

Abschlussbericht zum Projekt „Dementia Care Management in der Routineversorgung am Beispiel der Region Siegen-Wittgenstein (RoutineDeCM)“

1. Titel und Verantwortliche

Studientitel: Dementia Care Management in der Routineversorgung am Beispiel der Region Siegen-Wittgenstein (RoutineDeCM)

Förderkennzeichen: ZMI1-2521FSB907

Laufzeit: 01.07.2022 – 31.12.2024

Fördersumme: 746.155,00 €

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

Beteiligte Projektpartnerinnen und -partner

	Partner 1 Koordination	Partner 2	Partner 3	Partner 4	Partner 5	Partner 6
Name der Organisation	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)	Alzheimer Gesellschaft Siegen-Wittgenstein e.V.	Gesundheitsregion Siegerland	Klinikum Siegen	Caritasverband Siegen-Wittgenstein e.V	Universität Siegen
Straße, Hausnummer	Venusberg-Campus 1, Gebäude 99	Weidenauer Straße 202	Marienborner Str. 22-24	Weidenauer Str. 76	Häutebachweg 5	Postfach
Postleitzahl	53127	57076	57074	57076	57072	57076
Ort	Bonn	Siegen	Siegen	Siegen	Siegen	Siegen
Rechtsform	e.V.	e.V.	eG i.G.	GmbH	e.V	
Ansprechpartner/in	René Thyrian Bernhard Holle	Stefanie Kremer	Anja Herder-Peyrounette	Martin Grond	Charlotte Boes	Julia Haberstroh
Abteilung / Arbeitsgruppe	Standort Rostock/ Greifswald und Standort Witten		Geschäftsführung	Kliniken für Neurologie und Psychiatrie	Abteilung Altenhilfe	Psychologische Altersforschung
Straße, Hausnummer	Ellernholzstr. 1-2	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Adolf-Reichwein-Str. 2a
Postleitzahl	17489	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	57068
Ort	Greifswald	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Siegen
Telefonnummer	03834 867592	0271 67347239	0271 77071580	0271 7051801	0271 2360225	0271 7404053
Faxnummer	038348619551		0271-77071582	0271 705 1804		027174015008
eMail	Rene.thyrian@dzne.de; Bernhard.holle@dzne.de	kremer@alzheimer-siegen.de	a.herder@gesundheitsregion-siegerland.de	m.grond@kkh-siegen.de	c.boes@caritas-siegen.de	julia.haberstroh@uni-siegen.de

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche	1
2. Inhaltsverzeichnis.....	3
3. Zusammenfassung.....	8
4. Einleitung	10
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	17
5.1 Allgemeiner Teil	17
5.1.1 Projektziele	17
5.1.2 Projektvoraussetzungen.....	18
5.2 Nutzerzentrierte Effektanalyse	19
5.3 Prozessevaluation der Implementierung.....	23
5.4 Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur nachhaltigen Implementierung	30
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	31
6.1 Vorbereitung.....	32
6.1.1 Netzwerkbildung.....	32
6.1.2 Qualifikation der Dementia Care Manager.....	32
6.1.3 Anpassung der Intervention im Rahmen der Pilotphase	33
6.2 Umsetzungsphase.....	34
6.3 Implementierung	34
6.3.1 Rekrutierung: Erfolge und Herausforderungen	34
6.3.2 Kontinuierliche Begleitung und Supervision.....	35
6.4 Analyse/Dissemination	35
6.5 Arbeits- und Zeitplan	35
6.6 Meilensteine	37
6.7 Zusammenfassende Darstellung der Projektdurchführung	38
7. Ergebnisse	38
7.1 Qualifikation und Anpassung der Intervention	38
7.2 Nutzerzentrierte Effektanalyse	39
7.2.1 Ungedeckte Bedarfe.....	40

7.2.2	Personen mit Demenz.....	41
7.2.3	Hauptversorgungspersonen (HVP).....	47
7.2.4	erkmale und Versorgungskonstellationen im Überblick	49
7.2.5	Interventionsergebnisse	50
7.2.6	Zeitaufwand	52
7.3	Prozessevaluation der Implementierung.....	53
7.3.1	Ist-Analyse des Implementierungskontextes	53
7.3.2	Übersicht der Ergebnisse der Prozessevaluation	54
7.3.3	Beeinflussende Faktoren der Implementierung	57
7.3.4	Implementierungsstrategien	60
7.3.5	Wirkungsmechanismen	62
7.3.6	Implementierungsergebnisse	63
7.3.7	Konzept zur Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit.....	66
7.4	Handlungsempfehlungen zur nachhaltigen Implementierung	67
8.	Gender Mainstreaming Aspekte	73
9.	Diskussion der Ergebnisse / Gesamtbeurteilung	74
9.1	Versorgungswirksamkeit in der Routinepraxis.....	74
9.2	Erfolgsfaktor Netzwerkbildung.....	76
9.3	Limitationen und überregionale Übertragbarkeit.....	76
9.4	Handlungsempfehlungen und deren Begründung gemäß der Prozessevaluation...	77
9.5	Handlungsbedarfe und Umsetzungsmöglichkeiten für eine Verstetigung in der Regelversorgung	78
9.6	Gesamtbeurteilung und Ausblick.....	81
10.	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	81
10.1	Wissenschaftliche Dissemination	81
10.2	Regionale Öffentlichkeitsarbeit und Teilhabestrategie	82
10.2.1	Abschlussveranstaltung 2024.....	82
10.2.2	Vorstellung auf regionalen und überregionalen Netzwerktagungen.....	83
11.	Verwertung der Projektergebnisse	83
11.1	Verstetigung des Angebots in der Region	84

11.2 Folgeprojekt ab 2025: Kombination von Dementia Care Management und Advanced Care Planning	84
11.3 Strategische Verwertung auf struktureller Ebene.....	84
12. Publikationsverzeichnis.....	85
13. Quellenverzeichnis	87
14. Anhangsverzeichnis.....	92

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: DeCM-Organisation und internen Zusammenarbeit in den LO	16
Abbildung 2: Zielindikatoren und theoretischer Rahmen für die Prozessevaluation	25
Abbildung 3: Arbeits- und Zeitplan samt zeitlichen Abweichungen im Projekt "RoutineDeCM"	36
Abbildung 4: CONSORT-Statement	40
Abbildung 5: Bedarfsstruktur zur Baseline	51
Abbildung 6: Bedarfsstruktur zur Baseline unterschieden nach Einrichtung.....	52
Abbildung 7: Zeitaufwand Hausbesuche	53
Abbildung 8: Übersicht der Ergebnisse der Prozessevaluation.....	56
Abbildung 9: Implementierungsergebnisse von DeCM – Perspektive der DeCM-Nutzenden	64
Abbildung 10: Implementierungsergebnisse von DeCM – Perspektive der versorgenden Angehörigen.....	64
Abbildung 11: Implementierungsergebnisse von DeCM – Perspektive der Dementia Care Manager im Zeitverlauf der Implementierung	65
Abbildung 12: Aufbau des regionalen Demenz-Netzwerkes Siegen-Wittgenstein.....	66
Tabelle 1: Operationalisierung der nutzerzentrierten Effektanalyse	19
Tabelle 2: Übersicht der Informationsquellen für Zielindikatoren der Prozessevaluation.....	26
Tabelle 3: Darstellung genutzter Erhebungsmethoden pro Analyseeinheit	26
Tabelle 4: Übersicht über Anzahl der verschiedenen Datenerhebungsmethoden.....	29
Tabelle 5: Ungedeckte Bedarfe nach Geschlecht der Person mit Demenz	41
Tabelle 6: Kognition und funktionale Einschränkungen.....	42
Tabelle 7: Gesundheit und Lebensqualität nach Geschlecht	43
Tabelle 8: Auszug aus Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen	44
Tabelle 9: Medikamentöse Versorgung nach Geschlecht	45
Tabelle 10: Medikamentöse Versorgung nach Einrichtung	46
Tabelle 11: Pflegegrad nach Geschlecht	46
Tabelle 12: Soziodemografie HVP, Pflegebelastung & NPI nach Geschlecht und Generation	47
Tabelle 13: Zusammenfassung nutzerzentrierter Effektanalyse.....	50
Tabelle 14: Handlungsempfehlungen aus der Prozessevaluation.....	77
Tabelle 15: Umsetzungsmöglichkeiten für eine Verstetigung in der Regelversorgung	79

Abkürzungsverzeichnis

CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
DeCM	Adaptiertes Dementia Care Management
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
EFS	Edmonton Frail Scale
ERIC	Expert Recommendations for Implementing Change
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GRS	Gesundheitsregion Siegerland
HVP	Hauptversorgungsperson(en)
IMS	Intervention Management System
LO	Leistungserbringerorganisationen
MRC	Medical Research Council
NDS	Nationale Demenzstrategie
NPI	Neuropsychiatric Inventory
NRW	Nordrhein-Westfalen
VMS	Versorgungsmanagementsystem
ZBI	Zarit Burden Interview

3. Zusammenfassung

In wissenschaftlichen Wirksamkeitsstudien hat sich gezeigt, dass Dementia Care Management die Versorgung an Demenz erkrankter Menschen und die Situation von deren Angehörigen signifikant verbessern kann. Ebenso gibt es Hinweise, dass eine Vernetzung von Versorgern zu besseren Ergebnissen führt. Dementia Care Management wird sowohl in den S3-Leitlinien als auch in der Nationalen Demenzstrategie empfohlen, Studien zur Implementierung des wissenschaftlichen Konzepts auf regionaler Ebene fehlen jedoch.

Übergeordnetes Ziel des Projekts RoutineDeCM war deshalb die Implementierung des Dementia Care Managements in der Region Siegen-Wittgenstein. Hierfür wurde ein Netzwerk ausgebaut, die Intervention an die regionalen Versorgungsstrukturen angepasst und durch partizipative Prozesse gemeinsam mit Praxispartnerinnen und -partnern weiterentwickelt. Dementia Care Manager wurden mit Hilfe einer etablierten Weiterbildung qualifiziert und rekrutierten in der Routineversorgung n=93 Studienteilnehmende, Menschen mit Demenz und/oder deren Angehörige, die für 6 Monate eine Dementia Care Management erhielten. Dies wurde bzgl. der Effekte auf die Teilnehmenden als auch den Prozess der Implementierung hin wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Insgesamt war die partizipative Adaptierung ein zentraler Erfolgsfaktor für die Passung und Akzeptanz der Intervention. Die Implementierung führte zu messbaren positiven Effekten auf Seiten der Teilnehmenden: ungedeckte Bedarfe bei Menschen mit Demenz konnten signifikant reduziert, pflegerische Versorgungsstrukturen gestärkt und formale Leistungen adäquater genutzt werden. Die Belastung der Hauptversorgungspersonen konnte stabilisiert werden – ein zentrales Ergebnis aus Wirksamkeitsstudien.

Ein wesentliches Strukturelement war die Gründung bzw. Weiterentwicklung des regionalen Netzwerks. Dieses diente als Plattform für Austausch und Koordination und als Motor für regionale Öffentlichkeitsarbeit, Verstetigungsstrategien und Rollenentwicklung der Dementia Care Manager. Die Netzwerkarbeit trug entscheidend zur Selbstverortung der Fachkräfte und zur erfolgreichen und nachhaltigen Implementierung bei.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die unter rigoroseren Studienbedingungen erzielte Wirksamkeit des Modells unter realen Bedingungen der Routineversorgung in einer ganzen Region replizieren lassen. Dabei sind zwingend regionale Rahmenbedingungen, etwa hinsichtlich Versorgungszugängen, Kooperationsstrukturen oder Zielgruppen, zu berücksichtigen. Verschiedene Settings (Klinik, Pflege, Beratung, Ärztenetz) ermöglichen die Ansprache unterschiedlicher Personengruppen und sind somit gleichermaßen relevant, auch wenn sie sich in Reichweite und Umsetzbarkeit unterscheiden.

Eine nachhaltige Implementierung als Struktur in der Versorgung bedarf jedoch aktuell noch teils umfangreicher gesetzgeberischer Veränderungen. Diese reichen vom Ausbau derzeit

verfügbarer Ansätze bis hin zu umfassenden Änderungen im Sozialgesetzbuch und anderen verwandten Gesetzen und Richtlinien.

4. Einleitung

Der demografische Wandel stellt das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem vor erhebliche Herausforderungen. Die steigende Lebenserwartung geht mit einer Zunahme altersassoziierter Erkrankungen wie Demenz einher. Bereits heute leben rund 1,8 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland – mit einer weiterhin stark steigenden Tendenz ¹. Diese Entwicklung macht deutlich, dass neben kurativen auch koordinierende, bedarfsorientierte Versorgungsansätze dringend benötigt werden, um betroffenen Personen sowie ihren Angehörigen ein würdevolles Leben und eine adäquate Unterstützung zu ermöglichen.

Ein vielversprechendes Modell, das diese Bedarfe adressiert, ist das Dementia Care Management ^{2 3}. Es handelt sich um einen evidenz- und leitlinienbasierten, personenzentrierten und sektorenübergreifenden Versorgungsansatz, der gezielt auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren versorgenden Angehörigen ausgerichtet ist. Dementia Care Management wurde in Deutschland im Rahmen von kontrollierten Studien, insbesondere der Delphi-MV-Studie, entwickelt und evaluiert ^{4 5}. Die Ergebnisse belegen sowohl die Wirksamkeit hinsichtlich gesundheitsbezogener Outcomes als auch die Kosten-Effektivität des Ansatzes.

Kernbestandteil von Dementia Care Management ist die Arbeit spezialisierter Pflegefachpersonen, Dementia Care Managern¹. Diese führen im häuslichen Umfeld umfassende, standardisierte Bedarfsanalysen durch – medizinisch, pflegerisch, psychosozial – und entwickeln mithilfe eines softwaregestützten Versorgungssystems (IMS/VMS) individualisierte Versorgungspläne. Diese Pläne werden gemeinsam mit den Betroffenen und ggf. deren Angehörigen abgestimmt und über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten eng begleitet und angepasst. Die kontinuierliche Begleitung, Evaluation und Koordination der Maßnahmen sowie die enge Einbindung der vorhandenen Versorgungsstrukturen stellen eine Schnittstelle her, die in der derzeitigen Regelversorgung oft fehlt.

Die S3-Leitlinie Demenzen hebt das Dementia Care Management ausdrücklich als Versorgungsansatz hervor, der Menschen mit Demenz vorgeschlagen werden sollte. Gleichzeitig wird der Ansatz auch im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (NDS), die im Jahr 2020 durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiiert wurde, als eine zentrale Maßnahme genannt ⁶. In Aktionsfeld 2 („Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen“) wird explizit die Prüfung und Förderung der Implementierung von Dementia Care Management in die Routineversorgung angestrebt.

¹ Da es sich bei der Bezeichnung *Dementia Care Manager* um einen englischen Begriff handelt, wird dieser im Bericht nicht nach deutschen Vorgaben gegendert.

Trotz der starken Evidenzbasis, der politischen Unterstützung durch die NDS und der Verankerung in der S3-Leitlinie ist Dementia Care Management bislang nicht in die Regelversorgung überführt worden. Eine zentrale Herausforderung ist dabei die Übertragbarkeit des Modells in unterschiedliche regionale Kontexte. Denn: Die Versorgungsrealitäten in Deutschland unterscheiden sich erheblich. In städtischen Ballungszentren, ländlichen Regionen oder strukturschwachen Gebieten existieren jeweils ganz eigene Versorgungslandschaften mit spezifischen Stärken, Lücken und Kooperationsstrukturen. Diese Heterogenität stellt hohe Anforderungen an die regionale Adaptation eines komplexen, standardisierten Interventionsmodells wie Dementia Care Management.

Genau an dieser Stelle setzt das Projekt RoutineDeCM an. Ziel war es, das bestehende, evidenzbasierte Modell des Dementia Care Managements an die Versorgungsstrukturen der Region Siegen-Wittgenstein anzupassen und seine Implementierung unter Routinebedingungen zu erproben. Aus dem evidenz-basierten Dementia Care Management wird eine auf die Region Siegen-Wittgenstein angepasste Form des Dementia Care Managements entwickelt welche zur Kenntlichmachung mit dem Akronym *DeCM* (adaptiertes Dementia Care Management) bezeichnet wird. Dieser Prozess war gekennzeichnet durch eine intensive Zusammenarbeit mit lokalen Akteurinnen und Akteuren, durch partizipative Entwicklungsprozesse und durch die notwendige Weiterentwicklung einzelner Bausteine der Intervention. Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert diesen komplexen Prozess, die erreichten Ergebnisse sowie die gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Übertragbarkeit, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit von Dementia Care Management in einem neuen regionalen Kontext.

Das Projekt hat eine Reihe von wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Partnerinnen und Partnern verknüpft, deshalb hat sich ein Konsortium gebildet, um eine möglichst breite Expertise nutzen zu können. Die wissenschaftliche Leitung des Projektes in Form der Koordination und Konsortialführung oblag dem DZNE Standort Rostock/ Greifswald. Für die Prozessevaluation war der DZNE Standort Witten verantwortlich, die Koordination vor Ort übernahm die Universität Siegen. Die weiteren Konsortialpartnerinnen und -partner, welche für die Implementierung und Durchführung des Dementia Care Managements vor Ort zuständig waren, waren Akteurinnen und Akteure, die bereits aktiver Teil der regionalen Versorgungsstruktur waren. An diesen Stellen waren Dementia Care Manager angestellt, die bereits bei den Projektpartnerinnen und -partnern aktiv in der Versorgung gearbeitet haben und jetzt einen zusätzlichen Teil ihrer Stelle als Dementia Care Manager im Projekt gearbeitet haben. Die Projektpartner werden im Folgenden vorgestellt, diese Beschreibung speist sich aus öffentlich verfügbaren Informationen wie der Homepage, sowie ergänzende Informationen aus Interviews der Prozessevaluation.

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Das DZNE war mit zwei Standorten an dem Projekt beteiligt, Rostock/ Greifswald und Witten. Der Standort Rostock/ Greifswald übernahm im Projekt RoutineDeCM die wissenschaftliche Gesamtkoordination und war federführend für die Entwicklung, Durchführung und Auswertung der quantitativen Begleitforschung zuständig. Hier wurden das Studiendesign erarbeitet, die Datenerhebung organisiert, die statistischen Analysen durchgeführt sowie die Schulung der Demenz Care Manager konzipiert. Darüber hinaus wurde von Greifswald aus die projektübergreifende Kommunikation koordiniert und die Umsetzung in enger Abstimmung mit den Praxispartnerinnen und -partnern begleitet. Der Standort Witten war für die Prozessevaluation des Projekts verantwortlich. Mit seiner umfangreichen Erfahrung in der Versorgungsforschung und der Evaluation komplexer Interventionen leistete der Standort Rostock/ Greifswald einen zentralen Beitrag zur Bewertung der Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Integration des Demenzversorgungskonzepts in die Regelversorgung. Die Wittener Expertise in qualitativer Forschung und prozessbegleitender Analyse ergänzte die quantitative Evaluation ideal.

Universität Siegen, Lehrstuhl für psychologische Altersforschung

Der Lehrstuhl für psychologische Altersforschung unterstützte die partizipative Ausgestaltung des Projekts und brachte insbesondere seine Expertise in den Bereichen kognitive Beeinträchtigungen, Kommunikation bei Demenz und partizipative Forschung ein. Durch seine enge Vernetzung in der Region trug das Team maßgeblich zur lebensweltlichen Passung und praktischen Anschlussfähigkeit des Demenzversorgungskonzepts bei. Zudem wurde durch die Universität Siegen die Verknüpfung vor Ort getragen. Es wurden die Treffen vor Ort organisiert und begleitet. Des Weiteren wurden hier die Datenverwaltung und -pflege sowie die statistische Auswertung durchgeführt.

Alzheimer Gesellschaft Siegen-Wittgenstein e. V.

Die Alzheimer-Gesellschaft Siegen-Wittgenstein e. V. ist ein gemeinnütziger Verein, der aus 69 persönlichen und sieben institutionellen Mitgliedern besteht. Erstere Gruppe macht den Großteil aus, letztere Gruppe besteht aus stationären Pflegeeinrichtungen, einer Kirchengemeinde sowie Vereinen, die Unterstützung im Alltag anbieten. Ziel der Alzheimer-Gesellschaft ist es, Menschen, die mit einer Demenz leben, und ihre Angehörigen zu unterstützen und sie dabei zu begleiten, mit der Erkrankung umzugehen. Daneben setzt sich der Verein für ein besseres Verständnis von Demenzerkrankungen in der Öffentlichkeit ein ⁷. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 268 Beratungen durchgeführt, die das zentrale Angebot des Vereins darstellten. Überwiegend sind es Angehörige, die Rat suchen. Diese kommen

hauptsächlich allein oder als Familienverbund zu den Beratungen. Ein Teil der Beratungen findet zusammen mit den Betroffenen statt. Neben den Beratungen in der Geschäftsstelle, online oder zu Hause stehen auch telefonische Kurzberatungen zur Verfügung. Darüber hinaus zählen Schulungen und 16 Pflegeselbsthilfegruppen mit verschiedenen Schwerpunkten zu den Angeboten.

In der Institution arbeiten zwei Personen in unterschiedlichen Teilzeitumfängen sowie vier Personen auf Honorarbasis für die Beratungen. Daneben sind circa 30 Personen ehrenamtlich tätig. Entscheidungen innerhalb der Institution werden durch den Vorstand getroffen, der einmal monatlich tagt. Die jährliche Mitgliederversammlung dient der Berichterstattung.

Die Alzheimer Gesellschaft vertrat die Perspektive von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im Projekt. Als etablierte Akteurin in der regionalen Demenzarbeit brachte sie ihre Erfahrungen aus Beratung, Selbsthilfe und Öffentlichkeitsarbeit ein. Sie unterstützte die passgenaue Ausrichtung der Intervention und fungierte zugleich als wichtige Schnittstelle zur Zielgruppe der Angehörigen von Menschen mit Demenz. Zudem stellte die Alzheimer Gesellschaft eine Dementia Care Managerin. Durch diese operative Einbindung konnte sie ihre Erfahrung aus der Praxis direkt in die Umsetzung einbringen und zugleich Rückmeldungen aus dem Versorgungskontext weitergeben. Die enge Verbindung zur Zielgruppe und das Wissen um die Bedarfe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen waren dabei besonders wertvoll.

Die Dementia-Care-Managerin arbeitet innerhalb der Institution ohne direkte Leitung, hat aber zugleich eine Führungsposition inne und nimmt im Projekt eine Doppelrolle (Dementia Care Managerin und Management der Leistungserbringerorganisation (LO)) ein.

Gesundheitsregion Siegerland eG

Der Zusammenschluss von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist genossenschaftlich organisiert. 123.542 Patientinnen und Patienten (Stand 2023) aus der Region Siegen-Wittgenstein sowie über die Kreisgrenzen hinaus werden durch die 76 Ärztinnen und Ärzte des Praxisnetzwerkes versorgt. 25 der praktizierenden Ärzte und Ärztinnen waren in der hausärztlichen Versorgung tätig, in den 24 fachärztlichen Praxen war eine Gemeinschaftspraxis mit vier Ärztinnen und Ärzten in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie spezialisiert. Innerhalb der Gesundheitsregion werden Entscheidungen in verschiedenen Gremien getroffen. Der fünfköpfige Vorstand, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten sowie der Geschäftsführung, sowie der Aufsichtsrat (derzeit bestehend aus vier Ärzten) treffen organisatorische und fachliche Entscheidungen. Die Mitgliederversammlung nimmt die Funktion eines Organs wahr, in dessen Rahmen alle Entscheidungen, die die Genossenschaft als Gesellschaft betreffen, getroffen werden. Darüber hinaus existieren verschiedene Qualitätszirkel, in denen spezifische fachliche Entscheidungen getroffen werden. Die

Geschäftsführung der Gesundheitsregion besteht aus einer Leitungsperson, darüber hinaus sind vier Mitarbeitende angestellt, darunter auch Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Weiterbildungen – einschließlich der Dementia Care Managerin – die praxisübergreifend für das Praxisnetzwerk tätig sind ⁸.

Als Netzwerkakteurin mit langjähriger Erfahrung in der regionalen Versorgungsentwicklung übernahm die Gesundheitsregion Siegerland eine verknüpfende Rolle. Sie förderte den Austausch zwischen Projekt und Praxis und unterstützte die strukturelle Verankerung des Versorgungskonzepts. Durch ihre Vernetzung mit verschiedenen Gesundheitsakteurinnen und -akteuren konnte sie die nachhaltige Integration in bestehende Strukturen mitgestalten.

Neben ihrer koordinierenden Rolle stellte die Gesundheitsregion Siegerland eine der Dementia Care Managerinnen im Projekt welche bereits vor der Initiierung des Projektes als Pflegefachkraft in einem anderen Projekt der Versorgungsimplementierung in der Gesundheitsregion Siegerland tätig war. Die operative Beteiligung ermöglichte eine unmittelbare Rückkopplung zwischen Projektkoordination, regionaler Netzwerksteuerung und Versorgungspraxis.

Klinikum Siegen

Das Klinikum Siegen als Gesellschaft mit beschränkter Haftung hat sich der akutstationären Grund- und Regelversorgung der Region mit Einzugsgebieten in Hessen und Rheinland-Pfalz verschrieben. Das Akademische Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg ist mit 15 Kliniken ausgestattet und verfügt über ein angeschlossenes Medizinisches Versorgungszentrum. Im Klinikum sind 1.700 Mitarbeitende beschäftigt, von denen 750 dem Pflegepersonal und 240 dem ärztlichen Personal angehören. Im Jahr 2024 wurden rund 22.700 Patienten stationär und 68.000 Patienten ambulant behandelt ⁹. Etwa 5.000 davon werden in der Klinik für Neurologie und Neurogeriatrie behandelt, in der das Dementia Care Management angesiedelt ist.

Das Klinikum Siegen war der medizinische Partner im Projekt. Es ermöglichte die Verbindung zur klinischen Versorgung und unterstützte die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im regionalen Versorgungskontext. Die Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Akteurinnen und Akteuren wurde durch die Kooperation mit dem Klinikum gestärkt.

Der Dementia Care Manager übte bereits vor seiner Tätigkeit im Projekt eine berufliche Tätigkeit als Pflegefachperson in dieser Klinik aus. Für seine Tätigkeit als Dementia Care Manager erhielt er eine Freistellung von 25 % seiner regulären Arbeitszeit. Er kooperiert eng mit der Gedächtnisambulanz der Psychiatrischen Institutsambulanz, von der er Zuweisungen für Interventionen erhält. Jährlich werden dort 700 Patientinnen und Patienten versorgt. Durch die Einbindung in das klinische Umfeld konnten Schnittstellen zur medizinischen Versorgung besonders gut identifiziert werden.

Caritasverband Siegen-Wittgenstein e. V.

Der Caritasverband, der als gemeinnütziger Verein organisiert ist, umfasst die Fachbereiche Altenhilfe, Kindertagesstätten sowie Beratende Dienste. Die Entscheidungsfindung innerhalb der LO erfolgt in der Leitungskonferenz, welche sich aus den Fachbereichsleitungen, dem Vorstand und den Abteilungsleitenden konstituiert. Die zu treffenden Entscheidungen umfassen die Konzeption, die Prozesse sowie die Qualitätssicherung innerhalb des Verbandes. Die finale Entscheidung über die Implementierung von Projekten obliegt dem Vorstand. Im Caritasverband sind insgesamt 210 Mitarbeitende tätig, davon 80 im Fachbereich Altenhilfe, in dem auch das Dementia Care Management angesiedelt ist. Dem Fachbereich sind mehrere Abteilungen untergeordnet: Drei Einrichtungen der Tagespflege, zwei Sozialstationen, die ambulante Pflege anbieten, der Entlastungsdienst "Atempause" sowie das Regionalbüro "Alter, Pflege und Demenz" ¹⁰. Der Fachbereich versorgt, betreut und berät pro Jahr durchschnittlich 1.960 Personen.

Der Caritasverband war ebenfalls als operativer Umsetzungspartner für das Dementia Care Management verantwortlich. Als Träger vielfältiger Unterstützungsangebote für ältere Menschen konnte der Caritasverband eine enge Verbindung zwischen ambulanter Praxis und wissenschaftlicher Begleitforschung schaffen. Auch beim Caritasverband war eine Dementia Care Managerin tätig und setzte die Intervention in der Praxis um. Die Dementia Care Managerin arbeitet in direktem Austausch mit der Fachbereichsleitung und in einer abteilungsübergreifenden Funktion. Vor ihrer Tätigkeit als Dementia Care Managerin war die Mitarbeitende bereits in einer der Abteilungen des Fachbereiches tätig und ist dies auch weiterhin neben dem Stellenanteil von 25 % für das Dementia Care Management. Die Rückmeldungen aus dem Versorgungsalltag flossen kontinuierlich in die Weiterentwicklung der Maßnahmen ein und trugen maßgeblich zur Praxistauglichkeit des Konzepts bei. Der Alltagseinsatz der Fachkraft lieferte wichtige Erkenntnisse zur Umsetzbarkeit und Passung des Versorgungskonzepts.

Die implementierenden Versorgungspartner treten mit ihren Angeboten in unterschiedlichen Phasen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf einer Demenzerkrankung mit den Betroffenen in Kontakt. Dadurch ergibt sich für die Implementierung von Dementia Care Management eine unterschiedliche Ausgangssituation hinsichtlich Erkrankungsstadium und Stabilität der Versorgungssituation, in die Dementia Care Manager hinzugezogen werden. Auch unterscheidet sich für die unterschiedlichen Leistungserbringer die Art der Kontaktaufnahme und der Zuweisung – entweder durch kooperierende Ärztinnen und Ärzte (Gesundheitsregion Siegerland eG, Klinikum Siegen GmbH) oder durch interessierte Betroffene selbst oder andere Leistungserbringende, die bereits in der häuslichen Versorgung

tätig sind. Neben der Diversität der angebotenen Leistungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, zeigt sich auch eine Vielfalt in der Art, wie das Dementia Care Management in den Institutionen angegliedert ist und wie sich dadurch die interne Zusammenarbeit mit Management und Kolleginnen und Kollegen für die Dementia Care Manager gestaltet (siehe **Abbildung 1**).

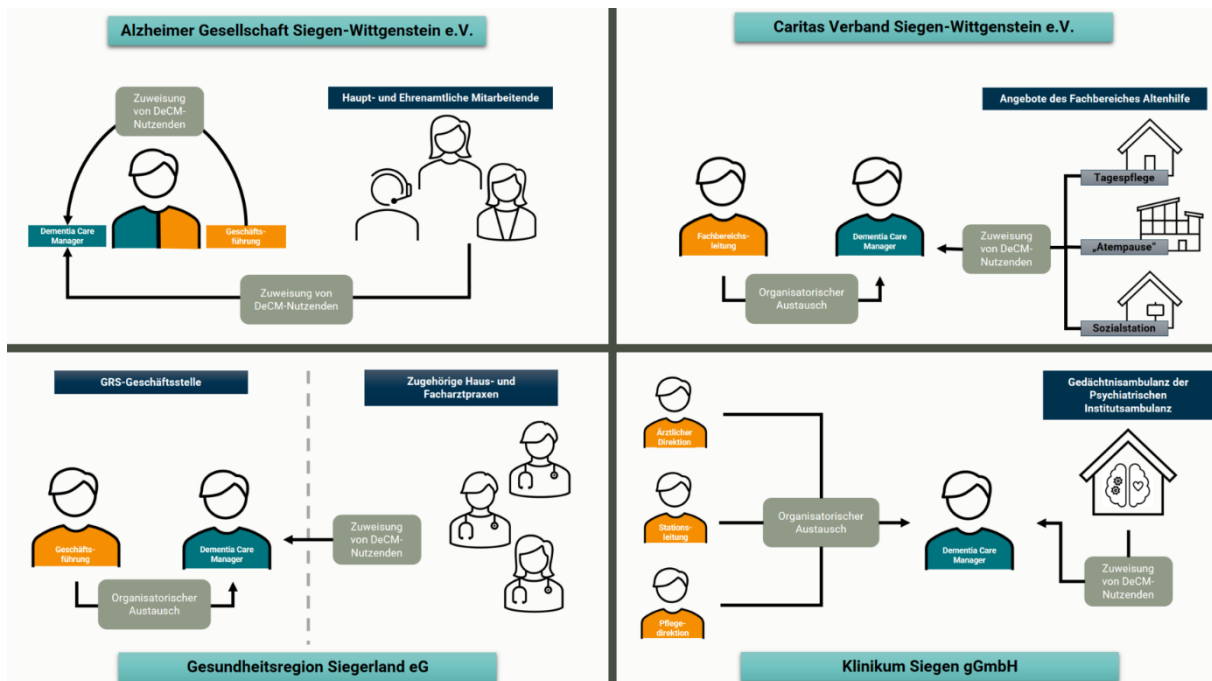


Abbildung 1: DeCM-Organisation und internen Zusammenarbeit in den LO

Das Konsortium hat über den gesamten Projektzeitraum sehr eng zusammengearbeitet. Es gab in verschiedenen Runden regelmäßige Treffen. Das wissenschaftliche Team hat sich in einer wöchentlichen Videobesprechung eng abgestimmt. Für die Konsortialpartnerinnen und -partner war ursprünglich ein vierwöchentlicher Austausch für die Planung und Initiierungsphase geplant, auf Wunsch der Konsortialpartnerinnen und -partner wurde dieser Rhythmus jedoch bis zum Projektende fortgesetzt. Zusätzlich zu diesen Treffen auf der Koordinationsebene wurden im ebenfalls vierwöchigen Turnus Treffen der Dementia Care Manager und dem wissenschaftlichen Team abgehalten, um hier die Möglichkeit für Fallbesprechungen und Austausch zu bieten. Diese Treffen wurden zu großen Teilen ebenfalls per Video und hybrid organisiert. Es gab jedoch auch über den gesamten Projektzeitraum Treffen in Siegen vor Ort in allen Konstellationen.

Zusätzlich zur projektinternen Vernetzung haben die Projektpartnerinnen und -partner vor Ort ein Netzwerk gegründet. Dieses Netzwerk erfüllt den Anspruch der regionalen Vernetzung weit über die Projektgrenzen hinaus und hat neben einer erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit bereits mehrere Fachtage zur regionalen Versorgung von Menschen mit Demenz organisiert.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Allgemeiner Teil

Zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen – ob und wie das Modell des Dementia Care Management erfolgreich in die Regelversorgung einer neuen Region implementiert werden kann – wurde im Projekt RoutineDeCM ein multiperspektivisches Studiendesign gewählt, das quantitative und qualitative Zugänge miteinander kombiniert. Diese Herangehensweise spiegelt die Komplexität der Fragestellung wider, die nicht nur Effekte auf Ebene der Nutzenden, sondern auch strukturelle, organisationale und prozessuale Aspekte erfasst.

5.1.1 Projektziele

Übergeordnetes Ziel:

Nachhaltige, evidenzbasierte Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in einer gesamten Region.

Konkrete Projektziele:

1. Modellhafte Implementierung des Dementia Care Management in der Region Siegen-Wittgenstein.
2. Partizipative Entwicklung einer Implementierungsstrategie, basierend auf einem Reallabor-Ansatz (Co-Design, Co-Produktion, Co-Evaluation).
3. Wissenschaftliche Prozessevaluation der Implementierung,
4. Qualifizierung von Dementia Care Managern, die bereits in der Routineversorgung tätig sind.
5. Quantitative Erhebung von Veränderungen auf Nutzendenseite.
6. Entwicklung von Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Implementierung in die Regelversorgung inkl. Prüfung von Refinanzierungsmöglichkeiten.
7. Dissemination der Ergebnisse, insbesondere in Bezug auf die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie

Die Projektziele sind teils übergreifender Natur, teils bauen sie aufeinander auf, teils sind sie aber auch distinkt. Für die Darstellung im Abschlussbericht wird explizit, in eigenen Kapiteln über Projektziele 2, 3 ,4 ,5 ,6 und 7 berichtet, Projektziel 1 ist übergreifender Natur (hauptsächlich diskutiert in Kapitel 6). Analog der Chronologie der Projektdurchführung erfolgt die Darstellung der Reihenfolge: Entwicklung der Implementierungsstrategie (Ziel 2,

überwiegend in Kapitel 3), Qualifizierung der Dementia Care Manager (Ziel 4, überwiegend in Kapitel 3), Prozessevaluation (Ziel 3, überwiegend in Kapitel 2 und 4), nutzerbezogene Effektanalysen (Ziel 5, überwiegend in Kapitel 2 und 4), Entwicklung von Handlungsempfehlungen (Ziel 6, überwiegend in Kapitel 4) und Dissemination der Ergebnisse (Ziel 7, hauptsächlich in Kapitel 7)

5.1.2 Projektvoraussetzungen

Zentrale Grundlage für die quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethodik war das in vorangegangenen Studien entwickelte Informationsmanagementsystem, das in einem aufwändigen partizipativen Prozess an die Versorgungslandschaft der Region Siegen-Wittgenstein angepasst wurde. Die qualitative Prozessevaluation wurde separat, aber abgestimmt konzipiert und in enger Kooperation mit dem gesamten Projektteam durchgeführt. Die beiden Perspektiven ergänzen sich methodisch wie inhaltlich und ermöglichen ein umfassendes Bild über Nutzen, Umsetzbarkeit und Gelingensbedingungen des Dementia Care Management unter Routinebedingungen.

Die Ergebnisse aus beiden methodischen Zugängen fließen im Rahmen der Zielerreichung zusammen. Sie erlauben Aussagen sowohl zur operativen Wirkung der Intervention (z. B. Reduktion von Bedarfen) als auch zur strukturellen Integration in die Versorgungspraxis.

Da es sich bei RoutineDeCM um eine Implementierungsstudie handelt, wurde die **Zielpopulation** so versorgungsnah wie möglich gewählt. Eingeschlossen wurden Menschen mit Demenz, die in der eigenen Häuslichkeit leben und ihre Angehörigen. Eine formale Diagnose war hierfür nicht erforderlich, da die Teilnehmenden unter anderem dabei unterstützt werden sollten, eine formale Diagnose zu erhalten. Auch war eine angehörige Person keine Voraussetzung für die Teilnahme. Voraussetzung war jedoch das informierte Einverständnis zur Teilnahme. Aus Gründen des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung konnte eine angehörige Person ohne aktive Beteiligung der Person mit Demenz nur teilnehmen, wenn hierfür das Einverständnis der Person mit Demenz vorlag, da krankheitsbezogene Daten und die Person betreffende Themen besprochen wurden. Zudem relevant war die Wohnregion. Hier ging es nicht um harte regionale Grenzen, sondern in Einzelfällen wurden diese Grenzen individuell besprochen. Entscheidend waren zwei Faktoren: Zum einen mussten die zu betreuenden Haushalte für die Dementia Care Manager in einer angemessenen Entfernung liegen, zum anderen war das speziell auf die Region Siegen-Wittgenstein zugeschnittene Versorgungskonzept nicht für den Einsatz in anderen Regionen vorgesehen. Wenn also in einer anderen Region eine andere Versorgungslandschaft besteht, kann hier die Beratung und Unterstützung durch die Dementia Care Manager nicht weiterhelfen.

Vor Beginn der Rekrutierungsphase wurde die Studie der **Ethikkommission** der Universitätsmedizin Greifswald vorgestellt und positiv bewertet (BB 110/22). Zusätzlich wurde

die Studie in einem internationalen Studienregister registriert (clinicaltrials.gov; #NCT05529277). Das Studiendesign der quantitativen Teilstudie als auch das der Prozessevaluation wurde in internationalen, wissenschaftlichen peer-reviewed Zeitschriften veröffentlicht ^{11 12}.

5.2 Nutzerzentrierte Effektanalyse

a) Operationalisierung

Im Fokus der quantitativen Erhebung steht die Überprüfung der Wirkung der implementierten Intervention auf Ebene der Nutzerinnen und Nutzer – also Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen – sowie die Analyse der Zielgruppenstruktur in der Region Siegen-Wittgenstein. Die messbaren Ziele wurden auf Grundlage der wissenschaftlichen Vorarbeiten und der S3-Leitlinie „Demenzen“ formuliert:

Tabelle 1: Operationalisierung der nutzerzentrierten Effektanalyse

Ziel / Teilziel	Operationalisierung	Indikator(en)
Reduktion offener Versorgungsbedarfe	Veränderung zwischen Baseline, FU1 und FU2	Anzahl der offenen Bedarfe laut VMS
Verbesserung der medikamentösen Versorgung	Einsatz von Antidementiva	Anteil der Personen mit dokumentierter Einnahme (ATC-Codes)
Reduktion neuropsychiatrischer Symptome	Veränderung im NPI-Score	NPI-Gesamtwert
Reduktion/Stabilisierung pflegerischer Belastung	Veränderung im Zarit-Burden-Score	ZBI-7 Score
Beschreibung der Zielgruppe	Deskriptive Kennwerte	Alter, Geschlecht, Diagnose, Gebrechlichkeit, Kognition, Bildungsniveau, Versorgungssituation

FU = Follow-Up, FU1 6 Monate nach Baseline, FU2 12 Monate nach Baseline, VMS = Versorgungsmanagementsystem, NPI = Neuropsychiatrisches Inventar

Weitere Zielsetzungen betrafen Unterschiede zwischen Versorgungssettings, Geschlechtern sowie Versorgungsrollen (z. B. Generation der Hauptversorgungsperson), die explorativ ausgewertet wurden.

b) Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen eines prospektiven Kohortendesigns mit drei Messzeitpunkten:

- **T0 (Baseline):** vor Beginn der Intervention
- **T1 (Follow-Up 1):** direkt nach Beendigung der sechsmonatigen Intervention
- **T2 (Follow-Up 2):** sechs Monate nach Ende der Intervention

Die Erhebung wurde zwischen September 2022 und August 2024 durch qualifizierte Dementia Care Manager (DeCMs) im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt. Zum Einsatz kam ein speziell entwickeltes, Tablet-gestütztes Erfassungssystem (Versorgungsmanagementsystem, VMS), das bereits in früheren Studien validiert wurde und eine automatisierte Identifikation offener Bedarfe ermöglicht. Erfasst wurden medizinische, pflegerische, psychosoziale und funktionale Parameter.

Ein besonderes Augenmerk galt dabei der hohen Variabilität in der Kognition der Zielgruppe. Um auch bei eingeschränkter Auskunftsfähigkeit valide Daten zu erhalten, wurde ergänzend auf Angehörigeninterviews, Einschätzungen der DeCMs und die Auswertung vorhandener medizinischer Informationen zurückgegriffen. Die teilnehmenden versorgenden Angehörigen waren dabei nicht nur Auskunftgebende, sondern auch Zielgruppe der Studie und Intervention.

Die Auswahl der Messinstrumente orientierte sich an internationalen Standards und zuvor verwendeten Studieninstrumenten (z. B. DelpHi-MV, intersec-CM). Das Assessment umfasste:

Anzahl offener Versorgungsbedarfe – VMS-basierte Bedarfserhebung (primäres Outcome)

Als primäres Outcome wurde die Anzahl der im VMS identifizierten Bedarfe gewählt. Die Reduktion identifizierter Bedarfe ist das Hauptziel der Intervention und ihr Erfolg lässt sich dadurch adäquat abbilden. Die unerfüllten Bedarfe wurden mit einem Fragebogen Tablet-basiert ermittelt und umfassen medizinische, pflegerische und psychosoziale Inhalte sowie Bedarfe der teilnehmenden Angehörigen, welche sich aus ihrer Rolle als pflegende Angehörige ergeben. Die im Folgenden genannten Assessments wurden ebenfalls in die Ermittlung der offenen Bedarfe aufgenommen. Eine vollständige Liste der möglichen Bedarfe befindet sich in Anhang 1. Der Endpunkt ist die gezählte ungewichtete Summe der Bedarfe. Die Auswahl der möglichen Bedarfe basiert direkt auf der in DelpHi-MV entwickelten Intervention und wurde im Rahmen der partizipativen Anpassung durch die DeCMs überarbeitet, aktualisiert und an regionale Gegebenheiten und Möglichkeiten angepasst.

Neuropsychiatrische Symptome – Neuropsychiatric Inventory (NPI)¹³⁻¹⁵

Das NPI erfasst 12 neuropsychiatrische Symptome bei Menschen mit Demenz, darunter Delir, Halluzinationen, Depression, Angst und Apathie. Für jedes Symptom werden Häufigkeit (0–4) und Schweregrad (0–3) bewertet, was zu einem Gesamtscore von 0 bis 144 führt.

- Skalenbereich: 0–144
- Interpretation: Höhere Werte deuten auf stärkere neuropsychiatrische Symptome hin.

Pflegebelastung – Zarit Burden Interview, Kurzform (ZBI-7)¹⁶

Das ZBI-7 ist eine Kurzversion des Zarit Burden Interviews und misst die subjektive Belastung von pflegenden Angehörigen. Es umfasst 7 Items, die auf einer Likert-Skala von 0 (nie) bis 4 (fast immer) bewertet werden.

- Skalenbereich: 0–28
- Interpretation: Höhere Werte weisen auf eine höhere Belastung hin.
- Quelle: Higginson IJ, Gao W, Jackson D, et al. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. Palliative Medicine. 2010;24(5):410–417.

Kognitive Leistungsfähigkeit – DemTect¹⁷

Der DemTect ist ein Screening-Instrument zur Erkennung kognitiver Beeinträchtigungen und Demenz. Er besteht aus fünf Aufgaben und liefert einen Gesamtscore, der unabhängig von Alter und Bildung ist.

- Skalenbereich: 0–18
- Interpretation:
 - o 13–18 Punkte: altersentsprechende kognitive Leistung
 - o 9–12 Punkte: Hinweis auf leichte kognitive Beeinträchtigung
 - o 0–8 Punkte: Hinweis auf Demenz

Gebrechlichkeit – Edmonton Frail Scale (EFS)¹⁸

Die EFS ist ein multidimensionales Instrument zur Einschätzung von Gebrechlichkeit bei älteren Menschen. Sie umfasst 9 Domänen, darunter Kognition, Mobilität und soziale Unterstützung.

Skalenbereich: 0–17

Interpretation kategorial nach Punkten in 3 bis 5 Kategorien

Da die Items der Edmonton Frail Scale (EFS) im Rahmen der quantitativen Datenerhebung nicht als zusammenhängendes Assessment, sondern verteilt auf verschiedene thematische Erhebungsinstrumente erhoben wurden, kam es bei einzelnen Teilnehmenden zu fehlenden Angaben bei einzelnen Items. Eine Imputation fehlender Werte wurde bewusst nicht vorgenommen. Um dennoch eine Einschätzung des Frailty-Status zu ermöglichen, wurde ein relativer EFS-Score berechnet.

Dazu wurde für jede teilnehmende Person zunächst ermittelt, wie viele Punkte sie theoretisch maximal hätte erreichen können, basierend auf der Anzahl der tatsächlich beantworteten EFS-

Items (maximal 17 Punkte bei vollständig ausgefülltem Instrument). Anschließend wurde der Anteil der erreichten Punkte am individuellen Maximum in Prozent berechnet.

Auf dieser Basis wurde eine Kategorisierung vorgenommen, die sich an der konventionellen Bewertung der EFS orientiert:

- Nicht gebrechlich ($\leq 30\%$)
- Vulnerabel ($> 30\%$ bis $\leq 70\%$)
- Stark gebrechlich ($> 70\%$)

Diese Vorgehensweise ermöglicht trotz teilweise unvollständiger Daten eine vergleichbare Einschätzung des Frailty-Status, ohne die Datenbasis durch Imputation zu verändern.

Lebensqualität – EQ-5D-5L¹⁹

Der EQ-5D-5L erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität in fünf Dimensionen: Mobilität, Selbstversorgung, alltägliche Aktivitäten, Schmerz/Unwohlsein und Angst/Depression. Jede Dimension wird auf fünf Ausprägungsstufen (keine, leichte, mäßige, starke, extreme Probleme) bewertet. Aus den Antworten wird ein Gesundheitsprofil gebildet, das mithilfe des deutschen Value-Sets von Ludwig et al. in einen Index-Score umgerechnet wird. Zusätzlich wird eine visuelle Analogskala (VAS) von 0 (schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand) bis 100 (bester vorstellbarer Gesundheitszustand) verwendet.

- Skalenbereich:
 - o Index-Score: $-0,661$ bis 1 (basierend auf dem deutschen Value-Set)
 - o VAS: $0-100$
- Interpretation: Höhere Werte deuten auf eine bessere wahrgenommene Lebensqualität hin.
- Quelle: EuroQol Group. EQ-5D-5L User Guide. 2015.

Medikamentenanamnese

Die Medikamentenanamnese umfasst eine Reihe von medikationsbezogenen Fragen unter anderem zur Einnahme von Antidementiva, zu Nebenwirkungen und zu Polypharmazie. Wenn durch Teilnehmende gewünscht oder durch DeCM als hilfreich erachtet, konnte auch eine systematische Erfassung aller eingenommenen Medikamente durchgeführt werden. Dies ist vor allem nützlich und angebracht bei dem Vorliegen einer Polypharmazie.

Nutzung medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen – FIMA²⁰

Der FIMA erfasst die Nutzung medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen durch ältere Menschen in den letzten drei Monaten. Er umfasst Bereiche wie Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente und Hilfsmittel.

- Skalenbereich: Variabel; basiert auf der Anzahl und Art der in Anspruch genommenen Leistungen
- Interpretation: Höhere Werte weisen auf eine höhere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen hin.

c) Datenauswertung

Die Auswertung erfolgt deskriptiv und inferenzstatistisch:

- **Deskriptive Analyse:** Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeiten, Verteilungen
- **Unterschiede zwischen Gruppen:** t-Tests, Mann-Whitney-U-Tests, Chi²-Tests
- **Veränderungen über die Zeit:** gepaarte Tests (je nach Datenlage), ANOVA
- **Stratifizierungen:** nach Geschlecht, Versorgungssetting, Generation der HVP
- **Software:** R, Stata 16

Besonderheiten bestanden in der Anpassung der Analysestrategien an die heterogene Stichprobe sowie in der Entscheidung gegen eine Imputation fehlender Werte. Die im Vergleich zu klinischen Studien höhere Varianz spiegelt die Alltagsrealität wider und wird explizit als Teil des Routinebezugs gewertet.

5.3 Prozessevaluation der Implementierung

a) Operationalisierung der Ziele

Der Schwerpunkt der Prozessevaluation lag auf der Untersuchung und Bewertung des Implementierungsprozesses von Dementia Care Management im Kreis Siegen-Wittgenstein sowie der möglichen Ableitung von Erkenntnissen, die für eine Übertragbarkeit des Versorgungskonzeptes in andere Regionen von Relevanz sind. Vier verschiedene Leistungserbringerorganisationen (LO) – Alzheimer Gesellschaft Siegen-Wittgenstein e.V., Caritasverband Siegen-Wittgenstein e.V., Gesundheitsregion Siegerland eG, Klinikum Siegen GmbH – mit unterschiedlichen Trägerschaften und Aufgaben in der Gesundheitsversorgung implementierten das Dementia Care Management während der Projektlaufzeit. Da die LO den potenziellen DeCM-Nutzenden zu verschiedenen Zeitpunkten im Krankheitsverlauf begegnen (*z.B. bei der Beratung bei Erstdiagnose vs. akuten Krisensituationen*), und sich dadurch Unterschiede in der Umsetzung des Dementia Care Management ergeben, wurde die Evaluation sowohl fallspezifisch (LO als Einzelfälle) als auch strukturell übergreifend für alle LO in Form einer multiplen Fallstudie durchgeführt. Durch dieses Vorgehen konnten beeinflussende Faktoren der Implementierung der Intervention identifiziert werden. Diese bildeten die Grundlage für Handlungsempfehlungen für die Implementierung von Dementia

Care Management in andere Regionen Deutschlands. Folgende Forschungsfrage war dabei leitend:

Wie lässt sich Dementia Care Management nachhaltig und wirksam in die Routinegesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen implementieren?

Die Forschungsfrage wurde für die Definition von Zielindikatoren wie folgt operationalisiert:

1. Welche Kontextfaktoren haben im Implementierungsprozess fördernd oder hemmend gewirkt?
2. Wie wurde der Implementierungsprozess geplant und umgesetzt?
3. War die Implementierung erfolgreich?
4. Wie haben Beteiligte und Zielgruppen der Intervention diese angenommen?
5. Welche unerwarteten Entwicklungen und Konsequenzen sind im Implementierungsprozess aufgetreten?
6. Welche Refinanzierungsoptionen des Dementia Care Management sehen Stakeholder (*LO, am Projekt beteiligte Institutionen und Kostentragende*) hinsichtlich einer dauerhaften Implementierung in der Regelversorgung?

b) Benennung von Indikatoren zur Messung von der Zielerreichung

Die Zielindikatoren für die Prozessevaluation wurden in Anlehnung an die Handlungsempfehlungen des Medical Research Council ²¹ strukturiert und durch Modelle der Implementierungswissenschaften theoretisch begründet. Vier Zielindikatoren bildeten die Grundlage für die Datenerhebung und -analyse in diesem Teilprojekt (siehe

Abbildung 2: Zielindikatoren und theoretischer Rahmen für die Prozessevaluation

). Um Herausforderungen der Implementierung im Gesundheitswesen besser bewältigen zu können, ist es relevant zu eruieren, was geschieht, wenn eine evidenzbasierte Intervention mit einem Team, einer Abteilung oder einer Organisation „verwoben“ wird. Dazu wurden zunächst beeinflussende Faktoren auf die Implementierung erfasst, basierend auf der Struktur des CFIR (*Consolidated Framework for Implementation Research*) ^{22 23}. Die Berücksichtigung des Kontextes war notwendig, um zu erklären, wie oder warum bestimmte Implementierungsergebnisse erzielt wurden. Wenn dies nicht geschieht, kann die Übertragbarkeit der Studienergebnisse aus der RoutineDeCM-Studie auf andere Regionen eingeschränkt sein. Methoden oder Techniken zur Verbesserung der Einführung, Umsetzung und Nachhaltigkeit einer Versorgungsintervention, sogenannte Implementierungsstrategien, wurden anhand des ERIC (*Expert Recommendations for Implementing Change*) strukturiert ²⁴.

Wie von den Entwicklenden des MRC Frameworks empfohlen, wurden ebenfalls die Wirkmechanismen der Implementierung ergründet. Dies ist entscheidend, um zu verstehen, wie die Auswirkungen der Intervention zustande gekommen sind und wie sich diese bei zukünftigen Wiederholungen ähnlicher Interventionen reproduzieren lassen. Durch die Untersuchung der Mechanismen potenzieller Auswirkungen einer Intervention kann eine Prozessevaluation ein besseres Verständnis der kausalen Zusammenhänge vermitteln und unerwartete Folgen aufzeigen ²⁵. Schließlich widmete sich die Prozessevaluation der Erfassung der Implementierungsergebnisse, d. h. der Auswirkungen bewusster und zielgerichteter Maßnahmen bei der Einführung neuer Behandlungen, Praktiken und Dienstleistungen. Leitend waren hierbei die von Proctor et al. definierten Implementierungsergebnisse Akzeptanz, Angemessenheit und Machbarkeit ²⁶.

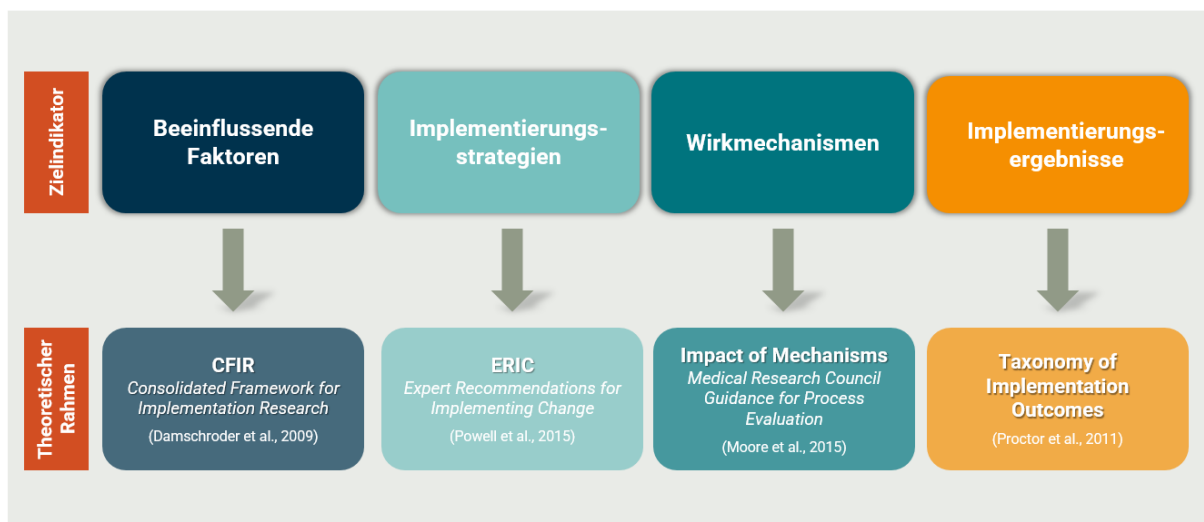


Abbildung 2: Zielindikatoren und theoretischer Rahmen für die Prozessevaluation

c) Studiendesign

Die Prozessevaluation wurde in Form einer multiplen Fallstudie durchgeführt ^{27 28}. Die vier LO, die Dementia Care Management umsetzten, wurden jeweils als ein Fall mit eingebetteten Analyseeinheiten definiert. Jede beteiligte Personengruppe (z.B. Dementia Care Manager, Management der LO) stellte eine Analyseeinheit dar. Für alle operationalisierten Fragestellungen wurde geprüft, ob sie fallübergreifend als auch fallspezifisch beantwortet werden konnten ²⁹. Die Prozessevaluation wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt sowie den Empfehlungen zur guten wissenschaftlichen Praxis und den forschungsethischen Grundsätzen des Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Ein ethisches Clearing erfolgte durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald (BB 110/22).

d) Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte kontinuierlich während der gesamten Projektlaufzeit und bei den verschiedenen LO und beteiligten Projektpartnerinnen und -partnern parallel zueinander. Die Perspektive der an der Implementierung beteiligten Personen (*Dementia Care Manager, Management der LO*) wurde durch unterschiedliche Methoden erfasst (siehe **Tabelle 2**). Im Rahmen ihrer Funktion als essenzielle Kooperationsparteien in der interprofessionellen Zusammenarbeit wurden Haus- und Fachärztinnen und -ärzte zu ihrer Haltung und Sichtweise bezüglich der Implementierung von Dementia Care Management in der Region interviewt. Zudem wurde die Haltung der DeCM-Nutzenden sowie ihrer versorgenden Angehörigen erfasst.

Tabelle 2: Übersicht der Informationsquellen für Zielindikatoren der Prozessevaluation

Zielindikator	Beteiligte Personengruppe				
	DeCM-Nutzende/ Angehörige	Dementia Care Manager	Manageme nt	Kooperieren de Ärztinnen und Ärzte	Projekt- konsortium
Beeinflussende Faktoren		X	X	X	X
Implementierungs- strategien		X	X	X	X
Wirkmechanismen		X	X		X
Haltung zur Intervention	X	X	X	X	
Erfolg der Implementierung		X	X	X	X
Refinanzierung/ Regelversorgung		X	X		

Eine Triangulation qualitativer und quantitativer Erhebungsmethoden wurde eingesetzt, um ein umfassendes Verständnis des Implementierungsprozesses und der Wirkmechanismen im Zeitverlauf zu erhalten (siehe **Tabelle 3**).

Tabelle 3: Darstellung genutzter Erhebungsmethoden pro Analyseeinheit

Beteiligte Personengruppe	Anzahl Personen	Methode der Erhebung	Anzahl Datenerhebungen	Zeitpunkt
------------------------------	--------------------	-------------------------	---------------------------	-----------

		Semi-strukturierte Einzelinterviews	1	Q2/Q3 2023
		Online-Survey	4	Q1-Q4 2023
Dementia Care Manager	n=4 ¹	Online-Fokusgruppe	1	Q2 2024
		Protokolle DeCM-Treffen	fortlaufend	Q3 2022 - Q2 2024
Management der LO	n=3 ¹	Semi-strukturierte Einzelinterviews	1	Q2 2023
Kooperierende Ärztinnen und Ärzte	n=2	Telefoninterviews	1	Q2 2024
DeCM-Nutzende/ Angehörige	n _{Nutzende} =65; n _{Angehörige} =59	Strukturierte Interviews	1-2	Abhängig vom Zeitpunkt der Hausbesuche
Projektkonsortium	variierend	Sammlung und Analyse relevanter Dokumente Online-Fokusgruppe	Fortlaufend + eine Fokusgruppe	Q3 2022 – Q2 2024

¹ein Dementia Care Manager pro Leistungserbringer; ²bei einem Leistungserbringer konnte kein Interview mit dem Management geführt werden

Semi-strukturierte Einzelinterviews

Sowohl die Dementia Care Manager als auch das Management der LO wurden zu ihrer Perspektive auf die Bestandteile und Einführung der Intervention, dabei hemmende und fördernde Faktoren sowie der Regelversorgung bzw. Refinanzierung befragt. Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten der jeweiligen LO und der Universität Siegen statt und dauerten zwischen 54 und 88 Minuten (MW: 65,43). Sie wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Der Interviewleitfaden kann Anhang 2 entnommen werden.

Online-Survey

Um die Implementierungsergebnisse „Akzeptanz“, „Angemessenheit“ und „Machbarkeit“²⁶ der Intervention aus Sicht der Dementia Care Manager im Projektverlauf zu erfassen, wurde zu

vier Zeitpunkten eine Online-Befragung über LimeSurvey ³⁰ durchgeführt. Hierzu wurden die deutschsprachigen Versionen der Instrumente „Acceptability of Intervention Measure (AIM)“, „Intervention Appropriateness Measure (IAM)“ und das „Feasibility of Intervention Measure (FIM)“ genutzt ^{31 32} (siehe Anhang 3). Neben der systematischen Bewertung auf einer Fünf-Punkte-Likert-Skala wurden die Befragten gebeten, ihre Einschätzung inhaltlich zu begründen.

Online-Fokusgruppen

Entwicklungen in der Implementierung von Dementia Care Management sowie eine mögliche Veränderung von förderlichen oder hinderlichen Faktoren wurden im Rahmen einer Online-Fokusgruppe mit allen Dementia Care Managern am Ende der Projektlaufzeit erhoben. Um die Ergebnisse der an der Implementierung beteiligten Gruppen durch ihre Perspektive als nicht-implementierende Projektbeteiligte zu validieren, wurde zusätzlich ein Fokusgruppeninterview mit den Beteiligten der wissenschaftlichen Institutionen (DZNE Greifswald, Universität Siegen) terminiert. Die Fokusgruppeninterviews wurden via Zoom durchgeführt, audiotekhnisch aufgezeichnet und KI-gestützt transkribiert ³³.

Telefoninterviews

Kooperierende Ärztinnen und Ärzte wurden anhand eines strukturierten Leitfadens zu den Implementierungsergebnissen, ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Dementia Care Managern und den Auswirkungen auf die DeCM-Nutzenden befragt. Die Interviews wurden audioaufgezeichnet und KI-gestützt transkribiert ³³.

Strukturierte Interviews

Die Menschen mit Demenz und ihre versorgenden Angehörigen wurden bei beiden Hausbesuchen durch den Dementia Care Manager zu ihrer Sichtweise bezüglich Akzeptanz, Angemessenheit und Machbarkeit von Dementia Care Management befragt (siehe Anhang 3). War eine Beantwortung der standardisiert erhobenen, geschlossenen Fragen aufgrund der Demenzsymptomatik nicht möglich, notierten die Dementia Care Manager die freien Antworten der Nutzenden, die dann in die qualitative Inhaltsanalyse einfließen.

Sammlung und Analyse relevanter Dokumente

Während der gesamten Projektlaufzeit wurden schriftliche Informationsquellen gesammelt, die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitrugen. Hierzu gehörten Sitzungsprotokolle der Konsortialtreffen mit allen Projektbeteiligten (n=18) und Austauschtreffen der Dementia Care Manager (n=18) sowie Beratungsmaterialien, die die Dementia Care Manager an die DeCM-Nutzenden aushändigten (n=39). Daneben dienten Feldnotizen (schriftlich und als

Audioaufnahmen) des Prozessevaluationsteams zur Verdichtung der Kontextbeschreibung von Entwicklungen während der Datenerhebung.

e) Datenauswertung

Die Datenanalyse wurde im Rahmen des Fallstudiendesigns in zwei Schritten durchgeführt ²³:

1) fallinterne Analyse auf Basis der einzelnen Analyseeinheiten (within-case Analyse); 2) fallübergreifende Analyse auf Basis der gleichen Analyseeinheiten aller vier LO (cross-case Analyse) (siehe **Tabelle 3**). Es zeigte sich, dass die fallübergreifende Analyse mit einem höheren Grad an Datensättigung einhergeht, während die Aussagekraft der fallinternen Analyse begrenzt ist. Für die Analyse des unterschiedlichen Datenmaterials wurden konvergente Parallelmethoden eingesetzt ³⁴. Dementsprechend wurden die qualitativen und quantitativen Daten getrennt ausgewertet und anschließend bei der Interpretation der Ergebnisse zusammengeführt. Die Synthese der Ergebnisse der fallinternen Analyse als fallübergreifende Analyse ermöglichte es, verallgemeinerbare Erkenntnisse über die regionale Anpassung und Umsetzung von Dementia Care Management abzuleiten. Interviewtranskripte, Sitzungs- und Gesprächsprotokolle und andere Dokumente wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse unter Anwendung eines deduktiv-induktiven Kodierungsansatzes ausgewertet ³⁵. Die sechs operationalisierten Forschungsfragen bildeten die Grundlage für die deduktiven Hauptkategorien. Detaillierte Informationen, die im Datenmaterial identifiziert wurden, führten zu Unterkategorien. Elemente des CFIR ²³ und des ERIC ²⁴ wurden verwendet, um die Ergebnisse hinsichtlich implementierungswissenschaftlicher Aspekte zu diskutieren. Die Analyse der qualitativen Daten wurde mit der Software MAXQDA Version 2022 durchgeführt ³⁶.

Informationen zu den Implementierungsergebnissen (Akzeptanz, Angemessenheit, Machbarkeit), die standardisiert – entweder durch den Online-Survey oder strukturierte Interviewfragen – erhoben wurden, wurden mithilfe deskriptiver Statistiken analysiert. Die Analyse konzentrierte sich auf Veränderungen dieser Ergebnisse im Zeitverlauf (within-case-Analyse) und auf Unterschiede in der Bewertung zwischen den vier LO (fallübergreifende Analyse). Die quantitative Analyse wurde mit der Software SPSS Version 25 durchgeführt ³⁷.

Tabelle 4: Übersicht über Anzahl der verschiedenen Datenerhebungsmethoden

Erhebungsmethode	Beteiligte Personengruppe	Art des Datums	Anzahl	Anmerkung
Survey-Befragung	Dementia Care Manager	Quantitativer Fragebogen	16	n=4; T0-T3
Einzelinterviews	Dementia Care Manager	Leitfadengestützte, halb-standardisierte Interviews	4	

Fokusgruppen-interview	Dementia Care Manager	Leitfadengestützte, halb-standardisierte Interviews	1	TN=4
Fokusgruppen-interview	Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler	Leitfadengestützte, halb-standardisierte Interviews	1	TN=4
Einzelinterviews	Ärztinnen und Ärzte	Leitfadengestützte, halb-standardisierte Interviews	2	Allgemeinmedizin (n=1), Neurologie (n=1)
Einzelinterviews	Leitungsebene	Leitfadengestützte, halb-standardisierte Interviews	3	
Protokolle	Dementia Care Manager-Austausch	Protokoll	18	online oder in Präsenz
Protokolle	Konsortialtreffen	Protokoll	18	Treffen aller Projektpartner; online, hybrid oder in Präsenz

5.4 Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur nachhaltigen Implementierung

Im Rahmen der Projektdurchführung wurden durchgehend Möglichkeiten zur nachhaltigen Finanzierung nach Ablauf der Projektförderung gesucht und diskutiert. Erfolgreich konnte eine Förderung der **Netzwerktaetigkeit durch den § 45c Absatz 9 des SGB XI** etabliert werden. Hierdurch wird ein Teil der Kosten, die durch die Netzwerkarbeit entstehen, gedeckt.

Bis Ende 2023 wurde die Idee diskutiert, RoutineDeCM durch ein **Modellvorhaben nach § 64d SGB V** zu verstetigen. Dies wurde zu Anfang 2024 verworfen, da bei einem Fachgespräch auf Ministeriumsebene am 19.12.2023 diskutiert wurde, die Regelungen der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V aufzuheben. Diese sollten entsprechend § 14 PflBG – "Erwerb zusätzlicher Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten" ersetzt werden. Dieses Kurzpapier schuf Unsicherheit auf Seiten der Kostenträgenden, sodass Gespräche hierzu gestoppt und auf unbestimmte Zeit verschoben wurden, bis die neuen Regelungen auf Passung zu RoutineDeCM geprüft werden können.

Nach Projektende wurde die **Förderung von Modellvorhaben nach §123 SGB XI** als mögliche nachhaltige Strategie diskutiert. Dieser Paragraph ist in der aktuell gültigen Fassung seit 17.8.2023 in Kraft, die Umsetzung war jedoch während der Projektlaufzeit in NRW noch nicht geregelt.

Neben diesen, zunächst befristeten Möglichkeiten durch Projektförderung für Nachhaltigkeit zu sorgen, wurden auch bereits bestehende oder im Verlauf der Projektphase zur Diskussion stehende Finanzierungsmöglichkeiten ähnlicher Projekte diskutiert. Zum einen wurde das vom

GBA geförderte **Projekt RUBIN** als Möglichkeit diskutiert. Am 21.6.2024 wurde seitens des GBA jedoch keine Empfehlung für das Projekt ausgesprochen, sodass eine Orientierung daran ebenfalls nicht für eine nachhaltige Finanzierungsmöglichkeit in Frage kommt. Dies ist umso bedauerlicher, da ein Kooperationspartner in RoutineDeCM auch Partner in Rubin war, sodass die Translation in die Routineversorgung effizient hätte geschehen können. Die Ergebnisse dieses Projekts gaben jedoch wertvolle Hinweise auf Herausforderungen bei der gesetzlichen Verankerung von Case/ Care Management Ansätzen in vernetzter Versorgung.

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist eine Richtlinie über die **berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung** insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem Behandlungsbedarf“ (**KSVPsych-RL**) am 9. Juli 2024 in Kraft getreten. Diese regelt u. a. die Voraussetzungen für eine Finanzierung der Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung (§ 92 Abs. 6b SGB V) und knüpft diese Finanzierung an strukturelle und qualitative Bedingungen, die von Leistungserbringenden und Netzverbünden erfüllt werden müssen. Die Richtlinie schließt jedoch alle Erkrankungen aus dem Abschnitt »Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen« (F00-F09 der ICD-10) aus, wozu die Demenzen zählen. Eine Zwischenevaluation Mitte 2024 hat verschiedene Hemmnisse bei der Implementierung aufgezeigt. Die Anpassung der Richtlinie wurde vom GBA am 17.10.2024 initiiert. Die Ausweitung auf Demenzen ist in dieser Richtlinie unseres Wissens nach nicht geplant. Trotzdem stellt sie ein Beispiel für die rechtliche Umsetzung dar, an der sich Dementia Care Management in einer Region orientieren könnte.

Grundsätzliche Fragen zur nachhaltigen Überführung des Konzepts in die Regelversorgung wurden mit Expertinnen und Experten sowie Teilnehmenden des **2. Patientenlotsentag** am 9.11.2023 in Berlin erörtert.

Zusätzlich wurde ein **Expertenworkshop** durchgeführt. Zu diesem wurden neben den Konsortialpartnerinnen und -partnern zwei externe Experten aus der Versorgungsforschung und -finanzierung eingeladen. Es wurde das Konzept und die bisherige Arbeit vorgestellt und anschließend nachhaltige und anschlussfähige Möglichkeiten der Implementierung und Finanzierung diskutiert.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die erfolgreiche Umsetzung des Projekts RoutineDeCM ist in hohem Maße auf die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit innerhalb eines aus dem Projekt heraus aufgebauten regionalen Netzwerks zurückzuführen. Dieses Netzwerk wurde durch die Konsortialpartnerinnen und -partnern aus verschiedenen Bereichen der regionalen Versorgungslandschaft initiiert und über die gesamte Projektlaufzeit hinweg kontinuierlich weiterentwickelt. Die Gründung und Etablierung dieses Netzwerks kann als zentrales

Strukturelement und Erfolgsfaktor für die Implementierung des Dementia Care Managements in der Region Siegen-Wittgenstein gewertet werden. Im Folgenden wird der Projektverlauf in die vier Phasen *Vorbereitung*, *Umsetzungsphase*, *Implementierung* und *Analyse/Dissemination* zusammengefasst.

6.1 Vorbereitung

Die Vorbereitungsphase war geprägt von der Suche geeigneter Kooperationspartnerinnen und -partner, sowie der gemeinsamen Ausarbeitung des Kooperationsvertrages. Hierbei haben die verschiedenen Partnerinstitutionen ihre Expertise und auch ihre individuelle Verknüpfung in der Region in monatlichen Treffen eingebracht. Zudem haben die Dementia Care Manager eine spezifische Qualifikation absolviert und im Rahmen des Pilotprojektes Delphi-SW die Intervention an die Region Siegen-Wittgenstein angepasst. Im Zuge dieses Pilotprojektes wurde auch eine Barrierenanalyse durchgeführt um eine geeignete Implementationsstrategie zu erarbeiten.

6.1.1 Netzwerkbildung

In der Planungs- und Vorbereitungsphase konnten zentrale Akteurinnen und Akteure der regionalen Versorgungsstruktur – darunter die Alzheimer Gesellschaft Siegen-Wittgenstein e.V., der Caritasverband Siegen-Wittgenstein e.V., die Gesundheitsregion Siegerland sowie das Klinikum Siegen – als Kooperationspartnerinnen und -partner für die Durchführung der Implementierung gewonnen werden. Gemeinsam mit den wissenschaftlichen Partnerinnen und Partnern der DZNE Standorte Greifswald/Rostock und Witten sowie der Universität Siegen wurde eine Kooperationsvereinbarung (Anhang 4) geschlossen und es entstand ein interprofessionelles Konsortium, das die fachliche, organisatorische und strategische Grundlage für das Projekt bildete. Die Kooperationsvereinbarung (Anhang 4) enthielt Regelungen der Koordination, Absprachen zur Abstimmung, die Verpflichtung zu einem regelmäßigen Informationsaustausch und zur Teilnahme an Arbeitssitzungen.

In regelmäßigen monatlichen Treffen wurde der Informationsaustausch gepflegt, Herausforderungen diskutiert und die Durchführung der Intervention koordiniert. Entscheidungen wurden im Konsens getroffen. Das Netzwerk hat sich über die Projektlaufzeit weiterentwickelt. Dies ist Gegenstand der Prozessevaluation (s. Kap 7.3).

6.1.2 Qualifikation der Dementia Care Manager

Bereits im Jahr 2021 wurden fünf Dementia Care Manager, die die Intervention durchführten, nach dem bundesweit gültigen Curriculum qualifiziert und zertifiziert. Diese Fortbildung wurde über ein halbes Jahr berufsbegleitend und hybrid durchgeführt. Die Fortbildung umfasst

insgesamt 622 Stunden, welche sich in zwei Theorieblöcke (144 Stunden Grundlagenmodul, 158 Stunden Aufbaumodul) und zwei Praxisblöcke (jeweils 160 Stunden) gliederte.

Die theoretische Ausbildung (302 Stunden) vermittelte medizinisches und pflegerisches Grundlagenwissen zu Demenz, geriatrischen Syndromen, Diagnostik, Medikation und Versorgungsstrukturen. Ergänzt wurde sie durch Inhalte zu Kommunikation, Angehörigenberatung, Netzwerkarbeit und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen. Ein zentraler Bestandteil war die Anwendung eines IT-gestützten Interventions-Management-Systems, mit dem standardisierte Assessments (z. B. MMST, MoCA, GDS, EQ-5D) durchgeführt und individuelle Versorgungspläne abgeleitet werden. Die praktische Phase (320 Stunden) fand in ambulanten Einrichtungen statt und wurde durch begleitende Studientage mit Fallbesprechungen und kollegialer Beratung unterstützt. Den Abschluss bildete eine Fallprüfung, bei der ein konkreter Versorgungsfall aus der Praxisphase vorgestellt und reflektiert wurde. Das gesamte Curriculum befindet sich in Anhang 5.

6.1.3 Anpassung der Intervention im Rahmen der Pilotphase

Im Vorfeld von RoutineDeCM wurde im Rahmen eines Pilotprojekts das computerunterstützte Versorgungsmanagementsystem, aus dem im Projekt Delphi-MV entwickelten und etablierten Interventionsmanagementsystem heraus für die Region Siegen-Wittgenstein adaptiert. Ziel war es, das bestehende, evidenzbasierte Versorgungskonzept des DZNE unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten, sektorenübergreifender Strukturen und partizipativer Methoden an die lokale Versorgungsrealität anzupassen.

Die Entwicklung und Erprobung des Modells erfolgte in vier Phasen: Zunächst wurden zentrale Bausteine des DeCM gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus der regionalen Praxis systematisch reflektiert und angepasst. Im Anschluss wurden in leitfadengestützten Interviews mit lokalen Akteurinnen und Akteuren, Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bestehende Barrieren und unterstützende Faktoren für die Umsetzung identifiziert. Die Ergebnisse dieser Barrierenanalyse flossen in die Weiterentwicklung des Modells und in die Konzeption einer Implementierungsstrategie ein. In der letzten Phase wurde das angepasste Modell im Versorgungsalltag hinsichtlich Machbarkeit, Akzeptanz und Angemessenheit erprobt.

Die in diesem 18-monatigen Projekt gewonnenen Erkenntnisse führten zu einem regionsspezifischen Dementia Care Management-Modell samt Implementierungsstrategie ³⁸⁻⁴⁰. Auch das eingesetzte Assessment- und Interventionsinstrumentarium wurde im Pilotprojekt überarbeitet und an die regionalen Bedingungen angepasst.

6.2 Umsetzungsphase

Da die Dementia Care Manager die geplante Qualifikation bereits in der Vorbereitungsphase abschließen konnten, konnten sie in der zweiten Projektphase bereits ihr umfangreiches Wissen und ihre Vorerfahrungen nutzen um Assessment, Intervention und Versorgungsmanagementsystem zu testen und Anpassungen vorzubereiten sowie das Dementia Care Management passend in die eigenen Prozessabläufe zu integrieren. Die inhaltlichen und systemischen Anpassungen wurden durch das wissenschaftliche Team begleitet und umgesetzt.

6.3 Implementierung

Die Feldphase begann im September 2022 mit der Aufnahme der ersten Teilnehmenden. Die Durchführung erfolgte in Form individueller Hausbesuche durch die DeCMs, wobei über die Software offene Bedarfe identifiziert, Versorgungspläne entwickelt und deren Umsetzung begleitet wurden. Der Kontakt zu den Teilnehmenden war eng, flexibel und individuell ausgestaltet – etwa durch telefonische Folgekontakte, weitere Hausbesuche oder die Einbindung von Angehörigen.

6.3.1 Rekrutierung: Erfolge und Herausforderungen

Die Rekrutierung der geplanten $n=90$ Teilnehmenden erfolgte über die beteiligten Versorgungseinrichtungen und spiegelte deren jeweilige Struktur und Reichweite wider. Insgesamt konnten bis zum Ende der Rekrutierungsphase im September 2023 $n=93$ Personen mit Demenz und/oder ihre Angehörigen in das Projekt aufgenommen werden.

Dabei zeigte sich jedoch, dass die Rekrutierung zwischen den einzelnen Kooperationspartnerinnen und -partnern deutlich variierte:

- Die Alzheimer Gesellschaft Siegen-Wittgenstein e.V. sowie die Gesundheitsregion Siegerland erwiesen sich als besonders erfolgreiche Rekrutierungsstellen. Hier konnten viele Teilnehmende über bestehende Beratungskontakte oder durch gezielte persönliche Ansprache rekrutiert werden.
- Auch der Caritasverband Siegen-Wittgenstein konnte durch seine eingebettete Versorgungsstruktur kontinuierlich Personen identifizieren und in das Projekt einbinden.
- Die Rekrutierung über das Klinikum Siegen gestaltete sich hingegen herausfordernder. Gründe hierfür lagen unter anderem in strukturellen Veränderungen vor Ort und in personellen Fluktuationen, die eine kontinuierliche Ansprache der Zielgruppe erschwerten.

Diese Unterschiede machten deutlich, dass nicht nur strukturelle Ressourcen (z. B. Zugang zur Zielgruppe), sondern auch personelle Stabilität und Grad der Integration in den Routineablauf entscheidende Faktoren für den Rekrutierungserfolg darstellen. Es ist davon

auszugehen, dass dies auch in anderen Regionen zutrifft, weshalb entsprechende Aspekte von Beginn an berücksichtigt und in die Planung einbezogen werden sollten.

6.3.2 *Kontinuierliche Begleitung und Supervision*

Die Durchführung der Intervention wurde durch monatliche zweistündige Treffen zur Supervision und zum Austausch der Dementia Care Manager begleitet. Diese Treffen, zum Teil hybrid organisiert, boten Raum für Fallbesprechungen, methodische Reflexionen und Austausch über praktische Herausforderungen. Sie stellten nicht nur die Qualitätssicherung sicher, sondern stärkten auch das professionelle Selbstverständnis der beteiligten Pflegefachpersonen.

6.4 Analyse/Dissemination

Die letzte Phase war geprägt durch die Aufarbeitung der erhobenen nutzerbezogenen Informationen sowie der Arbeit der Prozessevaluation. Es wurden Interviews mit den anwendenden Dementia Care Managern, Teilnehmenden sowie den Projektpartnerinnen und -partnern geführt. Auch angrenzende, versorgende Berufsgruppen (z.B. Haus- und Fachärztinnen und -ärzte) wurden zu ihren Erfahrungen mit dem implementierten Dementia Care Management in der Region befragt. Zudem wurden die Erkenntnisse aus dem Projektablauf in verschiedenen Settings vorgestellt (mehr dazu in Kap 10 & 11).

6.5 Arbeits- und Zeitplan

Die Arbeitspakete (AP) konnten alle bearbeitet und abgeschlossen werden. Die angestrebten Meilensteine wurden erreicht. Änderungen gegenüber dem beantragten Arbeits- und Zeitplan wurden dem Projektträger angezeigt und genehmigt.

		Quartal															
		3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2	3.	4		
		2021			2022				2023				2024				
AP	Phase 1: Vorbereitung																
1	Projektorganisation: Personalgewinnung, Kooperationsverträge, Ethikanträge, Studienprotokoll)																
2	Entwicklung der Implementationsstrategie																
3	Vorstellung Implementationsstrategie BMG																
4	Prozessevaluation: Ist-Stand- Analyse																
5	Regelmäßige Treffen der Kooperationspartner																
6	Ermittlung und Einbezug weiterer, relevanter Partner																
	Phase 2: Umsetzungsphase																
7	Qualifikation der DCM																
8	Anpassung der Prozess im Organisationsablauf																
9	Integration des DCM in Prozessablauf																
10	Begleitende Datenerhebung Prozessevaluation																
11	Vorbereitung quantitative Datenerhebung																
	Phase 3: Implementierung																
12	Durchführung des Modellprojekts																
13	Datenerhebung zur Bestimmung des Nutzens																
14	Quantitative Outcome-Erhebung																
	Phase 4: Analyse Dissemination																
15	Datenanalyse Prozessevaluation und nutzerbezogen Outcomes																
16	Befragung der Menschen mit Demenz																
17	Befragung teilnehmender Versorger/ versorgender Berufsgruppen																
18	Befragung der Dementia Care Manager																
19	Dissemination der Ergebnisse																

AP= Arbeitspakete

Abbildung 3: Arbeits- und Zeitplan samt zeitlichen Abweichungen im Projekt

"RoutineDeCM"

↑
M 6

Meilenstein 1 (M 1): Implementationskonzept liegt vor

Meilenstein 2 (M 2): Vorstellung des Konzepts vor BMG und Experten

Meilenstein 3 (M 3): ISat-Analyse abgeschlossen

Meilenstein 4 (M 4): Beendigung der Qualifizierung der DCM

Meilenstein 5 (M5): First patient in

Meilenstein 6 (M6): Handlungsempfehlungen werden veröffentlicht

6.6 Meilensteine

Zu Projektbeginn wurden insgesamt 18 Arbeitspakete definiert, die eine systematische und zielgerichtete Bearbeitung der verschiedenen Aufgabenbereiche sicherstellten. Der Zeitplan orientierte sich an einem dreijährigen Projektverlauf (01.07.2021 – 31.12.2024, ursprünglich 30.06.2024, in 2023 verlängert bis 31.12.2024), wobei in der Anfangsphase (2021–2022) schwerpunktmäßig vorbereitende Maßnahmen und Netzwerkbildung im Fokus standen. Ab dem zweiten Projektjahr (2022) folgte die Implementierungsphase mit Schulung, Rekrutierung und Durchführung der Intervention. Das letzte Projektjahr ist geprägt von Datenauswertung, Dissemination und Ergebnisverwertung.

Zu den zentralen zeitlichen Meilensteinen zählen:

- Abschluss aller Kooperationsverträge: Januar 2022
- Erhalt des Ethikvotums: August 2022
- Studienregistrierung bei clinicaltrials.gov: September 2022
- Start der Rekrutierung: 05.09.2022
- Abschluss der Rekrutierung: 30.09.2023
- Start der Follow-Up-Erhebungen: Q1 2023
- Start der Prozessevaluation: 2023, mit Auswertungsschwerpunkt in 2024

Aufgrund sich ändernder Rahmenbedingungen konnte Meilenstein 6 noch nicht abgeschlossen werden. Die Handlungsempfehlungen finden sich in dem vorliegenden Abschlussbericht, sind jedoch noch nicht öffentlich publiziert worden. Dies erfolgt zeitnah im Rahmen der weiteren Dissemination der Ergebnisse außerhalb der Projektlaufzeit.

Flexibilisierung durch Änderungsantrag

Im Mai 2023 stellte das Projektteam beim Projektträger einen Änderungsantrag, der genehmigt und im Laufe des Jahres aktualisiert wurde (August und Oktober 2023). Ziel war es, auf strukturelle Entwicklungen im Konsortium und unvorhergesehene Bedarfe flexibel zu reagieren.

Die Änderungen betrafen im Wesentlichen drei Punkte:

1. **Personelle Ressourcenverschiebung:** Durch die Kündigung einer qualifizierten Dementia Care Managerin am Klinikum Siegen konnte eine dort geplante Interventionskapazität nicht realisiert werden. Da keine kurzfristige Nachqualifikation möglich war, wurde die Arbeitslast intern umverteilt. Besonders die Alzheimer Gesellschaft Siegen e.V. übernahm zusätzliche Fälle und trug damit maßgeblich zur Kompensation bei.

2. **Verschiebung von Mitteln zwischen Partnerinnen und Partnern:** Die Änderung betraf kostenneutrale Umverteilungen zwischen Projektpartnerinnen und -partnern. Hintergrund waren die unterschiedlichen Bedarfe bei z. B. Reise-, Personal- und Sachkosten. Hier konnte flexibel reagiert und ein balancierter Mitteleinsatz sichergestellt werden.
3. **Sachkostenanpassung:** Entgegen der ursprünglichen Planung entstanden Mehraufwände für Publikationskosten, Befragungen von Expertinnen und Experten sowie technische Dienstleistungen (z. B. Hosting der Projektwebseite). Diese wurden über Minderaufwände in anderen Bereichen ausgeglichen.

Die Änderungen wurden ohne weiteren Zeitverzug umgesetzt und hatten keinen negativen Einfluss auf den Projektverlauf oder die Zielerreichung. Im Gegenteil: Sie ermöglichten eine passgenaue Weiterführung der Arbeit unter realen Bedingungen und trugen zur nachhaltigen Stabilisierung des Projektbetriebs bei.

Das Projekt wurde wie geplant im Dezember 2024 abgeschlossen.

6.7 Zusammenfassende Darstellung der Projektdurchführung

Die Durchführung von RoutineDeCM verlief insgesamt planmäßig und konnte – trotz punktueller personeller Engpässe und unterschiedlicher Rekrutierungsverläufe – erfolgreich umgesetzt werden. Die enge Kooperation im Netzwerk, die Flexibilität der DeCMs sowie das hohe Maß an gegenseitigem Vertrauen im Projektkonsortium erwiesen sich als zentrale Erfolgsfaktoren. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Übertragung eines komplexen Versorgungsmodells wie Dementia Care Management in eine neue Region ein kontinuierlicher Anpassungsprozess ist, der strukturelle, kulturelle und personelle Gegebenheiten berücksichtigen und flexibel auf Änderungen reagieren können muss.

7. Ergebnisse

7.1 Qualifikation und Anpassung der Intervention

Die Dementia Care Managerinnen und Manager haben bereits in der Pilotphase die Qualifizierung erfolgreich abgeschlossen. Ebenfalls in dieser Phase haben sie in engem Austausch Teile des Assessments und der Intervention erprobt, diskutiert, gegebenenfalls aktualisiert und an regionale Gegebenheiten angepasst. Zudem wurde die Intervention um eine weitere Säule ergänzt: technische Assistenz. Mehr Details hierzu finden sich im Abschlussbericht der Pilotphase (Anhang 6).

7.2 Nutzerzentrierte Effektanalyse

Im Rahmen der Implementierungsstudie RoutineDeCM wurden insgesamt 93 Personen mit Demenz oder kognitiven Beeinträchtigungen und deren Hauptversorgungspersonen (HVP) in das Projekt aufgenommen. Die Datenerhebung erfolgte vor Beginn der Intervention (Baseline), unmittelbar nach Abschluss der Intervention (Follow-Up 1, FU1) sowie sechs Monate danach (Follow-Up 2, FU2). Zu Abstraktionszwecken werden im folgenden Kapitel die Einrichtungen in ihrer Funktion gelistet und nicht mit ihrem Namen.

In den verschiedenen Einrichtungen wurden unterschiedliche viele Teilnehmende rekrutiert:

- Tagespflege/Pflegedienst: 17 Teilnehmende
- Ärztenetz: 38 Teilnehmende
- Klinikum: 9 Teilnehmende
- Angehörigenberatung: 29 Teilnehmende

Die Gründe dafür sind vielschichtig, vorrangig ist jedoch der unterschiedliche Stellenanteil der Dementia Care Manager zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse werden im Folgenden thematisch dargestellt und beziehen sich jeweils auf Veränderungen im Verlauf der Erhebungspunkte Baseline (BL), Follow-Up 1 (FU1) und Follow-Up 2 (FU2). Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind jeweils benannt. Anschließend werden die zur Baseline erhobenen Faktoren zur besseren Übersicht zu Typen verbunden.

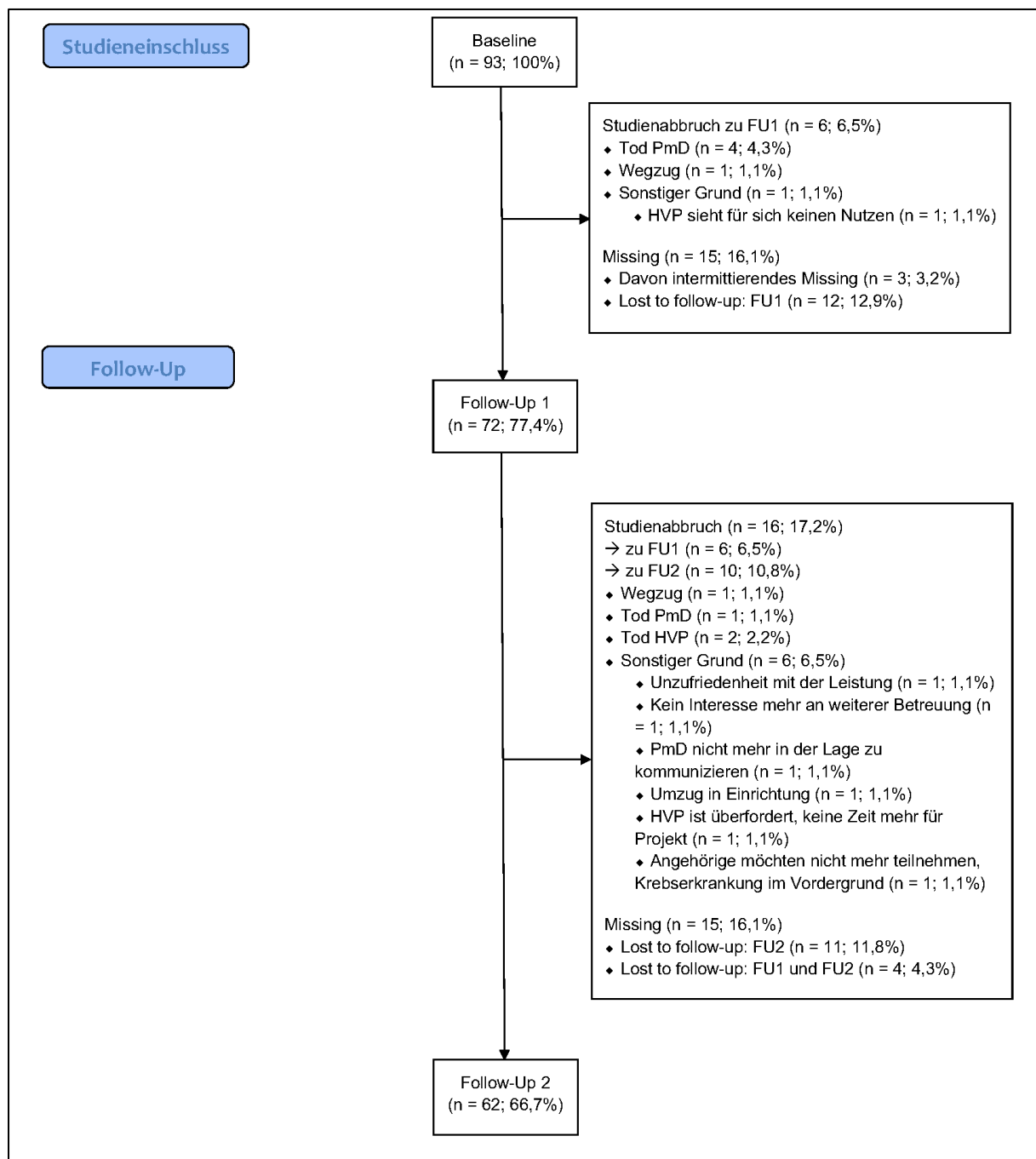


Abbildung 4: CONSORT-Statement

7.2.1 Ungedeckte Bedarfe

Die Anzahl identifizierter Versorgungsbedarfe veränderte sich im Verlauf der Erhebung deutlich. Im Mittel wurden zu Baseline 20,5 Bedarfe pro Person identifiziert (SE = 0,79). Dieser Wert sank im ersten Follow-Up deutlich auf 13,9 Bedarfe (SE = 0,83) und blieb auch im zweiten Follow-Up mit 14,2 Bedarfen (SE = 0,93) auf vergleichbarem Niveau.

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung bestätigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Zeitpunkten ($F(2, 137) = 34.32, p < .001$). Die Effektstärke ($\eta^2 = .33$) weist auf einen ausgeprägten Unterschied im Zeitverlauf hin. Anpassungen der Freiheitsgrade nach

Huynh-Feldt, Greenhouse-Geisser und Box führten zu keinen abweichenden Ergebnissen, was die Robustheit der Befunde unterstreicht.

Die paarweisen Post-hoc-Vergleiche zeigten signifikante Unterschiede zwischen Baseline und FU1 (mittlere Differenz: -6,58 Bedarfe; $p < .001$) sowie zwischen Baseline und FU2 (-6,29 Bedarfe; $p < .001$). Zwischen FU1 und FU2 zeigte sich hingegen kein signifikanter Unterschied ($\Delta M = 0,29$; $p = .887$).

Diese Ergebnisse (**Tabelle 5**) deuten darauf hin, dass der größte Rückgang der Bedarfe bereits in der ersten Phase der Versorgung erfolgt ist und anschließend auf stabil niedrigerem Niveau verblieb.

Tabelle 5: Ungedeckte Bedarfe nach Geschlecht der Person mit Demenz

Variable	Gruppe	Baseline	Follow-Up 1	Follow-Up 2
Ungedeckte Bedarfe	Gesamt	20.44 (7.61)	13.89 (7.08)	14.17 (7.75)
	männlich	20.44 (7.92)	13.82 (7.41)	13.82 (7.99)
	weiblich	20.13 (7.31)	13.67 (6.56)	14.84 (7.90)

7.2.2 Personen mit Demenz

Der folgende Abschnitt befasst sich mit thematisch sortierten Ergebnissen bezogen auf die Personen mit Demenz.

Kognition und funktionale Einschränkungen

Die objektiv gemessene **kognitive Leistungsfähigkeit** mittels DemTect (**Tabelle 6**) zeigte über alle Erhebungszeitpunkte hinweg relativ konstante Mittelwerte. Zu Beginn der Erhebung lag der durchschnittliche DemTect-Wert bei 6,7 Punkten ($SD = 2,1$), zum ersten Follow-Up bei 6,5 Punkten ($SD = 2,3$) und zum zweiten Follow-Up bei 6,2 Punkten ($SD = 2,5$). Die beobachteten Werte entsprechen einer leichten bis mittleren kognitiven Beeinträchtigung. Zwischen Männern und Frauen sowie zwischen den vier beteiligten Einrichtungen zeigten sich keine relevanten Unterschiede oder signifikanten Veränderungen im Zeitverlauf.

Die **Alltagsfunktionalität** (**Tabelle 6**) wurde im Rahmen der subjektiven Befragung über die Anzahl unterstützungsbedürftiger Haushaltsaktivitäten erfasst. Der Anteil der Personen, die in fünf bis acht Bereichen Hilfe benötigten, blieb über alle Erhebungszeitpunkte hinweg konstant hoch und lag zuletzt bei rund 73 %. Dies unterstreicht den anhaltend hohen Unterstützungsbedarf im Alltag – auch unabhängig von formalen Pflegegraden oder Veränderungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Die mit der Edmonton Frail Scale erhobene **Gebrechlichkeit** (**Tabelle 6**) zeigte Veränderungen über die Zeit ($F(2, 54) = 36,643$; $p < .001$; $\eta^2 = 0,469$). Der Mittelwert sank von

1,86 (SD = 0,44) bei Baseline auf 0,96 (SD = 0,43) im Follow-Up 2. Dies entspricht einer Abnahme der Gebrechlichkeit im Verlauf. Auch im deskriptiven Vergleich zeigt sich eine Verbesserung. Die Gruppe der vulnerablen Personen bleibt weiterhin mit Abstand die größte Gruppe. Durch die angepasste Berechnung der Gruppen sind die Daten jedoch nur eingeschränkt belastbar.

Tabelle 6: Kognition und funktionale Einschränkungen

Variable	Gruppe	Baseline	Follow-Up 1	Follow-Up 2
Kognition (Demtect)				
Mittelwert	Gesamt	6.18 (4.48)	7.2 (3.9)	6.5 (4.28)
	männlich	5.83 (4.73)	7.45 (4.43)	7.27 (4.82)
	weiblich	6.45 (4.32)	7.07 (3.57)	5.95 (3.86)
Unauffällig	Gesamt	5	4	1
	männlich	3	2	1
	weiblich	2	2	0
Leichte Beeinträchtigung	Gesamt	15	14	11
	männlich	5	7	6
	weiblich	10	7	5
Demenzverdacht	Gesamt	48	32	23
	männlich	22	11	8
	weiblich	26	21	15
Alltagsfunktionalität – Hilfe bei x Haushaltsaufgaben				
0-1	Gesamt	17	4	2
	männlich	6	2	2
	weiblich	11	2	0
2-4	Gesamt	22	16	9
	männlich	13	5	4
	weiblich	9	11	5
5-8	Gesamt	48	36	30
	männlich	24	16	11
	weiblich	24	20	19
Gebrechlichkeit (EFS)				
Nicht gebrechlich	Gesamt	12	13	11
	männlich	4	6	8
	weiblich	8	7	3
Vulnerabel	Gesamt	74	53	40
	männlich	38	21	15
	weiblich	36	32	25
Gebrechlich	Gesamt	7	3	3
	männlich	3	3	3
	weiblich	4	0	0

Subjektive Gesundheit und Lebensqualität

Der allgemeine **Gesundheitszustand (Tabelle 7)** wurde auf einer Skala von 1 („sehr gut“) bis 5 („sehr schlecht“) eingeschätzt. Die mittleren Werte blieben über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg weitgehend stabil: Bei Baseline lag der Mittelwert bei 3,1, zum zweiten Follow-Up bei 3,23 (SD = 0,58). Männer bewerteten ihren Gesundheitszustand tendenziell positiver als Frauen, wobei Unterschiede zwischen den Versorgungseinrichtungen auffielen. Teilnehmende, welche durch das Ärztenetz rekrutiert und betreut wurden, bewerteten ihren Gesundheitszustand durchgängig besser.

Tabelle 7: Gesundheit und Lebensqualität nach Geschlecht

Variable	Gruppe	Baseline	Follow-up 1	Follow-up 2
Allgemeiner Gesundheitszustand	Gesamt	3.22 (0.72)	3.04 (0.59)	3.23 (0.58)
	männlich	3.36 (0.79)	3.05 (0.51)	3.13 (0.74)
	weiblich	3.09 (0.63)	3.03 (0.64)	3.29 (0.46)
EQ-5D	Gesamt	0.75 (0.24)	0.74 (0.28)	0.84 (0.18)
	männlich	0.74 (0.26)	0.76 (0.27)	0.9 (0.12)
	weiblich	0.76 (0.23)	0.73 (0.29)	0.79 (0.21)

Die **gesundheitsbezogene Lebensqualität (Tabelle 7)** wurde mithilfe des EQ-5D-5L erhoben und als Index-Score auf Basis des deutschen Value-Sets nach Ludwig et al. berechnet. Die Werte blieben über den Projektverlauf stabil. Der mittlere Index-Score betrug zu Beginn 0,62 (SD = 0,18), zum Follow-Up 1 0,60 (SD = 0,19) und zum Follow-Up 2 0,61 (SD = 0,17). Diese Werte liegen im Bereich chronisch kranker älterer Menschen und deuten auf moderate Einschränkungen hin.

Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen

Die Erhebung der **Versorgungsinanspruchnahme (Tabelle 8)** erfolgte mithilfe des FIMA-Fragebogens. Die hausärztliche Versorgung war über den gesamten Zeitraum hinweg durchgängig gesichert (FU2: 91,8 %). Im Gegensatz dazu sank der Anteil der Teilnehmenden, die fachärztlich versorgt wurden (v. a. durch die Fachbereiche Psychiatrie oder Neurologie), deutlich – von 61,8 % zu Beginn auf 28,6 % bei FU2. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Diagnostik von demenziellen Erkrankungen von neurologischen Fachärztinnen und -ärzten durchgeführt wird. Anschließend gehen die meisten Patientinnen und Patienten in eine hausärztliche Betreuung über und eine fachärztliche Untersuchung ist nur bei deutlichen oder unerwarteten Veränderungen nötig. Dies bedeutet also keine schlechtere Versorgung, könnte aber auf abgeschlossene Diagnoseprozesse hindeuten.

Deutlich angestiegen ist hingegen die **Nutzung ambulanter Unterstützungsleistungen (Tabelle 8)**: Während zu Beginn des Projekts 20,8 % der Teilnehmenden pflegerisch versorgt

wurden, lag dieser Anteil zum Follow-Up 2 bei 40,8 %. Auch die Nutzung bezahlter Haushaltshilfen verdoppelte sich im Verlauf von 27,3 % auf 53,1 %. Die Anteile der Teilnehmenden die Kurzzeit- und Tagespflege in Anspruch genommen haben, ist ebenfalls deutlich gestiegen. Konträr dazu sind die Teilnehmenden die stationär im Krankenhaus versorgt wurden über den Studienverlauf gesunken.

Parallel dazu erhöhte sich der Anteil der Personen, die **Leistungen der Pflegeversicherung** (**Tabelle 8**) erhielten (z. B. Pflegegeld oder Sachleistungen) von 71 % (BL) auf 87,5 % (FU2). Die durchschnittliche monatliche Auszahlungshöhe lag bei FU2 bei 972 € – ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Studienbeginn.

Tabelle 8: Auszug aus Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen

Variable	Baseline	FU1	FU2
Hausarzt in %	92.21	89.09	91.84
Neurologe/Psychiater in %	61.84	45.45	28.57
ambulanter Pflegedienst in %	20.78	32.73	40.82
bezahlte Haushaltshilfe in %	27.27	42.86	53.06
Tagespflege in %	18.18	16.07	26.53
Kurzzeitpflege in %	1.3	5.36	10.2
Leistungen aus Pflegeversicherung in %	56.58	75	87.5
Reha in %	3.9	3.57	8.16
Ambulant operiert/Tagesklinik in %	3.9	3.57	6.12
Krankenhaus stationär in %	19.48	17.86	10.2
psychiatrische Einrichtung in %	0	0	2.04

Die vollständige Tabelle der Ergebnisse des FIMA befindet sich in Anhang 7.

Medikamentöse Versorgung

Im Verlauf der Studie zeigte sich, dass ein hoher Anteil der Teilnehmenden zu Beginn von **Polypharmazie** (**Tabelle 9**) betroffen war – also der gleichzeitigen Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten, was mit einem erhöhten Risiko für Nebenwirkungen, Interaktionen und Versorgungsproblemen einhergeht. Zur Baseline lag der Anteil bei 60,71 %. Frauen waren dabei etwas häufiger betroffen als Männer (61,90 % vs. 59,52 %), wobei kein signifikanter Geschlechtsunterschied vorlag. Zwischen den rekrutierenden Institutionen zeigten sich dabei deutliche Unterschiede: Die höchsten Raten wiesen die Teilnehmenden aus dem Pflegedienst

(80 %) und dem Klinikum (77,78 %) auf. Deutlich niedriger lag der Anteil bei Teilnehmenden aus dem Ärztenetz (51,35 %) und der Angehörigenberatung (56,52 %).

Im weiteren Verlauf zeigte sich ein leichter Rückgang der Polypharmazie-Prävalenz auf 56,45 % zum ersten Follow-Up (FU1) und 53,19 % zum zweiten Follow-Up (FU2). Dieser Rückgang war allerdings nicht statistisch signifikant. Besonders auffällig war, dass Männer durchgängig seltener betroffen waren als Frauen. Zum FU2 waren nur noch 36,36 % der Männer, aber 68 % der Frauen von Polypharmazie betroffen ($p = .061$), was auf eine potenziell geschlechterspezifische Entwicklung hindeuten könnte. Auch hier zeigten sich institutionelle Unterschiede: Zum FU1 war der Anteil weiterhin besonders hoch im Klinikum (100 %) und beim Pflegedienst (66,67 %), während die Quote im Ärztenetz mit 45,71 % erneut am niedrigsten war. Diese Tendenz setzte sich zum FU2 fort.

Im Gegensatz zur Polypharmazie ist der Einsatz von **Antidementiva** (**Tabelle 9**) bei vorliegender Indikation ein positives Zeichen adäquater medikamentöser Versorgung. Zur Baseline erhielten 36,59 % der Teilnehmenden ein Antidementivum, mit einer höheren Rate bei Frauen (43,9 %) als bei Männern (29,27 %). Zum FU1 stieg der Anteil leicht auf 40 %, blieb aber ohne signifikante Veränderung. Zum FU2 war ein leichter Rückgang auf 35,56 % zu verzeichnen. Auch hier zeigte sich über den Verlauf hinweg eine stärkere Versorgung mit Antidementiva bei Frauen als bei Männern.

Tabelle 9: Medikamentöse Versorgung nach Geschlecht

Variable	Gruppe	Baseline	Follow-Up 1	Follow-Up 2
Polypharmazie in %	Gesamt	60.71	56.45	53.19
	männlich	59.52	46.43	36.36
	weiblich	61.9	64.71	68
Antidementiva in %	Gesamt	36.59	40	35.56
	männlich	29.27	48.15	28.57
	weiblich	43.9	33.33	41.67

Besonders Teilnehmende aus dem Ärztenetz (44,44 %) und der Angehörigenberatung (40,91 %) wurden häufiger mit Antidementiva versorgt (**Tabelle 10**). Am geringsten war der Anteil beim Pflegedienst (13,33 %). Über den Verlauf blieb der generelle Anteil relativ stabil (FU1: 40 %, FU2: 35,56 %). Allerdings war zu den Follow-Up Zeitpunkten auffällig, dass in der Gruppe der vom Pflegedienst rekrutierten Personen kein einziger Antidementivum-Einsatz dokumentiert wurde (0 %). Im Gegensatz dazu lag der Anteil im Ärztenetz bei konstant über 40 % (FU1: 48,57 %, FU2: 41,38 %). Auch in der Angehörigenberatung blieb der Anteil durchgängig über 40 %.

Tabelle 10: Medikamentöse Versorgung nach Einrichtung

	Gruppe	Baseline	FU1	FU2
Polypharmazie in %	Gesamt	60.71	56.45	53.19
	Tagespflege/ Pflegedienst	80	66.67	66.67
	Ärztetz	51.35	45.71	50
	Klinikum*	77.78	100	100
	Angehörigenberatung	56.52	68.75	50
Antidementiva in %	Gesamt	36.59	40	35.56
	Tagespflege/ Pflegedienst	13.33	0	0
	Ärztetz	44.44	48.57	41.38
	Klinikum*	33.33	50	0
	Angehörigenberatung	40.91	42.86	44.44

*Aufgrund der geringen Anzahl Teilnehmender, die durch das Klinikum rekrutiert wurden, sind diese Zahlen nur eingeschränkt belastbar und sind mit starker Zurückhaltung zu interpretieren.

Pflegegrad und wahrgenommene Passung

Sowohl der Anteil an Personen mit anerkanntem **Pflegegrad (Tabelle 11)** als auch die subjektiv empfundene Passung zwischen Pflegegrad und tatsächlichem Unterstützungsbedarf nahmen im Studienverlauf zu. Während zu Beginn 71 % der Teilnehmenden über einen Pflegegrad verfügten, lag dieser Anteil bei FU2 bei 85 %. Besonders deutlich war der Anstieg bei weiblichen Teilnehmenden.

Gleichzeitig stieg die **subjektive Passungseinschätzung (Tabelle 11)** von 71,7 % auf 93,8 %. Dies spricht für eine verbesserte Bedarfsfeststellung und gegebenenfalls auch für eine gezielte Steuerung im Rahmen der Begleitung durch die Dementia Care Manager.

Tabelle 11: Pflegegrad nach Geschlecht

Variable	Gruppe	Baseline	Follow-Up 1	Follow-Up 2
Pflegegrad in %	Gesamt	71.11	82.14	85
	männlich	70.45	69.57	76.47
	weiblich	71.74	90.91	91.3
Pflegegrad passt in %	Gesamt	71.67	76.92	93.75
	männlich	78.57	50	92.31
	weiblich	65.62	88.89	94.74

7.2.3 Hauptversorgungspersonen (HVP)

Die Erhebung der Daten der Hauptversorgungspersonen erfolgte ebenfalls standardisiert über einen Fragebogen und beinhaltete sowohl soziodemografische Angaben als auch psychometrische Instrumente.

Soziodemographie

Die Mehrheit war weiblich (ca. 60 %) und zu Beginn der Erhebung im Durchschnitt 67,4 Jahre alt. Die Mehrheit der Hauptversorgungspersonen (HVP) war Partnerin oder Partner der betroffenen Person (n = 29), gefolgt von Kindern (n = 19). Der Anteil berufstätiger HVP betrug zum zweiten Follow-Up 34 % – ein leichter Rückgang im Vergleich zur Baseline (**Tabelle 12**). Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands blieb im Verlauf weitgehend stabil (Skala 1–5; FU2: M = 3,26). Frauen berichteten insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand als Männer.

Tabelle 12: Soziodemografie HVP, Pflegebelastung & NPI nach Geschlecht und Generation

Variable	Gruppe	Baseline	Follow-Up 1	Follow-Up 2
Alter	gesamt	65.61 (14.25)	65.75 (14.65)	66.85 (14.18)
	männlich	71.71 (12.39)	71.93 (11.35)	71.07 (11.26)
	weiblich	62.33 (14.43)	61.19 (14.76)	62.07 (15.24)
	gleiche Generation	76.39 (6.8)	76.08 (6.183)	76.17 (5.866)
	Folgegeneration	51.28 (7.37)	50.43 (7.53)	50.28 (7.64)
Berufstätig in %	gesamt	32.84 (47.32)	33.93 (47.78)	34.00 (47.85)
	männlich	36.36 (49.24)	36.84 (49.56)	38.89 (50.16)
	weiblich	31.11 (46.82)	32.43 (47.46)	31.25 (47.09)
	gleiche Generation	7.69 (27)	9.38 (29.61)	10.34 (30.99)
	Folgegeneration	67.86 (47.56)	66.67 (48.15)	66.67 (48.3)
Gesundheitszustand	gesamt	3.24 (0.58)	3.37 (0.8)	3.26 (0.95)
	männlich	3.23 (0.69)	3.23 (0.6)	3.00 (0.6)
	weiblich	3.25 (0.53)	3.38 (0.9)	3.36 (1.1)
	gleiche Generation	3.38 (0.59)	3.3 (0.76)	3.32 (0.95)
	Folgegeneration	3.04 (0.52)	3.37 (0.9)	3.17 (0.99)
Zarit-Score	gesamt	16.7 (7.1)	15.7 (7.4)	16.9 (7.5)
	männlich	12.2 (5.6)	11.7 (5.6)	13.0 (5.7)
	weiblich	16.2 (7.24)	15.2 (7.78)	16.4 (7.96)

NPI	gleiche Generation	14.4 (7)	14.2 (7.4)	14.8 (7.4)
	Folgegeneration	15.9 (6.97)	13.8 (7.23)	15.8 (7.5)
	gesamt	12.7 (15)	13.7 (15)	11.9 (12)
	männlich	6.64 (6.5)	7.67 (9.1)	17 (NA)
	weiblich	17.8 (17.6)	14.9 (16.2)	10 (13.6)
	gleiche Generation	11.2 (14)	8.2 (9.3)	5 (NA)
	Folgegeneration	18.6 (17.9)	21.3 (19.3)	12 (13.6)

Pflegebelastung

Zur Einschätzung der **subjektiv empfundenen Belastung** der Hauptversorgungspersonen wurde der ZBI-7 eingesetzt (**Tabelle 12**). Die Mittelwerte lagen über den Verlauf hinweg in einem moderaten Bereich und zeigten insgesamt keine statistisch signifikante Veränderung (Baseline: M = 14,9; FU1: M = 15,3; FU2: M = 15,4). Die Ergebnisse der Varianzanalyse (ANOVA) bestätigten dies: Es zeigte sich kein signifikanter Effekt über die Zeitpunkte hinweg ($F(2, 56) = 0.211$, $p = .811$, $ges = 0.001$).

In der geschlechtsspezifischen Betrachtung berichteten männliche Hauptversorgungspersonen durchgängig eine niedrigere Belastung als weibliche (z. B. FU1: M = 11,7 vs. 15,2). Auch hinsichtlich der Generationenzugehörigkeit ergaben sich Unterschiede: Personen aus der sogenannten „Folgegeneration“ (z. B. Kinder) berichteten tendenziell eine geringere Belastung als Personen aus der gleichen Generation wie die betreute Person (z. B. Ehepartner*innen). Allerdings blieben auch diese Unterschiede auf deskriptiver Ebene und sind nicht statistisch signifikant.

Neuropsychiatrische Symptome

Zur Einschätzung des herausfordernden Verhaltens bei den betreuten Personen mit Demenz wurde zusätzlich der Neuropsychiatrische Inventar (NPI) erhoben (**Tabelle 12**). Die Werte zeigten im Verlauf keine auffälligen Veränderungen. Aufgrund der geringen Fallzahlen lassen sich daraus jedoch keine belastbaren Aussagen ableiten. Hintergrund ist, dass der NPI nicht routinemäßig, sondern nur bei erkennbarem Bedarf erhoben wurde – etwa, wenn im Gespräch mit der Hauptversorgungsperson entsprechende Hinweise gegeben wurden oder die Dementia Care Manager*innen selbst Auffälligkeiten wahrnahmen. Diese selektive Erhebung führte zu einer hohen Anzahl fehlender Werte, was eine systematische Auswertung über die Zeitpunkte hinweg deutlich einschränkt.

7.2.4 Merkmale und Versorgungskonstellationen im Überblick

Zur besseren Einordnung der vielfältigen Ergebnisse werden im Folgenden geschlechtsspezifische sowie einrichtungsbezogene Merkmalsprofile dargestellt. Diese fassen zentrale Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Teilnehmenden zusammen und geben einen orientierenden Einblick in mögliche Versorgungskonstellationen.

Nach Geschlecht:

- **Männer mit Demenz** waren im Durchschnitt rund 78 Jahre alt, lebten überwiegend mit einer weiteren Person zusammen, verfügten häufiger über eine berufliche Qualifikation und hatten zu 71 % eine formelle Demenzdiagnose. Sie erhielten seltener Antidementiva, waren funktional etwas stärker eingeschränkt, berichteten aber eine geringere subjektive Belastung.
- **Frauen mit Demenz** lebten häufiger allein, hatten seltener einen höheren Bildungsabschluss, erhielten häufiger Antidementiva und waren funktional stabiler. Gleichzeitig schätzten sie ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter ein.

Nach Rekrutierungseinrichtung:

- **Tagespflege:** Teilnehmende waren im Schnitt älter, wiesen eine höhere Gebrechlichkeit und eine hohe Rate an Polypharmazie auf; der Bildungsstand war tendenziell niedriger.
- **Ärztenetz:** Teilnehmende zeigten die höchste funktionale Selbstständigkeit, hatten jedoch niedrigere Pflegegrade und wurden seltener medikamentös behandelt.
- **Klinikum:** Die Teilnehmenden waren vergleichsweise jünger, hatten einen höheren Pflegebedarf, aber eine geringere Gebrechlichkeit.
- **Beratungsstelle:** Hier wurden überdurchschnittlich viele formal diagnostizierte, höher gebildete Personen mit intensiver hausärztlicher Betreuung erreicht.

Hauptversorgungspersonen (HVP)

Die Stichprobe umfasste 66 Hauptversorgungspersonen. Frauen waren deutlich häufiger vertreten (n = 38) und im Schnitt jünger als männliche HVP. Bei Generationendynamiken zeigten sich signifikante Unterschiede: HVP aus der Folgegeneration (Kinder, Enkel) waren deutlich jünger, häufiger berufstätig, fühlten sich stärker belastet (Zarit-Score) und gaben eine niedrigere Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustandes ab. Auch die Belastung durch neuropsychiatrische Symptome der Person mit Demenz (NPI) war in dieser Gruppe höher.

7.2.5 Interventionsergebnisse

Tabelle 13 enthält zur Übersicht eine Zusammenfassung der Ergebnisse der nutzerzentrierten Effektanalyse.

Tabelle 13: Zusammenfassung nutzerzentrierter Effektanalyse

Variable	Ergebnis	Interpretation
Ugedeckte Bedarfe	Signifikanter Rückgang von 20,5 auf 13,9 (FU1) und 14,2 (FU2)	Frühzeitiger Effekt der Intervention; Bedarf blieb anschließend konstant niedrig
Kognition (DemTect)	Leichte Abnahme: 6,7 (BL) → 6,2 (FU2), keine signifikanten Unterschiede	Stabile kognitive Beeinträchtigung über die Zeit
Alltagsfunktionalität	Über 70 % benötigten dauerhaft Hilfe in 5-8 Bereichen	Hoher und konstanter Unterstützungsbedarf im Alltag
Subjektive Gesundheit	Stabil: 3,1 (BL) → 3,23 (FU2)	Stabile Gesundheitssituation; Männer tendenziell positiver
Lebensqualität (EQ-5D)	Stabil: 0,62 (BL) → 0,61 (FU2)	Moderate Einschränkungen; typische Werte für chronisch kranke Personen
Hausärztliche Versorgung	Stabil über alle Zeitpunkte (ca. 90 %)	Versorgung gesichert; kein Handlungsbedarf
Fachärztliche Versorgung	Rückgang: 61,8 % (BL) → 28,6 % (FU2)	Mögliches Zeichen für abgeschlossene Diagnostikprozesse
Ambulante Pflege	Anstieg: 20,8 % (BL) → 40,8 % (FU2)	Hinweis auf zunehmenden Pflegebedarf bzw. bessere Versorgung
Haushaltshilfe	Anstieg: 27,3 % (BL) → 53,1 % (FU2)	Stärkere formelle Unterstützung über Projektverlauf
Leistungen aus Pflegeversicherung	Anstieg: 71 % (BL) → 87,5 % (FU2)	Zunehmende formelle Anerkennung des Pflegebedarfs
Polypharmazie	Rückgang: 60,7 % (BL) → 53,2 % (FU2); nicht signifikant	Leichte Verbesserung, Frauen durchgängig häufiger betroffen
Antidementiva	Stabil: ca. 36 %; Frauen häufiger versorgt	Geschlechterspezifische Unterschiede in medikamentöser Versorgung
Pflegegrad	Anstieg: 71 % (BL) → 85 % (FU2)	Formalisierung und Anerkennung des Pflegebedarfs im Verlauf
Passung Pflegegrad	Anstieg: 71,7 % → 93,8 %	Deutlich bessere Einschätzung durch DeCM-Begleitung
Pflegebelastung (Zarit)	Stabil: 14,9 → 15,4; keine signifikante Veränderung	Stabilisierung der Belastung, erwartbare Verschlechterung nicht eingetreten
Neuropsychiatrische Symptome (NPI)	Keine belastbaren Aussagen möglich	Selektive Erhebung, hohe Ausfallrate → keine systematische Auswertung möglich

Um einen Überblick über die Intervention zu geben, befinden sich in **Abbildung 5** die Bedarfe zur Baseline gruppiert nach Oberthemen. Dies sind die Themen, die die DeCMs bearbeitet haben. Zwischen den Einrichtungen waren die Verteilungen leicht unterschiedlich (**Abbildung 6**).

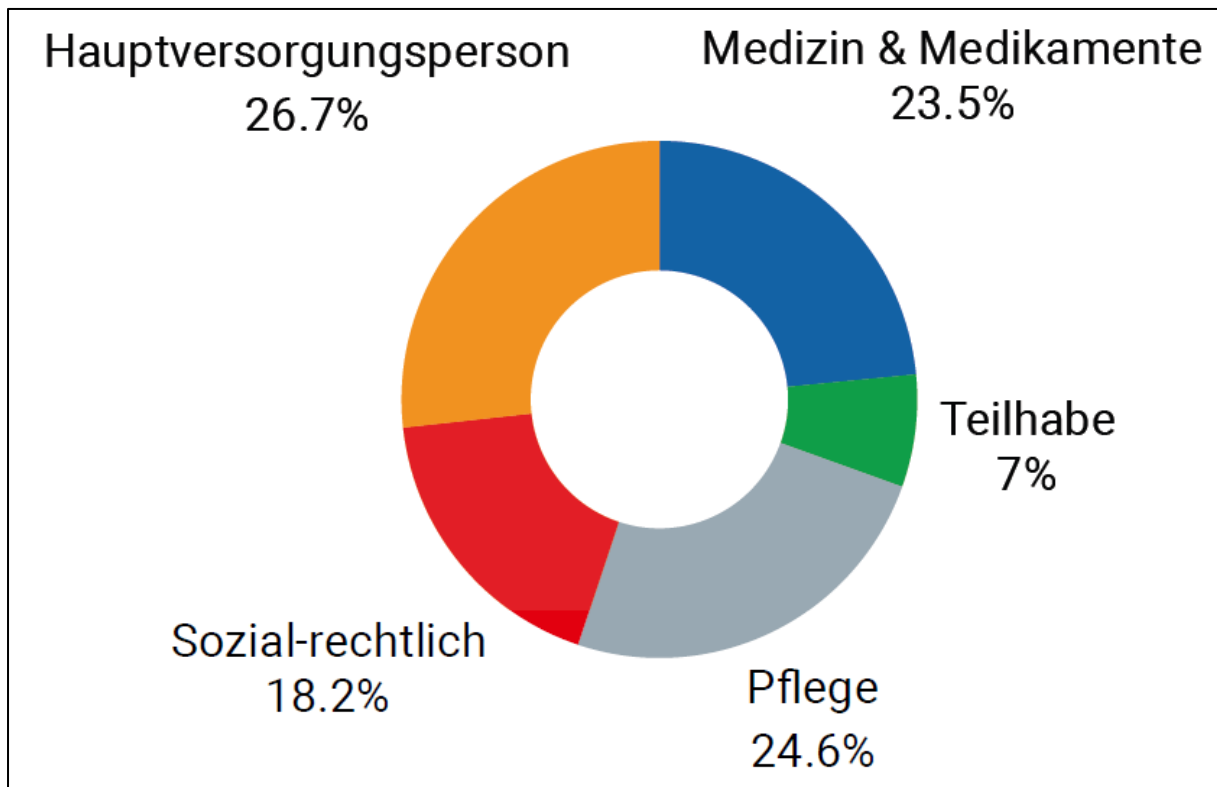
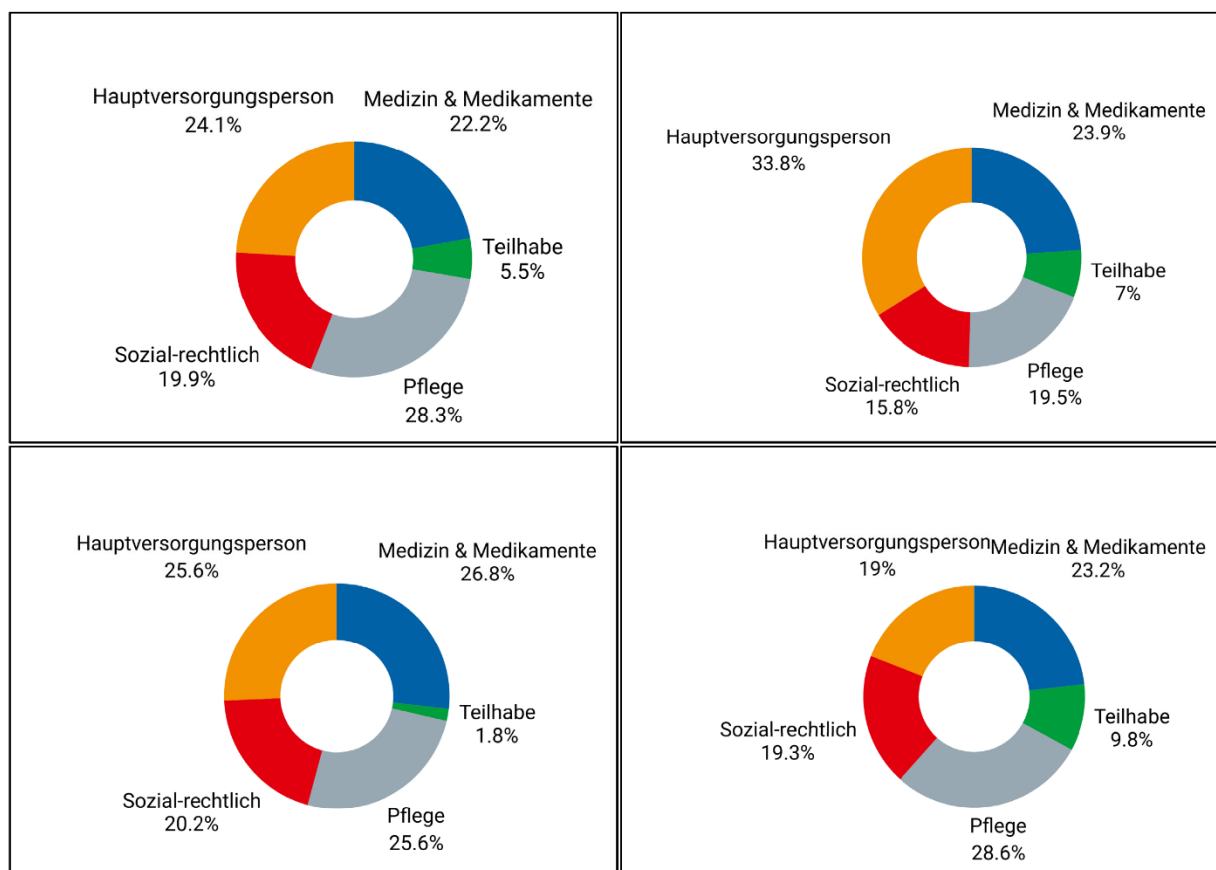


Abbildung 5: Bedarfsstruktur zur Baseline



Oben links: Tagespflege/Pflegedienst; oben rechts: Ärztenetz; unten links: Klinikum; unten rechts: Angehörigenberatung

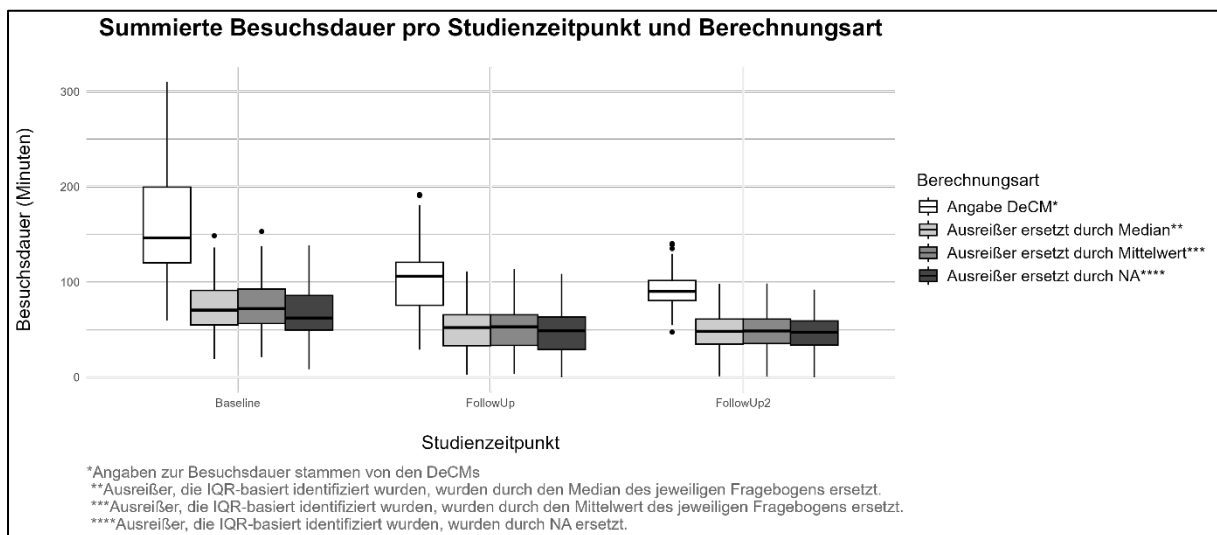
Abbildung 6: Bedarfsstruktur zur Baseline unterschieden nach Einrichtung

7.2.6 Zeitaufwand

Für die Ermittlung des Zeitaufwandes für die Dementia Care Manager und Teilnehmende gibt es verschiedene Herangehensweisen. Zum einen kann die dokumentierte Kontaktdauer genutzt werden. Diese wird jedoch aus dem VMS gezogen, welches primär für die Terminplanung durch die DeCMs genutzt wurde und nicht für die systematische Erfassung der Kontaktdauer. Zum anderen ist eine Näherung über die Ausfüllzeiten der einzelnen Fragebogenmodule möglich. Da es bei beiden Dokumentationsarten durch nachträgliche Einträge zu unrealistisch hohen oder niedrigen Werten kommen konnte, wurden die Daten vor der Auswertung bereinigt. Ziel war es, Ausreißer zu identifizieren und zu entfernen, um ein realistischeres Bild der tatsächlichen Dokumentationszeiten zu erhalten.

Dazu wurde für jeden Datensatz der Interquartilsabstand (IQR) berechnet – der Bereich zwischen dem unteren (Q1) und dem oberen (Q3) Viertel der Daten. Werte, die deutlich außerhalb dieses Bereichs lagen (kleiner als $Q1 - 1,5IQR$ oder größer als $Q3 + 1,5IQR$), wurden als Ausreißer betrachtet und entfernt. Zusätzlich wurden alle Einträge

ausgeschlossen, bei denen eine Dokumentationsdauer von weniger als einer Minute angegeben war, da diese auf fehlerhafte oder unvollständige Eingaben zurückgehen.



IQR = Interquartilsabstand

Abbildung 7: Zeitaufwand Hausbesuche

Abbildung 7 zeigt sehr deutlich, dass zu den tatsächlichen Befragungszeiten ein nicht unerheblicher Zeitanteil dazukommt. Dieser besteht aus Tätigkeiten, die bei einem Hausbesuch dazukommen, wie Ankommen und Begrüßung, aber auch das Prüfen von Unterlagen oder Beratung, die nicht bereits während der Besprechung der Themen erfolgt. Nicht inkludiert ist in dieser Erfassung der Zeitaufwand für die DeCMs zur Vor- und Nachbereitung der Termine, sowie Telefonate zur Terminvereinbarung. Weiterhin kommt für alle DeCMs ein variabler Zeitaufwand für die Netzwerkarbeit zu Zwecken der Rekrutierung hinzu. Die Schaffung von persönlichen Kontakten und die Vorstellung des Projektes war gerade zu Beginn der Studie ein nicht unerheblicher Faktor sowohl in punkto Zeit als auch für den Rekrutierungserfolg.

7.3 Prozessevaluation der Implementierung

7.3.1 Ist-Analyse des Implementierungskontextes

Versorgungssituation für Menschen mit Demenz im Kreis Siegen-Wittgenstein

Der in Südwestfalen gelegene Kreis Siegen-Wittgenstein umfasst eine Fläche von 113.289 ha mit einer Bevölkerungsdichte von 244,6 Einwohnern/km² und grenzt unmittelbar an die Bundesländer Hessen und Rheinland-Pfalz. Die 277.136 Einwohnenden des Kreises (Stand 2022) verteilen sich auf elf Kommunen, wobei die Stadt Siegen als kleine Großstadt mit 102.440 Einwohnenden den größten Bevölkerungsanteil stellt. Ein Teil der Umlandgemeinden des Kreises liegt im Rothaargebirge und seinem Vorland. 22,3 % der Einwohnenden sind 65

Jahre und älter, der Anteil der Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen der Pflegeversicherung betrug im Jahr 2021 7,08 % ^{41 42}. Die Anzahl der Personen mit Demenz, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, ist nicht bekannt. Allerdings verzeichnet der Kreis Siegen-Wittgenstein einen Anstieg der Neudiagnosen von Demenzen: 2020 waren es 3.190 Personen, was einem Anteil von 1,12% an der Gesamtbevölkerung im Kreisgebiet entspricht ⁴¹. Ein Netzwerk aus Akteurinnen und Akteuren der häuslichen Pflege, teil- und dauerstationären Angeboten sowie akutklinischer, haus- und fachärztlicher Versorgung besteht zur Versorgung von Personen mit Pflegebedarf im Kreis. Als Angebote wie solche zur Alltagsunterstützung, die über den §16 APG NRW die Sicherung der häuslichen Versorgung sichern sollen, benennt der Bericht zur Pflegebedarfsplanung 2023 neben der Wohnberatungsstelle auch die Alzheimer Gesellschaft sowie das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz ⁴¹.

Mit Akteurinnen und Akteuren aus den bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Demenz im Kreis wurde das Dementia Care Management vor Beginn der Implementierung für die Region Siegen-Wittgenstein angepasst .Dies geschah im Rahmen einer partizipativen Studie durch das Team von Prof.Dr.Julia Haberstroh ,Professur für Psychologische Altersforschung an der Universität Siegen .Fünf Akteurinnen und Akteure der Versorgung agierten als Co-Forschende und befragten weitere Stakeholder in der Region zu Bedarfen für eine gelinge Einführung von Dementia Care Management Die Ergebnisse dieser Pilotstudie „*Delphi-SW*“ können den daraus resultierenden wissenschaftlichen Publikationen entnommen werden ³⁸⁻⁴⁰. Die an der Vorstudie beteiligten Personen führten im Projekt RoutineDeCM anschließend als Dementia Care Manager bzw .im Management der LO die Implementierung der Intervention durch.

7.3.2 Übersicht der Ergebnisse der Prozessevaluation

Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse der Prozessevaluation auf inhaltlicher Ebene sowie im Bezug zueinander. Unterschiedliche Faktoren beeinflussten die Implementierung von DeCM in der Region, wobei sie gleichzeitig hemmende als auch fördernde Anteile aufwiesen. Nahezu alle negativen Einflussfaktoren konnten im Laufe des Projektes eliminiert werden. Fünf zentrale Implementierungsstrategien ließen sich für die Umsetzung von DeCM erkennen, von denen die breite Rekrutierung über die unterschiedlichen Zugänge der Kooperationspartnerinnen und –partner sowie die kontinuierliche Anpassung der Intervention im Sinne der Adaption des Intervention Management Systems hervorzuheben sind. Als Wirkmechanismen für die nachhaltige Implementierung wurde u.a. sowie die Rolle der nicht-implementierenden Projektpartnerinnen und –partner als Implementierungstreiber identifiziert. Die Ergebnisse der Implementierung charakterisieren sich wie folgt: DeCM wurde sowohl bei den Dementia Care Managern als auch bei den Nutzenden und ihren pflegenden Angehörigen überwiegend als

angemessen und machbar erlebt sowie akzeptiert. Die Festigung des regionalen Demenznetzwerkes verdeutlicht den Erfolg der Implementierung auf einer qualitativen Ebene dar und verdeutlicht die Nachhaltigkeit, mit der die Intervention umgesetzt werden konnte.

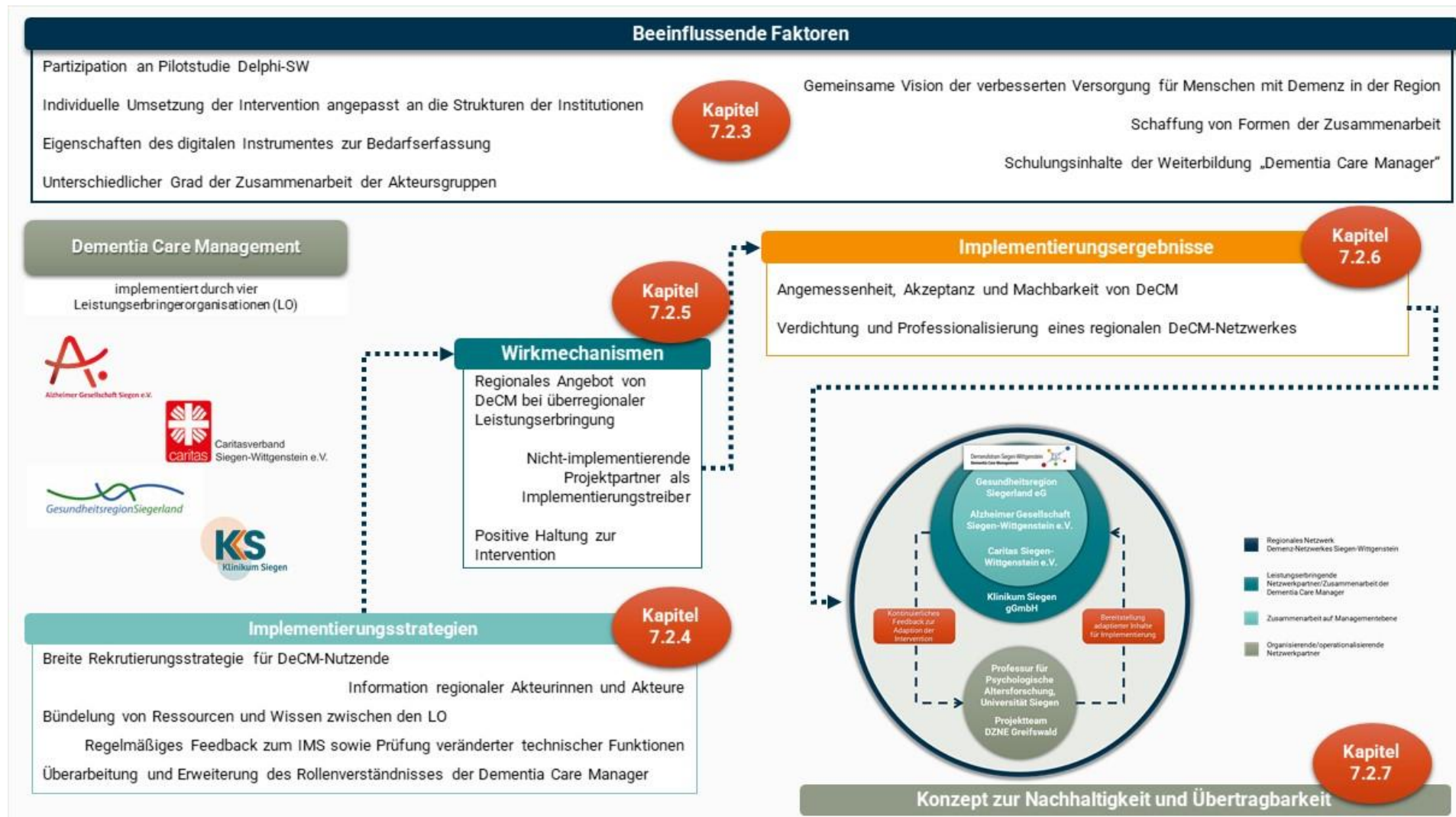


Abbildung 8: Übersicht der Ergebnisse der Prozessevaluation

7.3.3 *Beeinflussende Faktoren der Implementierung*

Die Implementierung der Intervention wurde durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die sowohl fördernde als auch hemmende Anteile aufwiesen. Einige beziehen sich auf Aspekte innerhalb der einzelnen LO (siehe CFIR-Konstrukt „Inner Setting“), andere auf die äußeren Rahmenbedingungen in der Region („Outer Setting“) ^{22 23}. Auch die Bestandteile der Intervention selbst sowie der Implementierungsprozess im Laufe der Zeit wirkten sich auf die Nachhaltigkeit der Implementierung aus. Im Folgenden werden zunächst Faktoren beschrieben, die sich fallübergreifend zeigten. Anschließend werden solche Faktoren beschrieben, die nur auf einzelne oder wenige LO zutrafen. Abschließend erfolgt in diesem Kapitel eine Darstellung zum Umgang mit und der Auflösung hemmender Faktoren.

Fallübergreifende Einflussfaktoren

Partizipation an Pilotstudie

Die Dementia Care Manager konnten sich bereits zu Beginn der Implementierung von DeCM zu einem hohen Grad mit der Intervention und der geplanten Umsetzung identifizieren, da sie an der vorbereitenden Pilotstudie Delphi-SW und der damit verbundenen Anpassung des Dementia Care Managements an die regionalen Gegebenheiten mitwirkten. Die dort bereits erprobte Arbeit unter den Rahmenbedingungen eines Forschungsprojektes wird sowohl von ihnen als auch vom Management der LO als prägende Vorerfahrung gesehen, die das aktuelle Geschehen im Projekt greifbarer und besser nachvollziehbar macht und Entscheidungen innerhalb der LO auf eine breitere Wissensbasis stellt. Ebenfalls konnte durch die Pilotstudie bereits der Kontakt zwischen den implementierenden und wissenschaftlichen Projektparteien initiiert werden, sodass sich ein Großteil des Teams bereits zu Beginn des RoutineDeCM-Projektes kannte.

Gemeinsame Vision für die Verbesserung der regionalen Demenzversorgung

Die an der Implementierung beteiligten Personen teilen das Ziel, die Versorgung von Menschen mit Demenz in häuslichen Versorgungsarrangements in der Region Siegen-Wittgenstein zu verbessern. Sie beschreiben eine hohe Motivation durch ihre Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung zu leisten und sehen die Intervention und das damit verbundene aufsuchenden Versorgungsangebot als eines an, welches sich stark an der Lebensrealität der Betroffenen und ihrer Familien orientiert und sich in ihren Alltag einfügen lässt.

Implementierung orientiert an individuellen LO-Strukturen

Alle Dementia Care Manager waren zu Beginn des Projektes bereits bei den jeweiligen LO tätig. Sie konnten sich daher in einem ihnen bekannten Arbeitsumfeld mit ihrer neuen Rolle auseinandersetzen. In den Institutionen bestanden bewährte Formen der Zusammenarbeit. Alle Dementia Care Manager hatten früher bereits mit der Leitungsebene ihrer Institutionen zusammengearbeitet und kannten sich. Die Infrastruktur der LO konnte ebenso genutzt werden wie andere Bereiche der Leistungserbringung zur Nutzerrekrutierung.

Auf der Ebene LO gab es jedoch auch Aspekte, die die Umsetzung erschwerten - dies betraf die Ressourcen, die den Dementia Care Managern für ihre Arbeit zur Verfügung standen. So arbeiteten zwei Personen bereits in pflegerischer Funktion mit Menschen mit Demenz und erhielten mit der neuen Rolle eine zusätzliche Aufgabe, für die ihnen von den Einrichtungen Zeit eingeräumt wurde. Die Herausforderungen bestanden zum einen darin, Zeit für das DeCM zu schaffen, was im Laufe des Prozesses gelang. Zum anderen mussten die Dementia Care Manager ihre neue Rolle gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen verdeutlichen und die Grenzen zu ihren bereits bestehenden Tätigkeiten und Ansprechpersonen abstecken. Auch dies konnte im Laufe der Implementierung gelöst werden.

Effektive Austauschformate

Die vier LO entwickelten verschiedene Formate, in denen sie ihre Zusammenarbeit realisierten und im Laufe des Projekts intensivierten. So trafen sich die Dementia Care Manager beispielsweise zu monatlichen Austauschtreffen in den Räumlichkeiten der Universität Siegen, die von einem Mitglied des wissenschaftlichen Teams begleitet wurden. Daneben fanden bei Bedarf bilaterale telefonische Absprachen zwischen den einzelnen Dementia Care Managern statt. Diese wurden initiiert, wenn DeCM-Nutzende zugewiesen wurden oder wenn eine Fallreflexion bzw. spezifische Expertise benötigt wurde, die die Personen durch ihre unterschiedlichen Tätigkeitsfelder mitbrachten. Darüber hinaus wurden die Konsortialtreffen genutzt, um nicht nur Projekthalte zu koordinieren und abzustimmen, sondern auch, um mit allen Beteiligten des sich entwickelnden regionalen Demenznetzwerks zusammenzukommen.

Charakter des digitalen Instrumentes zur Bedarfserfassung

Zu Beginn der Studie wurde den teilnehmenden Dementia Care Managern das „Intervention Management System“ (IMS) als digitales Instrument zur Planung, Durchführung und Nachbearbeitung der Hausbesuche durch das evaluierende Institut (DZNE Greifswald) zur Verfügung gestellt. Die Dementia Care Manager äußerten jedoch Bedenken, dass sie im Gegensatz zur inhaltlichen Anpassung der Intervention, die im Rahmen der Delphi-SW-Studie stattfand, nicht in den Entwicklungsprozess des IMS einbezogen wurden. Technische Änderungen, die sich aus ihrem Feedback während der Projektlaufzeit ergaben, wurden immer wieder durch das DZNE Greifswald eingearbeitet. Es bestand ein fortwährender Austausch

der Dementia Care Manager mit den Entwicklern des IMS um das System an die sich entwickelnden Anforderungen anzupassen. Vor allem die Darstellung des vom System generierten Arztbriefes sowie die fehlende Intelligenz des Systems hinsichtlich der Anpassung an den Einzelfall wurden als herausfordernd und teilweise demotivierend beschrieben.

Inhalte der Weiterbildung „Dementia Care Manager“

Die Dementia Care Manager beschreiben eine mangelnde Passung der Inhalte der Ausbildung, die sie für ihre Tätigkeit als Dementia Care Manager absolviert haben, im Hinblick auf die Anforderungen die sich im Rahmen der Umsetzung des DeCM vor Ort ergeben haben. Sie weisen darauf hin, dass sie über langjährige Erfahrung in der demenzspezifischen Pflege verfügen und die Schulungsthemen bereits kannten. Statt grundpflegerischer Inhalte hätten sie eher Informationen zur Leistungsberatung benötigt, die im Rahmen der Pflegeberatung angesiedelt sind, um den Wissensbedarf der Klientinnen und Klienten adressieren zu können.

Intra- und transorganisatorische Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen den implementierenden Akteurinnen und Akteuren bedingte die Implementierung von DeCM auf zwei Ebenen. Intraorganisational erarbeiteten die Dementia Care Manager gemeinsam mit dem jeweiligen Management Wege des organisatorischen Austausches in ihrer neuen Rolle und nutzen andere Abteilungen in ihren LO als Zuweiserinnen für DeCM-Nutzende. Der Grad der Zusammenarbeit und zwischen den beiden Personengruppen variierte dabei zwischen den einzelnen LO. Transorganisatorisch fand zwischen allen Dementia Care Managern im Laufe des Projekts ein enger Austausch statt. Dieser zeigte sich sowohl auf organisatorischer Ebene, beispielsweise bei der „Übergabe“ von DeCM-Nutzenden an Kolleginnen und Kollegen mit freien Zeitressourcen, als auch auf fachlicher Ebene in Form von unstrukturierten Fallbesprechungen. Auf Managementebene arbeiteten drei der vier LO eng zusammen, initiierten die Formalisierung eines regionalen Netzwerkes und prüften Finanzierungsmöglichkeiten für die Intervention und ihre Mitarbeitenden über das Projekt hinaus.

Fallinterne Einflussfaktoren

Vorwissen aus anderen Implementierungsprojekten

Zwei Dementia Care Manager sowie das Management einer LO haben bereits Erfahrungen in der Umsetzung von Drittmittelprojekten auf Bundesebene gesammelt und können auf die damit verbundenen Erfahrungen von Zeitabläufen, Anforderungen an die Umsetzung, Studienkontext sowie das Aushalten von Diskrepanzen zwischen inhaltlicher Umsetzung und theoretischer Idee zurückgreifen.

Strukturbedingte Grenzen in der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit der Dementia Care Manager mit den Hausärztinnen und -ärzten der DeCM-Nutzenden stellt einen Teil der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Intervention dar. In der praktischen Umsetzung des Dementia Care Managements in zwei der vier LO zeigte sich jedoch, dass im alltäglichen Arbeitsablauf kein direkter Kontakt zwischen den Dementia Care Managern und den Ärztinnen und Ärzten besteht - weder im Rahmen einer Zuweisungsfunktion in die Intervention noch zur Besprechung der Ergebnisse der mit dem IMS erhobenen Ergebnisse. Die Dementia Care Manager in diesen LO nutzten daher selbst entwickelte Arztbriefe, die die DeCM-Nutzenden an ihre Ärztinnen und Ärzte weiterleiten konnten. Ein interprofessioneller Austausch über die festgestellten Bedarfe konnte auf diese Weise jedoch nicht initiiert werden.

Regionales Angebot von DeCM bei überregionaler Leistungserbringung

Es zeigte sich, dass über zwei LO potentielle DeCM-Nutzende für die Intervention in Frage kamen, die von einer Begleitung durch einen Dementia Care Manager profitiert hätten. Ihr Wohnort lag jedoch entweder außerhalb des Kreises Siegen-Wittgenstein, in einigen Fällen sogar außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen. Neben den fehlenden Einschlusskriterien für die Studie hätten sie aufgrund der Entfernung die regionalen Angebote, auf die die Dementia Care Manager verweisen, nicht nutzen können. An dieser Stelle zeigt sich, dass die Intervention in der vernetzten Version zwar regional funktioniert, aber für die Versorgung von Personen außerhalb des Versorgungsnetzes in der Region nicht sinnvoll einsetzbar ist.

Einordnung der Einflussfaktoren im Implementierungsverlauf

Einige – hemmende - Einflussfaktoren zeigten sich nur zu Beginn des Implementierungsprojektes und wurden durch die später dargestellten Wirkmechanismen sowie fördernde Rahmenbedingungen aufgehoben. Hinsichtlich der Herausforderungen, die mit dem IMS bestanden, zeigte sich ein wellenartiger Verlauf, der auf dem Auftreten eines technischen Problems (in unterschiedlicher Ausprägung) beruhte, dem sich die umgehende Bearbeitung und damit zeitweilige Verbesserung der Nutzbarkeit abschloss. Zum Ende des Projektes wurde eine umfassende größere Anpassung des Instruments vorgenommen, die sowohl Inhalt als auch Struktur umfasste. Im daran anschließenden Fokusgruppeninterview wurde dies von den Dementia Care Managern positiv hervorgehoben.

7.3.4 Implementierungsstrategien

Bei der Implementierung von DeCM wurden verschiedene Strategien für eine nachhaltige Implementierung in der Region verfolgt. Durch die enge Zusammenarbeit der Dementia Care Manager und des Managements der Institutionen zeigte sich, dass die Strategien von allen

Akteurinnen und Akteuren gemeinsam entwickelt und durchgeführt wurden und sich die Strategien fallübergreifend darstellten.

Breite Rekrutierungsstrategie für DeCM-Nutzende

Die Rekrutierung der Klientel erfolgte auf breiter Basis. Zunächst informierten die Dementia Care Manager alle relevanten und potentiell zuweisenden Kolleginnen und Kollegen innerhalb der eigenen Institution. Anschließend stellten sie sich bei engen Kooperationspartnern vor, verteilten Flyer und nutzten auch lokale Printmedien, um die regionale Öffentlichkeit über das Angebot des DeCM zu informieren. Darüber hinaus haben sie eine gemeinsame Website entwickelt, auf der sie sich als Netzwerk präsentieren und über die sich auch Personen unabhängig von ihrer Institution melden können.

Information regionaler Akteurinnen und Akteure

Die durchführenden Leistungserbringer nutzten vielfältige Möglichkeiten, um sich und ihre Arbeit in der Region bekannt zu machen. Im Zusammenhang mit der Idee einer regional verorteten Anschlussfinanzierung der Dementia Care Manager-Stellen traten sie auch mit lokalen und regionalen Entscheidungsträgern sowie den für ihre Region zuständigen Pflegekassen in Kontakt.

Bündelung von Ressourcen und Wissen zwischen den LO

Sowohl auf der Ebene der Dementia Care Manager als auch auf der Ebene des Managements wurde die Zusammenarbeit im Laufe der Umsetzung intensiviert. Informationsbroschüren der Alzheimer Gesellschaft wurden allen Dementia Care Managern zur Verfügung gestellt, neue Akteure in der Region wurden gemeinsam angesprochen und auf die Arbeit der Dementia Care Manager aufmerksam gemacht, auch im Rahmen von Kongressständen und Vorträgen. Ihre unterschiedlichen Expertisen zu Demenzerkrankungen nutzen die Dementia Care Manager in monatlichen Austauschtreffen auch hinsichtlich des Austauschs zu speziellen Fragen, die sich aus der Versorgung ergeben.

Regelmäßiges Feedback zum IMS sowie Prüfung veränderter technischer Funktionen

Die Dementia Care Manager meldeten fortlaufend technische oder strukturelle Probleme mit dem Intervention Management System (IMS) zurück und brachten Ideen ein, wie das IMS inhaltlich verändert werden müsste, damit es der Umsetzung dienlich ist. Nach der Anpassung der jeweiligen Prozesse testeten sie die Funktion erneut und meldeten ihre Einschätzung zurück. Dieser teilweise sehr zeitaufwändige Prozess kann als Weiterentwicklung der technischen Umsetzungsplattform (IMS) im Rahmen des Implementierungsprojektes bewertet

werden. Teilweise nahm dieser Diskussions- und Anpassungsprozess sehr viel Raum in den Treffen der Dementia Care Manager ein.

Überarbeitung und Erweiterung des Rollenverständnisses der Dementia Care Manager

Die Dementia Care Manager haben im Laufe des Projekts gemeinsam sowohl ihre Rolle im Rahmen der Intervention an die regionalen Gegebenheiten und den Kontext ihrer Einrichtungen angepasst als auch die Intervention selbst erweitert. Dies geschah u.a. im Bereich der Fortbildung zu Themen des Betreuungsrechts und der Aushändigung von entsprechenden Informationsflyern für die Klienten. Gleichzeitig waren die Dementia Care Manager bestrebt, den Kontakt zu den Klienten nicht nur über die Hausbesuche aufrechtzuerhalten, sondern auch durch telefonische Kontaktaufnahme Präsenz zu zeigen und am Beziehungsaufbau zu arbeiten. Darüber hinaus übernahmen sie in Notfällen eine ausführende Rolle und organisierten die Versorgung in Krisensituationen. Sie entwickelten die Möglichkeiten der schriftlichen Kommunikation/Übertragung mit ärztlichen Kollegen zu einer alltagstauglichen technisch umsetzbaren Lösung weiter. Gleichzeitig hielten sie Kontakt zu den Angehörigen verstorbener Klienten und zeigten damit ihr ganzheitliches und familienzentriertes Verständnis von demenzspezifischer Versorgung.

7.3.5 Wirkungsmechanismen

Positive Haltung zur Intervention

Haltung der Dementia Care Manager

Alle Dementia Care Manager beschreiben eine hohe Identifikation mit ihrer Rolle. Dies wird auch dadurch erkennbar, dass sie sich selbst nicht mehr als Manager bezeichnen, sondern im Laufe des Projektes eine neue Benennung der Rolle als "Demenzlotsen" entwickelt haben und diese Rolle auch nach außen so benennen. Sie empfinden die Arbeit im Sinne eines Case Managements als sinnstiftend und interessant. Sie wollen durch ihre aufsuchende Tätigkeit die Bedürfnisse im Alltag erfassen, zuhören und die Perspektive der Klienten, aber auch der Angehörigen verstehen. Sie sehen es als ihre Aufgabe an, den Kontakt zu den Klienten zu halten, sich in Krisensituationen intensiver in die Koordination der Versorgung einzubringen und den Kontakt über die Intervention im Sinne der Studie hinaus zu halten. Für sie endet die Intervention erst mit dem Umzug in eine Langzeiteinrichtung oder mit dem Tod des Klienten. Auch hier sehen sie, wie bereits beschrieben, ein weiteres Aufgabenfeld.

Haltung des Managements der LO

Das Management der LO sieht in der Intervention vor allem eine Möglichkeit, die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern, indem Bedarfserhebung und Versorgungsplanung durch eine fachlich qualifizierte Person erfolgen und damit die Segmentierung durch das

bestehende Versorgungssystem abgebaut wird und zum anderen eine Möglichkeit, Menschen durch ihre weiteren Angebote auf sich aufmerksam zu machen und an sich zu binden. Darüber hinaus wollen sie damit neue Arbeitsfelder für hochspezialisiertes Personal erschließen, das bereits bei ihnen tätig ist oder in Zukunft tätig werden soll.

Haltung der kooperierenden Ärztinnen und Ärzte

Die kooperierenden Haus-/Fachärzte schätzen die Intervention als für die ihre Patientinnen und Patienten hilfreich, gleichzeitig erleben sie durch die Hausbesuche der Dementia Care Manager eine gewisse Entlastung und eine Möglichkeit die häusliche Versorgung weiter auszubauen. Die Zusammenarbeit und Kommunikation beschreiben sie als produktiv.

Nicht-implementierende Projektpartner als Implementierungstreiber

Eine weitere unerwartete Entwicklung war die Übernahme einer Doppelrolle durch einige Projektmitarbeitende. Sie trugen aktiv zur Implementierung von DeCM bei, indem sie die regelmäßigen Treffen der Dementia Care Manager organisierten, begleiteten und moderierten. Ebenso nahmen sie Feedback und Kritik zum IMS auf und initiierten so eine kontinuierliche Weiterentwicklung der digitalen Bedarfserhebung.

7.3.6 Implementierungsergebnisse

Neben den definierten und standardisiert erhobenen Implementationsergebnissen ist die Transformation der Projektkooperation einzelner LO in ein regionales Demenznetzwerk als Erfolgsparameter darzustellen.

Angemessenheit, Akzeptanz und Machbarkeit von DeCM

Die Implementierungsergebnisse wurden sowohl für die Menschen mit Demenz und ihre Hauptpflegepersonen als auch für die ausführenden Dementia Care Manager erfasst. Betrachtet man die Ergebnisse der Klienten mit Demenz, so zeigt sich, dass 44-45% der Werte fehlen. Die Ursache hierfür wurde von den Dementia Care Managern ermittelt und ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die geschlossenen Fragen für die Personen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Beantwortung überforderten. Personen, die nicht geantwortet haben, äußerten sich generell jedoch positiv und dem Besuch der Dementia Care Manager gegenüber zustimmend. Von den Personen, die geantwortet haben (n=65), ist ein Großteil der Meinung, dass die Intervention für ihre Situation geeignet ist. Gleiches gilt für die Akzeptanz der Intervention und die Machbarkeit (siehe **Abbildung 9**).

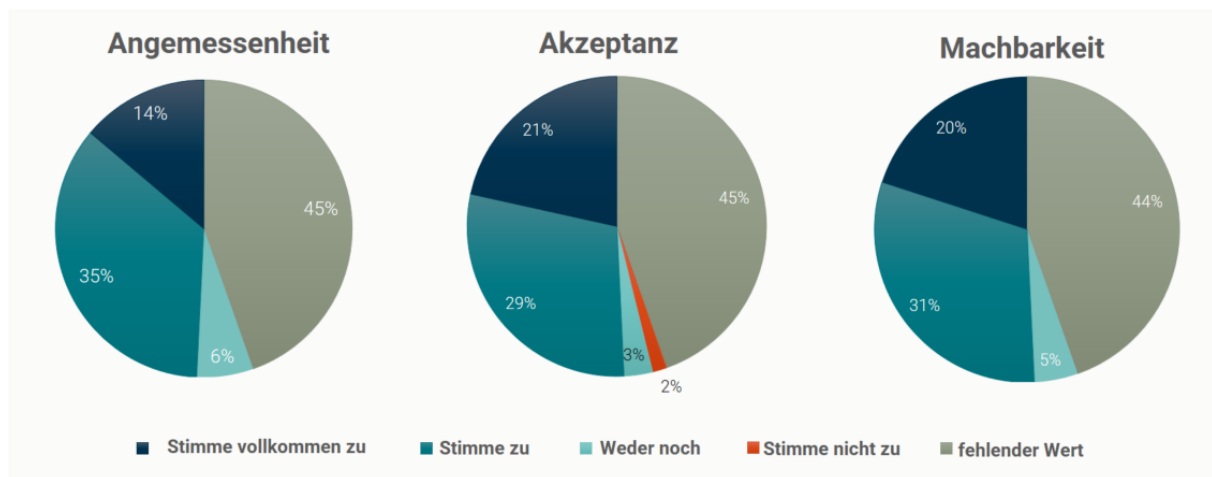


Abbildung 9: Implementierungsergebnisse von DeCM – Perspektive der DeCM-Nutzenden

Die jeweiligen Hauptversorgungspersonen der DeCM-Nutzenden (n=59) zeigt ebenfalls eine große Zustimmung zur Intervention, ihrer Akzeptanz sowie ihrer Machbarkeit. Ein geringer Teil lehnt die Intervention ab und empfindet sie als nicht durchführbar (siehe **Abbildung 10**).

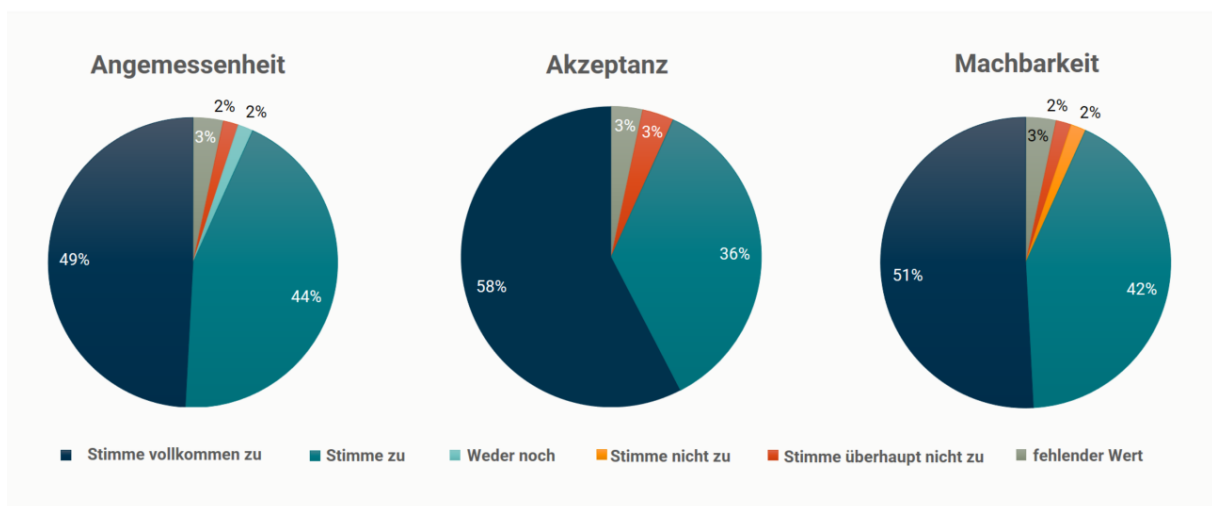


Abbildung 10: Implementierungsergebnisse von DeCM – Perspektive der versorgenden Angehörigen

Die Dementia Care Manager wurden zu vier Zeitpunkten im Projektverlauf befragt. **Abbildung 11** zeigt, dass es Veränderungen hinsichtlich der Implementierungsergebnisse gab. Zu T2 (Sommer 2023) verschlechterten sich die Zustimmungswerte für alle drei Items, blieben aber eher im positiven Bereich. Als negativen Einfluss beschreiben die Befragten hier vor allem die technischen Herausforderungen mit dem IMS.

Generell sahen sie die Umsetzbarkeit der Intervention etwas kritischer als die Passgenauigkeit und die Akzeptanz bei den Klientinnen und Klienten. Gründe hierfür lassen sich in den

Interviews finden, in denen sie von einem hohen Zeitaufwand für Vor- und Nachbereitungsaktivitäten sprechen, die sie im Rahmen ihres Stellenumfangs bewältigen müssen.

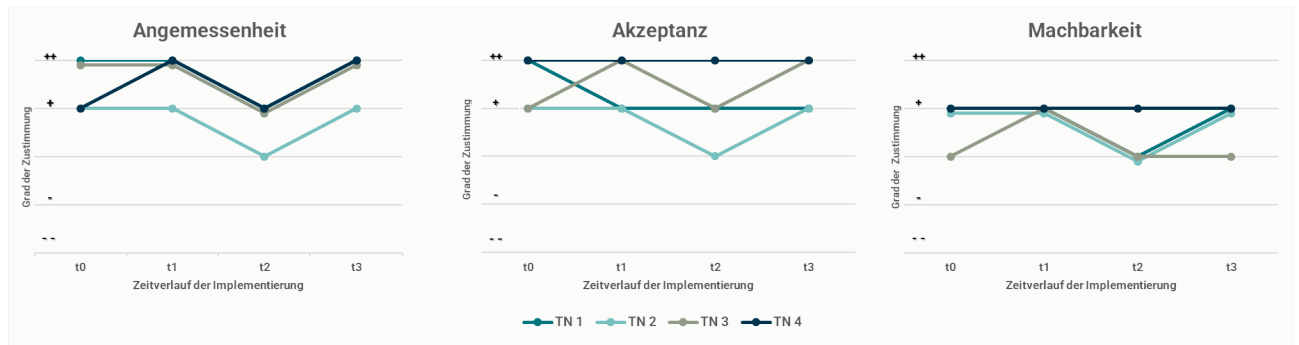


Abbildung 11: Implementierungsergebnisse von DeCM – Perspektive der Dementia Care Manager im Zeitverlauf der Implementierung

Verdichtung und Professionalisierung eines regionalen DeCM-Netzwerkes

Durch die Beteiligung der LO, als Konsortialpartnerinnen und –partner, und die damit verbundenen Kooperationsverträge bestand bereits zu Projektbeginn eine formalisierte Form der Zusammenarbeit. Im Laufe des Umsetzungsprozesses erfolgte jedoch eine Transformation hin zu einem regional agierenden Dementia Care Netzwerk. Diesem gehören sowohl die leistungserbringenden Institutionen (Management und Dementia Care Manager) als auch die nicht implementierenden Projektpartner (Universität Siegen, DZNE Greifswald) an (siehe **Abbildung 12**). Letztere übernehmen die Organisation des Austausches zwischen den Dementia Care Managern, bieten Supervision für diese an und arbeiten das kontinuierliche Feedback zum IMS in die Software ein.

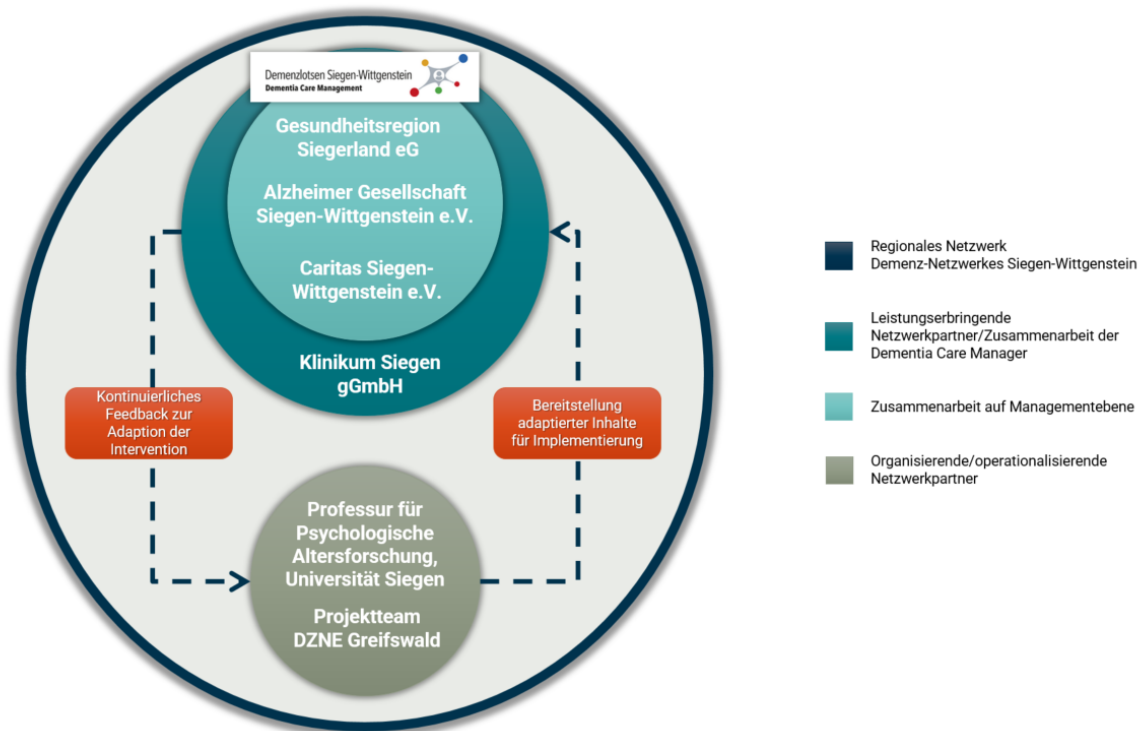


Abbildung 12: Aufbau des regionalen Demenz-Netzwerkes Siegen-Wittgenstein

Das Netzwerk tritt geschlossen in der Region auf, organisiert Fachtagungen und steht im Austausch mit anderen Akteuren. Es definiert diejenigen, zu denen aufgrund der Anbindung des Dementia Care Managements enge Kontakte bestehen (z.B. Gedächtnisambulanz des Klinikums Siegen). Weitere Aspekte, an denen sich die erfolgreiche Umsetzung durch das Netzwerk zeigt, sind die Erstellung einer Internetseite zum Dementia Care Management, über die sich Interessierte trägerunabhängig für die Intervention anmelden können, sowie die Idee eines gemeinsamen visuellen Auftritts der Dementia Care Manager durch Taschen im gleichen Design.

7.3.7 Konzept zur Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

Voraussetzungen für inhaltliche Verstetigung von DeCM

Im Rahmen des Projektes wurde wiederholt auf Herausforderungen in der technischen und inhaltlichen Anwendung des IMS hingewiesen. Sowohl Fehler im System bei der Beantwortung der Fragen als auch Fragen, die in der individuellen Situation einzelner Nutzer als nicht angemessen oder nicht notwendig erschienen, zeigten, dass trotz der partizipativen Anpassung der Intervention vor Beginn des Projektes weiterer Adaptionsbedarf bestand, um nach Projektende DeCM flächendeckend in der Region anbieten zu können. Aus diesem Grund wurde zum Abschluss des Projektes eine weitere Überarbeitungsschleife des Fragenkataloges im IMS mit allen Dementia Care Managern durchgeführt, um den Katalog zu verschlanken und Verknüpfungen zwischen Fragen sinnvoller zu gestalten. Die Umsetzung

erfolgte durch die nicht implementierenden Projektpartner (DZNE Greifswald, Universität Siegen) als abschließende Maßnahme zur Vorbereitung der Regelversorgung.

Anforderungen an künftige Dementia Care Manager

Für die Dementia Care Manager sind insbesondere die Fähigkeit zur Vernetzung in der Region, eine aufgeschlossene Persönlichkeit sowie ein hohes Maß an Selbstorganisation in der Arbeit von essenzieller Bedeutung für Kolleginnen und Kollegen, die diese Rolle ebenfalls übernehmen möchten. Darüber hinaus wird eine Hospitation bei bereits tätigen Dementia Care Managern als ein geeigneter Einstieg in die Tätigkeit erachtet, um das komplexe Aufgabenfeld zu veranschaulichen.

Mögliche Verortung von Dementia Care Management in der Sozialgesetzgebung

Die LO verfügen aufgrund ihrer Funktionen im Gesundheitswesen über unterschiedliche Optionen, Leistungen gemäß der geltenden Sozialgesetzgebung abzurechnen. Eine Ausnahme bildet in diesem Zusammenhang die Alzheimer Gesellschaft, deren Beratungsleistungen sowie Gruppenangebote durch die Strukturen des Ehrenamtes, Mitgliedsbeiträge und Spenden finanziert wird. Im Rahmen des Projektes wurden für alle Dementia Care Manager Personalkosten beantragt, die ihre Tätigkeit deckten. Für eine Überführung von Dementia Care Management im Sinne der Sozialgesetzgebung stellt diese Diversität der LO und der damit verbundenen Möglichkeiten Leistungen abrechenbar zu machen eine Herausforderung dar. Befragt nach ihrer Einschätzung zur gesetzlichen Verortung im Sommer 2023 erkennt das Management der LO sowohl im SGB V als auch im SGB XI Anknüpfungspunkte für DeCM als Leistung. Die Kooperation zwischen Haus- bzw. Fachärztin und -arzt und Dementia Care Manager stellt eine wesentliche Komponente dar. Darüber hinaus ist der Autonomiegrad der Pflegefachperson, die die Pflege durchführen wird, von entscheidender Relevanz. Durch die enge Zusammenarbeit der Projektpartnerinnen und Partner als Demenz-Netzwerk besteht außerdem die Möglichkeit diese Struktur neben der Arbeit der Dementia Care Manager über bestehende Strukturen zu fördern. Die vorliegende Ausgangssituation offenbarte, dass der Diskurs zu Verortung von DeCM mit Fragen der inhaltlichen Ausgestaltung sowie angrenzenden berufspolitischen Fragestellungen verbunden ist und für eine Stellungnahme von Kostenträgern noch nicht ausreichend entwickelt war. Aus diesem Grund wurde die ursprünglich geplante Befragung der Kostenträger nicht durchgeführt.

7.4 Handlungsempfehlungen zur nachhaltigen Implementierung

Im Rahmen der Projektdurchführung wurden durchgehend Möglichkeiten zur nachhaltigen Finanzierung nach Ablauf der Projektförderung gesucht und diskutiert. Im Folgenden werden

die Ergebnisse im Hinblick auf **(a) Netzwerkfähigkeit durch den § 45c Absatz 9 des SGB XI, (b) Modellvorhaben nach § 64d SGB V, (c) Förderung von Modellvorhaben nach §123 SGB XI; (d) analog Projekt RUBIN, (e) KSVPsych-RL, (f) Ergebnisse aus dem 2. Patientenlotsentag in Berlin und (g) Ergebnisse des im Rahmen des Projekts durchgeführten Fachgesprächs** vorgestellt.

Netzwerkförderung nach § 45c Absatz 9 SGB XI

Mit Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung können selbstorganisierte regionale Netzwerke gefördert werden, die (a) der strukturierten Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren dienen, (b) an der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen, deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen beteiligt sind, (c) die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen.

Durch die Zusammenarbeit regionaler Akteurinnen und Akteure (insbesondere von Trägern und Selbsthilfegruppen), die an der Versorgung und der Unterstützung beteiligt sind, soll der Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sowohl von Pflegebedürftigen als auch ihren Angehörigen besser gedeckt werden. Dabei muss die Arbeit des Netzwerkes allen Pflegebedürftigen und sonstigen Betroffenen in der Region zugänglich sein.

Diese Mittel wurden bei der Pflegekasse beantragt und durch den Kreis Siegen-Wittgenstein unterstützt. Hierdurch stehen dem Netzwerk jährlich €15.000€ zur Verfügung.

https://www.vdek.com/LVen/NDS/service/pflege/netzwerkfoerderung/_jcr_content/par/download_1982006658/file.res/Anlage%203%20Richtlinie.pdf

Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d Sozialgesetzbuch V (2022)

Dieser während der Projektphase aufgehobene Paragraph § 64d SGB V regelt die Durchführung von Modellvorhaben, in denen bestimmte ärztliche Tätigkeiten auf besonders qualifizierte Pflegefachpersonen übertragen werden können. Ziel ist es, neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin zu erproben und damit die medizinische Versorgung – insbesondere im ambulanten und stationären Bereich – zu stärken.

Die teilnehmenden Pflegefachpersonen müssen über eine Zusatzqualifikation gemäß § 14 PflBG verfügen. Die Modellvorhaben basieren auf einem bundesweit einheitlichen Rahmenvertrag, der die Inhalte, Voraussetzungen, Vergütung und Zusammenarbeit regelt. Sie sind auf maximal vier Jahre angelegt und müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für eine mögliche Überführung in die Regelversorgung nach § 140a SGB V.

Förderung von Modellvorhaben nach §123 SGB XI

§ 123 SGB XI regelt die Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflege durch die soziale Pflegeversicherung. Ziel ist es, innovative Projekte zu unterstützen, die zur Verbesserung der Pflegequalität, zur Erprobung neuer Versorgungsformen oder zur effizienteren Gestaltung pflegerischer Leistungen beitragen. Antragsberechtigt sind unter anderem Pflegeeinrichtungen, Kommunen, Forschungseinrichtungen und Träger der freien Wohlfahrtspflege.

Die geförderten Projekte müssen klar definiert, wissenschaftlich begleitet und auf maximal vier Jahre begrenzt sein. Die Pflegekassen können bis zu 80 % der förderfähigen Kosten übernehmen. Nach Abschluss der Vorhaben ist eine Evaluation verpflichtend, um den Nutzen und die Übertragbarkeit in die Regelversorgung zu prüfen. Die Ergebnisse sollen der langfristigen Weiterentwicklung der Pflege dienen.

§ 123 SGB XI in seiner ursprünglichen Fassung wurde mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III, verabschiedet am 28. Dezember 2016) eingeführt und trat am 1. Januar 2017 in Kraft. In dieser Fassung zielte § 123 auf die Förderung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ab. Am 19. Juni 2023 wurde die Vorschrift durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) neu gefasst (BGBl. I Nr. 155), und die neue Version trat am 1. Juli 2023 in Kraft. Seitdem fördert § 123 modellhafte Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier im Zeitrahmen 2025 bis 2028. Die praktische Umsetzung der Förderung bzw. die Möglichkeit der Beantragung war in der Laufzeit des Projektes noch nicht möglich, eine erste Informationsveranstaltung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW fand im Frühjahr 2025 statt, die Einreichungsfrist für Interessensbekundungen endete am 15.6.2025.

RubiN

Im Projekt RubiN wurde ein sektorenübergreifendes Case- und Care-Management für geriatrische Patientinnen und Patienten erprobt. Zur rechtlichen Absicherung dieses innovativen Versorgungsansatzes wurde ein umfassendes Rechtsgutachten erstellt. Dieses beleuchtet die zentralen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern in multiprofessionellen Praxisnetzwerken.

Eine wesentliche Herausforderung liegt in der Rechtsform der Praxisnetze, die als organisatorischer Rahmen für das Case Management dienen. Für eine rechtssichere Zusammenarbeit sind klare Regelungen zu Haftung, Verantwortlichkeit, Datenschutz und Vergütung erforderlich. Das Gutachten zeigt, dass derzeitige gesetzliche Vorgaben im SGB V und im Zivilrecht nicht ausreichend auf kooperative Versorgungsmodelle wie Case Management ausgerichtet sind. Insbesondere die Vertragsgestaltung zwischen Netzwerken, Case Managerinnen und Managern, Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Beteiligten bedarf

klarer rechtlicher Grundlagen. Im Projekt RubiN wurden daher Musterverträge entwickelt, die beispielhaft zeigen, wie solche Kooperationen gestaltet werden können.

Ein weiteres Hindernis betrifft die Vergütung von Case-Management-Leistungen. Diese sind im bisherigen GKV-System nicht systematisch abbildbar. Für eine nachhaltige Implementierung wären neue Finanzierungsmodelle erforderlich, z. B. in Form von Komplexpauschalen oder Strukturzuschlägen. Auch die Abgrenzung von Verantwortlichkeiten im Rahmen von Beratung, Koordination und Entscheidungsunterstützung durch Case Managerinnen und Manager erfordert rechtliche Präzision, um Schnittstellenkonflikte mit der ärztlichen Tätigkeit zu vermeiden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse des Projekts, dass erfolgreiche Case-Management-Strukturen nicht nur fachlich, sondern auch rechtlich und finanziell fundiert gestaltet sein müssen. Die bestehende Rechtslage bietet hierfür noch keine ausreichende Grundlage und erfordert gezielte gesetzgeberische Weiterentwicklungen.

Im Rahmen des Projekts wurde für einen Pfad in die Versorgung folgender Vorschlag gemacht:

Festlegungen: Case/ Care Management ist eine vom Arzt zu verordnende Leistung, hat Krankheitsbezug, ist nicht delegiert und wird im SGB V verortet.

Ableitung: daraus ergäbe sich: leistungsrechtliche Verortung im 3. Kapitel durch Schaffung eines eigenen Abschnitts „Case- und Care Management“ (§43d SGB V) mit entsprechenden Absätzen. Es wäre eine Ergänzung des §73 Abs. 2 SGB V (ärztliche Verordnung) um einen Punkt „Case-/Care Management“ notwendig, und ein 8. Abschnitt des 4. Kapitels müsste in §134 SGB V eingefügt werden, der die Leistungserbringer definiert.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass andere Festlegungen möglich sind, so wie im Rahmen des vorliegenden Projekts die Prozessevaluation nahelegt, dass es keiner ärztlichen Verordnung bedarf.

Eine Implementierung der Versorgungsform in die Routineversorgung wurde seitens des GBA jedoch am 21. Juni 2024 nicht empfohlen. Als Hauptgrund wurden die Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation angegeben, die keine statistisch signifikanten Ergebnisse in den primären und den meisten der sekundären Endpunkte zeigen konnten. Die Validität der Ergebnisse wurde ebenso kritisch betrachtet. Die qualitativen Erhebungen, die u.a. eine große Akzeptanz der Versorgung bei Patienten und Leistungserbringern, als auch eine hohe Patientenzufriedenheit berichteten, konnten die Nicht-Empfehlung nicht ändern.

KSVPsych-Richtlinie

Die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL) regelt u. a. die Voraussetzungen für eine Finanzierung der Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung (§ 92 Abs. 6b SGB V). Die Finanzierung ist an

strukturelle und qualitative Bedingungen geknüpft, die von Leistungserbringern und Netzverbänden erfüllt werden müssen.

Teilnahmevoraussetzungen für Leistungserbringer sind dabei: ein Leistungserbringer muss (a) Mitglied in einem genehmigten Netzwerk sein, (b) über Kooperationsverträge mit einem Netzwerk verfügen oder (c) im begründeten Einzelfall zusätzlich eingebunden werden (z. B. zur Fortsetzung begonnener Behandlungen). Leistungserbringer sind dann berechtigt, Leistungen im Rahmen der Richtlinie zu erbringen (§ 3 Abs. 1).

Ein Netzwerk muss mindestens 10 zugelassene Fachärztinnen/Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten umfassen (davon je mind. 4 aus den Bereichen Psychiatrie/Psychotherapie bzw. ärztliche/psychologische Psychotherapie), sowie über Kooperationsverträge mit mindestens einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus (§ 108 SGB V), sowie weiteren Partnern aus Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege verfügen (§ 3 Abs. 3).

Anforderungen an den Netzwerk ist eine Genehmigung des Netzwerks durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (§ 3 Abs. 9). Er muss: (a) eine koordinierte Versorgung sicherstellen, (b) eine Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen anbieten, (c) verbindliche Gesamtbehandlungspläne erstellen, (d) Fallbesprechungen regelmäßig durchführen (mind. 2× pro Quartal), (e) ein Qualitätsmanagement etablieren und (f) digitale Kommunikation und Datenschutz gewährleisten.

Die Versorgung erfolgt leitliniengerecht, koordinationsgestützt und interdisziplinär auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans. Die Bezugsarzt/Bezugärztin oder der Bezugspsychotherapeut/Bezugspsychotherapeutin trägt die Hauptverantwortung, während die Koordination auch an nichtärztliche Fachkräfte mit entsprechender Qualifikation (z. B. Pflegefachpersonen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter) delegiert werden kann.

Die Finanzierung deckt nur Leistungen innerhalb des genehmigten Netzwerks ab. Parallele Behandlungen außerhalb des Netzwerks für dieselbe Diagnose sind ausgeschlossen. Die Finanzierung bezieht sich auf SGB-V-Leistungen (z. B. Psychotherapie, Medikamente, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege). Sie umfasst auch die Unterstützung beim Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Hierzu zählen z. B. eine strukturierte Entlassplanung und frühzeitige Einbindung des Netzwerks.

Die Wirksamkeit der Richtlinie wird durch den G-BA innerhalb von fünf Jahren evaluiert, um ggf. Anpassungen vorzunehmen. Die erste Zwischenevaluation erfolgte am 30. Januar 2024 und geht auf Herausforderungen bei der Etablierung der Netzwerke ein. Unter den gegebenen Bedingungen haben sich nur wenige Netzwerke gegründet. Die Anpassung der Richtlinie wurde vom GBA am 17.10.2024 initiiert. Die Ausweitung auf Demenzen ist in dieser Richtlinie unseres Wissens nicht geplant. Trotzdem stellt sie ein Beispiel für die rechtliche Umsetzung dar, an der sich Dementia Care Management in einer Region orientieren könnte.

Patientenlotsentag

Die Veranstaltung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke, der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management sowie dem Bundesverband Managed Care organisiert. Ziel des Tages war es, die Vernetzung und Zusammenarbeit von Patientenlotsen-Projekten zu fördern und die Patientenlotsenarbeit innerhalb und zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen zu stärken.

Der Tag der Patientenlotsen ist eine jährliche Veranstaltung, die dazu dient, die Arbeit von Patientenlotsinnen und -lotsen in Deutschland zu würdigen und zu fördern. Patientenlotsen unterstützen Menschen mit komplexen Erkrankungen und Versorgungslagen bei der Bewältigung ihres Alltags und helfen ihnen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Im Jahr 2023 lag ein besonderer Fokus auf der regionalen Verankerung von Patientenlotsen und der Entwicklung sektorübergreifender Lösungen für die Versorgung. Die Veranstaltung bot eine Plattform für den Austausch von Erfahrungen und die Vernetzung von über 50 Patientenlotsen-Projekten, die in unterschiedlichen Indikationen Menschen mit komplexen Versorgungslagen unterstützen. Welche Möglichkeiten im Sozialleistungssystem für die Installierung von Patientenlotsen bereits gegeben sind, zeigte der Sozialrechtsexperte Prof. Dr. jur. Gerhard Igl mit einem detaillierten Rechtsgutachten auf. Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass die leistungsrechtliche Zuordnung dem SGB V, dem SGB XI oder SGB übergreifend geschehen könnte. Inhaltlich betroffen sein vor allem SGB V und SGB XI, teilweise aber auch SGB IX und SGB XII. Da bei Patientenlotsen ein enger Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen besteht, bietet sich SGB V vorrangig an. Im SGB XI könnte dann auf die entsprechenden Regelungen Bezug genommen werden, ebenso müssten im SGB XI die Leistungen von Patientenlotsen mit den Leistungen im Pflegepunkt abgestimmt werden. Träger von Patientenlotsen könnten anhand verschiedener Muster für die Organisation von Trägerschaft SGB V und SGB XI enthalten Muster für die Organisation der Trägerschaft, z.B. Pflegeeinrichtungen nach SGB XI, Krankenpflegedienste nach SGB V oder Pflegestützpunkte nach SGB XI sein. Zur Qualifikation der Patientenlotsen wurde resümiert kein neues Berufsbild zu schaffen, Weiterbildung auf Primärqualifikation in Gesundheitsfachberufen mit 3-jähriger Ausbildung als auch Weiterbildung in 2 Dimensionen (Care und Case Manager Qualifikationen und Kenntnissen in bestimmten Bereichen des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) wäre zu fordern.

Fachgespräch

Am 25. Februar 2025 fand ein digitaler Expertenaustausch zwischen dem Projektkonsortium und zwei eingeladenen Experten für Sozial- und Rechtswissenschaften und

Pflegewissenschaft statt. Hierbei sollten basierend auf den bisherigen Erkenntnissen aus RoutineDeCM mögliche nachhaltige Finanzierungsoptionen diskutiert werden.

Nach einer Projektvorstellung wurden die in vorangegangenen Studien bereits gezeigte Wirksamkeit und der Nutzen des DCM-Modells nochmals betont: Neben positiven Effekten auf Versorgung, Lebensqualität und Medikamenteneinsatz zeigte das Modell auch klare Entlastungseffekte für Angehörige und Hausärztinnen und Hausärzte. Die Relevanz von DCM wurde durch die Aufnahme in die S3-Leitlinie „Demenzen“ und durch die nationale Qualifizierung über das InDePendent-Curriculum zusätzlich unterstrichen.

Zentrales Ziel des Treffens war es, Optionen für eine langfristige Verankerung und Finanzierung von DCM über bestehende Sozialgesetzbücher (v. a. SGB V und XI) zu diskutieren. Dabei wurde u. a. ein Gutachten des RubiN-Projekts vorgestellt, das verschiedene rechtliche Wege aufzeigt – jedoch auch die aktuelle Unsicherheit unterstreicht.

Die Prozessevaluation des Projekts RoutineDeCM zeigte, dass die Implementierung von DCM in verschiedenen Versorgungssettings (z. B. Krankenhaus, Ärzteverbund, Pflege- und Beratungsstellen) je nach Organisationsstruktur unterschiedlich herausfordernd war.

In der anschließenden Diskussion wurden verschiedene Perspektiven zusammengeführt:

- Der hohe Regulierungsgrad im Gesundheitssystem wurde als hinderlich für flexible und integrierte Versorgung kritisiert.
- Es wurde betont, dass Case Management eine eigene koordinierende Funktion hat und nicht als Delegation ärztlicher Aufgaben missverstanden werden darf.
- Die Stärkung regionaler Netzwerke, die Einbindung kommunaler Akteure und die bedarfsgerechte Finanzierung über trägerübergreifende Modelle wurden als zentrale Lösungsansätze genannt.
- Zudem wurde auf bestehende Lücken in der Pflegeberatung, der interprofessionellen Zusammenarbeit und im Berufsrecht der Pflegeberufe hingewiesen.
- Die Teilnehmenden forderten, Modellprojekte wie RoutineDeCM als Impulsgeber für eine grundlegende Strukturreform zu nutzen.

Die Diskussion schloss mit einem klaren Appell: Für eine zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit Demenz braucht es mutige gesetzgeberische Schritte, tragfähige Finanzierungsmodelle und die strukturelle Anerkennung koordinierender Fachrollen wie der Dementia Care Managerinnen und Manager.

Das gesamte Protokoll des Fachgesprächs befindet sich in Anhang 8.

8. Gender Mainstreaming Aspekte

Genderaspekte wurden in der Planung, Umsetzung und Analyse durchgehend berücksichtigt. Die Zusammensetzung des Projektteams sowie der Beiräte war geschlechtergemischt. Auf

wissenschaftlicher Projekt- und Leitungsebene war der Frauenanteil mehr als die Hälfte, auf Ebene der Dementia Care Manager lag der Frauenanteil bei 75%, was der üblichen Geschlechterverteilung im Versorgungsfeld entspricht. Die Auswertung berücksichtigt geschlechtsbezogene Unterschiede, etwa im Bildungshintergrund, in der Inanspruchnahme von Leistungen und in der pflegerischen Belastung.

9. Diskussion der Ergebnisse / Gesamtbeurteilung

Das Projekt RoutineDeCM konnte im Rahmen der Projektlaufzeit alle konkreten Projektziele erreichen. Dementia Care Management wurde in der Region Siegen-Wittgenstein modellhaft implementiert (Projektziel 1). Diese Implementierung erfolgte mit Hilfe einer partizipativen Entwicklung der Implementierungsstrategie durch Co-Design, Co-Produktion und Co-Evaluation der beteiligten Partnerinnen und Partner (Projektziel 2) und Qualifikation bereits in der Versorgung integrierten Dementia Care Manager (Projektziel 5). Die Implementierung wurde durch eine wissenschaftliche Prozessevaluation begleitet (Projektziel 3), und die patientenbezogenen Effekte quantitativ beschrieben (Projektziel 4). Darüber hinaus wurden durchgehend Refinanzierungsmöglichkeiten geprüft und Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Implementierung in die Regelversorgung entwickelt (Projektziel 6). Die Ergebnisse wurden in verschiedenen Formaten, darunter dem Format der Nationalen Demenzstrategie, disseminiert (Projektziel 7).

Im Großen und Ganzen zeigt das Projekt RoutineDeCM, dass ein evidenzbasiertes, komplexes Versorgungsmodell erfolgreich in die Regelversorgung überführt werden kann – auch unter realen, nicht-experimentellen Bedingungen. Dabei verdeutlichen die bisherigen Analysen, dass sich sowohl auf Ebene der teilnehmenden Personen mit Demenz und ihrer Angehörigen als auch auf struktureller Ebene substantielle Effekte erzielen lassen.

9.1 Versorgungswirksamkeit in der Routinepraxis

Die ungedeckten Bedarfe konnten im Rahmen der Intervention stark reduziert werden. Der Effekt hielt auch nach der aktiven Interventionsphase an und zeigt sich konstant zum zweiten Follow-Up, dies spricht für eine nachhaltige Wirkung und verbesserte Anbindung der Teilnehmenden an das regionale Versorgungssystem.

In der Alltagsfunktionalität zeigt sich ein gemischtes Bild. Während weniger Personen Zeichen von Vulnerabilität oder Gebrechlichkeit zeigen, sinkt der Hilfebedarf nicht maßgeblich. Da hier jedoch der Umfang der erforderlichen Hilfe nicht miterfasst ist, steht die Senkung der Gebrechlichkeitsanzeichen im Vordergrund und kann als Interventionserfolg gedeutet werden. Die subjektive Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bleiben ebenfalls stabil. Ein positiver Einfluss von Dementia Care Management auf Gesundheit und Lebensqualität konnten bereits in Delphi-MV und intersec-CM gezeigt werden ^{4 5 43-46}.

Die hausärztliche Versorgung war bereits zu Beginn der Intervention sehr hoch, weswegen kein Interventionsbedarf bestand. Der Rückgang der fachärztlichen Kontakte kann auch eine abgeschlossene Diagnostik hindeuten, da gerade zu Beginn einer dementiellen Erkrankung Differentialdiagnostik durchgeführt wird, die Weiterbetreuung im Verlauf der Erkrankung wird meist durch hausärztliche Versorgung abgedeckt. Dies ist also kein Zeichen für eine schlechtere fachärztliche Betreuung.

In der pflegerischen Versorgung gab es deutliche Veränderungen. So steigt der Anteil der Personen, die ambulant gepflegt werden deutlich. Dies kann sowohl auf einen gestiegenen pflegerischen Bedarf hindeuten, was sich jedoch in den stabil gebliebenen Werten zum Gesundheitszustand und zur Alltagskompetenz nicht in diesem Umfang bestätigt. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass es sich hier um ein Zeichen besserer und besser organisierter Versorgung handelt. Bezahlte Haushaltshilfen kommen ebenfalls häufiger zum Einsatz, was im gleichen Muster erklärbar ist. Parallel dazu steigt auch der Anteil, derjenigen Teilnehmenden, die einen Pflegegrad haben und Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Der Anteil der Teilnehmenden, die ihren Pflegegrad als passend empfinden ist im Rahmen der Intervention deutlich gestiegen, was auf eine gute Begleitung durch die Dementia Care Manager hinweist.

Die Daten der Medikamentenanamnese deuten darauf hin, dass Personen, die über pflege- oder kliniknahe Strukturen rekrutiert wurden, durchgängig stärker von Polypharmazie betroffen waren als jene, die über primärärztliche oder beratende Einrichtungen eingeschlossen wurden. Dies könnte auf einen schlechteren Allgemeinzustand und höhere Multimorbidität in diesen Gruppen hinweisen. Der Einsatz von Antidementiva war insgesamt stabil und in einigen Einrichtungen (z. B. Ärztenetz, Angehörigenberatung) relativ hoch. Die sehr niedrigen Quoten in pflegenahen Kontexten – insbesondere der völlige Verzicht in einer Gruppe – sollten weitergehend analysiert werden, da dies auf eine mögliche Unterversorgung hindeuten könnte.

Der Rückgang des Anteils der Teilnehmenden die stationär im Krankenhaus versorgt wurden könnte die verbesserte Versorgung und Anbindung an ambulante Pflege und Unterstützung bestätigen. Ein ähnlicher Effekt wurde in der intersec-CM Studie gezeigt⁴³. Es ist zu vermuten, dass der Anteil der Personen sinkt, welche primär aus pflegerischen Notfällen im Krankenhaus versorgt werden.

Die Belastung der Angehörigen durch die Übernahme der Versorgung zeigt sich über den Studienzeitraum als stabil. Basierend auf anderen Studien mit Kontrollgruppen^{5 43} wäre in einem vergleichbaren Zeitraum ohne Intervention eine Verschlechterung zu erwarten, eine Stabilisierung kann somit als Erfolg der Intervention betrachtet werden.

Die Ergebnisse der Baselineerhebung liefern wichtige Erkenntnisse über die Vielfalt der Versorgungsrealitäten in der Region: Unterschiede zwischen den teilnehmenden

Einrichtungen sowie zwischen den Geschlechtern und Generationen der pflegenden Angehörigen zeugen von einer stark ausdifferenzierten Zielgruppe mit teils sehr unterschiedlichen Bedürfnissen. Gerade die Möglichkeit, mithilfe der VMS-gestützten Bedarfserhebung sehr spezifische, personen- und kontextbezogene Versorgungspläne zu erstellen, erwies sich als ein zentraler Mehrwert der Intervention.

In den Follow-Up-Ergebnissen zeigt sich, dass das Dementia Care Management-Modell in der Praxis handhabbar und anschlussfähig ist – vorausgesetzt, es wird an die jeweilige Region angepasst und aktiv in bestehende Netzwerke integriert. Besonders hervorzuheben ist hierbei die erfolgreiche Kombination aus standardisierten Abläufen und individualisierter Betreuung, die eine passgenaue Versorgung im Alltag ermöglicht.

9.2 Erfolgsfaktor Netzwerkbildung

Ein Schlüsselfaktor für das Gelingen der Implementierung war der Aufbau eines interprofessionellen und sektorenübergreifenden Netzwerks aus regionalen Akteurinnen und Akteuren. Die Konsortialpartnerinnen und -partner aus Beratung, Klinik, Pflege und Wissenschaft haben nicht nur ihre jeweilige Expertise eingebracht, sondern durch regelmäßige Koordination, gemeinsame Veranstaltungen und öffentliche Sichtbarkeit einen wesentlichen Beitrag zur regionalen Verankerung des Projekts geleistet. Die Kooperation auf Augenhöhe, die Offenheit für gegenseitige Lernprozesse sowie die Bereitschaft zur Umverteilung von Ressourcen in herausfordernden Situationen (z. B. bei personellen Ausfällen) zeigen, dass Implementierung nicht nur eine Frage technischer Machbarkeit, sondern auch sozialer und institutioneller Bereitschaft ist.

9.3 Limitationen und überregionale Übertragbarkeit

Trotz der Erfolge ist eine zentrale Limitation des Projekts die regionale Gebundenheit der Implementierung: Die Erkenntnisse und Ergebnisse beziehen sich primär auf die Region Siegen-Wittgenstein. Strukturelle, demografische oder kulturelle Unterschiede in anderen Regionen können die Übertragbarkeit erschweren. Dies gilt insbesondere für die Verfügbarkeit qualifizierten Personals, bestehende Versorgungsinfrastrukturen oder lokale Netzwerke. Auch das Verständnis von Demenz und der Umgang mit Pflege in der Bevölkerung kann regional stark variieren und Einfluss auf Rekrutierung, Bedarfe und Kooperationsbereitschaft haben.

Diese Herausforderung konnte im Rahmen von RoutineDeCM gut bewältigt werden – unter anderem durch einen iterativen Anpassungsprozess, die Einbindung von Betroffenen und Angehörigen in die Gestaltung sowie durch eine hohe methodische Flexibilität bei der Umsetzung. Die dabei entwickelten Lösungsstrategien, insbesondere im Umgang mit institutionellen Differenzen und regionaler Diversität, können künftig als Orientierungshilfe für andere Regionen dienen.

Gleichwohl bleibt die regionale Adaptation ein kritischer Erfolgsfaktor, der bei jeder neuen Implementierung neu adressiert werden muss. Die Erfahrungen aus RoutineDeCM verringern jedoch die Einstiegshürden für Folgeprojekte erheblich und ermöglichen ein gezielteres Projektmanagement und Erwartungsmanagement auf allen Ebenen.

9.4 Handlungsempfehlungen und deren Begründung gemäß der Prozessevaluation

Die folgenden Handlungsempfehlungen fassen deshalb zentrale Erkenntnisse aus der Prozessevaluation für die generelle Implementierung in einer neuen Region zusammen. Sie basieren auf den Erfahrungen der beteiligten Akteure im Projektverlauf und adressieren zentrale Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung unabhängig von der konkreten Region Siegen-Wittgenstein.

Tabelle 14: Handlungsempfehlungen aus der Prozessevaluation

Handlungsempfehlung	Begründung
Partizipative Einbindung der Dementia Care Manager in Pilotstudien und Anpassungsprozesse	Erhöht Identifikation und Verständnis für die Intervention, erleichtert Umsetzung
Gemeinsame Vision für die Verbesserung der regionalen Demenzversorgung entwickeln und kommunizieren	Motiviert alle Beteiligten und schafft ein gemeinsames Ziel
Implementierung an die individuellen Strukturen der Leistungserbringer anpassen Regelmäßige und effektive Austauschformate zwischen Dementia Care Managern und Management etablieren	Ermöglicht bessere Integration und Nutzung bestehender Ressourcen Fördert Zusammenarbeit und Wissensaustausch
Kontinuierliches Feedback zum digitalen Instrument (IMS) einholen und technische Anpassungen vornehmen	Verbessert Nutzbarkeit und Akzeptanz des Systems
Weiterbildung und Rollenverständnis der Dementia Care Manager an die praktischen Anforderungen anpassen	Erhöht Passgenauigkeit der Qualifikation und Wirksamkeit der Intervention
Förderung der intra- und transorganisationalen Zusammenarbeit und Netzwerkbildung	Stärkt die Versorgungskontinuität und Ressourcenbündelung
Breite Rekrutierungsstrategie für DeCM-Nutzende und Öffentlichkeitsarbeit	Erhöht Reichweite und Zugänglichkeit der Intervention
Information und Einbindung regionaler Akteure und Entscheidungsträger	Sichert Unterstützung und Anschlussfinanzierung
Ressourcen- und Wissensbündelung zwischen den Leistungserbringern	Ermöglicht Synergien und effizientere Umsetzung

Positive Haltung und Identifikation der Dementia Care Manager und Management fördern	Erhöht Engagement und Nachhaltigkeit der Intervention
Aufbau und Pflege eines regionalen Demenznetzwerks	Sichert langfristige Zusammenarbeit und Sichtbarkeit der Intervention

9.5 Handlungsbedarfe und Umsetzungsmöglichkeiten für eine Verstetigung in der Regelversorgung

Die nachfolgende Übersicht stellt zentrale Handlungsfelder dar, die für eine langfristige Implementierung und strukturelle Verankerung des Dementia Care Managements in der Regelversorgung relevant sind. Sie zeigt auf, welche Optionen bereits auf Grundlage bestehender gesetzlicher und struktureller Rahmenbedingungen umsetzbar sind und in welchen Bereichen weitergehende Anpassungen erforderlich wären, um zusätzliche Handlungsspielräume zu eröffnen.

Tabelle 15: Umsetzungsmöglichkeiten für eine Verstetigung in der Regelversorgung

Handlungsfeld	Bereits umsetzbar (aktuelle Optionen)	Erforderliche Veränderungen für zusätzliche Optionen
Sozialgesetzgebung (SGB)	• Nutzung von Modellprojekten nach § 64d SGB V • Finanzierung regionaler Netzwerke über § 45c Abs. 9 SGB XI • Pflegeberatung über § 7a SGB XI durch bestehende Strukturen	• Gesetzliche Anpassungen im SGB V/XI zur klaren Leistungszuordnung, Vergütung und Definition der Rolle von DeCM sind notwendig. • Es fehlen bundesweite Standards und eine eindeutige Verortung im Sozialrecht • SGB-übergreifende Regelung im SGB I zur Integration interdisziplinärer Leistungen- Erweiterung der KSV-Psych-Richtlinie um F-Diagnosen (Demenz) • Reform der Leistungslogik im SGB XI hin zu personenzentrierten Ansätzen
Regelversorgung/ Versorgungspfade	• Umsetzung über Versorgungsverträge nach § 140a SGB V möglich (theoretisch) • Nutzung des InDePendent-Ansatzes auf Basis von § 63 Abs. 3c SGB V	• Entwicklung strukturierter rechtlicher Rahmenbedingungen für integrierte Versorgungsnetzwerke • Strukturelle und rechtliche Verankerung der Kooperation in der Regelversorgung fehlt. • Klare Schnittstellen und Verantwortlichkeiten müssen geschaffen werden • Einführung eines neuen Paragraphen oder Subsystems zur Förderung von Case-Management-Leistungen • Systematische, dauerhafte Vergütungsmodelle (z.B. Komplexpauschalen, Strukturzuschläge) für Case-/Care-Management-Leistungen fehlen. • Überführung erfolgreicher Modelle in die Regelversorgung ist bislang nicht gesichert. • Finanzierung und rechtliche Rahmenbedingungen für dauerhafte Implementierung fehlen. • Antragstellung für neue Förderphase (§123 SGB XI) ist erst seit 2025 möglich.
Finanzierung	• Projektförderung über Forschungsprogramme (z. B. DECIDE II) • Nutzung von Budgets nach SGB IX (persönliches Budget, Eingliederungshilfe)	• Etablierung eines trägerübergreifenden, regelhaften Finanzierungsmodells (z. B. analog Eingliederungshilfe SGB IX) • Kommunale Finanzierungsverantwortung für koordinierte Versorgung

Berufsrecht & Qualifikation	• Qualifizierung von Dementia Care Managern nach anerkanntem Curriculum möglich	• Flächendeckende Qualifizierung, Finanzierung und rechtliche Verankerung in der Regelversorgung fehlen. • dauerhafte Refinanzierung ist erforderlich. • Verzahnung und inhaltliche Passung zu den pflegerischen Vorbehaltsaufgaben (§ 4 PfBG) und den im Entwurf des Pflegekompetenzgesetz (PKGG) vorgeschlagenen “erweiterten Kompetenzen/heilkundlichen Tätigkeiten”, hier: “Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind.”
Pflegeberatung & -strukturen	• Pflegekassen übernehmen gesetzlich vorgesehene Beratung (§ 7a, § 7c SGB XI)	• Verlagerung der Beratungsverantwortung auf kommunale Akteure und Trägerinstitutionen • Stärkung kommunaler Pflegestützpunkte als zentrale Koordinierungsstellen
Digitalisierung & Prozessmanagement	• Nutzung des Interventions-Managementsystems (IMS) als Steuerungsplattform im Projektkontext	• Integration digitaler Steuerungsinstrumente in die Regelversorgung (gesetzliche Verankerung von IMS-ähnlichen Systemen) • interoperable Datenstrukturen für koordinierte Versorgung
Kommunale und regionale Netzwerke	• Entwicklung und Erprobung in Modellregionen wie Siegen-Wittgenstein • Einbezug von Sozialarbeit, Ergotherapie und Soziotherapie (s.a. § 37a SGB V)	• Gesetzliche Verankerung von DeCM als regionale Versorgungsform mit eigener Rechtsform oder Struktur • Verpflichtung zur Netzwerkbildung auf kommunaler Ebene • Übertragbarkeit und Integration in die Regelversorgung aller Settings ist noch nicht gewährleistet. • Anpassung an regionale und strukturelle Besonderheiten notwendig.
Zugang zur Versorgung	• Erste Kontaktaufnahme über Hausärzte, Pflegedienste, spezialisierte Beratungsangebote	• Verzahnung und Koordination generalistischer und spezialisierter Versorgungsangebote durch formalisierte Schnittstellen
Evaluation & Qualitätssicherung	• Prozessevaluationen durch Projektförderung möglich	• Verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen für koordinierte Versorgung in der Regelversorgung (z. B. über G-BA Richtlinien)

9.6 Gesamtbeurteilung und Ausblick

RoutineDeCM demonstriert, wie wissenschaftlich fundierte Versorgungskonzepte in die Praxis überführt werden können – wenn methodische Strenge, partizipative Haltung und regionale Einbindung Hand in Hand gehen. Die vorliegenden Erkenntnisse bilden eine solide Basis für die Weiterentwicklung des Dementia Care Management-Modells und dessen Ausweitung auf andere Regionen.

Die Ergebnisse bestätigen nicht nur die Versorgungsrelevanz von Dementia Care Management, sondern liefern auch wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie. Besonders hervorzuheben ist, dass durch RoutineDeCM nicht nur eine Intervention implementiert wurde, sondern dass regionale Versorgungsstrukturen dauerhaft gestärkt wurden – ein Effekt, der über die Projektlaufzeit hinaus nachwirken dürfte.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Ein zentrales Anliegen des Projekts RoutineDeCM war es von Beginn an, die Ergebnisse nicht nur wissenschaftlich aufzubereiten, sondern auch zielgruppenorientiert und praxisnah aufzubereiten und in die Öffentlichkeit zu tragen. Die Kommunikationsstrategie folgte dabei einem mehrschichtigen Ansatz: Sie richtete sich sowohl an Fachöffentlichkeiten (z. B. Politik, Versorgung, Wissenschaft) als auch an Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und interessierte Bürgerinnen und Bürger in der Region.

10.1 Wissenschaftliche Dissemination

Die wissenschaftliche Aufarbeitung der Projektergebnisse erfolgt kontinuierlich über Vorträge auf Fachkonferenzen, die Veröffentlichung von Studienprotokollen und Ergebnispapieren in Peer-Review-Zeitschriften sowie durch Vernetzung innerhalb relevanter Fachgremien. Bereits während der Laufzeit wurden mehrere Fachbeiträge publiziert^{11 12 38-40} und Ergebnisse auf nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt (z. B. European Implementation Event 2023, DGGG & DGG 2022), siehe Kapitel 12.

Das Projekt hat damit zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung des Dementia Care Managements in der Versorgungspraxis beigetragen und eine hohe Sichtbarkeit auf nationaler, wie internationaler Ebene erreicht.

Des Weiteren ist aus dem Pilotprojekt DelpHi-SW die Doktorarbeit von Dr. Katja Seidel zum Thema *Partizipative Ansätze in der Demenzversorgungsforschung: Forschungsstil und gesundheitspsychologischer Auftrag* entstanden⁴⁷. Diese Arbeit beinhaltet Publikationen, welche ebenfalls in der Publikationsübersicht gelistet sind, zu den Themen Adaptation von

Dementia Care Management, Barrierenanalyse, Erfassung von Akzeptanz, Machbarkeit und Umsetzbarkeit sowie den psychologischen Effekten von partizipativer Forschung.

10.2 Regionale Öffentlichkeitsarbeit und Teilhabestrategie

Parallel zur wissenschaftlichen Dissemination wurde ein starker Fokus auf regionale Informations- und Austauschformate gelegt. Ziel war es, das Thema Demenzversorgung in der Region Siegen-Wittgenstein zu enttabuisieren, über Unterstützungsangebote zu informieren und den Wissenstransfer zwischen Versorgung, Forschung und Bevölkerung zu stärken.

Zu den zentralen Maßnahmen zählten:

- Aufbau und Pflege einer eigenen Projektwebseite (www.netzwerk-decm.de), die unter der Federführung der Gesundheitsregion Siegerland entstand und seit Anfang 2023 online ist.
- Veröffentlichungen in Fach- und Regionalmedien, u. a. im Siegener Forschungsmagazin, in der Siegener Zeitung, in der Fachzeitschrift Neurologie & Psychiatrie sowie im Rahmen von Beiträgen durch das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz.
- Beteiligung an lokalen Gremien und Netzwerken wie dem Runden Tisch Demenz Siegen-Wittgenstein.
- Teilnahme an regelmäßigen Veranstaltungen zur Projektvorstellung in kommunalen Strukturen, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen sowie Fortbildungsveranstaltungen.

10.2.1 Abschlussveranstaltung 2024

Ein besonderes Highlight war die öffentliche Abschlussveranstaltung im Frühjahr 2024, zu der alle Projektteilnehmenden, Angehörige, Kooperationspartnerinnen und -partner, regional Entscheidungstragende sowie Interessierte eingeladen wurden. Diese Veranstaltung diente nicht nur der offiziellen Würdigung der Projektlaufzeit, sondern vor allem der transparenten Rückmeldung erster Ergebnisse an diejenigen, die zum Erfolg des Projekts beigetragen haben.

Die Veranstaltung war sehr gut besucht und zeichnete sich durch eine offene, dialogorientierte Atmosphäre aus. Erste Ergebnisse wurden in allgemeinverständlicher Form präsentiert und durch Erfahrungsberichte der Dementia Care Manager sowie teilnehmender Angehöriger ergänzt. Das Feedback der Besuchenden war durchweg positiv – besonders hervorgehoben wurden die persönliche Ansprache, die Wertschätzung des Engagements sowie das sichtbare Bemühen um eine nachhaltige Veränderung in der regionalen Versorgungsstruktur.

Mit dieser Abschlussveranstaltung konnte ein wertvoller Kreis zwischen Forschung, Praxis und Zielgruppe geschlossen werden – ein Beispiel gelebter partizipativer Versorgungsgestaltung.

10.2.2 Vorstellung auf regionalen und überregionalen Netzwerktagungen

Am 8.11.2023 wurde durch einen Plenarvortrag auf der durch das entstandene Netzwerk organisierten Netzwerktagung das Thema Demenz und Demenzversorgung den Teilnehmenden nähergebracht. Die Teilnehmenden rekrutierten sich hauptsächlich aus den regionalen Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens, es waren auch kommunale Vertreterinnen und Vertreter anwesend. Die Veranstaltung hat dabei neben dem fortbildenden Charakter auch noch den Zweck Netzwerke zu etablieren, auszuweiten, aber auch Impulse aus anderen Bereichen aufzunehmen. Mit dem Beitrag wurde zu dem Thema Demenzversorgung aufgeklärt als auch das Netzwerk und somit die Arbeit der DeCMs vorgestellt. Dies erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem bereits Menschen versorgt wurden. Auf der Netzwerktagung am 20. November 2024 konnten bereits Ergebnisse in einem Workshop zum Thema Dementia Care Management vorgestellt und diskutiert werden.

Eine überregionale Diskussion des Projektes und Dementia Care Managements erfolgte auch im Rahmen des 2. Patientenlotsentags 2023 in Berlin. Auch hier wurde in einem Workshop mit den Teilnehmenden der Veranstaltung die Chancen und Herausforderungen der Implementierung eines solchen Ansatzes in einer Region kritisch diskutiert und die Herangehensweise des Projekts dargestellt.

Auf nationaler Ebene erfolgte eine eingehende Darstellung im Rahmen der Netzwerktagung der Nationalen Demenzstrategie in Berlin am 19. September 2024. In Arbeitsgruppe 2 (Beratung und Begleitung für Menschen mit Demenz und Angehörige) wurden die Ergebnisse auch durch andere Teilnehmende bestärkt, da das generelle Fazit war, "dass man am meisten erreicht, wenn man im Verbund mit gleichgesinnten Partnerinnen und Partnern arbeitet und dass partizipative Prozesse zwar mehr Zeit benötigen, sich dies aber in der Umsetzung auszahlt". Ebenso wurden Schnittstellen in der Versorgung als neuralgische Punkte identifiziert und eine fehlende, nachhaltige Finanzierung besprochen.

11. Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Projekt RoutineDeCM wurden nicht nur wissenschaftlich aufbereitet und öffentlich kommuniziert (z.B. über die Netzwerkhomepage: <https://www.netzwerk-decm.de/netzwerk/>) sondern sind auch bereits in konkrete Folgeprojekte und Strukturen überführt worden. Damit leistet RoutineDeCM einen aktiven Beitrag zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Demenz – sowohl in der Region Siegen-Wittgenstein als auch darüber hinaus.

11.1 Verstetigung des Angebots in der Region

Im Anschluss an die geförderte Projektlaufzeit wurde mithilfe einer Anschlussfinanzierung durch die Sparkassenstiftung eine Zwischenlösung geschaffen, die den weiteren Einsatz von Dementia Care Management in der Region sicherstellte. Diese Finanzierung ermöglichte es, die bereits aufgebauten Strukturen und qualifizierten Fachkräfte weiterhin einzusetzen und somit eine Versorgungskontinuität für bestehende und neue Teilnehmende zu gewährleisten – ein entscheidender Beitrag zur Vermeidung eines Versorgungsvakuums und zur institutionellen Verankerung des Ansatzes.

Die Zwischenfinanzierung kann als Brücke gewertet werden, die einen nahtlosen Übergang in ein neues, groß angelegtes Folgeprojekt ermöglichte, das Anfang 2025 gestartet ist.

11.2 Folgeprojekt ab 2025: Kombination von Dementia Care Management und Advanced Care Decision-Making

Das neue Projekt, das Anfang 2025 begonnen hat, ist ein integrativer Zusammenschluss von zwei inhaltlich und strukturell komplementären Ansätzen: RoutineDeCM und DECIDE ^{48 49}. Während RoutineDeCM den Schwerpunkt auf die kooperative, bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Demenz legt, fokussiert sich DECIDE auf Fragen der Vorsorgeplanung, insbesondere auf Patientenverfügungen, den Patientenwillen sowie die Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz.

Im Rahmen des neuen Projekts wird das Dementia Care Management flächendeckend allen Teilnehmenden angeboten – unabhängig davon, ob sie im zweiten Schritt auch am Advanced Care Decision-Making (ACD) teilnehmen. Somit bildet Dementia Care Management die Grundlage der leitliniengerechten Versorgung. Der differenzierte Versorgungsansatz wird dadurch weiterentwickelt und um eine wichtige ethische und rechtliche Dimension ergänzt.

Diese Kombination bietet mehrere Vorteile:

- Früher Zugang zu strukturierter Unterstützung und Begleitung
- Rechtzeitige Auseinandersetzung mit Fragen der Lebens- und Behandlungsperspektive (ACD)
- Stärkung von Autonomie und Teilhabe der Betroffenen
- Stärkung der Angehörigen und Sicherheit im Umgang mit Entscheidungen
- Sensibilisierung des Versorgungssystems für die Relevanz der Patientenverfügung in der Demenzversorgung

11.3 Strategische Verwertung auf struktureller Ebene

Die im Rahmen von RoutineDeCM entwickelten Arbeitsweisen, Netzwerkstrukturen, digitalen Werkzeuge und Qualifikationsformate werden im neuen Projekt weiterverwendet, evaluiert und bei Bedarf angepasst. Zudem wurde die Methodik in regionale Demenznetzwerke eingebettet

und findet auch Eingang in überregionale Diskurse – etwa im Kontext der Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie und der Diskussion um integrative, patientenzentrierte Versorgungsmodelle im höheren Lebensalter.

Die Verwertungsperspektive des Projekts geht damit über die reine Ergebnisweitergabe hinaus: RoutineDeCM ist ein lebendiges Beispiel für die Translation von Forschung in Versorgung – mit konkreten Effekten auf Praxis, Struktur und Politik.

12. Publikationsverzeichnis

Zeitschriften- und Buchbeiträge

- Purwins, D., Fahsold, A., Quasdorf, T., Berthold, H., Klas, T., Albers, B., Seidel, K., Haberstroh, J., & Holle, B. (2023). Implementation of dementia care management in routine care (RoutineDeCM): a study protocol for process evaluation. *BMJ Open*, 13(8), e072185. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072185>
- Seidel, K. (2024). Partizipative Ansätze in der Demenzversorgungsforschung: Forschungsstil und gesundheitspsychologischer Auftrag [Dissertation Universität Siegen].
- Seidel, K., Quasdorf, T., Haberstroh, J., & Thyrian, J. R. (2022). Adapting a Dementia Care Management Intervention for Regional Implementation: A Theory-Based Participatory Barrier Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5478. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/9/5478>
- Seidel, K., Rupp, L., Thyrian, J. R., & Haberstroh, J. (2024). Adapting Dementia Care Management to a Regional German Context: Assessment of Changes in Acceptability, Appropriateness, and Feasibility. *J Appl Gerontol*, 43(12), 1985-1996. <https://doi.org/10.1177/07334648241258024>
- Seidel, K., Winiarski, C., Thyrian, J. R., & Haberstroh, J. (2024). The psychological effects of research participation on people with dementia: findings from a German exploratory interview study. *Front Dement*, 3, 1421541. <https://doi.org/10.3389/frdem.2024.1421541>
- Thyrian, J. R., Boekholt, M., Boes, C., Grond, M., Kremer, S., Herder-Peyrounette, A., Seidel, K., Theile-Schurholz, A., & Haberstroh, J. (2024). Implementing Dementia Care Management into routine care: protocol for a cohort study in Siegen-Wittgenstein, Germany (RoutineDeCM). *BMJ Open*, 14(6), e085852. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085852>.
- Thyrian JR, Fellgiebel A. Neue Versorgungsmodelle für Menschen mit Demenz. In: Bauer JM (ed.), Beckert C (ed.), Denkinger M (ed.), Wirth R (ed.). *Geriatric. Kohlhammer Verlag*; 4/2024. p. 672-678.

Präsentationen auf Kongressen und anderen Veranstaltungen

- Boekholt M., Seidel K., Theile-Schürholz A., Haberstroh J., Thyrian R. (2024, 11.10.2024) Adaptation und Implementierung eines Dementia Care Managements in einer Modellregion: Erfahrungen, Herausforderungen und Lösungsansätze – RoutineDeCM 12. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Fürth.
- Fahsold, A., Albers, B., Boekholt, M., Thyrian, J. R., & Holle, B. (2025, 08.05.2025). *Implementing "Dementia Care Management" in the Region of Siegen Wittgenstein - Results from the Process Evaluation* 4th International Conference of the German Society of Nursing Science, Berlin.
- Fahsold, A., Purwins, D., Quasdorf, T., Klas, T., Bertold, H., Albers, B., & Holle, B. (2023, 09.06.2023). How to evaluate implementation in different settings at the same time? Ideas and critical reflections from the ongoing RoutineDeCM project [Poster presentation]. European Implementation Event 2023, University of Basel.
- Haberstroh J, Thyrian J. Dementia Care/ Netzwerk partizipative Versorgungsforschung. Prozess-Evaluation "Medizin neu denken"; Veranstalter: Universität Siegen; 2022 März 25; Siegen.
- Thyrian J, Haberstroh J. Regionale Gesundheitsversorgung und Digitalisierung - Evidenz, Konzepte und Strategien der (Demenz-) Versorgungsforschung. Digitale medizin in Westfalen; Veranstalter: ZIG - Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe; 2022 März 17; Bielefeld.
- Thyrian J. Dementia Care Management - an update. Northsea Dementia Group Meeting; 2023 Mai 11; Amsterdam, Niederlande.
- Thyrian J, Haberstroh J. Vernetzte Versorgung mit Demenzlotsen in Siegen-Wittgenstein – RoutineDeCM. Clusterkonferenz.NRW; 2023 März 07; Düsseldorf.
- Thyrian JR. Herausforderungen in der Versorgungslandschaft. BMC-Kongress 2023; 2023 Apr. 18; Berlin.
- Thyrian J. Herausforderungen in der Versorgungslandschaft. XVI. DGGPP-Kongress "Gerontopsychiatrie 2023 - Krisen bewältigen"; 2023 Sept. 21; Haus der Technik, Essen.
- Thyrian J. 15 years of top quality science - Dementia Care Management. 15th anniversary of the DZNE; 2024 Juni 17; DZNE Bonn.
- Thyrian J. Impuls 2.1.1 Dementia Care Management. Netzwerktagung Nationale Demenzstrategie; 2024 Sept. 19; Berlin, Deutschland.
- Thyrian J. Vernetzte Versorgung mit Demenzlotsen in Siegen-Wittgenstein. Fachtag für Demenz; 2024 Nov. 20; Siegen-
- Thyrian J, Haberstroh J. Vernetzte Versorgung mit Demenzlosen in Siegen-Wittgenstein. Expertengespräch Dementia Care Management; 2025 Feb. 25; Universität Siegen.

13. Quellenverzeichnis

1. Blotenberg I, Hoffmann W, Thyrian JR. Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential. *Dtsch Arztebl Int* 2023;120(27-28):470-76. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0100
2. Eichler T, Thyrian JR, Dreier A, et al. Dementia care management: going new ways in ambulant dementia care within a GP-based randomized controlled intervention trial. *Int Psychogeriatr* 2014;26(2):247-56. doi: 10.1017/S1041610213001786 [published Online First: 20131023]
3. Dreier-Wolfgramm A, Michalowsky B, Austrom MG, et al. Dementia care management in primary care : Current collaborative care models and the case for interprofessional education. *Z Gerontol Geriatr* 2017;50(Suppl 2):68-77. doi: 10.1007/s00391-017-1220-8 [published Online First: 20170331]
4. Michalowsky B, Blotenberg I, Platen M, et al. Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Collaborative Dementia Care: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2024;7(7):e2419282. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.19282 [published Online First: 20240701]
5. Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, et al. Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2017;74(10):996-1004. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2124
6. BMFSFJ & BMG. Nationale Demenzstrategie. https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategiepdf, 2020.
7. Alzheimer Gesellschaft Siegen-Wittgenstein e.V. Unsere Angebote 2025 [Available from: <https://alzheimer-siegen.de/unsere-angebote/>].
8. Gesundheitsregion Siegerland eG. Die GRS 2025 [Available from: <https://www.gesundheitsregion-siegerland.de/die-grs/>].
9. Klinikum Siegen gGmbH. Über Uns 2025 [Available from: <https://klinikum-siegen.de/das-klinikum/ueber-uns/>].
10. Caritasverband Siegen-Wittgenstein e.V. Wir. Organigramm. 2025 [Available from: <https://caritas-siegen.de/wir/#orga>].
11. Purwins D, Fahsold A, Quasdorf T, et al. Implementation of dementia care management in routine care (RoutineDeCM): a study protocol for process evaluation. *BMJ Open* 2023;13(8):e072185. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072185
12. Thyrian JR, Boekholt M, Boes C, et al. Implementing Dementia Care Management into routine care: protocol for a cohort study in Siegen-Wittgenstein, Germany (RoutineDeCM). *BMJ Open* 2024;14(6):e085852. doi: 10.1136/bmjopen-2024-085852 [published Online First: 20240626]

13. Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2020;33(2):73-84. doi: 10.1177/0891988719882102
14. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997;48(5 Suppl 6):S10-6. doi: 10.1212/wnl.48.5_suppl_6.10s
15. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-14. doi: 10.1212/wnl.44.12.2308
16. Higginson IJ, Gao W, Jackson D, et al. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *J Clin Epidemiol* 2010;63(5):535-42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.014
17. Kalbe E, Kessler J, Calabrese P, et al. DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(2):136-43. doi: 10.1002/gps.1042
18. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006;35(5):526-9. doi: 10.1093/ageing/afl041 [published Online First: 20060606]
19. Ludwig K, Graf von der Schulenburg JM, Greiner W. German Value Set for the EQ-5D-5L. *Pharmacoeconomics* 2018;36(6):663-74. doi: 10.1007/s40273-018-0615-8
20. Mayer H. FIMA – Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2015;48(2):123-31.
21. Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 2015;350:h1258. doi: 10.1136/bmj.h1258 [published Online First: 2015/03/21]
22. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009;4(1):50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
23. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science* 2022;17(1):75. doi: 10.1186/s13012-022-01245-0
24. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science* 2015;10(1):21. doi: 10.1186/s13012-015-0209-1
25. Grant A, Treweek S, Dreischulte T, et al. Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *Trials* 2013;14:15. doi: 10.1186/1745-6215-14-15 [published Online First: 20130112]

26. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011;38(2):65-76. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7
27. Crowe S, Cresswell K, Robertson A, et al. The case study approach. *BMC Med Res Methodol* 2011;11:100. doi: 10.1186/1471-2288-11-100 [published Online First: 2011/06/29]
28. Yin RK. Case Study Research and Applications: Design and Methods. 6 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE 2018.
29. Smith JD, Li DH, Rafferty MR. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science* 2020;15(1):84. doi: 10.1186/s13012-020-01041-8
30. LimeSurvey: An Open Source survey tool [program]. Hamburg.
31. Kien C, Griebler U, Schultes M-T, et al. Psychometric Testing of the German Versions of Three Implementation Outcome Measures. *Global Implementation Research and Applications* 2021;1(3):183-94. doi: 10.1007/s43477-021-00019-y
32. Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, et al. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science* 2017;12(1):108. doi: 10.1186/s13012-017-0635-3
33. noScribe. AI-powered Audio Transcription (Version XXX) [program], 2024.
34. Edmonds WA, Kennedy TD. Mixed Methods, Case Studies, and Single-Case Approaches. In: Edmonds WA, Kennedy TD, eds. *An Applied Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc 2019.
35. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
36. MAXQDA 2022 [program]. Berlin, Germany: VERBI Software, 2022.
37. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 [program]. Armonk, New York: IBM Group, 2017.
38. Seidel K, Quasdorf T, Haberstroh J, et al. Adapting a Dementia Care Management Intervention for Regional Implementation: A Theory-Based Participatory Barrier Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(9):5478.
39. Seidel K, Rupp L, Thyrian JR, et al. Adapting Dementia Care Management to a Regional German Context: Assessment of Changes in Acceptability, Appropriateness, and Feasibility. *J Appl Gerontol* 2024;43(12):1985-96. doi: 10.1177/07334648241258024 [published Online First: 20240605]

40. Seidel K, Winiarski C, Thyrian JR, et al. The psychological effects of research participation on people with dementia: findings from a German exploratory interview study. *Front Dement* 2024;3:1421541. doi: 10.3389/frdem.2024.1421541 [published Online First: 20240807]
41. Kreis Siegen-Wittgenstein, Dezernat III., Schule B, Soziales und Jugend., Pflegebedarfsplanung 2023 nach §7 APG NRW für den Kreis Siegen-Wittgenstein, 2023.
42. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (iT.NRW)., Statistisches Landesamt. Kommunalprofil Kreis Siegen-Wittgenstein. Regierungsbezirk Arnsberg. Düsseldorf, 2024.
43. Boekholt M, Nikelski A, Schumacher-Schoenert F, et al. Supporting older people with cognitive impairment during and after hospital stays with intersectoral care management (intersec-CM)-results of a randomised clinical trial. *Age Ageing* 2025;54(2) doi: 10.1093/ageing/afaf011
44. Kracht F, Boekholt M, Schumacher-Schonert F, et al. Describing people with cognitive impairment and their complex treatment needs during routine care in the hospital - cross-sectional results of the intersec-CM study. *BMC Geriatr* 2021;21(1):425. doi: 10.1186/s12877-021-02298-4 [published Online First: 20210712]
45. Nikelski A, Keller A, Schumacher-Schonert F, et al. Supporting elderly people with cognitive impairment during and after hospital stays with intersectoral care management: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2019;20(1):543. doi: 10.1186/s13063-019-3636-5 [published Online First: 20190830]
46. Thyrian JR, Fiss T, Dreier A, et al. Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2012;13:56. doi: 10.1186/1745-6215-13-56 [published Online First: 20120510]
47. Seidel K. Partizipative Ansätze in der Demenzversorgungsforschung: Forschungsstil und gesundheitspsychologischer Auftrag Universität Siegen, 2024.
48. Baisch S, Abele C, Theile-Schurholz A, et al. Project DECIDE, part 1: increasing the amount of valid advance directives in people with Alzheimer's disease by offering advance care planning-a prospective double-arm intervention study. *BMC Med Ethics* 2022;23(1):132. doi: 10.1186/s12910-022-00854-0 [published Online First: 20221209]
49. Florack J, Abele C, Baisch S, et al. Project DECIDE, part II: decision-making places for people with dementia in Alzheimer's disease: supporting advance decision-making by improving person-environment fit. *BMC Med Ethics* 2023;24(1):26. doi: 10.1186/s12910-023-00905-0 [published Online First: 20230428]

Acknowledgement

Wir danken allen am Projekt beteiligten Personen für ihre ambitionierte und wertvolle Mitwirkung: Anja Herder-Peyrounette, Charlotte Boes, Stefanie Kremer, Martin Grond, Heiko Ullrich, Helene Böhm, Manuela Kremer, Markus Bieber, Lorena Böhmer, Andreas Büscher, Thomas Klie, Julia Haberstroh, Anna Theile-Schürholz, Philipp Schaper, Katja Seidel, Celina Sander, Matthias Bernd, Bernd Albers, Anne Fahsold und Melanie Boekholt. Außerdem möchten wir uns beim BMG für die Förderung und unterstützende Begleitung bedanken.

14. Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Liste möglicher Bedarfe

Anhang 2: Interviewleitfaden Management

Anhang 3: Fragebogen Implementierungsauscomes

Anhang 4: Kooperationsvereinbarung

Anhang 5: Dementia Care Management Curriculum

Anhang 6: Abschlussbericht DelpHi-SW

Anhang 7: Tabellen Nutzerbezogene Outcomes

Anhang 8: Protokoll Fachgespräch