

Evaluierung des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“

Bericht zur Projektphase 2

Im Auftrag des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste in Wien

Evaluierung des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“

Bericht zur Projektphase 2

Projektteam (in alphabetischer Reihenfolge):

Gerald Gredinger

Anita Haindl

Sabine Pleschberger

Elisabeth Pochobradsky

Andrea E. Schmidt

Martin Zuba

Projektassistentz:

Ingrid Freiberger

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.



Wien, im Oktober 2020

Im Auftrag des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste in Wien

Zitiervorschlag:

Gredinger, Gerald; Haindl, Anita; Pleschberger, Sabine; Pochobradsky, Elisabeth; Schmidt, Andrea E.; Zuba, Martin (2020): Evaluierung des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“. Bericht zur Projektphase 2. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

ZI. P1/32/5083

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Das Pilotprojekt „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“ (IVD Wien) startete im April 2016 mit seinem Beschluss in der 11. Sitzung der Landeszielsteuerungskommission (L-ZK) und wurde zunächst bis Ende 2018 durch den Psychosozialen Dienst Wien (PSD) unter Beteiligung des Fonds Soziales Wien (FSW) und der Wiener Gebietskrankenkasse¹ (WGKK) umgesetzt. Das Projekt wurde in der 21. Sitzung der L-ZK bis Ende 2021 verlängert. Vor dem Hintergrund einer Fortführung dieses Projekts wurde eine Evaluierung ausgeschrieben – mit dem Ziel, aufzuzeigen, ob sich die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen durch die Unterstützung im Rahmen des IVD-Projekts verbessert. Die GÖ FP wurde im März 2018 mit der ersten Projektphase der Evaluierung beauftragt, deren Resultate im Ergebnisbericht der Phase 1 bereits zusammengefasst wurden. Die Beauftragung der Phase 2 erfolgte im Juni 2019. Der vorliegende Bericht, in methodischer Hinsicht vorwiegend auf einer quantitativen Vergleichstudie beruhend, enthält die Ergebnisse aller Erhebungen und Arbeiten im Rahmen der Projektphase 2. Sein Schlusskapitel beinhaltet eine Zusammenschau beider Projektphasen.

Methode

Ausgehend von den Zielsetzungen des Projekts entsprechend der Ausschreibung erfolgten bereits in der ersten Projektphase eine Auseinandersetzung mit möglichen Indikatoren im Auftraggeberforum und die Entwicklung eines methodischen Feinkonzepts für die Evaluierung. Es wurde ein Mixed-Methods-Approach gewählt: ein Vergleichsstudienansatz, die Analyse von Routinedaten sowie qualitative Elemente aus Phase 1 (für Details siehe Ergebnisbericht Phase 1; (Pleschberger et al. 2019)). Der vorliegende Ergebnisbericht der Projektphase 2 fokussiert auf Ergebnisse einer Vergleichsstudie (Fall-Kontroll-Design) für Patientinnen und Patienten mit Antidementivaverschreibung. Die Studienpopulation wird durch Patientinnen und Patienten gebildet, die das GPZ zwischen April 2016 und Dezember 2018 erstmals besuchten. Methodisch wurde anhand des statistischen Matching-Verfahrens „propensity score matching“ vorgegangen. Zudem erfolgte eine deskriptive Auswertung von Routinedaten aller Besucherinnen und Besucher des GPZ im Zeitraum April 2016 bis Dezember 2019.

Ergebnisse

In den Ergebnissen konnte eine Reihe bewährter Elemente im Konzept des GPZ herausgearbeitet werden, die als Voraussetzung und Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung gesehen werden. Es konnte gezeigt werden, dass die bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen durch die Intervention signifikant verbessert wird. Auch mit

¹

Seit 1.1.2020 Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

der Möglichkeit der Hausbesuche sowie dem multiprofessionellen Ansatz in der Diagnostik erweist sich das Angebot als zielgruppengerecht und trägt zur bedarfsgerechten Versorgung bei. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews aus Phase 1 mit pflegenden Angehörigen geben überzeugende Hinweise auf erzielte Entlastungseffekte durch das Projekt, was durch das quantitative Fall-Kontroll-Design nochmals verdeutlicht wird, welches eindeutige Steigerungen in der Nutzung von Tageszentren zeigte. Im Zuge des Projekts IVD konnten auch funktionierende Kooperationsbeziehungen für Diagnostik mit den Einrichtungen der ÖGK aufgebaut werden. Es ist grundsätzlich eine hohe Zufriedenheit mit den aufgebauten Kooperationen seitens der beteiligten befragten Partner/-innen festzustellen. Sowohl die Interviews mit den Angehörigen als auch jene mit Netzwerkpartnerinnen/-partnern stützen dieses Bild. Somit wurde im Rahmen des Projekts ein erkennbarer Beitrag zum Nahtstellenmanagement geleistet. Von einer infolge des Projekts besseren Information und höheren Sensibilität bei professionellen Akteurinnen/Akteuren kann mit Verweis auf die Ergebnisse der Multiplikatorenschulung bei den Teilnehmenden ausgegangen werden. Die Zufriedenheit der Teilnehmer/-innen mit den Multiplikatorenschulungen ist sehr hoch. Die Evaluierung machte allerdings an vielen Stellen auch deutlich, dass das Angebot angesichts der vorhandenen Ressourcen und des konstatierten Bedarfs im Großraum Wien auf Grenzen stößt.

Schlussfolgerungen

Für die weitere Entwicklung des Projekts IVD ergeben sich folgende Impulse, welche u. a. aus der Diskussion im Auftraggeberworkshop im November 2020 entwickelt wurden: mehr niederschwellige Angebote für Diagnostik, regionale Fokussierung als Chance für vernetzte Versorgung, Begleitung bei der Verschreibung von Antidementiva, Schulungs- und Informationsbedarf, Beratungsbedarf: GPZ als „Competence Centre“, und „Post-diagnostic support“ als Baustein für integrierte Versorgung.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen.....	VI
Abkürzungen.....	VIII
1 Einleitung	1
2 Projekt, Ziele und Indikatoren	2
2.1 Konzeptionelle Bausteine des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz Wien“	2
2.2 Ziele des Projekts IVD-Wien und Konkretisierung	3
2.2.1 Bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen	4
2.2.2 Hospitalisierungsraten und Verweildauer	5
2.2.3 Belastungssituation bei pflegenden Angehörigen	5
2.2.4 Nahtstellenmanagement zwischen Sozial- und Gesundheitssystem.....	6
2.2.5 Längere Verweildauer in der häuslichen Umgebung	6
3 Methoden und Vorgangsweise (Phase 2).....	8
3.1 Datengrundlagen	8
3.2 Methodik: Quantitative Auswertung von Routinedaten	10
3.2.1 Deskriptive Auswertung der Routinedaten des GPZ	10
3.2.2 Methodik der Vergleichsstudie	10
4 Ergebnisse der Projektphase 2	15
4.1 Konzept und Leistungen des GPZ: Quantitative Ergebnisse zum Leistungsgeschehen.....	15
4.2 Quantitative Auswertung von Routinedaten (Vergleichsstudie)	21
4.2.1 Bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung Betroffener.....	22
4.2.2 Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote (fachärztliche und allgemeinmedizinische Leistungen)	24
4.2.3 Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste der Langzeitpflege und -betreuung)	28
4.2.4 Hospitalisierung und Verweildauer im Krankenhaus.....	31
5 Zusammenschau der Ergebnisse	34
5.1 Bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen / Inanspruchnahme von Leistungen	34
5.2 Hospitalisierungsraten und Verweildauer.....	35
5.3 Belastungssituation bei pflegenden Angehörigen.....	36
5.4 Nahtstellenmanagement zwischen Sozial- und Gesundheitssystem	36
5.5 Längere Verweildauer in der häuslichen Umgebung	37
5.6 Herausforderungen und Grenzen	37
6 Ausblick und Impulse	39
7 Anhang	43
Literatur	48

Abbildungen

Abbildung 3.1: Schematische Darstellung Differenz-von-Differenzen-(DvD-)Methode.....	11
Abbildung 3.2: Density-Plots vor und nach Matching (Türkis = Interventionsgruppe, Rosa = Kontrollgruppe).....	14
Abbildung 4.1: Klientinnen und Klienten im Projekt IVD-Wien nach Geschlecht (n = 1.309)	16
Abbildung 4.2: Klientinnen/Klienten im Projekt IVD-Wien nach Altersgruppen (n = 1.309)	16
Abbildung 4.3: Klientinnen und Klienten im Projekt IVD-Wien mit Migrationshintergrund (n = 945)	17
Abbildung 4.4: MRT-Zuweisungen im Zeitverlauf (n = 519).....	18
Abbildung 4.5: Anzahl der im Projekt IVD ausgegebenen Antidementiva-Verordnungen von April 2016 bis Dezember 2019 (n = 648).....	19
Abbildung 4.6: Hausbesuche bei Klientinnen und Klienten des IVD-Projekts (n = 1.309)	20
Abbildung 4.7: Treatment-Effekte medikamentöse Versorgung.....	22
Abbildung 4.8: Mittelwert potenziell inadäquate Medikation.....	23
Abbildung 4.9: Mittelwert Anzahl Medikamentenverschreibungen	24
Abbildung 4.10: Treatment-Effekte Kosten und Kontakte mit Fachärztinnen und -ärzten (Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin) und Allgemeinmedizinerinnen und - medizinern	25
Abbildung 4.11: Mittelwert Besuche Neurologinnen und Neurologen	26
Abbildung 4.12: Mittelwert Besuche Psychiater/-innen	27
Abbildung 4.13: Mittelwert Besuche Allgemeinmediziner/-innen	27
Abbildung 4.14: Mittelwert Besuche Internistinnen und Internisten.....	28
Abbildung 4.15: Treatment-Effekte von Leistungen im Bereich Langzeitpflege und -betreuung..	29
Abbildung 4.16: Mobile persönliche Betreuungs- und Pflegedienste.....	30
Abbildung 4.17: Mobile persönliche Beratungs- und Unterstützungsdienste	31
Abbildung 4.18: Treatment-Effekte Hospitalisierung und Verweildauer im Krankenhaus.....	32
Abbildung 4.19: Mittelwerte stationäre Aufenthalte.....	33
Abbildung 7.1: Anteil der Personen mit PIM in Prozent.....	43
Abbildung 7.2: Durchschnittliche Kosten Medikation.....	43
Abbildung 7.3: Mittelwert Kosten neurologischer Befundungen	44
Abbildung 7.4: Mittelwert Kosten Allgemeinmediziner/-innen	44
Abbildung 7.5: Mittelwert Kosten Psychiater/-innen	45

Abbildung 7.6: Mittelwert Kosten Internistinnen und Internisten.....	45
Abbildung 7.7: Mittelwert Verechnungstage Wohnen und Pflege.....	46
Abbildung 7.8: Mittelwert Besuchstage teilstationäre Einrichtungen: Tageszentren	46
Abbildung 7.9: Mittelwert ambulante Aufenthalte.....	47
Abbildung 7.10: Mittelwert stationäre Belagstage.....	47
Tabelle 2.1: Übersicht über die Ziele des Projekts und deren methodische Bearbeitung.....	4
Tabelle 3.1: Datengrundlagen und -flüsse	9
Tabelle 3.2: Struktur der Interventions- und der Kontrollgruppe	13
Tabelle 4.1: MMST-Status der Klientinnen und Klienten im IVD-Projekt bei Erstkontakt mit dem GPZ (n = 1.288).....	17

Abkürzungen

AM	Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
AWZ	Aus- und Weiterbildungszentrum
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DvD	Differenz von Differenzen
EKG	Elektrokardiogramm
FÄ	Fachrztinnen/Fachärzte
FSW	Fonds Soziales Wien
GPZ	Gerontopsychiatrisches Zentrum
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
IVD	integrierte Versorgung Demenz
KH	Krankenhaus
L-ZK	Landeszielsteuerungskommission
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MRT	Magnetresonanztomografie
n. s.	nicht statistisch signifikant
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PIM	potenziell inadäquate Medikation
PSD	Psychozialer Dienst
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WGV	Wiener Gesundheitsverband

1 Einleitung

Das Pilotprojekt „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“ (IVD Wien) startete im April 2016 mit seinem Beschluss in der 11. Sitzung der Landeszielsteuerungskommission (L-ZK) und wurde zunächst bis Ende 2018 durch den Psychosozialen Dienst Wien (PSD) unter Beteiligung des Fonds Soziales Wien (FSW) und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)² umgesetzt. Dieses Projekt zählt auch zu den Umsetzungsmaßnahmen der österreichischen Demenzstrategie³.

Detaillierte Beschreibung des Projektverlaufs

Vor dem Hintergrund einer Fortführung dieses Projekts wurde eine Evaluierung ausgeschrieben – mit dem Ziel, aufzuzeigen, ob sich die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen durch die Unterstützung im Rahmen des IVD-Projekts verbessert.

Das Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien beauftragte im März 2018 die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (GÖ FP) mit der Evaluierung des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“. Die GÖ FP nahm die Arbeiten zügig auf, da die weitere Projektförderung im Rahmen der L-ZK angestrebt wurde. Zu Beginn des Projekts fand eine Klärung seiner Ziele und Indikatoren statt, auf deren Basis ein Feinkonzept für die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeiten im Rahmen der Evaluation erarbeitet wurde.

Nach Sichtung der Datenlage im Sommer 2018 wurde deutlich, dass ein längerer Beobachtungszeitraum die Güte einer Vergleichsstudie wesentlich erhöhen würde, zumal für die zentrale Intervention „Optimierung der Medikamenteneinstellung“ die Stichprobengröße der Interventionsgruppe nicht ausreichend erschien. Zudem ergaben sich aufgrund der gesetzlich erforderlichen Abstimmungen gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Verzögerungen in der zeitgerechten Übermittlung der zur Durchführung einer quantitativen Vergleichsstudie notwendigen Daten aller Partner. Schließlich hat die L-ZK eine Fortführung des Projekts bis einschließlich 31. 12. 2021 beschlossen, womit auch für die Evaluierung in einem längeren Zeitraum der Rahmen gegeben war. Daraufhin konzipierte die GÖ FP, beauftragt vom PSD, im Herbst 2018 eine zweite Evaluationsphase.

Die Ergebnisse dieser zweiten Projektphase sind im vorliegenden Bericht zusammengefasst. Sein Schlusskapitel enthält eine Zusammenschau der Ergebnisse beider Projektphasen.

2

Seit 1.1.2020 Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

3

http://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzung/ilmplld__39.htm

2 Projekt, Ziele und Indikatoren

Ausgehend von den Zielsetzungen des Projekts entsprechend der Ausschreibung war eine intensive Auseinandersetzung mit möglichen Indikatoren erforderlich, wobei es zu überlegen galt, mit welchen Indikatoren das Erreichen der Ziele nachgewiesen werden könnte. Im Vordergrund stand dabei das Anliegen, ein gemeinsames Verständnis darüber herzustellen, welche Prioritäten in der Evaluierung gesetzt werden sollen und über welchen methodischen Ansatz valide Ergebnisse erzielt werden können. Dazu war es in den Vorarbeiten auch wichtig, besser zu verstehen, worin die Interventionen des Projekts bestehen und welche Aspekte davon in welche Richtung wirksam sein könnten.

2.1 Konzeptionelle Bausteine des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz Wien“

Entstehungskontext des IVD-Projekts

Das GPZ wurde vor 18 Jahren (im Jahr 2001) als innovatives Angebot für Menschen mit Demenz und deren Angehörige gegründet. Es ist aus dem wahrgenommenen rapide wachsenden Bedarf Angehöriger und Betroffener hervorgegangen, die sich bis dahin an den Psychosozialen Dienst der Stadt Wien gewandt hatten.

Das IVD-Projekt baut auf den Erfahrungen des GPZ auf, das seinen Kern bildet. Netzwerkpartner stellten in den Interviews zur Evaluierung auch einen Bezug zum „netzwerk aktiv – besser leben mit demenz“ her (vgl. Eger et al. 2011; Pleschberger et al. 2019). Dabei handelt es sich um eine Initiative zur Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen, in der ein besonders hohes Krankheitsbildverbesserungspotenzial durch integrierte Versorgung erkannt wurde. Ausgehend von identifizierten Problembereichen wurden Modellvarianten für integrierte Versorgungskonzepte entwickelt. Alle Komponenten für eine integrierte Versorgung von Demenz wie z. B. Case- und Care-Management, Versorgungspfad (mit medizinischer Leitlinie) oder Patienten-Empowerment sollten in eine Netzwerkstruktur eingebunden werden (Dorner et al. 2011; Eger et al. 2011). Es ist in der Folge nicht gelungen, dieses Konzept in Wien zu realisieren. Es war daher im gegenständlichen IVD-Projekt ein Anliegen, Aspekte davon aufzunehmen und umzusetzen.

Aufgaben und Zielsetzung des GPZ

Das Gerontopsychiatrische Zentrum (GPZ) besteht seit dem Jahr 2001, laut Konzept (GPZ 2001) handelte es sich zum damaligen Zeitpunkt um eine österreichweit besondere Einrichtung. Dies ist wohl auf die Kombination einer gerontopsychiatrisch spezialisierten Untersuchungs-, Diagnose- und Behandlungseinheit im Stil einer Memory-Clinic mit einer mobilen Einheit (für Hausbesuche) sowie Angehörigenberatung zurückzuführen.

Laut Konzept sind die „Demenzabklärung und entsprechende Therapiemaßnahmen“ die Hauptaufgaben des GPZ. Weiters wird neben einer komplexen Untersuchung (inklusive Gedächtnisdiagnostik), Diagnosestellung und Therapieempfehlung eine umfassende Beratung und Information der Betroffenen, der Angehörigen und weiterer Multiplikatorinnen/Multiplikatoren geleistet.“ (GPZ 2001)

Als konzeptionelle Wurzeln beschrieb der damalige Leiter des GPZ u. a. **sechs Achsen** des Handelns: medizinische (physische und psychische) Situation, Tagesstruktur, Wohnen, Angehörige, professionelle Akteurinnen/Akteure und schließlich spezifische ethische und rechtliche Aspekte.

Leistungen

Die Leistungen des GPZ im Rahmen des Pilotprojekts „Integrierte Versorgung Demenz“ (IVD) sind laut Konzept die

- » ambulante gerontopsychiatrische Beratung,
- » klinisch-psychiatrische und -neurologische Untersuchung,
- » neuropsychologische Untersuchung in der eigenen Memory-Clinic,
- » Abklärung der psychosozialen Problematik,
- » individuelle Beratung und Planung erforderlicher Leistungen des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems,
- » Medikation,
- » telefonische Beratung und Information für Allgemeinmediziner/-innen (Befundbericht) sowie medizinische, pflegende und soziale Dienste,
- » telefonische und persönliche Information und Beratung für Angehörige,
- » Hausbesuche sowie
- » Multiplikatorenschulungen.

Im Rahmen des Pilotprojekts IVD Wien wurden Kooperationsbeziehungen mit den Gesundheitszentren und dem Hanusch-Krankenhaus der Österreichischen Gesundheitskasse zur Diagnoseerstellung eingegangen. Diese umfassen Labor, EKG, Carotis-Duplex-Sonografie und Bildgebung. Die Wartezeit in Bezug auf Termine der Bildgebung konnte von vormals zwei Monaten auf einen Monat reduziert werden. Ergänzend dazu wurde auch die Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien konkretisiert und intensiviert. Explizit sind auch Hausbesuche, v. a. zum Zwecke der Diagnostik, Bestandteil des Angebotsspektrums im Rahmen des Projekts IV Demenz.

2.2 Ziele des Projekts IVD-Wien und Konkretisierung

Im Folgenden werden die einzelnen Ziele und die im Auftraggeberforum akkordierte Herangehensweise an ihre Operationalisierung in Form von Indikatoren erläutert. In Tabelle 2.1 ist die methodische Bearbeitung der einzelnen Ziele überblicksmäßig dargestellt.

Tabelle 2.1:

Übersicht über die Ziele des Projekts und deren methodische Bearbeitung

Bezeichnung des Ziels	methodische Bearbeitung
bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen: medikamentöse Versorgung	qualitative und quantitative Evaluierung
bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen: Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote (z. B. fachärztliche und allgemeinmedizinische Versorgung)	qualitative und quantitative Evaluierung
Hospitalisierungsraten und Verweildauer	Evaluierung erfolgte quantitativ
Belastungssituation bei pflegenden Angehörigen (inkl. Inanspruchnahme von Angeboten)	Evaluierung erfolgte qualitativ (vgl. Pleschberger et al. 2019, Projektphase 1)
Nahtstellenmanagement zwischen Sozial- und Gesundheitssystem (funktionierende Kooperationsbeziehungen und erhöhte Sensibilität)	Evaluierung erfolgte qualitativ (vgl. Pleschberger et al. 2019, Projektphase 1)
Längere Verweildauer in der häuslichen Umgebung	Evaluierung erfolgte primär qualitativ (vgl. Pleschberger et al. 2019, Projektphase 1)

2.2.1 Bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen

Eine bedarfsgerechte Versorgung ist gerade in Bezug auf Menschen mit Demenz ein wichtiges Ziel. Aufgrund ihres komplexen Bedarfs und der jeweils individuellen Krankheitsverläufe mit kognitiven Beeinträchtigungen und daraus resultierenden Einschränkungen der Kommunikation ist diese Gruppe in Bezug auf Unter-, Fehl- oder Überversorgung besonders vulnerabel und gefährdet.

Ein zentrales Thema stellt hier die **bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung** dar. Zwar wird der Zugang zu einer adäquaten Therapie mit Antidementiva über das Projekt ermöglicht, medizinische Therapie auf Basis der Diagnosestellung fokussiert jedoch nicht ausschließlich auf die Verordnung von Antidementiva, sondern auch auf das Vermeiden von Polypharmazie. Polypharmazie sowie potenziell inadäquate Medikation (PIM) sind häufige Auslöser für Krankenhauseinweisungen mit den bekannten Folgewirkungen (vgl. Abschnitt 2.2.2). Zentrale Interventionen des Projekts und damit des Gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ) sind auf eine **bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung** ausgerichtet. Daher sollte auch in der Evaluation bei der Überprüfung der Wirksamkeit ein Schwerpunkt auf diesen Aspekt gelegt werden und hierfür ein Fall-Kontroll-Design zur Anwendung kommen. Die Ergebnisse dieser Vergleichsstudie (Fall-Kontroll-Studie) stellen den Fokus des vorliegenden Berichts dar.

Die **Inanspruchnahme anderer Angebote zur Unterstützung** wie z. B. mobiler Dienste oder Tageszentren ist ebenfalls ein Indikator für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen, die an einer fortschreitenden Demenz erkrankt sind. Ein direkter kausaler Wirkungsnachweis ist hier schwer darzustellen, weshalb im Rahmen der Evaluation der Schwerpunkt auf bessere Beratung und Information über mögliche Versorgungsleistungen und das daraus folgende Inanspruchnahmeverhalten durch Betroffene und Angehörige gelegt wurde. Dieser Aspekt wurde auch durch qualitative Methoden in der ersten Projektphase erhoben (Pleschberger et al. 2019).

2.2.2 Hospitalisierungsraten und Verweildauer

Patientinnen/Patienten mit einer demenziellen Erkrankung im Krankenhaus aufzunehmen stellt nicht nur für die Betroffenen selbst eine große Belastung dar, sondern auch für das gesamte Behandlungsteam. Hinzu kommt, dass oftmals nicht Demenz der primäre Aufnahmegrund (die Aufnahme-diagnose) ist. Die Demenz ist mitunter gar nicht bekannt oder lediglich eine Nebendiagnose, was folgenschwer sein kann: Die Krankenhausaufnahme und die Veränderung des räumlichen und sozialen Umfelds können bei den betroffenen Menschen zu einer Verstärkung ihrer psychischen Symptome und zu Orientierungsproblemen führen.

Die Frage nach dem Ausmaß und der Dauer von Hospitalisierungen wurde mithilfe eines Fall-Kontroll-Designs in der zweiten Projektphase bearbeitet, deren Ergebnisse im vorliegenden Bericht im Fokus stehen. Neben der Herausforderung, eine geeignete Kontrollgruppe zu definieren, ergibt sich aufgrund der Datenlage aus wissenschaftlicher Sicht auch eine Fülle von Limitationen – nicht zuletzt deshalb, weil bei Menschen mit Demenz in der Regel Multimorbidität und weitere Diagnosen/Erkrankungen vorliegen, die über das IVD-Projekt nur bedingt beeinflusst werden können (z. B. Diabetes, Stürze). Aufgrund dieser Einschränkungen wird Abstand davon genommen, einen direkten kausalen Wirkungsnachweis über Indikatoren wie Hospitalisierungsraten oder Verweildauer im Krankenhaus abzuleiten.

2.2.3 Belastungssituation bei pflegenden Angehörigen

Angehörige stellen eine wichtige Zielgruppe des IVD-Projekts dar, weshalb ihre Perspektive im Rahmen der Evaluation von großer Bedeutung ist. Letztlich sind es Angehörige, die maßgeblich über einen Verbleib von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der häuslichen Umgebung entscheiden. Die Belastung der Angehörigen spielt dabei eine wichtige Rolle, sie ergibt sich aus einer Fülle von Einflussfaktoren. Dazu gehören z. B. der jeweilige Pflege- und Betreuungsbedarf in Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf sowie der Multimorbidität, das Vorhandensein weiterer Helfer/-innen im sozialen Umfeld, die persönliche Situation der Angehörigen (Berufstätigkeit, andere Betreuungsaufgaben, fachliche Erfahrungen mit Pflege etc.), die ökonomische Situation der Betroffenen sowie die vorhandene Unterstützung durch Hausärztin/Hausarzt oder mobile Dienste.

Neben dem Anliegen, die Angehörigen zu entlasten und sie zu stärken, wird auch eine verbesserte Gesundheitskompetenz und, damit einhergehend, ein verbesserter Gesundheitszustand bzw. ein erhöhtes Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen angestrebt.

Die Perspektive Angehöriger in Bezug auf die Interventionen im Projekt IV Demenz wurde bereits in der ersten Projektphase über qualitative Methoden erfasst (vgl. Pleschberger et al. 2019). Ein Wirkungsnachweis innerhalb der Gruppe der Angehörigen anhand eines quantitativen Fall-Kontroll-Designs war im Rahmen der für die Evaluation vorgesehenen Ressourcen nicht intendiert, da die Anforderungen an eine Kontrollgruppe hier ungleich komplexer sind als im Fall der erkrankten Patientinnen/Patienten selbst. „Angehörige“ sind als System zu betrachten: Nicht jeder Mensch mit

einer demenziellen Erkrankung hat exakt eine Angehörige oder einen Angehörigen, ein unterschiedlicher Involvierungsgrad seitens der Angehörigen bringt unterschiedliche Belastungen mit sich (z. B. gemeinsamer Haushalt, Berufstätigkeit der/des pflegenden Angehörigen).

2.2.4 Nahtstellenmanagement zwischen Sozial- und Gesundheitssystem

Unter Nahtstellenmanagement wird die prozessbezogene Organisation der Versorgungsübergänge an den Nahtstellen innerhalb des Gesundheitswesens und zwischen diesem und dem Sozialbereich verstanden. Das Behandlungsziel für demenziell erkrankte Menschen liegt darin, zumindest eine Verzögerung der Progression des Erkrankungsverlaufs und eine Verbesserung der Versorgungssituation der Patientinnen/Patienten und ihrer Angehörigen zu erreichen. Neben der medikamentösen Therapie sind der Einsatz nichtmedikamentöser Maßnahmen und die Inanspruchnahme sozialer Dienste erfolgsversprechende Therapieansätze. Daraus ergeben sich eine Reihe von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen und eine Vielzahl von Nahtstellen, deren Ineinandergreifen maßgeblich über das Gelingen der Versorgung entscheidet.

Auf das Nahtstellenmanagement wird im Rahmen des IVD-Projekts u. a. über die Durchführung von Schulungen für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren Einfluss genommen. Ein höherer Informationsgrad in Bezug auf das GPZ und Sensibilität im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen wurden hier als wichtige Anliegen genannt. Die Schulungen sind seit 2017 für alle relevanten Berufsgruppen offen. Erfahrungen in der konkreten Zusammenarbeit z. B. des Entlassungsmanagements der Krankenanstalten, der Hausärztinnen/Hausärzte und sozialer Dienstleister mit dem Projektteam des GPZ, wurden in der Projektphase 1 im Rahmen von Experteninterviews mit professionellen Akteurinnen/Akteuren erfasst. Ergebnisse der Evaluierungen bei Schulungsteilnehmerinnen/-teilnehmern flossen ebenfalls in die Analysen ein (Pleschberger et al. 2019).

2.2.5 Längere Verweildauer in der häuslichen Umgebung

Wie lange bei fortschreitender demenzieller Erkrankung eine Betreuung zu Hause möglich ist, hängt, wie bereits im Zusammenhang mit der Belastung pflegender Angehöriger ausgeführt (vgl. Abschnitt 2.2.3), von vielen Faktoren ab.

Die Entscheidung für eine stationäre Langzeitversorgung ist z. B. eng an das Krankheitsstadium, die Wohnsituation sowie zeitliche und persönliche Ressourcen in Bezug auf informelle Betreuung und Pflege geknüpft. Wohl ist zu erwarten, dass mit den Interventionen des Projekts auch eine Auswirkung auf den Verbleib in der häuslichen Umgebung (sofern von den Beteiligten gewünscht und angestrebt) erzielt werden kann. Entsprechend einer GPZ-internen Auswertung der Daten von rund 5.000 Patientinnen/Patienten (ein Drittel von ihnen litt an mittelschwerer bis schwerer Demenz) über einen Zeitraum von 13 Jahren wurde festgestellt, dass nicht mehr als fünf Prozent der GPZ-Patientinnen/-Patienten in eine stationäre Pflegeeinrichtung übersiedeln mussten (Strotzka 2015b).

Einer Nachweisbarkeit dieses Umstands im Rahmen eines quantitativen Fall-Kontroll-Designs sind jedoch deutliche Grenzen gesetzt, zumal sich anhand der gegebenen Daten unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren für einen Eintritt in die Langzeitpflege keine sinnvolle Kontrollgruppe erstellen lässt (Faktor „Angehörige“, vgl. Abschnitt 2.2.3). Eine Annäherung an diesen Indikator erfolgte daher primär in der Projektphase 1 über das Erfassen der Angehörigenperspektive (Pleschberger et al. 2019). Die seitens der Angehörigen getroffene Einschätzung der Belastungen im Rahmen der Betreuung zu Hause und der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen, aber auch der Unterstützung durch das GPZ im Rahmen des Projekts wurde hierfür als durchaus relevant betrachtet.

3 Methoden und Vorgangsweise (Phase 2)

Menschen mit demenziellen Erkrankungen benötigen eine individualisierte Versorgung. Um abzubilden, ob diese auch gelingt, wurden in der ersten Projektphase für die Evaluierung neben quantitativen Verfahren vorwiegend qualitative Methoden angewandt, mit denen sich etwa zeigen ließ, wie etwa pflegende Angehörige oder auch andere, professionelle Akteurinnen und Akteure die Leistungen des IVD-Projekts erfahren und einschätzen. Zudem handelt es sich beim IVD-Projekt um eine sogenannte komplexe Intervention, bei der nicht von einer monokausalen Wirkung der Einzelkomponenten auszugehen ist. Ein Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Ansätzen erschien auch aus diesem Grund als sinnvolles Forschungsdesign (Bergman 2012). Zudem ist es vor dem Hintergrund der Komplexität der Intervention angebracht, quantitative Indikatoren nicht einzeln zu interpretieren, sondern in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Darauf wurde auch bei der Interpretation der Ergebnisse in Kapitel 4 großer Wert gelegt.

Auf Basis der Informationen und Klärungen in der Ist-Analyse wird im Folgenden nur mehr der Baustein „quantitative Auswertung von Routinedaten“ ausgeführt, welcher den zentralen Teil des vorliegenden Berichts über die Ergebnisse der Projektphase 2 darstellt. Die Methodik und die Ergebnisse der ersten Projektphase sind im entsprechenden Ergebnisbericht der Phase 1 zu finden (Pleschberger et al. 2019). Kapitel 5 umfasst eine Zusammenschau der Ergebnisse aus Projektphase 1 und 2.

3.1 Datengrundlagen

Die Frage, welche Datensätze (und spezifischen Kennzahlen) für die jeweils angeführten Zeiträume benötigt werden, um die Analysen im Rahmen der Evaluation der Projektphase 2 durchzuführen, und welche davon zugänglich sind, wurde im Rahmen der Workshops im Jahr 2019 und im Anschluss daran zwischen dem GÖ-FP-Team und dem Auftraggeberforum abgestimmt. Die einzelnen Datengrundlagen und -flüsse sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt (siehe Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:
Datengrundlagen und -flüsse

Datenträger-institution	Zeitraum	Datenkategorien bzw. Indikatoren
PSD	1. April 2016 bis 31. Dezember 2019	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Daten zu Leistungen des PSD:</i> Inanspruchnahme des IVD-Projekts (ja/nein), Kontrollbesuch mit Antidementivumeinstellung hat stattgefunden (ja/nein) » anonymisierte PSD-Dokumentation der IVD-Teilnehmer/-innen (Alter, Geschlecht, Migration, Ort der Intervention [z. B. Hausbesuch], MRT/Labor/EKG/Duplexsonografie-Zuweisung, Antidementivumverordnung, MMST-Ergebnis)
WGKK	1. April 2015 – 31. Dezember 2019	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Daten zur Person:</i> Alter, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Wohnpostleitzahl » <i>Daten zu Versicherungsleistungen:</i> Beitragsstatus (Pensionist/-in, mitversicherung, arbeitslos, erwerbstätig), Rezeptgebührenbefreiung (ja/nein), Medikamentenverordnung, Medikamentenkosten, Kontakte mit Fachärztinnen/-ärzten (FÄ) und Kosten, Kontakte mit Allgemeinmediziner/-innen (AM) (eine Zeile je Kontakt), Datum des Kontakts mit FÄ oder AM, Einweisung ins Krankenhaus, Hauptdiagnose(n) bei Einweisung, Nebendiagnose(n) bei Einweisung, Transporte in Spitalsambulanzen, Krankenhausaufenthalte (in Belagstagen), Zeitpunkt der Erstverordnung eines Antidementivums
WGV	1. April 2015 – 31. Dezember 2019	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Daten zu Leistungen des WGV:</i> Kontakte mit Spitalsambulanzen (eine Zeile je Kontakt), Datum des Kontakts
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	1. April 2015 – 31. Dezember 2019	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Daten zur Person:</i> Pensionshöhe, Beitragsgrundlage
FSW	1. April 2015 – 31. Dezember 2019	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Daten zur Person:</i> Einkommen, Pflegestufe, Staatsbürgerschaft » <i>Daten zu – durch den FSW – geförderten Leistungen:</i> mobile Dienste (Stunden pro Monat/Jahr), stationäre und teilstationäre Dienste (Anzahl der Tage pro Monat/Jahr), Datum des Beginns der Inanspruchnahme
in Österreich lebende Personen mit ständigem Betreuungs- oder Pflegebedarf	1. April 2015 – 31. Dezember 2019	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Daten zu Leistungen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK):</i> Pflegegeld (ja/nein), Datum der Zuerkennung des Pflegegelds, Erschwerniszuschlag beim Pflegegeld (ja/nein), Pflegegeldstufe

Quelle: eigene Darstellung – GÖ FP

Im Vorfeld der Evaluierung wurde ein Datenschutzvertrag zwischen den Datenträgerinstitutionen der Auftraggeber (Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien bzw. FSW, WGKK⁴) und der Auftragnehmerin (GÖ FP) abgeschlossen.

Limitationen bei der Auswertung von Routinedaten

In Bezug auf die zeitliche Verortung der Evaluation ergeben sich relativ kurze und individuell unterschiedliche Beobachtungszeiträume, was die Aussagekraft der Ergebnisse für einzelne Indikatoren deutlich einschränken kann. Zudem wird darauf hingewiesen, dass Personen mit einer

4

Seit 1.1.2020 Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

Demenzkrankung, die keine Antidementivtherapie erhalten, anhand der verfügbaren Daten derzeit für die Vergleichsstudie nicht identifiziert werden können. Unschärfen können sich zudem ergeben, wenn Personen in Pflegeheimen mit ärztlicher Betreuung mit Medikamenten behandelt werden, deren Verordnungen nicht in den Daten der ÖGK oder des FSW dokumentiert sind. Letztere Limitation bezieht sich insbesondere auf alle Ergebnisgrößen, die auf der Analyse von Verordnungsdaten basieren (wie etwa Vermeidung von Polypharmazie). Schließlich ist keine eindeutige Effektisolierung möglich, da mithilfe der verfügbaren Daten nicht festgestellt werden kann, ob Personen, die am IVD-Projekt teilnehmen, früher eine Demenzdiagnose und eine entsprechende Therapie erhalten.

3.2 Methodik: Quantitative Auswertung von Routinedaten

Die folgenden Abschnitte fassen die methodischen Bausteine zusammen, die in der zweiten Projektphase verwendet wurden: einerseits – wie auch in Projektphase 1 – eine deskriptive Auswertung der Routinedaten des GPZ, bei der *alle Klientinnen und Klienten* berücksichtigt wurden (bis Ende 2019), andererseits eine detaillierte Beschreibung der Methodik der quantitativen Vergleichsstudie, bei der nur *Klientinnen und Klienten untersucht wurden, die eine medikamentöse Antidementiva-Therapie erhielten* (bis Ende 2018).

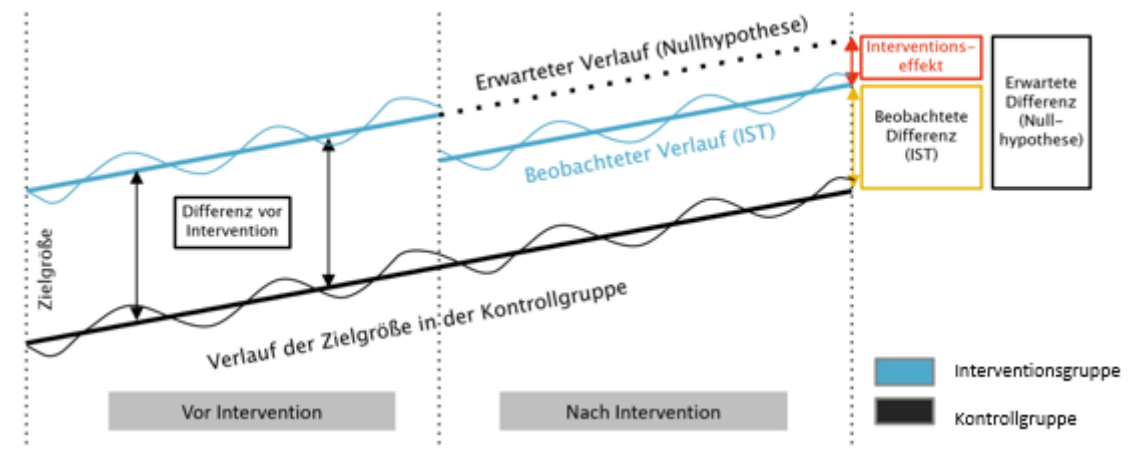
3.2.1 Deskriptive Auswertung der Routinedaten des GPZ

So wie bereits in Phase 1 wurde eine (aktualisierte) deskriptive Auswertung von Routinedaten des GPZ vorgenommen. In der zweiten Projektphase wurden alle Besucherinnen und Besucher des GPZ im Zeitraum April 2016 bis Dezember 2019 berücksichtigt. Hierfür wurden vom PSD Daten aus der laufenden Patientendokumentation des GPZ zur Analyse zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 3.1). Die Daten zu jedem Besuch im GPZ wurden ohne Verweis auf personenbezogene Informationen extrahiert und der GÖ FP unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien übermittelt.

3.2.2 Methodik der Vergleichsstudie

Zur Feststellung, welchen Einfluss die Intervention auf ausgewählte definierte Ziele hat, wurde die Differenz-von-Differenzen-(DvD-)Methode gewählt, die es erlaubt, mittels der Berechnung sogenannter Treatment-Effekte den Einfluss der Intervention zu messen. Die DvD vergleicht zwei oder mehr Gruppen vor und nach einer Intervention und erlaubt, zusätzliche zeitliche Einflüsse und Effekte, die unabhängig von der Intervention Einfluss auf das Outcome haben könnten, zu berücksichtigen (bzw. zu kontrollieren).

Abbildung 3.1:
Schematische Darstellung Differenz-von-Differenzen-(DvD-)Methode



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Der Treatment-Effekt (δ) kann als kausaler Effekt im Rahmen eines Regressionsmodells anhand folgender Gleichung ermittelt werden:

$$Y_{i,t} = \alpha + \beta \times IVD_i + \gamma \times Time_t + \delta \times IVD_i \times Time_t$$

Dabei ist $Y_{i,t}$ die Zielgröße (z. B. der Indikator „potenziell inadäquate Medikation“) von Klientin bzw. Klient i zum Zeitpunkt t , IVD_i eine binäre Variable, die anzeigt, ob die Person der Interventionsgruppe angehört ($IVD_i = 1$) oder nicht, und $Time_t$ eine binäre Variable, die angibt, ob es sich um eine Interventionsperiode (Zeit nach Intervention) handelt ($Time_t = 1$) oder nicht. Der Treatment-Effekt kann durch den Parameter δ geschätzt werden, der sich auf die Interaktion aus Interventionsgruppe und Interventionsperiode ($Time_i \cdot IVD_i$) bezieht (vgl. Torres-Reyna 2015).

Um die DvD-Methode im vorliegenden Fall anwenden zu können, war es im ersten Schritt erforderlich, eine Kontrollgruppe zu bilden, die der Interventionsgruppe gegenübergestellt wurde. (Vgl. Dimick/Ryan 2014). Die operative Bildung der Kontrollgruppe erfolgte anhand eines statistischen Matching-Verfahrens, das zum Ziel hatte, eine Vergleichskohorte zu bilden, die in allen patientenspezifischen Variablen möglichst genau der Interventionsgruppe entspricht. Die Basis für dieses Verfahren bildeten die vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Routinedaten (vgl. Abschnitt 3.1). Im konkreten Projekt wurde ein „propensity score matching“ angewandt. Propensity-Scores ermöglichen ein Matching (eine Zuordnung) von Personen aus dem Pool möglicher Vergleichspersonen zur Interventionsgruppe auf Basis der gleichen Eintrittswahrscheinlichkeit der Intervention. (Vgl. Stuart et al. 2011). Mittels dieses Verfahrens wurde berechnet, wie hoch – ausgehend von den patientenspezifischen Kovariaten – die Wahrscheinlichkeit ist, am IVD-Projekt teilzunehmen. Die Auswahl der Kontroll- und der Interventionsgruppe erfolgte anschließend basierend auf den Propensity-Scores. Die Methode kann wie folgt zusammengefasst werden: „Propensity scores is a statistical technique that has proven useful to evaluate treatment effects when using quasi-experimental or observational data.“ (Olmos/Govindasamy 2015)

Dabei ist die Qualität der zugrunde liegenden Kovariaten entscheidend dafür, wie gut das Matching-Verfahren in der Lage ist, möglicherweise vorliegende Selektionseffekte oder andere für systematische Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe zu minimieren.

Konkret wurden folgende Kovariate für das Matching-Verfahren ausgewählt:

- » Alter (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » stationäre Aufenthalte (Datengrundlage: Routinedaten WGV)
- » Kosten der Medikation (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » stationäre Belagstage (Datengrundlage: Routinedaten WGV)
- » Geschlecht (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » Versicherungskategorie (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » Wohnbezirk (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » ambulante Aufenthalte (Datengrundlage: Routinedaten WGV)
- » Einkommen (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK, DVSV)
- » Pflegestufe (Datengrundlage: Routinedaten DVSV)
- » Rezeptgebührenbefreiung (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » Polypharmazie (Anteil der Verschreibungen > 10/Quartal; Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » potenziell inadäquate Medikation PIM (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » Anzahl der verordneten Medikamente (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » eCard-Steckungen: Allgemeinmediziner/-innen, Internistinnen/Internisten, Psychiater/-innen und Neurologinnen/Neurologen getrennt (Datengrundlage: Routinedaten ÖGK)
- » Inanspruchnahme mobiler persönlicher Beratungs- und Unterstützungsdienste (Datengrundlage: Routinedaten FSW)
- » Inanspruchnahme mobiler persönlicher Pflege- und Betreuungsdienste (Datengrundlage: Routinedaten FSW)
- » Inanspruchnahme teilstationärer Einrichtungen: Tageszentren (Datengrundlage: Routinedaten FSW)
- » Inanspruchnahme von Leistungen des Bereichs Wohnen und Pflege (Datengrundlage: Routinedaten FSW)
- » Inanspruchnahme von Leistungen des Bereichs Hospiz- und Palliativversorgung (Datengrundlage: Routinedaten FSW)

Das Matching-Verfahren wurde mittels eines Statistikprogramms durchgeführt. Den Personen im Kandidatenpool der Kontrollgruppe wurde ein zufälliger, fiktiver Interventionszeitpunkt im Beobachtungszeitraum zugeordnet. Ausgehend von diesem Zeitpunkt, wurden die Vergleichszeiträume folgendermaßen festgelegt:

Quartal 1:	1 bis 90 Tage nach Intervention	Quartal -1:	1 bis 90 Tage vor Intervention
Quartal 2:	91 bis 180 Tage nach Intervention	Quartal -2:	91 bis 180 Tage vor Intervention
Quartal 3:	181 bis 270 Tage nach Intervention	Quartal -3:	181 bis 270 Tage vor Intervention

Quartal 4: 271 bis 360 Tage
nach Intervention

Quartal -4: 271 bis 360 Tage
vor Intervention

Den 391 Personen der Interventionsgruppe konnten auf Basis der oben angeführten Kovariate (in den Zeiträumen Quartal -4 und Quartal -3) 521 Personen aus der Kontrollgruppe zugeordnet werden (d. h. jeder Person aus der Interventionsgruppe maximal zwei aus dem Kandidatenpool; Struktur der Gruppen siehe Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2:
Struktur der Interventions- und der Kontrollgruppe

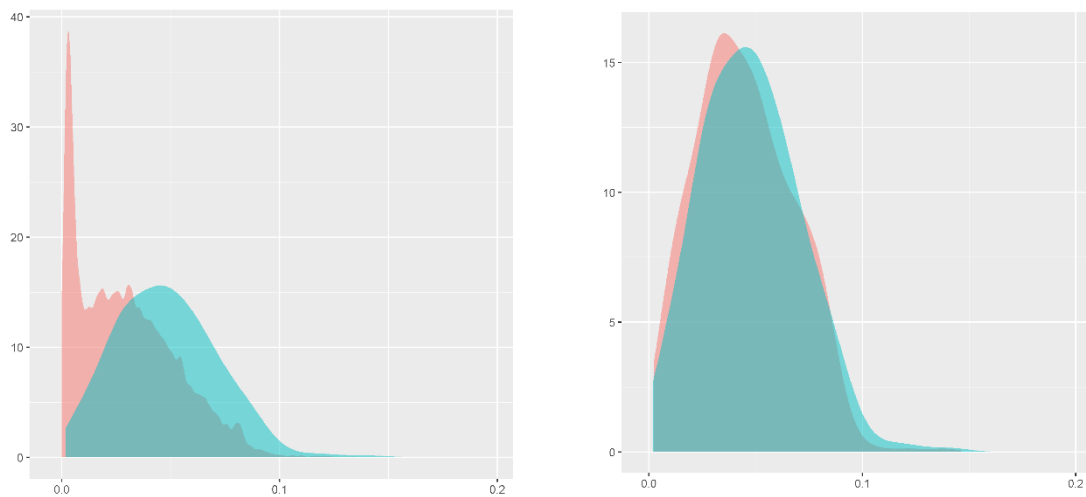
	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
N vor Intervention	391	521
Verstorbene in %		
1. Quartal	3 %	4 %
2. Quartal	3 %	4 %
3. Quartal	3 %	3 %
4. Quartal	2 %	2 %
Verstorbene Gesamt	10 %	13 %
Geschlecht in %		
weiblich	72,1 %	70,3 %
männlich	27,9 %	29,7 %
Durchschnittsalter in Jahren	81,12	78,03

Quelle: GÖG-eigene Darstellung; Datengrundlage ÖGK

Ein wichtiges Gütekriterium im Zusammenhang mit Propensity-Score-Matching ist der Common Support: Das Intervall der Wahrscheinlichkeit für das Treatment liegt zwischen 0 und 1. Der Common Support ist das Intervall der Eintrittswahrscheinlichkeiten (Min, Max) innerhalb der Interventionsgruppe, außerhalb dieses Intervalls kann kein Treatment-Effekt festgestellt werden. Eine Überprüfung des Common Support erfolgte durch die Gegenüberstellung der Dichteverteilung der Scores der Interventionsgruppe mit der des Pools der Kontrollgruppe vor Matching und mit jener der Kontrollgruppe nach dem Matching (Vgl. Caliendo/Kopeinig 2008). Das Matching ist, wie aus dem abgebildeten Common Support ersichtlich wird (siehe Abbildung 3.2), von hoher Güte:

Abbildung 3.2:

Density-Plots vor und nach Matching (Türkis = Interventionsgruppe, Rosa = Kontrollgruppe)



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

4 Ergebnisse der Projektphase 2

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Projektphase 2 zusammengefasst. Zunächst werden Informationen zu Konzept und Arbeitsweise des GPZ sowie dessen Stellenwert im Projekt IVD-Wien dargestellt. Ergänzt werden diese Informationen um quantitative Ergebnisse zum Leistungsgeschehen auf Basis der Analyse der Patientendokumentation des GPZ. Es folgen Abschnitte zu bewährten Konzeptelementen im Zusammenhang mit der Vergleichsstudie: bedarfsgerechte Versorgung Betroffener, Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen, Hospitalisierung und Verweildauer. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und in Hinblick auf die Projektziele reflektiert. Auf Basis der in Abschnitt 2 angeführten Ziele und Indikatoren wurden jene Aspekte herausgearbeitet, die mit quantitativen Methoden bearbeitet werden (siehe Tabelle 2.1). Ein Fall-Kontroll-Design wurde im Rahmen der Evaluation für jene ausgewählten Aspekte aufgenommen, bei welchen dies methodisch angezeigt ist.

4.1 Konzept und Leistungen des GPZ: Quantitative Ergebnisse zum Leistungsgeschehen

In diesem Abschnitt werden auf Basis der vorliegenden Daten ausgewählte Leistungen bzw. Aktivitäten des GPZ im Rahmen des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz“ dargestellt. Es ist darauf hinzuweisen, dass in diesem Abschnitt alle Klientinnen und Klienten des GPZ berücksichtigt wurden, während in die Fall-Kontroll-Studie nur jene Personen eingeschlossen wurden, die eine medikamentöse Antidementiva-Therapie erhielten (siehe Abschnitt 3.2.2).

Merkmale der Klientinnen und Klienten des IVD-Projekts

Im gegenständlichen Projekt wurden im Zeitraum April 2016 bis Dezember 2019 insgesamt 1.309 Personen im GPZ betreut, mehr als zwei Drittel (rund 68 %) von ihnen waren Frauen (siehe Abbildung 4.1). Die meisten Klientinnen und Klienten sind in der Altersgruppe 75- bis 79-Jährige zu finden, gefolgt von der Gruppe der 85- bis 90-Jährigen (siehe Abbildung 4.2).

Im vom Projekt abweichenden Zeitraum September 2017 bis September 2020 wurden insgesamt 945 Personen im GPZ betreut und davon hatten 171 Klientinnen und Klienten bzw. 18 % einen Migrationshintergrund⁵ (siehe Abbildung 4.3). Dies entspricht genau dem österreichweiten Anteil der Migrantinnen und Migranten der ersten Generation⁶. Aus der jahrelangen Erfahrung im GPZ lässt sich festhalten, dass Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund einerseits bei der

5

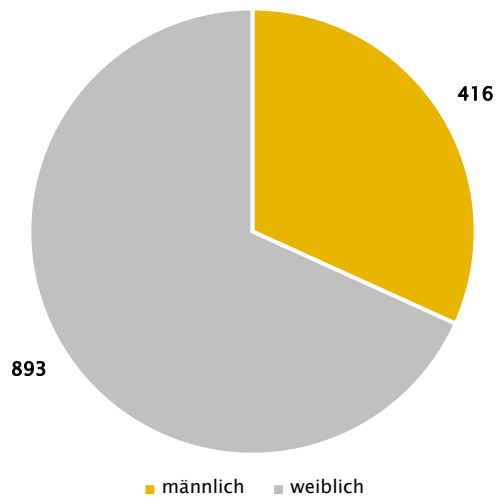
Definition GPZ: Menschen, die im Ausland geboren und erst im Laufe ihres Lebens nach Österreich emigriert sind.

6

Definition Statistik Austria: Menschen, deren Eltern sowie sie selbst im Ausland geboren wurden.

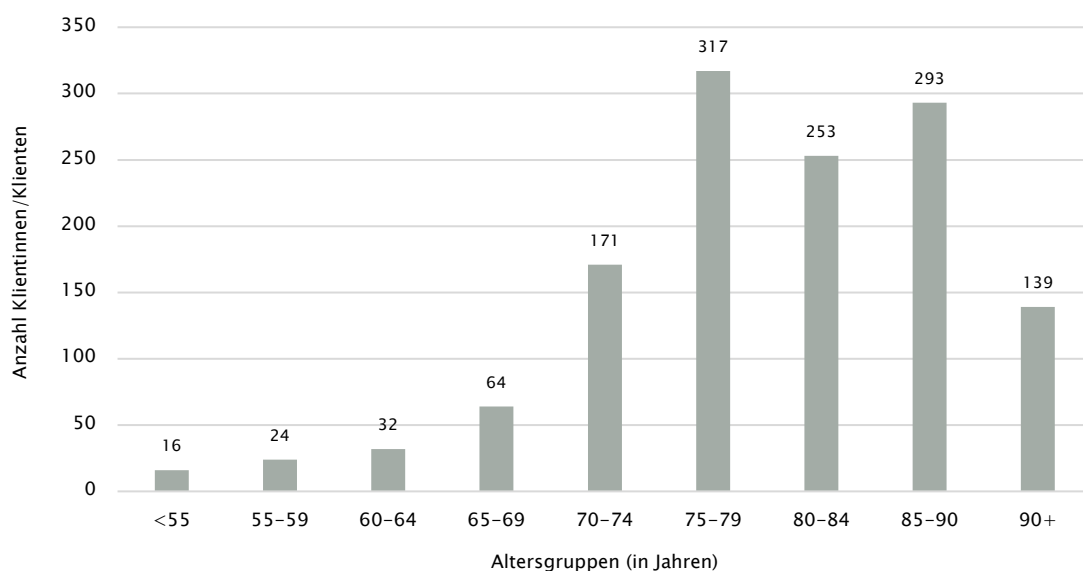
Erstuntersuchung jünger sind (durchschnittlich um 6 Jahre) und andererseits kommen sie in einem deutlich fortgeschritteneren Demenzstadium (höherer MMST-Status) zur Abklärung ins GPZ (Strotzka 2015a).

Abbildung 4.1:
Klientinnen und Klienten im Projekt IVD-Wien nach Geschlecht (n = 1.309)



Quelle: GÖ FP

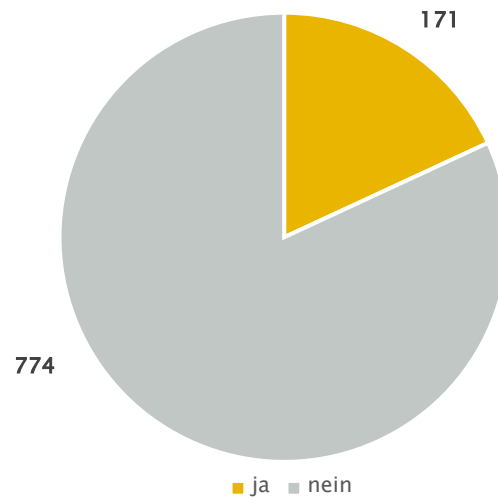
Abbildung 4.2:
Klientinnen/Klienten im Projekt IVD-Wien nach Altersgruppen (n = 1.309)



Quelle: GÖ FP

Abbildung 4.3:

Klientinnen und Klienten im Projekt IVD-Wien mit Migrationshintergrund (n = 945)



Quelle: GÖ FP

MMST-Status

Informationen über kognitive Defizite laut Mini-Mental-Status-Test (MMST) beim Erstkontakt mit dem GPZ liegen im Zeitraum April 2016 bis Dezember 2019 für 1.288 Personen vor (siehe Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:

MMST-Status der Klientinnen und Klienten im IVD-Projekt bei Erstkontakt mit dem GPZ (n = 1.288)

Alter	MMST-Status bei Erstkontakt (Median)	Anzahl Klientinnen/Klienten
< 55	27	16
55-59	24	24
60-64	24	32
65-69	23	64
70-74	24	168
75-79	23	313
80-84	22	248
85-90	21	289
90+	19	134
		1.288

Anmerkung: Die Abkürzung MMST steht für Mini-Mental-Status-Test. Dies ist ein Screeningverfahren zur Feststellung kognitiver Defizite. Die Punktezahl kann wie folgt interpretiert werden: 0-11 Punkte = schwere Demenz; 12-20 Punkte = mittelschwere Demenz; 21-26 Punkte = leichte Demenz; > 26 Punkte = *mild cognitive impairment*

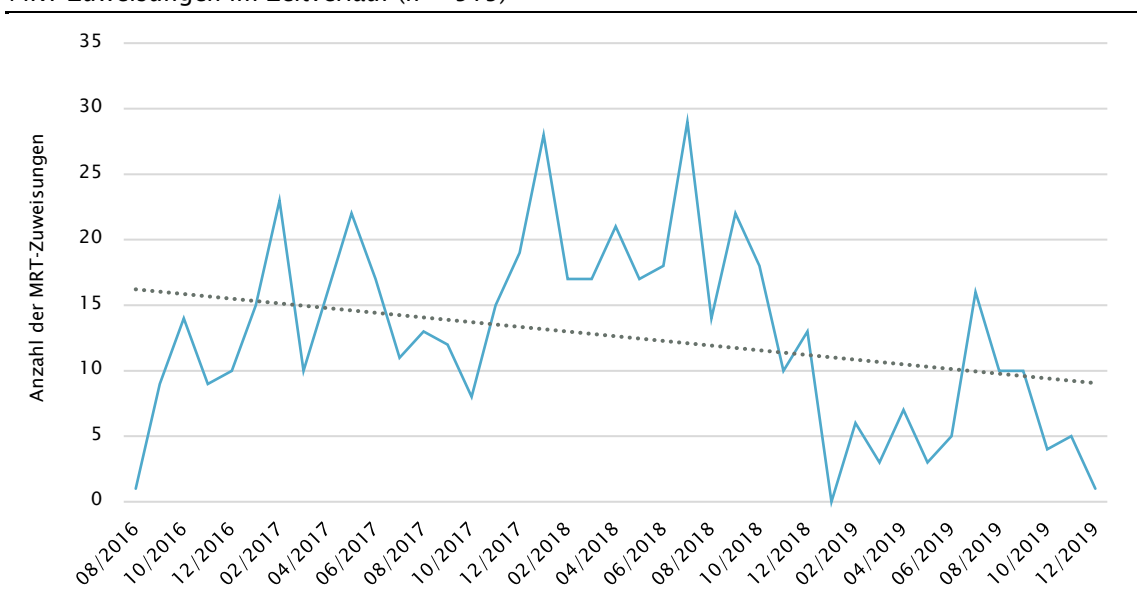
Quelle: GÖ FP

Von den 21 Personen, für die keine Informationen zum MMST-Status vorliegen, sind vier nach dem Erstkontakt verstorben, eine Person ist in ein Pflege- oder Pensionistenheim umgezogen, und 14 haben dem GPZ gegenüber angegeben, sich bei Bedarf oder zu einem späteren Zeitpunkt zu melden. Bei zwei Personen liegen keine Informationen vor. Die Übersicht in Tabelle 4.1 zeigt, dass mit steigendem Alter der MMST-Status sinkt. Eine niedrigere Punktezahl korreliert dabei mit mehr kognitiven Defiziten (siehe Anmerkungen).

MRT-Zuweisungen

Bei den **MRT-Zuweisungen** zeigt sich über den gesamten Beobachtungszeitraum ein leicht sinkender Trend (siehe Abbildung 4.4). Insgesamt erhielten rund 40 Prozent der Klientinnen und Klienten, die zwischen August 2016 und Dezember 2018 das GPZ im Rahmen des Projekts besuchten, eine Zuweisung zu einer MRT-Untersuchung (n = 449). Knapp zwei Drittel dieser Personen ließ daraufhin die Untersuchung durchführen (n = 285). Die Wartezeit in Bezug auf einen Termin bei einer Einrichtung der ÖGK betrug für Klientinnen und Klienten des Projekts IVD im Median einen Monat (d. h. genau die Hälfte der Klientinnen bzw. Klienten wartete weniger als einen Monat).

Abbildung 4.4:
MRT-Zuweisungen im Zeitverlauf (n = 519)



Quelle: GÖ FP

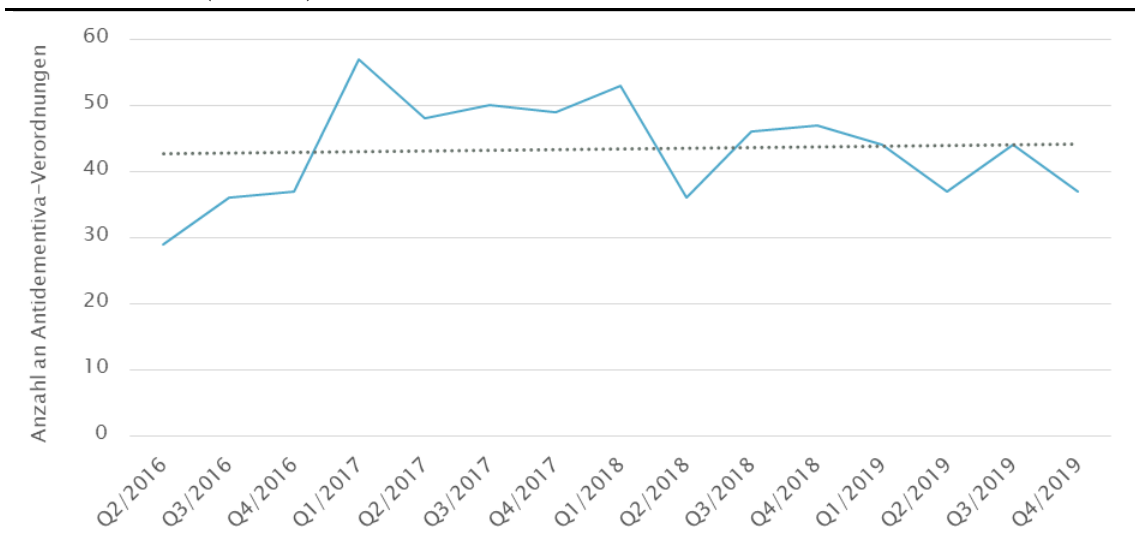
Antidementiva-Verordnungen

Bei den **Antidementiva-Verordnungen** ist ein zunehmender bzw. gleichbleibender Trend im Zeitverlauf zu beobachten. Eine zentrale Aufgabe des IVD-Projekts besteht in einer bedarfsgerechten

medikamentösen Therapie von Personen, die kognitive Beeinträchtigungen bzw. eine Demenz aufweisen. Dieser Aspekt wird vorrangig im Rahmen der Vergleichsstudie untersucht (vgl. Abschnitt 4.2).

In Abbildung 4.5, die den Trend der Antidementiva-Verordnungen zeigt, sind Personen umfasst, die zwischen April 2016 und Dezember 2019 im Rahmen des IVD-Projekts behandelt/begleitet/betreut wurden.

Abbildung 4.5:
Anzahl der im Projekt IVD ausgegebenen Antidementiva-Verordnungen von April 2016 bis Dezember 2019 (n = 648)



Quelle: GÖ FP

Von insgesamt 1.309 Klientinnen und Klienten wurde im Zeitraum April 2016 bis Dezember 2019 etwa die Hälfte medikamentös behandelt (n = 650; bei 13 weiteren Klientinnen und Klienten, die im Beobachtungszeitraum bis Dezember 2019 vom GPZ betreut wurden, erfolgte die Antidementivum-Verordnung erst im Jahr 2020). Bei Personen, die keine medikamentöse Therapie erhalten haben (n = 646), ist zu unterscheiden, ob eine solche Therapie im Rahmen eines Kontrollbesuchs im GPZ als nicht sinnvoll erachtet wurde (n = 108), ob keine Kontrolle stattfand, sondern erst bei Bedarf oder zu einem späteren Termin erfolgen sollte (n = 256) oder ob andere Gründe außerhalb des Handlungsbereichs des GPZ dafür ausschlaggebend waren. Als Ursachen für Letzteres ist Folgendes anzuführen:

- Umzug in ein Pflege- oder Pensionistenheim (n = 38)
- Weiterbetreuung im niedergelassenen Bereich (n = 42)
- verstorben (n = 40)
- nicht erreichbar (n = 26)
- kein Interesse (n = 72)

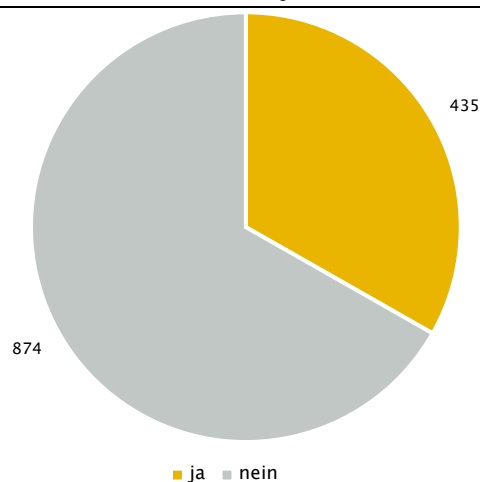
- Terminverschiebung aufgrund Covid-19 Maßnahmen⁷ (n = 8)

Zwei Personen beendeten die Einnahme eines Antidementivums und bei einer Person wird die Kontrolle erst in 1–3 Jahren erfolgen. Für einige Personen (n = 53) sind trotz aktiver Bemühungen seitens des GPZ aktuell keine Informationen vorhanden.

Hausbesuche und Kontinuität der Betreuung

Ein zentrales Charakteristikum im Angebot des Projekts IVD besteht darin, dass die Untersuchungen und Beratungen sowohl in den Räumen des GPZ als auch im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt werden, und zwar stets im Team – in der Regel von Medizin und Pflege gemeinsam. Zwischen April 2016 und Dezember 2019 fand bei einem Drittel der Klientinnen und Klienten ein solcher Hausbesuch statt (Abbildung 4.6). Dieser Anteil ist über den Zeitverlauf (nicht abgebildet) konstant.

Abbildung 4.6:
Hausbesuche bei Klientinnen und Klienten des IVD-Projekts (n = 1.309)



Quelle: GÖG

Ein wesentliches Ziel des Projekts ist es, eine kontinuierliche Begleitung Betroffener und ihrer Angehörigen aufzubauen, vor allem dort, wo der Bedarf nicht durch geeignete Alternativen abgedeckt werden kann. Darüber hinaus ergibt sich aus einer möglichen Antidementivtherapie aufgrund verpflichtender Kontrollen der Bedarf einer kontinuierlichen Betreuung. Dies spiegelt sich auch in den Daten wider:

⁷

Diese 8 Personen wurden im Beobachtungszeit April 2016 bis Dezember 2019 vom GPZ betreut, der Termin für den Kontrollbesuch war im Frühjahr 2020 und musste aufgrund der Covid-19 Maßnahmen verschoben werden.

Von insgesamt 1.309 Klientinnen und Klienten im Zeitraum April 2016 bis Dezember 2019 wurde etwa die Hälfte medikamentös behandelt (n = 650). Von diesen werden drei Viertel der Personen direkt vom GPZ betreut (n = 484), etwa in Form von regelmäßigen Kontrollbesuchen oder Kontrollbesuchen auf Anfrage bzw. bei Bedarf. Die Klientinnen und Klienten, die zu Kontrollterminen ins GPZ kommen, erhalten fast alle eine medikamentöse Therapie (77 %, n = 301). Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Personen mit medikamentöser Therapie an jenen, die eine Kontrolle im GPZ nur bei Bedarf machen bzw. zu einem späteren Zeitpunkt anstreben, mit nur 9 % (n = 36) signifikant niedriger.

Bestimmte Gründe können – insbesondere bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung – trotz medikamentöser Therapie dazu führen, dass Personen nicht mehr zu Kontrollterminen erscheinen. Bei einigen von ihnen wird die Betreuung seitens des GPZ infolge einer Übersiedelung in ein Pflege- oder Pensionistenheim durch eine dortige Versorgung ersetzt. Andere Gründe dafür, dass Personen nicht mehr zu Kontrollterminen im GPZ erscheinen, sind Weiterbetreuung im niedergelassenen Bereich oder Versterben.

4.2 Quantitative Auswertung von Routinedaten (Vergleichsstudie)

Im Rahmen der Auswertung von Routinedaten werden drei Ziele des IVD-Projekts unterschieden und die jeweiligen Indikatoren, welche diese repräsentieren, analysiert:

- » bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung Betroffener
- » bedarfsgerechte Versorgung: Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote
 - » fachärztliche und allgemeinmedizinische Leistungen
 - » mobile, teilstationäre und stationäre Leistungen der Langzeitpflege/-betreuung
- » Hospitalisierung und Verweildauer im Krankenhaus

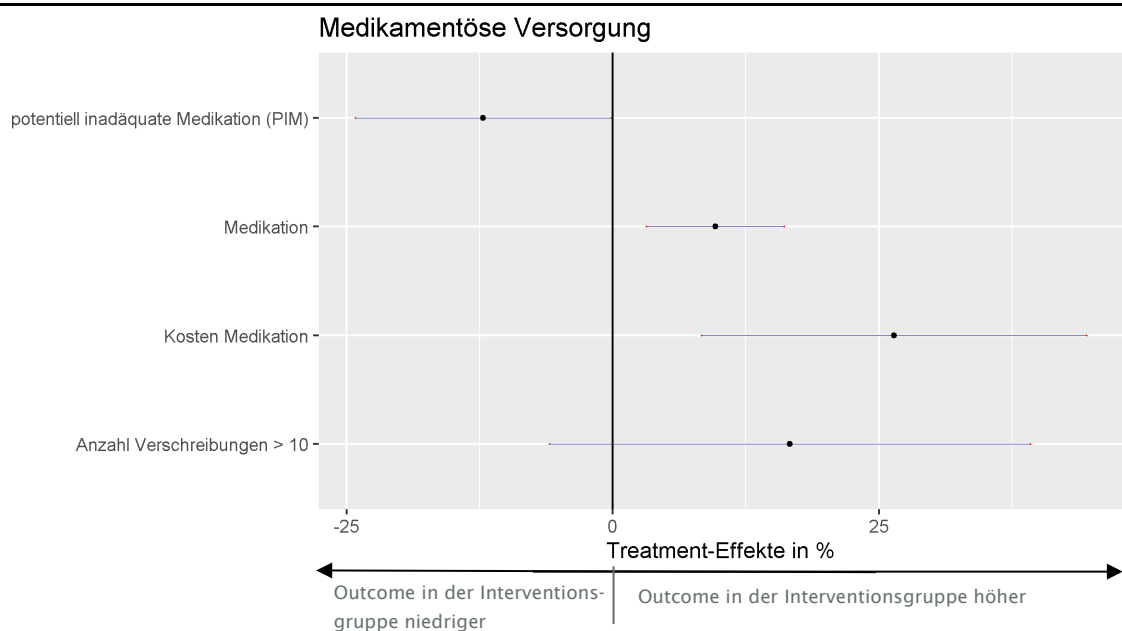
Für die Indikatoren innerhalb jedes Zielbereichs wurde dazu mittels der Differenz-von-Differenzen-Analyse ein sogenannter Treatment-Effekt errechnet (vgl. Abschnitt 3.2.2). Dieser Effekt stellt die Differenz von Differenzen, gemessen am Wert der Interventionsgruppe vor der Intervention, dar, um den Effekt in Prozent darstellen zu können. Die Beobachtungszeiträume sind 360 Tage vor und 360 Tage nach der Intervention. Darüber hinaus erfolgt zum besseren Verständnis einzelner Indikatoren im Lichte ihrer Aussagekraft eine detaillierte Analyse. Dabei werden die Indikatoren (Mittelwerte bzw. Anteile) quartalsweise sowie die Differenz von Differenzen dargestellt. Die detaillierte Darstellung der analysierten Indikatoren ist dem Anhang zu entnehmen.

4.2.1 Bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung Betroffener

Die Ergebnisse der quantitativen Vergleichsstudie zur Frage der bedarfsgerechten medikamentösen Versorgung von Menschen mit Demenz lässt den Erfolg des Ansatzes des GPZ beim Ziel „bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung“ erkennen. Der Vergleich der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe ergibt in Bezug auf den Indikator „potenziell inadäquate Medikation“ (PIM) einen Treatment-Effekt von -12,15 % ($p < 0,05$). Dieser Indikator (PIM) wurde auch im Auftraggeberforum als zentrale Erfolgsgröße definiert, welche zusammen mit anderen Indikatoren interpretiert werden kann. Die anderen Indikatoren stellen ergänzende Informationen dar.

Gleichzeitig ist ein Anstieg von 9 % ($p < 0,05$) bei der Anzahl der verschriebenen Medikamente zu verzeichnen. Im Kontext der Polypharmazie wurde die Anzahl der Verschreibungen > 10 pro Quartal als Messgröße herangezogen, und es konnte gezeigt werden, dass es zwar zu einem Anstieg (+ 16 %) gekommen war, dieser jedoch nicht signifikant ist. (siehe Abbildung 4.7)

Abbildung 4.7:
Treatment-Effekte medikamentöse Versorgung



Anmerkung: Die in der Abbildung gezeigten dicken Punkte stellen den Interventionseffekt in % dar, die beiden kleineren roten Punkte, die auch mittels blauer horizontaler Linien verbunden sind, stellen jeweils die Endpunkte des Konfidenzintervalls dar; wenn diese Linie die dicke vertikale Linie (0) nicht schneidet, kann von einem statistisch signifikanten Effekt ausgegangen werden.

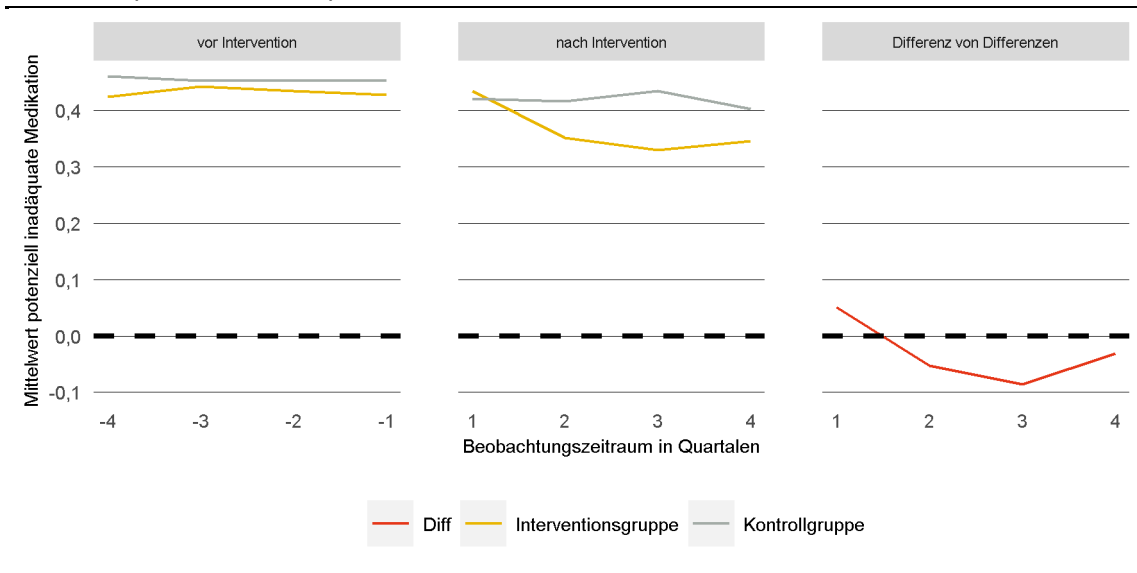
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Die Analyse im Detail zeigt, dass es kurz nach der Intervention im Zeitraum Quartal 1 zu einem leichten Anstieg von PIM, jedoch in weiterer Folge zu einem Rückgang in der Verschreibung (siehe Abbildung 4.8) und auch des Anteils der Personen mit PIM (Interventionsgruppe: von 33,7 % in

Quartal -4 auf 26,4 % in Quartal 4) gekommen ist (siehe Abbildung 7.1 im Anhang), während die Anzahl der Verschreibungen über den Beobachtungszeitraum nach der Intervention hinweg konstant bei nicht ganz sechs Medikamenten pro Quartal geblieben ist (siehe Abbildung 4.9).

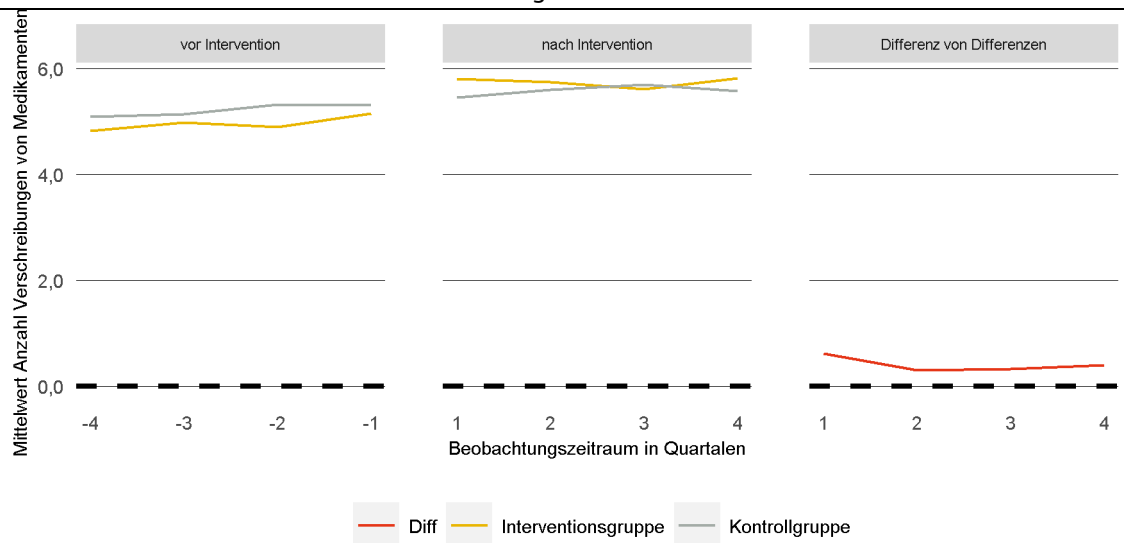
Die Kosten der Medikation nach der Intervention variieren bei der Interventionsgruppe zwischen durchschnittlich € 283,9 (Quartal 1) und € 318,3 (Quartal 4) und haben sich dem Niveau der Kontrollgruppe angepasst (€ 286,9 [Quartal 1] und € 318,9 [Quartal 4]; siehe Anhang Abbildung 7.2). Bei der Vergleichsstudie handelt es sich zwar um keine ökonomische Studie im engeren Sinn, mittels deren die Ersparnisse durch die Intervention im Detail berechnet werden, vielmehr werden hier Kostenentwicklungen abgebildet. So kann beobachtet werden, dass eine bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung sich auch in höheren Kosten für Medikation niederschlägt (+ 26,4 %).

Abbildung 4.8:
Mittelwert potenziell inadäquate Medikation



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 4.9:
Mittelwert Anzahl Medikamentenverschreibungen



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Zusammenfassend kann beim Ziel der bedarfsgerechten medikamentösen Versorgung aufgrund der Intervention von einem

- » **generellen Rückgang** der Verschreibung **potenziell inadäquater Medikation** und einem
- » **Rückgang** des Anteils der **Personen mit potenziell inadäquater Medikation** bei einer
- » **Erhöhung** der Anzahl der **Medikation**

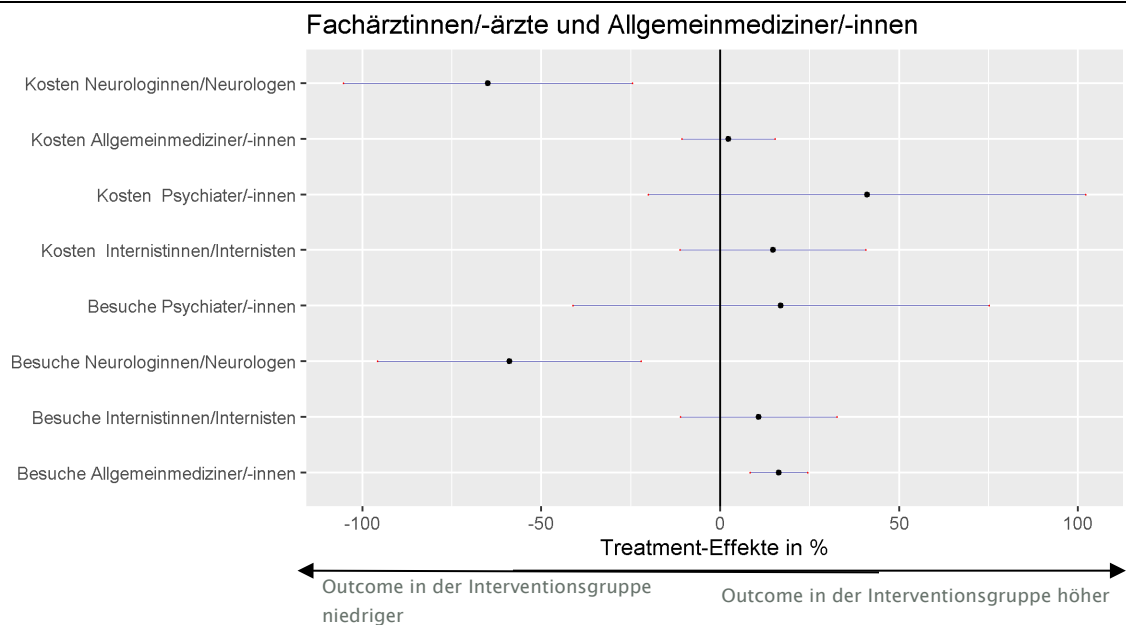
gesprochen werden (vgl. Abbildung 4.8 und Abbildung 4.9).

4.2.2 Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote (fachärztliche und allgemeinmedizinische Leistungen)

Der Zugang zu Diagnostik, Versorgung und Abklärung spezieller Fragestellungen im GPZ erfolgt über viele unterschiedliche Wege: per zuweisende Allgemeinmediziner/-innen, Fachärztinnen/-ärzte, Ambulatorien des PSD, Mitarbeiter/-innen von FSW-Angeboten (z. B. Case-Management im FSW-Kundenservice), durch andere Anbieter mobiler Dienste oder über Alzheimer Austria (Pleschberger et al. 2019). Als Indikator für die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen wird in diesem Abschnitt die Inanspruchnahme fachärztlicher und allgemeinmedizinischer Leistungen betrachtet (vgl. Kapitel 2.2). Der Indikator zeigt, inwieweit einschlägige ärztliche Angebote im niedergelassenen Bereich wahrgenommen werden. Er erlaubt jedoch keine direkten Schlüsse auf den bestehenden Bedarf.

Mit der Betreuung der Klientinnen und Klienten im GPZ geht auch ein erhöhtes Zuweiseverhalten in Bezug auf Fachärztinnen und Fachärzte (z. B. innerhalb des Netzwerks des GPZ) einher. Zu beobachten ist, dass in der Gruppe der IVD-Klientinnen und -Klienten neurologische Befundungen seltener stattfinden, wohingegen es psychiatrischen Befundungen in der Interventionsgruppe zu einem Anstieg kommt – desgleichen bei der Zahl involvierter Psychiater/-innen. Am auffälligsten beim Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Kontext der Inanspruchnahme (fach)ärztlicher Leistungen sind die Rückgänge bei den Kosten (-64,9 %; $p < 0,05$) und bei den Besuchen von Neurologinnen/Neurologen (-55,5 %; $p < 0,05$). Die restlichen Fachgruppen weisen hingegen einen Anstieg auf: Dies gilt sowohl bezogen auf die Kosten (Allgemeinmedizin: 6,33 %, Innere Medizin: 14,75 %, Psychiatrie: 41,05 %) als auch bei den Besuchen (Allgemeinmedizin: 2,31 %, Innere Medizin: 13,62 %, Psychiatrie: 39,70 %). Diese Effekte sind jedoch nicht statistisch signifikant (siehe Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10:
Treatment-Effekte Kosten und Kontakte mit Fachärztinnen und -ärzten (Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin) und Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern



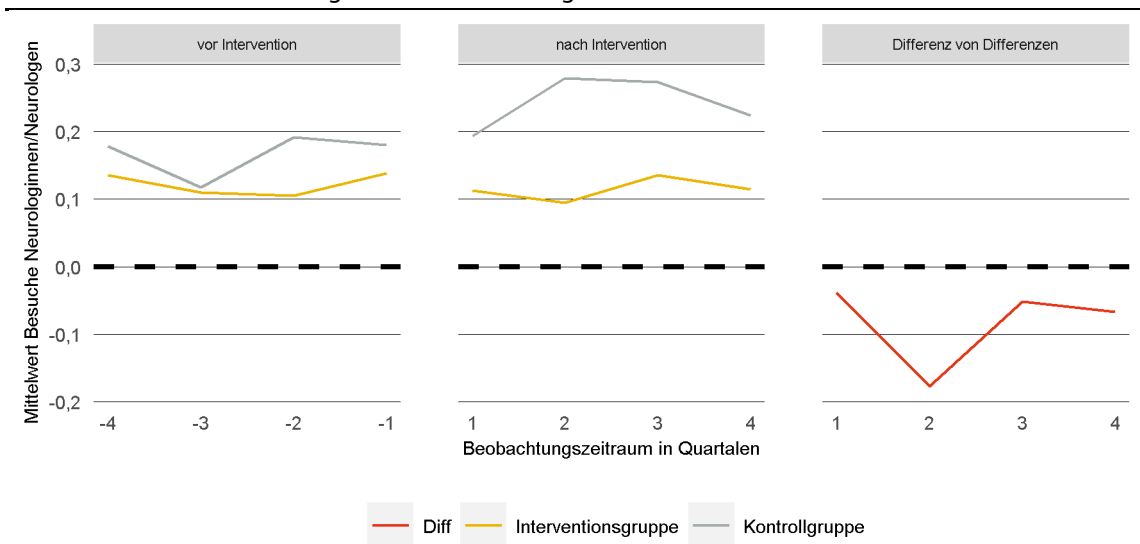
Anmerkung: Die in der Abbildung gezeigten dicken Punkte stellen den Interventionseffekt in % dar, die beiden kleineren roten Punkte, die auch mittels blauer horizontaler Linien verbunden sind, stellen jeweils die Endpunkte des Konfidenzintervalls dar; wenn diese Linie die dicke vertikale Linie (0) nicht schneidet, kann von einem statistisch signifikanten Effekt ausgegangen werden.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Eine detaillierte Betrachtung der Ergebnisse macht deutlich, dass sich die Inanspruchnahme zwischen den Fachrichtungen/Disziplinen neben der Häufigkeit auch in Bezug auf die Schwankungen innerhalb des Beobachtungszeitraums unterscheidet. Während die Kontakte bei Neurologinnen und Neurologen einen konstanten Rückgang verzeichnen (siehe Abbildung 4.11), gehen sie bei Psychiaterinnen und Psychiatern zunächst zurück und steigen in Quartal 2 wieder an (siehe Ab-

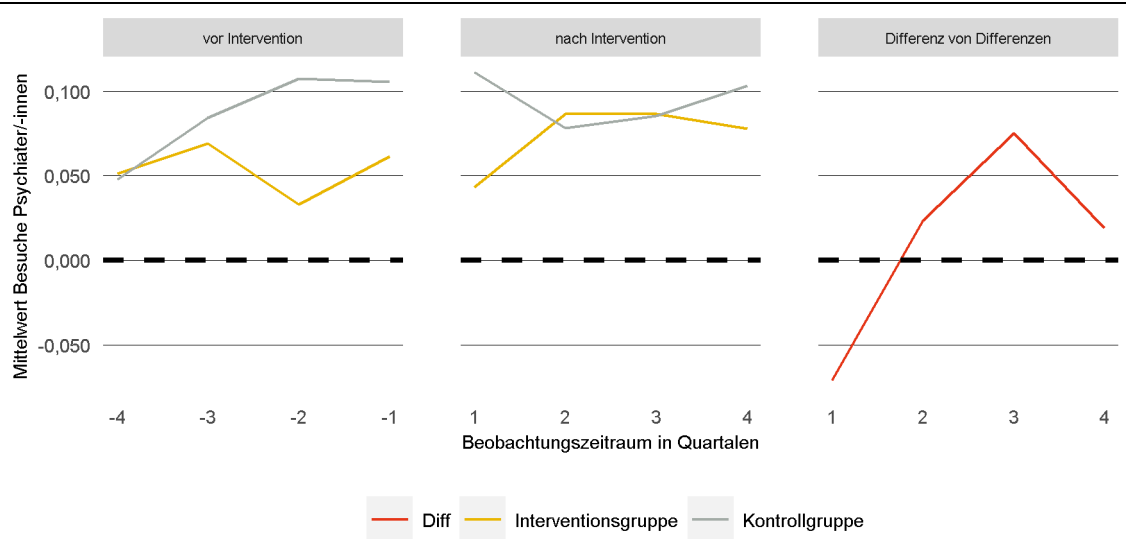
bildung 4.12), wobei bei dieser Fachgruppe eingeschränkt werden muss, dass aufgrund der niedrigen durchschnittlichen Inanspruchnahme (zwischen 0,04 und 0,10 Besuchen pro Quartal) sowohl vor als auch nach der Intervention kein Interventionseffekt feststellbar ist. Daneben verzeichnen die Konsultationen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern einen sprunghaften Anstieg nach der Intervention und bleiben danach relativ konstant bei rund sechs Besuchen im Quartal (siehe Abbildung 4.13). Internistinnen und Internisten werden vermehrt im ersten Quartal nach der Intervention aufgesucht, in weiterer Folge ist hier wieder ein absteigender Trend zu beobachten (siehe Abbildung 4.14).

Abbildung 4.11:
Mittelwert Besuche Neurologinnen und Neurologen



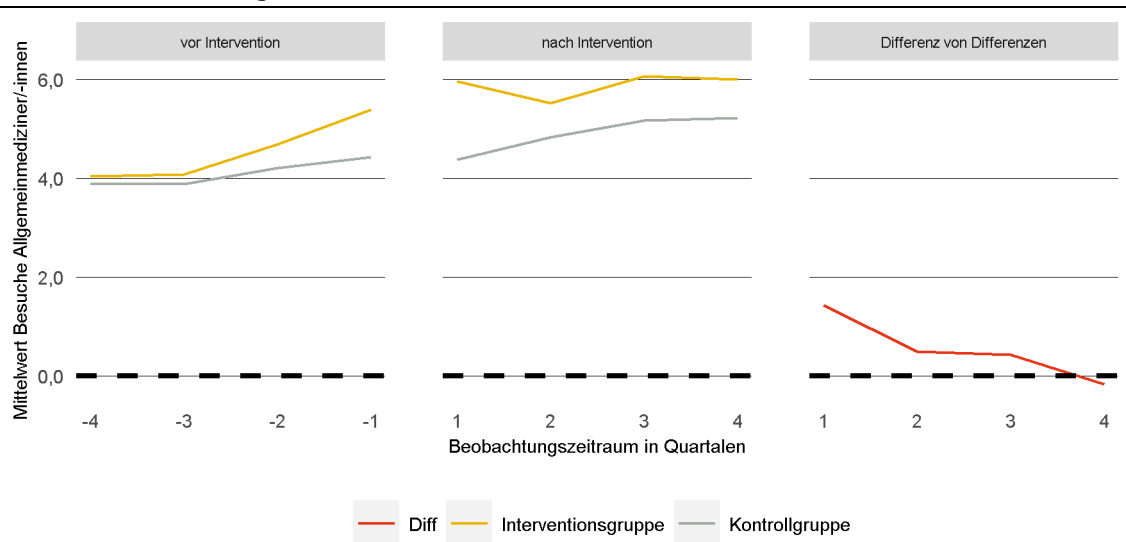
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 4.12:
Mittelwert Besuche Psychiater/-innen



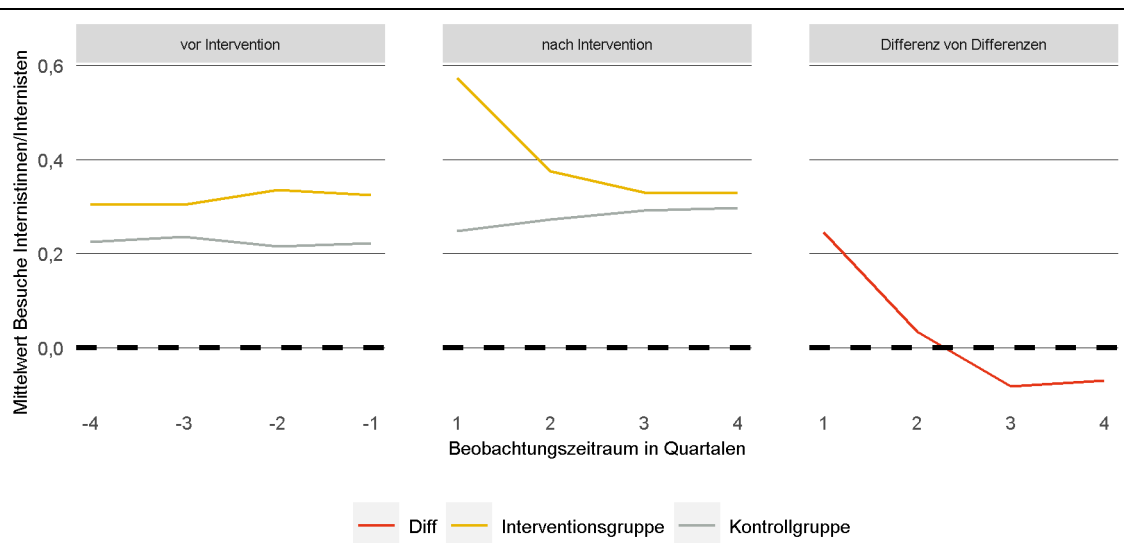
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 4.13:
Mittelwert Besuche Allgemeinmediziner/-innen



Quelle: Eigene Darstellung Daten ÖGK

Abbildung 4.14:
Mittelwert Besuche Internistinnen und Internisten



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Im Kontext der Inanspruchnahme fachärztlicher und allgemeinmedizinischer Leistungen (vgl. Abbildung 4.10 bis Abbildung 4.14) kann zusammenfassend

- » ein **kurzfristiger Anstieg** der Inanspruchnahme **allgemeinmedizinischer Leistungen** kurz nach der Intervention,
- » ein **kurzfristiger Anstieg** der Inanspruchnahme **internistischer Leistungen** kurz nach der Intervention sowie
- » eine **konstant niedrigere** Inanspruchnahme **neurologischer Leistungen**

im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. In einigen Fällen könnte die erhöhte Inanspruchnahme darauf zurückzuführen sein, dass durch die im Rahmen des Projekts IVD veranlasste Diagnostik (weitere) Erkrankungen erstmalig entdeckt werden und einer näheren Abklärung bedürfen.

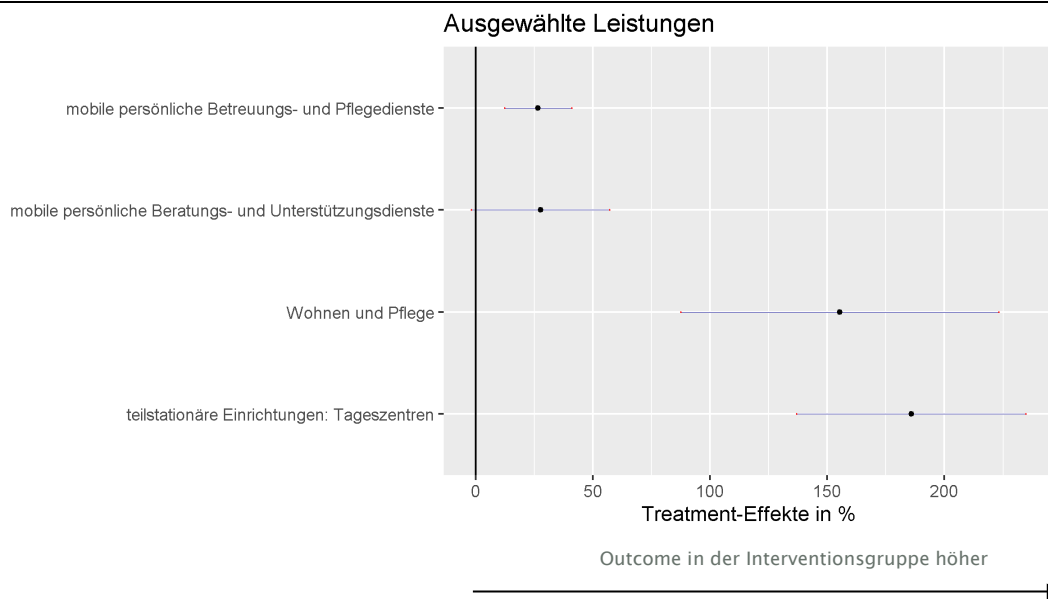
4.2.3 Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste der Langzeitpflege und -betreuung)

Als Indikator für die bedarfsgerechte Versorgung wurde die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten der Langzeitpflege und -betreuung analysiert. Die Inanspruchnahme kann einerseits zeigen, inwieweit Informationen zu Angeboten zu Betroffenen und deren Angehörigen gelangen, und andererseits die Zugänglichkeit von Unterstützungsangeboten abbilden. Die Vergleichsstudie zeigt, dass die Inanspruchnahme von Leistungen der Langzeitpflege und -betreuung

in der Interventionsgruppe steigt. Besonders deutlich wird dies etwa bei der teilstationären Tagesbetreuung mit einem Anstieg von +185,8 % ($p < 0,05$). Auch werden durch die Intervention verstärkt mobile persönliche Betreuungs- und Pflegedienste (+26,6 %; $p < 0,05$) und mobile persönliche Beratungs- und Unterstützungsdienste (+27,7 %; n. s.) genutzt. Kausale Ableitungen sind nicht möglich, da weder zur Angehörigensituation noch zu Multimorbiditäten entsprechende Informationen für beide Gruppen vorliegen⁸.

Abbildung 4.15:

Treatment-Effekte von Leistungen im Bereich Langzeitpflege und -betreuung



Anmerkungen: Der Bereich der teilstationären Tagesbetreuung „teilstationäre Einrichtungen: Tageszentren“ umfasst integrativ-geriatrische und zielgruppenspezifische Tageszentren. Der Bereich „mobile persönliche Betreuungs- und Pflegedienste“ umfasst die Leistungen der Hauskrankenpflege, medizinische Hauskrankenpflege und 24-Stunden-Betreuung. Der Bereich „mobile persönliche Beratungs- und Unterstützungsdienste“ umfasst die Leistungen des Besuchsdienstes, Essen auf Rädern und mobile soziale Arbeit. Der Bereich „Wohnen und Pflege“ umfasst Leistungen des betreuten Wohnens, Hausgemeinschaften und Pflegeheimpflegeplätze, Kurzzeitpflege, Urlaubspflege, Wohnen und Pflege im Bundesland sowie Pflegeheime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

Die in der Abbildung gezeigten dicken Punkte stellen den Interventionseffekt in % dar, die beiden kleineren roten Punkte, die auch mittels blauer horizontaler Linien verbunden sind, stellen jeweils die Endpunkte des Konfidenzintervalls dar; wenn diese Linie die dicke vertikale Linie (0) nicht schneidet, kann von einem statistisch signifikanten Effekt ausgegangen werden.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten: FSW

Aufgrund der im Median gegenüber der Kontrollgruppe (Medianalter: 79,7 Jahre, Mittelwert: 81,5 Jahre) doch deutlich älteren Population der Interventionsgruppe (Medianalter: 84,8 Jahre, Mittelwert: 82,8 Jahre) ist es wenig überraschend, dass in der Interventionsgruppe auch ein Anstieg bei Leistungen des Bereichs „Wohnen und Pflege“ verzeichnet wurde (+155,3 %; $p < 0,05$).

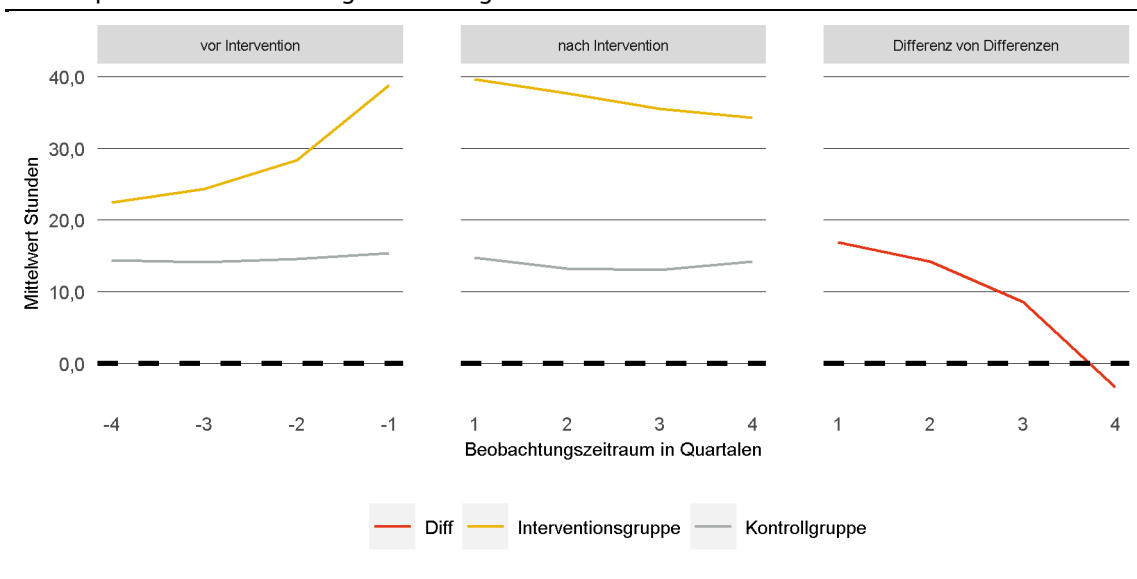
⁸

Bei Menschen mit Demenz liegen in der Regel weitere Erkrankungen vor – z. B. Diabetes (bis zu 12,5 % der Entlassungsdiagnosen, gemessen an Aufenthalten pro Quartal) und Stürze (bis zu 6 % Entlassungen mit Frakturen, gemessen an Aufenthalten pro Quartal) –, die über das IVD-Angebot nur bedingt beeinflusst werden können.

Konkret ist zu den jeweiligen Leistungsbereichen Folgendes anzumerken:

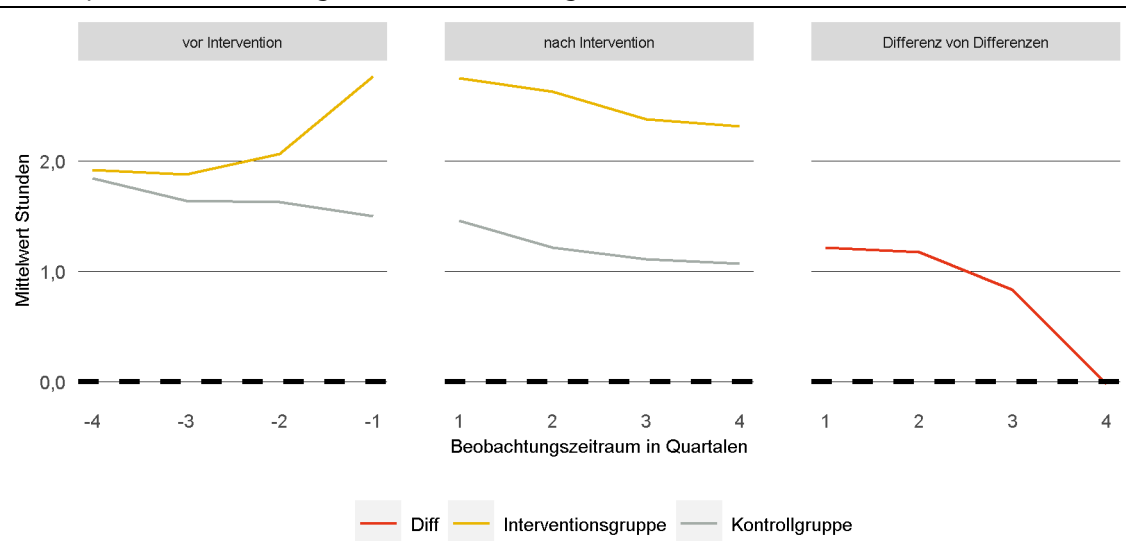
- » **Tageszentren** verzeichnen mit einer Steigerung von unter fünf Tagen auf über fünfzehn Verechnungstage bzw. von eineinhalb Besuchstagen auf dreieinhalb Tage im Quartal 4 einen konstanten Anstieg nach der Intervention im Beobachtungszeitraum (siehe Abbildung 7.7 f. im Anhang).
- » Im Zusammenhang mit dem Indikator „Wohnen und Pflege“ ist zu erwähnen, dass trotz eines effizienten Matchings im Rahmen des Fall-Kontroll-Designs insofern ein Alterseffekt sichtbar ist, als sich Mittelwert und Medianalter der stationär gepflegten Personen unterscheiden. Die Interventionsgruppe ist somit im Median deutlich älter und weist daher auch eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit auf, in ein Pflegeheim einzutreten. In diesem Bereich ist allerdings nur eine begrenzte Aussage möglich, weil zum Wohnumfeld und zur Unterstützung durch Angehörige im Rahmen der Vergleichsstudie keine Daten vorliegen.
- » Bei den Indikatoren „Inanspruchnahme mobiler persönlicher Betreuungs- und Pflegedienste“ (siehe Abbildung 4.16) und „Inanspruchnahme mobiler persönlicher Beratungs- und Unterstützungsdienste“ (siehe Abbildung 4.17) kommt es bereits kurz vor der eigentlichen Intervention zu einem auffälligen Anstieg.

Abbildung 4.16:
Mobile persönliche Betreuungs- und Pflegedienste



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten FSW

Abbildung 4.17:
Mobile persönliche Beratungs- und Unterstützungsdienste



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten FSW

Bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die IVD-Patientinnen/-Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Beobachtungszeitraum einen

- » deutlichen und **signifikanten Anstieg** der Inanspruchnahme von **Tageszentren** sowie einen
- » deutlichen und **signifikanten Anstieg** der Inanspruchnahme **mobiler persönlicher Betreuungs- und Pflegedienste**

aufweisen (vgl. Abbildung 4.15 bis Abbildung 4.17).

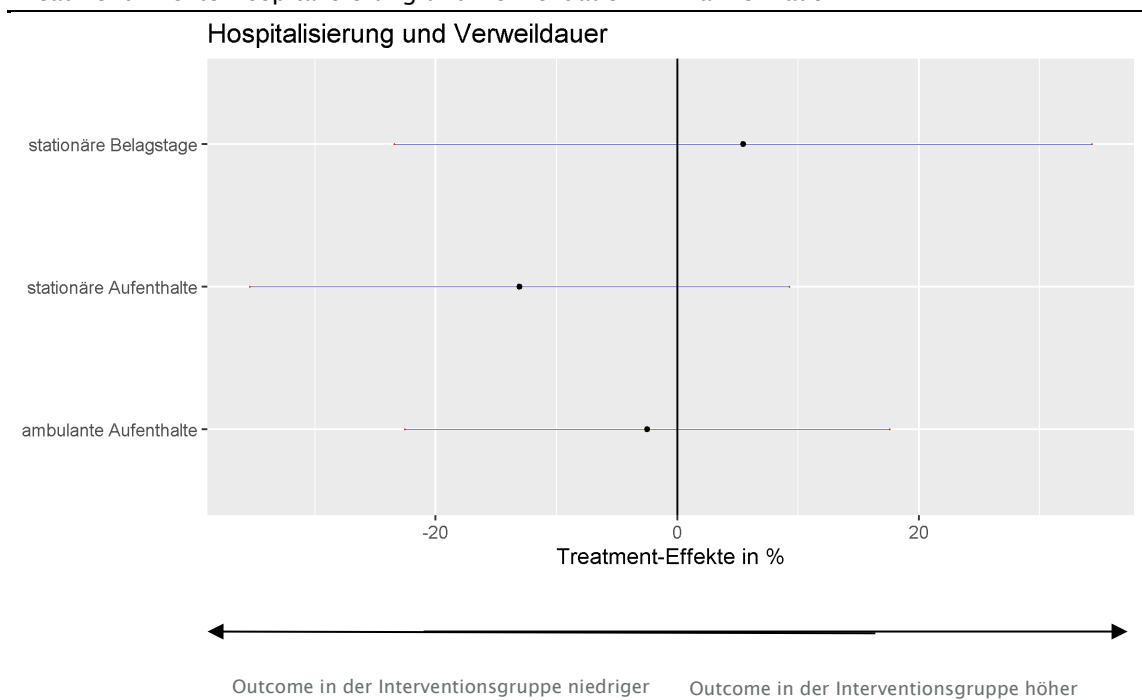
4.2.4 Hospitalisierung und Verweildauer im Krankenhaus

Bei der Analyse der Daten im Fall-Kontroll-Design interessierte auch das Ausmaß und die Dauer von Hospitalisierungen. Bereits im Vorfeld wurde thematisiert, dass ein **kausaler Wirkungszusammenhang** dieser Indikatoren mit dem Angebot im Rahmen des Projekts IV Demenz nicht hergestellt bzw. nachgewiesen werden soll (vgl. Abschnitt 2.2.2). Gerade aufgrund kürzerer Verweildauern in akutstationären Einrichtungen wird das Entlassungsmanagement zum Dreh- und Angelpunkt, das GPZ wird im KH empfohlen. Daher sind die nachfolgenden Ergebnisse auch nicht direkt mit der Intervention begründbar und können in diesem Zusammenhang nur schwer interpretiert werden.

Bei den Indikatoren für Hospitalisierung und Verweildauer im Krankenhaus wurde festgestellt, dass es zu einer Zunahme stationärer Belagstage (+5,44 %, n. s.) bei einer gleichzeitigen Abnahme der stationären (-13,1 %, n. s.) und ambulanten Aufenthalte (-2,5 %, n. s.) kommt, was bedeuten

würde, dass die Klientinnen und Klienten des IVD-Angebots weniger häufig ins Krankenhaus kämen, aber mit längerer Aufenthaltsdauer. Allerdings konnte bei keinem der genannten Indikatoren ein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Abbildung 4.18:
Treatment-Effekte Hospitalisierung und Verweildauer im Krankenhaus

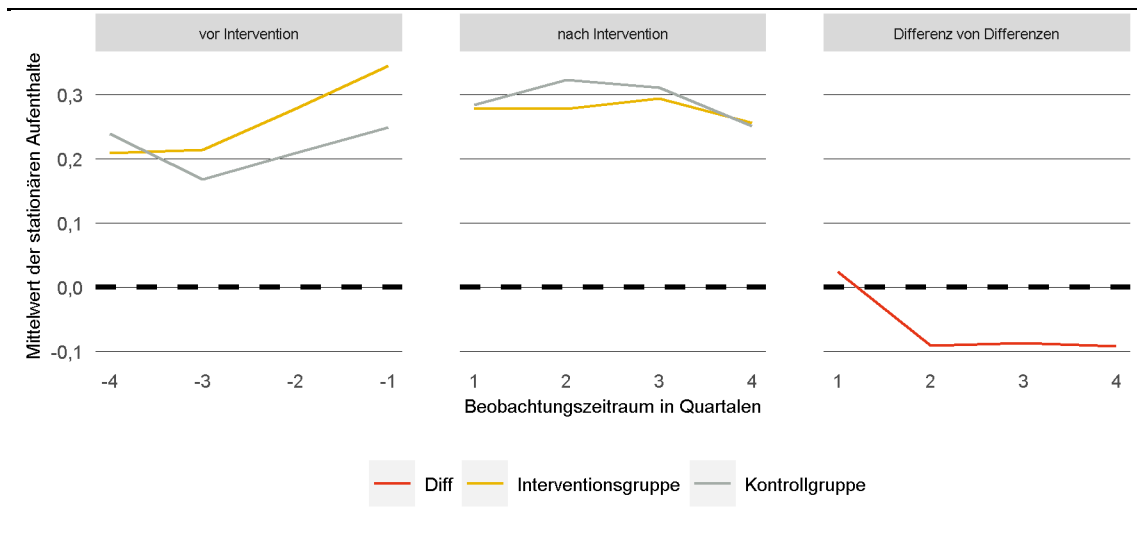


Anmerkung: Die in der Abbildung gezeigten dicken Punkte stellen den Interventionseffekt in % dar, die beiden kleineren roten Punkte, die auch mittels blauen horizontalen Linien verbunden sind, stellen jeweils die Endpunkte des Konfidenzintervalls dar; wenn diese Linie die dicke vertikale Linie (0) nicht schneidet, kann von einem statistisch signifikanten Effekt ausgegangen werden.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten WGV

Im Zusammenhang mit Hospitalisierungen von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen fällt auf, dass die stationären Aufenthalte im letzten Quartal vor der Intervention ansteigen und nach der Intervention wieder konstant zurückgehen (siehe Abbildung 4.19).

Abbildung 4.19:
Mittelwerte stationäre Aufenthalte



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten WGV

Bei den Hospitalisierungen kann zusammenfassend gesagt werden, dass

- » aufgrund des Studiendesigns keine Identifikation kausaler Wirkungszusammenhänge zwischen Krankenhausaufenthalten und der Intervention im Rahmen der Vergleichsstudie möglich ist sowie dass
- » **keine signifikanten Unterschiede** bei den einzelnen Indikatoren zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe zu verzeichnen sind, jedoch
- » tendenziell ein (statistisch nicht signifikanter) **abnehmender Trend bei den stationären Aufenthalten** in der Interventionsgruppe

feststellbar ist (vgl. Abbildung 4.18 und Abbildung 4.19).

5 Zusammenschau der Ergebnisse

Wie stellen sich die Ergebnisse der Evaluierung mit Blick auf die Ziele des IVD-Projekts dar? Im Folgenden sollen die Ergebnisse der beiden Phasen zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Zielerreichung und der entwickelten Indikatoren für das IVD-Projekt (siehe Abschnitt 2) reflektiert werden.

5.1 Bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen / Inanspruchnahme von Leistungen

Zentrale Interventionen des Projekts und damit des Gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ) sind auf eine **bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung** ausgerichtet. In der Evaluation wird bei der Überprüfung der Wirksamkeit daher ein Schwerpunkt auf diesen Aspekt gelegt, wofür ein Fall-Kontroll-Design gewählt und umgesetzt wurde. Hierzu ist zu betonen, dass die potenziell inadäquate Medikation einen Rückgang verzeichnet, was als Erfolg des Projekts gewertet werden kann. Dies legt den Schluss nahe, dass die Intervention in diesem Zusammenhang einen positiven Einfluss auf die bedarfsgerechte Versorgung hat. Es konnten sowohl eine signifikant niedrigere Verschreibung potenziell inadäquater Medikation als auch ein signifikanter Rückgang der Zahl jener Personen, denen PIM verschrieben werden, festgestellt werden.

Ergänzend dazu sollte auch die **Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote** untersucht werden: Gute Beratung und Information über mögliche Versorgungsleistungen spielen hier eine wichtige Rolle. Die Angehörigeninterviews unterstreichen ihre potenzielle Wirkung, es handelt sich hierbei aber um keinen besonders belastbaren Nachweis. Rückschlüsse auf das Erreichen dieses Indikators lassen sich auch aus den Interviews mit den Netzwerkpartnerinnen/-partnern ziehen (Pleschberger et al. 2019). Diese verweisen auf **sich bewährende Elemente im Konzept**, die als Voraussetzung und Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung gesehen werden:

- » multiprofessioneller Ansatz (wertvoll in der Diagnostik)
- » Hausbesuche als besonderes Qualitätsmerkmal
- » wertschätzende Haltung des Teams gegenüber Patientinnen/Patienten und Angehörigen, systemischer Ansatz
- » multiprofessionelle Teamzusammensetzung
- » Anspruch, niederschwellig zu sein (Telefonberatung)

Darüber hinaus können die folgenden Parameter gewissermaßen als Alleinstellungsmerkmal des GPZ für den Versorgungsraum Wien gesehen werden:

- » Multiprofessionalität in allen Handlungsebenen des GPZ
- » eine strukturierte multiprofessionelle Angehörigenberatung (auf Wunsch auch ausschließlich telefonisch und auch für Angehörige, die außerhalb Wiens wohnhaft sind)
- » Möglichkeit eines Hausbesuchs durch ärztliches und pflegerisches Personal bzw. Sozialarbeiter/-innen.

Insbesondere mit der Möglichkeit der Hausbesuche sowie dem multiprofessionellen Ansatz in der Diagnostik erweist sich das Angebot als zielgruppengerecht und trägt zur bedarfsgerechten Versorgung bei.

Von insgesamt 1.309 Klientinnen und Klienten im Zeitraum April 2016 bis Dezember 2019 wurde etwa die Hälfte medikamentös behandelt. Von jenen Klientinnen und Klienten, die zu Kontrollterminen ins GPZ kommen, erhalten rund drei Viertel eine medikamentöse Therapie (77 %, n = 301). Die Personen, die eine medikamentöse Therapie erhalten, wurden im Rahmen der quantitativen Vergleichsstudie evaluiert. Bestimmte Gründe können – insbesondere bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung – trotz medikamentöser Therapie dazu führen, dass Personen nicht mehr zu Kontrollterminen erscheinen. Bei einigen von ihnen wird die Betreuung seitens des GPZ infolge einer Übersiedelung in ein Pflege- oder Pensionistenheim durch eine dortige Versorgung ersetzt. Andere Gründe dafür, dass Personen nicht mehr zu Kontrollterminen im GPZ erscheinen, sind Weiterbetreuung im niedergelassenen Bereich oder Versterben.

Im Kontext der Angehörigenentlastung konnten im Zuge der Vergleichsstudie eindeutige Steigerungen bei den mobilen Beratungs- und Unterstützungsdiensten sowie den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten ausgemacht werden. Insbesondere ist zu beobachten, dass der Besuch von Tageszentren in der Interventionsgruppe signifikant erhöht ist. Aufgrund der mangelnden Informationen zur Angehörigensituation (v. a. in der Kontrollgruppe) lässt sich allerdings keine direkte kausale Beziehung zum Ziel „bedarfsgerechte Versorgung“ herstellen.

Im Kontext der bedarfsgerechten Versorgung und der Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote ist nach der Intervention eine Zunahme der Konsultationen von Internistinnen und Internisten sowie von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern bei einem gleichzeitigem Rückgang der Besuchen von Neurologinnen und Neurologen feststellbar. Zur Inanspruchnahme von Psychiaterinnen und Psychiatern kann im vorliegenden Fall nur gesagt werden, dass sie sowohl vor als auch nach der Intervention sehr gering war.

5.2 Hospitalisierungsraten und Verweildauer

Im Rahmen der Evaluation im Fall-Kontroll-Design wurde entsprechenden Indikatoren zwar nachgegangen, jedoch davon Abstand genommen, einen direkten kausalen Wirkungsnachweis über Indikatoren wie Hospitalisierungsraten oder Verweildauern im Krankenhaus abzuleiten. Es konnten im Rahmen der Vergleichsstudie keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Jedoch deuten die Ergebnisse im Detail beim Indikator „stationäre Aufenthalte“ darauf hin, dass der steigende Trend der Spitalsaufenthalte, der vor der Intervention auszumachen war, durch diese zurückgegangen ist.

5.3 Belastungssituation bei pflegenden Angehörigen

Angehörige zu entlasten stellt ein zentrales Anliegen im IVD-Projekt dar. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Vorgespräche auch das Anliegen eingebracht, über die verbesserte Gesundheitskompetenz den Gesundheitszustand bzw. das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen zu verbessern. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit pflegenden Angehörigen geben überzeugende Hinweise auf durch das Projekt erzielte Entlastungseffekte. Unterschiedliche Dimensionen konnten identifiziert werden wie z. B. das Gefühl, dass die Person mit demenzieller Beeinträchtigung professionell und gut betreut wird oder dass mit den Angehörigen selbst ein Gespräch geführt wurde, das Entlastung bringt (Pleschberger et al. 2019). Die Entlastung erhöht sich, wenn es zur **Inanspruchnahme von Angeboten** kommt, die ein nachhaltiges Entlastungspotenzial aufweisen wie z. B. der Besuch eines Tageszentrums oder mobile Dienste. In solchen Fällen kann die Intervention durch das Projekt tatsächlich auch das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Angehörigen verbessern. Dies macht deutlich, dass eine bedarfsgerechte Versorgung Menschen mit Demenz immer auch auf deren Angehörige wirkt.

5.4 Nahtstellenmanagement zwischen Sozial- und Gesundheitssystem

Im Projekt IVD konnten **funktionierende Kooperationsbeziehungen** für Diagnostik aufgebaut werden (Pleschberger et al. 2019). Sie wirken sich positiv auf eine bedarfsgerechte Versorgung aus, etwa indem Wartezeiten optimiert werden können oder mit den Patientinnen/Patienten kompetent und an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert umgegangen wird. Bemerkenswert ist hier, dass diese Kooperationen etwa über Leitfäden und definierte Prozesse formalisiert wurden. So ergibt sich grundsätzlich eine hohe Zufriedenheit mit diesen Kooperationen seitens der befragten beteiligten Partnerinnen/Partner. Sowohl die Interviews mit den Angehörigen als auch jene mit Netzwerkpartnerinnen/-partnern stützen dieses Bild.

Von einer **aufseiten der professionellen Akteurinnen/Akteure besseren Information und höheren Sensibilität in puncto Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen** kann mit Verweis auf die Ergebnisse der Multiplikatorenschulung bei den daran Teilnehmenden ausgegangen werden. Eine überzeugende Fokussierung – entweder auf ausgewählte Berufsgruppen oder auf Regionen – lässt sich nicht ausmachen, der Kreis ist zwar auf den Bereich mobiler Versorgung eingegrenzt, dies ist für eine gezielte Bewerbung dennoch eine große und schwer fassbare Gruppe. Angesichts des Anspruchs, dass das Projekt in ganz Wien wirksam sein soll, ist diese Vorgangsweise nachvollziehbar, sie wirkt sich allerdings im Bereich des Nahtstellenmanagements aufgrund der Fülle an (möglichen) Kooperationspartnerinnen/-partnern erschwerend aus.

Erwähnt sei an dieser Stelle noch, dass die **Zufriedenheit der Teilnehmer/-innen mit den Multiplikatorenschulungen** sehr hoch ist. Besonders unterstrichen wird dies durch die zahlreichen qualitativen Anmerkungen in den Evaluationsbögen, die auch darauf hinweisen, dass mit den Schulungen grundsätzlich deren inhaltliche Zielsetzung erreicht wird. Dies ist angesichts der heterogenen Gruppen, die das Angebot in Anspruch genommen haben, bemerkenswert. Eine Auswirkung auf

das Zuweisungsverhalten, sodass es kausal auf die Schulungen zurückgeführt werden könnte, lässt sich nicht beobachten. Deutlich wird auch, dass Bedarf und Interesse an einem niederschweligen kurzen Schulungsangebot wie diesem jedenfalls gegeben ist und das Angebot auch bei den Teilnehmenden auf sehr positive Resonanz stößt.

Somit wurde im Rahmen des Projekts ein erkennbarer Beitrag zum Nahtstellenmanagement geleistet. Wo dies fokussiert erfolgte wie z. B. im Kontext der Diagnostik, wird deutlich, dass insbesondere formalisierte Kooperationen eine wichtige Voraussetzung für gelingende integrierte Versorgung sind.

5.5 Längere Verweildauer in der häuslichen Umgebung

Diese Zielsetzung wurde in der Ausschreibung der Evaluierung als wichtiges Anliegen im Projekt IV Demenz genannt. Bereits in der Entwicklung von Indikatoren im Auftraggeberworkshop zu Beginn wurde aber deutlich, dass dieser Aspekt als erfolgskritischer Faktor zu relativieren ist. Wie lange bei fortschreitender demenzieller Erkrankung eine Betreuung zu Hause möglich ist, hängt nämlich von vielen Faktoren ab. Und in manchen Situationen vermag erst eine stationäre Versorgung die Lebensqualität der Beteiligten sicherzustellen.

Zweifelsohne kann über eine bedarfsgerechte Versorgung die häusliche Versorgung stabilisiert und verbessert werden, sodass Menschen mit Demenz zu Hause bleiben können – auch bis zuletzt. Hierfür kann die dokumentierte Entlastung der Angehörigen ebenso wie die Information über mobile Dienste und der Zugang zu diesen als Nachweis gesehen werden. Die diesbezüglichen Hinweise aus den qualitativen Daten sollen jedoch nicht überschätzt werden.

Einer Nachweisbarkeit sind im Rahmen eines Fall-Kontroll-Designs deutliche Grenzen gesetzt, zumal sich unter den gegebenen Daten unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren für einen Eintritt in die Langzeitpflege keine sinnvolle Kontrollgruppe erstellen lässt, wie im Rahmen der Ausarbeitung des methodischen Feinkonzepts festgehalten wurde (siehe Anhang 1).

5.6 Herausforderungen und Grenzen

Neben den oben ausgeführten Nachweisen entlang der Projektzielsetzungen und -indikatoren wurden weitere Aspekte deutlich, die im Sinne einer Weiterentwicklung des Angebots an dieser Stelle erwähnt werden sollen.

Öffentlichkeitsarbeit und der Aspekt der Vernetzung mit relevanten Kooperationspartnerinnen und -partnern stellen im Projekt durchaus Herausforderungen dar. Die verfügbaren Informationsmaterialien, allen voran Flyer und Website, vermitteln das Potenzial des GPZ nur sehr eingeschränkt, der Umgang damit erfolgt wenig systematisch, sodass ein Multiplikatoreffekt hier kaum zu erwarten ist. Im Projekt selbst sind dafür allerdings auch kaum Ressourcen bereitgestellt worden. Diese Problematik wurde auch in der Bewerbung der Multiplikatorenschulung deutlich.

Aus der qualitativen Evaluierung wurde an vielen Stellen deutlich, dass das Angebot auf Grenzen stößt: angesichts der vorhandenen Ressourcen und des konstatierten Bedarfs im Großraum Wien. So entsteht eine durchaus paradoxe Situation: Jegliche Bemühung um mehr Zuweisungen, bessere Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, eine möglichst frühe Diagnostik für möglichst viele betroffene Menschen in der Region zu ermöglichen, läuft Gefahr, die Qualität des Angebots zu schmälern. Denn eine steigende Nachfrage führt unmittelbar zu längeren Wartezeiten, was insbesondere für diese Zielgruppe, ebenso aber auch für die Netzwerkpartner/-innen ein besonderes Problem darstellt.

In Hinblick auf eine integrierte Versorgung ergeben sich zudem als wichtige Entwicklungsthemen das Bemühen um guten intersektoralen Informationsfluss und Fragen des Nahtstellenmanagements, die aufgrund der Komplexität trotz Gelingens auch ungelöste Aufgaben bereithalten (z. B. Krankenhaus). Die aktuelle Situation erlaubt wohl kaum eine weitere Entwicklung des Angebots, da das Halten einer fragilen Balance zwischen Nachfrage und Ressourcen in den Vordergrund rückt.

6 Ausblick und Impulse

6.1 Einordnung des Projekts IVD vor dem Hintergrund internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse

In Europa und international stellt die Entwicklung von Netzwerkstrukturen für die Versorgung von Menschen, die mit demenziellen Beeinträchtigungen einen Trend dar, der als Möglichkeit gesehen wird, die in vielen Ländern bestehenden fragmentierten Versorgungsstrukturen in Gesundheits- und Langzeitpflegesystemen zu überwinden. Studien aus Deutschland (Kohler et al. 2014; Laporte Uribe et al. 2016; Thyrian et al. 2013), den Niederlanden (Nieuwboer et al. 2017), Kanada (Lemieux-Charles et al. 2005), Singapur (Ha et al. 2020) und den USA (Bass et al. 2014; Kally et al. 2014) zeigen Beispiele auf, wie derartige Netzwerkstrukturen funktionieren können. Das Angebot des GPZ bzw. das Projekt IVD in Wien reiht sich in die Zahl erfolgreicher Beispiele ein, wenn es darum geht, klientenzentrierte Netzwerke für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren Angehörige aufzubauen.

Als Grundproblem ist dabei in vielen Ländern festzumachen, dass herkömmliche Versorgungsstrukturen wenig Raum dafür lassen, auf die individuellen Bedürfnisse bzw. die persönliche Situation von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren Angehörigen einzugehen (Nieuwboer et al. 2017). Pflegende Angehörige wären hier ebenfalls stärker mitzudenken, da sie im Zusammenhang mit der Betreuung von Menschen mit Demenz vielfach starken Belastungen ausgesetzt sind. Ein längerfristiges Monitoring in Bezug auf Krankheitssymptome, Lebensqualität und Belastung pflegender Angehöriger sowie ein Feedback in puncto Pflegequalität und Kosteneffektivität sind vielfach jedoch nicht vorgesehen (Bucheberner-Ferstl/Geserick 2019; Nieuwboer et al. 2017).

Als wichtige Ressource für das Gelingen von Netzwerkstrukturen in der integrierten Versorgung demenziell beeinträchtigter Menschen sind Hausärztinnen und Hausärzte zu sehen, wie eine umfassende Studie aus Deutschland zeigte, in der bundesweit insgesamt 13 Netzwerkstrukturen evaluiert wurden. Hausärztinnen und Hausärzte stellen den initialen Kontakt zwischen Menschen mit Demenz und dem Netzwerk her, in einigen Ländern zusätzlich unterstützt durch Case-Managerinnen und Case-Manager oder andere Berufsgruppen wie z. B. Apothekerinnen und Apotheker (Laporte Uribe et al., 2017; Nieuwboer et al., 2017; Minkmann et al., 2009).

Integrierte Versorgung wird als Prozess und nicht als einmaliges Ereignis verstanden, was die Komplexität von Interventionen in diesem Bereich erhöht (Billings et al. 2020). Aufgrund dieser Komplexität und der Vielschichtigkeit von Interventionen für Menschen mit Demenz regt der aktuelle Forschungsstand dazu an, in diesem Zusammenhang mit Mixed-Methods-Ansätzen zu arbeiten, was in der Evaluation des Projekts IVD ebenfalls umgesetzt wurde (Billings et al. 2020; Laporte Uribe et al. 2016).

6.2 Ausblick und Impulse

Für die weitere Entwicklung des Projekts IVD ergeben sich folgende Impulse, welche u. a. aus der Diskussion im Auftraggeberworkshop im November 2020 entwickelt wurden.

Mehr niederschwellige Angebote für Diagnostik

Grundsätzlich erscheint – mit Blick auf das Einzugsgebiet und vor dem Hintergrund der qualitativen Ergebnisse – ein Ausbau mit dem Ziel, mehrere Zentren nach dem Konzept des GPZ für Wien zu schaffen, als eine wesentliche Perspektive für die integrierte Versorgung für Menschen mit Demenz. Dies würde ermöglichen, dass regional stärkere Kooperationsbeziehungen entwickelt werden können und über Diagnostik hinaus ein formalisiertes Zusammenarbeiten im Sinne eines kontinuierlichen, prozessorientierten Case-Managements für Patientinnen und Patienten bzw. deren Familien aufgebaut werden kann.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, die bedeutsamsten Bausteine (konzeptionelle Grundpfeiler) des Projekts IVD klar zu formulieren, was es erleichtern könnte, bestehende oder neue Angebote nach dem Vorbild des GPZ anzupassen. Zentrale Elemente der Versorgung im Projekt IVD sind etwa die unmittelbare, flexible und professionelle telefonische Verfügbarkeit für Angehörige und Patientinnen/Patienten, die teambasierte multiprofessionelle Betreuung, die Hausbesuche, das umfassende Informations- und Beratungsangebot sowie die Diagnostik in einem für demenziell erkrankte Menschen sensitiv angepassten Rahmen und die Begleitung bei der Verschreibung von Antidementiva.

Regionale Fokussierung als Chance für vernetzte Versorgung

Die regionale Fokussierung des GPZ stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass regional stärkere Kooperationsbeziehungen entwickelt werden konnten. Vernetzte regionale Versorgung bietet zudem die Chance, dass Diagnostik und Therapie regional verankert werden und so eine (an die Diagnose anschließende) Begleitung und ein Übergang in andere Strukturen leichter ermöglicht werden. Beispielsweise stellt die Möglichkeit, dass im Gesundheitszentrum Favoriten der ÖGK nunmehr alle notwendigen diagnostischen Untersuchungen an einem Tag durchgeführt werden können, für Patientinnen/Patienten sowie Angehörige eine deutliche Erleichterung dar.

Künftig wäre im Sinne einer (weiter) verstärkten Partnerschaft mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern nach internationalem Vorbild anzudenken, auch Gruppenpraxen, Ambulanzen und vor allem Primärversorgungszentren noch stärker als Partner zu involvieren (vgl. Nieuwboer et al., 2017). Ein Indikator für die derzeit schon gut funktionierende Zusammenarbeit mit der niedergelassenen allgemeinmedizinischen Versorgung ist die Tatsache, dass ein hoher Anteil der Klientinnen und Klienten Migrationshintergrund hat. Menschen mit Migrationshintergrund kommen tatsächlich vielfach durch gezielte Zuweisungen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern zum GPZ.

Begleitung bei der Verschreibung von Antidementiva

Derzeit ist im Rahmen der medikamentösen Versorgung an Demenz erkrankter Menschen im Erstattungskodex (EKO) der Sozialversicherung vorgesehen, dass nach sechs Monaten ein fachärztliches Reassessment der medikamentösen Verordnungen erforderlich ist. Einerseits bietet dieser halbjährliche Rhythmus die Möglichkeit, Ankerpunkte für einen Kontakt in Form von Patienten- und Angehörigengesprächen im GPZ zu schaffen. Andererseits wurde in der Evaluation darauf hingewiesen, die halbjährlichen Ressourcen für Reassessments zu bündeln, um diese zielgerechter einzusetzen und die dadurch freigesetzten Kapazitäten könnten auch anderen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Es besteht daher der Wunsch nach dem Wegfall eines verpflichtenden halbjährlichen Reassessments, um Zeitpunkte für Angehörigengespräche noch bedürfnisorientierter und flexibler gestalten zu können. Ein jährliches Assessment bzw. ein Hinterfragen der starren Bindung an halbjährliche Rhythmen könnte zu einer Flexibilisierung beitragen, die es erlaubt, noch besser auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingehen zu können.

Schulungs- und Informationsbedarf

Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren haben sich als guter Baustein bewährt, formalisiertes Zusammenarbeiten in Netzwerkstrukturen aufzubauen. Langfristig könnten auch Netzwerktreffen und Qualitätszirkel angedacht werden, analog bereits entwickelten Konzepten der „Integrierten Versorgung Demenz“ für Wien, etwa seitens des Competence Centre Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung (CCIV). Zusätzliche Schulungen für bisher noch nicht erfasste Berufsgruppen könnten es zudem erlauben, zielgruppenspezifischere Angebote zu schaffen, um einen sinnvollen Ressourceneinsatz zu ermöglichen; insbesondere für Gruppen, für die es kaum ein adäquates Angebot gibt (z. B. Ordinationsassistentinnen und -assistenten).

Beratungsbedarf: GPZ als „Competence Center“

Das Ziel aller Aktivitäten des GPZ soll die vernetzte Unterstützung demenziell beeinträchtigter Menschen über den gesamten Betreuungspfad hinweg sein. Dieser sollte sowohl fächer- als auch berufsgruppenübergreifend gestaltet sein. Das GPZ ist vor diesem Hintergrund als Schnittstelle zu verstehen, welche etwa pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz die Suche nach relevanten Informationen deutlich erleichtert. Dies gilt insbesondere auch, nachdem eine Diagnosestellung erfolgt ist.

Ein wichtiger Mehrwert des Projekts IVD besteht darin, dass Diagnostik und Therapie für Menschen mit Demenz als Prozess anerkannt werden, und es daher möglich ist, auf die Situation Angehöriger bzw. selbst davon Betroffener individuell und zu unterschiedlichen Zeitpunkten einzugehen. Die Begleitung erfolgt im Team des GPZ – und nicht durch eine einzelne Berufsgruppe. Ein Endpunkt dieser Begleitung ist ebenso individuell gestaltbar und kann beispielsweise in Form einer Überführung in andere Strukturen erfolgen. Die Evaluierung hat deutlich gezeigt, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten in der Interventionsgruppe erhöht ist, was für die positiven Effekte dieser Bemühungen spricht, welche daher auch weiterzuführen sind. Allerdings stößt das Angebot des GPZ an seine Kapazitätsgrenzen, weshalb weitere GPZ oder diesem ähnliche Angebote für weitere Regionen Wiens (z. B. 2–3 weitere Zentren) äußerst wünschenswert wären.

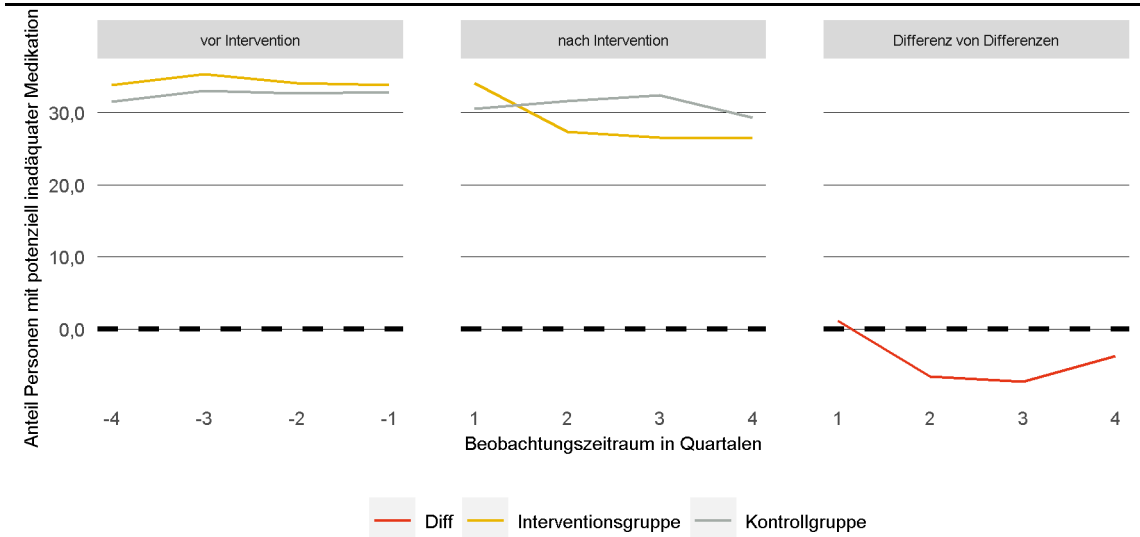
„Post-diagnostic support“ als Baustein für integrierte Versorgung

Weiteres Potenzial wird schließlich auch im Ausbau von Beratungsstrukturen für Netzwerkpartner/-innen sowie eines begleitenden Angebots über die Phase der Diagnostik hinaus („post-diagnostic support“) gesehen. Dies gilt auch für Menschen mit Demenz, die aus dem Krankenhaus entlassen werden. Weiterführende Analysen könnten hier ansetzen, um die Prozesse rund um Krankenhausaufenthalte von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen besser verstehen zu lernen und gegebenenfalls zu optimieren.

Die Evaluierung liefert deutliche Hinweise, dass Beratung, Begleitung und Diagnose aus einer Hand viele Vorteile bringt, sowohl für Betroffene als auch Angehörige. Im Auftraggeberworkshop wurde daher ein weiterer Ausbau des Projekts befürwortet, unter der Voraussetzung eines damit einhergehenden Ausbaus von finanziellen Mitteln. Vor dem Hintergrund der genannten Impulse kann das Projekt IVD auch aufgrund seiner interdisziplinären Aufstellung und seiner beispielhaften Vernetzungsarbeit als geeignetes vorbildhaftes Modell für einen weiteren Ausbau bzw. weitere Zentren betrachtet werden.

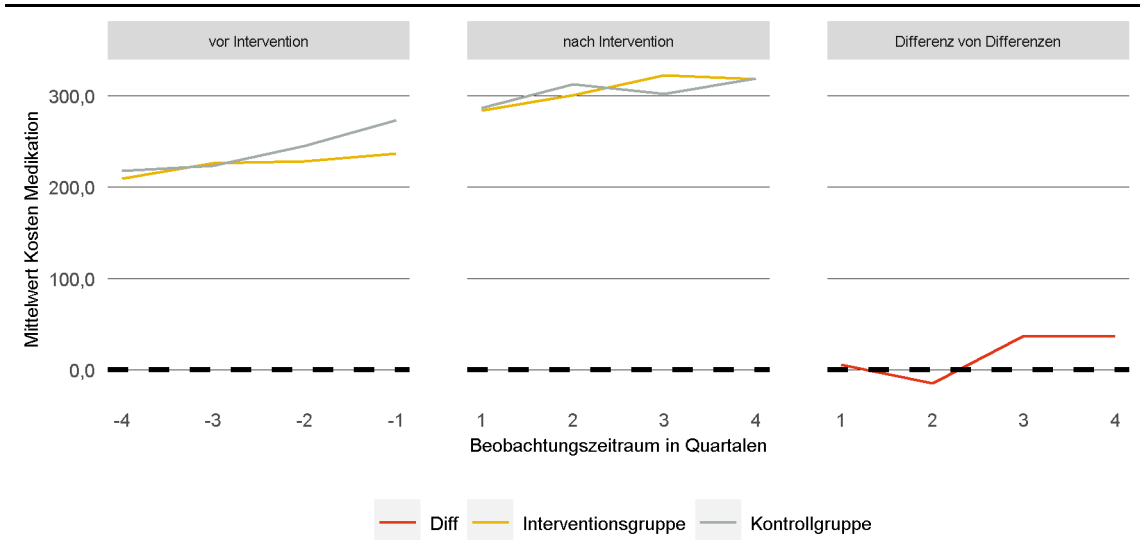
7 Anhang

Abbildung 7.1:
Anteil der Personen mit PIM in Prozent



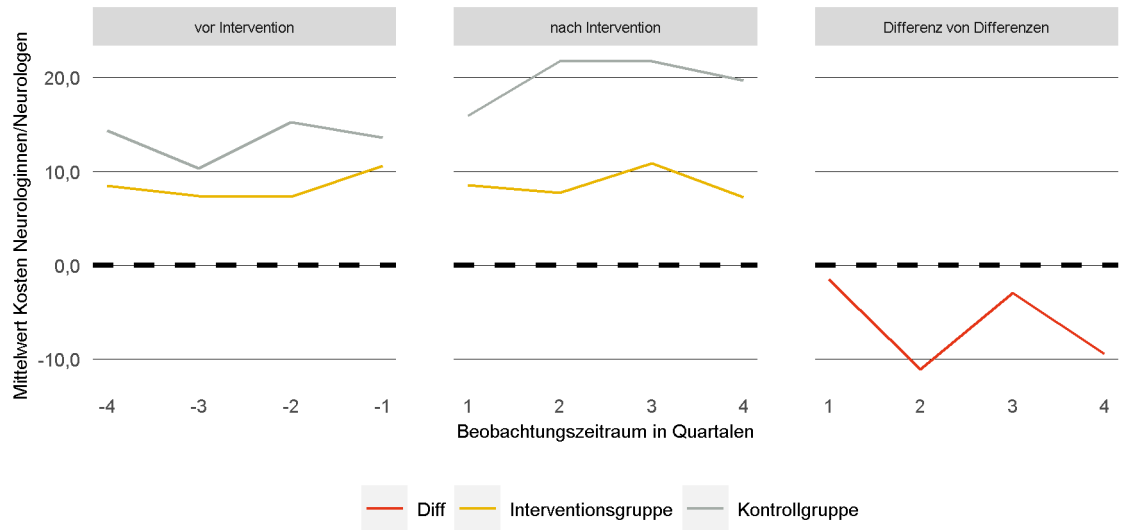
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 7.2:
Durchschnittliche Kosten Medikation



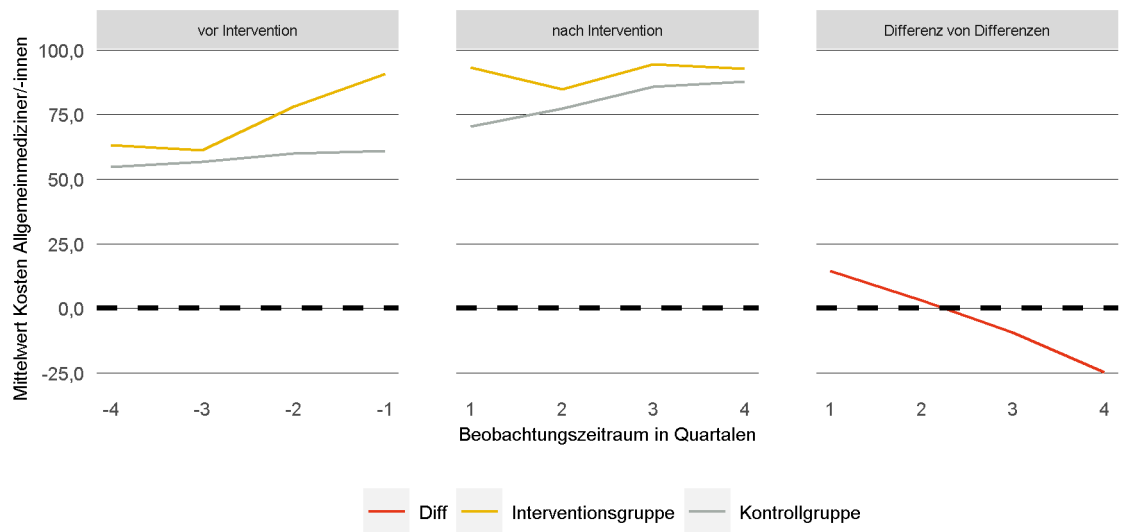
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 7.3:
Mittelwert Kosten neurologischer Befundungen



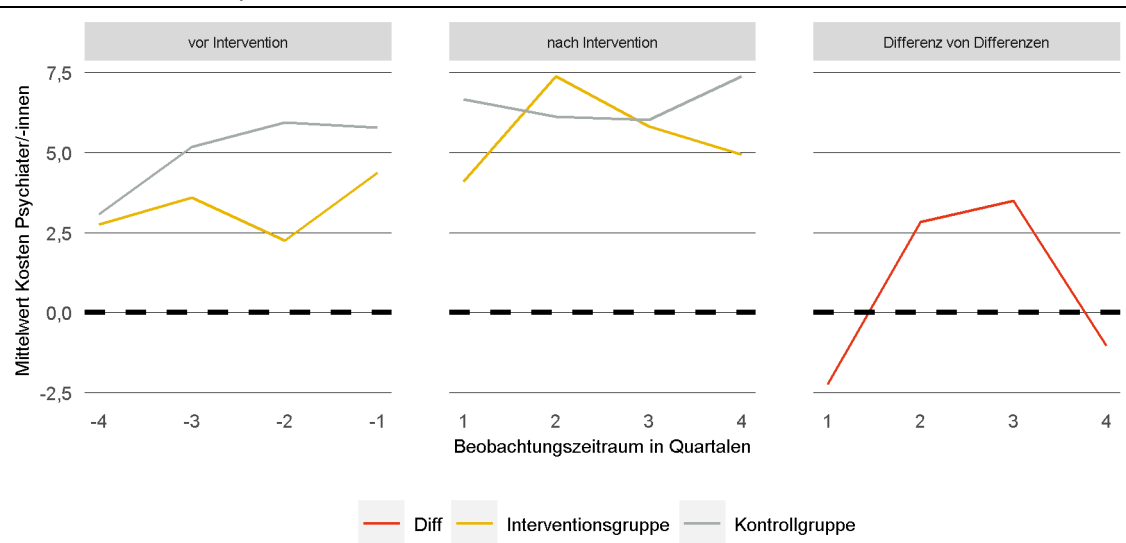
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 7.4:
Mittelwert Kosten Allgemeinmediziner/-innen



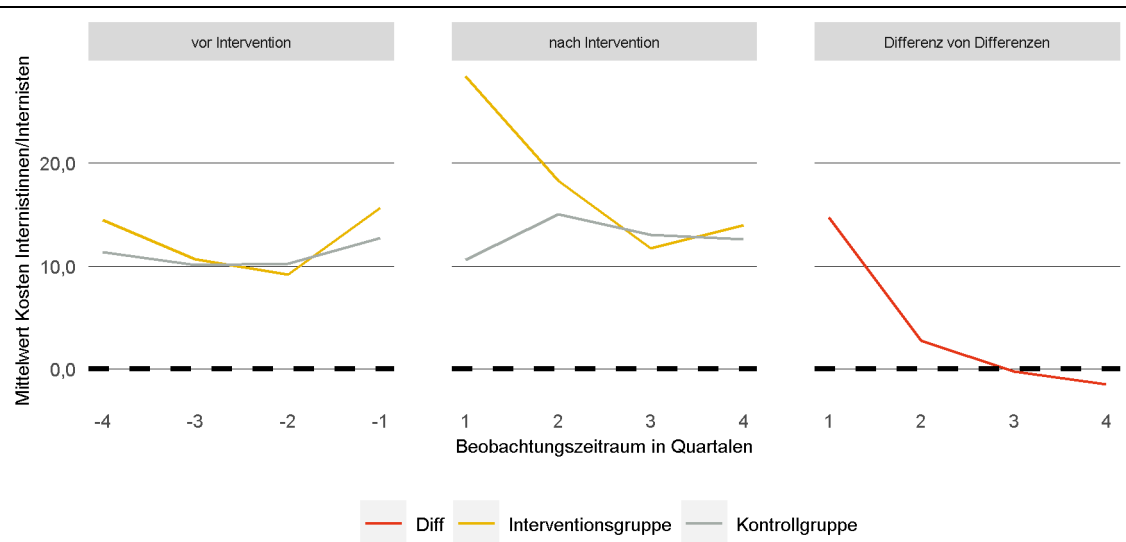
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 7.5:
Mittelwert Kosten Psychiater/-innen



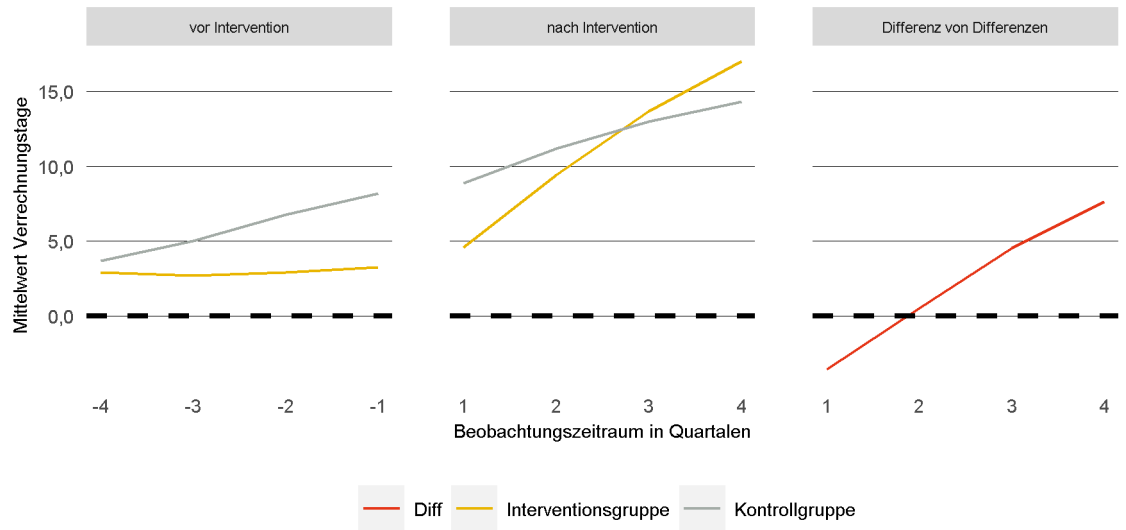
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 7.6:
Mittelwert Kosten Internistinnen und Internisten



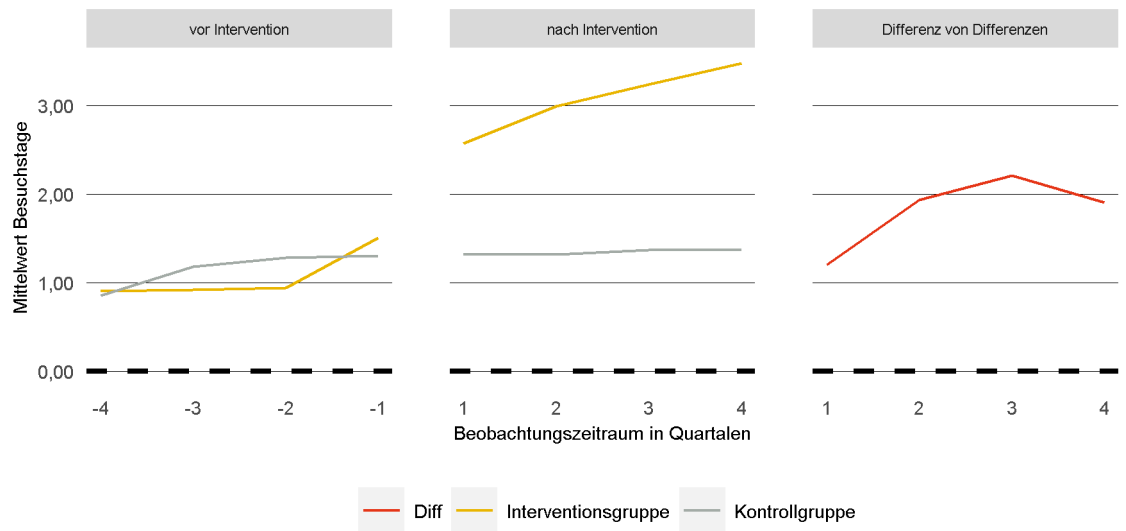
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 7.7:
Mittelwert Verrechnungstage Wohnen und Pflege



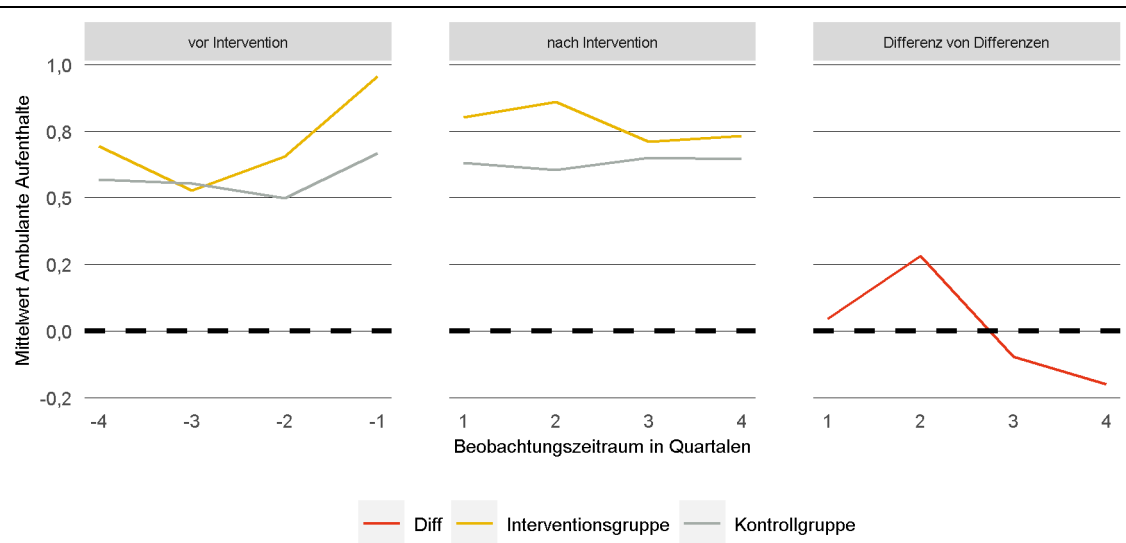
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten FSW

Abbildung 7.8:
Mittelwert Besuchstage teilstationäre Einrichtungen: Tageszentren



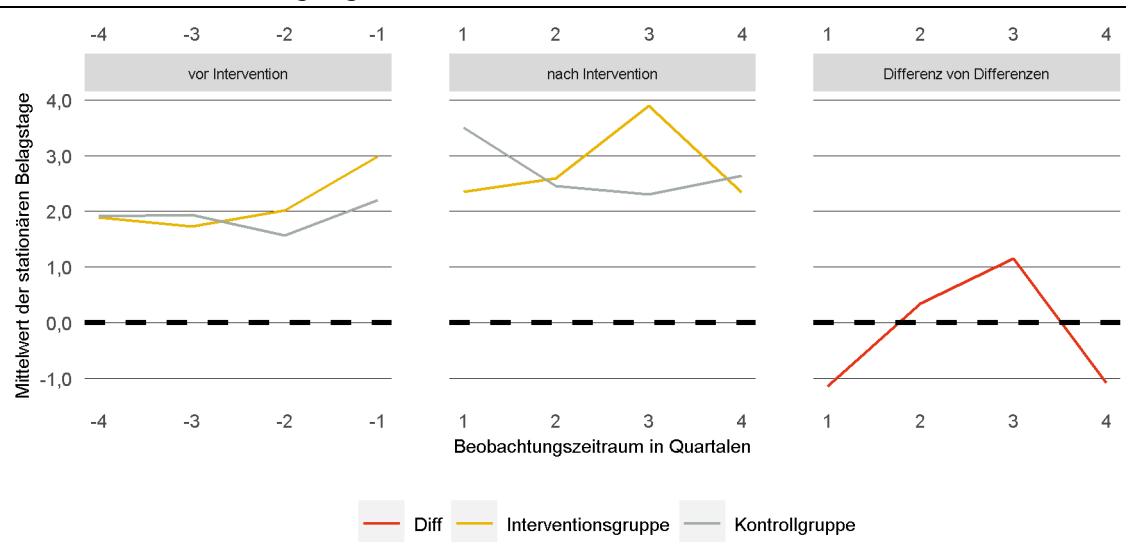
Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten FSW

Abbildung 7.9:
Mittelwert ambulante Aufenthalte



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Abbildung 7.10:
Mittelwert stationäre Belagstage



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, Daten ÖGK

Literatur

- AWZ-PSD (o. A.): Flyer zur Multiplikatorenschulung 2019 „Sicher im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen“. Unveröffentlichtes internes Projektdokument.
- Bass, D.M.; Judge, K.S.; Snow, A.L.; Wilson, N.L.; Morgan, R.O.; Maslow, K.; Kunik, M.E. (2014): A controlled trial of partners in dementia care: Veteran outcomes after six and twelve months. In: *Alzheimers Research & Therapy* 6 (1)/9:
- Bergman, M.M. (2012): The Good, the Bad, and the Ugly in Mixed Methods Research and Design. In: *Journal of Mixed Methods Research* 5/4:271–275
- Billings, Jenny; de Bruin, Simone R.; Baan, Caroline; Nijpels, Giel (2020): Advancing integrated care evaluation in shifting contexts: blending implementation research with case study design in project SUSTAIN In: *BMC Health Services Research* 20/971:
- Buchebner–Ferstl, Sabine; Geserick, Christine (2019): Forschungsbericht. Demenz und Familie. Bd. 30. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien
- Caliendo, Marco; Kopeinig, Sabine (2008): Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. In: *Journal of economic surveys* 22/1:31–72
- Dimick, Justin B; Ryan, Andrew M (2014): Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. In: *Jama* 312/22:2401–2402
- Dorner, Thomas; Rieder, Anita; Stein, Viktoria (2011): Besser leben mit Demenz. Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Wien, Competence Center Integrierte Versorgung Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention (WGKK)
- Eger, K.; Höfler, S.; Levinsky, G.; Lohr, C; Mayrhofer, A. ; Rossa, M. (2011): Netzwerk aktiv – Besser leben mit Demenz. Abschlussbericht. Abschlussbericht. Competence Center Integrierte Versorgung, Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention (WGKK), Wien
- GPZ (2001): Projektbeschreibung. Internes Dokument GPZ. Dem GÖG–Evaluationsteam zur Verfügung gestellt am 7. 3. 2019. Unveröffentlicht
- Ha, Ngoc Huong Lien; Chan, Ivana; Yap, Philip; Nurjono, Milawaty ; Vrijhoef, Hubertus J M; Nicholas, Sean Olivia; Wee, Shiou–Liang (2020): Mixed–method evaluation of CARITAS: a hospital–to–community model of integrated care for dementia. In: *BMJ Open* 10/e039017:
- Kally, Z.; Cherry, D.L.; Howland, S.; Villarruel, M. (2014): Asian Pacific Islander dementia care network: A model of care for underserved communities In: *Journal of Gerontological Social Work* 57/6–7:710–727
- Kohler, L.; Meinke–Franze, C.; Hein, J.; Fendrich, K.; Heymann, R.; Thyrian, J.; Hoffmann, W (2014): Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck–study. In: *Current Alzheimer Research* 11/6:538–548

- Laporte Uribe, Franziska ; Heinrich, Steffen; Wolf-Ostermann, Karin; Schmidt, Sylvia; Thyrian, Jochen René; Schäfer-Walkmann, Susanne; Holle, Bernhard (2016): Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline. In: *Aging & Mental Health* 21 /9:926–937
- Lemieux-Charles, Louise ; Chambers, Larry W. ; Cockerill, Rhonda ; Jaglal, Susan ; Brazil, Kevin; Cohen, Carole ; LeClair, Ken; Dalziel, Bill ; Schulman, Barbara (2005): Evaluating the Effectiveness of Community-Based Dementia Care Networks: The Dementia Care Networks' Study. In: *The Gerontologist* 45/4:456–464
- Nieuwboer, M. S.; Richters, A. ; van der Marck, M. A. (2017): Triple aim improvement for individuals, services and society in dementia care. The DementiaNet collaborative care approach. In: *Z Gerontol Geriat* 50/2:578–583
- Olmos, Antonio; Govindasamy, Priyalatha (2015): Propensity scores: a practical introduction using R. In: *Journal of MultiDisciplinary Evaluation* 11/25:68–88
- Pleschberger, S.; Pochobradsky, E.; Schmidt, A.E.; Zuba, M.; Juraszovich, B. (2019): Evaluierung des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“. Gesundheit Österreich GmbH (im Auftrag des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste in Wien), Wien
- Strotzka, Stefan (2015a): Kognitives Assessment für Migrantinnen und Migranten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48/:10–14
- Strotzka, Stefan (2015b): *Social-Psychiatric Care for Dementia Patients in Vienna, Austria*. Bd. 05.
- Stuart, Elizabeth A; King, Gary; Imai, Kosuke; Ho, Daniel (2011): MatchIt: nonparametric preprocessing for parametric causal inference. In: *Journal of statistical software*:
- Thyrian, J.R.; Wübbeler, M.; Hoffmann, W. (2013): Interventions into the care system for dementia. In: *Geriatric Mental Health Care* 1/3:67–71
- Torres-Reyna, Oscar (2015): Differences-in-Differences (using R). In: Princeton University, <http://www.princeton.edu/~otorres/DID101R.pdf>, last downloaded 23/:2017