes FIDEM. Ziel des Projektes war es, mittels Schulung und Vernetzung von Hausarztpraxen mit bestehenden Beratungs- und Betreuungsleistungen die Versorgungssituation Demenzkranker und ihrer Angehörigen in der Region Braunschweig (Niedersachsen) zu verbessern. Im Anschluss an eine frühzeitige und fachgerechte Diagnose der Demenz und hausärztlichen Beratung wurde den Patienten und Angehörigen auf der Grundlage ihres individuellen Bedarfs ein Niedrigschwelliges Betreuungsangebot nach § 45b SGB XI (NBA), eine klientenzentrierte Ergotherapie und/oder eine psychosoziale Beratung angeboten. Die anschließende Kontaktaufnahme durch die Beratungs- und Betreuungsangebote erfolgte zugehend.

Der Begleitforschung kam neben der Unterstützung bei der Projektplanung- und umsetzung die Aufgabe zu, im Interventionsverlauf relevante Daten zu sammeln und zur Verfügung zu stellen, die für eine Entwicklung des Interventionskonzeptes sowie für die hier vorliegende abschließende Bewertung des Modellprojektes genutzt wurden. Im Rahmen eines Mixed Method Ansatzes wurden qualitative und quantitative Daten auf den Ebenen Hausärzte<sup>1</sup>; medizinische Fachangestellte (MFA), Niedrigschwellige Betreuungsangebote (NBA) und Angehörige von Demenzkranken erhoben. Ferner wurde ein standardisiertes Faxsystem zur Sammlung der Vermittlungsdaten implementiert. Gegenstand der Forschungsmodule waren zum einen die Qualität der Schulungsangebote, die projektbezogenen Aktivitäten in den Arztpraxen und daraus resultierenden Vermittlungsabläufe, durch das Projekt verursachte Veränderungen in den Arztpraxen sowie die subjektiven Bewertungen des Projektgeschehens durch die vier Perspektiven Hausärzte, MFA, NBA und Angehörige.

Im Rahmen des Projektes nahmen 24 Hausarztpraxen, 23 Träger von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, neun Beratungsstellen und acht Ergotherapiepraxen teil. Die Hausärzte unterbreiteten insgesamt 173 von Demenz betroffenen Patienten ein Angebot zur Teilnahme am Projekt. Aus diesen Angeboten resultierten insgesamt 126 Zusagen. In Folge kam es zu 55 Beratungsgesprächen, 32 Inanspruchnahmen von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und 29 Inanspruchnahmen von Ergotherapie. Die Analyse der Häufigkeiten nach den Kategorien

---

<sup>1</sup> Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird sowohl für die männliche wie die weibliche Form die männliche Form verwendet.

Großstadt, Mittelstadt, Kleinstadt, Land ergab, dass es gelungen ist auch die strukturschwächeren Regionen zu berücksichtigen.

Die Analyse erbrachte hohe Zufriedenheitswerte im Hinblick auf den Schulungserfolg bei Ärzten und MFA. Die im Rahmen des Projektes intendierten Veränderungen in den teilnehmenden Arztpraxen sind aus Sicht der Ärzte und MFA in der deutlichen Mehrzahl der Arztpraxen eingetreten: Das Thema Demenz ist präsenter, das erworbene Wissen hat die Abläufe in der Praxis positiv beeinflusst, die demenzbezogene Sensibilität hat zugenommen und die Ärzte geben an, Verdachtsmomente auf Demenz früher zu thematisieren. Ferner hat sich die ärztliche Kommunikation im Rahmen der Demenzdiagnose subjektiv verbessert. Ärzte und MFA sind sich einig, dass die teilnehmenden MFA besser auf die Bedürfnisse der von Demenz Betroffenen eingehen können. Überwiegend wird die Einschätzung vertreten, dass es zu einer Zunahme von Demenztestungen gekommen ist. Ärzte sowie MFA fühlen sich durch das Projekt besser auf die demenzbezogenen Anforderungen im Praxisalltag vorbereitet und entsprechend entlastet. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität der an Demenz erkrankten Patienten wird gesehen. Der Umstand, dass es einigen Arztpraxen nicht gelungen ist dem Projekt Patienten zuzuführen, wirkte sich nachteilig auf die Zufriedenheitswerte der diesen Praxen zugeordneten NBA aus. Bezüglich des Kooperationsaufbaus und der Steuerung des Gesamtprojektes durch das Projektteam sind die Zufriedenheitswerte jedoch bei allen in der Begleitforschung untersuchten Gruppen hoch.

## 2. Vorbemerkung

Dieser Bericht umfasst die wesentlichen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojektes. Er flankiert aus empirischer Sicht den vom FIDEM-Team verfassten Praxisbericht. Beide Berichte wurden in Abstimmung zwischen Projektteam und wissenschaftlicher Begleitforschung verfasst. Inhaltliche Redundanzen zwischen den Berichten wurden nach Möglichkeit vermieden, entstehen jedoch dort, wo es für das Verständnis der Einzelberichte unabdinglich ist. Für ein umfassendes Bild zum Verlauf und zu den Ergebnissen des Projektes FIDEM wird empfohlen, beide Berichte hinzuzuziehen.

Der vorliegende Bericht ist chronologisch entlang der Projektphasen strukturiert.

Auf eine ausführliche Darstellung der vorhandenen Primärdaten wurde zugunsten einer besseren Lesbarkeit und eines überschaubaren Berichtsumfangs verzichtet. Sämtliche Primärdaten sind bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. auf Nachfrage für autorisierte Interessenten einsehbar.

## 3. Hintergrund und methodische Ausrichtung der Forschung

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. wurde mit der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojektes FIDEM beauftragt. Auftraggeber der Begleitforschung war der Projektträger von FIDEM, ambet e.V. Braunschweig. Die Begleitforschung wurde zeitgleich mit dem Projekt über den gesamten Projektzeitraum realisiert.

Die inhaltliche und methodische Ausrichtung und Gestaltung dieser wissenschaftlichen Begleitforschung basiert auf einer Reihe von Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen des FIDEM-Teams. In diesem Rahmen galt es zunächst die Adressaten und den Nutzen der Evaluation herauszuarbeiten. Hier wurde deutlich, dass auf der Ebene der Adressaten primär die Praktiker bereits während des Projektverlaufs von der wissenschaftlichen Begleitung profitieren sollten. Als zentrale Nutzendimension der Begleitforschung wurde die Qualität der Intervention in den Vordergrund gestellt. Ferner sollten weitere Gruppen, unter anderem die Fördermittelgeber, zum Ende des Projektes Auskunft über die wesentlichen Ergebnisse erhalten. Da es sich bei FIDEM um ein Modellvorhaben handelt, sollte es zudem ein Ziel von Projekt und Begleitforschung sein, möglichen Nachnutzern konkretes handlungsleitendes Wissen zur Verfügung zu stellen, welches sie befähigt die erfolgreichen Komponenten der Intervention zu erkennen und zu übertragen. Das im Rahmen von FIDEM umgesetzte Evaluationskonzept sollte dem

Anspruch genügen diesen verschiedenen, teils divergierenden Anforderungen gerecht zu werden und gleichzeitig relevante und für den Erfolg der Intervention bestimmende Fragestellungen zu benennen und einzugrenzen. Eine solche Eingrenzung erschien für die Intervention wie auch wissenschaftliche Begleitung essentiell, da sie vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden begrenzten Ressourcen den Blick auf die entscheidenden Fragen lenkt. Im vorliegenden Fall erfolgte diese Eingrenzung in einem wechselseitigen Aushandlungsprozess von Begleitforschung und Praxis, in dessen Rahmen die Interventionsidee und die zugrunde liegenden Ziele und Maßnahmen genauer ausformuliert und begleitend die entsprechenden Forschungsfragen und Methoden ausgewählt bzw. entwickelt wurden.

Zu Beginn der Zusammenarbeit von Projektteam und wissenschaftlicher Begleitforschung wurde eine Reihe von Kriterien festgelegt, die grundlegend für die methodologische und methodische Ausrichtung der wissenschaftlichen Begleitforschung waren:

- Im Rahmen der Begleitforschung soll eine gleichberechtigte Zusammenarbeit von Praktiker und Forscher möglich sein
- Die Begleitforschung soll angemessen flexibel auf Änderungen reagieren können, wie sie in Modellprojekten häufig auftreten
- Die Begleitforschung soll den Praktikern bereits im Projektverlauf relevante Rückmeldung geben um entsprechende (Nach-)Steuerungen zu ermöglichen
- Sie soll hinsichtlich der Auswahl der Methoden offen sein, um eine adäquate Erfassung des Forschungsgegenstandes zu ermöglichen (sog. „Gegenstandsbezogenheit“)
- Sie soll eine Eingrenzung und genaue Betrachtung der wesentlichen Fragestellungen ermöglichen, ohne den Blick für die Kontextbedingungen völlig aufzugeben
- Sie soll Unterstützung bei der Entwicklung, Präzisierung und Anwendung der Interventionsidee (des „Modells“) bzw. bei der Identifikation der zugrunde liegenden Erfolgsfaktoren bieten.

Diese Anforderungen an die Begleitforschung von FIDEM haben eine methodische Ausrichtung als so genannte „Praxisforschung“ nahe gelegt. Dieser Ansatz soll im Folgenden näher erläutert werden:

„Praxisforschung“ umfasst ein methodisches Konzept, welches in der Tradition der Aktions- bzw. Handlungsforschung von Kurt Lewin (Lewin, 1946) steht, sich aber auch von ihr abgrenzt. Kennzeichnend ist, dass sie an der Schnittstelle von Wissenschafts- und Praxissystem angesiedelt ist und darauf abzielt gegenseitige Anschlüsse zu finden und fruchtbar zu machen

(Moser, 1995). Im Gegensatz zur Aktions- bzw. Handlungsforschung, die stark auf eine Änderung der gesellschaftlichen Verhältnisse abzielt, ist die Praxisforschung in ihren Zielen jedoch pragmatischer und weniger politisch motiviert (von Unger u. a., 2007).

Maja Heiner definiert Praxisforschung als „Untersuchungen der Praxis beruflichen Handelns, die in enger Kooperation mit den Fachkräften erfolgen“ (Heiner, 1988). Praxisforschung zielt darauf ab Projekte zu befähigen, in einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen Praktikern und Wissenschaft kontinuierlich relevante Daten über die eigene Arbeit zu erheben und als Grundlage für die ständige Verbesserung der geleisteten Maßnahmen einzusetzen. Praxisforschung ist hinsichtlich ihrer Ziele und Methoden in unmittelbarer Nähe zur ‚entwicklungsorientierten Evaluation‘<sup>2</sup> (Övretveit, 2002) und zur ‚partizipativen Qualitätsentwicklung‘ (Wright, 2006) zu sehen.

Ein derartiges Vorgehen hat Folgen: „Der Forschungsgegenstand wird einerseits komplexer, weil die Untersuchung des Bedingungsgefüges, in dem die untersuchten Ergebnisse zu sehen sind, ausgeweitet wird. Andererseits wird die Untersuchung stärker auf zentrale Aspekte der Intervention oder exemplarische Ausschnitte eingeeengt, deren Relevanz die kooperierenden Forscher und Praktiker aufgrund ihrer extensiven Orts- und Fachkenntnisse gezielt als exemplarisch auswählen. Die Anwendungsbezogenheit nimmt zu, die Übertragbarkeit ab“ (Heiner, 1988)

Dies beschreibt ein generelles Spannungsverhältnis von wissenschaftlichen Begleitforschungen (von Modellprojekten), welche: „(...) sich entweder auf die Spezifität ihres Gegenstandes einlassen und dann zu entsprechend differenzierten Einzelfallanalysen kommen oder dem Gegenstand quasiexperimentelle Bedingungen überstülpen, die in der Regel so allgemein sind, dass sie sich die Frage gefallen lassen müssen, ob sie den Gegenstand überhaupt noch adäquat erfassen“ (Häußler 1988, zitiert nach Knesebeck u. a., 2002).

Im Gegensatz zur Aktions- und Handlungsforschung der 70er Jahre, die sich im Spektrum der qualitativen Forschung einordnen lässt, kann die Praxisforschung als ein eklektischer Forschungsrahmen betrachtet werden, in dem nicht ausschließlich qualitative sondern auch quantitative Methoden zum Einsatz gelangen können. Eine Praxisforschung bietet somit ausreichend Ansatzpunkte für eine gegenstandsbezogene, multimethodische Herangehensweise, mit der sich das oben angesprochene Spannungsverhältnis ansatzweise überwinden lässt.

---

<sup>2</sup> Dies wird auch als formative Evaluation bezeichnet

Weiter kennzeichnend ist, dass Praxisforschung im Unterschied zu den stärker verbreiteten experimentellen Forschungsdesigns, die auf der Annahme einer Trennung von Forscher und Forschungsobjekt basieren, den Praktikern mehr Gelegenheit bietet sich aktiv in allen Phasen des Forschungsprozesses einzubringen. Umgekehrt ist es dem Forscher erlaubt im Prozessverlauf strukturierend auf den Untersuchungsgegenstand einzuwirken.

Vor dem Hintergrund der zu Beginn dieses Abschnitts aufgeführten Kriterien wurde das Konzept ‚Praxisforschung‘ als methodischer Handlungs- und Forschungsrahmen für das Modellprojekt FIDEM gewählt.

## **4. Planungsphase**

Im Rahmen der Planung des Modellprojektes FIDEM wurde das Projekt in eine Planungs-, Pilotphase und eine Verbreitungsphase unterteilt. Die zeitliche Abfolge dieser Phasen sind dem Zeitplan zu entnehmen (Anhang A).

Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Bausteine der Planungsphase dargestellt. Diese umfassten die Analyse des einschlägigen Forschungsstandes, die Entwicklung eines interventionsbezogenen Wirkungsmodells, eine Ziel- und Maßnahmeplanung und eines Zeitplans.

### **4.1 Literaturanalyse**

Im Rahmen der Literaturanalyse wurde nach wissenschaftlichen Veröffentlichungen recherchiert, die den Umgang, insbesondere die frühzeitige Diagnose und Therapie von Demenz in der Hausarztpraxis, sowie verschiedene Hilfeangebote und deren Inanspruchnahme an der Schnittstelle Arztpraxis im deutschsprachigen Raum thematisieren. Die Recherche erfolgte unter Verwendung einschlägiger Literaturdatenbanken (Psychinfo, Medline und weitere). Die Ergebnisse wurden systematisiert und zusammengefasst. Die relevanten Ergebnisse wurden dem Praxisteam frühzeitig zur Verfügung gestellt und im Hinblick auf ihre Relevanz für die Konzeptentwicklung von FIDEM diskutiert. Die inhaltliche Zusammenfassung des einschlägigen Forschungsstandes befindet sich im FIDEM-Praxisbericht.

### **4.2 FIDEM-Wirkungsmodell**

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem FIDEM-Team wurde ein Wirkungsmodell entwickelt. Ein solches Modell macht auf einer abstrakten Ebene Aussagen über die im Rahmen der

Intervention geplanten Maßnahmen sowie die zu erwartenden Wirkungswege und intendierten Ergebnisse.

Wirkungsmodelle sind vor allem in der Phase der Interventionsplanung hilfreich, da sie das vorhandene implizite Wissen der Praktiker über die zugrunde liegenden Wirkungszusammenhänge erschließen und sichtbar machen.

Auf der Grundlage dieses explizit gemachten Wissens werden differenzierte Aussagen zur Intervention möglich, die wiederum eine wichtige Voraussetzung für die Planung der Evaluation bieten. Ferner liefern Wirksamkeitsmodelle Anhaltspunkte für eine differenzierte Ziel-, Maßnahme- und Meilensteinplanung. Im vorliegenden Fall diene dieses Vorgehen neben der Zieldefinition auch der Eingrenzung der im Rahmen der Begleitforschung näher zu untersuchenden Indikatoren.

Das unten stehende Wirkungsmodell (siehe Abbildung 1) zeigt grafisch neben den wichtigsten Maßnahmen (erste Spalte) die unmittelbaren und mittelbaren Wirkungen auf zwei Ebenen: Zum einen auf der Ebene des Versorgungssystem (zweite Spalte) und des Weiteren auf der Ebene der Patienten und Angehörigen (dritte Spalte).

Die Maßnahmen und theoretischen Annahmen zu den daraus resultierenden Wirkungen im Rahmen von FIDEM stellen sich folgendermaßen dar:

### **Maßnahmen**

Teilnehmende Hausärzte und MFA werden in den Bereichen der Früherkennung, der leitliniengerechten Diagnose und der medikamentösen und nichtmedikamentöse Behandlung von demenzverdächtigen bzw. an Demenz erkrankten Patienten geschult. Ferner enthalten die Schulungen neben weiteren Themen noch Inhalte zur Gesprächsführung im Rahmen der Diagnosestellung und Informationen zu Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung (für eine ausführlichere Darstellung der Inhalte siehe Praxisbericht).

Mittels eines koordinierten Netzwerkaufbaus werden regionale Netzwerke aus Hausarztpraxen, Beratungsstellen, Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und qualifizierten Ergotherapiepraxen gebildet. Diese Netzwerke decken die im Vorfeld definierten Regionen des Modellprojektes FIDEM (siehe Abbildung 2) möglichst flächendeckend ab.

Für den reibungslosen Ablauf der Kooperation werden entsprechende Kommunikationsinstrumente und Hilfsmittel entwickelt.



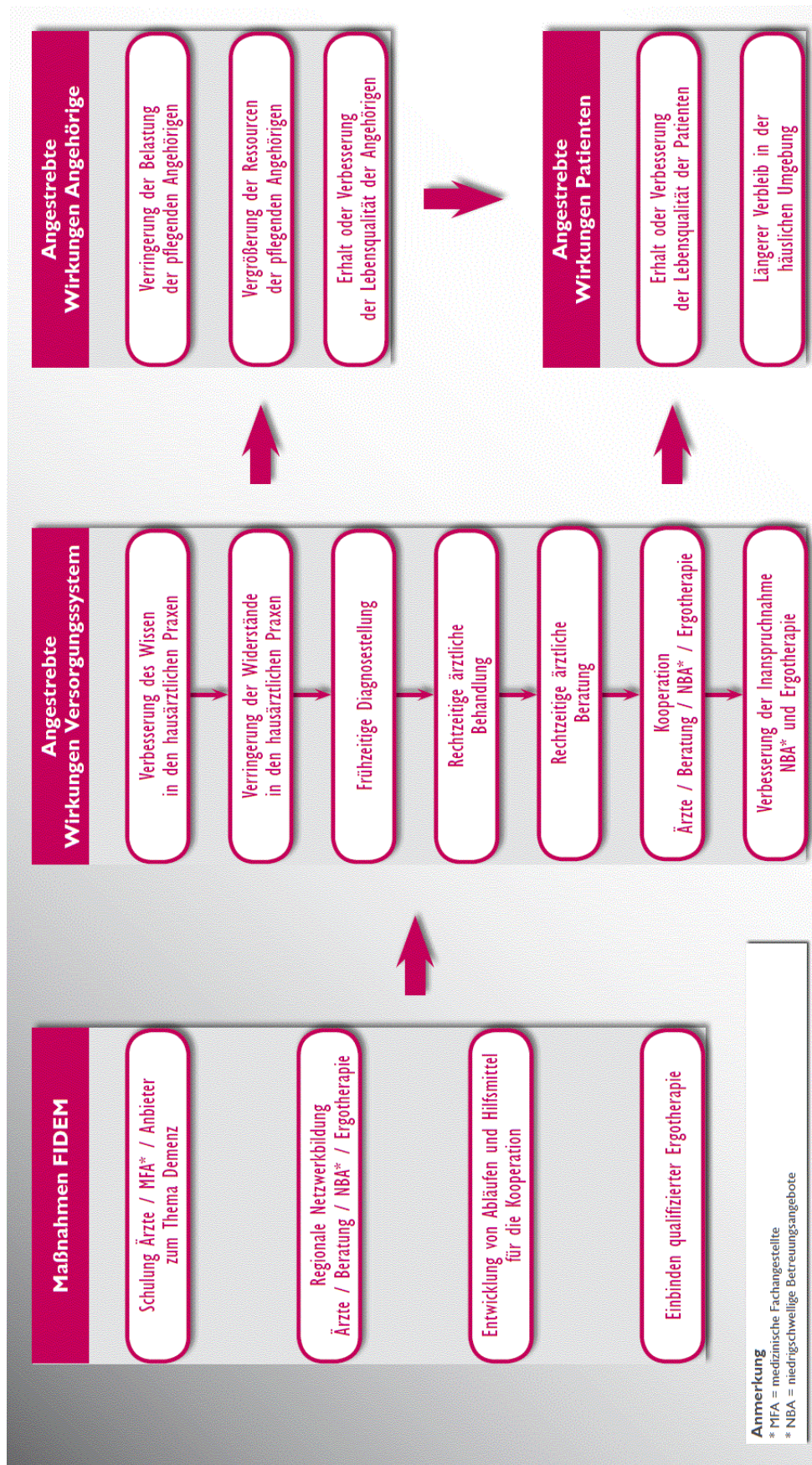


Abbildung 1: Wirkungsmodell FIDEM



### **Intendierte Wirkungen im Versorgungssystem**

Bei Ärzten und MFA kommt es aufgrund der Schulungen zu einem themenbezogenen Wissenszuwachs (Vollmar u. a., 2007b, 2007a). Ferner nimmt die demenzspezifische Sensibilität zu sowie die aus der Literatur bekannten psychologischen Barrieren im Zusammenhang mit der Diagnose von Demenz in Hausarztpraxen (Mann, 2007; Pentzek u. a., 2005; Kaduskiewicz u. a., 2009) werden reduziert. Dies führt zu einer vermehrten, frühzeitigeren und fachlich fundierteren Diagnose der Demenz sowie zu einer zeitnahen ärztlichen Beratung und Behandlung in den teilnehmenden Hausarztpraxen. Innerhalb der gebildeten Netzwerke werden die von Demenz betroffenen Menschen, ausgehend von deren individuellem Bedarf, an Beratungsstellen, Niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie an das Projekt angeschlossene Ergotherapiepraxen vermittelt. Die Vermittlung erfolgt zugehend: Auf der Grundlage der in der Arztpraxis gegebenen Einverständnis zur Teilnahme am Modellprojekt nehmen die Beratungs- und Betreuungsangebote mit den Betroffenen ihrerseits Kontakt auf. Dies führt insgesamt zu einer vermehrten Inanspruchnahme dieser Leistungsarten.

### **Intendierte Wirkungen auf Angehörige und Patienten**

Die Diagnose ermöglicht den Betroffenen, ihre Lebensplanung besser auf die durch die Erkrankung entstehenden zukünftigen Belastungen auszurichten. Die Inanspruchnahme professioneller Hilfen erfolgt idealerweise zu einem Zeitpunkt, an dem noch kein ausgeprägter Hilfebedarf besteht. Das führt wiederum dazu, dass die Betroffenen mit fortschreitender Krankheit mit weniger pflegebedingten Belastungen konfrontiert werden bzw. diese besser kompensieren können (Gräbel, 1998). Gleichzeitig führen die Maßnahmen zu einem Erhalt oder sogar Aufbau von Ressourcen. Das krankheitstypische hohe Niveau pflegebedingter Belastungen und Beschwerden wird nicht erreicht oder reduziert, was sich direkt auf die Lebensqualität der Erkrankten und Angehörigen auswirkt (ebd.). Dabei stehen die Lebensqualität der Erkrankten und Angehörigen in einem engen wechselseitigen Verhältnis. Die Effekte stabilisieren die häusliche Situation und erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines längeren Verbleibs des Erkrankten in der häuslichen Umgebung.



**Abbildung 2: Regionen des Modellprojektes FIDEM**

Aus forschungspraktischen Gründen erfolgte die Untersuchung der Wirkungen von FIDEM primär auf der Ebene des Versorgungssystems (zweite Spalte Abbildung 1). Die Wirkungen auf der Ebene Patient und Angehörige (dritte Spalte) werden letztlich maßgeblich durch die Qualität der vermittelten Versorgungsleistungen NBA und Ergotherapie beeinflusst. Hierbei handelt es sich jedoch eigenständige Interventionen, welche nicht im unmittelbaren Einflussbereich des Modellprojektes FIDEM liegen. Aus diesem Grund wurden diese Indikatoren von der Evaluation ausgenommen. Stattdessen wurden die Wirkungen der Intervention auf der Ebene des Versorgungssystems in den Forschungsfokus gestellt.

### **4.3 Ziel-, Maßnahme- und Zeitplanung**

Das Wirkungsmodell diente als Ausgangspunkt für die weitere Interventionsplanung. Davon ausgehend wurden die Zielebenen und Interventionsziele des Modelprojektes FIDEM genauer beschrieben und zur Zielerreichung geeignete Maßnahmen definiert. Diese boten wiederum Möglichkeiten das Erkenntnisinteresse von Forschung und Praxis einzugrenzen und mögliche Methoden zu dessen Beantwortung herauszuarbeiten. Die differenzierte Zielplanung zum Projekt FIDEM ist in tabellarischer Form aufbereitet worden und dem Praxisbericht zu entnehmen.

Ziel- und Maßnahmeplanung waren wiederum Ausgangspunkte für die Zeitplanung, in deren Rahmen das Projekt FIDEM in die oben bereits angesprochenen einzelnen Projektphasen unterteilt wurde. Interventions- und Forschungsmodule wurden inhaltlich und zeitlich auf einander abgestimmt und mit Meilensteinen versehen. Der Zeitplan ist dem Anhang A dieses Berichts zu entnehmen.

### **4.4 Beratung und Begleitung des Praxisteam**

Bestandteil der wissenschaftlichen Begleitung war ein bedarfs- und prozessorientierter Dialog mit dem Projektteam über die gesamte Dauer des Projektverlaufs. Dieser beinhaltete regelmäßige Teilnahmen an den Teamtreffen des Projektes. Neben den zentralen Fragen des Interventionsentwurfs und der Interventionsplanung sowie der Entwicklung der Projektinstrumente beinhaltete dieser Dialog den Bereich des Projektmanagements, der Gestaltung und Strukturierung des Projektes sowie inhaltliche Unterstützung bei entscheidungsrelevanten Fragen zum Projektverlauf. Den Rahmen für den Austausch bildeten gemeinsame Teamsitzungen, die ca. ein- bis zweimal pro Monat stattfanden.

## **5. Pilotphase**

### **5.1 Beschreibung der Pilotphase**

Die Pilotphase verfolgte den Zweck iterativ das in der Planungsphase skizzierte Modell und alle benachbarten Module der Patientenvermittlung vom Hausarzt zu Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und korrespondierenden Hilfen wie der Ergotherapie zu erproben und relevante Informationen für die genaue Gestaltung der umfangreicheren Verbreitungsphase zu liefern. Der Begleitforschung kam dabei u.a. die Rolle zu, gemeinsam mit dem Praxisteam die

hierfür notwendigen Instrumente zu entwickeln, entsprechende Daten zu sammeln, auszuwerten und zeitnah im Projektverlauf dem Praxisteam zur Verfügung zu stellen. Die Ergebnisse flossen im Rahmen der regelmäßigen gemeinsamen Teamsitzungen direkt in die formative Anpassung des Interventionsmodells ein.

### **5.1.1 Patientenvermittlung in der Pilotphase**

Ausgangspunkt der Planung der genauen Abläufe war die gemeinsame prozesshafte Entwicklung eines Patientenpfades, der die beteiligten Stationen der Patienten in der Form eines Ablaufdiagramms darstellte. Anhand dieses Ablaufdiagramms wurde grafisch der Weg des Patienten bzw. Angehörigen von der Arztpraxis zu den im Projekt FIDEM vorgesehenen zugehenden Hilfeangeboten wie Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Ergotherapie und Beratung aufgezeigt. Das Ablaufschema diente der erstmaligen Definition der zentralen Prozessabläufe und darüber hinaus als Hilfsmittel für die Projektmitarbeiter, um die Projektbeteiligten im Hinblick auf das konkrete Vorgehen zu informieren sowie FIDEM nach außen darzustellen. Die Entwicklung des Patientenpfades durchlief mehrere Stadien. Das Ergebnis zum Ende der Pilotphase ist dem Anhang A dieses Berichts zu entnehmen.

### **5.1.2 Standardisiertes Faxsystem**

Aufbauend auf dem entwickelten Ablaufdiagramm wurde in der Planungsphase in Zusammenarbeit mit dem FIDEM-Projektteam analysiert, welche Informationen für eine reibungslose Kommunikation von der Arztpraxis an die zugehenden Hilfeangebote weitergegeben werden müssen. Ausgehend von den Ergebnissen wurde ein mehrstufiges Formularsystem entwickelt, welches als Träger dieser Informationen diente und eine möglichst zeitökonomische Kommunikation zwischen Arztpraxis, NBA, Beratung und Ergotherapie ermöglichen sollte. Das System sollte gut in den ärztlichen Praxisalltag zu integrieren sein und möglichst wenig Zeit von Arzt und MFA in Anspruch nehmen. Vor diesem Hintergrund wurde die in Arztpraxen gängige Kommunikationsmethode ‚Fax‘ gewählt. In der Pilotphase wurden für die jeweiligen Kommunikationswege zwischen Arzt, Beratung, NBA und Ergotherapie insgesamt vier Faxformulare geschaffen. Diese Faxformulare erfüllten für die Begleitforschung gleichzeitig die Funktion von Erhebungsinstrumenten. Sie lieferten die notwendigen Informationen für die genauere Dokumentation der im Rahmen der FIDEM-Pilotphase aufgetretenen Aktivitäten. Die Formulare sind im Anhang E dieses Berichts einsehbar. Um die für die Weitergabe der Patientendaten notwendigen juristischen Voraussetzung zu schaffen, wurde ferner ein Formular entwickelt, welches eine Einverständniserklärung in die Projektteilnahme (Anhang J) sowie eine Schweigepflichtentbindung (Anhang K) umfasste.

## 5.2 Methodisches Vorgehen in der Pilotphase

Im Folgenden werden die einzelnen methodischen Module der Pilotphase vorgestellt. Die Darstellung erfolgt in der Reihenfolge ihrer Umsetzung.

### 5.2.1 Ermittlung der Ausgangssituation in den Arztpraxen

Zum demenzbezogenen Kenntnisstand, ärztlichen Einstellungen zur Demenz, fördernden und hemmenden Faktoren bezüglich der frühzeitigen Diagnose und Weiterleitung in das demenzbezogene Hilfesystem bei Hausärzten existierte bereits Vorwissen in Form von verschiedenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen<sup>3</sup> (inhaltliche Zusammenfassung im Praxisbericht).

Vor dem Hintergrund dieses Kenntnisstandes wurden das Wissen und die im Praxisalltag bestehenden Verfahrensweisen zu Demenz bei den an der Pilotphase teilnehmenden Ärzten untersucht. Diese Informationen sollten bereits zu einem frühen Zeitpunkt für die weitere Konzeption der Maßnahme, insbesondere der inhaltlichen Gestaltung der Schulungen in der Pilotphase, zur Verfügung stehen. Gleichzeitig diente diese Erhebung als qualitative Ist-Analyse der Praxen vor der Intervention.. Es bot sich ein Erhebungsverfahren an, welches relativ geringen zeitlichen Aufwand bei der Datenerhebung und Auswertung beansprucht und gleichzeitig eine gewisse Offenheit bei der Themensetzung durch die befragten Personen gewährleistet. Aus diesem Grund wurden qualitative Leitfadeninterviews mit den teilnehmenden Ärzten durchgeführt, welche sich in ihren Grundzügen an der Erhebungsmethode des problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000) orientierten. Hierzu wurde zunächst in Zusammenarbeit mit dem FIDEM-Team ein Leitfaden entwickelt (Anhang F). Sämtliche Interviews wurden persönlich mit den an der Pilotphase beteiligten Ärzten in deren Praxen umgesetzt und aufgezeichnet. Im Anschluss erfolgte eine vollständige Transkription des Materials, welches inhaltsanalytisch mit Hilfe der Software MAXQDA und unter Anwendung eines Kategoriensystems ausgewertet wurde. Dieses Kategoriensystem wurde im Verlauf der Inhaltsanalyse induktiv durch weitere relevante Kategorien ergänzt (Schreier, 2012). Die Umsetzung der Interviews wurde durch das FIDEM-Team unterstützt und diente gleichzeitig zum Kontaktaufbau und der thematischen Sensibilisierung der teilnehmenden Ärzte. Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes und die an die Datenerhebung anschließende inhaltsanalytische Auswertung erfolgten durch die wissenschaftliche Begleitung.

---

<sup>3</sup> (Riedel-Heller u. a., 2000; Mann, 2007; Donath u. a., 2008; Haupt u. a., 2004; Pentzek u. a., 2005; Lämmle u. a., 2007; Kaduszkiewicz u. a., 2007; Melchinger, Machleidt, 2005; Schubert u. a., 2007; Kaduszkiewicz u. a., 2009; von Lützu-Hohlbein, 2004; Initiative Demenzvorsorge in der Allgemeinmedizin, 2010; Pentzek u. a., 2005)

### **5.2.2 Bewertung der Schulungen durch Hausärzte und medizinische Fachangestellte**

Zur Evaluation von Ärzteschulungen, die ebenfalls auf eine verbesserte Diagnose von Demenz und eine effizientere Überleitung zu demenzbezogenen Hilfen abzielen, existierte bereits eine ähnliche Evaluation im Rahmen des IDA-Projektes<sup>4</sup>, an die methodisch angeknüpft werden konnte (Vollmar u. a., 2007c). Auf die Erfassung des durch die Schulungen erreichten Wissenszuwachses mittels eines Multiple-Choice-Fragebogens wurde verzichtet. Grundlage hierfür war hier die Einschätzung, dass ein Wissenstest bei den teilnehmenden Ärzten die Schulungssituation ungünstig verändert.

Es wurden mittels Aussageitems auf einer 5-Stufigen Ratingskala eine subjektive Einschätzung unterschiedlicher Dimensionen der Schulungsqualität durch die teilnehmenden Ärzte und MFA erhoben. Ferner wurde erhoben, welche der vermittelten Schulungsbestandteile nach Einschätzung der Teilnehmer eher neu oder schon bereits bekannt waren.

### **5.2.3 Bewertung Pilotphase durch Hausärzte**

Unmittelbar nach Abschluss der Pilotphase erfolgte eine erneute persönliche Befragung der teilnehmenden Ärzte mittels qualitativer Leitfadeninterviews. Diese Befragung hatte zur Aufgabe Veränderungen im Umgang mit an Demenz erkrankten Patienten bzw. deren Angehörigen im Kontext von Diagnose, Therapie und Vermittlung zu erheben sowie eine Bewertung der durch das FIDEM -Projekt implementierten Verfahrensweisen und mögliche weitere Verbesserungspotenziale. Erhebungstechnik sowie Datenauswertung erfolgten analog zur Vorbefragung. Das Erhebungsinstrument wurde im Hinblick auf die erfolgte Intervention marginal angepasst (siehe Anhang F). Die Ergebnisse dieser Befragung wurden wie in der Vorbefragung inhaltsanalytisch mittels eines Kategoriensystems erschlossen und auf Arzzebene mit den Vorergebnissen kontrastiert.

### **5.2.4 Bewertung der Vermittlungsprozesse im Rahmen von FIDEM durch Angehörige**

Sechs Monate nach dem Ende der Pilotphase erfolgte eine Befragung teilnehmender pflegender Angehöriger mittels telefonischer qualitativer Leitfadeninterviews. Im Rahmen dieser Interviews wurde die Wahrnehmung des Geschehens in der Arztpraxis im Zuge und im Anschluss an die Diagnose Demenz sowie der daraus resultierenden Hilfeangebote und Hilfekonstellationen aus der Sicht der Angehörigen erfasst. Neben einer Bewertung der ärztlichen Vermittlung waren auch Beweggründe von Interesse, die zur Ablehnung von Hilfeangeboten geführt hatten. Das entsprechende Erhebungsinstrument befindet sich im Anhang G.

---

<sup>4</sup> IDA= Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin

Die Interviews wurden vollständig transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels der Erstellung von ‚Fallvignetten‘, welche die wesentlichen Informationen der Angehörigeninterviews tabellarisch zusammenfassen und so einen systematischen Überblick über die Einzelfälle erlauben. In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Fallvignetten inhaltsanalytisch ausgewertet und ein quantitativer Überblick zu den vergebenen Kategorien erstellt.

### 5.3 Ergebnisse der Pilotphase

#### 5.3.1 Bewertungen der Schulungen durch Hausärzte und Medizinische Fachangestellte

Die Bewertungen der Schulungen der Pilotphase durch die Ärzte und MFA's sollen hier beispielhaft anhand von zwei der insgesamt 16 erfassten Items dargestellt werden. Diese zwei Items wurden ausgewählt, weil sie die wesentlichen Wirkungsdimensionen der Schulungen erfassten. Dies waren zum einen die subjektive Wahrnehmung des Lernerfolges sowie die Einschätzung, inwiefern sich die erworbenen Inhalte auf das berufliche Handeln auswirken werden.

Die Ärzte und MFA's wurden gebeten, sich in einem standardisierten Fragebogen zu den Aussagen **„Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt“** und **„Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen“** zuzuordnen. Als Antwortformat war eine fünfstufige Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“ vorgegeben. Die beiden unten abgebildeten Tabellen (Tabelle 1 und Tabelle 2) fassen jeweils die prozentualen Anteile der positivsten und zweitpositivsten Antworten für die Ärzte und MFA's zusammen.

Die Ergebnisse beziehen sich auf alle drei Schulungsmodule.<sup>5</sup> Insgesamt lässt sich sagen, dass die Schulungen von den Ärzten wie auch MFA's überwiegend gut oder sehr gut beurteilt wurden. Bemerkenswert ist, dass bei den Ärzten die Einschätzung hinsichtlich des Lernerfolgs über die Module etwas abnimmt, gleichzeitig die Einschätzung hinsichtlich des praktischen Impacts der Inhalte jedoch ansteigt. Eine Ursache könnte jedoch sein, dass am Anfang eher ‚harte‘ Inhalte wie Diagnose und Therapie vermittelt wurden, wohingegen im dritten Modul unter anderem eher ‚weiche‘ Inhalte wie Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient im Rahmen der Diagnosestellung im Vordergrund standen. Während die Vermittlung medizinischen Wissens wahrscheinlich eher als konkreter Lernerfolg gewertet wird, steht bei Themen wie Gesprächsführung vermutlich eher die Planung einer Verhaltensänderung im Hinblick auf die Arzt-Patientenkommunikation im Fokus der Wahrnehmung.

---

<sup>5</sup> Die in Tabelle 1 und 2 dargestellte Anzahl der ausgewerteten Fragebögen (N) ist nicht immer identisch mit der Teilnehmerzahl der Schulungen. Insbesondere im Modul 1 der Ärzte weicht sie ab, da die Erhebung anfangs postalisch erfolgte und einen geringen Rücklauf verzeichnete.

Diese positiven Antworttendenzen bestätigen sich in sämtlichen anderen, hier nicht dargestellten Items.

	Ärzte	N=	MFA	N=
<b>Modul 1</b>	100%	3	94%	17
<b>Modul 2</b>	75%	4	80%	10
<b>Modul 3</b>	71%	7	91%	12
<b>Ø</b>	82%		88%	

**Tabelle 1: Schulungsmodul 1, 2 und 3: Zusammengefasste Anteile „trifft zu“ und „trifft voll zu“ zum Item 7: “Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt” (Fünfstufige Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“)**

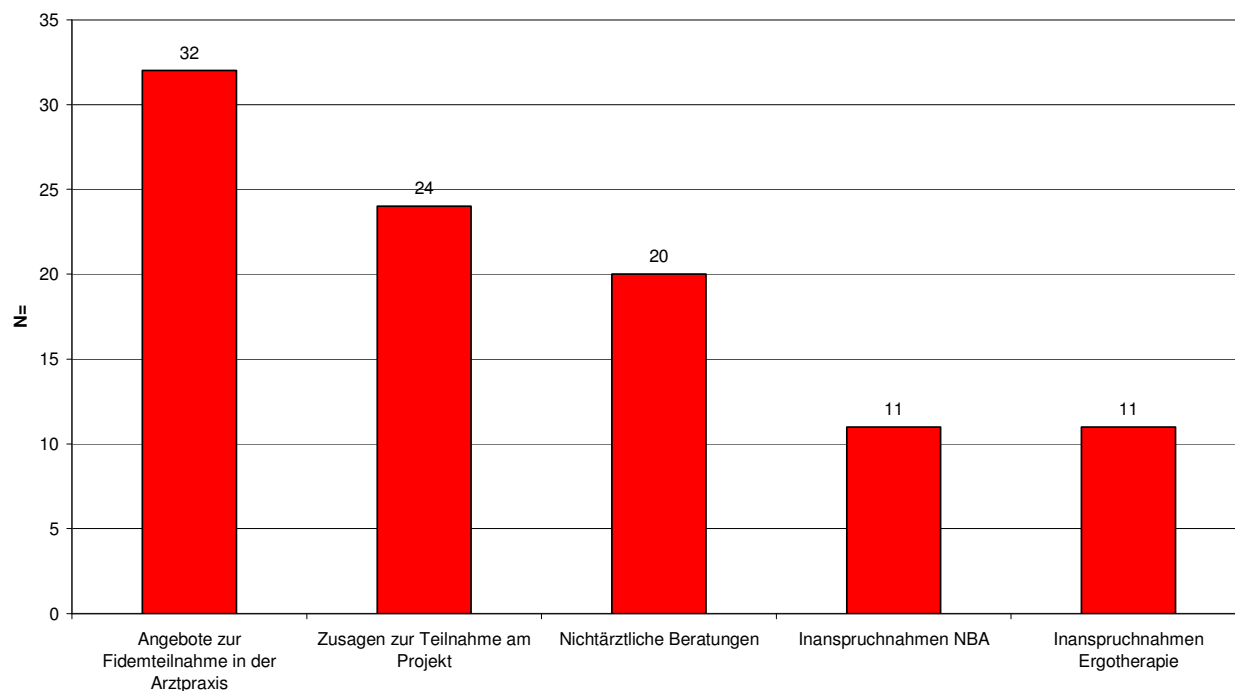
	Ärzte	N	MFA	N
<b>Modul 1</b>	66%	3	76%	17
<b>Modul 2</b>	75%	4	70%	10
<b>Modul 3</b>	86%	7	100%	12
<b>Ø</b>	76%		82%	

**Tabelle 2: Schulungsmodul 1, 2 und 3: Zusammengefasste Anteile „trifft zu“ und „trifft voll zu“ zum Item 9: “Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen” (Fünfstufige Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“)**

### 5.3.2 Häufigkeiten Vermittlungen und Inanspruchnahmen (Pilotphase)

Die Abbildung 3 veranschaulicht die FIDEM-Angebote und resultierenden Vermittlungen im Rahmen der sechsmonatigen Pilotphase im Zeitraum November 2010 bis April 2011. In den linken Balken sind alle Fälle eingegangen, in denen ein FIDEM-Angebot seitens des Arztes unterbreitet und mit einem entsprechenden FIDEM-Fax dokumentiert wurde.





**Abbildung 3: Anzahl Angebote zur Teilnahme und Inanspruchnahmen im Rahmen der FIDEM-Pilotphase (Mehrfachnennungen)**

Aufgrund der 32 ärztlichen FIDEM-Angebote kam es seitens der Patienten und Angehörigen zu 24 Zusagen zur Projektteilnahme. Weiter kam es zu 20 nichtärztlichen Beratungsgesprächen. In zwölf Fällen wurde keine Beratung in Anspruch genommen. Davon lag in acht Fällen kein Einverständnis der Betroffenen zur Teilnahme am Projekt FIDEM vor. In jeweils einem weiteren Fall wurde der Patient an einem anderen Ort weiterversorgt, der Kontakt zur Beratung abgelehnt oder der Patient ist ins Pflegeheim gekommen oder verstorben.

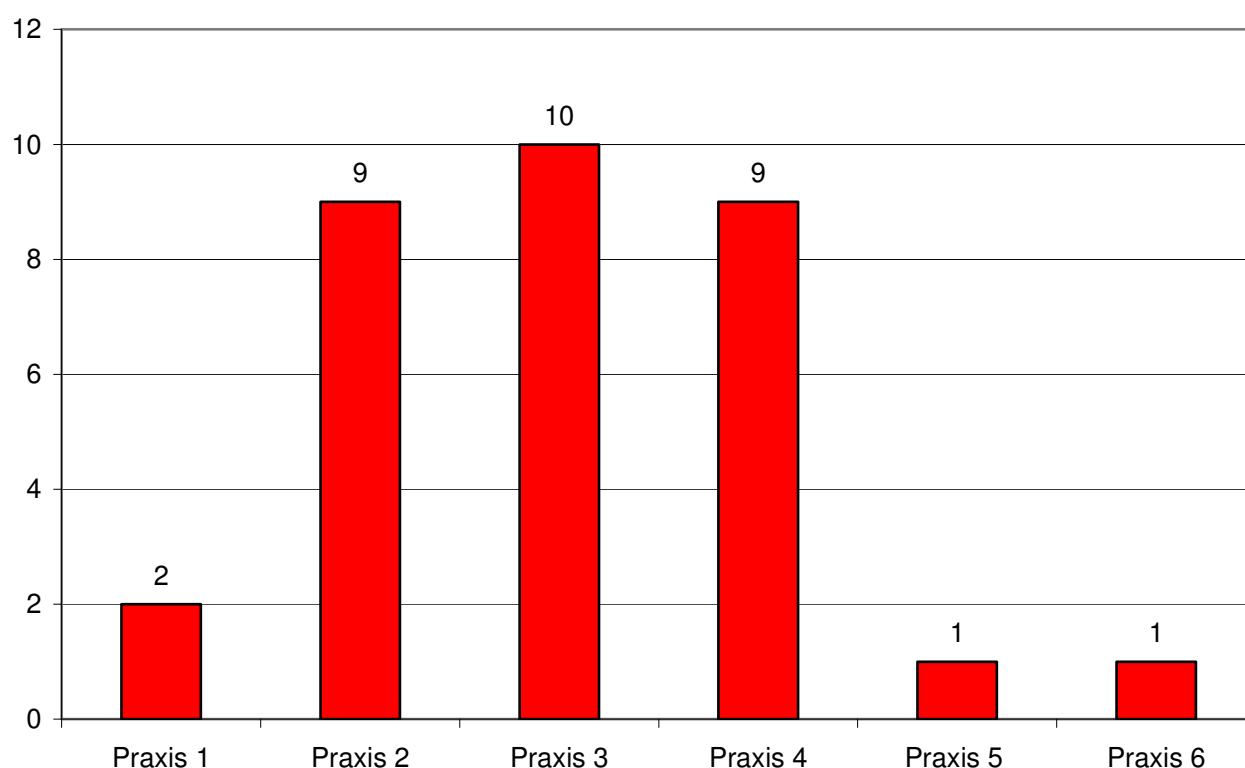
Es kam weiter zu elf Inanspruchnahmen von NBA und zu elf Inanspruchnahmen von Ergotherapie, wovon sieben Fälle bereits auf die im Projekt favorisierte Form der klientenzentrierten Ergotherapie entfielen. Sechs Patienten haben gleichzeitig NBA und Ergotherapie in Anspruch genommen. Es lässt sich zusammenfassen, dass in der Pilotphase im Schnitt jeder zweite Fall, in dem sich die Betroffenen in der Arztpraxis zu einer Teilnahme im Rahmen des Projektes bereiterklärt haben, zu einer Inanspruchnahme von NBA und/oder Ergo geführt hat.

Weiterhin zeigt sich bei einer Analyse der Vermittlungswege, dass Ergotherapie sich für die Betroffenen in vier Fällen über die primäre Funktion hinaus als Zugangsweg zum NBA erwiesen hat.

Die teilnehmenden Ärzte wurden im Vorfeld der Pilotphase gebeten auch die Angebote mit einem Fax zu dokumentieren, in denen das Angebot durch den Patienten oder Angehörigen abgelehnt wurde. Bedauerlicherweise wurden nur aus zwei Praxen Angaben zu den abgelehnten Angeboten geliefert, so dass es eine Dunkelziffer an Ablehnungen gibt und für die Pilotphase keine verlässliche Aussage im Sinne einer Quote von angenommenen zu abgelehnten Angeboten getroffen werden konnte.

### Häufigkeiten von Vermittlungen nach Praxen in der Pilotphase

Anhand der folgenden Abbildung lässt sich erkennen, wie sich die Vermittlungsaktivität auf die einzelnen Hausarztpraxen verteilt hat.



**Abbildung 4: Häufigkeiten Angebote nach Praxen (Pilotphase)**

Während die eine Hälfte der Praxen aktiv FIDEM-Angebote unterbreitet hat, ließ sich bei der anderen Hälfte eine geringere Aktivität verzeichnen. Die Gründe für die geringere Anzahl an Angeboten sind unterschiedlich. Während bei einer Praxis die demografische Situation in der Region (niedriger Altersschnitt) verantwortlich sein könnte, was im Interview auch durch den entsprechenden Arzt so gesehen wurde, schilderte eine andere Praxis im Interview Probleme beim Annehmen des Angebotes durch die Patienten aber auch beim „eigenen Abgeben“. Eine

Praxis hat während der Pilotphase das Projekt verlassen und stand leider nicht mehr für die Nachbefragung zu Verfügung. Der entsprechende Arzt ist nicht mehr in der Praxis tätig. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass es weder durch den Chef der Gemeinschaftspraxis noch durch die dort tätigen MFA's einen klaren Rückhalt im Hinblick auf das Projekt gab, was offenkundig zu Verlusten bei der Kommunikation zwischen dem teilnehmenden Arzt und dem FIDEM-Team geführt hat.

### **5.3.3 Veränderungen demenzbezogene Sensibilität**

Im folgenden Teil werden Ergebnisse aus der qualitativen Vor- und Nachbefragung der Ärzte in der Pilotphase dargestellt. In diesem Rahmen wurde u.a. der Frage nachgegangen, inwiefern sich die demenzbezogene Sensibilität der Ärzte verändert hat. Unter diesem Aspekt gaben vier der fünf befragten Ärzte an, dass ihr Blick auf ihre Patienten aufmerksamer geworden sei. Ein Arzt gab an, bereits vor der Pilotphase sehr wachsam im Hinblick auf erste Anzeichen gewesen zu sein.

Auf die Frage, ob sich der Zeitpunkt der Thematisierung verändert habe, antworteten zwei Ärzte, dass sie davon ausgehen ihren Verdacht nun frühzeitiger zu thematisieren. Drei Ärzte gaben an, der Zeitpunkt habe sich nicht verändert, er sei bereits vor der Intervention frühzeitig gewesen.

Ferner wurde gefragt, inwiefern das eigene Vorgehen im Rahmen der Arzt-Patientenkommunikation als verändert eingeschätzt wird: hier gaben drei Ärzte an, ihre Gesprächsführung geändert zu haben und sensibler vorzugehen. Weiterhin schilderten zwei Ärzte einen geduldigeren und entspannteren Umgang mit den betroffenen Patienten. Ein Arzt konnte bei sich in diesen Bereichen keine Veränderungen feststellen.

Im Rahmen der Faxdokumentation wurde unter anderem erhoben, welches die Quellen für die Verdachtsmomente im hausärztlichen Praxisalltag waren (siehe Abbildung 5). Während in knapp der Hälfte der Fälle die Angehörigen die ersten Hinweise gegeben hatten, waren in einem Drittel der Fälle Beobachtungen in der Hausarztpraxis der Anlass für eine genauere Untersuchung. Zu einem erwartungsgemäß geringeren Anteil waren die Verdachtsmomente aufgrund von Hinweisen des Patienten entstanden.

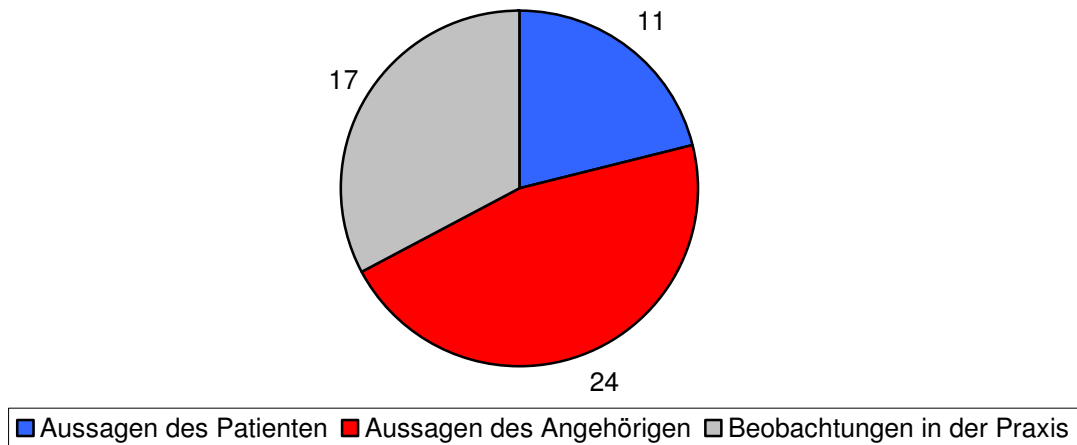


Abbildung 5: Quellen erster Verdachtsmomente (N=32, Mehrfachnennungen)

#### 5.3.4 Weitere Ergebnisse aus der Pilotphase

Der folgende Abschnitt fasst weitere Veränderungen zusammen, die aufgrund der Daten aus dem FIDEM-Faxsystem und der qualitativen Vor- und Nachbefragung der Hausärzte sichtbar wurden.

##### Veränderungen bei den medizinischen Fachangestellten

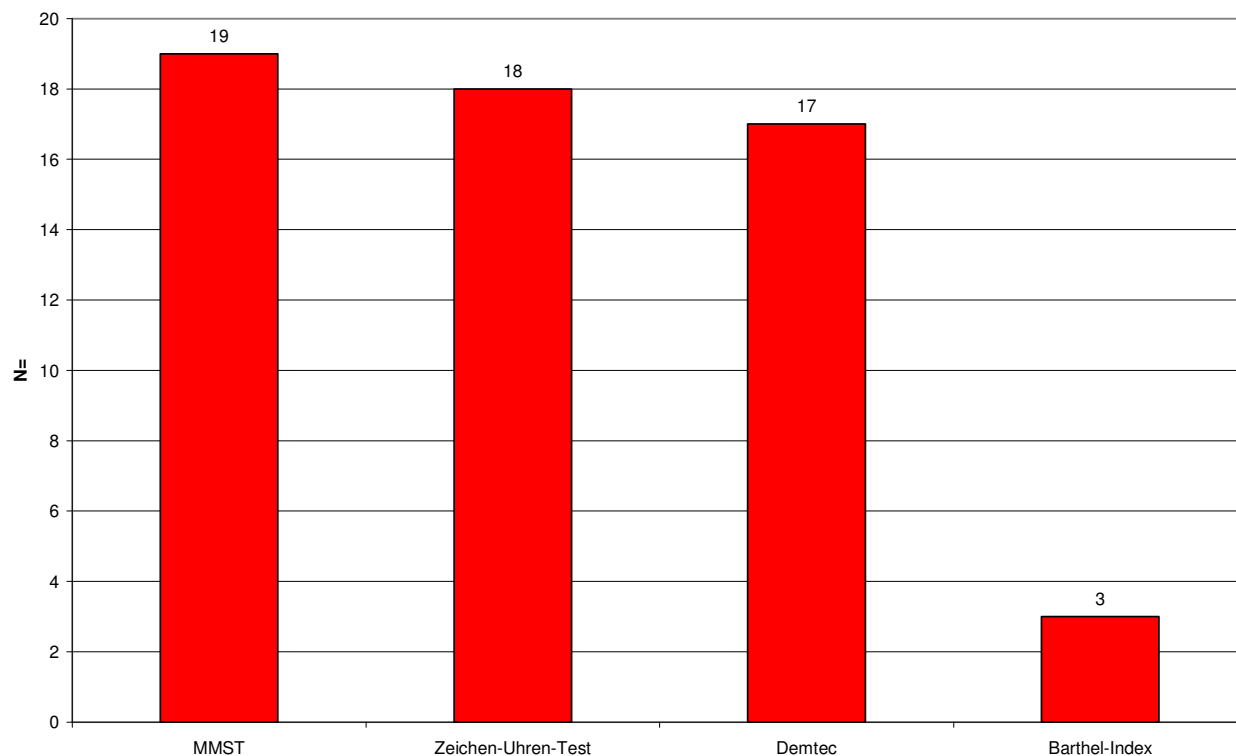
Die Ärzte wurden gefragt, welche Veränderungen sie auf der Ebene der in ihren Praxen tätigen medizinischen Fachangestellten sehen. Vier der befragten Ärzte schilderten hier positive Veränderungen. Zum einen seien

- die MFA aufmerksamer geworden und gäben nun gezielte Hinweise an den Arzt
- sie würden verstärkt die Testungen der Patienten übernehmen und seien dabei sicherer
- sie hätten ihre Arbeitsabläufe umstrukturiert und optimiert
- und sie würden eine größere Geduld und sensiblerer Umgang mit demenzverdächtigen Patienten an den Tag legen

Ein Arzt gab an, bei seinen MFA's keine Veränderungen bemerkt zu haben.

### Durchführung von Demenztests

Mittels der FIDEM-Faxformulare wurden die durchgeführten Testformen erhoben. Folgender Abbildung sind die entsprechenden Häufigkeiten zu entnehmen.



**Abbildung 6: In den Hausarztpraxen durchgeführte demenzbezogene Testverfahren (N=24, Mehrfachnennungen)**

In der freien Antwortkategorie ‚Sonstige‘ wurden sieben Mal bildgebende Verfahren wie CT und MRT genannt.

Weiter wurde, insofern ein MMST (Mini-Mental Status Test) durchgeführt wurde, der ermittelte Punktwerte erhoben. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechende statistische Zusammenfassung der übermittelten Werte.

Mittelwert MMST	21,59
Standabweichung	3,31
Min.	16
Max.	28

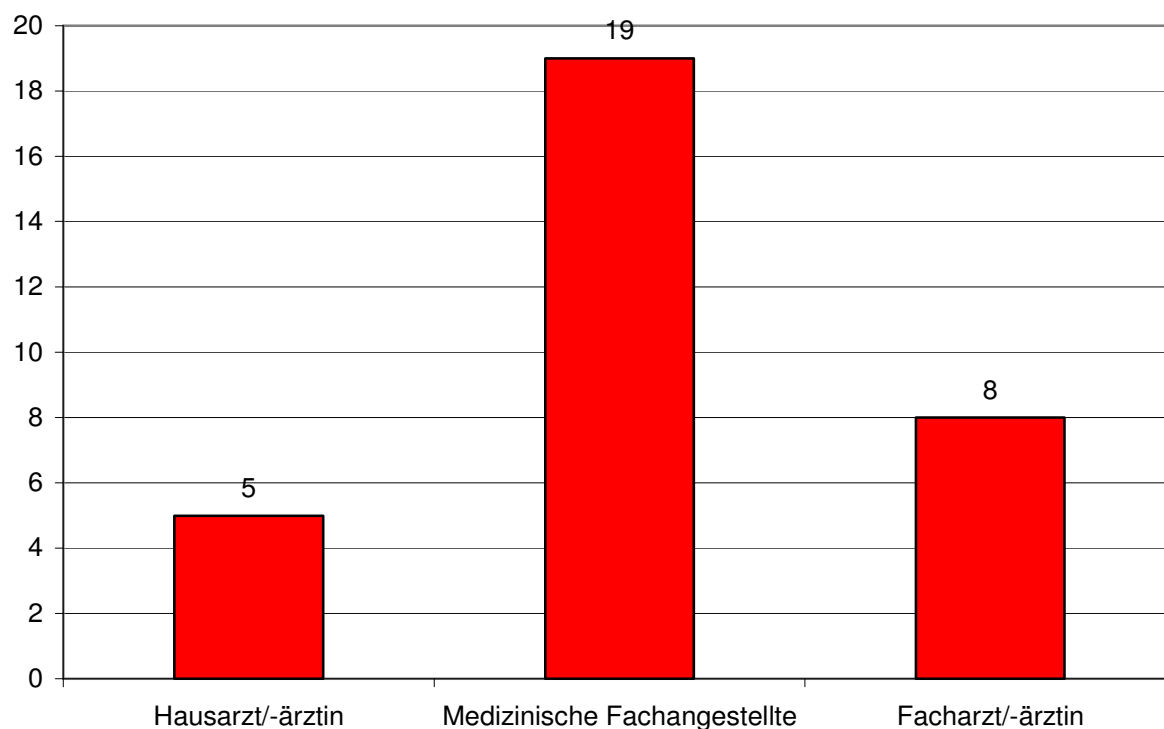
**Tabelle 3: Statistik zum Punktwert MMST (Pilotphase), N=16, Fehlend=2**

Entsprechend dem Punktmittelwert handelte es sich in der Pilotphase zum Zeitpunkt der Diagnosestellung tendenziell eher um fröhdemente Patienten.<sup>6</sup> Dies entspricht dem Ansatz des Projektes, nach welchem eine Diagnosestellung in einer früheren Phase der Erkrankung erreicht werden soll.

In den qualitativen Nachbefragungen wurden die teilnehmenden Ärzte der Pilotphase gefragt, inwiefern sich die Häufigkeit der Testdurchführung im Rahmen der Interventionsphase geändert habe:

- Drei Ärzte schildern, in ihrer Praxis häufiger Tests durchzuführen
- Zwei Ärzte geben an, dies auch vorher schon routinemäßig gemacht zu haben

Alle 32 in der Pilotphase dokumentierten Fälle wurden getestet. Der Abbildung 7 ist zu entnehmen, durch welche Personen bzw. Institutionen die Tests durchgeführt wurden:



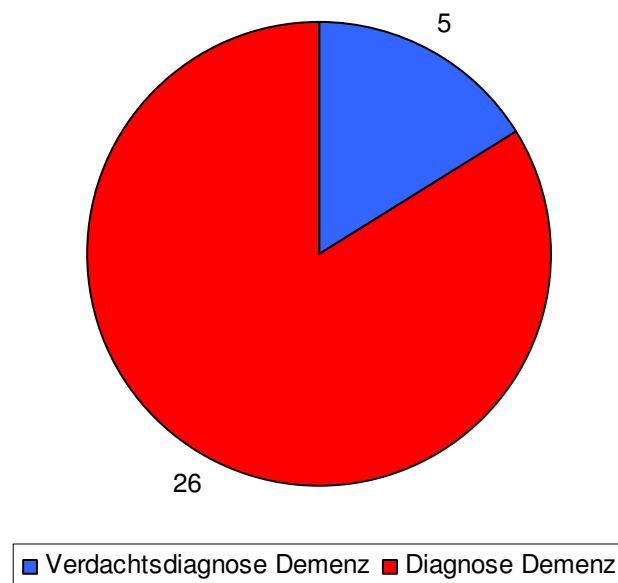
**Abbildung 7: Person bzw. Einrichtung, die Demenztest durchgeführt hat, N=32**

<sup>6</sup> Die Skala reicht von 0 bis 30 Punkten, wobei 30 für uneingeschränkte, 0 für schwerstmöglich geschädigte kognitive Funktionen steht. Ab Werten unterhalb von 25 Punkten liegt eine krankheitswertige Beeinträchtigung vor. Eine Punktzahl von unter 20 weist auf eine leichte bis mittlere Demenz hin, eine schwere Form liegt bei einer Punktzahl von unter 10 vor.

In 19 der 32 Fälle führten medizinische Fachangestellte die Tests durch. Der geringere Teil wurde durch den Hausarzt durchgeführt oder an den Facharzt delegiert. In drei Fällen wurden die Tests durch die MFA und zudem durch einen Facharzt durchgeführt.

### Diagnosestellung

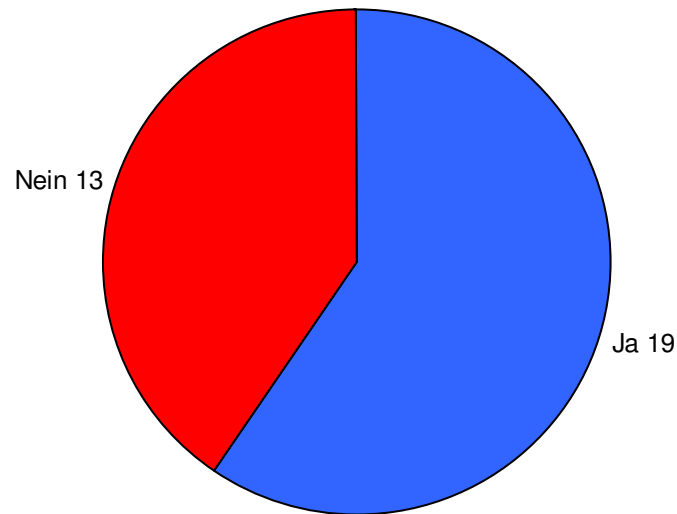
Im Rahmen der Diagnosestellung stellten die Ärzte in 26 Fällen eine Diagnose Demenz, in fünf Fällen handelte es sich zunächst um eine Verdachtsdiagnose Demenz.



**Abbildung 8: Anteile von demenzbezogenen Diagnosen und Verdachtsdiagnosen (N=31, Fehlend=1)**

### Konsultation Facharzt

Laut den Angaben im Faxformular wurde in 19 Fällen ein Facharzt hinzugezogen, in 13 Fällen wurde darauf verzichtet (siehe Abbildung 9). Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Hausärzte ihre Diagnosen vorzugsweise noch durch einen Facharzt absichern lassen.



**Abbildung 9: Antworten auf die Frage ob ein Facharzt hinzugezogen wurde (N=32)**

In den qualitativen Nachbefragungen wurden die teilnehmenden Ärzte gefragt, was die Fälle kennzeichnete, in denen ein Facharzt hinzugezogen wurde. Die Ärzte nannten hier folgende Gründe:

- Allgemein zur weiteren Abklärung
- Zur Prüfung anderer Therapieoptionen
- Zur Festlegung der Medikation
- Zur Differentialdiagnostik
- In Fällen fortgeschrittener Demenz
- In Angelegenheiten der Betreuung/Vormundschaft

### **Bekanntheit und Kooperationen zu Unterstützungsangeboten**

Im Rahmen der Vorbefragung der Ärzte ist der Frage nachgegangen worden, wie der Kenntnisstand zur Angebotsform Niedrigschwelliger Betreuungsangebote ist und ob bereits existierende Kooperationen mit NBA oder anderen demenzbezogenen Hilfeeinrichtungen vorhanden sind. Hier zeigten sich außer bei einer Praxis, die auch schon vor Beginn von FIDEM mit ambet e.V. kooperierte, zunächst ein lediglich geringer Kenntnisstand zu dieser Angebotsform und keine Kooperation mit entsprechenden Hilfen.



In der Nachbefragung beurteilten alle Ärzte ihre Kenntnisse zu regionalen Anbietern sowie auch die Qualität der Kooperation als hoch. Mehrfach betont wurde in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit des persönlichen Kennenlernens als Voraussetzung für eine gelingende Vermittlung. Die drei im Rahmen der Vermittlung aktiveren Arztpraxen berichteten im Interview darüber hinaus von positiven Rückmeldungen von den vermittelten Patienten und Angehörigen zu den Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten.

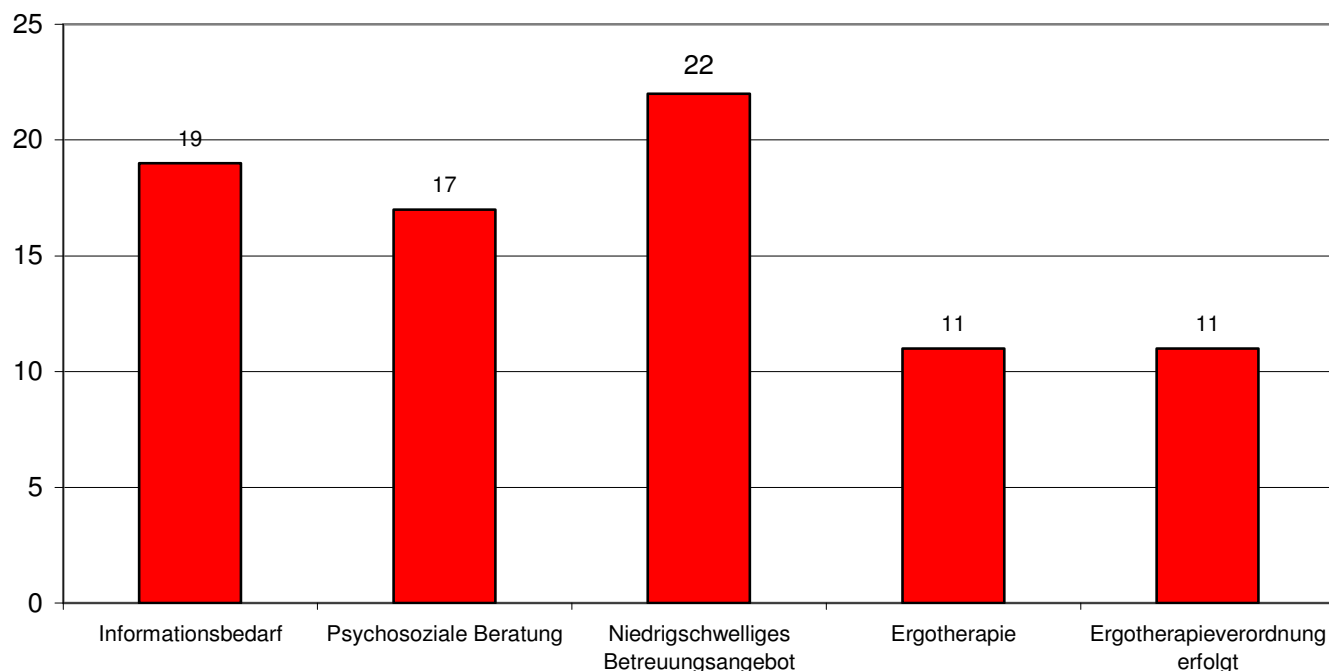
### **Einschätzung nichtmedikamentöse Therapien**

In der Vorbefragung wurde der Kenntnisstand zu nichtmedikamentösen Therapieoptionen erfragt. Hier gab es bei allen Befragten Unsicherheiten hinsichtlich der existierenden Möglichkeiten und des Nutzens.

In der Nachbefragung gaben hierzu alle befragten Ärzte an, dass sie nichtmedikamentöse Therapien, insbesondere die klientenzentrierte Ergotherapie, wie sie im Projekt favorisiert wird, für eine sinnvolle Option bei Demenz halten.

### **Ärztliche Empfehlungen zu demenzbezogenen Hilfen**

Welchen Hilfebedarf haben die Ärzte in der Pilotphase bei ihren Patienten gesehen? Die folgende auf Daten aus den FIDEM-Faxen basierende Abbildung zeigt, dass am häufigsten Niedrigschwellige Betreuungsangebote genannt wurden, dicht gefolgt von einem weitergehenden Informationsbedarf und einem Bedarf an psychosozialer Beratung. In elf Fällen wurde ein Bedarf an Ergotherapie gesehen und entsprechenden mit einer Verschreibung reagiert.



**Abbildung 10: Ärztliche Empfehlungen zu demenzbezogenen Hilfen sowie erfolgte Ergotherapie-Verordnungen**

### Entlastung der Ärzte

In der Vorbefragung wurde die eigene Entlastung nur von einem Arzt als Motiv für die Teilnahme am Modellprojekt angegeben.

In der Nachbefragung betonte die Mehrzahl der Ärzte jedoch, diesen positiven Effekt bei sich beobachtet zu haben: durch das Projekt sei eine große Entlastung beim Umgang mit demenzverdächtigen und an Demenz erkrankten Patienten und deren Angehörigen eingetreten. Angeführt wurde beispielsweise, dass die bisherige ‚Hilflosigkeit‘ im Umgang mit dieser Patientengruppe gesunken sei.

### Erwartungen / Wünsche der teilnehmenden Ärzte

Ferner wurde in den qualitativen Interviews nach der Pilotphase gefragt, inwiefern sich die Erwartungen an das Projekt generell erfüllt haben. Vier von fünf der befragten Ärzte äußerten, dass sich die Erwartungen erfüllt hätten. Geäußert wurde in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass:

- Das Thema Demenz in den Vordergrund gerückt sei
- Die demenzbezogenen Abläufe in der Praxis strukturierter seien
- Nun Kenntnisse über nichtmedikamentöse Therapieformen vorhanden seien
- Nun Kenntnisse über Unterstützungsangebote vorhanden seien
- Der Aufbau eines Netzwerkes stattgefunden habe
- Eine bessere Betreuung der Patienten stattfinde
- Ein Kompetenzzuwachs bei den MFA stattgefunden habe
- Sich der Blickwinkel auf Demenz erweitert habe
- Insgesamt eine Entlastung eingetreten sei

Ein Arzt bedauerte, dass in der Pilotphase in seiner Region noch keine in klientenzentrierter Ergotherapie geschulten Therapeuten zur Verfügung standen.

Ein Arzt deutete am Rande des Interviews an, dass es finanzielle Erwartungen an das Projekt gab, die sich nicht erfüllt haben.

Die Ärzte wurden zum Abschluss der qualitativen Nachbefragung gebeten, eine globale Einschätzung zum Projekt abzugeben.

Positiv hervorgehoben wurde:

- Die Zusammenarbeit allgemein
- Die guten Kooperationskontakte mit den Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten
- Die Qualität der Schulungen
- Das standardisierte Faxsystem

Es gab auch Verbesserungsvorschläge:

- Wünschenswert sei das Vorhandensein klientenzentrierter Ergotherapie (HEDI) geschulter Therapeuten in unmittelbarer Reichweite.
- Der Vorschlag wurde geäußert, den Zeitaufwand für die Ärzte zu senken

Die Vorschläge wurden unmittelbar an das FIDEM-Projektteam zurückgemeldet und flossen in die Konzeption der Verbreitungsphase ein.

### **5.3.5 Ergebnisse der Angehörigeninterviews im Überblick**

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Angehörigen dargestellt. Von den 20 Fällen, die im Rahmen der ärztlichen FIDEM-Angebote in

die Teilnahme einwilligten, erklärten sich nach einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme durch die wissenschaftliche Begleitforschung 14 Angehörige zu einem Interview bereit. Für diese Interviews wurden jeweils gesonderte Termine vereinbart. Die Interviews erfolgten mit einem ungefähren zeitlichen Abstand von 6 Monaten nach der ärztlichen Vermittlung um sicherzustellen, dass die zugehenden Hilfeangebote aktiv werden konnten, Gelegenheit dazu bestand diese in Anspruch zu nehmen und entsprechende Erfahrungen dazu vorlagen.

Die Aufbereitung der qualitativen Interviews erfolgte in Form von Fallvignetten. Eine anonymisierte tabellarische Aufbereitung dieser Fallvignetten befindet sich im Anhang M. Die Fallvignetten wurden im Anschluss inhaltsanalytisch ausgewertet, um einen quantitativen Überblick zu den Zufriedenheitswerten und der resultierenden Entlastung auf der Ebene der Angehörigen bzw. von Demenz Betroffenen zu erhalten.

Die Angaben der 14 Angehörigen zu den jeweils erhaltenen Leistungen wurden mittels einer vierstufigen Ratingskala („sehr zufrieden, zufrieden, weniger zufrieden, nicht zufrieden“) kategorisiert und die Häufigkeiten der vergebenen Kategorien fallübergreifend ausgezählt.

Ferner wurden die Aussagen dahingehend eingestuft, ob die intendierte Entlastung durch die vermittelten Leistungen insgesamt eingetreten ist oder nicht (mittels der dichotomen Antwortkategorie „Ja/Nein“). War eine Einstufung aufgrund der qualitativen Interviewdaten nicht möglich, wurde mit der Kategorie „Keine Angabe“ kategorisiert.

Die folgende Tabelle zeigt die im Rahmen der Analyse der Fallvignetten gemachten Einstufungen sowie zusätzliche Anmerkungen im Überblick. Die entsprechenden anonymisierten Fallvignetten sind tabellarisch im Anhang M dargestellt.

Eine Zuordnung zur Tabelle ist über die entsprechenden Fallnummern möglich.

Fall	Hausarztpraxis	Beratung	NBA	Ergotherapie	Entlastung (global)	Wünsche	Anmerkungen
1	Zufrieden	k. A.	Zufrieden	Nicht erfolgt	Ja	Flexiblere Hilfen	-
2	Sehr zufrieden	k. A.	Sehr zufrieden	Sehr zufrieden	Ja	Mehr Freizeit	-
3	Sehr zufrieden	k. A.	Sehr zufrieden	Nicht erfolgt	Ja	Mehr Unterstützung nach Heimeinweisung	-
4	Sehr zufrieden	k. A.	Zufrieden	Zufrieden	Ja	Lange Wartezeiten HA	-
5	Sehr zufrieden	Nicht erfolgt	Nicht erfolgt	Nicht erfolgt	Ja	Keine	Heimeinweisung
6	Zufrieden	Zufrieden	Nicht erfolgt	Nicht erfolgt	Ja	Schnellere Hilfe	Noch keine Einsicht in Bedarf
7	k. A.	Zufrieden	Nicht passend	Nicht erfolgt	Nein	Größere Flexibilität seitens Angebot	-
8	k. A.	Zufrieden	Nicht passend	Weniger zufrieden (nicht HED-I)	Nein	Keine	Angehöriger hoch belastet
9	Sehr zufrieden	Sehr zufrieden	Sehr zufrieden	Nicht erfolgt	Ja	Finanzielle Unterstützung, bessere Kooperation der PK	-
10	Zufrieden	Sehr zufrieden	Sehr zufrieden	Nicht erfolgt	Ja	Urlaub	Angehöriger hoch belastet
11	Sehr zufrieden	Sehr zufrieden	Nicht passend	Zufrieden	Nein	bessere Kooperation der PK, Wunsch nach Gesprächsgruppe	Hohe Erwartungshaltung, Demenz stark fortgeschritten
12	Zufrieden	Zufrieden	Nicht erfolgt	Weniger Zufrieden (nicht HED-I)	k. A.		Angehörige ist nicht belastet
13	k. A.	Zufrieden	Nicht passend	Nicht erfolgt	k. A.	NBA für Frühdemente	Frühdement, will später NBA nutzen
14	Weniger zufrieden	Zufrieden	Nicht erfolgt	Zufrieden	Ja	Keine	Anspruch alles alleine zu schaffen

Tabelle 4: Übersicht über Auswertung Fallvignetten Nachbefragung Angehörige (N=14)

### **Zufriedenheit mit dem Vorgehen in der Hausarztpraxis im Rahmen von FIDEM**

Von den 14 befragten Angehörigen machten sieben Angaben zu den Prozessen im Rahmen der hausärztlichen Diagnosestellung, Beratung und Vermittlung anhand derer sie als „sehr zufrieden“ eingestuft wurden. Vier Angehörige ließen sich als „zufrieden“ einstufen. Ein Angehöriger wurde als „weniger zufrieden“ eingestuft. Kein Angehöriger wurde als „unzufrieden“ eingestuft. Keine verwertbaren Angaben zur Zufriedenheit mit dem Hausarzt wurden in drei von 14 Interviews gemacht.

### **Zufriedenheit mit den vermittelten nichtärztlichen Beratungsleistungen**

Von den 14 befragten Angehörigen machten drei Angaben zu den anschließend erhaltenen Beratungsleistungen, anhand derer sie als „sehr zufrieden“ eingestuft wurden. Sechs wurden als zufrieden eingestuft. Keiner der Angehörigen wurde im Hinblick auf die erhaltenen Beratungsleistungen als „weniger zufrieden“ oder „unzufrieden“ eingestuft. Keine verwertbaren Angaben zu diesem Aspekt wurden in vier der 14 Interviews gemacht.

### **Zufriedenheit mit den vermittelten Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten**

Von den 14 befragten Angehörigen machten vier Angaben, aufgrund derer sie als „sehr zufrieden“ mit den vermittelten Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten eingestuft werden konnten. Zwei Angehörige wurden aufgrund ihrer Aussagen als zufrieden eingestuft. Es gab keine Angehörigen, die als „weniger zufrieden“ oder „unzufrieden“ eingestuft wurden.

In vier Fällen ist ein Kontakt zwischen NBA und Angehörigen zustande gekommen, aufgrund mangelnder Passung zwischen dem Angebot und der Bedarfslage der Betroffenen wurde das Angebot jedoch nur kurzzeitig in Anspruch genommen. Diese vier Fälle umfassten zwei Betroffene, die subjektiv aufgrund der frühen Krankheitsphase noch keinen Hilfebedarf hatten bzw. sich in einer Gruppe bereits fortgeschrittener Demenzkranker nicht wohl fühlten. In einem Fall konnten sich Betroffene und Angehörige nicht auf eine fremde Person in der Häuslichkeit einstellen und in einem Fall fühlte sich die Angehörige nicht durch das Angebot entlastet und brach es deswegen ab.

In vier der 14 Fälle ist kein Kontakt zwischen Betroffenen/Angehörigen und NBA zustande gekommen. Gründe waren einmal eine unmittelbar anschließende Heimeinweisung und dreimal kein Hilfebedarf bzw. keine Einsicht in Hilfebedarf.

### **Zufriedenheit mit der in Anspruch genommenen Ergotherapie**

In acht der untersuchten 14 Fälle ist keine ärztliche Verordnung von Ergotherapie erfolgt, weswegen in den Interviews keine Angaben dazu gemacht wurden. Von den sechs Fällen, in denen Ergotherapie in Anspruch genommen wurde, entfielen vier Fälle auf die im Rahmen des

Projektes favorisierte klientenzentrierte Ergotherapie: Hier machte ein Angehöriger Aussagen, aufgrund derer er sich als „sehr zufrieden“ einstufen ließ. Drei Angehörige wurden als „zufrieden“ eingestuft. Die zwei Fälle, die eine konventionelle demenzunspezifische Form der Ergotherapie erhielten, wurden aufgrund Ihrer diesbezüglichen Aussagen als „weniger zufrieden“ eingestuft.

### **Aussagen zur Entlastung durch die vermittelten Angebote**

In insgesamt acht der 14 untersuchten Fälle machten die Befragten Aussagen, die den Schluss nahe legen, dass die im Rahmen von FIDEM vermittelten Leistungen zu einer Entlastung ihrer Lebenssituation führen. In drei Fällen ließen sich die Daten dahingehend interpretieren, dass durch die Teilnahme an FIDEM keine Entlastung stattgefunden hat. In diesen drei Fällen wurde auch das NBA-Angebot als nicht passend zum Bedarf bzw. zur Lebenssituation bewertet und nicht in Anspruch genommen. In zwei dieser drei Fälle handelte es sich um bereits hochdemente Betroffene sowie Angehörige, die aufgrund der gemachten Aussagen als stark belastet einzustufen sind.

Es lässt sich festhalten, dass die befragten Angehörigen mit den Abläufen und Hilfeleistungen überwiegend sehr zufrieden waren und sich durch FIDEM insgesamt entlastet zu fühlen.

## **6. Verbreitungsphase**

### **6.1 Beschreibung der Verbreitungsphase**

Die Verbreitungsphase hatte den Zweck, das in der Pilotphase erprobte und aufgrund der dort gemachten Erfahrungen und Ergebnisse angepasste Modell auf eine größere Anzahl von Ärzten und Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zu übertragen, um somit langfristig einen größeren Kreis von Patienten und Angehörigen zu erreichen. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung ergaben sich einige Modifikationen, die im Folgenden näher beschrieben werden sollen:

Davon ausgehend, dass unter gleichen ökonomischen Rahmenbedingungen (Personalstellen, Arbeitszeit) eine größere Zielgruppe erreicht werden sollte, musste der aufgebrachte Arbeitsaufwand aus der Pilotphase hinterfragt und unter Aspekten der Effizienz optimiert werden. Dabei galt es, bewährte Bestandteile des Modells zu erkennen und zu erhalten sowie nicht oder weniger notwendige Bestandteile zu reduzieren, darauf zu verzichten bzw. durch geeignetere Bestandteile zu ersetzen.

Wesentliche Änderungen an der Intervention (welche ausführlicher im FIDEM-Praxisbericht beschrieben sind) waren:

- Stärkere Selbstorganisation der Kooperationstreffen durch deren Teilnehmer, Entwicklung von Leitfäden für die Kooperationspartner als Hilfsmittel zur Durchführung der Treffen (siehe Praxisbericht)
- Vereinfachung des Vermittlungsweges und der Kommunikationsmittel bei der Vermittlung, entsprechend deutliche Verschlinkung des Ablaufdiagramms (Anhang C)
- Komprimierung, Verkürzung und Veränderung inhaltlicher Aspekte in den Schulungen der Ärzte und NBA's (siehe Praxisbericht)
- Entwicklung einer standardisierten Entscheidungshilfe für den Arzt, um eine Bedarfsabschätzung im Hinblick auf psychosoziale Beratung, Niedrigschwellige Betreuungsangebote und Ergotherapie zu ermöglichen (siehe Praxisbericht)
- Abschließend: Entwicklung eines Manuals um den Transfer und die Nachhaltigkeit der entwickelten Lösungen zu unterstützen

## **6.2 Methodisches Vorgehen in der Verbreitungsphase**

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen in der Verbreitungsphase angewandten Methoden erläutert.

### **6.2.1 Bewertung der Schulungen durch Hausärzte und medizinische Fachangestellte**

Dieses Modul wurde analog zu der in der Pilotphase umgesetzten Evaluation der Schulungen (siehe Abschnitt 5.2.2) umgesetzt. Aufgrund der in der Verbreitungsphase inhaltlich leicht modifizierten Gestaltungen der Schulungen wurden die Fragebögen inhaltlich entsprechend angepasst. Die Items zur Einschätzung der Qualität der Schulungen wurden gleichlautend verwendet, um eine Vergleichbarkeit von Pilot- und Verbreitungsphase zu ermöglichen. Die Erhebungsinstrumente befinden sich im Anhang I.

### **6.2.2 Datensammlung mittels standardisiertem Faxsystem**

Wie in der Pilotphase resultieren die Daten zur Vermittlungsaktivität in der Verbreitungsphase aus dem FIDEM-Faxsystem. Mit den Änderungen von der Pilot- zur Verbreitungsphase ging ein Verzicht auf eine Sammlung umfangreicher Daten aus der Patientenvermittlung einher. Dies ermöglichte die Vereinfachung und Verschlinkung des Faxsystems von vier spezifischen auf ein universelles Fax. Des Weiteren wurden die Faxe nicht mehr jeweils über das Projekt FIDEM weitergeleitet, um dort die evaluationsrelevanten Daten zu sammeln. Stattdessen erfolgte der Versand von den Arztpraxen jeweils direkt an die Niedrigschwelligen Betreuungsangebote,



Ergotherapiepraxen und Beratungsstellen. Um zumindest rudimentäre Daten über die Vermittlungsaktivitäten in der Verbreitungsphase zu erhalten, wurden die Faxe nach Abschluss der Verbreitungsphase bei den Teilnehmern eingesammelt. Aus dieser Vereinfachung resultierten einerseits eine bessere Übersichtlichkeit des Faxsystems und eine Entlastung für die damit Arbeitenden. Das auf der anderen Seite auftretende Risiko einer geringeren Datenqualität, z.B. durch einen unvollständigen Rücklauf wurde abgewogen und zugunsten des vereinfachten und ökonomischeren Vermittlungsverfahrens in Kauf genommen.

### **6.2.3 Standardisierte Nachbefragung von Ärzten, MFA und NBA**

Bedingt durch die größere Stichprobengröße und die zeitliche Nähe der Verbreitungsphase zum Projektende wurde ein methodischer Wechsel von einer qualitativen Befragung zu einer quantitativen Befragung der teilnehmenden Ärzte vorgenommen. Das vergleichsweise ökonomische Verfahren ermöglichte einerseits die Auswertung der gesammelten Daten innerhalb der Projektlaufzeit, so dass diese zum Projektende ausgewertet vorliegen konnten. Zum anderen wurde dadurch die zusätzliche Berücksichtigung der in der Pilotphase bislang nicht erfassten Perspektiven der medizinischen Fachangestellten sowie der Niedrigschwelligen Betreuungsangebote forschungsökonomisch möglich. Demgegenüber stand der Nachteil der begrenzten Vergleichbarkeit der Daten der Ärztebefragungen aus Pilot- zu Verbreitungsphase, da aus den verschiedenen Methoden Daten in unterschiedlichen Formen resultierten. Um zu übergreifenden Aussagen zum Gesamtprojekt zu gelangen wurden die Ärzte, MFA und NBA der Pilotphase in die Abschlusserhebung mit einbezogen.

Die Einschätzungen der an der Patientenvermittlung maßgeblich beteiligten Akteure wurden mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben. Die Befragung erfolgte als Vollerhebung auf dem Postweg mit Rückumschlag und Erinnerungsschreiben sowie bei Bedarf durch telefonische Erinnerung. Es wurden für die drei Untersuchungsgruppen Ärzte, MFA und NBA jeweils gesonderte Erhebungsinstrumente entwickelt. Die Instrumente umfassten je nach Version 15 bis 17 standardisierte Items sowie zwei Freitextfelder für globale Anmerkungen zum Projekt. Ein Teil der Items waren bei allen drei Erhebungsgruppen weitestgehend gleichlautend formuliert, um im Rahmen der Analyse einen Vergleich der Einschätzungen zwischen den drei Gruppen zu ermöglichen. Die drei Erhebungsinstrumente befinden sich im Anhang K dieses Berichts.

### 6.3 Ergebnisse der Verbreitungsphase

In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichen Ergebnisse der FIDEM-Verbreitungsphase dargestellt. Wenn inhaltlich sinnvoll, werden sie mit den Ergebnissen der FIDEM-Pilotphase in Beziehung gesetzt.

#### 6.3.1 Bewertungen der Schulungen in der Verbreitungsphase durch Ärzte und MFA's

Der Aufbau und die konkreten Inhalte der Schulungen der Ärzte und MFA sind dem Praxisbericht zu entnehmen. Die Teilnahme der Ärzte und medizinischen Fachangestellten an der Evaluation der jeweils drei Schulungsmodule stellte sich folgendermaßen dar:

	Ärzte	MFA
<b>Modul 1</b>	15	30
<b>Modul 2</b>	14	27
<b>Modul 3</b>	12	26
<b>Σ</b>	41	78

**Tabelle 5: Teilnehmerzahlen zur Evaluation der drei Schulungsmodule für Ärzte und MFA**

Die Bewertungen der Schulungen durch die Ärzte und MFA's sollen wie in der Pilotphase lediglich beispielhaft anhand zwei der insgesamt 16 Items dargestellt werden welche die wesentlichen Wirkungsdimensionen der Schulungen erfassen. Dabei handelt es sich um die Items: **„Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt“** und **„Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen“**. Als Antwortformat war wieder eine fünfstufige Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“ vorgegeben. In den beiden unten abgebildeten Tabellen sind jeweils die prozentualen Anteile der positivsten und zweitpositivsten Antworten für die Ärzte und MFA's zusammengefasst worden.

	Ärzte	N	MFA	N
<b>Modul 1</b>	73%	15	90%	30
<b>Modul 2</b>	86%	14	100%	27
<b>Modul 3</b>	100%	12	92%	26
<b>Ø</b>	86%		94%	

**Tabelle 6: Modul 1, 2 und 3 Verbreitungsphase. Zusammengefasste Anteile „trifft zu“ und „trifft voll zu“ zum Item 7: „Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt“ (Fünfstufige Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“)**

	Ärzte	N	MFA	N
<b>Modul 1</b>	80%	15	77%	30
<b>Modul 2</b>	86%	14	82%	27
<b>Modul 3</b>	100%	12	85%	26
<b>Ø</b>	87%		81%	

**Tabelle 7: Schulungsmodul 1, 2 und 3: Zusammengefasste Anteile „trifft zu“ und „trifft voll zu“ zum Item 9: “Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen” (Fünfstufige Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“)**

Wie in der Pilotphase wurde die Qualität der Schulung auch in der Verbreitungsphase von den Ärzten und MFA in allen drei Modulen überwiegend mit gut oder sehr gut beurteilt. Werden die oben dargestellten Beispielitems genauer in den Blick genommen, zeigt sich, dass die Mehrheit der Ärzte und MFA einen deutlichen Lernerfolg bei sich beobachten und von einer Beeinflussung ihrer weiteren beruflichen Tätigkeit durch die Inhalte der Schulungen ausgehen. Bei der subjektiven Einschätzung des Lernerfolgs der Ärzte ist bei beiden Items ein Anstieg der positiven Einschätzung auf 100 Prozent im Modul 3 zu verzeichnen.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen der Pilotphase, lagen die Bewertungen der Ärzte in der Verbreitungsphase in fast allen Modulen (ausgenommen Modul 1) höher. Möglicherweise spielten hierbei die Umstrukturierung der vermittelten Inhalte, sonstige Optimierungen im Rahmen der Schulungen sowie der Zuwachs an Erfahrung der FIDEM-Mitarbeiter eine Rolle. Die MFA bewerteten ihren Lernerfolg in allen Modulen zu mindestens 90 Prozent mit „trifft zu“ oder „trifft voll zu“. Bei ihnen fiel die Einschätzung hinsichtlich der Beeinflussung der beruflichen Tätigkeit geringer aus als bei den Ärzten. Jedoch stieg auch hier die positive Beurteilung im Laufe der drei Module von 77 Prozent auf 85 Prozent an.

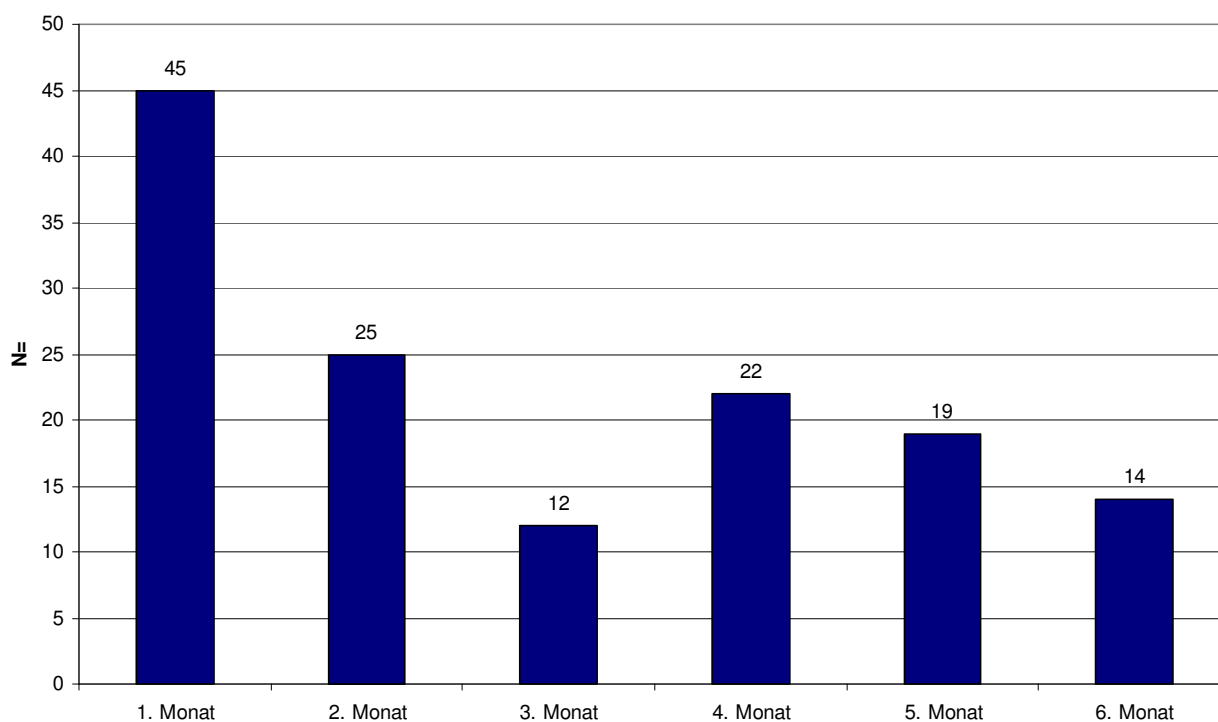
In diesen wie auch in den hier nicht dargestellten Items wurden die Schulungen durch die Ärzte und MFA in der Verbreitungsphase als sehr positiv bewertet.

### **6.3.2 Häufigkeiten Vermittlungen und Inanspruchnahme in der Verbreitungsphase**

Für die Verbreitungsphase wurde der Prozentsatz der Fälle errechnet, die mittels Faxformularen dokumentiert wurden. Die Fax-Rate lag bei den Fällen, die das ärztliche FIDEM-Angebot angenommen haben bei 81 Prozent. Bei den Fällen, die das Angebote abgelehnt hatten, bei lediglich 10 Prozent. Die Gesamtrate der mit dem Fax dokumentierten Fälle lag bei 61 Prozent. Von den Ärzten nicht dokumentierte Fälle wurden im Anschluss an die Verbreitungsphase durch das Projektteam telefonisch bei den teilnehmenden Hausarztpraxen und Betreuungs- und Beratungsangeboten nachrecherchiert.

Die in den folgenden Abschnitten ausgeführten Zahlen zu den in Anspruch genommenen Leistungen berücksichtigen lediglich die Fälle, die der Begleitforschung bekannt geworden sind. Es ist davon auszugehen, dass ein geringer Anteil der durch FIDEM initiierten Hilfeleistungen weder mittels Faxformular dokumentiert noch anderweitig gemeldet wurde.

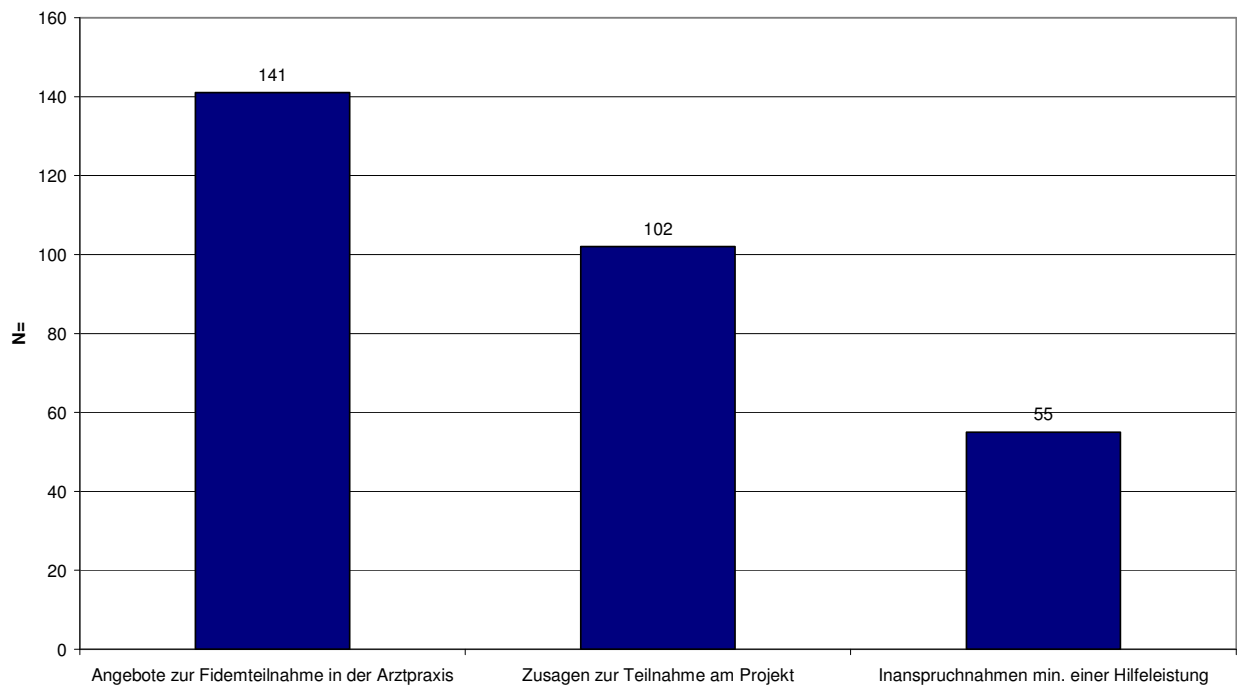
Die Abbildung 11 zeigt zunächst die Verteilung der 141 ärztlichen Angebote zur Teilnahme an FIDEM über den sechsmonatigen Verlauf der Verbreitungsphase (Zeitraum Januar 2012 bis Juni 2012). Deutlich wird eine erhöhte Aktivität im ersten Monat, die sich dadurch erklären lässt, dass die Ärzte offenbar auch bereits im Patientenstamm vorhandene Fälle dem Projekt zuführten. Daran schließt sich eine Konsolidierungsphase mit einem Tief im dritten Monat und einer leicht abfallenden Stabilisierung zum Ende des Erhebungszeitraums an.



**Abbildung 11: Häufigkeiten der ärztlichen Angebote zur FIDEM-Teilnahme über den Zeitraum der Verbreitungsphase (N=141, Fehlend=4)**

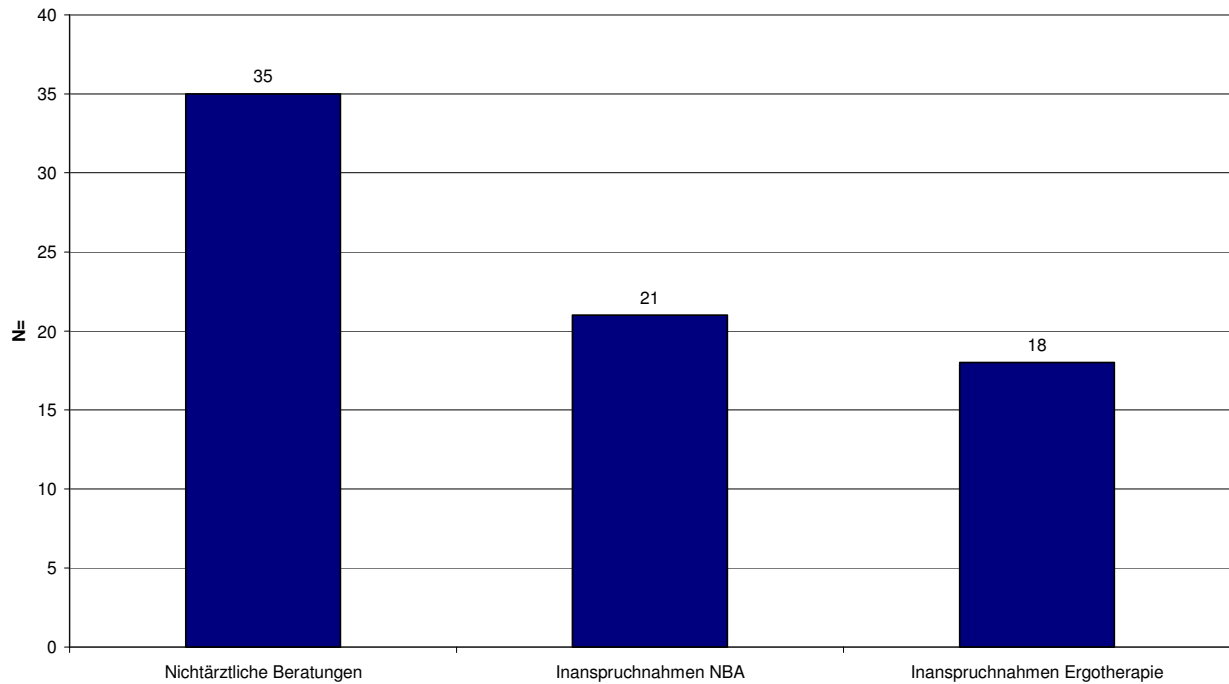
Die folgende Abbildung 12 veranschaulicht die FIDEM-Angebote und daraus resultierende Inanspruchnahmen von mindestens einer Hilfeleistung in der Verbreitungsphase. In den linken Balken sind alle Fälle eingegangen, in denen ein FIDEM-Angebot seitens des Arztes ausgesprochen wurde. Es wurden durch die 24 teilnehmenden Hausärzte insgesamt 141 Patienten FIDEM-Angebote unterbreitet. In 102 Fällen erklärten sich die Patienten bzw. Angehörigen zur Teilnahme am Modellprojekt bereit. 55 Patienten nahmen mindestens eine der

drei im Rahmen des Projektes favorisierten Leistungen (Beratung, NBA, Ergotherapie) in Anspruch.



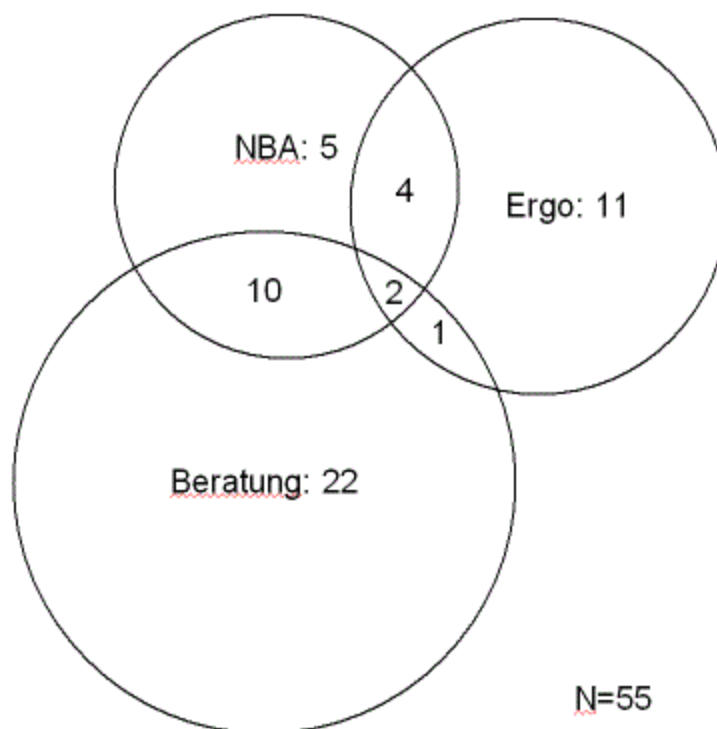
**Abbildung 12: Anzahl Angebote zur Teilnahme und Inanspruchnahmen mindestens einer Leistung (Verbreitungsphase), (Mehrfachnennungen)**

Welchen Leistungen diese 55 Patienten in Anspruch genommen haben, zeigt die Abbildung 13. In der Verbreitungsphase wurden 35 nichtärztliche Beratungsgespräche umgesetzt. Es kam weiter zu insgesamt 21 Inanspruchnahmen von NBA und zu 18 Inanspruchnahmen von Ergotherapie, wovon alle Fälle auf die im Projekt favorisierte Form der klientenzentrierten Ergotherapie entfielen. Insgesamt verteilten sich auf die 55 Fälle 74 Unterstützungsleistungen



**Abbildung 13: Anzahl der in Anspruch genommenen Hilfeleistungen (Verbreitungsphase), (Mehrfachnennungen)**

Es wurde weitergehend analysiert, in welchen Kombinationen die drei angebotenen Hilfeleistungen Beratung, NBA und Ergotherapie von den Betroffenen in Anspruch genommen wurden (siehe hierzu Abbildung 14). Demnach ergibt sich die größte Schnittmenge bei den Betroffenen, die Beratungsleistungen und Niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch genommenen haben (N=12).



**Abbildung 14: Häufigkeiten der Patienten, die Leistungen in Anspruch genommen haben und Verteilung nach Leistungsarten (Verbreitungsphase)**

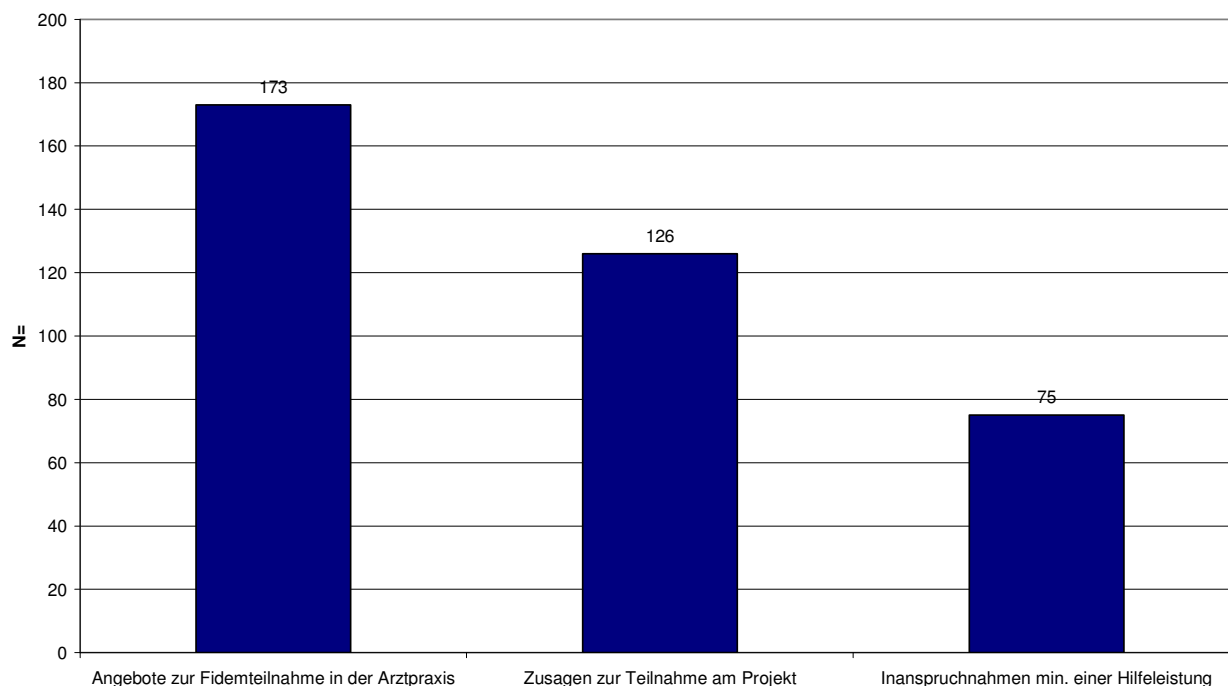
Bei einer genaueren Betrachtung der Vermittlungswege der 21 Patienten, die letztendlich NBA in Anspruch genommen hatten zeigte sich, dass knapp die Hälfte (N=10) direkt vom Arzt an das NBA vermittelt wurde. In sechs Fällen wurde zunächst Ergotherapie in Anspruch genommen und von dort weiter zum NBA vermittelt. In fünf Fällen nahmen die Betroffenen zunächst eine externe nichtärztliche Beratung wahr.

Diese Zahlen berücksichtigen die durch NBA erbrachten Beratungsleistungen, wenn sie explizit in den Faxformularen dokumentiert wurden. Möglicherweise werden von den NBA häufiger Beratungsleistungen erbracht, zum einen um mögliche Vorbehalte gegenüber der Inanspruchnahme abzubauen, aber auch um sozialrechtliche Fragen zu ihren Ansprüchen zu klären oder zum Krankheitsbild und zum Umgang mit den Symptomen aufzuklären.

Es lässt sich zusammenfassend zum Vermittlungsgeschehen in der Verbreitungsphase sagen, dass im Schnitt in jedem zweiten Fall, in dem sich die Betroffenen in der Arztpraxis zu einer Teilnahme am Projekt bereit erklärt haben, dies zu einer Inanspruchnahme von mindestens einer der drei angebotenen Hilfeleistungen geführt hat.

### 6.3.3 Vermittlungsaktivität Pilot und Verbreitungsphase

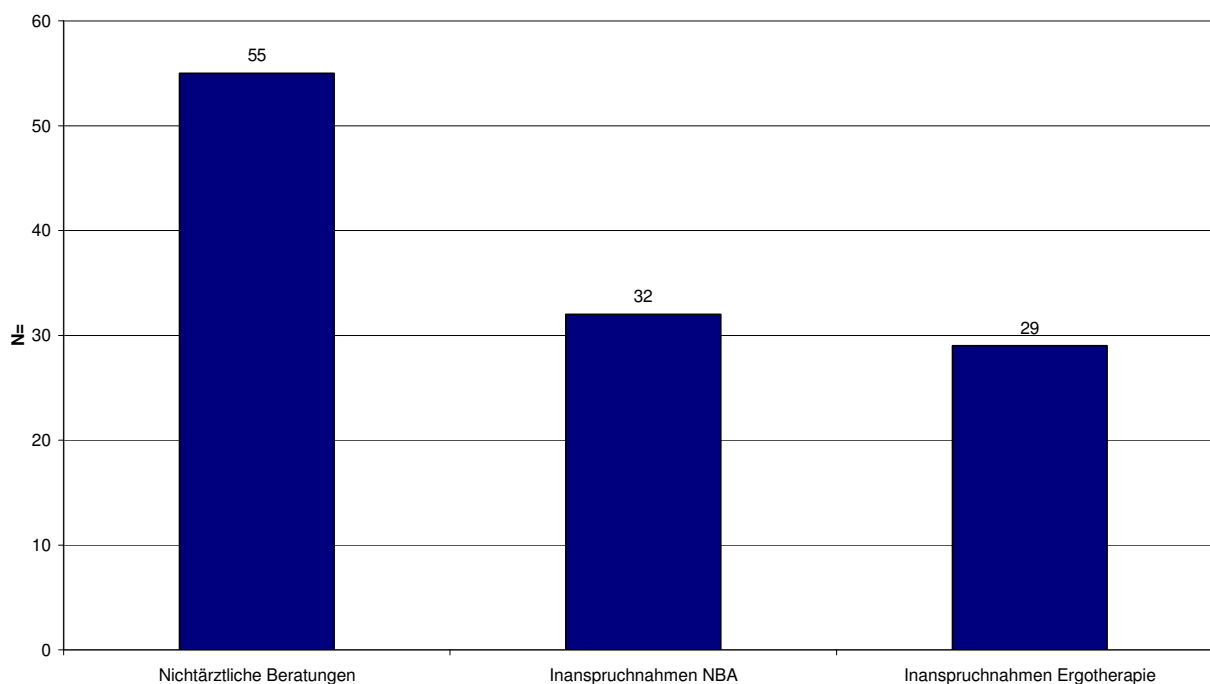
Addiert man die Aktivitäten aus Pilot und Verbreitungsphase, wurden im Rahmen von FIDEM 173 ärztliche Angebote zur Teilnahme am Projekt gemacht. Aus diesen Angeboten resultierten insgesamt 126 Zusagen und 47 Ablehnungen durch die Betroffenen. Von insgesamt 75 Patienten wurde mindestens eine im Rahmen von FIDEM angebotene Hilfeleistung in Anspruch genommen (siehe hierzu Abbildung 15).



**Abbildung 15: Angebote zur Teilnahme und Inanspruchnahme mindestens einer Leistung (gesamtes Projekt), (Mehrfachnennungen).**

Im gesamten Projektverlauf ergaben sich 55 Beratungsgespräche, 32 Inanspruchnahmen von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und 29 Inanspruchnahmen von Ergotherapie (Siehe Abbildung 16).





**Abbildung 16: Anzahl der in Anspruch genommenen Hilfeleistungen (gesamtes Projekt), (Mehrfachnennungen)**

#### 6.3.4 Angebote und Zusagen nach Stadt-Kleinstadt-Mittelstadt-Land

Um einen genaueren Überblick über Teilnahmefrequenzen der Patienten vor dem Hintergrund der Kategorien Großstadt, Mittelstadt, Kleinstadt, Land zu erhalten, wurden die von den Hausärzten gemachten Angebote und die resultierenden Zusagen nach diesen Kategorien aufbereitet. Bei der Zuordnung der Arztpraxen zu den Kategorien wurden neben der auf Bewohnerzahlen basierenden konventionellen Einordnung auch die jeweiligen infrastrukturellen Besonderheiten berücksichtigt. Abbildung 17 stellt diese Verteilung grafisch dar. Erwartungsgemäß zeigt sich eine insgesamt höhere Aktivität in den beteiligten Ballungsräumen (insbesondere Braunschweig), was auch auf die größere Zahl dort teilnehmender Praxen zurückzuführen ist. Bei den Vermittlungshäufigkeiten pro Arztpraxis zeigen sich die Kategorien Mittelstadt, Kleinstadt und Land zwar insgesamt etwas schwächer, auch ist dort innerhalb der Kategorien eine insgesamt höhere Varianz erkennbar, jedoch behauptet sich insbesondere die Kategorie Land im Vergleich zur Kategorie Stadt relativ gut.<sup>7</sup> In allen vier Kategorien existieren ein bis zwei Praxen, bei denen keinerlei Vermittlungsaktivität zu verzeichnen war. Insgesamt handelt es sich dabei um 5 Hausarztpraxen. Dieser Aspekt wird in der Diskussion aufgegriffen.

<sup>7</sup> Aufgrund der geringen Zellenbesetzungen der Einzelkategorien sind die statistischen Voraussetzungen zur Analyse von Unterschieden zwischen den Kategorien nicht erfüllt.

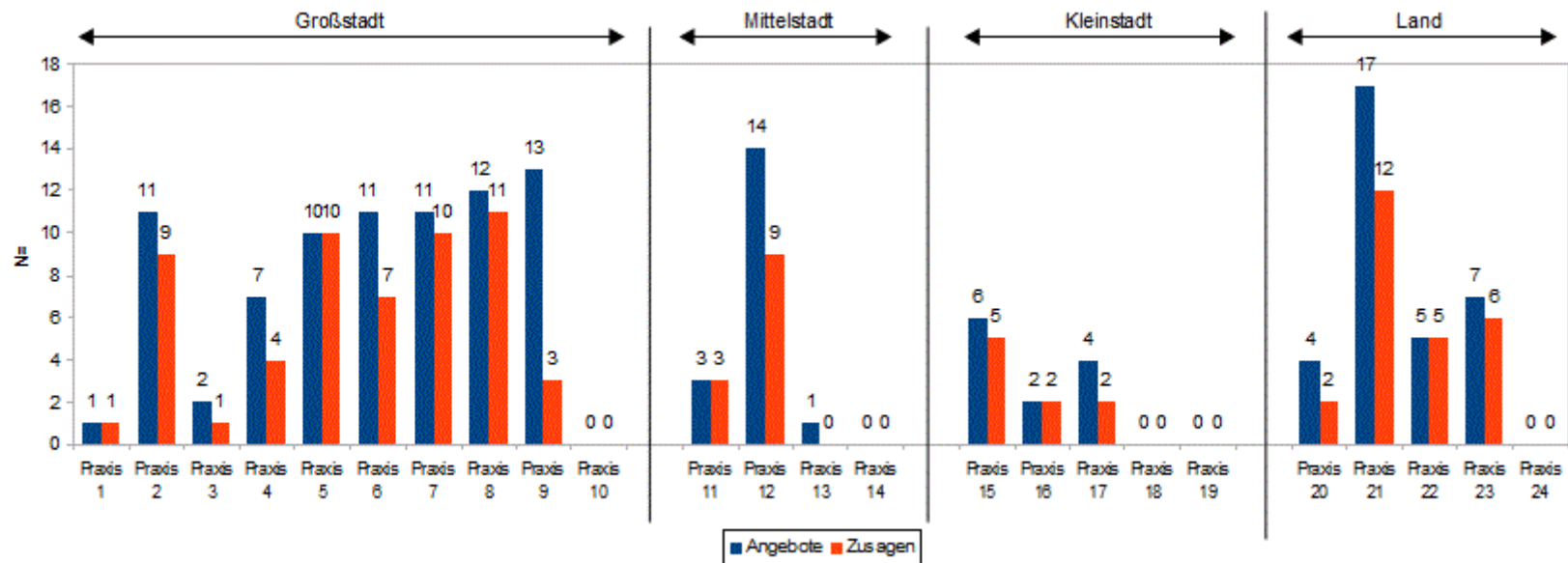
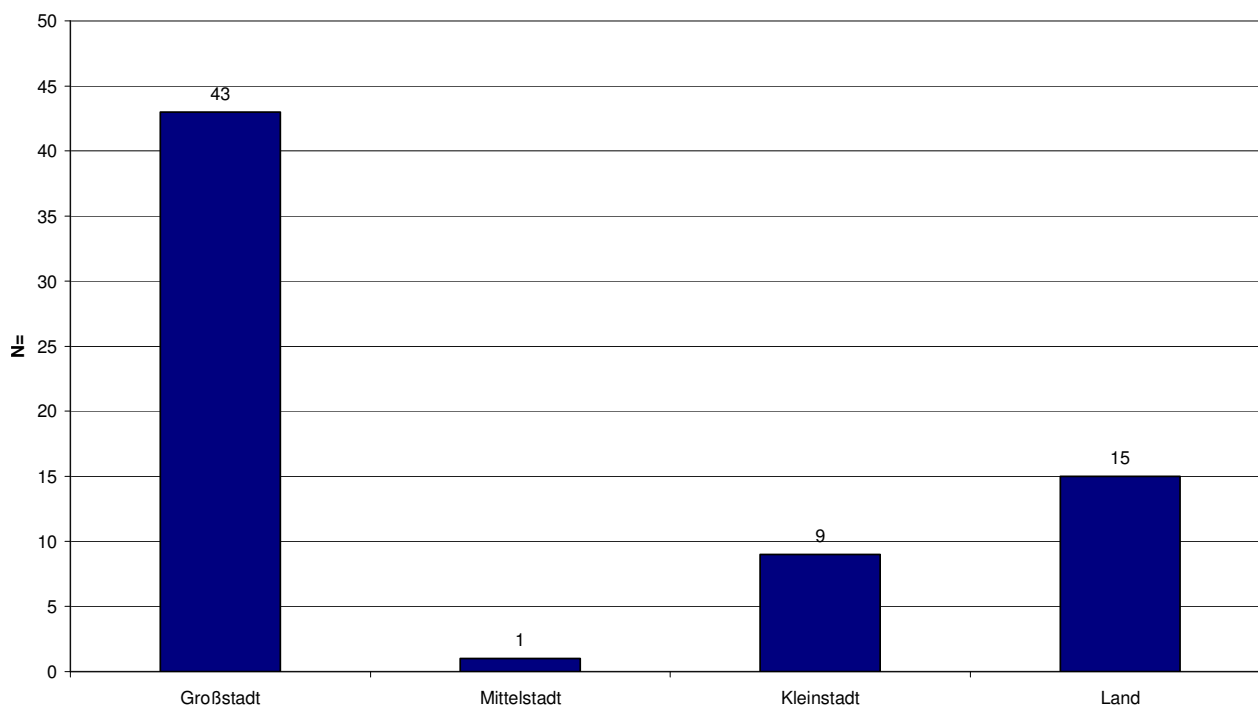


Abbildung 17: Angebote und Zusagen zu FIDEM in den Hausarztpraxen nach Kategorien Großstadt-Mittelstadt-Kleinstadt-Land (N=84)

Darüber hinaus wurden die im Rahmen von FIDEM teilnehmenden Patienten anhand der Postleitzahlen aus Ihren Adresdaten jeweils den vier Kategorien zugeordnet. Voraussetzung war, dass diese Angaben im Faxformular enthalten waren. Auch hier wurden neben der auf Bewohnerzahlen basierenden konventionellen Einordnung die jeweiligen infrastrukturellen Besonderheiten berücksichtigt.<sup>8</sup> Eine genaue Zuordnung der Postleitzahlen der einzelnen Patienten zu den vier Kategorien ist dem Anhang M zu entnehmen.



**Abbildung 18: Häufigkeiten der an FIDEM teilnehmenden Patienten nach den Kategorien Großstadt-Mittelstadt-Kleinstadt-Land (N=68, Fehlend=16)**

Die Verteilung zeigt erwartungsgemäß eine höhere Frequenz von dokumentierten Teilnahmen in den großstädtischen Regionen (insb. Stadt Braunschweig) des Modellprojektes und eine niedrigere Teilnahmefrequenz in den ländlichen bzw. kleinstädtischen Regionen. Überraschend ist das nahezu völlige Fehlen von FIDEM-Teilnehmern aus Orten mit mittelstädtischer Charakteristik (Stadt Peine, Stadt Wolfenbüttel, und nach hier vorgenommener Zuordnung Salzgitter-Bad (N=1) und Salzgitter-Lebenstedt). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der in Abbildung 17 dargestellten in mittelstädtischen Arztpraxen dokumentierten 12 Zusagen bemerkenswert. Diese entfielen bei genauerer Betrachtung (bis auf eine Ausnahme) auf Patienten aus kleinstädtischen oder ländlichen Strukturen. Der geringe Fallzahlenumfang lässt jedoch keine Aussage darüber zu, ob es sich um systematische Effekte handelt.

<sup>8</sup> So wurden beispielsweise Patienten aus einem ländlich strukturierten Teil Salzgitters nicht der Kategorie Großstadt sondern entsprechend der Kategorie Land oder Kleinstadt zugeordnet.

### 6.3.5 Praxis-Quartal-Inzidenz Demenzdiagnosen

In Pilot- und Verbreitungsphase ergab sich auf der Grundlage der oben dargestellten Zahlen eine durchschnittliche Häufigkeit von 7,2 Verdachts-/Diagnosen pro Praxis. Demzufolge gelangt man zu einer Praxis-Quartal-Inzidenz<sup>9</sup> von durchschnittlich 3,1 Verdachts-/Diagnosen pro Praxis während der Intervention. Hierbei handelt es sich um einen Mittelwert, in den auch die Praxen eingeflossen sind, die nicht aktiv im Rahmen von FIDEM vermittelt haben.

Das im Rahmen von FIDEM umgesetzte Evaluationsdesign erlaubt keine verlässlichen Aussagen dazu, inwiefern die Teilnehmer der Intervention im Vergleich zu Nicht-Teilnehmer profitieren. Um sich dennoch den durch die Intervention verursachten Veränderungen, insbesondere bezüglich Diagnosehäufigkeiten in den Praxen grob anzunähern, wurden die teilnehmenden Hausarztpraxen zu Beginn der jeweiligen Erhebungsphasen zu ihren Praxis-Quartal-Inzidenzen vor der Intervention befragt. Es wurden von lediglich 11 der 24 Praxen plausible Werte gemeldet. In einigen Fällen wurde den übermittelten Werten seitens der Ärzte ein „ca.“ hinzugefügt, was darauf schließen lässt, dass keine Analyse der Patientendaten durchgeführt, sondern lediglich geschätzt wurde. Aus den 11 gelieferten Zahlen errechnet sich ein Praxis-Quartal-Inzidenz von durchschnittlich 4,7 vor Intervention.

Aus anderen Untersuchungen ist belegt, dass Hausärzte bei einer subjektiven Einschätzung der demenzbezogenen Fallzahlen in ihrer Praxis die Größenordnungen überschätzen (Pentzek u. a., 2005; Fuchs u. a., 2012). Dieser Sachverhalt wird mit dem hohen Zeitaufwand in Verbindung gebracht, den diese Patientengruppe beansprucht. Aufgrund dieses Phänomens, der nicht nachvollziehbaren Datenqualität sowie der kleinen und selektiven Stichprobe stellt der ermittelte Wert keine empirisch belastbare Größe dar. Er wird nicht als Indikator für die Wirksamkeit des Projektes herangezogen.

### 6.3.6 Patientendaten in der Verbreitungsphase

Über die Faxformulare wurde auch das Alter der an der Verbreitungsphase teilnehmenden Patienten erhoben. Demnach lag das durchschnittliche Alter der Patienten bei 81 Jahren. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden statistischen Werte:

---

<sup>9</sup> Praxis-Quartals-Inzidenz = Anzahl der Neuerkrankungen pro Arztpraxis in einem Zeitraum von 3 Monaten. Wortlaut der Frage: „Bitte geben Sie so genau wie möglich an, zu wie vielen Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen Demenz es im Quartal 03/09 in Ihrer Praxis gekommen ist.“

Mittelwert Alter (Jahre)	81
Standabweichung	5,9
Min.	66
Max.	98

**Statistik Alter der teilnehmenden Patienten (Verbreitungsphase), N=69 Fehlend=7**

Weiter wurde, insofern ein Minimental-Status-Test durchgeführt wurde, wie in der Pilotphase der ermittelte Punktwert erhoben. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden statistischen Werte.

Mittelwert MMST	20,86
Standabweichung	5,9
Min.	7
Max.	30

**Statistik zum Punktwert MMST (Verbreitungsphase), N=28 Fehlend=7**

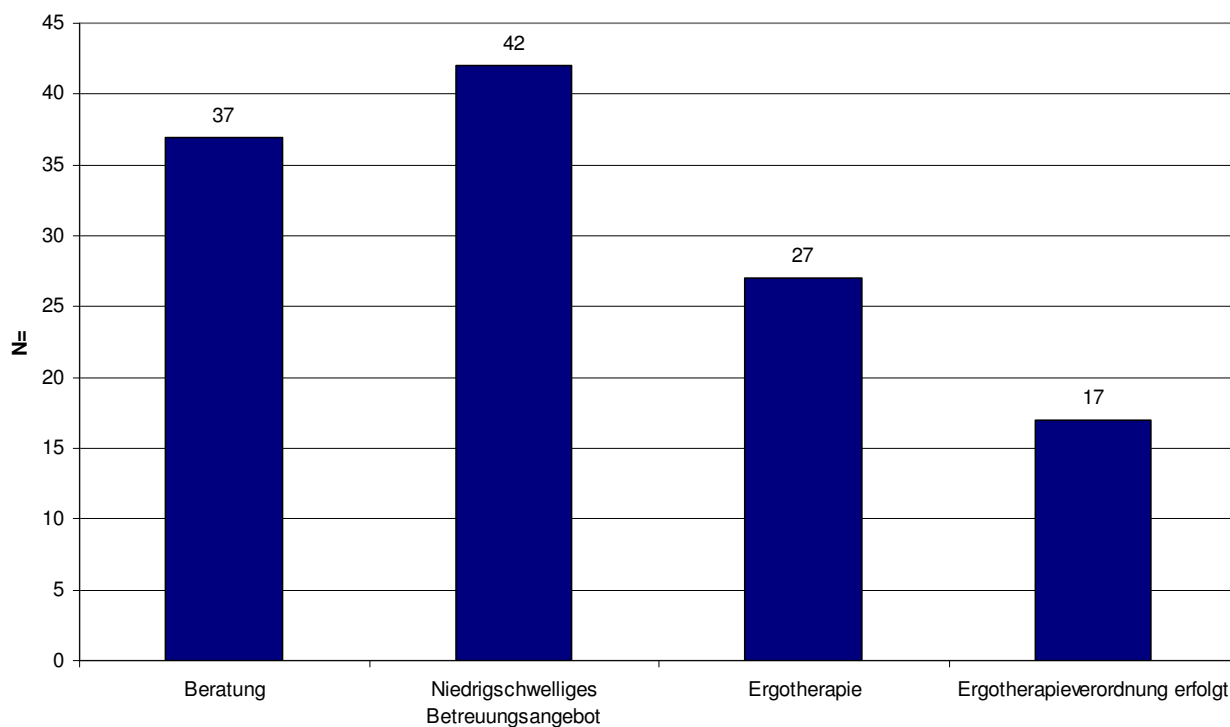
Entsprechend dem Punktmittelwert handelte es sich ähnlich wie in der Pilotphase (Mittelwert MMST: 21,59) zum Zeitpunkt der Diagnosestellung tendenziell um Patienten mit einer beginnenden Demenz, was dem Ansatz des Projektes entspricht, nach welchem eine Diagnosestellung in einer früheren Phase der Erkrankung erreicht werden soll.<sup>10</sup>

Weiter wurde mittels des Faxformulars erhoben, welcher Bedarf ärztlicherseits im Hinblick auf die in FIDEM verfügbaren Hilfeangebote gesehen wurde.

---

<sup>10</sup> Die Skala reicht von 0 bis 30 Punkten, wobei 30 für uneingeschränkte, 0 für schwerstmöglich geschädigte kognitive Funktionen steht. Ab Werten unterhalb von 25 Punkten liegt eine krankheitswertige Beeinträchtigung vor. Eine Punktzahl von unter 20 weist auf eine leichte bis mittlere Demenz hin, eine schwere Form liegt bei einer Punktzahl von unter 10 vor.

### Ärztliche Empfehlungen zu demenzbezogenen Hilfen



**Abbildung 19: Ärztliche Angaben zum Hilfebedarf im Rahmen der FIDEM-Vermittlung (Mehrfachnennungen, N=63, Fehlend=21)**

Demzufolge wurde ähnlich wie in der Pilotphase in der Mehrzahl der Fälle vom behandelnden Arzt bei den Patienten ein Bedarf an Niedrigschwelliger Betreuung gesehen, gefolgt von einem Bedarf an weitergehenden Beratungsleistungen. In 17 von 27 Fällen, in denen der Hausarzt Bedarf an Ergotherapie gesehen hat, ist auch eine entsprechende Verordnung erfolgt. In den anderen zehn Fällen könnten budgetrechtliche Bedenken eine Rolle gespielt haben.

## 7. Bewertungen von FIDEM durch Ärzte, MFA's, und NBA's

Im Folgenden werden die Ergebnisse der standardisierten Nachbefragung der Ärzte, MFA und NBA dargestellt. Da hier Teilnehmer der Verbreitungsphase und der Pilotphase mit einbezogen wurden, beziehen sich die Ergebnisse auf das gesamte Projekt.<sup>11</sup>

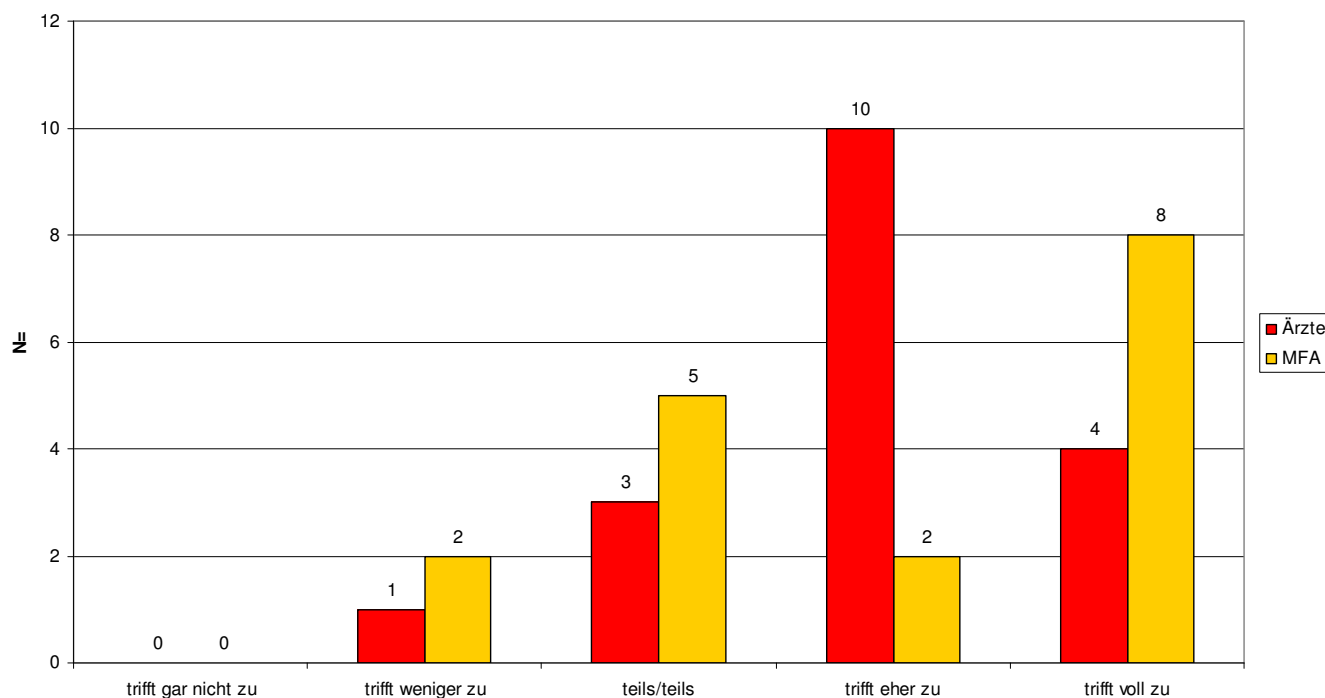
<sup>11</sup> Ein statistische Analyse der Unterschiede zwischen Pilot und Verbreitungsphase war aufgrund der vergleichsweise kleinen Stichprobe der Pilotphase nicht möglich.

## 7.1 Erhebungsrücklauf

Der Rücklauf der Erhebung lag bei den Ärzten bei 80 Prozent (N=20 von 24 Ärzten) und bei den Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten bei 90 Prozent (N=27 von 30 NBA). Der etwas geringere Rücklauf bei den MFA (17 MFA aus 24 Praxen) lässt sich ggf. damit erklären, dass die Erhebung zur Zeit der niedersächsischen Schulferien durchgeführt wurde und sich wohlmöglich einzelne MitarbeiterInnen der Praxisteams im Urlaub befanden.

## 7.2 Einschätzungen der Ärzte und MFA zu Wirkungen in den Arztpraxen

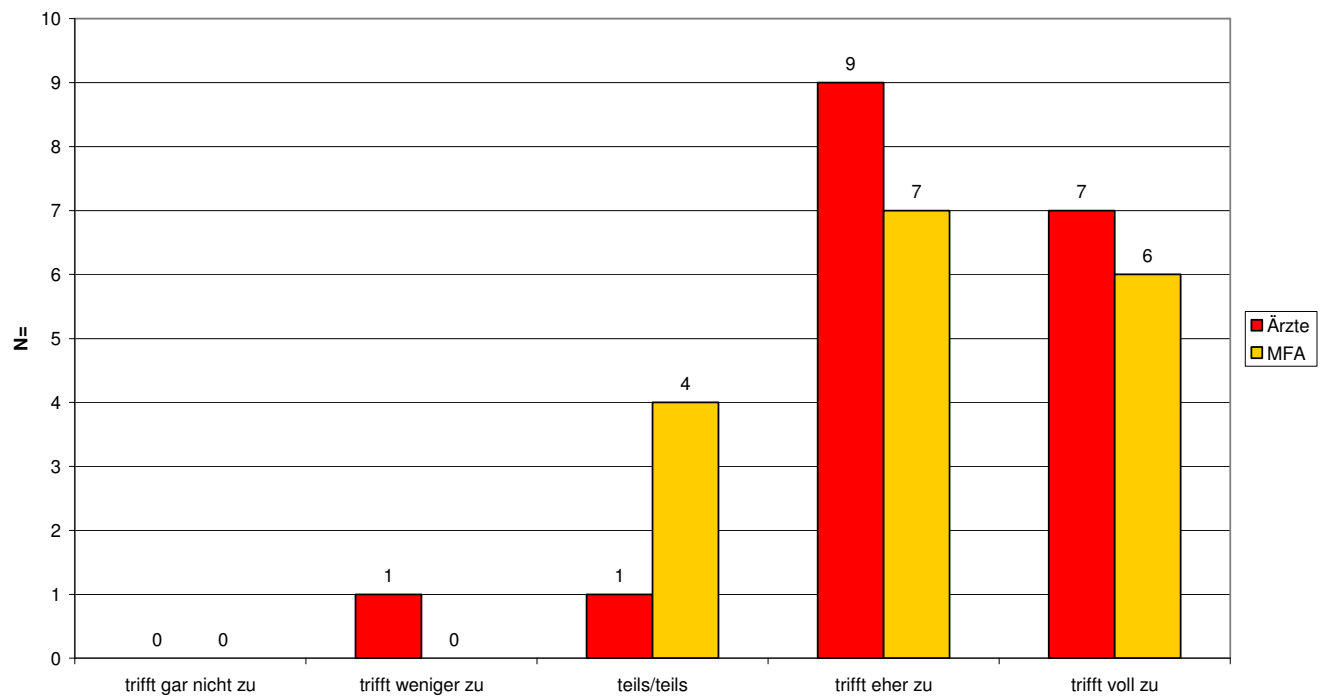
Die folgenden Abbildungen stellen zunächst die Einschätzungen der Hausärzte sowie MFA zu den durch FIDEM verursachten Veränderungen in ihren jeweiligen Arztpraxen dar. Alle Antworten konnten auf einer fünfstufigen Antwortskala mit den Antwortformaten „trifft gar nicht zu“, „trifft weniger zu“, „teils/teils“, „trifft eher zu“ und „trifft genau zu“ gegeben werden.



**Abbildung 20: Antworten der Ärztinnen/Ärzte und MFA zum Item: „Das Thema Demenz ist in der Praxis durch das Projekt FIDEM stärker in den Vordergrund gerückt“ (Ärzte, N=18, Fehlend=2; MFA, N=17, Fehlend=0)**

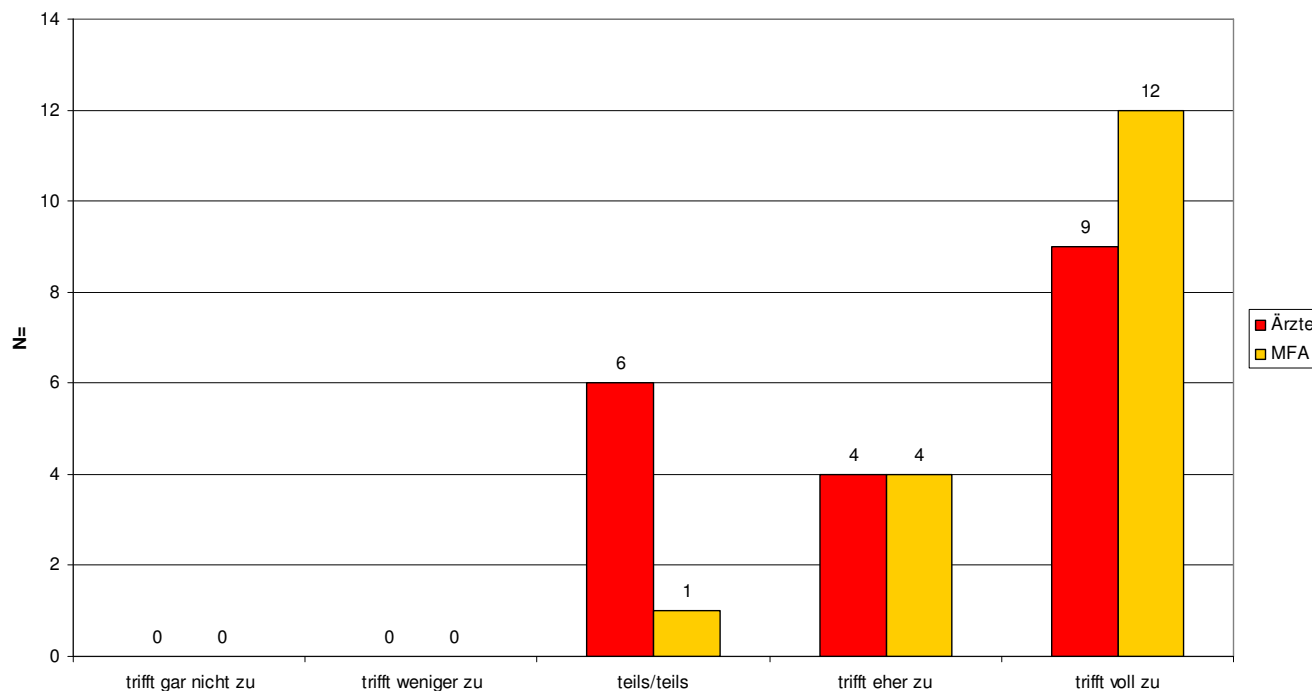
Ziel des Projektes FIDEM war es unter anderem, das Thema Demenz stärker in die täglichen Prozesse der Hausarztpraxen zu verankern. Abbildung 20 zeigt die Antworten zum entsprechend formulierten Item „Das Thema Demenz ist in der Praxis durch das Projekt FIDEM stärker in den Vordergrund gerückt“. Hierzu gab die deutliche Mehrzahl (14 von 18 Ärzten und 10 von 17 MFA) an, dass dies für sie „eher zutrefte“ bzw. „genau zutrefte“.

Ein Ziel der FIDEM-Schulungen war es, die demenzbezogenen Abläufe in den Hausarztpraxen zu optimieren. Während bei der Schulungsevaluation die unmittelbaren Effekte der Schulungen erhoben wurden, sollte im Rahmen der Nachbefragung am Ende der Verbreitungsphase auch zeitlich nachgelagerte Effekte, also der Outcome der Schulungen erfasst werden. Dies geschah unter Anderem anhand des Items „Das hinzugewonnene Wissen zu Demenz hat die Abläufe in der Praxis positiv beeinflusst“. Wie Abbildung 21 zu entnehmen ist, waren 16 der 18 antwortenden Ärzte und 13 der 17 antwortenden MFA der Meinung, das diese Aussage für ihre Praxis „eher zutrefte“ bzw. „genau zutrefte“.



**Abbildung 21: Antworten der Ärztinnen/Ärzte und MFA zum Item: „Das hinzugewonnene Wissen zu Demenz hat die Abläufe in der Praxis positiv beeinflusst“, (Ärzte, N=18, Fehlend=2; MFA, N=17, Fehlend=0).**

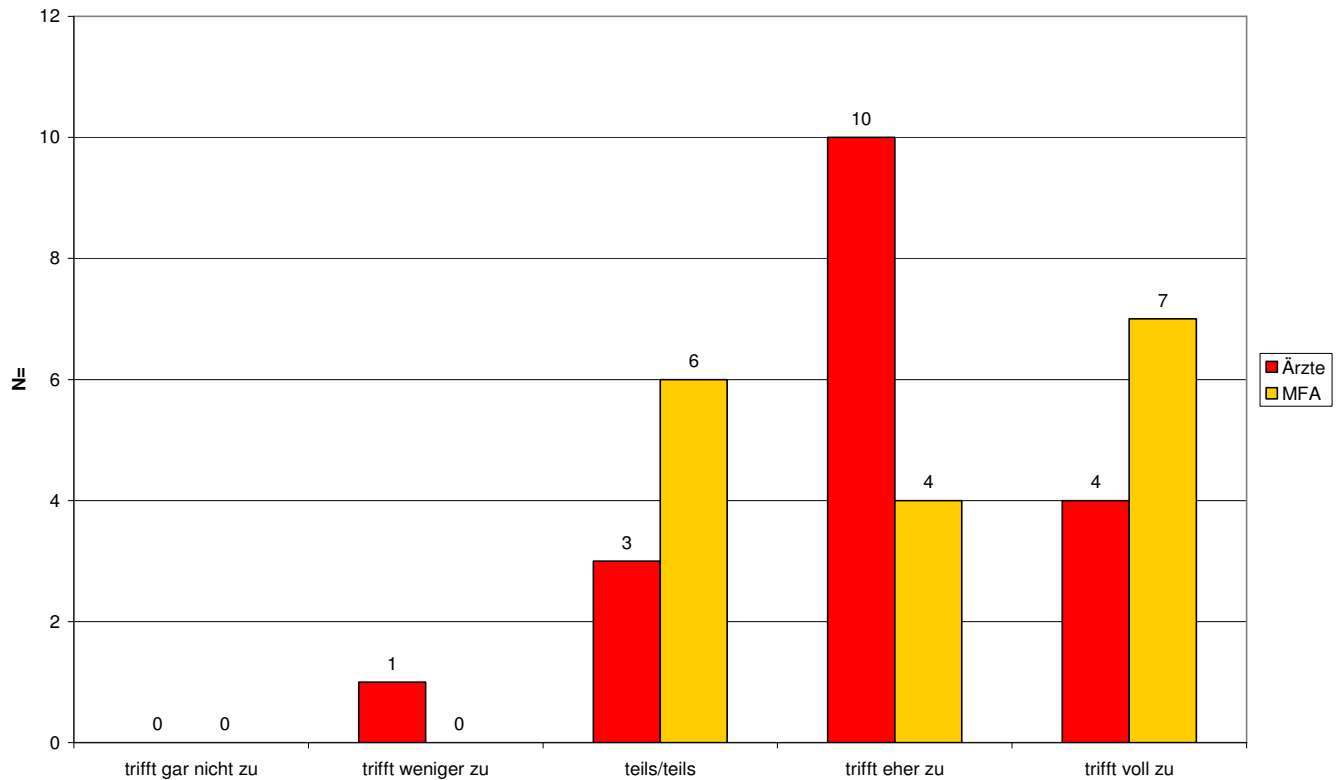




**Abbildung 22: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Der Blick auf meine Patienten unter dem Aspekt Demenz ist aufmerksamer geworden“ und der MFA zum Item: „Der Blick auf die Patienten unter dem Aspekt Demenz ist aufmerksamer geworden“, (Ärzte: N=19, Fehlend=1; MFA: N=17, Fehlend=0).**

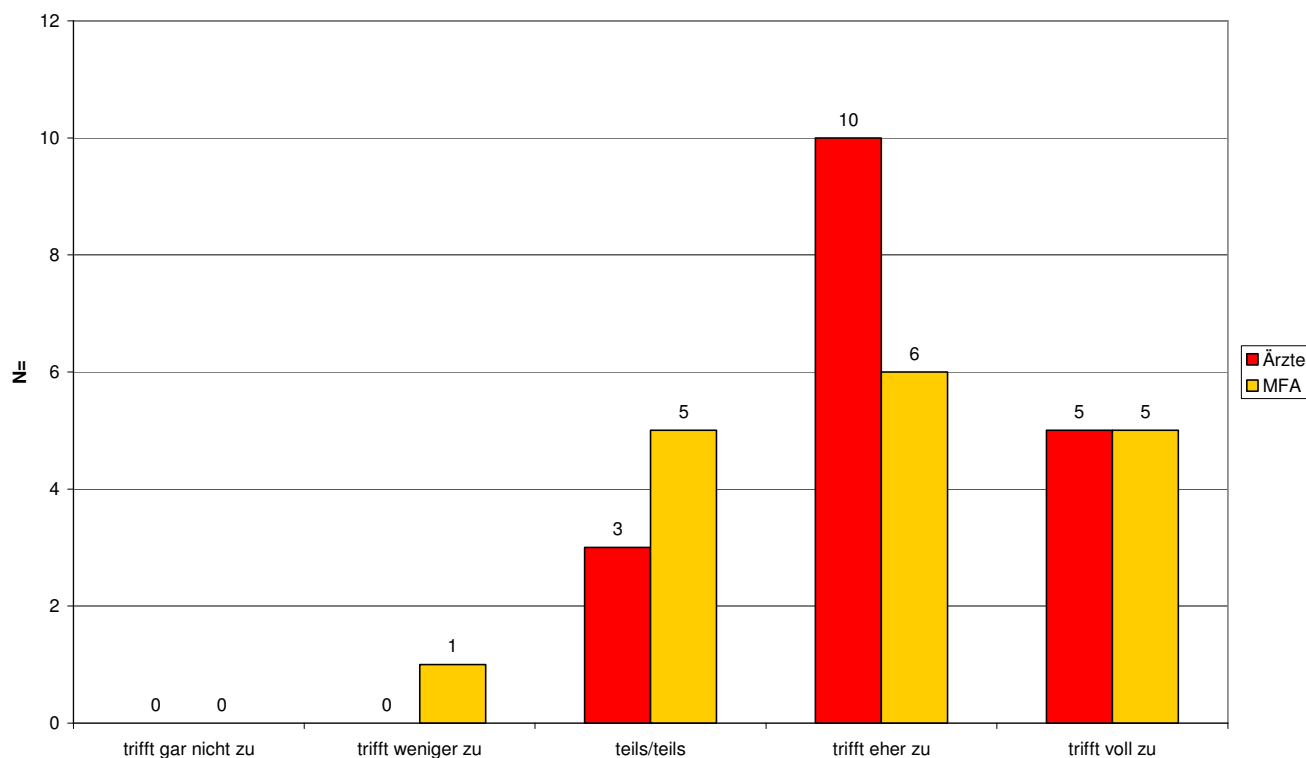
Ferner sollte erfasst werden, ob die Sensibilität im Hinblick auf frühe Anzeichen von Demenz bei teilnehmenden Hausärzten und MFA zugenommen hatte. Zu diesem Zweck wurden die Ärzte mit dem Item „Der Blick auf meine Patienten unter dem Aspekt Demenz ist aufmerksamer geworden“ und die MFA mit dem Item: „Der Blick auf die Patienten unter dem Aspekt Demenz ist aufmerksamer geworden“ konfrontiert. Während sechs Ärzte mit der Kategorie „teils/teils“ antworteten, waren 13 der 19 antwortenden Ärzte der Meinung, diese Aussage treffe eher zu bzw. treffe voll zu. Die Angaben der MFA waren im Hinblick auf die erreichten Effekte hingegen eindeutiger.

Im Rahmen der qualitativen Interviews mit Ärzten der Pilotphase ergaben sich Hinweise auf Ärzte, die angaben, auch vor der Intervention bereits einen sehr guten Blick auf mögliche Demenzsymptome bei ihren Patienten zu haben, so dass hier subjektiv keine nennenswerte Entwicklung mehr stattfinden konnte. Dies könnte ggf. die sechs hier vorzufindenden ärztlichen Nennungen im Skalenmittelfeld erklären.



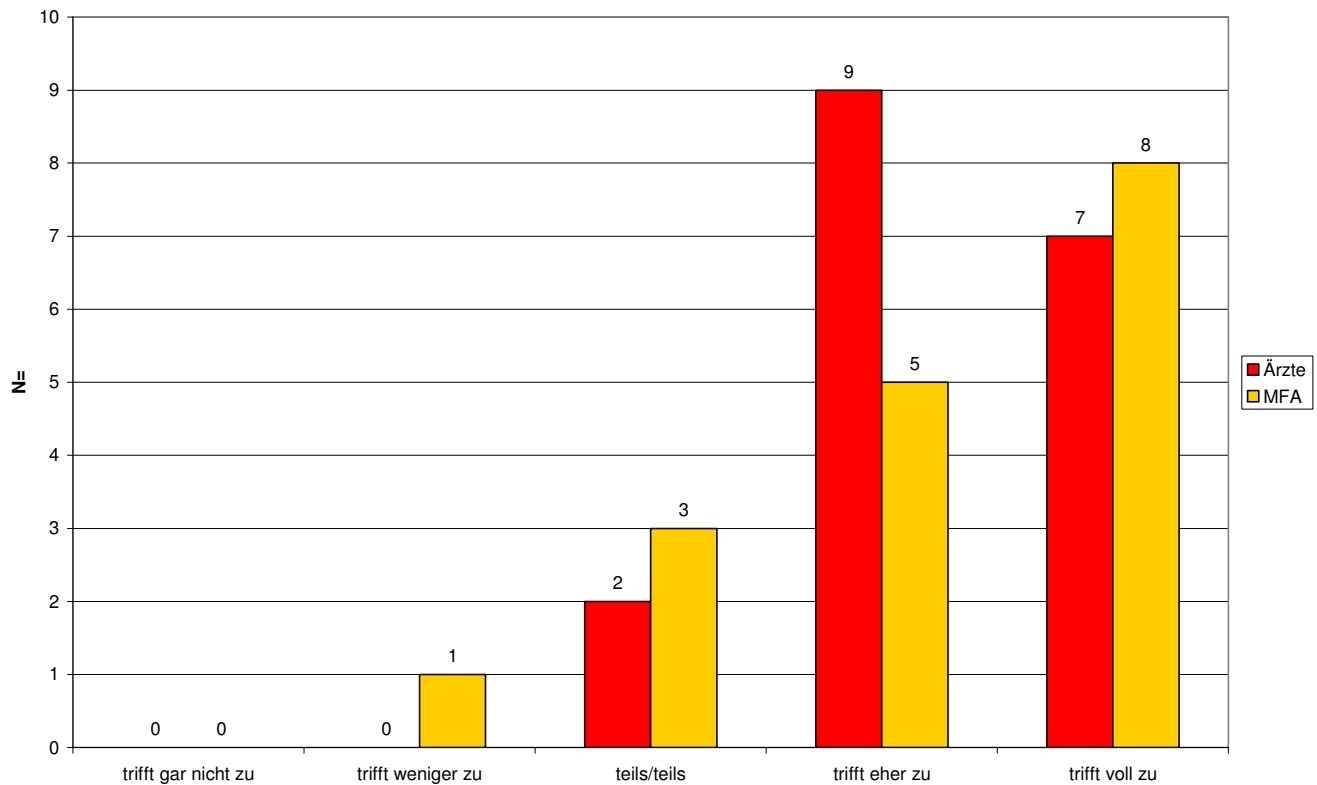
**Abbildung 23: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Ich thematisiere einen Verdacht auf Demenz gegenüber den Patienten bzw. Angehörigen nun früher“ und der MFA zum Item: „Ich thematisiere einen Verdacht auf Demenz bei einem Patienten gegenüber dem Arzt / der Ärztin nun früher“, (Ärzte: N=18, Fehlend=2; MFA: N=17, Fehlend=0).**

Ein wesentliches Ziel des Projektes war es, die Ärzte dazu zu befähigen, die Diagnose Demenz aktiver zu thematisieren. Das entsprechend formulierte Item für die Ärzte lautete „Ich thematisiere einen Verdacht auf Demenz gegenüber den Patienten bzw. Angehörigen nun früher“, (MFA: „Ich thematisiere einen Verdacht auf Demenz bei einem Patienten gegenüber dem Arzt / der Ärztin nun früher“). 14 der 18 antwortenden Ärzte machten Angaben im positiven Bereich der Skala („trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“). Etwas schwächer fielen hingegen die Antworten der MFA aus, von denen immerhin sechs von 17 antworteten, dies treffe nur teilweise auf sie zu. Demgegenüber stehen elf MFA, die der Aussage eher oder voll zustimmen konnten. Möglicherweise sehen sich die 6 im Mittelfeld antwortenden MFA nicht in der Rolle, den Arzt aktiv auf Verdachtsmomente hinzuweisen.



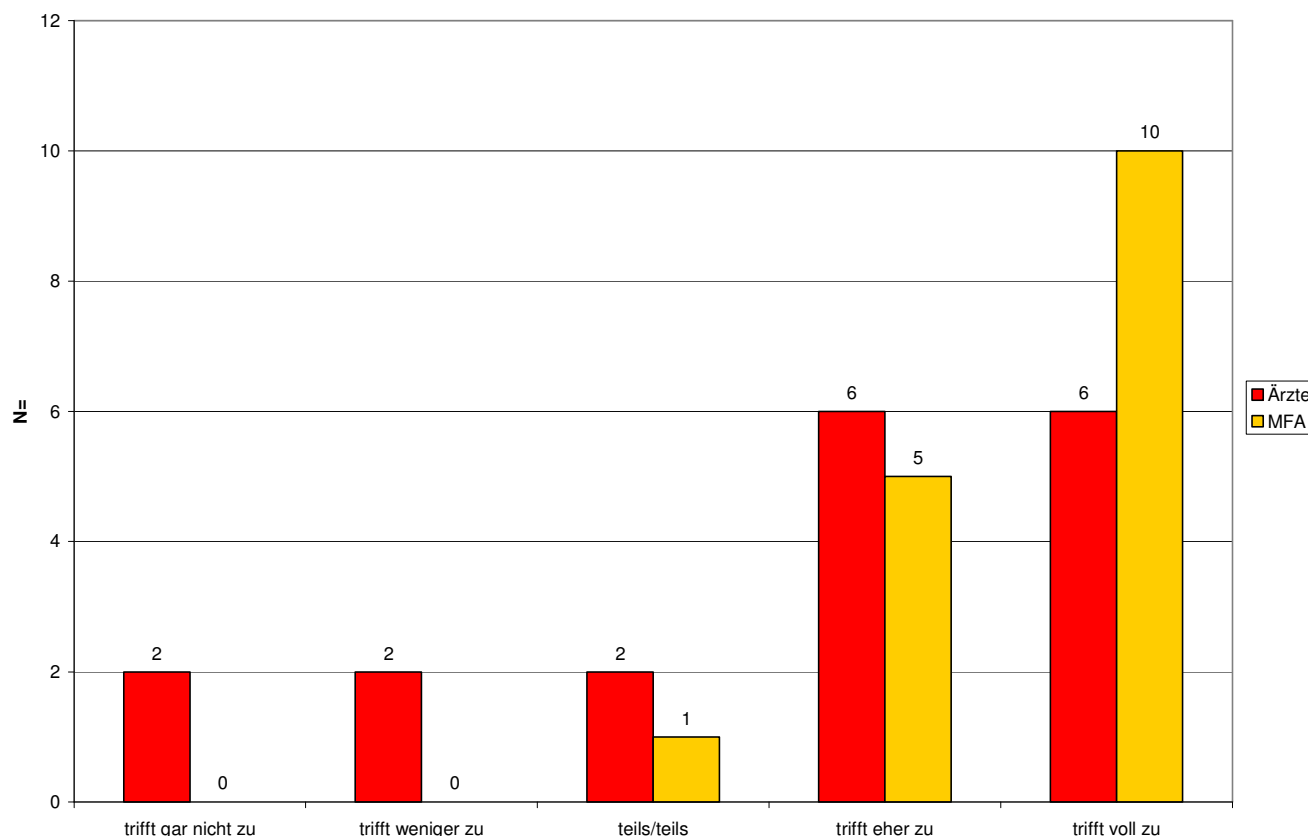
**Abbildung 24: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Die Kommunikation mit dem Patienten und Angehörigen im Rahmen der Demenzdiagnose hat sich positiv verändert“ und der MFA zum Item: „Die Kommunikation mit dem Patienten und Angehörigen im Zusammenhang mit Demenz hat sich positiv verändert“, (Ärzte: N=18, Fehlend=2; MFA: N=17, Fehlend=0).**

Ein Baustein der Schulungsinhalte betraf die Arzt-Patient-Kommunikation im Kontext der Demenzdiagnose. Mit der Vermittlung des entsprechenden Wissens war das Ziel verbunden, diesen schwierigen Kommunikationsprozess gelingend zu gestalten. Das entsprechende Item lautete für die Ärzte „Die Kommunikation mit dem Patienten und Angehörigen im Rahmen der Demenzdiagnose hat sich positiv verändert“. Da auch teilweise die MFA im Rahmen der Testdurchführung, aber auch bei der Beratung zu möglichen Angeboten aktiv in die Kommunikation mit den Betroffenen einbezogen wurden, wurde hier analog das Item: „Die Kommunikation mit dem Patienten und Angehörigen im Zusammenhang mit Demenz hat sich positiv verändert“ formuliert. Wie bei den vorherigen Items gab es hierzu überwiegend positive Antworten, wobei diese positive Tendenz bei den Ärzten noch deutlicher ausfiel. 15 der 18 antwortenden Ärzte gaben an, dass die Aussage eher oder voll auf sie zutraf. Bei den MFA waren elf der 17 antwortenden Personen dieser Meinung.



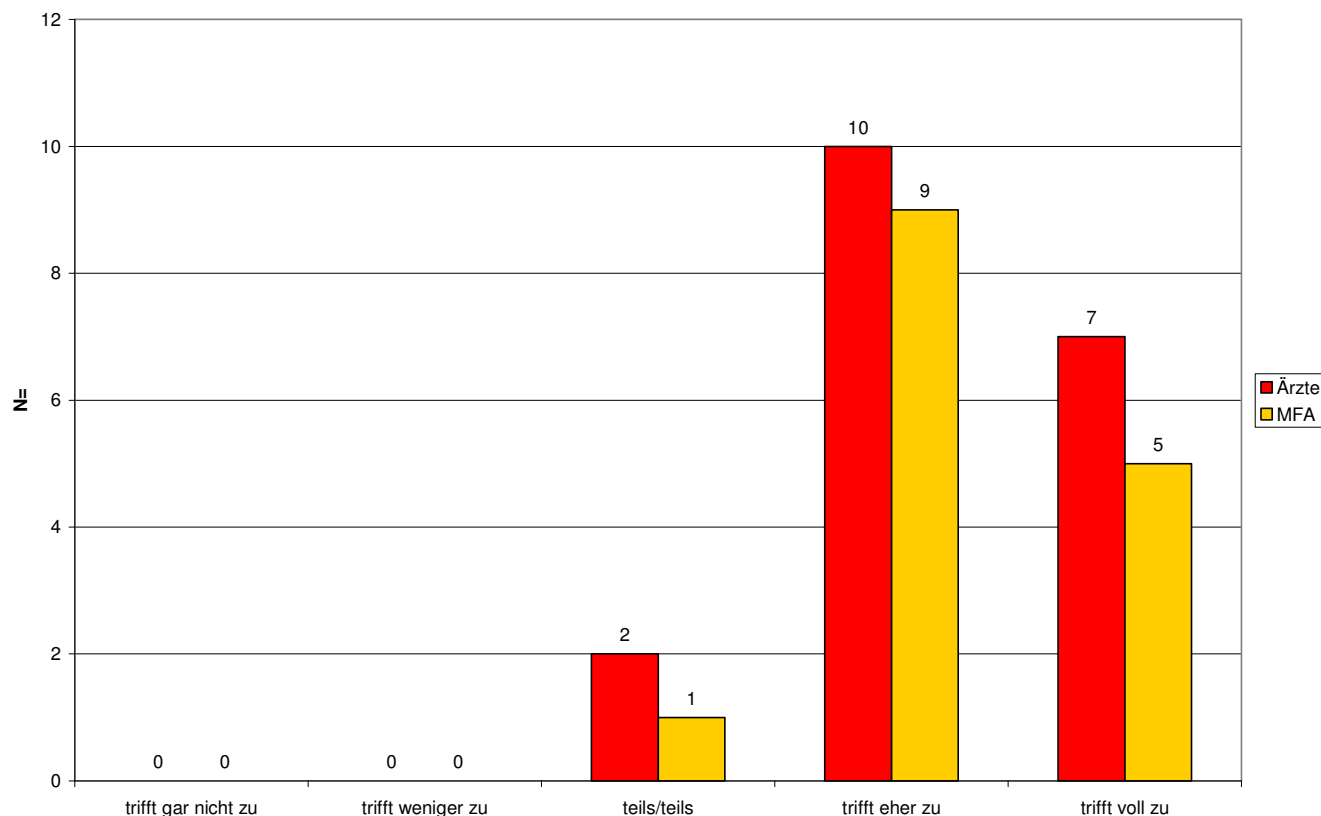
**Abbildung 25: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Die medizinischen Fachangestellten können besser auf die Bedürfnisse demenzverdächtiger Patienten und deren Angehörigen eingehen“ und der MFA zum Item: „Ich kann besser auf die Bedürfnisse demenzverdächtiger Patienten und deren Angehörigen eingehen“, (Ärzte: N=18, Fehlend=2; MFA: N=17, Fehlend=0).**

Der Aspekt, die Bedürfnisse von demenzverdächtigen Patienten zu kennen und Strategien zu beherrschen, um auf diese Bedürfnisse eingehen zu können, ist ein wesentlicher Indikator für ein entsprechend erfolgreiches Handeln der MFA im Umgang mit dieser Personengruppe. Erfasst wurde dieser Indikator zum einen über die ärztliche Fremdwahrnehmung sowie zum anderen über die Selbstwahrnehmung der MFA. Bemerkenswert ist die geringe Abweichung beider Perspektiven: In beiden Gruppen besteht überwiegend die Einschätzung, dass die MFA nach den Schulungen besser auf die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen eingehen können (Ärzte 16 von 18: „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“; MFA 13 von 17; „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“).



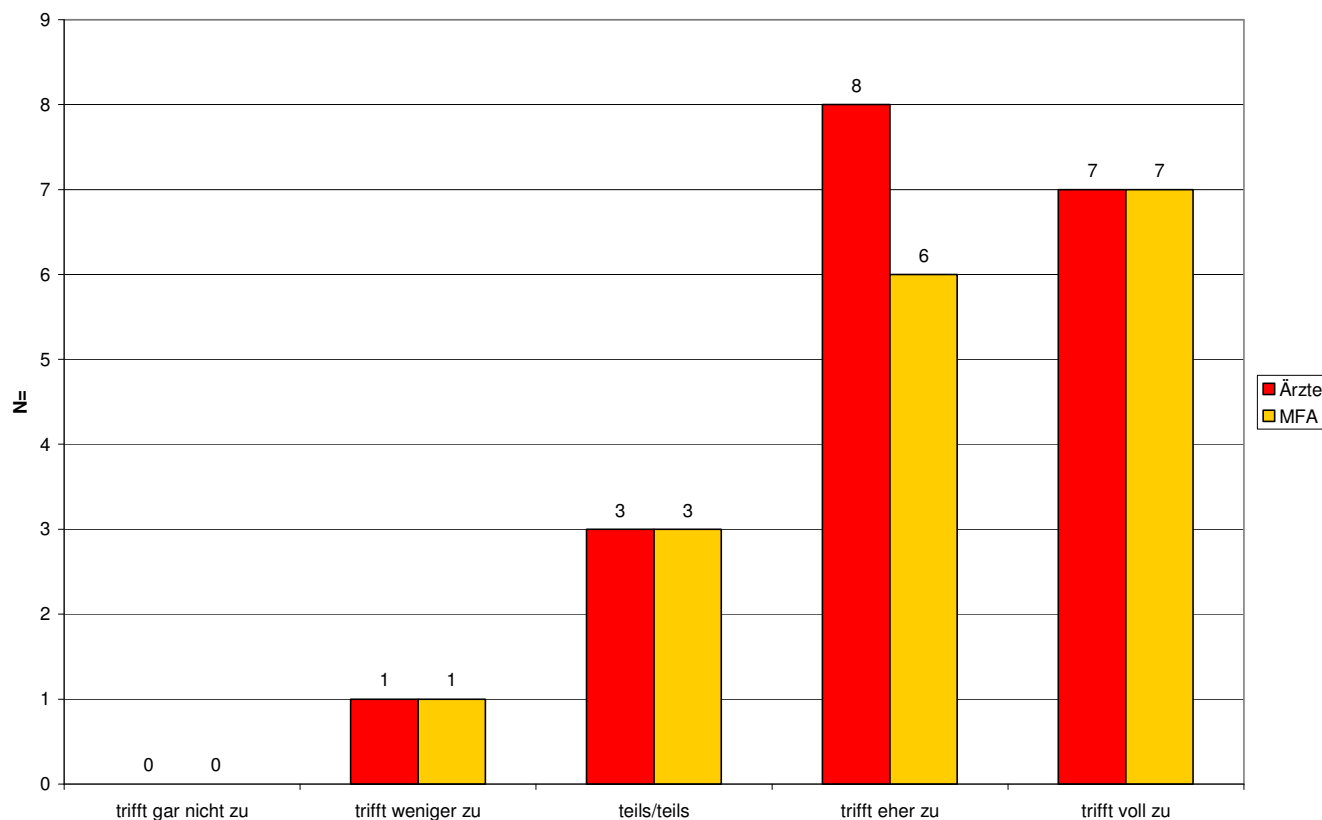
**Abbildung 26: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Es werden vermehrt Demenztests in meiner Praxis durchgeführt“ und der MFA zum Item: „Es werden vermehrt Demenztests in dieser Praxis durchgeführt“, (Ärzte: N=18, Fehlend=2; MFA: N=16, Fehlend=1).**

Ein Ziel der Intervention war es, in den Hausarztpraxen zur verstärkten Testung von demenzverdächtigen Patienten anzuregen. Dies geschah unter anderem über die Vermittlung von Wissen zu Demenzleitlinien sowie des theoretischen und praktischen Wissens zur Durchführung der jeweiligen Testverfahren. Erfragt wurde dies bezüglich die subjektive Einschätzung zu entsprechenden Veränderungen über die Items „Es werden vermehrt Demenztests in meiner Praxis durchgeführt“ (Ärzte) und „Es werden vermehrt Demenztests in dieser Praxis durchgeführt“ (MFA). Während sich bei den MFA hier ein eindeutig positives Bild abzeichnet (15 von 16: „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“), antworten immerhin sechs der 18 Ärzte im Bereich „teils/teils bzw „trifft weniger (...)“ oder „(...) gar nicht zu“. Womöglich liegt die Ursache für dieses Ergebnis beim Betrachtungsfokus auf das eigene berufliche Handeln: Wie bereits in der Pilotphase beobachtet, kommt es im Rahmen von FIDEM vor allem bei den MFA zu einer vermehrten Umsetzung von Demenztests (siehe Abschnitt 5.3.4).



**Abbildung 27: Antworten der Ärztinnen/Ärzte und MFA zum Item: „Durch das Projekt FIDEM fühle ich mich besser auf demenzbezogene Anforderungen im Praxisalltag vorbereitet“, (Ärzte: N=19, Fehlend=1; MFA: N=15, Fehlend=2).**

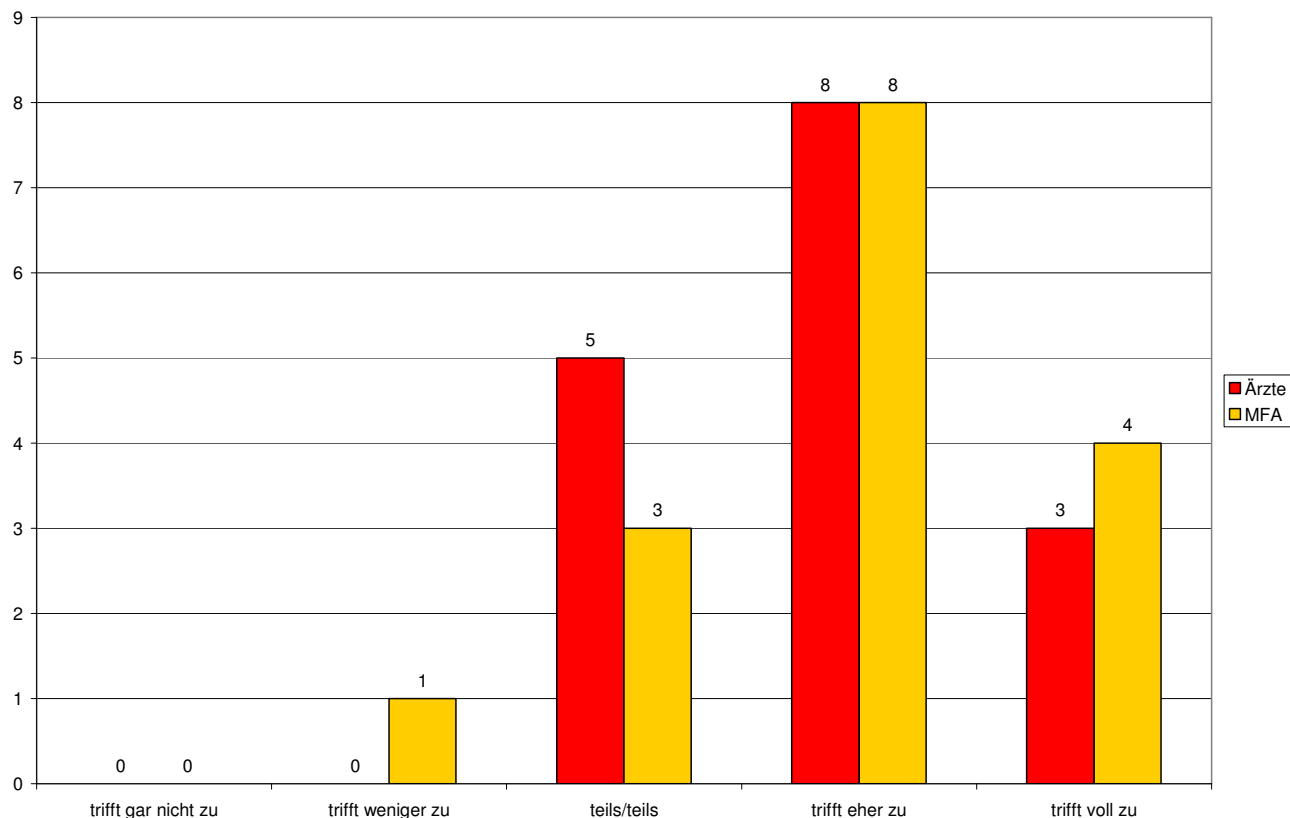
Inwiefern FIDEM dazu führen kann, dass sich die Ärzte und MFA in den teilnehmenden Hausarztpraxen generell besser auf die Anforderungen vorbereitet fühlen, die in der Behandlung von an Demenz erkrankten Patienten und deren Angehörigen auftreten, wurden mit dem Item „Durch das Projekt FIDEM fühle ich mich besser auf demenzbezogene Anforderungen im Praxisalltag vorbereitet“ (Ärzte und MFA) erfasst. Hiermit wurde eine „handlungsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung“ erfasst. Gemeint ist die Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen bestimmte Handlungen erfolgreich ausführen zu können. Eine positive Selbstwirksamkeitserwartung hat einen hohen Vorhersagewert im Hinblick auf den Erfolg des anschließenden Handelns. Bei den Antworten zeigt sich ein deutlich positives Bild: 17 von 19 Ärzten sind der Auffassung, die gemachte Aussage „trifft eher zu“ bzw. „trifft voll zu“. Ebenso deutlich ist das Ergebnis bei den MFA, wonach 14 von 15 in diesem positiven Bereich antworten. Der Kompetenzzuwachs hat bei beiden Gruppen dazu geführt, dass sie sich besser auf demenzbezogenen Anforderungen in ihrem beruflichen Alltag vorbereitet fühlen.



**Abbildung 28: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Durch das Projekt FIDEM werden an Demenz erkrankte Patienten besser in meiner Praxis versorgt“ und der MFA zum Item: „Durch das Projekt FIDEM werden an Demenz erkrankte Patienten besser in unserer Praxis versorgt“, (Ärzte: N=18, Fehlend=2; MFA: N=17, Fehlend=0).**

Besondere Relevanz im Hinblick auf die primären Ziele des Projektes hat letztlich der Zuwachs an Qualität der Versorgung der an Demenz erkrankten Patienten und Angehörigen. Insofern war die subjektive Einschätzung dieses Aspektes durch die Ärzte und MFA von besonderem Interesse. Für die Gruppe der Ärzte lautete das entsprechende Item: „Durch das Projekt FIDEM werden an Demenz erkrankte Patienten besser in meiner Praxis versorgt“. Für die MFA lautete es analog: „Durch das Projekt FIDEM werden an Demenz erkrankte Patienten besser in unserer Praxis versorgt“.

Wieder zeigt sich ein insgesamt positives Bild zum untersuchten Aspekt: 15 der 18 antwortenden Ärzte waren der Meinung, dass diese Aussage auf ihre Hausarztpraxis zuträfe. Bei der Gruppe der MFA galt dies für 13 von 17 der Befragten, ein geringer Anteil von jeweils drei Befragten äußerte sich ambivalent und jeweils ein Arzt und eine MFA gab an, dass dies weniger zuträfe.



**Abbildung 29: Antworten der Ärzte und MFA zum Item: „Die Rückmeldungen der teilnehmenden Patienten zu den vermittelten Unterstützungsangeboten waren positiv“ (Ärzte: N=16, Fehlend=4; MFA: N=16, Fehlend=1).**

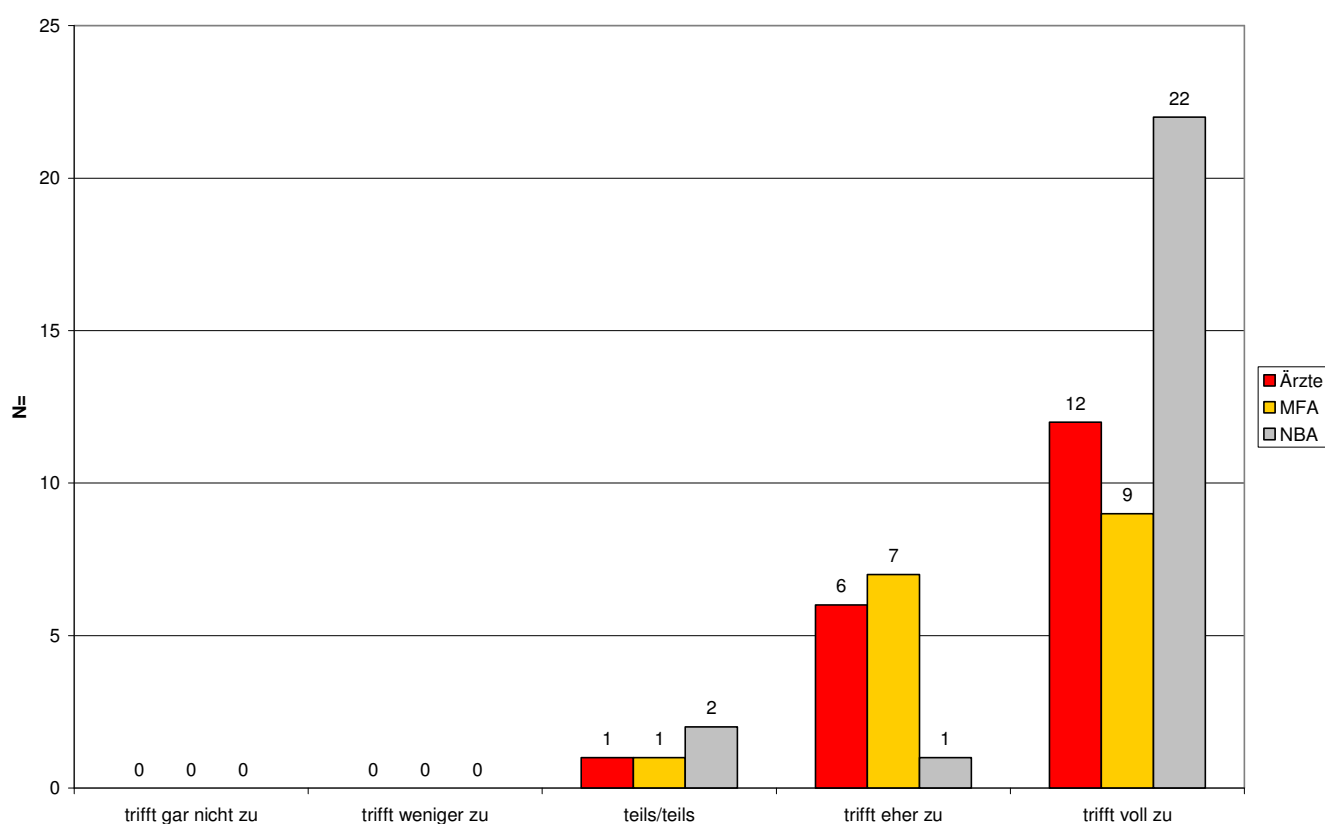
Anschließend wurde erfragt, ob sich die Patienten/Angehörigen gegenüber dem Hausarzt positiv zu den vermittelten Angeboten geäußert hatten. Aus diesem Item lassen sich mittelbar Aussagen über die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen ableiten. Weiterhin können die Werte als ein Hinweis auf die Motivation des Hausarztes interpretiert werden, dauerhaft an die entsprechenden Angebote zu vermitteln. Positive Rückmeldungen dürften hierfür eine wesentliche Voraussetzung sein. Abbildung 29 zeigt, dass elf von 16 antwortenden Ärzten und 12 von 16 antwortenden MFA das Item mit „trifft eher zu“ bzw. „trifft voll zu“ bewertet haben. Fünf Ärzte und drei MFA gaben hier „teils/teils“ an, was auf unterschiedliche Rückmeldungen schließen lässt. Eine MFA hatte offenbar auch weniger positive Rückmeldungen durch Patienten bekommen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Veränderungen, die in den Hausarztpraxen angestrebt wurden, aus der Sicht der Ärzte und MFA in nahezu vollem Umfang eingetreten sind.



### 7.3 Einschätzungen der Ärztinnen/Ärzte, MFA und NBA zum Kooperationsaufbau

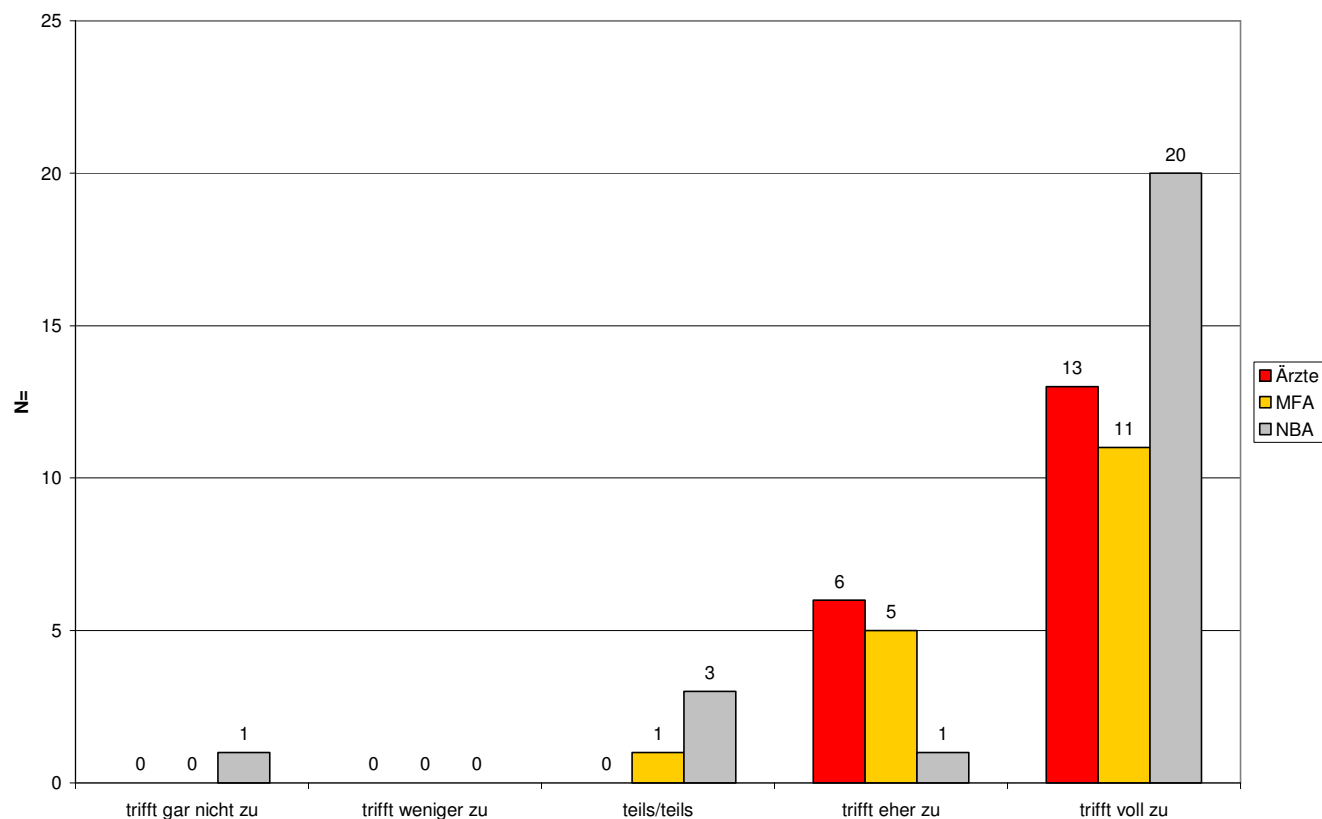
Die folgenden Abbildungen und Erläuterungen beziehen sich auf verschiedene Aspekte der Kooperation zwischen den Hausarztpraxen und Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Hierzu wurden neben den Einschätzungen der Hausärzte sowie MFA auch die Einschätzungen der NBA erfasst. Die Häufigkeiten der Antwortvergaben werden im direkten Vergleich dargestellt. Bei der Interpretation der Balkendiagramme ist die größere Stichprobe der NBA sowie die Angabe der Werte in absoluten Zahlen zu berücksichtigen (NBA: N=27, Ärzte: N=20, MFA: N=17).



**Abbildung 30: Antworten der Ärztinnen/Ärzte und MFA zum Item: „Die demenzbezogenen Unterstützungsangebote in der Umgebung sind mir bekannt“ und der NBA zum Item: „Die an FIDEM teilnehmende Arztpraxis in meiner Umgebung ist mir bekannt“, (Ärzte: N=19, Fehlend=1; MFA: N=17, Fehlend=0, NBA: N=25, Fehlend=2).**

Die Abbildung 30 zeigt zunächst die gegenseitige Bekanntheit von Hausarztpraxis und NBA. Wie den Werten zu entnehmen ist, gibt es hier mit großer Mehrheit bei allen Beteiligten Kenntnisse zu den jeweiligen Einrichtungen/Hausarztpraxen in der Region. 23 von 25 NBA, 18 von 19 Hausärzten und 16 von 17 MFA antworteten auf das Item „Die demenzbezogenen

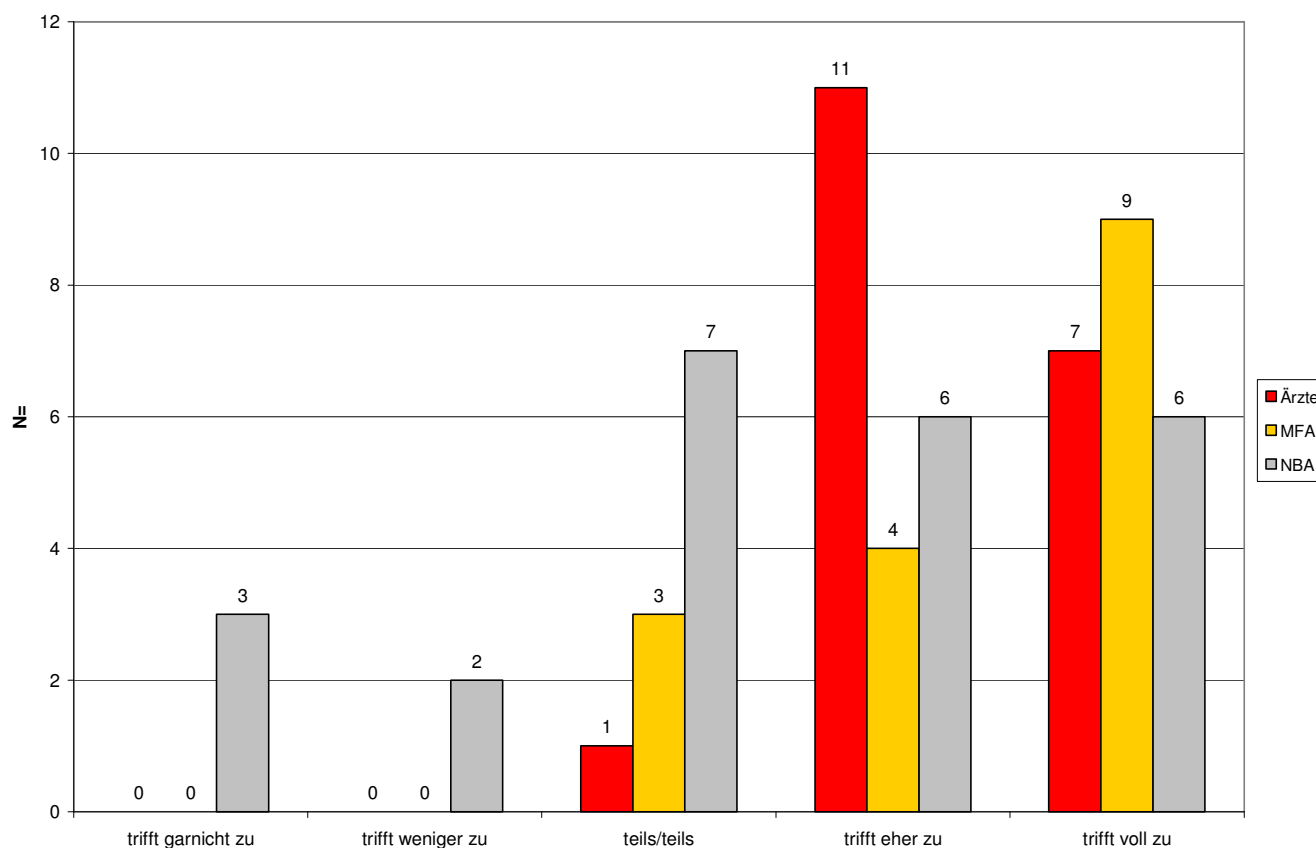
Unterstützungsangebote/Die an FIDEM teilnehmende Arztpraxis in meiner Umgebung ist mir bekannt“ mit „trifft eher zu“ bzw. „trifft voll zu“. Vier Personen äußerten sich ambivalent mit „teils/teils“.<sup>12</sup>



**Abbildung 31: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Der/Die dort zuständige KoordinatorIn ist mir persönlich bekannt“ und der NBA zum Item: „Der dort zuständigen Arzt/die Ärztin ist mir persönlich bekannt“, (Ärzte: N=19, Fehlend=1; MFA: N=17, Fehlend=0; NBA: N=25, Fehlend=2).**

Als weiterer Indikator für die Kooperationsqualität wurde erfasst, ob darüber hinaus auch der jeweilige Hausarzt bzw. Ansprechpartner des NBA persönlich bekannt ist. Diese persönliche Bekanntheit sollte mit den durch FIDEM organisierten Kooperationstreffen erreicht werden. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim Item zuvor.

<sup>12</sup> Aus der Vorbefragung der Ärzte der Pilotphase ist bekannt, dass im Vorfeld der Intervention die Kenntnisse der Hausärzte zu demenzbezogenen Angeboten in der Umgebung vor der Intervention lediglich rudimentär waren (siehe Abschnitt 5.3.4).

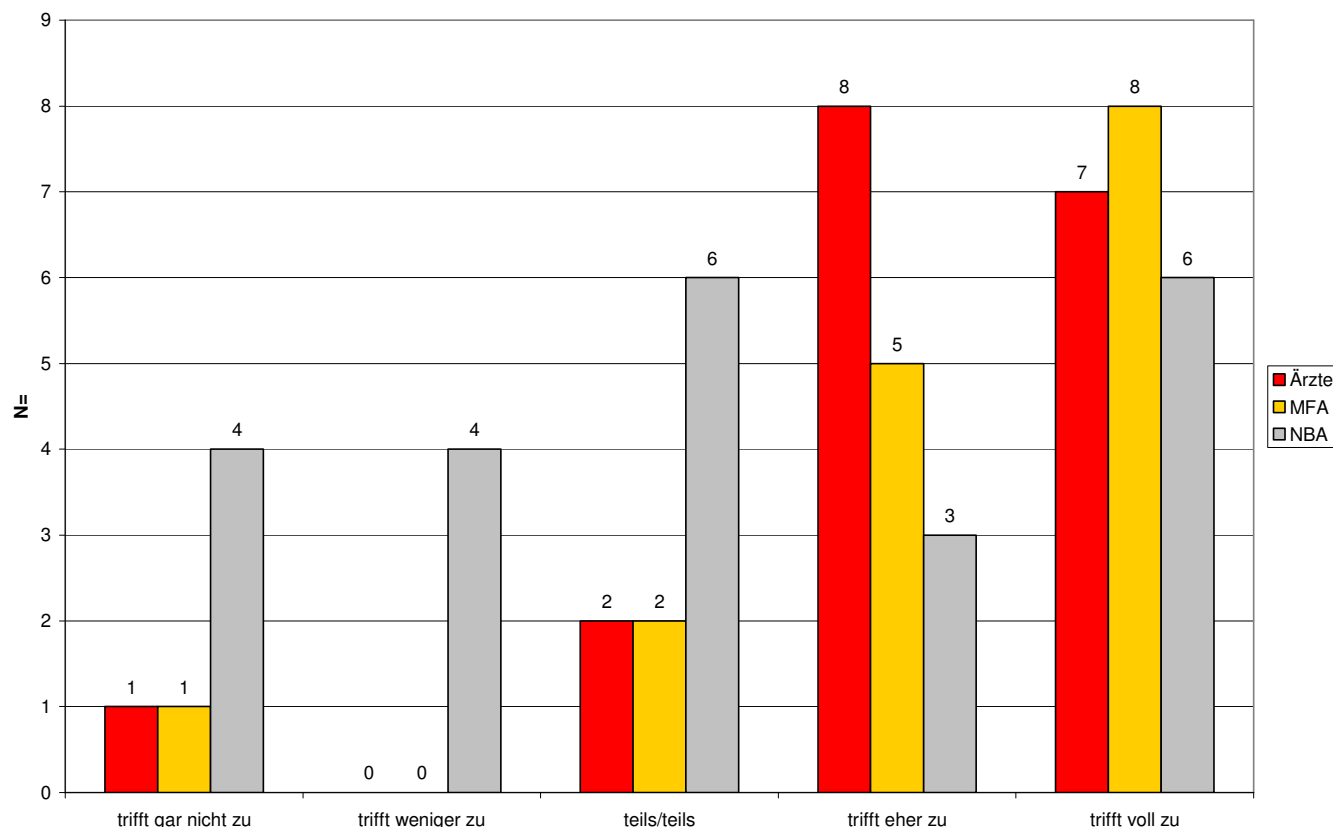


**Abbildung 32: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Die Qualität der Kooperationen mit dem teilnehmenden NBA bewerte ich als hoch“ und der NBA zum Item: „Die Qualität der Kooperationen mit der teilnehmenden Arztpraxis bewerte ich als hoch“, (Ärzte: N=19, Fehlend=1; MFA: N=17, Fehlend=0; NBA: N=24, Fehlend=3).**

Um Aussagen zur subjektiven Einschätzung der Kooperationsqualität zu erhalten, wurde diese anhand der Items „Die Qualität der Kooperationen mit dem teilnehmenden NBA bewerte ich als hoch“ und: „Die Qualität der Kooperationen mit der teilnehmenden Arztpraxis bewerte ich als hoch“ erfasst. Zunächst zeigt sich in den Ergebnissen eine deutlich positive Einschätzung der Ärzte zur Qualität der Kooperation mit den jeweiligen NBA: 18 der 19 antwortenden Ärzte bewerteten das Item mit „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“. Etwas schwächer fiel die Einschätzung durch die MFA aus. Bemerkenswert ist, dass diesen positiven Einschätzungen eine sehr heterogene Einschätzung durch die NBA gegenüberstand. Lediglich die Hälfte der NBA stufte das Item zur Kooperationsqualität als eher oder voll zutreffend ein. Die andere Hälfte verteilte sich auf die restlichen Antwortkategorien (7: „teils/teils“, 2: „trifft weniger zu“ und 3: „trifft gar nicht zu“).

Um weiter Auskunft über die Ursachen dieser unterschiedlichen Wahrnehmungen der Kooperationsqualität zu erhalten, wurde für die Gruppe der NBA ein Zusammenhang zwischen der hier dargestellten Variable und der Anzahl der durch den Arzt zugewiesenen Fällen

untersucht. Hier zeigte sich ein Zusammenhang mittlerer Stärke, der sich im Test zudem als signifikant erwies.<sup>13</sup> Dem zufolge hängt die Zufriedenheit mit der Kooperation auf der Seite der NBA stark von der Anzahl des vermittelten Patienten ab. Je weniger Patienten zugewiesen wurden, desto geringer fällt i.d.R. die Einschätzung der NBA zur Kooperationsqualität aus.



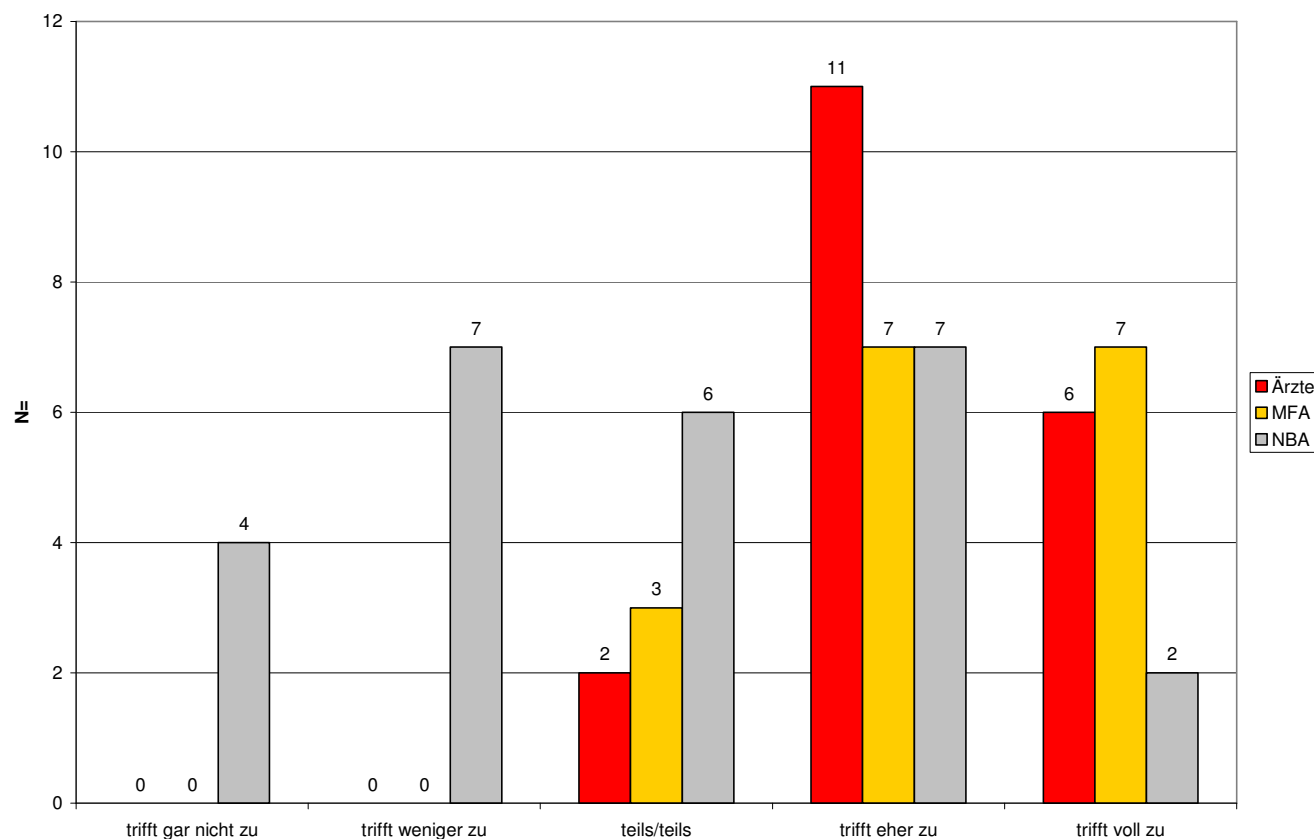
**Abbildung 33: Antworten der Ärztinnen/Ärzte zum Item: „Die Vermittlung der Patienten über das FIDEM-Faxsystem funktioniert gut“ und der NBA zum Item: „Die Vermittlung der von Demenz Betroffenen über das FIDEM-Faxsystem funktioniert gut“, (Ärzte: N=18, Fehlend=2; MFA: N=16, Fehlend=1; NBA: N=23, Fehlend=4).**

Ferner wurde in der Nacherhebung das im Rahmen des Projektes entwickelte FIDEM-Faxsystem einer genaueren Betrachtung unterzogen. Das entsprechende Item lautete „Die Vermittlung der Patienten/Betroffenen über das FIDEM-Faxsystem funktioniert gut“. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim vorangegangenen Item: Vermehrt positive Einschätzungen auf der Seite der Ärzte und MFA, wohingegen sich bei den NBA ein Bild mit mehr negativen Rückmeldungen darstellt. Lediglich neun der 24 antwortenden NBA gaben an, das Item „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“. Zwölf NBA kamen zu einer ambivalenten bis negativen Einschätzung. Auch hier wurde das Item auf NBA Ebene mit der Anzahl der zugewiesenen Fälle korreliert. Es zeigte sich ein schwacher bis mittlerer Zusammenhang der im Test jedoch nicht

<sup>13</sup> Pearson Korrelation: 0,53,  $p < .01^*$

signifikant wurde.<sup>14</sup> Das bedeutet, dass die Anzahl der seitens der Ärzte vermittelten Fälle wahrscheinlich einen geringen Erklärungsbeitrag zur Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der NBA mit dem Faxsystem leistet. Vermutlich sind aber noch andere Faktoren ursächlich beteiligt. Dieser Punkt wird in der Diskussion aufgegriffen.

## 7.4 Globale Einschätzung zum Projekt



**Abbildung 34: Antworten der Ärztinnen/Ärzte, MFA und NBA zum Item: „Meine Erwartungen an das Projekt FIDEM wurden erfüllt“ (Ärzte: N=19, Fehlend=1; MFA: N=17, Fehlend=0; NBA: N=26, Fehlend=1).**

Um die globale Zufriedenheit der Ärzte, MFA und NBA mit dem Projekt FIDEM zu erfassen, wurde für alle drei Gruppen gleichlautend das Item „Meine Erwartungen an das Projekt FIDEM wurden erfüllt“ formuliert. Ähnlich zu den beiden vorangegangenen Items stellen sich die Ergebnisse in der Weise dar, dass bei den Ärzten und MFA die Erwartungen an das Projekt mehrheitlich erfüllt wurden (17 von 19 antwortenden Ärzten und 14 von 17 antwortenden MFA bewerteten das Item mit „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“). Hingegen zeigt sich bei den NBA wiederholt ein heterogenes Bild von zufriedenen und unzufriedenen NBA. Dieses Item wurde im

<sup>14</sup> Pearson Korrelation: 0,29 p=0,1

Rahmen der Analyse wiederum mit der Anzahl der seitens der Ärzte an die NBA vermittelten Fälle korreliert. Wieder zeigte sich ein Zusammenhang mittlerer Stärke, der sich im Test zudem hochsignifikant darstellte.<sup>15</sup> Entsprechend hing auch die globale Zufriedenheit der NBA mit dem Projekt bei deutlich davon ab, in welchem Umfang jeweils Patienten vom kooperierenden Hausarzt zugewiesen wurden.

## 7.5 Auswertung der Freitextantworten

Im Anschluss an den standardisierten Teil des Fragebogens wurde den Befragten die Gelegenheit gegeben sich im Rahmen von Freitextfeldern zu äußern. Von den Ärzten und MFA wurden dieser Bereich wenig genutzt. Wenn dies geschah, dann um ihren positiven Eindruck vom Projekt zu bekräftigen. Von einem Arzt wurde der Aspekt genannt, dass im Vorfeld des Projektes die Häufigkeit von Demenzfällen in der Praxis deutlich überschätzt wurde.

In der Gruppe der NBA zeigten sich in den Rückmeldungen neben positiven auch einige aufschlussreiche kritische Aspekte. Diese zielten zumeist auf die geringen oder nicht vorhandenen Vermittlungen (N=12) sowie auf eine schwierige oder unzureichende Kommunikation mit der zugehörigen Arztpraxis (N=2). In zwei Fällen schienen die Patienten nicht hinreichend vom beteiligten Arzt auf die zugehende Vermittlung seitens des NBA vorbereitet worden zu sein.

In zwei Fällen wurde seitens der NBA die Qualität der Kooperation zur Ergotherapiepraxis bemängelt, die in einem Fall aufgrund personeller Fluktuation nicht zustande kam.

In insgesamt neun Kommentaren wurde seitens der NBA die gute Zusammenarbeit mit bzw. Organisation durch das FIDEM-Team hervorgehoben. Zu diesem Aspekt gab es keine kritischen Anmerkungen.

Es wurden durch einige NBA auch Verbesserungsvorschläge gemacht: dreimal wurde der Vorschlag gemacht, mehr Arztpraxen je NBA einzubinden um so zu mehr Vermittlungen zu gelangen. In einem Fall wurden angeregt, die Aufklärung der Patienten in der Arztpraxis auszubauen.

---

<sup>15</sup> Pearson Korrelation: 0,55,  $p < .001^*$

## 8. Diskussion

Im Folgenden werden die oben dargestellten Ergebnisse diskutiert und die wesentlichen Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen dargestellt:

### **Ebene Hausarztpraxen**

Die Evaluation der Schulungen, die qualitativen Vor- und Nachbefragungen der Ärzte und MFA's illustrieren einen erheblichen Wissenszuwachs in den vom Projekt bearbeiteten demenzbezogenen Themenbereichen in beiden Phasen des Projektes. Die vorgenommenen Modifikationen an den Schulungen in der Verbreitungsphase haben zu einer nochmaligen Verbesserung der Bewertungen durch die Teilnehmer geführt.

Die quantitative Nachbefragung gibt klare Hinweise, dass das in den Schulungen vermittelte Wissen bei den Ärzten und MFA's zu einen Kompetenzzuwachs führte und in praktisches Handeln im Sinne der Projektziele übersetzt wurde: Das Thema Demenz ist präsenter, das erworbene Wissen hat die Abläufe in der Praxis positiv beeinflusst, die demenzbezogene Sensibilität hat zugenommen und die Ärzte geben überwiegend an, Verdachtsmomente auf Demenz früher zu thematisieren. Ferner hat sich die ärztliche Kommunikation im Rahmen der Demenzdiagnose subjektiv verbessert. Ärzte und MFA sind sich einig, dass die MFA's besser auf die Bedürfnisse der von Demenz Betroffenen eingehen können. Überwiegend vertreten Ärzte und MFA die Einschätzung, dass es zu einer Zunahme an Demenztestungen in den Praxen gekommen ist. Wesentlich sind auch die eindeutigen Angaben, dass sich Ärzte wie MFA durch das Projekt besser auf die demenzbezogenen Anforderungen im Praxisalltag vorbereitet fühlen und eine Zunahme der Versorgungsqualität der an Demenz erkrankten Patienten sehen. Insgesamt sind die Ergebnisse zu den Veränderungen in den Hausarztpraxen positiv. Das Projekt konnte demnach zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungssituation der von Demenz Betroffenen und ihren Angehörigen in den teilnehmenden Praxen beitragen.

Die starke Berücksichtigung der Rolle der MFA im Projekt hat offenkundig zum Erfolg der Intervention beigetragen. Als wesentlichen Bestandteil des Systems Hausarztpraxis übernehmen sie wesentliche Funktionen bei Früherkennung, Diagnosestellung und Organisation der mit FIDEM assoziierten Abläufe. Sie scheinen in den Hausarztpraxen eine wesentliche Koordinierungsfunktion für FIDEM zu übernehmen.

Während vor der Intervention lediglich geringes Wissen zu nichtmedikamentösen Interventionen bestand, zeigte sich in der qualitativen wie auch quantitativen Nachbefragung hierzu ein Wissenszuwachs und ein positives Meinungsbild. Insbesondere die klientenzentrierte Ergotherapie wird von den teilnehmenden Hausärzten überwiegend als sinnvolle Maßnahme für die Betroffenen eingeschätzt und trotz budgetrechtlicher Begrenzungen entsprechend häufig verordnet.

Nicht allen teilnehmenden Ärzten bzw. Hausarztpraxen gelingt es, ihre anfängliche Motivation zur Teilnahme an FIDEM in entsprechendes Handeln zu überführen. Einige Arztpraxen haben keine oder nur sehr wenig Patienten im Rahmen von FIDEM vermittelt. Die genannten Gründe dafür sind unterschiedlich: so wurden in einem Fall nicht erfüllte finanzielle Interessen deutlich, in einem anderen wurde die demographische Situation in der Umgebung der Hausarztpraxis als Grund genannt. Häufig wurden die Ursachen nicht offenkundig. Es ist davon auszugehen, dass es weitestgehend unabhängig von der Interventionsqualität einen Anteil von Hausarztpraxen gibt, bei dem die Reorganisation des ärztlichen Handelns und der Abläufe im Gesamtsystem Hausarztpraxis nicht erfolgreich verläuft. Die Organisation verlässt dann nicht die über Jahre bewährten und deswegen sehr manifesten Bahnen oder schwenkt nach kurzer Zeit wieder auf diese zurück. Dieses Verhalten von Systemen ist aus der Organisationsforschung bekannt und häufig dann anzutreffen, wenn der von außen kommende Impuls zur Änderung innerhalb der Organisation keine entsprechend günstigen Voraussetzungen findet.

Zu den besagten ‚günstigen Voraussetzungen‘ scheint zu gehören, dass innerhalb des Praxissystems ein Konsens und eine gemeinsame Motivation hinsichtlich der Ziele von FIDEM besteht. Das Beispiel eines Arztes, der im Hinblick auf das Projekt keinen Rückhalt durch den Chefarzt der Gemeinschaftspraxis und die Fachangestellten erhielt und während der Pilotphase das Projekt verließ, kann als möglicher Hinweis darauf gewertet werden. Die Unterstützung durch die wesentlichen Positionen im Arztpraxisteam scheint eine wichtige Voraussetzung für die gelingende Kommunikation innerhalb der Praxis und nach Außen zu sein.

Einige Ärzte schildern eine Entlastung im Kontext der Arbeit mit an Demenz erkrankten Patienten und deren Angehörigen. Diese manifestierte sich offenbar auf psychologischer Ebene durch eine erhöhte Sicherheit im Umgang mit dieser Patientengruppe, insbesondere im Rahmen der Diagnosestellung sowie aus dem Umstand, die Patienten besser versorgt zu wissen. Ferner resultiert die Entlastung aus Änderungen auf organisatorischer Ebene durch Verbesserung der Abläufe in der Arztpraxis (z.B. Testung der Patienten durch die medizinischen Fachangestellten).



Zeitmangel ist ein übergreifendes Thema in der hausärztlichen Versorgung, dies wurde auch im Rahmen dieser Untersuchung deutlich. Die in das Projekt investierte Zeit ist für die Ärzte zunächst auf der Kostenseite zu verbuchen. Demgegenüber stehen verschiedene Nutzenkomponenten wie die verbesserte Patientenversorgung und die Entlastung der Ärzte. Das positive Feedback der Ärzte lässt vermuten, dass der Projektnutzen die investierten Zeitkosten kompensiert. Die in Anspruch genommene Zeit der Ärzte ist jedoch als wesentliche Variable stets im Blick zu behalten.

An dieser Stelle soll positiv angemerkt werden, dass das Projekt FIDEM ohne monetäre Anreize für die teilnehmenden Ärzte ausgekommen ist. Umso wichtiger sind andere Anreize, z.B. die bessere Patientenversorgung, der Kompetenzzuwachs oder Entlastung der Ärzte. Dieser auf der Grundlage dieses Berichts klar definierbare Eigennutzen teilnehmender Ärzte kann sollte in künftigen Vorhaben bei der Hausarztakquise herausgestellt werden.

### **Ebene Kooperation Hausarztpraxis – NBA**

Die teilnehmenden Ärzte bewerten die Qualität der Kooperation zu den jeweiligen NBA als sehr gut. Die Pilotphase zeigte: Der persönliche Kontakt zwischen Arzt und NBA und das daraus resultierende gegenseitige Vertrauen in die Qualität der Arbeit scheint eine zentrale Variable für die gelingende Vermittlung der Patienten vom Arzt an das NBA zu sein. Dies wird anhand der hohen Bedeutung, welche die Ärzte in den Interviews der Qualität der Kooperationsbeziehungen zuschreiben deutlich.

Die Bewertungen der NBA hinsichtlich der Qualität der Kooperation zu den jeweiligen Arztpraxen sind deutlich heterogener als die der Ärzte. Ein wesentlicher Einflussfaktor ist hierfür die Anzahl der vermittelten Patienten. Darüber hinaus scheinen sich einige NBA eine qualitativ bessere fallbezogene Kommunikation im Rahmen der Vermittlung zu wünschen. Die im Rahmen der Faxvermittlung übermittelten Informationen sind ggf. zu rudimentär und können den persönlichen Kontakt nur unzureichend ersetzen. Ferner scheinen einige Patienten ärztlicherseits nicht genug über das Vorgehen im Rahmen von FIDEM informiert worden zu sein, was die zugehende Vermittlung seitens der NBA erschwert. Eventuell ist aber auch die Fähigkeit zur Aufnahme komplexer Informationen durch Patienten und Angehörige im Moment der Mitteilung der Diagnose stark reduziert, so dass die Informationen zwar weitergegeben aber nicht hinreichend rezipiert wurden. Anzumerken bleibt, dass es sich hier um Einzelfälle handelte.

Die langfristige Zufriedenheit der NBA ist bei künftigen Vorhaben in den Blick zu nehmen. Für eine nachhaltige und funktionierende Kooperation ist sie eine wesentliche Voraussetzung. Die verschiedenen Arbeitsstile von Ärzten und NBA verlangen nach Formen der Zusammenarbeit, die einerseits die straffen zeitökonomischen Erfordernisse des hausärztlichen Alltags erfüllen und andererseits eine fallbezogene, differenzierte Informationsweitergabe auch ‚weicher‘ Daten ermöglichen, wie sie mit Standardformularen nur begrenzt leistbar ist. Dieses Spannungsverhältnis ist künftig genauer in den Blick zu nehmen.

Nicht aktiv vermittelnde Ärzte werden auch in künftigen Vorhaben nicht gänzlich zu vermeiden sein. Mögliche Gründe wurden oben diskutiert. Für NBA, die diesen Arztpraxen zugeordnet wurden, sollte versucht werden weitere, alternative Praxen zu akquirieren, u.a. um den bereits investierten Arbeitsaufwand der ‚unterversorgten‘ NBA angemessen zu berücksichtigen.

### **Inanspruchnahme**

Die im Rahmen der Faxdokumentation gesammelten Daten aus beiden Phasen des Projektes geben deutliche Hinweise, dass demenzverdächtige Patienten im Rahmen der Pilotphase in den teilnehmenden Hausarztpraxen frühzeitig diagnostisch behandelt wurden. Dies ist ein wesentlicher Projekterfolg. Weiter profitierten offenbar einige Patienten mit fortgeschrittener Demenz, deren Diagnose schon länger zurückliegt oder ‚verschleppt‘ wurde, durch einen ‚Rückgriff‘ des Arztes von den Angeboten im Rahmen von FIDEM.

Die Patienten, die mit einer Teilnahme am Projekt einverstanden waren, konnten in jedem zweiten Fall mit einer Beratung und/oder Niedrigschwelligem Betreuungsangebot und/oder Ergotherapie versorgt werden. Das ist vor dem Hintergrund der bekannten Probleme bei der hausärztlichen Diagnosestellung und den psychologischen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten grundsätzlich ein zufriedenstellendes Ergebnis. Wünschenswert wäre sicherlich eine höhere Rate bei der Inanspruchnahme der NBA. Hier wirken jedoch Erfahrungsgemäß eine Vielzahl von psychologischen Barrieren. Die Inanspruchnahme von NBA geschieht in der Regel im Rahmen einer prozesshaften Auseinandersetzung mit der Diagnose, den resultierenden Belastungen und der Bewertung der individuellen Vor- und Nachteile des Hilfeangebotes durch den Erkrankten und Angehörigen. Hinzukommend zeigte die Nachbefragungen der Angehörigen fröhldemente Patienten bzw. deren Angehörige, die aufgrund noch nicht vorliegenden Belastungsdruckes keinen unmittelbaren Handlungsbedarf sahen und deswegen die Inanspruchnahme ablehnten. Hier könnten künftig zusätzliche Formen der Unterstützung greifen, zum Beispiel Angebote aus dem Bereich der Selbsthilfe wie Gesprächskreise. Andere Teilnehmer nahmen die Angebote an und konnten sich aufgrund noch nicht

manifesten Krankheitsanzeichen nicht damit identifizieren oder profitieren noch nicht hinreichend davon, was zum Abbruch des Angebotes führte. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die NBA bislang schwerpunktmäßig von mittel- und schwererkranken Menschen in Anspruch genommen werden und die Angebote sich zunächst konzeptionell auf die Bedürfnisse der Gruppe der Früherkrankten einrichten müssen.

In der Gruppe derer, die das Angebot nicht in Anspruch nahmen oder abbrachen, kann ferner von Betroffenen ausgegangen werden, die bei einer Verschärfung der Problematik das vorhandene Wissen zu Hilfeleistungen ggf. bei sich oder erneut beim Hausarzt abrufen werden und somit noch nachgelagert von der Intervention FIDEM profitieren können.

In das Projekt involvierte Beratungsangebote sowie auch Ergotherapie ermöglichen wahrscheinlich neben ihren primären Funktionen den Betroffenen Einsicht in ihren objektiven Unterstützungsbedarf und die Unterstützungsmöglichkeiten, was die Inanspruchnahme von NBA erleichtert. Dies zeigte sich bei Betrachtung der Vermittlungswege zum NBA.

### **Ebene Patienten und Angehörige**

Die im Wirkungsmodell angenommenen Effekte auf der Ebene von Angehörigen und Patient sind maßgeblich von der Qualität der vermittelten Beratungs- und Betreuungsleistungen bzw. der Ergotherapie abhängig. Die Qualität dieser Angebote liegt aber nicht im unmittelbaren Einflussbereich von FIDEM, weswegen diese sog. „Endpunkte“ nicht Gegenstand dieser Evaluation sind. Es erscheint jedoch plausibel, dass die oben genannten umfassenden positiven Effekte einen wesentlichen Beitrag zu den auf dieser Ebene angenommenen Wirkungen, wie Entlastung, Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Stabilisierung der häuslichen Situation darstellten.

Diese Annahme wird gestützt durch die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Angehörigen am Ende der Pilotphase.<sup>16</sup> Mehrheitlich wird dort eine hohe Zufriedenheit mit den Abläufen in den an FIDEM teilnehmenden Arztpraxen und den in Anspruch genommenen Hilfeangeboten Beratung, NBA und klientenzentrierte Ergotherapie geschildert. Überwiegend gaben die Befragten an, sich durch FIDEM bzw. die in diesem Rahmen vermittelten Hilfeangebote entlastet zu fühlen.

---

<sup>16</sup> Wenn gleich in diesem Modul nur geringe Fallzahlen anfielen und die Ergebnisse nicht als empirischer Wirkungsnachweis herangezogen werden sollen.

## 9. Fazit

Auf der Grundlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung wird davon ausgegangen, dass die zu Projektbeginn im Wirkungsmodell zugrunde gelegten intendierten Wirkungen auf der Ebene des Versorgungssystems (siehe Abschnitt 4.2) eingetreten sind. Vor dem Hintergrund des schwierigen Interventionsfeldes kann dies als deutlicher Erfolg des Projektes gewertet werden. Das entwickelte Interventionsmodell hat sich im Hinblick auf die gestellten Aufgaben als funktional und angemessen erwiesen. Es ist zudem grundsätzlich aufnahmefähig im Hinblick auf die Berücksichtigung weiterer Unterstützungsangebote, zum Beispiel aus dem Bereich der Selbsthilfe.

Die Entscheidung, das Projekt einem Träger mit extensiven Kenntnissen der Akteure und Netzwerke der demenzbezogenen Versorgungslandschaft in der Region Braunschweig zu übertragen, wird einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen des Vorhabens geleistet haben. Sollte eine weiträumigere Umsetzung des Modells in Erwägung gezogen werden, sind dafür grundlegende Voraussetzungen geschaffen. Gleichzeitig zeigte sich im Projekt immer wieder der deutliche Einzelfallcharakter der beteiligten Regionen, Organisationen und nicht zuletzt der beteiligten Akteure. Nur wenn auf diese jeweiligen Besonderheiten angemessen eingegangen wird, können gelingende Kooperationen entstehen. Insofern funktioniert FIDEM nur begrenzt im Sinne eines standardisierten Modells zur Lösung der Binnenproblematik zwischen sozialen und medizinischen Versorgungsstrukturen im Handlungsfeld Demenz. Zum erfolgreichen Vernetzen der Schnittstellen dieser Systeme gehören besagte extensive Feldkenntnisse zu vorhandenen Strukturen und Ansprechpartnern sowie Gespür und Geduld im Rahmen anfallender Beziehungsarbeit. Der Ansatz, diese Arbeit durch ein multiprofessionelles Team leisten zu lassen, in dem alle relevanten Disziplinen und somit professionsbezogenen ‚Sprachen‘ vertreten sind, hat sich bewährt.

Die für eine Verstetigung der Strukturen und Wirkungen notwendigen Voraussetzungen sind, soweit sie im Rahmen des Projektgeschehens abgedeckt werden können, geschaffen worden. Dies umfasst die Benennung von Ansprechpartnern für die entstandenen kleinräumigen Netzwerke sowie die Entwicklung eines Manuals, welches Interessierten zur Verfügung gestellt wird. Nicht beantwortet werden kann die Frage, inwiefern diese Bedingungen künftig auch ausreichend für einen Selbsterhalt der gebildeten Strukturen sind. Die Erfahrung im Projektverlauf hat auch gezeigt, dass eine stringente und stets ansprechbare zentrale Koordinierung und deren regelmäßigen Impulse für das Projekt essenziell waren.

## 10. Literatur

- Donath, Carolin; Gräbel, Elmar; Großfeld-Schmitz, Maria; u. a. (2008): „Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Praxis: ein Stadt-Land-Vergleich“. In: *Psychiat Prax.* 35, S. 142–145.
- Fuchs, A.; Abholz, H.H.; Pentzek, M. (2012): „Demenz und leichte Kognitive Beeinträchtigung (MCI) in der Hausarztpraxis“. Abgerufen am 29.08.2012 von [http://www.uniklinik-duesse-dorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/abteilung\\_fuer\\_allgemeinmedizin\\_id304/bilder/AgeCoDe\\_fuer\\_TdA\\_2012\\_mit\\_Broschuere.pdf](http://www.uniklinik-duesse-dorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/abteilung_fuer_allgemeinmedizin_id304/bilder/AgeCoDe_fuer_TdA_2012_mit_Broschuere.pdf).
- Gräbel, E. (1998): „Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden“. In: *Gerontologie und Geriatrie.* 31 (1), S. 57–62.
- Haupt, M.; Rosenfeld, S.; Stoppe, G. (2004): „Die ambulante Versorgung von Patienten mit Alzheimer-Demenz. Zwei exploratorische Studien zum ärztlichen Verordnungsverhalten“. In: *MMW-Fortschritte der Medizin Originalien.* (2), S. 51–56.
- Heiner, Maja (1988): *Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen.* Weinheim, München: Juventa.
- Initiative Demenzvorsorge in der Allgemeinmedizin (2010): *IDA-Studie eröffnet Perspektiven für zukünftige Versorgungsforschung. Hauptergebnisse der Studie.* 2. Aufl.
- Kaduszkiewicz, Hanna; Röntgen, Iris; Mossakowski, Karin; u. a. (2009): „Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz“. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 42 (2), S. 155–162, doi: 10.1007/s00391-008-0569-0.
- Kaduszkiewicz, Hanna; Wiese, Birgitt; Bussche, Hendrik van den (2007): „Die Versorgung Demenzkranker aus Sicht niedergelassener Haus- und Gebietsärzte – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung“. In: *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh. wes. (ZaeFQ).* 101, S. 15–20.
- Knesebeck, Olaf v. d.; Zamora, Pablo; Rugulies, Reiner (2002): „Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung““. In: Badura, Bernhard; Siegrist, Johannes (Hrsg.) *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse.* Weinheim, München: Juventa.
- Lämmle, G.; Stechl, E.; Steinhagen-Thiessen, E. (2007): „Die Patientenaufklärung bei Demenz“. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 40 (2), S. 81–87, doi: 10.1007/s00391-007-0439-1.
- Lewin, Kurt (1946): „Action research and minority problems“. In: *Resolving social conflicts: Selected papers in group dynamics.* New York: Harper&Brothers S. 201–216.
- von Lützu-Hohlbein, Heike (2004): „Was wünschen sich die Demenzpatienten und ihre Angehörigen von den Ärzten?“. In: *psychoneuro.* 30 (9), S. 509–511.
- Mann, Eva (2007): „Diagnostik der Demenz: Schwierigkeiten in der Hausarztpraxis“. In: *PrimaryCare 2007;7: Nr. 42-43.* 42-43 (7), S. 651–653.

- Melchinger, H.; Machleidt, W. (2005): „Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken Analyse der Ist-Situation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen“. In: *Nervenheilkunde*. 24 , S. 493–498.
- Moser, H. (1995): *Grundlagen der Praxisforschung*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Övretveit, John (2002): *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Pentzek, M.; Fuchs, A.; Abholz, H.H. (2005): „Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. Kognitive, affektive und externe Komponenten“. In: *Nervenheilkunde*. 24 , S. 499–506.
- Riedel-Heller, S. G.; Schork, A.; Fromm, N. u. a. (2000): „Demenzkranke in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Befragung“. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 33 (4), S. 300–306, doi: 10.1007/s003910070050.
- Schreier, Margrit (2012): *Qualitative Content Analysis in Practice*. Sage Publications Ltd. — ISBN: 1849205930
- Schubert, Ingrid; Küpper-Nybelen, Jutta; Ihle, Peter; u. a. (2007): „Inanspruchnahmeverhalten von Demenzpatienten im Spiegel von GKV-Daten“. In: *Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ)*. 101 , S. 7–13.
- von Unger, Hella; Block, Martina; Wright, Michael T. (2007): *Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht*. Berlin: Forschungsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Vollmar, Horst C; Butzlaff, Martin E; Lefering, Rolf; u. a. (2007a): „Study protocol. Open Access Knowledge translation on dementia: a cluster randomized trial to compare a blended learning approach with a „classical“ advanced training in GP quality circles“. In: *BMC Health Services Research*. 92 (7).
- Vollmar, Horst Christian; Gräbel, Elmar; Lauterberg, Jörg; u. a. (2007b): „Multimodale Schulung von Hausärzten – Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA)“. In: *Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ)*. 207 (101), S. 27–34.
- Vollmar, Horst Christian; Gräbel, Elmar; Lauterberg, Jörg; u. a. (2007c): „Multimodale Schulung von Hausärzten – Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA)“. In: *Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ)*. 207 (101), S. 27–34.
- Witzel, Andreas (2000): „Das problemzentrierte Interview“. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research [Online Journal]*. Vol. 1 (No. 1), S. Art. 22.
- Wright, Michael T. (2006): „Auf dem Weg zu einer theoriegleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings.“. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*. 43 , S. 55–73.

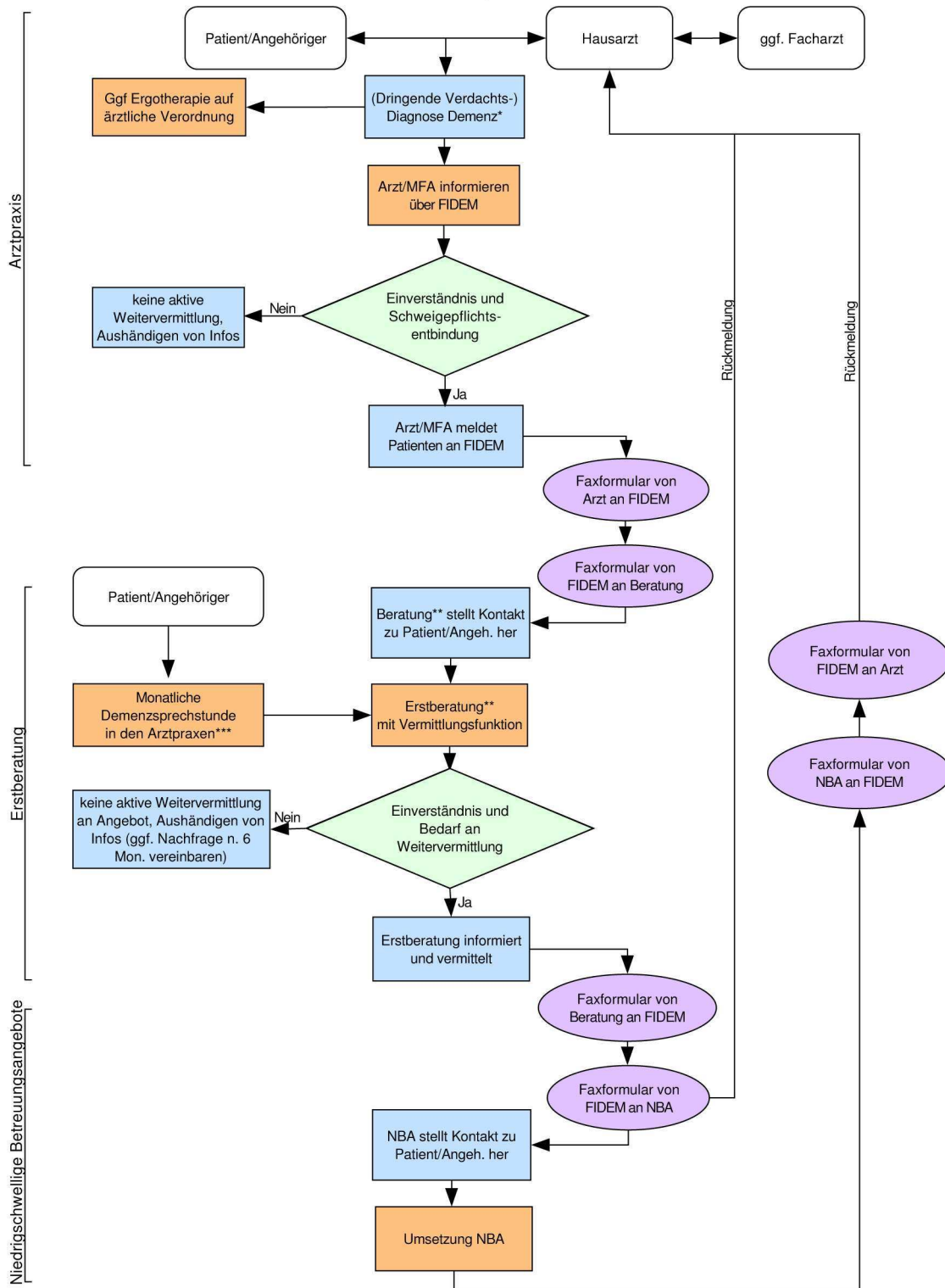
Anhang A Zeitplan

**FIDEM Zeitplan, Intervention und wissenschaftliche Begleitung (Stand 18.01.2012)**

Maßnahme	Projekt	Eva-lua-tion	Pro-jekt	Amb-Hilfe	Pra-xen	2009			2010			2011			2012		
						1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<b>Phase 1: Projektvorbereitung</b>																	
1. Vorbereitungsphase, Projektaufbau	X	X															
2. Wiss. Beratung des Praxisteams		X															
3. Literaturrecherche		X															
4. Entwicklung Wirkungsmodell		X															
5. Präzisierung Zielplanung		X															
6. Entwurf Evaluationsplan		X															
7. (Planung)Aufkloppveranstaltung		X														M	
<b>Phase 2: Ärzte-, MFA-Schulung</b>																	
8. Aktivierung u. Rekrutierung Ärzte	X																
9. Festlegung der Regionen und Praxen	X																
10. Instrumentenentw. Vorbefr. Ärzte		X															
11. Erhebung Ausgangssituation Praxen	(X)	X															
12. Auswertung der Erhebung		X															
13. Konzeptentwicklung Schulung	X																
14. Entwicklung Schulungsevaluation	X																
14. Durchführung Schulung Ärzte/MFA	X															M	
16. Evaluation der Schulung	X																
17. Auswertung der Schulungsevaluation	(X)	X															
<b>Phase 3: Pilotphase</b>																	
18. Aktivierung der regionalen Partner	X	(X)															
19. Netzwerkbildung	X	(X)															
20. Entwicklung Ablaufplan																	
21. Entwicklung Fax-/Doksystem																	
22. Umsetzung Patientenvermittlung	X																
23. Umsetzung Beratung	X																
24. Umsetzung NBA / psychosoz. Beratung	X																
25. Umsetzung Ergotherapie (exempl.)	X																
26. Entwickl. Befr.-Instrum. Ärzte/Angeh.	(X)	X															
27. Qualitative Nachbefragung d. Ärzte	(X)	X															
28. Auswertung der Nachbefragung Ärzte	(X)	X															
29. Qualitative Nachbefragung Angehör.	(X)	X															
30. Auswertung Nachbefragung Angehör.	X	X															
31. Zwischenbericht	X	X															
32. Anpassung Interventionskonzept	X	(X)														M	
<b>Phase 4: Verbreitungsphase</b>																	
33. Aktivierung und Rekrutierung Ärzte	X																
34. Festlegung Regionen und Praxen	X	(X)															
35. Info-Veranstaltung, Koop-Treffen	X	X															
36. Durchführung Schulungen Ärzte	X	(X)															
37. Umsetzung Patientenvermittlung	X																
38. Rekrutierung/Schulung Ergotherapie	X	(X)															
39. Umsetzung Ergotherapie	X	X															
40. Prozessbegl. bei der Umsetzung	X	(X)															
41. Auswertung der Ergebnisse	X	X															
44. Erstellung Abschlussbericht	X	X															
44. Abschlussveranstaltung	X	(X)														M	

Zeichenerklärung: X= „Bearbeitung durch“, (X)= „unter Mitarbeit von“, M= Meilenstein, → = „Versteigerung wird angestrebt“

Anhang B Patientenvermittlungspfad Pilotphase



**Anmerkungen:**

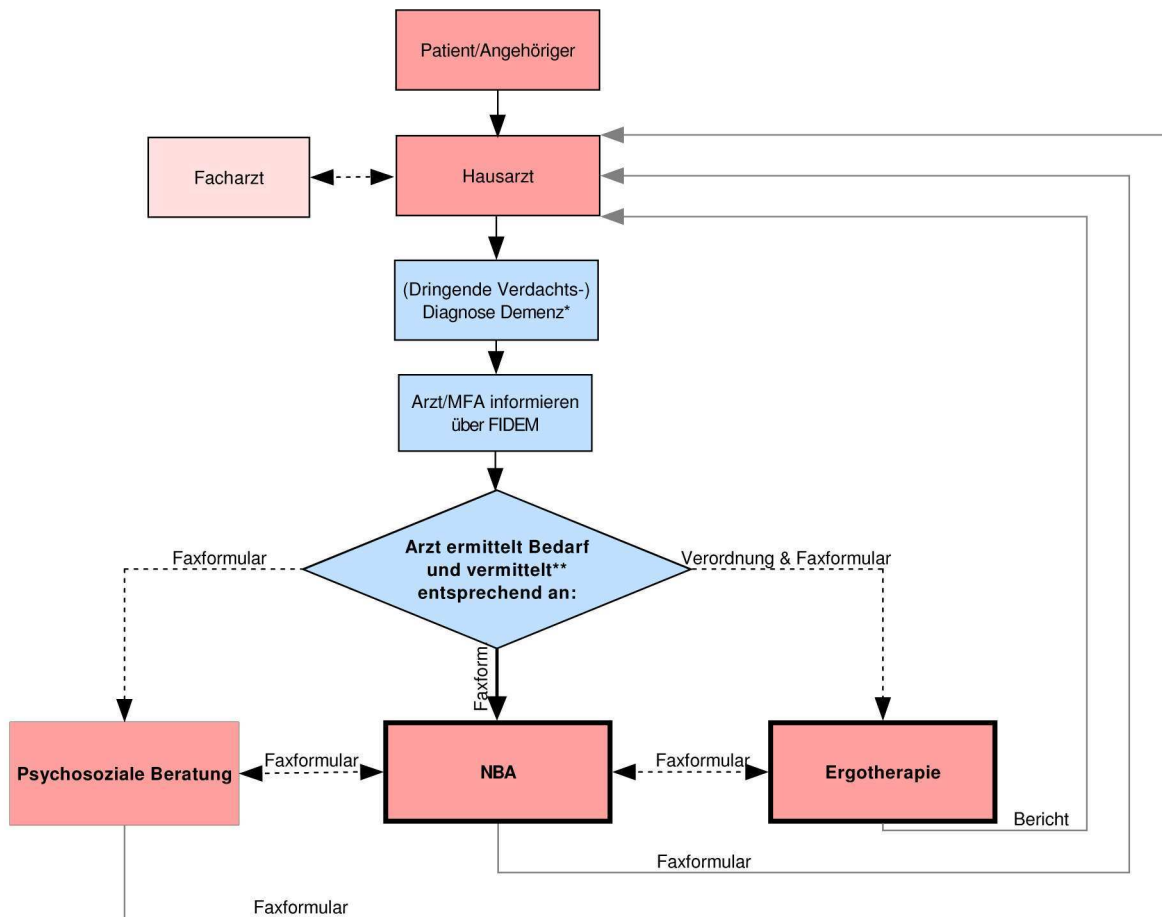
\*Gemäß empfohlener Leitlinie: S3 Leitlinie Demenz. Reevaluation bei Verdachtsdiagnose nach 6 Mon.

\*\*Falls regional keine geeigneten Erstberatungsangebote vorhanden sind, wird die Erstberatung durch FIDEM geleistet.

\*\*\*Ergeben sich in den Demenzsprechstunden konkrete Anhaltspunkte für eine noch nicht ärztlich diagnostizierte Demenz, wird vor der Weiterleitung des Patienten an die Erstberatung eine ärztliche Anamnese/Diagnose empfohlen.



## Anhang C Patientenvermittlungspfad Verbreitungsphase

**Anmerkungen:**

\*Gemäß empfohlener Leitlinie: S3 Leitlinie Demenz. Reevaluation bei Verdachtsdiagnose nach 6 Mon.

\*\* Vorbehaltlich erfolgter Einverständnis und Schweigepflichtsentbindung

## Anhang D Fragebögen Schulungsevaluation Pilotphase

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung

### Evaluation der Fortbildungen von Ärzten im Rahmen des Modellprojektes fidem

Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu (1)				trifft voll zu (5)
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich wünsche mir eine kurze Auffrischung der Inhalte zu Beginn der nächsten Schulung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...	Völlig Neu (1)				Sehr Be- kannt (5)
13. Krankheitsbild Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frühe Symptome / Verdacht auf Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Möglichkeiten der Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Geeignete Tests für die Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Situationen im Zusammenhang mit der Eröffnung der Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung

## Evaluation der Fortbildungen von medizinischen Fachangestellten im Rahmen des Modellprojektes fidem

### Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu (1)				trifft voll zu (5)
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich wünsche mir eine kurze Auffrischung der Inhalte zu Beginn der nächsten Schulung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...	Völlig Neu (1)				Sehr Be- kannt (5)
13. Krankheitsbild Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frühe Symptome / Verdacht auf Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Möglichkeiten der Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Geeignete Tests für die Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Situationen im Zusammenhang mit der Eröffnung der Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung

## Evaluation der Fortbildungen von Ärzten im Rahmen des Modellprojektes FIDEM

### Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
12. Ablaufschema und Faxformular FIDEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Niedrigschwellige Betreuungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung**Evaluation der Fortbildungen von medizinischen Fachangestellten im Rahmen des Modellprojektes fidem****Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...</b>	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
12. Ablaufschema und Faxformular FIDEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Niedrigschwellige Betreuungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medikamentöse Therapie: Antidementive, Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diagnostik: Uhren-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung

## Evaluation der Fortbildungen von Ärzten im Rahmen des Modellprojektes FIDEM

**Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
12. Pflegeversicherung: Voraussetzungen für Niedrigschw. Betreuungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Informationen zur Rechtlichen Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Informationen zur Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gesprächsführung mit Angehörigen / Betroffenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kommunikation mit Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**



Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung**Evaluation der Fortbildungen von medizinischen Fachangestellten im Rahmen des Modellprojektes fidem****Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...</b>	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
12. Pflegeversicherung: Voraussetzungen für Niedrigschw. Betreuungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Informationen zur Rechtlichen Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Informationen zur Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gesprächsführung in der Testsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Praktische Durchführung Minimental-Status-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

## Anhang E Faxformulare Patientenvermittlung Pilotphase

**FIDEM Dokumentationssystem Teil A: Arzt an FIDEM**

Arbeitsversion, Stand: 10.11.2010

1. Arztpraxis			
2. Ansprechperson in der Praxis		(Datum, Stempel)	
Angaben zum <b>Patienten</b>		Angaben zum <b>Angehörigen</b>	
3. Mit FIDEM Teilnahme einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Mit FIDEM Teilnahme einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>
4. Schweigepflichtsentbindung erfolgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Schweigepflichtsentbindung erfolgt?	Ja <input type="checkbox"/>
5. Name:		Name:	
6. Straße:		Straße:	
7. PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
8. Tel.:		Tel.:	
9. Erreichbar zu folg. Zeiten:		Erreichbar zu folg. Zeiten:	
10. Falls kein Einverständnis, bitte kurz die Ablehnungsgründe des Patienten bzw. Angehörigen wiedergeben:			
11. Erste Verdachtsmomente entstanden aufgrund von: (Mehrfachantworten möglich)		Aussagen des Patienten	<input type="checkbox"/>
		Aussagen des Angehörigen	<input type="checkbox"/>
Ca. Zeitpunkt erste Verdachtsmomente:		Beobachtungen in der HA-Praxis	<input type="checkbox"/>
		Sonstige:	
12. Facharzt konsultiert?		<input type="checkbox"/>	
13. Telefonische Rücksprache mit FIDEM-Konsiliarärztin erwünscht?		<input type="checkbox"/>	
14. Durchgeführte Tests:		MMST (Punktwert: ____)	<input type="checkbox"/>
		DemTect	<input type="checkbox"/>
Datum der Testung:		Uhren-Zeichen-Test	<input type="checkbox"/>
		Sonstige:	
15. Durchgeführt von: (Mehrfachantworten möglich)		Hausarzt	<input type="checkbox"/>
		Medizinische Fachangestellte	<input type="checkbox"/>
		Facharztpraxis	<input type="checkbox"/>
16. Demenz als:		Verdachtsdiagnose	<input type="checkbox"/>
		Diagnose	<input type="checkbox"/>
17. Empfehlungen demenzbezogene Hilfen? (Mehrfachantworten möglich)		Informationsbedarf	<input type="checkbox"/>
		Psychosoziale Beratung	<input type="checkbox"/>
		Niedrigschwelliges Betreuungsangebot	<input type="checkbox"/>
		Ergotherapie <input type="checkbox"/>	Verordnung erfolgt? <input type="checkbox"/>
16. Weitere Anmerkungen (z.B. Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen):			

Hinweis: diese Felder  
jeweils ausfüllen, falls  
Frage 3 und 4 mit „Ja“  
beantwortet werdenBitte Fax senden an FIDEM Braunschweig, **Fax: 0531 25657-77 / Tel.: 0531 25657-40**



**FIDEM Dokumentationssystem Teil B: FIDEM an Erstberatung**

Arbeitsversion, Stand: 10.11.2010

<b>Wichtig:</b> Bitte dieses Faxformular in Ihrer Einrichtung an die für das Modellprojekt FIDEM zuständige Person Herrn/Frau _____ weiterleiten. Danke!		
1. Vermittelnde Arztpraxis		
2. Datum der Bearbeitung in der Arztpraxis		
3. Ansprechperson in der Praxis		
Bitte FIDEM-Hinweise zum Datenschutz beachten!	4. Name des Patienten:	
	5. Adresse und Telefonnummer des Patienten:	
	6. Name des Angehörigen:	
	7. Adresse und Telefonnummer des Angehörigen:	
	8. Kontaktaufnahme mit Patient <input type="checkbox"/> oder Angehörigen <input type="checkbox"/> , bevorzugt zu folgenden Zeiten:	
9. Demenz als:	Verdachtsdiagnose	<input type="checkbox"/>
	Diagnose	<input type="checkbox"/>
10. Empfehlungen demenzbezogene Hilfen? (Mehrfachantworten möglich)	Informationsbedarf	<input type="checkbox"/>
	Psychosoziale Beratung	<input type="checkbox"/>
	Niedrigschwelliges Betreuungsangebot	<input type="checkbox"/>
	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
	Verordnung Ergotherapie erfolgt?	<input type="checkbox"/>
11. Für die Erstberatung relevante Anmerkungen des Arztes:		
12. Anmerkungen FIDEM:		

**Bitte richten Sie ihre Rückfragen an FIDEM Braunschweig**  
Tel.: 0531 25657-40, Fax: 0531 25657-77

**FIDEM Dokumentationssystem Teil C: Erstberatung an FIDEM**

Arbeitsversion, Stand: 10.11.2010

1. Erstberatende Einrichtung:			
2. Datum:			
3. Ansprechperson für Rückfragen in der erstberatenden Einrichtung:		, Tel.:	
Bitte Hinweise zum Datenschutz beachten.	4. Name des Patienten:		
	5. Name des Angehörigen:		
	6. Adresse und Telefonnummer des Patienten:		
	7. Erstberatung erfolgte mit Angehörigen:		<input type="checkbox"/>
	8. NBA-Bedarf	Patient wünscht aktive Weitervermittlung an NBA	<input type="checkbox"/>
		Angehöriger wünscht aktive Weitervermittlung an NBA	<input type="checkbox"/>
		Patient/Angehöriger weitervermittelt an:	
		Kein Wunsch nach Vermittlung weil: _____ :	
	9. Informationsbedarf	- Krankheitsbild/ Diagnose/ Medikation	<input type="checkbox"/>
		- Pflegeversicherung /Pflegeleistungsergänzungsgesetz	<input type="checkbox"/>
		- Vollmachten/ Betreuungsrecht	<input type="checkbox"/>
	Sonstiger Bedarf:		
	Patient/Angehöriger weitervermittelt an:		
	nicht weitervermittelt weil:		
10. Psychosozialer Beratungsbedarf	- Umgang mit dem Demenzkranken	<input type="checkbox"/>	
	- Belastungssituation	<input type="checkbox"/>	
	- Krankheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	
Sonstiger Bedarf:			
Patient/Angehöriger weitervermittelt an:			
nicht weitervermittelt weil:			
11. Ergotherapeutischer Bedarf	- Unterstützung bei der Orientierung	<input type="checkbox"/>	
	- Unterstützung bei der Gestaltung des Tagesablaufs	<input type="checkbox"/>	
	- Verbesserung der Selbstständigkeit (Kleidung/Körperpfl./Ernährung)	<input type="checkbox"/>	
Sonstiger Bedarf:			
Rücksprache mit Arzt empfohlen		<input type="checkbox"/>	
12. Rückruf bei Patient/Angehörigem zwecks neuer Beratung nach _____ Monaten vereinbart			
13. Die hier dokumentierte Beratung ist Ergebnis eines Rückrufs		<input type="checkbox"/>	
14. Weitere Anmerkungen (z.B. Lebenssituation, Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen):			

Bitte Fax senden an FIDEM Braunschweig, Fax: 0531 25657-77 / Tel.: 0531 25657-40

## FIDEM Dokumentationssystem Teil D: NBA an FIDEM

Arbeitsversion, Stand: 11.11.2010

Bitte Hinweise zum Datenschutz beachten.	1. Träger des Niedrigschwelligen Betreuungsangebotes		
	2. Ansprechperson für Rückfragen in der Einrichtung		
	3. Datum		
	4. Name des Patienten:		
	5. Adresse und Telefonnummer des Patienten:		
	6. Art des Niedrigschwelligen Betreuungsangebotes	Einzelbetreuung zu Hause	<input type="checkbox"/>
		Betreuungsgruppe	<input type="checkbox"/>
		Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/>
		Sonstige	<input type="checkbox"/>
	nämlich:		
	7. Umfang/Frequenz des NBA	Wöchentlich      Stunden	<input type="checkbox"/>
14tägig      Stunden		<input type="checkbox"/>	
Sonstige Regelung,		<input type="checkbox"/>	
nämlich:			
8. Dauer des Niedrigschwelligen Betreuungsangebotes	Seit:                      (Datum)		
	Angebot beendet am:                      (Datum)		
	Grund:		
9. Empfehlungen für weiteren Hilfebedarf	Informationsbedarf	<input type="checkbox"/>	
	Psychosoziale Beratung	<input type="checkbox"/>	
	Bedarf an Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	
10. Weitere Anmerkungen (z.B. Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen, sonstiger Hilfebedarf):			
11. Arztrücksprache mit NBA-Einrichtung erwünscht unter Telefonnummer:			
<input type="checkbox"/>			

Bitte Fax senden an FIDEM Braunschweig, Fax: 0531 25657-77 / Tel.: 0531 25657-40

## Anhang F Interviewleitfaden Ärzte Pilotphase

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

1

**Begleitforschung Modellprojekt FIDEM****Interviewleitfaden zur Vorbefragung teilnehmender Ärzte**

Stand 9.04.2010

Ablauf des Interviews:

- Begrüßung, Einleitung
- Erklärung der Ziele des Interviews (Vorbereitung der Schulungen, Entwicklung von Verfahrensweisen Schnittstelle Arzt/demenzbezogene Hilfen)
- Ankündigung der Interviewdauer (ca. ½ Stunde, max. 45min)
- Erklärung dass die Ergebnisse nur innerhalb des Projektes FIDEM genutzt und keine Angaben veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben werden, die Rückschlüsse auf die Person oder Organisation zulassen.
- Hinweis, dass es sich nicht um einen Wissenstest handelt und es keine ‚richtigen‘ oder ‚falschen‘ Antworten gibt.
- Einverständnis bezüglich der Aufzeichnung des Gesprächs einholen!

Nr	Themenbereiche	Fragemöglichkeiten
<b>1a</b>	Bisheriges Vorgehen Verdacht/Diagnose	<b>Wenn Sie in Ihrem Praxisalltag bei einem Patienten einen Verdacht auf Demenz haben, wie gehen Sie da vor?</b>
b		Was nehmen Sie zum Anlass für eine gezielte Untersuchung?
c		Benutzen Sie diagnostische Verfahren/Tests, wenn ja welche? Wer führt diese durch?
d		Überweisen Sie bestimmte Patienten zum Facharzt, was kennzeichnet diese Patienten?
e		Welche Rolle spielen Leitlinien zu Demenz in Ihrem Praxisalltag?
<b>2a</b>	Bisheriges Vorgehen Behandlung/ Vermittlung	<b>Welche Behandlung (Therapie) erhalten Demenzpatienten für gewöhnlich in ihrer Praxis?</b>
b		Empfehlen bzw. veranlassen Sie nichtmedikamentöse Therapieformen. Wenn ja, welche?
<b>3a</b>	Bestehende Voraussetzungen: Kenntnisse Unterstützungsangebote	<b>Inwiefern sind Ihnen demenzbezogene Unterstützungsangebote bekannt?</b>
b		Sind Ihnen konkrete Anbieter demenzbezogener Unterstützungsangebote in Ihrer Region bekannt? Wenn ja, in wie fern klären Sie über diese Unterstützungsangebote auf? Z.B. Informationsmaterial
c		Gibt es Kooperationen zwischen Ihrer Praxis mit den Anbietern solcher Unterstützungsangebote?
<b>4a</b>	Bestehende Voraussetzungen: Räumlich, zeitlich, personell	<b>Wie schätzen Sie generell die Voraussetzungen für Diagnose und Behandlung von Demenz in Ihrer Praxis ein?</b>
		Räumlich/zeitlich/personell
		Gibt es demenzbezogene Informationsmaterialien in Ihrer Praxis (Flyer, Broschüren)? Bieten Sie diese bei Bedarf an? Werden diese angenommen?
b		Sehen Sie Möglichkeiten Beratungsangebote anderer Einrichtungen (z.B von FIDEM selbst) in Ihre Praxis zu integrieren?

Nr	Themenbereiche	Fragemöglichkeiten
<b>5a</b>	Zu schaffende Voraussetzungen	<b>Welche Angebote könnten aus ihrer Sicht die demenzbezogenen Abläufe in Ihrer Praxis unterstützen?</b>
b		Gibt es bestimmte Bereiche in denen Sie gerne über mehr Wissen zu Demenz verfügen würden (Diagnose, Behandlung, Beratung, Hilfeangebote)?
c		Gibt es im Zusammenhang mit Demenz Bereiche in denen Sie Qualifizierungsbedarf bei Ihren MitarbeiterInnen sehen.
<b>6a</b>	Erwartungen, Wünsche	<b>Was hat Sie motiviert am Projekt FIDEM teilzunehmen?</b>
b		<b>Gibt es Erwartungen oder Wünsche, die Sie an das Projekt FIDEM richten möchten?</b>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung des Projektes FIDEM!

**Begleitforschung Modellprojekt FIDEM****Interviewleitfaden zur Nachbefragung teilnehmender Ärzte**

Stand 28.04.2011

## Ablauf des Interviews:

- Begrüßung, Einleitung
- Erklärung der Ziele des Interviews (Bewertung der Intervention)
- Ankündigung der Interviewdauer (ca. ½ Stunde, max. 45min)
- Erklärung dass die Ergebnisse nur innerhalb des Projektes FIDEM genutzt und keine Angaben veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben werden, die Rückschlüsse auf die Person oder Organisation zulassen.
- Hinweis, dass es sich nicht um einen Wissenstest handelt und es keine ‚richtigen‘ oder ‚falschen‘ Antworten gibt.
- Einverständnis bezüglich der Aufzeichnung des Gesprächs einholen!

Nr	Themenbereiche	Fragemöglichkeiten
<b>1</b> a	Allg. organisatorische Veränderungen in der Arztpraxis	<b>Welche Veränderungen haben sich in den demenzbezogenen organisatorischen Abläufen in der Arztpraxis ergeben?</b>
		Wie bewerten Sie die organisatorischen Veränderungen in Ihrer Praxis?
		Welche Veränderungen sehen sie auf der Ebene ihrer MFA's
		Welche Rolle spielen Leitlinien zu Demenz heute in Ihrem Praxisalltag?
d		Hat sich etwas im Hinblick auf die Anwendung von Testverfahren geändert?
<b>2</b> a	Veränderungen im Umgang mit dem Patienten/Angehörigen insb. im Rahmen der Diagnosestellung	<b>Hat sich etwas im Hinblick auf die Diagnosestellung geändert?</b>
		Hat sich ihr Blick auf ihre Patienten verändert?
		Thematisieren sie einen Verdacht auf Demenz zu einem anderen Zeitpunkt? Früher, später?
		Hat sich ihre Arzt-Patienten/ Angehörigen Kommunikation im Zuge der Diagnose geändert?
d		Erleben sie bei sich darüber hinaus Veränderungen im Umgang mit demenziellen bzw. demenzverdächtigen Patienten?

Nr	Themenbereiche	Fragemöglichkeiten
<b>3</b>	Vermittlung an Unterstützungsangebote	<b>Wie gelang die Vermittlung an das NBA?</b>
		Was sind fördernde Faktoren im Hinblick auf eine gelingende Vermittlung?
		Was sind hemmende Faktoren im Hinblick auf eine gelingende Vermittlung?
<b>4</b>	Qualität der Kooperation mit NBA	<b>Wie erleben sie die Kooperation mit dem NBA?</b>
		Was lässt sich im Hinblick auf die Kooperation ggf. verbessern?
		Haben Sie von ihren Patienten Rückmeldungen zu den NBA's erhalten, welcher Art waren diese Rückmeldungen?
<b>5</b>	Ergotherapie	<b>Was ist ihre Einschätzung zur Ergotherapie als Maßnahme für Demenzzkranke</b>
		Hat sich ihre Verordnungspraxis (Ergo) im Projektverlauf geändert?
		Haben Sie von ihren Patienten Rückmeldungen zur verordneten Ergotherapie erhalten, welcher Art waren diese Rückmeldungen?
<b>6</b>	Globale Faktoren Erfolg/Misserfolg	<b>Was hat aus ihre Sicht im Projekt besonders gut geklappt?</b>
		Was müsste in Zukunft besser laufen?
<b>7</b>	Erfüllte/unerfüllte Erwartungen	<b>Haben sich Ihre Erwartungen und Wünsche an das Fidem-Projekt (Pilotphase) erfüllt?</b>
		Falls nein, bitte begründen Sie.
		Fühlen sie sich durch das Fidem-Projekt im Umgang mit Demenzpatienten entlastet?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung des Projektes FIDEM!

## Anhang G Interviewleitfaden Angehörige Pilotphase

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

1

**Begleitforschung Modellprojekt FIDEM****Interviewleitfaden zur telefonischen Nachbefragung teilnehmender Angehöriger**

Arbeitsversion: Stand 17.10.2011

Ablauf des Interviews (nach vorheriger Terminabsprache mit Aufklärung über den Hintergrund)

- Begrüßung, Einleitung, Schaffung der Voraussetzungen fürs Interview
- Erklärung der Ziele des Interviews
- Ankündigung der Interviewdauer (ca. ½ Stunde, max. 45min)
- Erklärung dass die Ergebnisse nur innerhalb des Projektes FIDEM genutzt und keine Angaben veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben werden, die Rückschlüsse auf die Person zulassen.
- Hinweis, dass es sich nicht um einen Wissenstest handelt und es keine ‚richtigen‘ oder ‚falschen‘ Antworten gibt.
- Einverständnis bezüglich der Aufzeichnung des Gesprächs einholen!

Nr	Themenbereich	Fragemöglichkeiten
1a	Krankheitsverdacht /Diagnosestellung in der HA-Praxis	<b>Bitte erzählen sie, wie hat das mit der Demenz ihres Angehörigen begonnen?</b>
B		Falls sie in der Arztpraxis anwesend waren, als das Thema zum ersten mal aufkam: Wie lief das damals dort ab?
C		Wer hat die Veränderungen damals zuerst thematisiert?
D		Wie ist das Gespräch genau abgelaufen?
E		Wie war ihr Eindruck von dem Vorgehen des Arztes?
F		Welchen Eindruck hat das Vorgehen des Arztes bei ihrem Angehörigen hinterlassen?
G		Wurden Testverfahren angewendet? Wie lief das ab?
H		Haben sie sich gut zur Krankheit Demenz und den gegebenen Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten beraten gefühlt?
I		Wie ist ihre Einschätzung: Hat sich ihr Angehöriger gut zur Krankheit Demenz und den gegebenen Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten beraten gefühlt?
J		Welche Informationen haben sie bzw. ihr Angehöriger vom Arzt bzw. den MFA zu NBA erhalten?



Nr	Themenbereich	Fragemöglichkeiten
<b>2a</b>	Zugehende Erstberatung	<b>Nach dem Arztbesuch haben sie einen Anruf erhalten. Mit wem lief das Gespräch?</b>
B		Falls das Telefongespräch mit Ihrem Angehörigen lief, was hat er davon berichtet?
C		Falls sie das Gespräch selbst geführt haben, wie genau war das, als sie nach dem Arztbesuch angerufen wurden?
D		Bitte schildern sie, woran sie sich aus dem Gespräch erinnern können?
E		Wie haben sie das Gespräch empfunden? Empfanden sie das Gespräch als Hilfreich? Falls ja, warum? Falls nein, warum nicht?
F		Wie waren Ihre ersten Gedanken zum NBA, hatten sie Vorbehalte oder waren Sie vorbehaltlos interessiert?
H		Was hat sie dazu bewogen, sich auf das Angebot einzulassen?
J		Ggf.: Was hat sie dazu bewogen, sich <b>nicht</b> auf das Angebot einzulassen?
<b>3a</b>	Zugehende Vermittlung und Inanspruchnahme NBA	<b>Wie genau lief dann der erste Kontakt zum Unterstützungsangebot ab?</b>
B		Wie war ihr erster Eindruck vom Angebot / der ihres Angehörigen?
C		Haben sie das Unterstützungsangebot in Anspruch genommen?
D		Nehmen sie es heute noch in Anspruch?
E		Falls sie heute kein Angebot mehr in Anspruch nehmen: was sind die Gründe dafür?
F		Falls Sie NBA in Anspruch nehmen: Welche Form von Unterstützung nutzen Sie?
G		Wie ist Ihre Einschätzung zum Angebot / wie ist die ihres Angehörigen?
H		Gehen sie davon aus das Angebot weiterhin in Anspruch zu nehmen?
<b>4a</b>	Zugehende klientenzentrierte Ergotherapie	<b>Hat ihr Angehöriger von ihrem Arzt Ergotherapie verschrieben bekommen?</b>
B		Wie lief der erste Kontakt zur Ergotherapie ab? Wie war Ihr Eindruck? Wie war Ihr erster Eindruck? Wie der Ihres Angehörigen?
C		Würden Sie sagen, dass Sie /Ihr Angehöriger von der Ergotherapie profitiert haben? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Nr	Themenbereich	Fragemöglichkeiten
5a	Bewertung Hilfen/Abschluss	<b>Wodurch erhalten sie bei der Betreuung ihres Angehörigen am meisten Unterstützung? (Familie, NBA, Hausarzt, Ergo etc.)</b>
b		Was würden sie sich hinsichtlich der Versorgung ihres Angehörigen wünschen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung des Projektes FIDEM!

## Anhang H Faxformular Patientenvermittlung Verbreitungsphase

## FIDEM Faxformular

Stand: 14.12.2011

Hinweis: diese Felder jeweils nur ausfüllen, falls Frage 4 positiv beantwortet wurde.	1. Arztpraxis		(Datum, Stempel)		
	2. Ansprechperson in der Praxis				
	3. Tel.:	Fax.:			
	4. Mit FIDEM Teilnahme einverstanden u. Schweigepflichtsentb. erfolgt?			Patient <input type="checkbox"/>	Angehöriger <input type="checkbox"/>
	5. Falls kein Einverständnis, bitte kurz die Ablehnungsgründe des Patienten bzw. Angehörigen wiedergeben:				
	6. Name des Patienten:			Alter des Patienten:	
	7. Adresse und Telefonnummer des Patienten:				
	8. Name des Angehörigen:				
	9. Adresse und Telefonnummer des Angehörigen:				
	10. Kontaktaufnahme mit Patient <input type="checkbox"/> oder Angehörigen <input type="checkbox"/> , bevorzugt zu folgenden Zeiten:				
11. Demenz bekannt seit:					
12. Patient getestet mit:		(Testverfahren)	Wert:	Datum:	
13. Bedarf an demenzbezogene Hilfen? (Hinweise zur Bedarfsermittlung beachten)		Niedrigschwelliges Betreuungsangebot		<input type="checkbox"/>	
		Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	Ergo-Verordnung ausgehändigt	<input type="checkbox"/>
		Psychosoziale Beratung		<input type="checkbox"/>	
14. Weitere ärztliche Anmerkungen und Hinweise (z.B. Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen):					
15. Rückmeldung von NBA an Arzt (z.B. Art des Angebotes, Dauer, Frequenz, Inanspruchnahme, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, sonstige Anmerkungen)				Datum:	
16. Rückmeldung von Ergotherapie an Arzt und ggf. NBA (z.B. Behandlungsbeginn, Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen, NBA-Bedarf, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, sonstige Anmerkungen)				Datum:	
17. Rückmeldung von psychosozialer Beratung an Arzt und ggf. NBA (z.B. Zeitpunkt, -raum, Themen, NBA-Bedarf, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, Vereinbarungen, sonst. Anmerkungen)				Datum:	

## Anhang I Fragebögen Schulungsevaluation Verbreitungsphase

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung

### Evaluation der Fortbildungen von Ärzten im Rahmen des Modellprojektes FIDEM

**Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...</b>	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
1. Krankheitsbild Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frühe Symptome / Verdacht auf Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Möglichkeiten der Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Geeignete Tests für die Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung**Evaluation der Fortbildungen von medizinischen Fachangestellten im Rahmen des Modellprojektes fidem****Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu (1)				trifft voll zu (5)
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich wünsche mir eine kurze Auffrischung der Inhalte zu Beginn der nächsten Schulung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...</b>	Völlig Neu (1)				Sehr Be- kannt (5)
13. Krankheitsbild Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frühe Symptome / Verdacht auf Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Möglichkeiten der Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Geeignete Tests für die Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Situationen im Zusammenhang mit der Eröffnung der Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung

## Evaluation der Fortbildungen von Ärzten im Rahmen des Modellprojektes FIDEM

### Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
1 .Medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedrigschwellige Betreuungsangebote / Voraussetzung Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Patientenvermittlung mit den entsprechenden Instrumenten (Ablaufschema, Fax, Schweigepflichtentbindung, Handlungshinweise und Entscheidungshilfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung**Evaluation der Fortbildungen von medizinischen Fachangestellten im Rahmen des Modellprojektes fidem****Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zweitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...</b>	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
12. Niedrigschwellige Betreuungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Medikamentöse Therapie: Antidementiva, Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nonverbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diagnostik: MMST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**



Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung**Evaluation der Fortbildungen von Ärzten im Rahmen des  
Modellprojektes FIDEM****Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...</b>	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
12. Informationen zur Rechtlichen Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Informationen zur Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kommunikation in der Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**



Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Evaluation und Praxisforschung

## Evaluation der Fortbildungen von medizinischen Fachangestellten im Rahmen des Modellprojektes fidem

**Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Die Schulungsevaluation erfolgt anonymisiert. Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

	trifft gar- nicht zu				trifft voll zu
1. Der Aufbau der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Didaktik der Fortbildung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Fortbildung wurden praxisnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die vermittelten Inhalte werden meine weitere berufliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre/ das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Fortbildung war insgesamt gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Die Inhalte der folgenden Themeneinheiten waren mir...</b>	Völlig Neu				Sehr Be- kannt
12. Informationen zur Rechtlichen Betreuung / Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Informationen zur Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nonverbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Beispielhafte Gesprächsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

## Anhang J Datenschutzbestimmung und -erklärung für teilnehmende Hausarztpraxen

### **Datenschutzbestimmung und Datenschutzerklärung zu Verwendung von personenbezogenen Daten im Rahmen des Modellprojektes FIDEM Braunschweig**

Die Verwendung und Weitergabe von personenbezogenen Daten im Rahmen des Modellprojektes FIDEM ist ausschließlich zur Vermittlung von Patienten bzw. Angehörigen zwischen den FIDEM-Partnern sowie der Anbahnung und Umsetzung von demenzbezogenen Beratungsleistungen und Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach §45c SGB XI bestimmt. Eine darüber hinaus gehende Speicherung, Veränderung, Nutzung oder Weitergabe an nicht am Modellprojekt FIDEM teilnehmenden Dritte ist nicht gestattet.

Die Einwilligung des Patienten bzw. Angehörigen zur Weitergabe und Nutzung seiner Daten innerhalb des Modellprojektes Fidem erfolgt einmalig durch Unterschrift in der am Modellprojekt FIDEM teilnehmenden Hausarztpraxis. Diese Einwilligung kann von Patient und Angehörigem jederzeit widerrufen werden.

Hiermit bestätigen wir die Regelungen zum Schutz der Daten der am Fidem-Projekt teilnehmenden Patienten und deren Angehörigen zur Kenntnis genommen zu haben.

Einrichtung

Ansprechpartner

Datum Stempel

Anhang K Vordruck ärztliche Schweigepflichtentbindung

**Erklärung über die Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht im Rahmen der Teilnahme am Projekt FIDEM.**

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Anschrift:** .....

**Geb.Dat.:** .....

Ich möchte am Projekt FIDEM teilnehmen und habe das Patienteninformationsblatt hierzu erhalten.

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Angaben zu meiner Person / zu meiner Erkrankung an Projektpartner der

Arztpraxis ..... weitergegeben werden.

Die Weitergabe dient ausschließlich der zugehenden Vermittlung von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten sowie der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. im Rahmen des Projektes FIDEM.

Die Daten werden ausschließlich für die Durchführung des Projektes FIDEM genutzt.

Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift  
(Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift  
(Angehöriger )

## Anhang L Fragebögen Nachbefragung Ärztinnen und Ärzte, MFA, NBA



### Evaluation des Modellprojektes FIDEM Version für Ärztinnen und Ärzte

#### Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht, die sich auf mögliche Effekte des Projektes FIDEM beziehen. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie bzw. Ihre Praxis zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage. Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Für die Verwaltung des Evaluationsrücklaufs müssen wir diesen Fragebogen Ihrer Person und Praxis zuordnen können. Es werden jedoch keine Angaben auf Personen- oder Praxisebene veröffentlicht.

Name des/der Ausfüllenden:		Trifft garnicht zu	Trifft weniger zu	teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Name der Arztpraxis:						
1.	Das Thema Demenz ist in der Praxis durch das Projekt FIDEM stärker in den Vordergrund gerückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Das hinzugewonnene Wissen zu Demenz hat die Abläufe in der Praxis positiv beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Der Blick auf meine Patienten unter dem Aspekt Demenz ist aufmerksamer geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich thematisiere einen Verdacht auf Demenz gegenüber den Patienten bzw. Angehörigen nun früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Kommunikation mit dem Patienten und Angehörigen im Rahmen der Demenzdiagnose hat sich positiv verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die medizinischen Fachangestellten können besser auf die Bedürfnisse demenzverdächtiger Patienten und deren Angehörigen eingehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Es werden vermehrt Demenztests in meiner Praxis durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Die demenzbezogenen Unterstützungsangebote in der Umgebung sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die dort zuständigen KoordinatorInnen sind mir persönlich bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die Qualität der Kooperationen zu den demenzbezogenen Unterstützungsangeboten bewerte ich als hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Die Vermittlung der Patienten über das FIDEM-Faxsystem funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Die klientenzentrierte Ergotherapie bewerte ich als eine vielversprechende Therapieoption bei Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Die Rückmeldungen der teilnehmenden Patienten zu den vermittelten Unterstützungsangeboten waren positiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Durch das Projekt FIDEM fühle ich mich besser auf demenzbezogene Anforderungen im Praxisalltag vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Durch das Projekt FIDEM werden an Demenz erkrankte Patienten besser in meiner Praxis versorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Meine Erwartungen an das Projekt FIDEM wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**



## Evaluation des Modellprojektes FIDEM Version für medizinische Fachangestellte

### Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht, die sich auf mögliche Effekte des Projektes FIDEM beziehen. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie bzw. Ihre Praxis zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Für die Verwaltung des Evaluationsrücklaufs müssen wir diesen Fragebogen ihrer Person bzw. Praxis zuordnen können.
- Die Evaluationsauswertung erfolgt jedoch anonymisiert! Ihre Angaben werden nicht auf Personen- oder Praxisebene ausgewertet oder veröffentlicht.

		Trifft garnicht zu	Trifft weniger zu	teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
1.	Das Thema Demenz ist in der Praxis durch das Projekt FIDEM stärker in den Vordergrund gerückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Das hinzugewonnene Wissen zu Demenz hat die Abläufe in der Praxis positiv beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Mein Blick auf die Patienten unter dem Aspekt Demenz ist aufmerksamer geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich thematisiere einen Verdacht auf Demenz bei einem Patienten gegenüber dem Arzt/der Ärztin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Kommunikation mit den Patienten und Angehörigen im Zusammenhang mit Demenz hat sich positiv verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich kann besser auf die Bedürfnisse demenzverdächtiger Patienten und deren Angehörigen eingehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Es werden vermehrt Demenztests in dieser Praxis durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Die demenzbezogenen Unterstützungsangebote in der Umgebung sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die dort zuständigen KoordinatorInnen sind mir persönlich bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die Qualität der Kooperationen mit den demenzbezogenen Unterstützungsangeboten bewerte ich als hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Die Vermittlung der Patienten über das FIDEM-Faxsystem funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Die Rückmeldungen der teilnehmenden Patienten zu den vermittelten Unterstützungsangeboten waren positiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Durch das Projekt FIDEM fühle ich mich besser auf demenzbezogene Anforderungen im Praxisalltag vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Durch das Projekt FIDEM werden an Demenz erkrankte Patienten besser in unserer Praxis versorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Meine Erwartungen an das Projekt FIDEM wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**



## Evaluation des Modellprojektes FIDEM Version für Niedrigschwellige Betreuungsangebote

### Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht, die sich auf mögliche Effekte des Projektes FIDEM beziehen. Bitte prüfen Sie, inwiefern die Aussagen auf Sie bzw. ihr Angebot zutreffen und machen Sie entsprechend ein Kreuz.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage. Bitte lassen Sie keine Fragen aus.
- Für die Verwaltung des Evaluationsrücklaufs müssen wir diesen Fragebogen Ihrer Person bzw. Ihrem Angebot zuordnen können. Es werden jedoch keine Angaben auf Personen- oder Praxisebene veröffentlicht.

Name des/der Ausfüllenden:		Trifft garnicht zu	Trifft weniger zu	teils / teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Name des Angebots:						
1.	Die von FIDEM durchgeführte Informationsveranstaltung war gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Der durch FIDEM organisierte regionale Netzwerkaufbau war gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Abläufe im Rahmen der Patientenvermittlung wurden von FIDEM klar kommuniziert..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die an FIDEM teilnehmende Arztpraxis in meiner Umgebung ist mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Der dort zuständigen Arzt / die Ärztin ist mir persönlich bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die Qualität der Kooperationen mit der teilnehmenden Arztpraxis bewerte ich als hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Die an FIDEM teilnehmende Ergotherapiepraxis in meiner Umgebung ist mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Der dort zuständigen Therapeut / die Therapeutin ist mir persönlich bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die Qualität der Kooperationen mit der teilnehmenden Ergotherapiepraxis bewerte ich als hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die Vermittlung der von Demenz Betroffenen über das FIDEM-Faxsystem funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Die zugehende Vermittlung im Rahmen von FIDEM hat sich bewährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Die Rückmeldungen der teilnehmenden Patienten zur Vermittlung im Rahmen von FIDEM war positiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Meine Erwartungen an das Projekt FIDEM wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Bitte geben Sie an, wie viel von Demenz betroffenen Personen im Rahmen von FIDEM an Ihre Einrichtung vermittelt wurden:					
15.	Bitte geben Sie an, wie viel von Demenz betroffenen Personen im Rahmen von FIDEM in Ihre Einrichtung beraten wurden:					
16.	Bitte geben Sie an, wie viele von diesen Personen das NBA-Angebot in Anspruch genommen haben:					
17.	Bitte geben Sie an, wie viele dieser Personen Sie im Rahmen von FIDEM eine klientenzentrierte Ergotherapie empfohlen haben:					

**Bitte wenden!**



## Anhang M Tabelle Zuordnung Patienten-PLZ zu Kategorien Stadt-Mittelstadt-Land

Einordnung der dokumentierten Fälle (Patienten) nach den vier Siedlungskategorien:  
Großstadt (1)-Mittelstadt (2)-Kleinstadt (3)-Land (4) Keine Angabe (99)

Patient	Ort	Postleitzahl	Kategorie
Patient 1	Wolfsburg	38444	1
Patient 2	Cremlingen	38162	4
Patient 3	Cremlingen	38162	4
Patient 4	99	99	99
Patient 5	99	99	99
Patient 6	99	99	99
Patient 7	99	99	99
Patient 8	Remlingen,	38319	4
Patient 9	Klein Biewende	38319	4
Patient 10	Remlingen	38319	4
Patient 11	Roklum	38325	4
Patient 12	Remlingen	38319	4
Patient 13	Braunschweig	38124	1
Patient 14	Braunschweig	99	1
Patient 15	Braunschweig	38102	1
Patient 16	Braunschweig	38124	1
Patient 17	Braunschweig	99	1
Patient 18	Braunschweig,	99	1
Patient 19	99	99	99
Patient 20	Braunschweig	38124	1
Patient 21	Braunschweig	38124	1
Patient 22	Braunschweig	99	1
Patient 23	Vienenburg (Lengde)	99	4
Patient 24	Vienenburg	38690	3
Patient 25	Vienenburg	38690	3
Patient 26	Vienenburg	99	3
Patient 27	Vienenburg	38890	3
Patient 28	Wolfsburg	38304	1
Patient 29	Wolfsburg	38304	1
Patient 30	Salzgitter	99	99
Patient 31	Salzgitter (SZ-Bad)	38259	2
Patient 32	Salzgitter (Ringelheim),	38259	4
Patient 33	Haverlah	38275	4
Patient 34	Salzgitter (Ringelheim)	38259	4
Patient 35	Salzgitter (Ringelheim)	38259	4
Patient 36	Braunschweig	38120	1
Patient 37	99	99	99
Patient 38	Schöningen	38364	3
Patient 39	Schöningen	38364	3

Patient 40	99	99	99
Patient 41	99	99	99
Patient 42	99	99	99
Patient 43	99	99	99
Patient 44	99	99	99
Patient 45	99	99	99
Patient 46	Seesen (Münchehof)	99	4
Patient 47	Seesen	99	3
Patient 48	Seesen	99	3
Patient 49	Königslutter (Lelm)	38154	4
Patient 50	Königslutter (Scheppau),	38154	4
Patient 51	Braunschweig	38110	1
Patient 52	Braunschweig	99	1
Patient 53	Braunschweig- Wenden	38110	3
Patient 54	Braunschweig	38112	1
Patient 55	99	99	99
Patient 56	Braunschweig	99	1
Patient 57	99	99	99
Patient 58	99	99	99
Patient 59	Braunschweig	38110	1
Patient 60	Braunschweig	38110	1
Patient 61	Braunschweig	38118	1
Patient 62	Braunschweig	99	1
Patient 63	Braunschweig	38118	1
Patient 64	Braunschweig	38118	1
Patient 65	Braunschweig	38118	1
Patient 66	Braunschweig	99	1
Patient 67	Braunschweig	38116	1
Patient 68	Braunschweig	38112	1
Patient 69	Braunschweig	38112	1
Patient 70	Braunschweig	38112	1
Patient 71	Braunschweig	38112	1
Patient 72	Braunschweig	38112	1
Patient 73	Braunschweig	38114	1
Patient 74	Braunschweig	38112	1
Patient 75	Braunschweig	38112	1
Patient 76	Wolfsburg	38442	1
Patient 77	Wolfsburg	38442	1
Patient 78	Wolfsburg	38442	1
Patient 79	Wolfsburg	38442	1
Patient 80	Wolfsburg	38442	1
Patient 81	Wolfsburg	38442	1
Patient 82	Braunschweig	38126	1
Patient 83	Braunschweig	38126	1
Patient 84	Braunschweig	99	1



## Anhang N Fallvignetten zu Angehörigeninterviews Pilotphase

**Fall 1**

Patient:	1
Angehöriger:	Tochter
Hausarzt:	A1
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	keine Angaben Zeitpunkt Verdacht
Datum Fax:	20.01.2011
Datum Testung:	20.01.2011
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose nach Intervention
Besonderheiten:	Heimeinweisung erfolgt
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung NBA Einzelbetreuung: Ca. 1-2 Monate 1 x pro Woche (bis Heimeinweisung)
Inanspruchnahmen außerhalb von FIDEM:	Pflegedienst (3 x tgl.)
<p><b>Beginn und Verdacht Demenz</b></p> <p>Die Angehörige hegte als erste Person einen Verdacht auf Demenz bei der Betroffenen. Dieser Verdacht entstand spät, da die Symptome (Antriebslosigkeit, Inkontinenz) zuerst mit den körperlichen Erkrankungen der Mutter in Verbindung gebracht wurden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung fielen weitere Symptome auf: Vernachlässigung der Wohnung/Person, Verwirrtheit, stark fehlender Antrieb, Vergesslichkeit, Unkonzentriertheit und Nicht-Zuhören bei Unterhaltungen, Interessenlosigkeit.</p> <p><b>Hausarzt</b></p> <p>Der Vorschlag zum Hausarzt zu gehen und einen Demenztest zu machen wurde von der Betroffenen abgelehnt. Sie zeigte keine Krankheitseinsicht. Daraufhin erfolgte im Vorfeld eine Absprache zwischen dem Hausarzt und der Angehörigen. Unter dem Vorwand einer</p>	

Teilnahme an einem Projekt für allgemeine Hilfen und Unterstützung konnte die Betroffene zum Hausarztbesuch überredet werden.

Die Demenztestung der Betroffenen beim Hausarzt wurde unter dem Vorwand eines Einstufungstest für den Hilfebedarf durchgeführt. Die Demenzdiagnose wurde vom Hausarzt innerhalb des FIDEM-Projektzeitraums gestellt. Die Diagnosebesprechung erfolgte in Anwesenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Nach Einschätzung der Angehörigen hat die Betroffene die Diagnosestellung nicht richtig wahrgenommen oder verdrängt.

### **Bewertung Vorgehen Arztpraxis**

Das Vorgehen des Arztes und der Sprechstundenhilfen wurden von der Angehörigen als „*In Ordnung*“ befunden.

Die Angehörige wurde vom Hausarzt über den Ablauf der Vermittlung durch FIDEM informiert, z.B. über die telefonische Kontaktaufnahme von Beratung und Hilfsangebote.

### **Beratung**

Die telefonische Kontaktaufnahme erfolgte und es erfolgte eine persönliche Terminvereinbarung mit der Angehörigen in der Beratungsstelle. Die Themen der Beratung enthielten u.a die stundenweise Betreuung (NBA). Es wurden laut der Angehörigen noch viele weitere Punkte angesprochen, an die sie sich jedoch nicht mehr erinnern konnte und die zudem durch die Heimeinweisung schnell uninteressant geworden seien.

### **NBA**

Der Ehemann und die Betroffenen selbst mussten von der Tochter (Angehörige) zur Inanspruchnahme einer Einzelbetreuung (NBA) überredet werden, weil sie zunächst nicht verstehen wollten wofür dies gut sein sollte bzw. sie so etwas bräuchten.

Die durchgeführte Einzelbetreuung wurde von der Angehörigen als hilfreich und in Ordnung befunden. Laut Angehöriger wurden dabei Spiele gespielt und Unterhaltungen geführt.

**Unterstützung**

Nach Meinung der Angehörigen seien den Hausärzten die Hände gebunden. Sie könnten nur vor Ort in der Praxis oder bei Hausbesuchen etwas unternehmen. Seitens des Arztes sei in der Zeit von Diagnose bis Heimeinweisung nicht viel passiert. Das hätte aber nicht am Arzt gelegen sondern daran, dass sie es nicht in Anspruch genommen hätten. Nach der Diagnosestellung ging es der Familie verstärkt um die Regelung des Alltags der Betroffenen. Dies sei nicht einfach gewesen, weil z.B. die Flexibilität von Pflegediensten begrenzt sei. Die Familie befand sich in einer schwierigen Situation, weil sie keine flexible Pflege bzw. Betreuung für die Betroffene organisieren konnte, dennoch zögerte sie den Eintritt ins Pflegeheim hinaus. Der drei Mal tägliche Besuch durch den Pflegedienst bei der Betroffenen reichte für die Versorgung nicht aus.

Innerhalb von 4 Monaten verschlechterte sich der Zustand der Betroffenen so stark, dass ein Aufenthalt zu Hause nicht mehr möglich war. Konsequenz: Übergang ins Pflegeheim.

**Wunsch**

Flexible Hilfen wäre ein Wunsch gewesen um die Einweisung ins Pflegeheim zu umgehen.

**Sonstiges**

Die Demenz und die damit verbundenen Wesensveränderungen der Mutter war ein Schock. Vorher gab es noch keinen Demenzfall in der Familie und somit diesbezüglich auch keine vorhanden Erfahrungen.

**Fall 2**

Patient:	2
Angehöriger:	Ehefrau
Hauarzt:	A2
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	Keine Angabe Zeitpunkt Verdacht
Datum Fax:	10.12.2010
Datum Testung:	10.12.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Verdachtsdiagnose nach Intervention (ein Test wurde allerdings schon 2009 gemacht)
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung NBA: 1x pro Woche Einzelbetreuung 3-4 Std. Ergotherapie: 1/4 Jahr 1 x pro Woche ca. 20-30 Termine. Soll in Zukunft weiter verschrieben werden. Haushaltshilfe durch B2
Inanspruchnahmen außerhalb von FIDEM:	Physiotherapie (vom Neurologen verschrieben)
<b>Beginn und Verdacht Demenz</b>	
Nach einem Schlaganfall zeigten sich die ersten Symptome, z.B. Vergesslichkeit. Der weitere Verlauf war schleichend und der Verdacht auf Demenz seitens der Angehörigen kam erst später.	
<b>Hausarzt</b>	
Durch plötzliche rapide Verschlechterung erfolgte ein Hausarztbesuch. Die Angehörige hatte keine Erinnerung mehr an den Ablauf in der Hausarztpraxis. Der Hausarzt äußerte den Verdacht auf Demenz und überwies den Betroffenen zum Neurologen. Laut der Angehörigen	

wurde die Diagnose noch nicht 100% gestellt, weil eine MRT- Untersuchung noch ausstehe. Bisher sei noch ungeklärt um welche Demenzform es sich handele.

### **Bewertung Vorgehen Arztpraxis**

Die Angehörige ist mit dem Vorgehen des Hausarztes zufrieden, sie fühlt sich gut aufgehoben und beraten. Für ihren Mann wäre dies irrelevant bzw. spiele keine Rolle. Sie wurden vom Hausarzt an FIDEM weitergeleitet und dort „griff ein Zahnrad in das andere“ und Hilfsangebote und Möglichkeiten wurden aufgezeigt bzw. angeboten.

### **Beratung**

Die Angehörige ließ sich zwei-bis dreimal bei der Beratungsstelle vor Ort beraten und ein Beratungsgespräch erfolgte bei ihr zu Hause. Ins Detail könne sie sich jedoch nicht mehr an alle Inhalte erinnern. Themen der Beratung waren: Krankheitsverlauf, Verhalten, Informationsmaterial, NBA, Tagesbetreuung. Das Gespräch bewertete sie als hilfreich. An die Einzelbetreuung sei sie sofort interessiert gewesen.

### **NBA**

Die Angehörige äußert sich sehr zufrieden mit der Einzelbetreuung, es sei „*ganz hervorragend, von unserer Dame*“ und der Ehemann komme sehr gut mit ihr zurecht. In Zukunft erfolge auf jeden Fall eine weitere Inanspruchnahme.

### **Ergotherapie**

Die Angehörige war auch sehr zufrieden mit der Ergotherapie. Die Vermittlung lief gut über den Hausarzt oder die Beratungsstelle. Sie haben einen Anruf von der Ergotherapie erhalten und haben einen Termin in der Praxis vereinbart. Dort wurde alles besprochen und vereinbart, dass die Ergotherapie zu Hause stattfindet, da der Betroffene nicht mehr gut laufen könne.

Insgesamt hat der Betroffene ca. 20-30 Ergotherapie-Behandlungen in ca. einem Vierteljahr 1x die Woche erhalten. Ihr Mann profitiere sehr von der Ergotherapie, weil z.B. das selbständige Anziehen geübt werde, das Essen und Laufen mit dem Rollator. Die Ergotherapie werde

laut der Angehörigen weiter verschrieben, denn die Kontinuität sei für deren Erfolg wichtig.

### **Physiotherapie**

Der Neurologe hat ihrem Mann Physiotherapie verschrieben, da er an Gleichgewichtsproblemen leidet und Schwierigkeiten beim Laufen hat.

### **Unterstützung**

Das Ehepaar hat viele gesundheitliche Probleme, es liegt eine Kumulation von Belastungen vor und „*das brach alles über mich zusammen*“ sagte die Angehörige. Sie habe außerdem mit ihrem Ehemann nicht so viel Geduld und sei überfordert. Die Ergotherapie und Betreuung hingehen machen „*alles in Ruhe*“. Weiterhin erhält der Betroffene Physiotherapie und einmal die Woche kommt eine Haushaltshilfe. Die Haushaltshilfe sei auch wichtig, da durch die Betreuung wenig Zeit zum gründlichen Säubern fehle.

Die Angebote seien wunderbar und sie war sehr dankbar über diese Unterstützung, denn „*alleine ist man ansonsten so hilflos und wirklich überfordert*“.

Weitere Unterstützung erhält die Angehörige von ihrem Sohn, er passt ab und zu am Wochenende auf den Betroffenen auf, weil dieser nicht mehr alleine bleiben kann. Der Hausarzt wird nicht als richtige Unterstützung angesehen.

### **Wünsche**

Die Angehörige äußerte den Wunsch nach mehr freier Zeit „*Ich habe für mich keine Zeit. Ja? Wenn ich mal zum Friseur will, dann kommt etwas dazwischen, dann muss es wieder um eine Woche verschoben werden*“. Drei Stunden Einzelbetreuung für den Betroffenen in der Woche seien für sie zu wenig.

Für den Ehemann wünschte sie sich noch mehr Beschäftigung. Die Pflege übernahm sie noch selbst.

Von der Pflegeversicherung erhielten sie 100 Euro pro Monat für zusätzliche Betreuungsleistungen. Davon wurde die Einzelbetreuung finanziert. Für andere Angebote, z.B. die Haushaltshilfe, mussten sie selbst dazu zahlen. Solange es möglich wäre würden sie dies auch

weiterhin tun, aber als Rentner sei die Belastungsgrenze schnell erreicht.

Nach Ansicht der Angehörigen sollten die Informationen zu den Angeboten und Möglichkeiten offener und zugänglicher sein. Die Angehörige erfuhr z.B. manchmal nur aus Zufall von der Betreuungsdame sinnvolle Informationen und Möglichkeiten.

**Sonstiges:**

Die Angehörige richtet einen Dank an Fidem: „*wichtig und so gut*“. In der Familie gab es schon einen Demenzfall, daher war der Angehörigen die Tagespflege bekannt. Weitere Unterstützungsangebote waren ihr bis dahin unbekannt. Dieses Netzwerk (FIDEM) sei für sie sehr hilfreich und sie bewertete dies als hervorragend.

Schwankender Verfassungszustand des Erkrankten sei eine Belastung. Man könne deshalb nicht planen.

**Fall 3**

Patient:	3
Angehöriger:	Ehefrau
Hausarzt:	A5
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	7 Monate, Zeitpunkt Verdacht: Oktober 2010
Datum Fax:	Datum Fax: 20.05.2011
Datum Testung:	11.11.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose nach Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung NBA Einzelbetreuung wurde bei Bedarf stundenweise in Anspruch genommen
Besonderheiten:	Heimeinweisung erfolgt
<p><b>Beginn und Verdacht Demenz:</b></p> <p>Der Betroffene war früher nie ernsthaft krank oder beim Arzt. Als erstes fielen der Familie die Symptome Vergesslichkeit und Verwirrtheit bei dem Betroffenen auf und dass er häufiger mit ihnen streitet. Lange habe die Angehörige geahnt, dass etwas nicht in Ordnung sei, wollte es aber selbst nicht wahrhaben. Sie dachte die Symptome seien altersbedingt und hatte Verdachtsäußerungen der Kinder hinsichtlich Demenz damit abgeblockt.</p> <p><b>Hausarzt</b></p> <p>Die Familie hat den Betroffenen überreden können aufgrund der Symptomatik zum Hausarzt zu gehen. Der Hausarzt überwies ihn zum Neurologen. Dort wurde ohne das Wissen des Betroffenen die Testung auf Demenz durchgeführt. Im Anschluss wurde ihnen offiziell die Diagnose Demenz mitgeteilt.</p> <p>Der Angehörige war sich nicht sicher, ob der Betroffene überhaupt verstanden hatte wieso sie beim Arzt waren und glaubt auch, dass er bis heute nicht weiß was Demenz überhaupt ist.</p>	



**Bewertung Vorgehen Arztpraxis:**

Die Angehörige bewertete das Vorgehen des Hausarztes als gut, weil er sich wirklich um den Betroffenen gekümmert habe. Begründet wird dies z.B. mit der Beantragung eines Rollstuhls, als der Betroffene nicht mehr gut laufen konnte.

Die Angehörige betonte positiv, dass der Hausarzt und der Neurologe ihnen die Wahrheit sagten und ihnen sofort die Diagnose mitteilten. Sie sagt jedoch auch, dass sie es nicht wahrhaben wollte.

Vom Hausarzt und den Medizinischen Fachangestellten wurde sie zu Unterstützungsangeboten beraten. Diese habe sie jedoch nicht angenommen, weil sie überzeugt davon war, die Versorgung des Betroffenen alleine zu schaffen. Später merkte sie allerdings, dass dies nicht der Fall war.

**Beratung**

An die Beratung konnte sich die Angehörige nicht mehr erinnern, sie glaubte zuerst sie nicht in Anspruch genommen zu haben. Im Gespräch stellte sich jedoch heraus, dass die Beratung bei ihr zu Hause stattgefunden hat. Die Angehörige hatte alle Unterstützungsangebote abgelehnt, weil sie der Ansicht gewesen sei, es alleine zu schaffen. Auf die Frage ob sie gegenüber den Angeboten Vorbehalte hatte verneinte sie energisch. Sie begründete ihr Ablehnen damit, dass sie immer alles alleine geschafft hatte und die Beratung bzw. Hilfen nur bei Bedarf anrufen wollte.

**NBA**

Aufgrund eines Todesfalles in der Familie der Angehörigen, musste sie ein paar Tage wegfahren. Der Betroffene wurde in dieser Zeit von einem Angebot (Medizinischer Dienst?) betreut. Danach hatte die Angehörige die stundenweise Betreuung weiter in Anspruch genommen, aber nur wenn sie außerhalb Termine wahrnehmen musste. Ansonsten hatte sie, soweit es ging, alles alleine gemacht. Die Betreuung war meistens etwa eine Stunde lang und ihr Ehemann wurde in dieser Zeit z.B. spazieren gefahren. Er empfand dieses Angebot ihrer Meinung nach als gut und hat sich von den fremden Betreuern auch mehr sagen lassen als von ihr (seiner Ehefrau). Die Betreuung hatte einen

Schlüssel zur Wohnung. Bei Bedarf rief sie dort kurzfristig an.

### **Unterstützung**

Die Angehörige betonte, dass sie sich auf alle verlassen konnte, z.B. die Ärzte oder der medizinische Dienst.

Die Vollmacht über den Betroffenen hatte die Tochter übernommen. Ansonsten übernahm dies die Befragte oder der Sohn.

Bevor ihr Ehemann ins Pflegeheim gekommen war wollte die Angehörige die Versorgung alleine übernehmen, weil sie alles immer gerne alleine gemacht hat und die Gewohnheiten von ihrem Ehemann besser kannte und sich deshalb besser um ihn kümmern konnte. Deswegen hat sie die regelmäßigen Anfragen zur Unterstützung immer wieder abgelehnt. Sie habe die Einstellung, dass man sich um einen kranken Menschen zu Hause so lange kümmern muss wie es geht.

### **Wünsche**

Die Angehörige hätte sich Unterstützung gewünscht, nachdem ihr Mann ins Pflegeheim gekommen war. Sie hätte sich z.B. einen Anruf gewünscht oder dass jemand auf sie zugegangen wäre und ihr „unter die Arme greift“. Sie hätte Hilfe mit den komplizierten und umständlichen behördlichen Formalitäten benötigt und wünschte sich bei finanziellen Angelegenheiten Unterstützung z.B. von einem Verein oder direkt von den Behörden.

Mittlerweile käme sie damit einigermaßen alleine zurecht oder frage bei Bedarf ihre Kinder.

### **Sonstiges**

Vor dem Interview wurde ein langes Vorgespräch mit der Angehörigen geführt. Ihr ging es psychisch nicht gut, die Situation war für sie sehr belastend und sie war auch selbst krank. Aufgrund der Heimeinweisung ihres Mannes und der finanziellen Situation musste sie in eine neue kleinere Wohnung ziehen.

**Fall 4**

Patient:	1
Angehöriger:	Ehemann
Hausarzt:	A2
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	12 Monate, Zeitpunkt Verdacht: Ende 2009
Datum Fax:	22.11.2010
Datum Testung:	15.11.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose nach Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung Ergotherapie 16 Std./bzw. Termine NBA: Gymnastik-Aktiv Gruppe und Gruppenangebot. Zum Zeitpunkt des Interviews wurde elf Mal eine Stunde in Anspruch genommen.
<p><b>Beginn und Verdacht Demenz</b></p> <p>Im April 2009 zeigten sich bei der Betroffenen die ersten Symptome bei einem Klinikaufenthalt im Zusammenhang mit einer Operation, bei der die Betroffene einen hohen Blutverlust erlitt. Sie war verwirrt und orientierungslos und hat z.B. ihren Schwiegersohn nicht mehr erkannt. Die Familie sei davon geschockt gewesen.</p> <p><b>Hausarzt</b></p> <p>Der Hausarzt machte im Jahr 2010 einen Demenztest. Aufgrund des Ergebnisses äußerte er einen Verdacht auf Demenz. Ein Jahr später im November 2011 wiederholte er die Testung und überwies danach die Betroffene zum Spezialisten für eine Untersuchung. Danach stand die offizielle Diagnose „Demenz“ auf den Überweisungsformularen. Der Hausarzt überwies die Betroffene dann zur Behandlung an einen Neurologen. Die Ehefrau hatte zu diesem Zeitpunkt keine Krankheitseinsicht.</p>	

**Bewertung Vorgehen Arztpraxis**

Der Hausarzt hatte auf FIDEM aufmerksam gemacht und angekündigt, dass eine Beratung mit ihnen Kontakt aufnehmen werde. Der Angehörige fühlte sich in der Hausarztpraxis immer gut beraten, der Hausarzt sei immer offen zu ihnen gewesen. Seit dem Jahre 2003 waren er und seine Ehefrau bei ihm Patienten.

**Beratung**

Die Beratung nahm mit dem Angehörigen telefonisch Kontakt auf und es erfolgte ein vereinbarter Besuch zu Hause bei dem Ehepaar. Informationsmaterialien habe der Angehörige von der Beratung erhalten. Die Informationen zum Krankheitsbild (Unterlagen, Bücher, Filme) hatten sie zuerst abgelehnt „*Weil das für uns ja, wie soll man sagen, .. im ersten Moment furchtbar ist.*“.

Es fand auch ein Termin in der Beratungsstelle mit dem Ehepaar statt. Dort wurde der Angehörige bei der Beantragung des Betreuungsgeldes von der Pflegekasse unterstützt.

**NBA**

Der Angehörige hatte das NBA-Angebot in Anspruch genommen, weil er nach eigener Aussage keine Ahnung hatte, was in dieser Situation mit der Diagnose Demenz zu tun sei. Die Betroffene nahm laut des Angehörigen gerne an dem wöchentlichen Gymnastikgruppenangebot teil und sei damit zufrieden. Solange es gehe und die Ehefrau Freude am Angebot habe würden sie es weiter in Anspruch nehmen.

**Ergotherapie**

Nach der Diagnosestellung wurde vom Hausarzt Ergotherapie verschrieben. Die Ergotherapeutin kam zu ihnen nach Hause. Zu Anfang habe sie sich ein Bild von der Wohnung und den Räumlichkeiten gemacht und der Angehörige habe außerdem von der Ergotherapeutin Bücher über die Erkrankung Demenz erhalten, die er auch gelesen habe. Durch die Ergotherapie erfolgten die Erstellung eines Biografibuches und eine Tagesablaufplanung. Der Angehörige war bei der Ergotherapie immer dabei und die Betroffene habe sich jedes Mal darauf gefreut. Nach 16 Terminen wurde die Ergotherapie unterbrochen und die Berichte gingen an den Hausarzt.

Die Ergotherapie und Gymnastikgruppe musste die Betroffene aufgrund einer Operation vorerst unterbrechen. Die Fortführung des Gruppenangebotes ist geplant.

### **Unterstützung**

Als erstes war für den Angehörigen die Information über die Erkrankung Demenz wichtig. Die Ergotherapeutin habe geholfen, indem sie dem Angehörigen bei ihren Besuchen Informationsmaterial mitbrachte und ihm diese auch erklärt habe.

Der Hausarzt sei immer für sie da gewesen.

Solange es möglich sei wollte der Angehörige seine Ehefrau selbst versorgen. Bei Bedarf habe er die Möglichkeit die Beratung 2 zu verständigen oder das NBA 2.1. Dies hatte er noch nicht in Anspruch genommen, aber laut seiner Aussage konnte dies in Zukunft notwendig werden.

### **Sonstiges**

Der Angehörige wollte mit dem Hausarzt über die Wartezeiten in der Praxis sprechen, die trotz Termine lang seien. Seine Ehefrau habe dafür nicht so viel Geduld. Außerdem sagte er: *„Manchmal hat man das Gefühl, man ist schon zu alt, hat das Gefühl, man wird nicht mehr so beachtet wie früher.“*

**Fall 5**

Patient:	5
Angehöriger:	Sohn
Hausarzt	A3
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	2 Monate, Zeitpunkt Verdacht: November 2010
Datum Fax:	27.01.2011
Datum Testung:	Keine Angabe
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose (wahrscheinlich nach der Intervention)
Besonderheiten:	Heimeinweisung erfolgt
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Aufgrund von Heimeinweisung keine Inanspruchnahme
Inanspruchnahmen außerhalb von FIDEM:	Physiotherapie Essen auf Rädern Notrufknopf
<b>Beginn, Verdacht und Verlauf Demenz:</b>	
<p>Der Sohn berichtete, dass die Demenz seines Vaters in leichter Form im Jahr 2010 begann. Er konnte z.B. nicht mehr Auto fahren und seine Lebensgefährtin trennte sich von ihm. Der Vater hatte bis dahin alleine in einer anderen Stadt gewohnt. Damit sich die Familie besser um ihn kümmern konnte organisierte die Familie für den Betroffenen eine behindertengerechte Wohnung in ihrer Stadt. Die Mobilität des Betroffenen war eingeschränkt, zum Laufen verwendete er einen Rollator.</p> <p>Nach zwei Krankenhausaufenthalten rapide Verschlechterung des Zustandes des Betroffenen. Seitdem saß er im Rollstuhl, litt an erhöhter Vergesslichkeit, Interessenlosigkeit, Inkontinenz. Die berufstätige Familie wechselte sich bei der vier Mal täglichen Pflege für den Betroffenen ab. Im Mai 2011 entschieden sie sich schweren Herzens den Betroffenen in ein Pflegeheim zu geben, weil die Versorgung für sie nicht mehr tragbar war. Der Angehörige äußerte deswegen ein schlechtes Gewissen zu haben.</p>	

**Hausarzt**

Der Hausarzt stellte nach dem zweiten Krankenhausaufenthalt fest, dass der Betroffene einen Schlaganfall erlitten hatte, der in der Klinik wohl passiert, aber nicht diagnostiziert wurde. Laut des Angehörigen wurde im Hinblick auf Demenz von dem Hausarzt keine direkte Diagnose gestellt. Anstelle von Testverfahren soll der Arzt dem Betroffenen Fragen zum Tagesdatum usw. gestellt haben und so die Demenz festgestellt haben.

Aufgrund des schlechten körperlichen Zustandes des Betroffenen besuchte der Arzt ihn regelmäßig zu Hause.

Der Hausarzt hatte den Patienten auch in eine Rehabilitationseinrichtung überwiesen. Nach einer Woche wurde der Betroffene vorzeitig entlassen, da bei ihm keine Rehabilitation mehr möglich war.

Eine Beratung zu Demenz und Informationen zu Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten habe der Angehörige vom Arzt nicht bekommen. Über das Projekt FIDEM hatte er den Angehörigen nicht detailliert informiert sondern *„hat nur gesagt, es gibt jetzt Fidem und ja die kümmern sich wohl. Oder machen das jetzt mit Demenzkranken oder kümmern sich da mehr drum.“*

Die Heimeinweisung stand kurz nach dem Fidemangebot des Hausarztes fest. Aus diesem Grunde hatte der Arzt keine Angebote mehr aktiv für den Betroffenen initiiert, weil das Pflegeheim dies seiner Meinung nach mehr oder weniger übernehmen würde.

Der Hausarzt hatte dem Angehörigen die Telefonnummer der Beratungsstelle gegeben. Aufgrund der bevorstehenden Heimeinweisung sei diese Option jedoch in Vergessenheit geraten. Der Angehörige hatte die Verantwortung schon abgegeben und zudem seien viele andere Sachen zu organisieren gewesen.

**Bewertung Vorgehen Arztpraxis**

Der Angehörige war vom Vorgehen des Arztes begeistert.

**Beratung**

Zu einer telefonischen Beratung kam es nicht mehr, weil der Betroffene kurz danach ins Heim gekommen war.

**NBA**

Keine Inanspruchnahme

**Physiotherapie**

Der Betroffene hatte vom Hausarzt Physiotherapie verschrieben bekommen.

**Unterstützung**

Familie, Essen auf Rädern, Notruf (Klingelknopf um den Hals des Betroffenen).

**Wünsche**

Konkrete Wünsche fielen dem Angehörigen nicht ein.



**Fall 6**

Patient:	6
Angehöriger:	Sohn
Hausarzt:	A6
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	18 Monate, Zeitpunkt Verdacht:2009
Datum Fax:	01.12.2010
Datum Testung:	Juni 2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose, Vor oder nach Intervention:	Diagnose, vor der Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Keine
Inanspruchnahmen außerhalb von FIDEM:	Keine
<p><b>Beginn und Verdacht Demenz</b></p> <p>Zu Beginn wurde die Betroffene orientierungsloser und berichtete von Träumen, die sie von der Realität nicht mehr richtig unterscheiden konnte. Im Verlauf verstärkte sich dieser Zustand.</p> <p>Die Symptomatik fiel als erstes dem Angehörigen auf. Er wohnte mit seiner Familie und der Betroffenen in einem Haus.</p> <p><b>Hausarzt</b></p> <p>Die Demenz wurde schon vor ca. zwei Jahren von einem anderen Hausarzt diagnostiziert und die Betroffene erhielt Medikamente.</p> <p><b>Bewertung Vorgehen Arztpraxis</b></p> <p>Vom Hausarzt fühlte sich der Angehörige zur Erkrankung Demenz gut beraten. Er verfügte aber schon über Vorkenntnisse, da der Vater auch an Demenz erkrankt war.</p> <p>Zu Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten hatte sich der Angehörige weniger gut beraten gefühlt. Der Hausarzt hatte ihm vom Projekt FIDEM</p>	

berichtet, das Fax ausgefüllt und angekündigt, dass sich jemand mit ihm Verbindung setzen wird.

Der Angehörige nahm an, dass die Betroffene mit dem Hausarzt zufrieden gewesen sei.

### **Beratung**

Der Angehörige hat längere Zeit auf einen Anruf gewartet. Er fragte deswegen noch mal beim Hausarzt nach, aber es dauerte trotzdem noch bis sich jemand von FIDEM meldete und ihn an eine Beratungsstelle vor Ort vermittelte. Zu dem Zeitpunkt hatte der Angehörige gar nicht mehr damit gerechnet und war über die lange Wartezeit verärgert.

Von der Beratung wurde der Angehörige telefonisch kontaktiert und es wurde ein persönlicher Beratungstermin vereinbart. Er bewertete das Beratungsgespräch als sehr gut. Es wurde seiner Meinung nach alles Wichtige angesprochen, von Unterstützung und Möglichkeiten der Pflege, Betreuung (z.B. Gruppenangebote) und in finanzieller Hinsicht. Der Angehörige hatte sich im Rahmen der demenziellen Erkrankung seines Vaters Jahre vorher auch schon über Angebote im Landkreis erkundigt, dennoch erhielt er von der Beratung auch noch neue Informationen.

Der Angehörige machte sich Sorgen über die Verwendung von Elektrogeräten mit gleichzeitiger Verwirrtheit der Betroffenen und einer dadurch resultierender Brandgefahr. Die Beratung hätte ihn aber auch schon über elektrische Sicherheitseinrichtungen informiert.

### **Inanspruchnahme**

Es erfolgte keine Inanspruchnahme von Angeboten. Die Gruppenangebote wurden von der Betroffenen abgelehnt. Zum Zeitpunkt des Interviews war der Zustand der Betroffenen stabil, sie hatte Kontakte zu Nachbarn und konnte auch noch alleine bleiben. Ein Gruppenangebot hätte der Angehörige trotzdem befürwortet, weil der Kontakt mit anderen Menschen seiner Meinung nach für die Betroffene positive Auswirkungen hätte. In Zukunft könnte daher eine Inanspruchnahme in Frage kommen, vor allem wenn sich der Zustand der Betroffenen verschlechtert und sie nicht mehr alleine gelassen werden kann. Die Beratung hatte ihm Broschüren und Telefonnummern mitgegeben, an die er sich bei Bedarf wenden kann. Der Angehörige sagte: *„wenn das dann bedrohliche Ausmaße annimmt, dann muss ich automatisch wieder aktiv werden. Und dann ist jetzt meine Ansprechpartnerin, denk ich mal, dann als erstes die B6 hier. Bei der Beratungsstelle hier.“*

### **Sonstiges**

Die Medikamenteneinnahme der Betroffenen wurde von einer Person vom Roten Kreuz (Ambulante Pflege?) kontrolliert. Durch Veränderungen der Medikation kam es immer wieder zu Verwirrungen und der Angehörige musste dann regelmäßig die Richtigkeit mit Arzt und Apotheker abklären. Dies sei auf Dauer nervlich belastend.

**Fall 7**

Patient:	7
Angehöriger:	Schwiegertochter
Hausarzt	A1
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	156 Monate (Demenz seit 1997 bekannt)
Datum Fax:	03.01.2011
Datum Testung:	05.11.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose	Diagnose, vor Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung Einzelbetreuung zwei Mal wöchentlich für je 3 Std.

**Beginn und Verdacht Demenz**

Die Demenz hatte vor fünfzehn Jahren begonnen und war mit Vergesslichkeit und Orientierungsschwierigkeiten einher gegangen, die sich kontinuierlich verschlechtert haben.

Den „Angehörigen“ fiel diese Problematik als erstes auf, sie wohnten in einem Haus mit der Betroffenen und ihrem Lebensgefährten.

Nach Aussage der Angehörigen sei die Betroffene hochgradig dement, aber körperlich mobil.

**Hausarzt und Vorgehen Angehörige**

Vor Jahren waren die Diagnosestellung, Testung, Medikamentenverschreibung etc. erfolgt.

Die Angehörigen haben bei ihrem Vorgehen keine klare Linie verfolgen können, sie hätten sich nach eigenen Angaben alles in kleinen Schritten erarbeitet.

Die Angehörige sei bestens informiert über demenzielle Demenzerkrankungen, weil sie u.a. eine ausgebildete Fachkraft im medizinischen Bereich sei und wusste wo sie weitere Informationen erhalten könne. Beim Hausarzt und vielleicht auch beim Neurologen erhalte man gute Informationen, aber z.B. im Krankenhaus sei das Personal mit Demenzerkrankten überfordert bzw. sei kein Interesse vorhanden.

Laut der Angehörigen bestand die große Schwierigkeit auch darin, dass die Betroffenen sich nicht helfen lassen wollen und glauben keine Hilfe zu benötigen.

### **Beratung**

Von der Beratung wurde die Angehörige telefonisch kontaktiert und es wurde ein persönlicher Beratungstermin zu Hause vereinbart. Bei dem Beratungsgespräch waren die Angehörige und die Betroffene mit ihrem Lebensgefährten anwesend.

Beim Beratungsgespräch war die Betroffene ängstlich und befürchtete, dass man sie „weggeben“ könnte. Zu der Inanspruchnahme der von der Beratung vorgeschlagenen Angebote, hatten die Betroffene und ihr Lebensgefährte zuerst zugestimmt. Nach dem Gespräch sagten sie jedoch zur Angehörigen, dass sie das alles nicht bräuchten und nicht in Anspruch nehmen möchten.

Die Angehörige sei schon vor der Beratung sehr gut informiert gewesen und hätte daher keine neuen Informationen durch die Beratung erhalten. Das Gespräch habe insofern geholfen, dass der Betroffenen und ihrem Lebensgefährten aufgezeigt werden konnte, dass die Ideen nicht von der Angehörigen stammen um sie loszuwerden sondern dass es solche Angebote tatsächlich gebe und dafür externe Institutionen zuständig seien.

### **NBA**

Die Angehörige hatte das Angebot der Einzelbetreuung trotz Ablehnung seitens der Betroffenen und ihres Lebensgefährten durchgesetzt. Bei der Betreuung musste die Angehörige allerdings häuslich anwesend sein, weil die Betroffene sehr große Angst davor hatte alleine mit Fremden zu sein. Der erste Versuch der Betreuung hätte deswegen nicht funktioniert.

Die Betreuung sahen die Betroffene und ihr Lebensgefährte als Last und hatten dem gegenüber eine ablehnende Haltung. Es brachte ihren Alltag durcheinander und sie mussten sich auf neue Leute einstellen, die im Hause ihrer Meinung nach irgendetwas wegräumen oder verändern könnten. Außerdem wurden sie durch die Betreuung überfordert und durcheinander gebracht, weil sie sich nicht mehr lange konzentrieren konnten. Obwohl die Ehrenamtliche schon regelmäßig ein halbes Jahr zur Betreuung kam, war sie für die Betroffene immer

noch fremd.

Die Betreuungszeiten waren aufgrund der Berufstätigkeit der Ehrenamtlichen für die Angehörige nicht ausreichend flexibel. Die Angehörige äußerte sich folgendermaßen: „*Ich mein die Frau (...) was sie macht, macht die sehr gut, aber der Rest ist also für mich jedenfalls keine Unterstützung, die beiden sind dann hinterher so durcheinander und so angespannt, dass ich diese Sache sehr skeptisch sehe.*“ Die Angehörige ist der Meinung, dass die Einzelbetreuung eventuell für Alleinstehende eher angemessen sei.

Die komplizierte finanzielle Abrechnung des NBA wäre für die Angehörige ein Grund das Angebot nicht mehr in Anspruch zu nehmen. Eine direkte Abrechnung mit der Krankenkasse war in diesem Fall mit der Ehrenamtlichen nicht möglich, deswegen musste die Angehörige die Betreuungskosten zuerst selbst auslegen und es sich dann von der Pflegekasse zurück erstatten lassen. Zudem hätte ihr im Vorfeld mitgeteilt werden müssen, dass die Fahrtkosten der Ehrenamtlichen noch zusätzlich auf die Betreuungskosten aufgerechnet werden.

Zum Zeitpunkt des Interviews war die Ehrenamtliche auf Kur und die Inanspruchnahme des NBA pausierte. Der Angehörigen wurde für diese Zeit auch keine Vertretung angeboten. Nach der Kur der Ehrenamtlichen werde das Angebot wahrscheinlich wieder aufgenommen, jedoch wollte sich die Angehörige erkundigen ob dies eine andere ehrenamtliche Person übernehmen könne, die in der Zeitplanung flexibler sei.

Die Tagespflege bzw. ein Gruppenangebot konnte aus mehreren Gründen nicht in Anspruch genommen werden:

- Eigene Fahrt zum Angebot oder zusätzliche Kosten für Bringdienst
- Pünktlichkeit bei Angebot nicht möglich z.B. am Morgen
- Angst der Betroffenen
- Unruhe und Angst des Lebensgefährten (der müsste auch am Angebot teilnehmen)

### **Unterstützung**

Familie, Mann und Kinder.

**Wünsche**

Größere Flexibilität der NBA z.B. auch in den Abendstunden.

Der finanzielle Rahmen sollte besser geregelt sein.

Mehr professionelle und sensible Personen die diese Aufgaben übernehmen.

**Sonstiges**

Wunschvorstellungen von FIDEM-Projekt seien so nicht zu realisieren.

**Fall 8**

Patient:	8
Angehöriger:	Ehemann
Hausarzt	A3
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	18 Monate
Datum Fax:	25.01.2011
Datum Testung:	24.09.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose (nach Intervention)
Inanspruchnahmen FIDEM	Beratung Einzelbetreuung, zum Zeitpunkt Interview abgebrochen Ergotherapie, zum Zeitpunkt Interview beendet
Inanspruchnahmen außerhalb von FIDEM	Pflegedienst 2 x täglich (für Injektionen und Pflege)
<p><b>Beginn und Verdacht Demenz:</b> Seit dem Jahre 2009 zeigten sich bei der Ehefrau Symptome wie z.B. Wortfindungsstörungen, Vergesslichkeit, Verschllossenheit, Schlafstörungen.</p> <p><b>Hausarzt</b> Die Ehefrau war aufgrund einer anderen Erkrankung regelmäßig beim Hausarzt. Der Angehörige hatte in der Arztpraxis den Verdacht geäußert (laut Fax A). Der Arzt führte die Demenztestungen mit der Ehefrau in der Arztpraxis durch und die Medizinische Fachangestellte wiederholte den Test bei einem Hausbesuch des Ehepaars. Der Ehemann war einmal in der Hausarztpraxis dabei, ansonsten war die Betroffene alleine dort.</p> <p><b>Bewertung Vorgehen Arztpraxis:</b></p>	



Der Ehemann hat Informationen zur Erkrankung in der Hausarztpraxis erhalten.

Von der Betroffenen gab es hinsichtlich des Vorgehens des Hausarztes *„keine große Reaktion“*.

### **Beratung**

Eine Beratung wurde zu Hause durchgeführt und der Angehörige wurde über mögliche Unterstützungsangebote aufgeklärt bzw. wurden ihm welche vorgeschlagen. Er empfand das als in Ordnung, aber seine Ehefrau lehnte dies ab.

### **NBA**

Das Angebot der Einzelbetreuung wurde nach der Beratung, ohne Vorbehalte auf Seiten des Angehörigen, in Anspruch genommen. Die Ehrenamtliche hatte mit der Betroffenen kleine Ausflüge und Spaziergänge unternommen, um ihre Bewegung zu fördern und mit ihr Unterhaltungen geführt. Der Angehörige fand die Dame nett, die Ehefrau sah jedoch keinen Sinn in dem Angebot und wollte nicht, dass die Ehrenamtliche wiederkäme. Aus diesem Grund war das Angebot zum Zeitpunkt des Interviews beendet. Der Angehörige sagte, er würde das Angebot wieder in Anspruch nehmen und könne bei Bedarf dort auch anrufen.

Eine Erleichterung stelle das Angebot für den Angehörigen nicht dar. Ansonsten würde seine Ehefrau eben bei ihm in der Wohnung sitzen und Zeitung lesen. Unterhaltungen benötige sie nicht: *„Ach woher. Die sitzt hier und liest die Zeitung oder oder Märchenheft habe ich ja gerade eben gesagt, die braucht keine Unterhaltung, denn die unterhält sich alleine. Die redet sowieso nicht mit mir. Es kommt zu keinem Gespräch.“*

Der Angehörige hätte Hilfe in der Nacht gebrauchen können, weil seine Frau häufig sehr unruhig war, viel sprach und wenig schlief.

### **Ergotherapie**

Die Ergotherapie wurde sechs Mal zu Hause durchgeführt. Der Angehörige bezeichnete es als Spielerei: *„Das ist aber schon ein Jahr her. Und das war auch nur Spielerei.“* Er war bei der Durchführung dabei und seiner Meinung nach hätte dies keinen Sinn gehabt: *„Meine Meinung ist das: Da bringt nichts. Das sind weggeschmissene Gelder, auf Deutsch gesagt.“*

(Anmerkung: in diesem Fall wurde mangels Verfügbarkeit nicht die im Projekt favorisierte klientenzentrierte Ergotherapie umgesetzt. Diesen Aspekt sprach auch die Hausärztin Lange kritisch in der Nachbefragung an)

### **Unterstützung**

Der Angehörige wohnte mit seiner Ehefrau alleine. Die Tochter unterstützte beim Mittagessen. Schwierigkeiten gab es, wenn der Ehemann nicht für die Betroffene da sein konnte, z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt seinerseits. Dann musste er auf die weiteren Familienmitglieder zurückgreifen. Diese können jedoch die Versorgung seiner Ehefrau auch nicht immer gewährleisten, weil z.B. ihre Kinder in einer anderen Stadt leben, arbeiten oder sich um andere Angehörige kümmern: *„Wenn ich nicht da bin, muss jemand da sein und das ist ganz schwierig (...). Da kommt keiner. Also muss ich auf die Familie zurückgreifen. Die haben aber alle noch Arbeit und Arbeit ist auch ein großer .. das geht vor (...).“*

### **Wünsche**

Auf die Frage was er sich für die Versorgung seiner Ehefrau wünschen würde sagte der Angehörige: *„Was wir uns wünschen würden .. wir könne uns wünschen, die Gesundheit können wir uns wünschen. Mehr nicht.“* Und fügt danach noch hinzu: *„Naja, nützt aber nichts. Jetzt kann keiner etwas .. weder dieses weder jenes .. jedes hat (undeutlich). Mit 60 hat man diese Schmerzen und mit 70 hat man jene Schmerzen und je älter der Mensch wird, da kommt die Abnutzung. Das höre Sie ja dann auch schon immer von den Ärzten, ach das ist Abnutzung. Naja gut, dann muss man damit leben. Aber sehnen ist das nicht mehr. Sie können soviel fragen, wie Sie wollen. Sie können nichts daran ändern.“*

### **Sonstiges**

Der Angehörige hatte scheinbar resigniert Er war schon hochaltrig und kümmerte sich fast ausschließlich um seine Ehefrau und versorgte sie. Er betonte, dass die Erkrankung Demenz nicht zu heilen sei. Er konnte sich nicht vorstellen woher es bessere Unterstützung geben könnte und wer das bezahlen solle. Ihm wurde geraten gemeinsam mit seiner Ehefrau ins Altenheim zu gehen, aber er wusste nicht wie das

bezahlt werden sollte, weil seine Rente dafür nicht ausreichte. Seine Ehefrau erhielt nur Pflegestufe I.

Die Tage des Autofahren seien für ihn gezählt und er mache sich sorgen, wie er dann die Einkäufe erledigen könnte : „*Die kleinen Geschäfte vor der Haustür, die gibt es nicht mehr. Da musst Du zum Supermarkt und das sind keine hundert Meter mehr. Das sind ein paar Kilometer.*“

**Fall 9**

Patient:	9
Angehöriger:	Tochter
Arzt	A3
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	Patientin schon dement bevor sie in Praxis kam
Datum Fax:	29.03.2011
Datum Testung:	Keine Angabe
Diagnose/Verdachtsdiagnose	Diagnose, nach Intervention offiziell
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung Einzelbetreuung NBA (seit vier Wochen zum Zeitpunkt Interview) Physiotherapie
Inanspruchnahmen außerhalb FIDEM	Pflegedienst (6-8 Mal tgl.) Physiotherapie und Ergotherapie (früher) Einzelbetreuung: Abbruch
<b>Beginn und Verdacht Demenz (und derzeitiger Zustand)</b>	
<p>Vor 13 Jahren hatte die Betroffene eine schwere Hirnblutung, die mit einer Schädigung des Gehirns und einer Halbseitenlähmung einherging. Ihr wurde Pflegestufe 2 zugesprochen. Die Demenz begann schleichend. Die Betroffene lebte meistens nur noch in ihrer Kindheit. An manchen Tagen war sie hellwach und bekam alles mit: „<i>schwankend halt. Aber es wird halt immer mehr, ne.</i>“ Der Tochter wurde die Vollmacht übertragen.</p> <p>Die Tochter äußerte sich im Interview folgendermaßen über den Zustand der Betroffenen: „<i>Bloß helfen kann man ihr halt nicht mehr, ne. Da kann man nur hoffen, dass sie mal irgendwann erlöst wird. Sie kann ja nun nichts mehr sehen, kann nichts mehr hören, kann nicht mehr laufen, macht sich in die Hose. Also so ein Mensch ist eigentlich wirklich nur gestraft.</i>“</p>	

**Hausarzt**

Der Tochter war schon länger bewusst, dass ihre Mutter an Demenz leide. Laut der Angehörigen hatte sich der vorherige Hausarzt dafür nicht interessiert. Im Jahr 2010 wechselte der Hausarzt in der Praxis. Als die Tochter 2011 einen Termin in der Praxis für sich selbst hatte, führte der Hausarzt auch gleichzeitig mit ihr ein Gespräch über ihre Mutter. Ihm war auch schon aufgefallen, dass die Mutter an Demenz leide und schlug vor Maßnahmen zu ergreifen und am Projekt FIDEM teilzunehmen. Der Hausarzt verwies sie an die mit FIDEM kooperierende Beratungsstelle und empfahl ihr ein Gespräch zu vereinbaren.

**Bewertung Vorgehen Arztpraxis**

Die Angehörige fühlte sich vom Hausarzt sehr gut beraten. Vorher war ihr nicht bewusst, welche Möglichkeiten es überhaupt noch geben könnte. Als zusätzliche Information hatte sie Broschüren zu Demenz erhalten.

**Beratung**

Mit der Beratung hatte die Angehörige mehrfach telefoniert und auch einen persönlichen Termin vereinbart. Die Betroffene war nicht dabei. Die Angehörige war der Ansicht, dass die Betroffene dies nicht verstanden hätte und für ein Gespräch mit einem Fremden auch kein Interesse gehabt hätte.

Im Detail kann sich die Angehörige an das Beratungsgespräch nicht mehr genau erinnern. Sie fühlte sich gut beraten und hatte auch Informationsmaterial erhalten. Das Gespräch bewertete sie als sehr hilfreich.

**NBA**

Im Vorfeld hatte die Mutter von einem anderen Anbieter Einzelbetreuung in Anspruch genommen, jedoch hatten sie mit der Betreuungsperson schlechte Erfahrungen gemacht. Trotzdem haben sie das Angebot der Einzelbetreuung von FIDEM ohne Vorbehalte in Anspruch genommen. Bevor die Ehrenamtliche die Betroffene kennenlernte, hatte sich die Angehörige mit ihr alleine zu einem Gespräch verabredet. Der Pflegedienst der Mutter, den sie im Vorfeld schon in Anspruch genommen hatten, fühlte sich „übergangen“ und wertete das Betreuungs-

angebot als Konkurrenz. Die Tochter setzte sich dennoch durch und beantragte das Betreuungsgeld.

Die Mutter erhielt zum Zeitpunkt des Interviews seit vier Wochen Einzelbetreuung und war begeistert. Sie verstand sich mit der Ehrenamtlichen auf Anhieb gut und freute sich auf deren Besuch. Dazu sagte die Angehörige: „*Eigentlich sitzt sie in ihrer Sofaecke und vegetiert vor sich hin. Und weil sie jetzt durch das immer schlechter werdende Sehen, also wenn man da die Starbeleuchtung drin anmacht, kaum noch etwas erkennt, da ist das richtig schön, wenn da jemand kommt, mit ihr mal dies und mit ihr mal Rätsel macht und so etwas. Und sie geistig auch mal so ein bisschen wieder fordert, ja. Das geht ja.*“

„*Also die beiden haben sich wohl gesucht und gefunden. Also meine Mutter hat sich sehr gefreut, also ich merke das richtig, dass sie wohl auch aufblüht.*“

„*Das tut ihr richtig gut.*“ Die Einzelbetreuung sollte auch in Zukunft weiter in Anspruch genommen werden.

Ein Gruppenangebot kam für die Betroffene nicht in Frage, weil sie nicht mehr gut sehen und hören konnte und deshalb jemanden benötigte, der sich persönlich um sie kümmert.

### **Ergotherapie und Physiotherapie**

„*Früher wurde ja, als sie Ergotherapie von der Krankenkasse gekriegt hat und Physiotherapie und das ist ja alles nachher so ein bisschen eingeschlafen. Weil das alles irgendwo.. da hätte sie dann mal zum Therapeuten hingemusst. Aus dem Haus kriege ich sie aber gar nicht mehr. Jetzt haben wir es wenigstens so drauf, dass sie wieder ein bisschen Krankengymnastik kriegt. Aber viel machen können wir eigentlich mit ihr nicht mehr.*“

Von der Krankenkasse bekam die Betroffene keine Ergotherapie mehr neu verschrieben, mit der Begründung, dass dafür kein Nutzen mehr gegeben sei.

### **Unterstützung**

Durch die Einzelbetreuung fühlte sich die Angehörige entlastet. Sie musste viel für die Mutter organisieren und dadurch fehlte ihr die Zeit

immer bei ihr zu sein. Sie war froh, dass ihre Mutter nicht mehr so oft alleine war und sie jemanden hatte, der sich um sie kümmerte.

Die Betroffene wollte nicht ins Altersheim aufgrund von schlechten Erfahrungen in der Kurzzeitpflege. Sie hatte zum Zeitpunkt des Interviews einen sehr flexiblen Pflegedienst der sie zu Hause durchschnittlich sechs bis acht Mal am Tag versorgte und bei Anruf sofort kam. Der Pflegedienst hatte seinen Sitz im Nebengebäude. Vorher hatten sie einen Pflegedienst mit dem dies nicht geklappt hatte. Dieser hatte der Betroffenen ein Pflegeheim empfohlen.

### **Wünsche**

Auf höherer Ebene: Krankenkasse (das alles besser laufe etc.)

Ein großes Problem war für die Angehörige das häufige Alleinsein ihrer Mutter. Sie selbst war mit ihren Aufgaben und finanziellen Mitteln an der Belastungsgrenze.

### **Sonstiges**

Finanzielle Schwierigkeiten. Die Miete der Wohnung und Pflegekosten überstieg bei weitem die Rente der Betroffenen. Wenn die Ersparnisse der Betroffenen aufgebraucht sind, wird die Tochter dies nicht mit ihrem geringen Verdienst finanzieren können.

Von der Krankenkasse erfahre man von zusätzlichen Unterstützungsmöglichkeiten relativ wenig. Die Angehörige war sehr unzufrieden mit der Krankenkasse. Z.B. wurde zwischenzeitlich die Pflegestufe der Angehörigen aberkannt und erst als die Verjährung der Frist abgelaufen war konnte ein Neuantrag gestellt werden und die Pflegestufe 2 wurde wieder genehmigt. Außerdem war es schwierig z.B. einen neuen notwendigen Rollstuhl zu beantragen.

**Fall 10**

Patient:	10
Angehöriger:	Ehefrau
Hausarzt	A2
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	36 Monate
Datum Fax:	04.01.2011
Datum Testung:	16.06.2009
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose, vor Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Tagespflege einmal wöchentlich NBA2.2
Inanspruchnahmen außerhalb bzw. vor FIDEM:	Gruppenangebot einmal wöchentlich NBA2.1 Beratung Einzelbetreuung bei Bedarf NBA 2.1 Zweimal die Woche kommt jemand vom NBA2.1 zum Duschen 1x pro Woche Physiotherapie Ergotherapie (Inanspruchnahme Jan.-Mai 2011, Frau Steinmann konnte sich daran nicht erinnern und zum Zeitpunkt des Interviews lagen der LVG keine Hinweise zur Inanspruchnahme in den Interviews vor)
<b>Beginn und Verdacht Demenz:</b>	
Die Demenz begann vor ca. zehn Jahren mit einem Schlaganfall. Vielleicht wurde die Demenz damit ausgelöst oder beschleunigt, der Betroffene verlor mehr und mehr die Orientierung. Körperlich verschlechterte es sich stetig, er benötigte zum Zeitpunkt des Interviews mittlerweile einen Rollstuhl und die Demenz war schon sehr weit fortgeschritten.	



**Hausarzt**

Die Diagnose wurde im Vorfeld bei einem anderen Arzt gestellt. Seit dem Umzug in eine behindertengerechte Wohnung vor zwei Jahren war ihr Hausarzt A2.

Von diesem Hausarzt fühlte sich die Angehörige ganz gut betreut, aber sie sagte auch, dass der Hausarzt gar nicht viel machen könne. Für die Demenz erhielt der Betroffene weiterhin Medikamente und der Hausarzt hatte sie zum Facharzt überwiesen, den sie zweimal im Jahr aufsuchen. Die Demenztestung wurde dort wohl durchgeführt.

**Bewertung Vorgehen Arztpraxis:**

Die Angehörige bewertete das Vorgehen des Hausarztes als in Ordnung und glaubte auch, dass sich der Betroffene ganz gut aufgehoben fühlte.

Der Hausarzt hatte schon vor zwei Jahren die Kontaktaufnahme zum NBA2.1 für den Betroffenen in die Wege geleitet.

**Beratung**

Die Beratung mit NBA2.1 erfolgte schon vor dem Projektzeitraum von FIDEM und wurde als sehr hilfreich erachtet. Die Angehörige konnte sich jederzeit an sie wenden.

**NBA**

Die Angehörige berichtete folgendermaßen von den in Anspruch genommenen Angeboten:

*„(...) NBA2.1. Meine Ansprechpartnerin, wenn ich etwas wissen möchte oder dass ich nochmal eine Hilfe brauche. Ich habe auch zweimal in der Woche .. wenn ich das will, kann ich auch einen Hilfe kriegen. Ach so einmal in der Woche, donnerstags, ist er den ganzen Tag in den NBA2.2, in so einer Tagespflege. Da wird er abgeholt und auch wiedergebracht.“*

*„Und Montagsnachmittags ist er direkt bei NBA2.1 in so einer Gruppe von halb drei bis 18 Uhr. Da müssen wir .. muss ich ihn aber hinbringen und auch wieder holen. Mit dem Rollstuhl, wenn das Wetter erlaubt oder sonst eben mit einem Taxi, wenn wir da zu Fuß nicht*

*mehr hinkönnen. Es ist zwar nicht weit, aber wenn man nicht gehen kann, kann man eben nicht gehen.“*

Seit zwei Jahren erfolgte schon die Inanspruchnahme des NBA2.1 und seit Ende letzten Jahres zusätzlich das NBA 2.2.

Mit den Gruppenangeboten war die Angehörige zufrieden und glaubte auch, dass es ihrem Mann dort gefalle obwohl er darüber nicht viel gesprochen habe.

Bei Bedarf nahm die Angehörige seit ca. zwei Jahren Einzelbetreuung zu Hause für ihren Mann in Anspruch, wenn sie z.B. außerhalb einen Termin hatte. Der Betroffene verstand sich gut mit dem Betreuer und kannte ihn mittlerweile auch ganz gut.

Die Angehörige ließ ihren Mann nicht gerne alleine, maximal für fünfzehn Minuten sei dies nur möglich.

Auf die Angebote hatte sich die Angehörige ohne Vorbehalte eingelassen und wollte diese, zum Zeitpunkt des Interviews, auf jeden Fall auch zukünftig in Anspruch nehmen. Ihren Mann wollte sie so lange wie möglich zu Hause behalten und nicht ins Pflegeheim geben müssen. Allerdings wusste sie nicht wie lange dies noch möglich wäre, falls sich der Zustand von ihrem Mann noch verschlechtere.

### **Physiotherapie**

1x wöchentlich. Es wurde mit dem Betroffenen gehen geübt, und die Beweglichkeit mit einem Ergometer gefördert.

### **Unterstützung**

Das Ehepaar hatte einen Sohn der weit entfernt wohnte. Die Nachbarn waren sehr nett und würden sich nach Ansicht der Angehörigen auch bereit erklären zwischendurch auf ihren Ehemann aufzupassen, aber das wollte sie nicht in Anspruch nehmen.

Alle in Anspruch genommen Angebote waren für sie eine Unterstützung.

### **Wünsche**

In Urlaub fahren und auch selber mal raus kommen: *„Naja. Ich würde (lacht) gern nochmal so ein bisschen in den Urlaub fahren, aber es*

*geht eben nicht Ja gut.. vier Wochen habe ich ja .. kann ich ja Urlaub beantragen und auch in Anspruch nehmen, dass mein Mann dann in die Kurzzeitpflege käme. Aber bislang habe ich das noch nicht .. und es muss ja auch immer erst ein Platz sein, in den Häusern .. ein Bett frei sein.“*

Bis ein Platz für die Kurzzeitpflege frei werde dauere es sehr lange und die Angehörige muss zusätzlich mehrmals nachfragen.

Als der Betroffene nachts noch unruhig war hätte sie Unterstützung gebraucht, aber diese Problematik bestand mittlerweile nicht mehr.

*„Ich wüsste auch weiter nicht. Wer soll mir groß irgendwie irgendwo bei helfen?“*

*„Ja ich wüsste jetzt auch eigentlich nicht .. wie gesagt. Es kann mir ja nicht einer groß bei den Sachen helfen. Es kann ja nicht einer den ganzen Tag hier rumsitzen. Dafür bin ich ja jetzt da, sage ich jetzt mal. Na gut ... manchmal regt es mich schon auf, bin ich ganz ehrlich. Aber was soll man machen. Mein Mann kann nichts zu der Krankheit. Ich kann nichts dazu. Also müssen wir sehen, dass wir so damit klar kommen.“* *„Ich bin schon ganz schön nervlich belastet, muss ich schon dazu sagen. Aber es ist nun mal nicht anders und was soll man machen.“*

### **Sonstiges**

*„Diese Krankheit, die könnte ich zum Mond schießen. Macht alles kaputt, einfach alles. Es passiert gar nichts mehr. Naja gut, wir sind beide 80, mein Mann wird 80. Ich bin 80. ...“*

### **Fall 11**

Patient:	11
Angehöriger:	Tochter
Hausarzt:	A3
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	18 Monate
Datum Fax:	15.02.2011

Datum Testung:	24.09.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose (wahrscheinlich durch Hausarzt A3 oder Neurologen), nach Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Einzelbetreuung 2Std. pro Woche. Abbruch nach dem 3-5 Mal. Ergotherapie
Inanspruchnahme außerhalb FIDEM:	Beratung Pflegedienst in Zukunft (wenn Betroffene aus Krankenhaus entlassen wurde)
<p><b>Beginn und Verdacht Demenz</b></p> <p>Die Demenz begann schon vor Jahren und es ging damit los, dass die Betroffene nur noch in der Vergangenheit lebte. Der Familie fielen die Veränderungen als erstes auf.</p> <p><b>Hausarzt</b></p> <p>Sie mussten mehrmals die Hausärzte wechseln, bis der Verdacht auf Demenz ernst genommen wurde und eine Testung vorgenommen wurde. Dieser Hausarzt war kein Kooperationspartner von FIDEM.</p> <p>Die Diagnose auf Demenz stellte danach der Hausarzt (A3) und führte auch einen Demenztest durch.</p> <p>Der Hausarzt stellte das Projekt FIDEM dar und empfahl einen Pflegedienst (NBA3.1) der auf Demenzpatienten spezialisiert sei.</p> <p><b>Bewertung Vorgehen Arztpraxis:</b></p> <p>Das Vorgehen des Hausarztes bewertete die Angehörige als sehr gut. Der Hausarzt war bemüht und sie fühlten sich bei ihm gut aufgehoben.</p> <p>Hinsichtlich der Beratung war die Angehörige nicht ganz zufrieden: <i>„Das ist schwer. So richtig beraten wurden wir nicht, naja sagen wir mal so, dass war dann bei der Neurologin, die dann auch versucht hat uns darin aufzuklären, was noch auf uns zu kommt, wie schwer es noch</i></p>	

*werden wird. Ich denke mal aufgeklärt worden ist man nicht wirklich und ich muss selbst immer noch recherchieren und was ich auch tue tagtäglich im Internet. Also es ist schon schwer. Und die Informationen kommen auch nicht immer wirklich. Oder immer nur das Gleiche, sagen wir es mal so. Immer wieder das Gleiche, aber doch nicht das, was man gerne haben möchte.“*

Der Hausarzt war zwar bemüht zu unterstützen, aber die angebotenen Hilfemöglichkeiten seien längst nicht mehr ausreichend. Z.B. wurde die Pflegestufe noch nicht erhöht. Die Angehörige war immer diejenige die alles in die Wege leiten musste, damit etwas passiere, sei es bei dem Hausarzt der Krankenkasse oder an anderer Stelle: *„das ist auch von der Arztpraxis her, man ist definitiv auf sich alleine gestellt. Also man muss auch ständig hinterhaken, ich muss also ständig bei der Ärztin nachfragen, also da fühle ich ... ja .. es ist wahr .. die Zeiten waren besser, wo ich gedacht habe, OK es läuft gut. Aber mittlerweile ist es halt wieder so, dass ich wieder alleine dastehe und wieder alles alleine durchboxen muss und da fängt man natürlich an sich zu fragen, warum gehe ich da hin? Und von der Krankenkasse kann man gar nichts erwarten. Das läuft überhaupt nicht.“*

### **Beratung**

Die Angehörige war auf eigene Initiative zum NBA3 gefahren und hatte dort noch fehlende Informationen erhalten. Außerdem erhielt sie dort den Rat mit ihrer Mutter auf jeden Fall einen Neurologen aufzusuchen. Beim Neurologen wurde dann, laut der Angehörigen, die offizielle Diagnose Demenz gestellt.

Desweiteren erhielt die Angehörige von der Beratung den Hinweis auf eine Angehörigendemenzgruppe. Daran konnte sie jedoch aus beruflichen Gründen nicht teilnehmen. An weitere Inhalte des Gesprächs konnte sich die Angehörige nicht mehr erinnern. Insgesamt bewertete sie das Gespräch als sehr gut und als sehr emotional bzw. seien *„Tränen geflossen“*. Einerseits empfand sie das Gespräch als hilfreich, weil sie in einigen Bereichen *„schlauer“* geworden sei, andererseits war man doch wieder auf sich alleine gestellt und müsse *„den Kampf alleine weiterführen“*.

### **NBA**

Die Einzelbetreuung wurde einmal pro Woche für zwei Stunden. ca. drei bis fünf Mal in Anspruch genommen. Danach wurde die Betreuung

abgebrochen. Als Grund nannte die Angehörige zum einen den verschlechterten Gesundheitszustand der Betroffenen und das sie das Angebot gar nicht mehr registriert habe. Zum anderen, dass der Angehörigen die Betreuungsperson nicht gefallen habe: *„Die hat dann ewig mit Ihrem Handy rumgemacht und das war mir zu doof. Dann habe ich gesagt, nein, die kommt einfach nicht mehr.“* Sie hatte sich die Einzelbetreuung außerdem anders vorgestellt: *„Ich hatte es mir etwas anders vorgestellt. Bin ich ganz ehrlich. Sie wollte wohl mir ihr Spiele machen und das konnte man zu der Zeit schon nicht mehr mit meiner Mutter machen. Und das ist eine Sache, die hat sich dann .. ja, ich sag mal es war unnütz. Klingt jetzt ein bisschen blöd, aber leider ist es so.“*

Die Betreuung war keine Entlastung, da die Angehörige auch zusätzlich ihren Vater im Haus pflegte. Die Betreuungsperson wollte die Zeit gerne alleine mit der Mutter verbringen und fühlte sich von der Familie eher gestört und konnte sich damit nicht arrangieren.

Die Angehörige konnte nicht sagen, ob sie das Angebot noch einmal mit einer anderen Betreuungsperson in Anspruch nehmen würde. Der Zustand der Mutter war sehr weit fortgeschritten und sie brauchte eine sehr intensive Betreuung. Sie sei sich nicht sicher ob das noch Sinn machen würde.

### **Ergotherapie**

Zum Zeitpunkt des Interviews hatte die Betroffene die Ergotherapie ca. sechs Monate in Anspruch genommen. Als die Betroffene noch mobil war wurde sie von der Ergotherapie gefordert und hätte daran auch Spass gehabt. Damals habe sie davon profitiert, aber seit dem sie seit einigen Wochen bettlägerig geworden war, wäre dies nicht mehr der Fall. Sie hätte es dadurch auch nicht mehr ernst genommen.

### **Unterstützung**

Die Familie kümmere sich sehr viel um die Betroffene und das wäre alles. Der Hausarzt wäre nur da, wenn man ihn informiere.

### **Wünsche**

Das größte Problem war die Krankenkasse. Eine bessere Zusammenarbeit mit der Krankenkasse wurde gewünscht: *„Ja, was ich mir wünschen würde, wäre einfach eine bessere Zusammenarbeit auch von der Krankenkasse her, dass es nicht alles über Wochen hinausge-*

*zögert wird, dass man nicht ständig diese Bettelei haben muss, wenn man irgendetwas braucht. Das finde ich ganz grausam.“*

*Dieser Kampf sei sehr kräftezehrend: „Ich kämpfe jetzt schon seit August kämpfe ich darum, dass sie .. sie ist immer noch auf Pflegestufe I, dass wir endlich mal Pflegestufe II bekommen. Mittlerweile ist sie ja schon, muss man einfach sagen schon auf Pflegestufe III und es passiert nichts und dieser Kampf, dass dieser Kampf endlich einmal aufhört. Weil das ist auch kräftezehrend, auch für mich.“ „Also das finde ich alles sehr, sehr kompliziert, ja anstrengend auch das mit der Krankenkasse durchzukämpfen.“ „also habe ich jetzt den doppelten Stress und das ist kräftezehrend und das würde ich mir einfach wünschen, dass das alles wesentlich einfacher werden würde, also von beiden Seiten, also sei es jetzt von der Arztpraxis, vom Hausarzt oder von was auch immer oder von der Krankenkasse, also das da einfach .. dass es einfach weniger Anstrengung kostet und mehr auf den Patienten .. Ja, dass mehr auf den Patienten eingegangen wird.“*

Die Angehörige äußerte den Wunsch nach einer Anlaufstelle für Familienangehörige von Demenzerkrankten bei der man sich richtig austauschen kann:

*„Ja auch mal so eine Anlaufstelle, so eine richtige Anlaufstelle für Familienangehörige. Es gibt zwar so eine Gruppe, aber die ist immer nicht richtig regelmäßig, also ich würde es vorziehen so eine richtige Anlaufstelle für Familienangehörige, wo man auch mal sich austauschen kann, richtig austauschen kann. Ich mein ich habe jetzt das Glück im Unglück sage ich jetzt mal, dass meine Mutter mit einer demenzkranken Dame auf dem Zimmer liegt und wir sehr viele Infos auch von dem Ehemann jetzt bekommen haben. Das ist sehr, sehr gut gewesen auch für mich. Viele Sachen zu erfahren, die ich vorher nicht wusste und die ich so noch nicht gehört hatte. Das wünsche ich mir einfach und dass man nicht ständig hinter irgendwas hinterher laufen muss und sei es nur, dass bei der Arztpraxis die Kommunikation viel, viel besser läuft. Das habe ich auch schon gesagt, aber es funktioniert trotzdem nicht. Aber irgendwann muss ich sagen, versagt auch meine Kraft.“*

**Fall 12**

Patient:	12
Angehöriger:	Ehefrau
Arzt:	A3
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	9 Monate
Datum Fax:	01.03.2011
Datum Testung:	30.04.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Diagnose, vor Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung Ergotherapie

**Beginn und Verdacht Demenz**

Die Demenz des Betroffenen hat mit einem Kleinhirnfarkt begonnen. Nach dem Aufenthalt im Krankenhaus folgte ein Rehabilitationsaufenthalt, aus der die Angehörige den Betroffenen jedoch vorzeitig nach Hause holte. Er war zum Zeitpunkt des Interviews auf einen Rollstuhl angewiesen.

**Hausarzt**

Der Hausarzt führte bei dem Betroffenen Hausbesuche durch. Eine MFA hatte auch die Demenztests zu Hause mit dem Betroffenen durchgeführt.

**Bewertung Vorgehen Arztpraxis:**

Die Angehörige fühlte sich vom Hausarzt und der MFA gut beraten.

**Beratung**



Das Beratungsgespräch wurde zu Hause geführt. In dem Gespräch wurden sie über Hilfe- und Unterstützungsangebote aufgeklärt, z.B. über Gruppenangebote für den Betroffenen. Für die Angehörige kam die Inanspruchnahme jedoch nicht in Frage, weil der Betroffene nicht gut laufen konnte. Ansonsten hätte sie dagegen keine Vorbehalte gehabt.

### **Ergotherapie**

Die Ergotherapie hatte der Betroffene verschrieben bekommen und die Therapeutin kam zu ihnen nach Hause. Die Therapie war nach Ansicht der Angehörigen für den Betroffenen jedoch zu schwer und anstrengend gewesen, deshalb hätten sie es abgebrochen. Für den Betroffenen seien z.B. Massagen angemessen und die Durchführung übernehme die Angehörige selber. (Anmerkung: in diesem Fall wurde mangels Verfügbarkeit nicht die im Projekt favorisierte klientenzentrierte Ergotherapie umgesetzt).

### **Unterstützung**

Die Angehörige war selbst Krankenschwester und die Tochter und Schwiegertochter waren auch im Gesundheitswesen bzw. in der Altenpflege tätig. Deshalb brauchte sich die Angehörige keine Gedanken machen, falls sie mal Hilfe benötigen sollte.

Die Nachbarn halfen sich gegenseitig, z.B. wenn sie einkaufen gehen.

Ansonsten brauchte die Angehörige keine Unterstützung, sie sei noch fit genug.

**Fall 13**

Patient:	13
Angehöriger:	Ehemann
Arzt	A2
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	23 Monate
Datum Fax:	03.12.2010
Datum Testung:	23.04.2009
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	Zum Zeitpunkt des Interviews war die Diagnosestellung ca. 11/2 bis 2 Jahre her. Somit vor der Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Gruppenangebot: 1x dann Abbruch Beratung

**Hausarzt**

Dem Hausarzt seien die Symptome auf Demenz bei einer Routineuntersuchung aufgefallen, weil die Betroffene Probleme beim Sprechen gehabt hatte und z.B. Wörter verwechselt habe. Der Hausarzt hat den Verdacht zunächst nicht direkt angesprochen sondern eher „durch die Blume gesagt“. Er führte verschiedene Untersuchungen durch und überwies die Betroffene zu einem Spezialisten für eine MRT Untersuchung. Aufgrund des MRT-Ergebnisses überwies der Hausarzt die Betroffene danach zum Neurologen. Dieser führte Demenztests durch und wertete das MRT Bild spezifischer aus. Der Neurologe hat dann die Diagnose auf eine beginnende Demenz gestellt, den Ablauf der Erkrankung beschrieben und der Betroffenen Medikamente verschrieben.

Ein weiterer Arzt der Gemeinschaftspraxis habe das Ehepaar an die Beratungsstelle weiter verwiesen. Dort haben sie weitere Gespräche geführt.

**Beratung**

Bei der Beratung hat sich der Angehörige zwei bis dreimal beraten lassen. Dabei ging es vor allem um das Thema Vollmacht und um NBA.

Die NBA kämen für sie jedoch noch nicht in Frage. Die Gespräche empfand der Angehörige als sehr informativ, weil man ja so wenig über die Erkrankung wüsste und er hätte auch Informationsmaterial in Form von Prospekten dort erhalten.

### **NBA**

Die Betroffene hat einmal an einem Gruppenangebot teilgenommen. Dies habe ihr jedoch nicht gefallen, weil die anderen Teilnehmer demenziell schon weiter fortgeschritten waren als sie und keine Gespräche möglich waren. Sie hat dort nur rumgesessen. Die Inanspruchnahme war vorerst ein Test. In Zukunft könnte sich der Angehörige jedoch vorstellen, dieses Angebot wieder in Anspruch zu nehmen, wenn sich der Zustand seiner Frau verschlechtere, weil er ihr alleiniger Versorger sei und dann auch Zeit für sich bräuchte.

Zum Zeitpunkt des Interviews nutzen sie noch keine Angebote. Seine Frau war noch selbstständig.

### **Unterstützung**

Der Angehörige ist alleiniger Versorger.

### **Wünsche**

Ein Gruppenangebot für Demenzerkrankte im frühen Stadium.

In Urlaub fahren war nicht mehr möglich, das störte den Angehörigen. Seine Frau sei dafür zu „unbeweglich“ aber in eine Betreuung bzw. Kurzzeitpflege wollte er sie auch nicht unbedingt geben müssen

**Fall 14**

Patient:	14
Angehöriger:	Ehefrau
Arzt	A2
Abstand Monate Verdacht/Fax A:	72 Monate
Datum Fax:	21.03.2011
Datum Testung:	12.03.2010
Diagnose/Verdachtsdiagnose, Vor oder nach Intervention:	Diagnose, vor der Intervention
Inanspruchnahmen im Rahmen von FIDEM:	Beratung
Inanspruchnahmen vor bzw. außerhalb von FIDEM:	Beratung
<b>Beginn und Verdacht Demenz:</b>	
<p>Der Betroffene hatte eine umfangreiche Krankheitsgeschichte. Das Ehepaar war deshalb immer sportlich aktiv. Im Jahr 2003 erlitt der Betroffene einen Schlaganfall. Damit begann nach Meinung der Angehörigen auch die Demenz. Der Betroffene vergaß viel und führte seine Hobbies nicht mehr durch. Laut der Angehörigen hat es einige Zeit gedauert bis sie sich die Problematik ihres Ehemannes selbst eingestanden hatte, sie bezog es zuerst auf sein Alter. Zum Zeitpunkt des Interviews ging der Betroffene kaum noch vor die Tür. Er hatte sich vorher schon sehr zurück gezogen.</p>	
<b>Hausarzt</b>	
<p>Vor zwei Jahren wurde die Diagnose Demenz gestellt. Dem Hausarzt fiel die Symptomatik von selbst auf. Die Ehefrau hatte nichts gesagt, weil sie ihren Mann nicht bloßstellen wollte. Der Hausarzt empfahl, dass sie sich an die Beratungsstelle wenden solle.</p> <p>Beim Neurologen werden seit dem Schlaganfall im Jahre 2003 alle sechs Monate Tests durchgeführt, bei dem den Patienten z.B. Fragen zum aktuellen Datum gestellt werden.</p>	

**Bewertung Vorgehen Arztpraxis:**

Laut der Angehörigen betonten die Ärzte häufig, dass ihr Mann schon ein hohes Alter erreicht habe und deshalb wären sie, ihrer Meinung nach, bei der Zuweisung von Angeboten für ihn allgemein zurückhaltend. Die Angehörige musste um vieles für ihn kämpfen.

**Beratung**

Das erste Gespräch mit der Beratung gefiel der Angehörigen nicht. Die Beratung die im Rahmen von FIDEM stattfand gefiel ihr dagegen gut und sie wurde auch über einige Angebote aufgeklärt.

**NBA**

Bei Bedarf würde die Angehörige in Zukunft Angebote in Anspruch nehmen, bisher hatte sie aber versucht alles alleine zu meistern. Der Grund war auch, dass sie sich auf eine weitere Person einstellen bzw. sich darum kümmern müsste, dass ihr Ehemann pünktlich aufstehe und sich für den Besuch vorbereite.

Bei den Gruppenangeboten wollte der Betroffene nicht teilnehmen. Zum Zeitpunkt des Interviews konnte der Betroffene noch für einige Stunden alleine zu Hause bleiben. Wenn dies in Zukunft nicht mehr möglich sei, konnte sich die Angehörige vorstellen Einzelbetreuung zu Hause in Anspruch zu nehmen.

**Ergotherapie**

Die Ergotherapie kam zu dem Betroffenen nach Hause. Die Angehörige fand es ganz in Ordnung, die Dame habe sich sehr bemüht. Es wurde Gymnastik gemacht und die Wege zu den Ärzten wurden mit dem Betroffenen gemeinsam gegangen. Der Betroffene empfand das Ganze wohl als etwas anstrengend. Er hatte jedoch davon profitiert, weil er auch danach die Gymnastik fortsetzte. Aufgrund dieser Verpflichtungen, die ihm auch gut getan haben, hätte der Betroffene auch aufgehört der Angehörigen zu drohen, er würde sich selbst etwas anzutun.

### **Unterstützung**

Die Angehörige machte alles alleine, erhielt aber bei Bedarf Unterstützung von den Töchtern, die allerdings weiter entfernt wohnten.

### **Wünsche**

Keine, sie versuchte erst mal alles alleine zu meistern.

### **Sonstiges**

Angesprochen wurde auch, dass die Angehörige überlegt hatte ihren Ehemann in die Kurzzeitpflege zu geben. Es hat sie jedoch die Sorge zurück gehalten, dass ihr Ehemann durch die ungewohnte Umgebung verwirrt zurück kommen würde als vorher. Auch bei den Arztbesuchen musste sie die ganze Zeit bei ihm bleiben, weil er sonst gar nicht wusste was er dort machte und ängstlich bzw. ärgerlich wurde.