

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Förderkennzeichen:	01NVF17018
Akronym:	MGMB
Projekttitlel:	Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung
Autoren:	Aisha Meriel Boettcher, Christian Grebe, Clarissa Kärner, Änne-Dörte Latteck, Christine Lohse, Matthias Offermanns, Birgit Pohler, Petra Weber
Förderzeitraum:	1. Februar 2018 – 31. Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	4
2. Beteiligte Projektpartner	6
3. Projektziele.....	7
4. Projektdurchführung	9
5. Methodik	13
6. Projektergebnisse.....	20
7. Diskussion der Projektergebnisse	28
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	29
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	30
10. Literaturverzeichnis	31
12. Anlagen.....	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehensweise zur Ermittlung der Medikamentenkosten.....	18
Abbildung 2: Koordinatensystem der Auswertungsstrategie der gesundheitsökonomischen Evaluation.....	20
Abbildung 3: CONSORT-Flussdiagramm.....	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Erhebungsinstrumente (RCT und darauf aufbauend gesundheitsökonomische Evaluation).....	15
Tabelle 3: Übersicht der Datenquellen und der verwendeten Mengen- und Kostenkomponenten für die gesundheitsökonomische Evaluation.....	17
Tabelle 4: soziodemografischen Charakteristika nach Untersuchungsgruppen	21
Tabelle 5: Outcome-Daten der RCT	23
Tabelle 6: Inanspruchnahme der fakultativen Teilleistungen durch die Interventionsgruppe.	23
Tabelle 7: Antworthäufigkeiten aus der Perspektive der Menschen mit einer geistigen Behinderung (Querschnittsbefragung t2)	24
Tabelle 8: Antworthäufigkeiten zu inhaltlichen Aspekten der Beratungen und Schulungen (Querschnittsbefragung t2)	25
Tabelle 9: Antworthäufigkeiten zu wahrgenommenen Veränderungen (Querschnittsbefragung t2)	26

Abkürzungsverzeichnis

ANCOVA	Kovarianzanalyse
ANP	Advanced Nurse Practice
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
EQ5D	European Quality of Life 5 Dimensions
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HAW	Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IKER	inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MARS-D	Medication Adherence Report Scale, deutschsprachige Version
MRCI-D	Medication Regimen Complexity Index, deutschsprachige Version
MZEB	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung
NRW	Nordrhein-Westfalen
RCT	randomisierte kontrollierte klinische Studie

Akronym: MGMB

Förderkennzeichen: 01NVF17018

SGB Sozialgesetzbuch

SIMI Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion

VU Vorsorgeuntersuchung

WHO Weltgesundheitsorganisation

WHO-DAS Disability Score der Weltgesundheitsorganisation

1. Zusammenfassung

1.1 Hintergrund

Menschen mit einer geistigen Behinderung erleben aus unterschiedlichen Gründen eine eingeschränkte Teilhabe an Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung. Sie haben zudem im Alter ein erhöhtes Risiko auf Sekundärerkrankungen, sowie komplexe Medikamentenregimes. Sie sind dabei gleichzeitig abhängig vom Wissen und den Entscheidungen ihres Versorgungsumfeldes.

1.2 Methodik

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge und der medikamentösen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung wurde eine aufsuchende Beratung durch speziell geschulte Pflegeexpert*innen entwickelt, erprobt und evaluiert.

Die Evaluation bediente sich eines parallelen Mixed-Methods-Designs. Dieses umfasste eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) mit zwei Messzeitpunkten und dem primären Outcome der medikamentenbezogenen Adhärenz. Als sekundäre Outcomes wurden die Komplexität des Medikamentenregimes, die Anzahl verordneter Psychopharmaka, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, der WHO Disability Score sowie die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gemessen. Die Hypothesen wurden zweiseitig mittels ANCOVAs bzw. t-Tests getestet.

Zudem wurde eine gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt. Datengrundlage für die Analyse der Intervention (Dauer: 3 Monate) sind Kosten- und Nutzendaten der Interventions- sowie Kontrollgruppe zu den Bereichen Kosten und Nutzen, die direkt im Rahmen der Intervention zu zwei Messzeitpunkten (t0 und t1) erhoben wurden. Für den Vergleich der beiden Gruppen wurden die jeweiligen Kosten- und Nutzenwerte gegenübergestellt. Sofern es möglich und sinnvoll war, erfolgte im Anschluss die Berechnung eines „Incremental Cost Effectiveness Ratio“ (IKER). Zu diesem Zweck wurde die Differenz der Gesamtkosten durch die Differenz des Effektivitätsmaßes geteilt. Im Ergebnis wurde das Verhältnis der „zusätzlichen Kosten pro zusätzlicher Einheit des Gesundheitseffekts“ ausgegeben.

Als weitere Bausteine wurden zum einen eine standardisierte Querschnittsbefragung durchgeführt, die sich sowohl an die Teilnehmenden als auch an deren Bezugspersonen richtete und die rein deskriptiv ausgewertet wurde. Zum anderen wurden qualitative leitfadengestützte Interviews mit den Stakeholdergruppen der Studienteilnehmer*innen, ihrer Assistenzpersonen, gesetzlich Betreuenden, Ärzt*innen und den drei Pflegeexpert*innen, die die Neue Versorgungsform umsetzen geführt. Aus den qualitativen Daten wurde inhaltsanalytisch induktiv ein Kategoriensystem entwickelt.

1.3 Ergebnisse

Für die RCT konnten N=159 Teilnehmende rekrutiert werden, den Messzeitpunkt t1 (Follow-Up) erreichten N=154. Für keines der gemessenen Outcomes konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den festgestellt werden. Lediglich auf Ebene der Subskalen zeigte sich für die Komplexität des Medikamentenregimes auf der MRCI-D-Subskala „Applikationsformen“ ein signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe ($p=0,019$) mit kleiner Effektstärke ($\eta^2=0,036$).

Sowohl in der Querschnittsbefragung als auch in den qualitativen Stakeholder-Interviews zeigte sich eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Versorgungsform. Die Stakeholder betonten den Wert der Versorgungsform für die Reduzierung von Fehlern im Medikamentenmanagement und berichteten von Wissenszuwächsen und gesteigener Handlungssicherheit. In der Querschnittsbefragung gaben 47,1% der Befragten an, dass die Pflegeexpert*innen Veränderungen am Medikamentenregime empfohlen hätten. In 50% dieser Fälle kam es demnach auch tatsächlich zu einer Veränderung der Medikation.

Es wurden im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation die Kosten-Nutzen-Verhältnisse der drei Nutzenwerte (MRCI-D, MARS und EQ5D) untersucht. Basierend auf der inhaltlichen Ausrichtung des MARS wurden bei der Analyse der Kosten ausschließlich die Medikamentenkosten

dem Nutzen gegenübergestellt. Bei der Kalkulation der inkrementellen Kosten-Effektivitätsrelation (IKER) ergibt sich ein Wert in Höhe von 738,92 €. Dieser Kostensatz muss also aufgebracht werden, um eine Zunahme des MARS-Wertes zu erreichen. In Summe sind zwar auf der Seite der Interventionsgruppe die Kosten geringer verglichen mit der Kontrollgruppe, jedoch kann kein Nutzenzuwachs festgestellt werden. Bei der Analyse des EQ5D wurden die Gesamtkosten einbezogen. Dies hat zur Folge, dass auf Seiten der Interventionsgruppe deutlich höhere durchschnittliche Kosten als bei der Kontrollgruppe angefallen sind. Zurück zu führen ist dies auf die Kosten der Intervention, die entsprechend nur bei der Interventionsgruppe berücksichtigt wurden. Dadurch ergab sich eine große Differenz bei der Gegenüberstellung der Kosten, andererseits konnte in beiden Gruppen kaum eine Veränderung des Nutzwertes festgestellt werden. Aufgrund der genannten Effekte und zur Vermeidung verzerrter Ergebnisse, wurde in diesem Fall von einer direkten Gegenüberstellung und damit von einer Kosten-Nutzen-Analyse abgesehen. Für belastbare Ergebnisse wäre eine umfangreichere Datengrundlage (größere Stichprobe, längerer Studienzeitraum) zweckmäßig gewesen. Aufgrund der inhaltlichen Fokussierung des MRCI-D Instruments auf den Bereich der Medikamente, wurden bei dieser Analyse lediglich die Medikamentenkosten berücksichtigt. Im Ergebnis ergibt sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 110,11 € pro Nutzeinheit. Für eine Reduktion um eine Einheit des MRCI-Wertes müssen also knapp 110 € kalkuliert werden.

Auf Basis der angesetzten Werte sind einerseits die Kosten der Interventionsgruppe niedriger, andererseits kann für diese Gruppe auch ein besserer Nutzen nachgewiesen werden. Mit anderen Worten wird die Strategie der Kontrollgruppe durch die der Interventionsgruppe dominiert.

1.4 Diskussion

In der RCT konnten zwar positive Tendenzen für die Interventionsgruppe festgestellt werden, die aber nicht statistisch signifikant waren. Gleiches gilt für die gesundheitsökonomische Evaluation. In der Kosten-Nutzen-Abwägung fallen auf der Kostenseite die Personalkosten der Pflegeexpert*innen bei dem relativ kurzen Interventionszeitraum stark ins Gewicht.

Da weder ein Wirksamkeitsnachweis noch eine positive Kosten-Nutzen-Abwägung erbracht werden konnten, kann eine Überführung dieser Versorgungsform alleine auf der Grundlage der Studienergebnisse in die Regelversorgung nicht empfohlen werden.

Es zeigte sich aber ein deutlich erkennbarer Bedarf, die Regelversorgung weiterzuentwickeln, da die Gesundheitsprobleme der untersuchten Zielgruppe häufig nicht adäquat adressiert wurden. Die Versorgungsform sollte daher weiterentwickelt werden. Ein längerer Interventionszeitraum, eine engere Kommunikation zwischen Pflegeexpert*innen und Ärzt*innen, eine engere organisatorische Integration der Pflegeexpert*innen in das unmittelbare Versorgungsnetz und evtl. auch eine Präzisierung der Zielgruppe sind hier als weitere Projektziele zu nennen.

2. Beteiligte Projektpartner

2.1 Konsortialpartner:

Partner*in	Projektleitung	Fachl. Ansprechperson
Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg	Prof. Petra Weber	Aisha Boettcher
Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI) am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf Hamburg	Ulrich Scheibel	Birgit Pohler
Fachhochschule (FH) Bielefeld	Prof. Änne-Dörte Latteck	Christian Grebe
Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) e. V.	Dr. Karl Blum	Dr. Matthias Offermanns

2.2 Kooperationspartner:

Partner*in	Ansprechperson
Alsterdorf Assistenz west gGmbH	Andrea Stonis
Alsterdorf Assistenz ost gGmbH	Thomas Steinberg
Leben mit Behinderung Hamburg gGmbH	Ralph Grevel
Lebenshilfe Brakel gGmbH	Jérôme Mayor
Lebenshilfe Detmold e.V.	Herrmann Hibbeler
Lebenshilfe Wohnstätten GmbH Bielefeld	Gisela Wiels-Heckmann
Kooperierende Krankenkasse: BKK Landesverband NORDWEST	Jörn Reichenberger

3. Projektziele

3.1 Ausgangslage des Projektes

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung steht vor mehreren Herausforderungen. Das sind: besondere Gesundheitsprobleme und Erkrankungsrisiken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, komplexe therapeutische Anforderungen und im Lebensverlauf zunehmende Multimedikalisierung sowie ein erschwerter Zugang zu Versorgungsleistungen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung entwickeln Menschen mit einer geistigen Behinderung zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen häufiger und früher. Zugleich weisen sie erhöhte Mortalitätsraten, vermehrte Komorbiditäten und gesteigerte Prävalenzen für chronische Erkrankungen auf. Ferner zeigen sich eine Zunahme von medikamentöser Therapie und Behandlungsdauer sowie hohe Raten von Polypharmazie mit der Beteiligung von Medikamenten, die auf das zentrale Nervensystem wirken.

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben oftmals Schwierigkeiten, Medikamente ohne Hilfe adäquat einzunehmen. Sie benötigen Unterstützung bei deren Einnahme, weil sie über zu wenig Wissen hinsichtlich der Wirkung, Dosierung und Frequentierung ihrer Medikamente verfügen. Mit steigender Zahl der verordneten Medikamente sinkt die Medikamentenadhärenz und zugleich erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Wechsel- und Nebenwirkungen. Dies unterstreicht die Bedeutung einer kontinuierlichen Überprüfung des Medikamentenregimes.

Eine mangelnde Adhärenz in der Arzneimitteltherapie geht mit erhöhter Morbidität, Mortalität und wachsenden Kosten im Gesundheitssystem einher. Durch Unterstützung einer angepassten Adhärenz können unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen verringert werden.

Ein erhöhter Unterstützungsbedarf in der Gesundheitsvorsorge führt dazu, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung Vorsorgeuntersuchungen kaum wahrnehmen. Sie nehmen weniger als der Bevölkerungsdurchschnitt an Gesundheitsvorsorgemaßnahmen wie Darm-Krebs- bzw. Prostatakrebsuntersuchungen teil. Nur ein geringer Anteil der Frauen mit einer geistigen Behinderung nimmt gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und auch Erkenntnisse zur Zahngesundheit und Vorsorge weisen auf eine unzureichende Vorsorgepraxis hin.

Menschen mit einer geistigen Behinderung zeigen im Verhalten oftmals Auffälligkeiten, die eine Adaption des gängigen Behandlungsprozesses und zeitintensive Kommunikation erfordern. Als Folge ergibt sich ein Mehraufwand an Zeit, der aufgrund oftmals knapper Behandlungszeitfenster in den ärztlichen Praxen nur schwer kompensiert werden kann. Durch die überwiegend eingeschränkten verbalen Kommunikationsmöglichkeiten der Menschen mit einer geistigen Behinderung bedarf es aufseiten der Gesundheitsprofessionellen einer hohen zielgruppenspezifisch ausgerichteten Kommunikations- und Diagnosekompetenz. Zugleich können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte einen Großteil der Probleme in der Lebenswelt der Betroffenen hinsichtlich des komplexen Medikamentenregimes kaum wahrnehmen, da sie nicht in den direkten häuslichen Alltag eingebunden sind. Menschen mit einer geistigen Behinderung benötigen Vermittlungsstrategien, die auf ihre Bedarfslagen und Lebenssituationen zugeschnitten sind.

Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung sind entstanden, um den besonderen Bedarfen dieser Zielgruppe in der Gesundheitsversorgung mit spezialisierter Kompetenz zu entsprechen. Ihr Ziel ist es, Menschen mit einer geistigen Behinderung dabei zu unterstützen, ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen. Gesundheit und die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sind eine wesentliche Voraussetzung dafür.

Die Analyse der Ausgangssituation zeigt, dass Versorgungsarrangements benötigt werden, die die Gesundheit von Menschen mit einer geistigen Behinderung frühzeitig und nachhaltig fördern sowie deren Gesundheitskompetenz stärken.

Es ergibt sich eine hohe Anforderung an die Personen, die in die persönliche Assistenz und Betreuung von Menschen mit einer geistigen Behinderung eingebunden sind. Um in diesem Zusammenhang entsprechend schulen, beraten und unterstützen zu können, sind neben der Kenntnis der gesundheitlichen und sozialen Situation und der individuellen Bedürfnisse der Klienten, der Fähigkeit zur zielgruppengerechten Kommunikation, Beratungskompetenz und

Kompetenzen in der Patient*innenedukation. Unabdingbar erforderlich sind auch fundierte medizinische und pharmakologische Kenntnisse sowie das Wissen über mögliche und empfohlene Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen. Diese Kompetenzen gehören bei den Berufsgruppen, die typischerweise im Bereich der persönlichen Assistenz arbeiten, nicht in hinreichendem Maße zu den Ausbildungsinhalten und damit können sie als Kompetenzerwartung nicht an diese Berufsgruppen gerichtet werden.

3.2 Ziele und Fragestellungen/ Hypothesen des Projekts

Das Ziel der neuen Versorgungsform besteht darin, zu einer Optimierung komplexer Medikamententherapie beizutragen und die Gesundheitsvorsorge für Menschen mit einer geistigen Behinderung zu gewährleisten. Dies sollte im Rahmen des Projekts durch aufsuchende, spezialisierte klinische Pflegeexpertinnen und -experten und eine Vernetzung der Versorgungsangebote zwischen niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten und dem Medizinischen Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung Hamburg-Alsterdorf (MZEB) realisiert werden.

Im Rahmen des Projekts sollten Advanced Nursing Practitioners (ANPs) aus Masterstudiengängen gewonnen werden, die zielgruppenorientiert den Gesundheitsstatus erheben, das Medikamentenmanagement optimieren und Vorsorgeuntersuchungen einleiten können. Mit dem aufsuchenden Angebot können die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung positiv beeinflusst, Prävention ermöglicht und medikamentöse und diagnostisch-vorbeugende Strategien zielgruppenspezifisch optimiert werden. Aufgrund des erschwerten Zugangs der Zielgruppe zur Gesundheitsversorgung ist bereits eine Zunahme kontinuierlicher Kontakte mit dem System der gesundheitlichen Versorgung als eine Verbesserung zu werten. ANPs verfügen über die nötigen kommunikativen und fachlichen Kompetenzen, um den Kontakt zu behandelnden Ärzt*innen zu verbessern und die Zugangsbarrieren der Menschen mit geistiger Behinderung abzubauen. Sie sind in der Lage, die kontinuierliche Inspektion und Aktualisierung der medikamentösen Therapie, Adhärenzbeobachtung und Vorsorgeuntersuchungen sicher zu stellen. Leider war es, trotz umfangreicher Rekrutierungsmaßnahmen nicht möglich ANPs auf Masterniveau für die Projektarbeit zu gewinnen. In der Folge wurden Pflegenden mit einem wissenschaftlichen Hintergrund (pflegewissenschaftlicher Bachelor-Abschluss) und Erfahrungen mit der Zielgruppe durch eine spezielle Schulung für die Projektarbeit befähigt, im Folgenden als Pflegeexpert*innen bezeichnet.

Die primäre Fragestellung der Studie lautete: Hat die Neue Versorgungsform einen Effekt auf die medikamentenbezogene Adhärenz von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Medikamentenregime? Als Starthypothese wurde angenommen, dass über einen Wissenszuwachs bezogen auf die eigene Medikation, den Abbau von Ängsten sowie durch eine Reduzierung der Komplexität von Medikamentenregimen eine Steigerung der Adhärenz zu erwarten ist.

Zudem wurde auf der Ergebnisebene untersucht, ob die Neue Versorgungsform Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Komplexität des Medikamentenregimes, die Reduzierung von Psychopharmaka, den Gesundheits-, Funktions- und Teilhabestatus sowie auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen hat. Eine neue Versorgungsform verursacht durch ihre Intervention Kosten und Nutzen. Durch die Anlage des Projektes können Veränderungen der Kosten- und Nutzwerte zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zwischen zwei Zeitpunkten ermittelt werden.

In der gesundheitsökonomischen Evaluation lautete die Fragestellung: Welches inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation (IKER) weist die Versorgungsform hinsichtlich der in der RCT gemessenen Effektgrößen auf? Als gesundheitsökonomisch erfolgreich kann das Projekt dann eingeschätzt werden, wenn nach der Intervention Nutzwerte höher und Kosten niedriger in der Interventionsgruppe sind als in der Kontrollgruppe. Weitere Fragestellungen richteten sich an die Durchführbarkeit, die Akzeptanz und die Bewertung der Neuen Versorgungsform aus der jeweiligen Perspektive der verschiedenen Stakeholdergruppen. Die Fragestellungen der

Querschnittsbefragung, die sich sowohl an die Menschen mit geistiger Behinderung als auch an deren Bezugspersonen richtete, waren:

- Wurde aus der Perspektive der teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen der Interventionsanspruch erreicht?
- Wie gestalteten sich die Kommunikation und Beziehung zu dem/der die Intervention erbringenden Pflegeexpert*in?
- An welchen Themen haben die Pflegeexpert*innen mit den Teilnehmenden gearbeitet?
- Wurden Veränderungen hinsichtlich Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden wahrgenommen, insbesondere bezogen auf die eigene Medikation und Vorsorgeuntersuchungen?
- Wurden Veränderungen bezogen auf die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit den verordnenden Ärzt*innen wahrgenommen?

Im qualitativen Teil der Evaluation lauteten die Fragestellungen:

- Wurde aus der Perspektive der Stakeholder der Interventionsanspruch erreicht?
- Wie beschreiben die Stakeholder aus deren jeweiligen Rollen heraus die Versorgungsform und deren Teilleistungen?
- Welche Veränderungen der Versorgungssituation und in Kompetenz und Verhalten der Teilnehmenden beschreiben die Stakeholder aus ihren jeweiligen Rollen heraus?
- Wie bewerten die Stakeholder aus deren jeweiligen Rollen heraus die Versorgungsform und deren Teilleistungen?
- Welche Unterstützungserfordernisse und Optimierungspotenziale der Intervention für die Projektweiterentwicklung sehen die befragten Stakeholder?
- Welche Chancen und Herausforderungen für eine nachhaltige Implementierung der Intervention sehen die Stakeholder?

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der Versorgungsform

Im Rahmen der im Projekt MGMB erprobten neuen Versorgungsform, der aufsuchenden Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung durch Pflegeexpert*innen, werden folgende Versorgungsinhalte fokussiert:

1. Medikamentenmanagement
2. Adhärenz
3. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Zu 1)

Beim Medikamentenmanagement handelt sich um einen Prozess, der besonders im pflegerischen Handlungsfeld begrifflich geprägt wurde. Dabei wird ein ärztlich verordnetes Medikament durch die Anwendenden oder in Vertretung für sie beschafft, ggf. vorbereitet, gestellt, appliziert, aufbewahrt und die Einnahme bzw. Applikation dokumentiert. Professionelle Medikamentenmanager*innen leiten die Anwender*innen dazu an, auf Wirkungen und Nebenwirkungen zu achten, oder beobachten diese stellvertretend. Auch die Gewährleistung einer kontinuierlichen Anwendung gehört hier zum Aufgabenbereich. Das Medikamentenmanagement gilt bezüglich der medikamentösen Versorgung als ein Instrument der Adhärenzförderung. Im Rahmen der neuen Versorgungsform des MGMB-Projekts evaluieren die Pflegeexpert*innen bei ihren Hausbesuchen die Medikamenteneinnahme der besuchten Menschen mit geistiger Behinderung und beraten diese sowie ihre Betreuungspersonen etwa zur Überprüfung von ärztlichen Verordnungen, zu potenziellen Nebenwirkungen von Medikamenten, zu Interaktionen verschiedener Medikamente, zur Relevanz eines bestimmtem Einnahmeverhaltens im Hinblick auf eine optimale Medikamentenwirkung usw.

Zu 2)

Bei der Erprobung der neuen Versorgungsform im Rahmen des Projekts MGMB geht es folglich auch um eine Förderung der Adhärenz im Interesse der aufgesuchten Menschen mit einer geistigen Behinderung durch die Pflegeexpert*innen. Aus verschiedenen Gründen, beispielsweise häufigeren Seh- und Hörstörungen oder häufigerer Unkenntnis über einen Therapienutzen haben Menschen mit einer geistigen Behinderung vermutlich allgemein eine geringere Therapieadhärenz als gleichaltrige Menschen ohne eine geistige Behinderung. Zudem fehlt ihnen vielfach auch eine Unterstützung durch fachlich kompetente, professionelle Akteure beim Medikamentenmanagement. Die Pflegeexpert*innen legen im Rahmen der neuen Versorgungsform ein systemisches Verständnis von Adhärenz zugrunde und achten auf multiple Dimensionen von Adhärenz-beeinflussenden Faktoren, die neben patientenbezogenen auch kontextbezogene Aspekte in den Blick nehmen.

Zu 3)

Vorsorgeuntersuchungen (VU) zielen auf eine frühzeitige Erkennung von Erkrankungen, die einerseits lange symptomfrei bestehen können und andererseits lebensverkürzend sind, je länger die Erkrankung unerkannt bleibt. Daher wird eine Früherkennung angestrebt, um durch eine frühzeitige therapeutische Intervention Leben verlängernd wirken zu können.

Bezüglich dieses Versorgungsaspekts bestehen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung drei besondere Herausforderungen, die es im MGMB-Projekt zu bewältigen gilt:

So war differenziert zu analysieren und zu erfassen, welche spezifischen VU bei Menschen mit einer geistigen Behinderung angesichts besonderer Problemlagen und medizinischer RisikSpektrien indiziert sind. Für diesbezügliche Empfehlungen war bisher wenig Literatur verfügbar, allerdings gab es erste Hinweise aus dem europäischen Ausland. In der ersten Projektphase (Vorbereitung der Versorgung) wurde diesen Hinweisen in einer umfangreichen Recherche nachgegangen. Ziel war es, darüber idealerweise eine für verschiedene Behinderungsformen bzw. Syndrome mit besonderen medizinischen Problemlagen angepasste VU-Empfehlung aussprechen zu können. Für einige Syndrome konnten dabei entsprechende Hinweise in der Literaturlauswertung identifiziert werden. In der Folge waren für die Erarbeitung eines individuell sinnvollen VU-Profiles im Rahmen der Projekt-Kooperation mit dem SIMI Indikationen, Bedarfe, Risiken und Möglichkeiten gegeneinander abzuwägen.

Für viele Menschen mit einer geistigen Behinderung und ihr Versorgungsnetz ist die Wahrnehmung von diagnostischen Maßnahmen mit einem hohen organisatorischen und psychisch wie physisch belastenden Aufwand verbunden. In Hamburg besteht im SIMI grundsätzlich die Möglichkeit, im Rahmen eines Besuchs mehrere diagnostische Anliegen miteinander zu verbinden. Doch viele der Menschen mit einer geistigen Behinderung, die am Projekt teilnehmen, verfügen nicht über einen vergleichbaren Zugang zu derartigen Versorgungsstrukturen, um sich im Rahmen eines Termins umfassend untersuchen zu lassen. Daher gilt besonders für VU, deren Aussagekraft als generell eingeschränkt angesehen werden muss, dass die vorliegende Indikation intensiv geprüft werden muss.

Der Alterungsprozess von Menschen mit einer geistigen Behinderung geht in gesundheitlicher Hinsicht mit einer Zunahme von verschiedenen spezifischen Risiken einher. Ein Beispiel dafür ist eine überdurchschnittliche Häufung von gastro-ösophagealen Refluxerkrankungen. Bei länger anhaltenden Problemen dieser Art steigt zugleich das Risiko für maligne Veränderungen an der Speiseröhre und dem Mageneingang. Solche Aspekte galt es bei der Erfassung eines Bedarfs an VU im Rahmen des Projekts ebenfalls zu berücksichtigen.

Die diagnostische Einschätzung individueller VU-Bedarfe ist eine komplexe Herausforderung und konnte von den Pflegeexpert*innen während ihrer Hausbesuche nicht umfangreich geleistet werden. Dennoch hatten sie dabei die Möglichkeit, sich mit den Projektteilnehmenden und deren Betreuungspersonen über das Thema zu unterhalten und den aktuellen Stand der Wahrnehmung solcher Untersuchungen zur Früherkennung zu erfragen. Über die Ermöglichung einer interdisziplinären Beurteilung der vorliegenden Untersuchungen und einer Abstimmung mit den behandelnden Ärzt*innen wird infolge der Hausbesuche auch bezüglich der Wahrnehmung von VU eine Optimierung der gesundheitlichen Versorgungssituation der Zielgruppe angebahnt.

Zusammenfassend zielte die neue Versorgungsform des Projektes MGMB, durchgeführt durch Pflegeexpert*innen in enger Zusammenarbeit mit dem professionellen und familialen Versorgungsnetz sowie den behandelnden Ärzt*innen, darauf ab die verschiedenen Komponenten des Medikamentenmanagements zu analysieren, zu reflektieren und ggf. Veränderungen anzustoßen,

eine ergebnisoffene Beratung zur Adhärenzförderung bei (bedarfs-)medikamentösen Therapien durchzuführen und dabei die Lebenswelt zu berücksichtigen und das Versorgungsnetz sowie die Menschen mit einer geistigen Behinderung aktiv mit einzubeziehen, als Beratungs- und Dokumentationsinstrument unter anderem den bundeseinheitlichen Medikationsplan zu nutzen, VU dort, wo es medizinisch sinnvoll und nötig erscheint, anzubahnen bzw. über den ggf. identifizierten Bedarf mit niedergelassenen Ärzt*innen zu beraten.

Beschreibung der Zielgruppe für die Teilleistung/Intervention/Wirkansatz

Adressat*innen der neuen Versorgungsform sind volljährige Menschen mit einer geistigen Behinderung (mit einer diagnostizierten Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (F70-F79)), die (inkl. Bedarfsmedikation) mindestens fünf ärztlich verordnete Medikamente einnehmen, welche sie in handelsüblichen Verpackungen erhalten und selbst oder durch eine Bezugsperson verwalten.

Beschreibung der erbrachten Teilleistung/Intervention/Wirkansatz. Welche Leistungen wurden konkret erbracht?

Im Rahmen des Projektes MGMB von Pflegeexpert*innen mit einer pflegewissenschaftlichen Qualifikation und einer speziellen Schulung die neue Versorgungsform durchgeführt. Die neue Versorgungsform beinhaltet folgende Kernelemente:

1. Aufsuchende Beratung und Edukation von Menschen mit einer geistigen Behinderung und/oder deren (gesetzlich) Betreuenden zum Medikamentenmanagement und zu Vorsorgeuntersuchungen durch spezialisierte Pflegeexpert*innen.
2. Initiierung und Durchführung von Fallbesprechungen mit behandelnden Fachärzt*innen durch die spezialisierten Pflegeexpert*innen sowie ggf.
3. Organisation und Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit einem erweiterten Team des SIMI durch die der spezialisierten Pflegeexper*tinnen.
4. Medikamentenanalyse in Abstimmung mit einer kooperierenden Apotheke

Zu 1) Teilleistung: Aufsuchende Beratung und Edukation

Menschen mit einer geistigen Behinderung in ihren privaten oder beruflichen Sphären aufzusuchen, setzt ein hohes Maß an Sensibilität und Respekt voraus. Seitens der Teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen musste dafür im Rahmen von Informationsveranstaltungen und umfanglicher Aufklärung zunächst ein entsprechendes Vertrauen gewonnen werden. Aus diesem Grund waren die Pflegeexpert*innen bereits in die Prozesse der Rekrutierung von Teilnehmer*innen involviert, da infolge dieses ersten Kontakts bereits bekannte Personen in das eigene Lebensumfeld eingelassen werden konnten. Ferner wurde bei der Terminklärung für den ersten Besuch darauf geachtet, dass Mitarbeiter*innen der Eingliederungshilfe oder von ambulanten Pflegediensten, Betreuer*innen sowie behandelnde Ärzt*innen ebenfalls anwesend sein konnten, falls dies von den aufgesuchten Personen gewünscht und durch sie ermöglicht wurde. Der erste und zweite durch die Pflegeexpert*innen durchgeführte Besuch beinhaltete die in nachstehender Tabelle aufgeführten Handlungsschritte, welche nicht in einer bestimmten Reihenfolge durchgeführt werden mussten. Jedem Besuch ging eine Vorbereitung voraus, in der die Pflegeexpert*innen innerhalb der Versorgungsdokumentation eine Teilnehmenden-Akte anlegten und auf Basis von vorliegenden Daten erste diagnostische Maßnahmen, Assessments und Beratungsinhalte auswählten. Sofern bis dahin bereits erste Eckdaten zur Versorgung und medizinischen Situation erhoben werden konnten, wurden auch diese hier aufgenommen.

Zu 2) Teilleistung: Fallbesprechungen mit behandelnden Fachärztinnen und -ärzten

Die behandelnden Ärzt*innen sollten grundsätzlich so weit wie möglich in das Projektgeschehen involviert werden. In jedem Fall wurden sie darüber informiert, dass Patient*innen ihrer Praxis am Projekt teilnehmen würden. Von den Pflegeexpert*innen initiierte Fallbesprechungen mit behandelnden Ärzt*innen fanden idealerweise ergänzend zur aufsuchenden Beratung statt, setzten allerdings deren Bereitschaft zur Mitwirkung voraus. Um erforderliche Verordnungen oder Untersuchungsüberweisungen zu erhalten, blieb eine Kommunikation mit behandelnden Ärzt*innen unumgänglich. Hier engagierten sich die Pflegeexpert*innen bei Bedarf, um das Versorgungsnetz zu unterstützen oder an dessen Stelle zu agieren, sofern dies von den betroffenen Personen gewünscht wurde. Inwieweit seitens der Ärzt*innen darüber hinaus Informationen zu Projektschritten und -ergebnissen entgegengenommen wurden, lag bei diesen selbst.

Zu 3) Teilleistung: Interdisziplinären Fallkonferenzen (SIMI)

Die Fallbesprechung mit dem gesamten multidisziplinären Team des SIMI fand nur bei solchen Fällen statt, bei denen sich das Medikamentenmanagement als risikobehaftet darstellte, oder komplexere Fragestellungen vorlagen. Um hier aus Sicht der Pflegeexpert*in zu einer Entscheidung für eine solche Fallbesprechung zu kommen, waren durch sie besondere Risiken oder Schwierigkeiten beim einzelnen Fall zu identifizieren.

Zu 4) Teilleistung: Medikamentenanalyse mit kooperierender Apotheke (SIMI)

In Fällen mit einem komplexen Medikamentenmanagement, oder anderen pharmakologischen Herausforderungen konnten die Pflegeexpert*innen eine ausführliche Medikamentenanalyse bei der Adler Apotheke in Hamburg anfragen. Die Analyse verschaffte einen detaillierten Überblick über die einzelnen Wirkstoffe, sowie deren Wirkart und gab Hinweise auf Veränderungsmöglichkeiten/ -Bedarfe.

Welcher Zeitaufwand war mit der Leistungserbringung verbunden? Welche Qualifikation müssen die Durchführenden ggf. aufweisen?

Die Durchführung der aufsuchenden Beratung fand im Rahmen von zwei Hausbesuchen mit einer Dauer von ca. zwei Stunden statt, bei Bedarf gab es die Möglichkeit zusätzlicher Telefonate. Die Intervention erstreckte sich im Projektdesign über einen maximalen Zeitraum von 3 Monaten. Die Intervention an sich nahm pro Projektteilnehmenden im Schnitt insgesamt etwa drei Stunden Zeit in Anspruch.

Wer hat die Teilleistung/Intervention/Wirkansatz erbracht?

Die Durchführung aller Teilleistungen der neuen Versorgungsform erfolgte durch drei beim SIMI/ EKA angestellte Pflegeexpert*innen mit einem Bachelorabschluss bzw. einem Diplom in einem pflegewissenschaftlichen Studiengang inklusive projektspezifischer Schulung.

4.2 Rechtsgrundlage und Erfahrungen

Die 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-Behindertenrechtskonvention verdeutlicht das Recht und den Anspruch von Menschen mit Behinderungen auf uneingeschränkte und selbstverständliche Teilhabe (1). Ausdrücklich sind in Artikel 25 rechtlich normierte Ansprüche von Menschen mit (geistiger) Behinderung festgeschrieben: auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung, auf eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie sie für andere Menschen zur Verfügung steht, auf spezielle Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen wegen ihrer Behinderungen benötigt werden und auf Gesundheitsleistungen auch in ländlichen Gebieten, die so gemeindenah wie möglich angeboten werden sollen.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz schafft mit dem §119c des SGB V erstmals die Voraussetzungen für die Gründung fachgleicher medizinischer Versorgungszentren (3). Mit Verweis auf § 119c SGB V wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in § 43 SGB V ermöglicht, auch nicht-ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen zu können, die zur frühen Erkennung von

Krankheiten, zur Erstellung eines Behandlungsplans und zur im Einzelfall erforderliche Koordinierung dienen.

4.3 Maßnahmen und Ihre Erfahrungen zur Implementierung der neuen Versorgungsform

Zunächst werden die regelhaften Maßnahmen laut Projektplan dargestellt, anschließend die Kompensation der Herausforderungen.

Für die Implementation der Versorgungsform stellte der Feldzugang die größte Herausforderung dar. Dies war bereits in der Phase der Antragsstellung deutlich und wurde adressiert, indem Kooperationspartner*innen aus dem Feld der Eingliederungseinrichtungen vorab in die Antragsstellung integriert und Kooperationsvereinbarungen geschlossen wurden. Zudem wurde direkt nach Projektbeginn bei allen Kooperationspartner*innen eine Fallabfrage durchgeführt. Insgesamt wurden durch die HAW HH und das SIMI 47 Infoveranstaltungen bei den Kooperationspartner*innen durchgeführt. Ursprünglich waren max. 10 waren hierfür avisiert.

Im weiteren Projektverlauf wurden trotz dieser vorbereitenden Maßnahmen Probleme bei der Rekrutierung sichtbar. Lange Wege durch die Institutionen und Arbeitsebenen, intensiver Kontakt mit den Kooperationspartner*innen und vermehrten Informationsveranstaltungen konnten bei keinem*r Kooperationspartner*in zu den vorab konsentierten Fallzahlen führen.

In der Folge wurde die Ansprache neuer Kooperationspartner*innen initiiert, welche Interesse zeigten sich am Projekt zu beteiligen. Hierfür wurden keine zusätzlichen Kooperationsvereinbarungen geschlossen. Insgesamt wurden im Projekt so 47 Infoveranstaltungen bei 23 Kooperationspartner*innen durchgeführt.

5. Methodik

5.1 Bausteine der Evaluation

Das Evaluationsmodell orientierte sich an den Prinzipien des Medical Research Council (MRC) zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Craig et al. 2013, Mühlhauser et al. 2011), nach denen zum einen die Wirksamkeit (Effektivität) und das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Neuen Versorgungsform zu überprüfen und zu bewerten sind und zum anderen ein Verständnis der Prozesse bzw. Wirkprinzipien erlangt werden soll. Neben der Ergebnisebene wurde folglich auch die Ebene der Prozesse evaluiert.

Die Neue Versorgungsform wurde mittels eines parallelen Mixed-Methods-Forschungsdesigns (Creswell & Plano-Clark 2011, Kuckartz 2014) evaluiert, das mehrere quantitative und qualitative Bausteine umfasste. Zur Evaluation der Wirksamkeit wurde eine zweiarmlige randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie (RCT) mit zwei Messzeitpunkten (t0 und t1) im Abstand von drei Monaten realisiert. Die Kontrollgruppe war dabei als Wartelistengruppe angelegt, die nach dem Messzeitpunkt t1 die identische Intervention erhielt.

Sowohl auf der Prozess- als auch auf der (deskriptiven) Ergebnisebene angesiedelt war als zweiter standardisierter Baustein der Evaluation eine Querschnittsbefragung der Fälle der Wartelistengruppe. Diese Befragung erfolgte nach Abschluss der dreimonatigen nachgelagerten Intervention in dieser Gruppe (Messzeitpunkt t2, 6 Monate nach t0). Diese Befragung adressierte inhaltlich vor allem die Aspekte der Durchführbarkeit und der angestoßenen Veränderungsprozesse aus Sicht der Nutzer*innen.

Den dritten standardisierten Baustein der Evaluation bildete die gesundheitsökonomische Evaluation, in der das Kosten-Nutzen-Verhältnis analysiert und bewertet wurde. In Unterschied zu den anderen Bausteinen der Evaluation wurde dieser Teil nicht von der Fachhochschule Bielefeld, sondern vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) verantwortet.

Mittels eines qualitativen Bausteins, der sowohl auf der Prozess- als auch auf der Ergebnisebene angesiedelt war, wurden die Perspektiven der Stakeholder (Menschen mit einer geistigen Behinderung, ihre gesetzlich Betreuenden, involvierte niedergelassene Fachärzt*innen und die Pflegeexpert*innen, die die Intervention durchführen) unter den Aspekten der Durchführbarkeit und

der Veränderungsprozesse in den Blick genommen. Hierzu wurden leitfadengestützte Stakeholder-Interviews durchgeführt und mit dem Ziel einer induktiven Herausbildung eines Kategoriensystems inhaltsanalytisch ausgewertet.

5.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Teilnahme an der Versorgungsform wurden die folgenden Einschlusskriterien festgelegt

- geistige Behinderung (ICD F70-79)
- Volljährigkeit
- Verständnis der deutschen Sprache
- ≥ 5 Medikamente im Medikamentenregime zum Zeitpunkt der Einwilligung
- Informierte Einwilligung der teilnehmenden Person, wo erforderlich zusätzlich die Einwilligung des gesetzlich Betreuenden

Menschen im Sterbeprozess (Terminal- bzw. Finalphase) wurden ausgeschlossen.

5.3 Fallzahlberechnung

Die Fallzahlberechnung zielte darauf ab, hinsichtlich des primären Outcomes, der medikamentenbezogenen Adhärenz im Follow-Up einen mittleren Effekt ($F=0.25$) zwischen den Untersuchungsgruppen bei einer Analyse mittels ANCOVA nachweisen zu können. Da eines der sekundären Outcomes aus der Selbstbeurteilung mit dem gleichen Instrument bestand, also das identische Konstrukt maß, wurde das globale Signifikanzniveau von 0.05 nach Bonferroni korrigiert und für die Fallzahlschätzung ein Alpha von 0.025 verwendet. Die Power wurde mit 80% kalkuliert, als einzige Kovariate wurde die Baseline-Messung berücksichtigt. Die mit diesen Parametern mittels der Software G*Power 3.1 durchgeführte Fallzahlberechnung lieferte eine benötigte Fallzahl von $N=155$ bzw. $N=78$ Fällen je Untersuchungsgruppe im Follow Up. Für Lost-to-Follow-Ups wurden auf diese Fallzahl 30% aufgeschlagen, so dass die Fallzahlplanung vorsah, $N=202$ Teilnehmer*innen zu rekrutieren.

5.4 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Die Zuweisung der Teilnehmenden in die beiden Untersuchungsgruppen der RCT erfolgte mittels Blockrandomisierung. Aufgrund des Charakters der Intervention war eine Verblindung der Teilnehmenden sowie der Leistungserbringer nicht möglich. Gegenüber den Datenerheber*innen wurde die Gruppenzugehörigkeit aber maskiert, so dass die Outcomemessung verblindet war. Die Rekrutierung erfolgte über den Konsortialpartner SIMI, wobei top-down zunächst auf Organisationsebene der Institutionen der Eingliederungshilfe die Leitungsebene angesprochen und informiert wurde und schließlich die Mitarbeiter*innen der Eingliederungshilfe im direkten Lebensumfeld der potenziellen Teilnehmer*innen. Diese identifizierten schließlich potenzielle Teilnehmer*innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, die dann, wo erforderlich gemeinsam mit deren gesetzlich Betreuenden, informiert und aufgeklärt wurden. Die Rekrutierung erstreckte sich zunächst auf die oben genannten Praxispartner und wurde aufgrund geringer Fallzahlen schließlich sukzessive auf 54 Einrichtungen in sieben Bundesländern ausgeweitet.

5.5 Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

Die eingesetzten Fragebögen für die Baseline- und Follow-Messungen in der RCT (Messzeitpunkte t_0 und t_1) umfassten jeweils einen Teil, der sich an die Person mit einer geistigen Behinderung richtete sowie einen weiteren Teil, der durch eine Bezugsperson zu beantworten war. Die Befragung erfolgte in Form eines strukturierten, standardisierten Interviews durch Datenerheber*innen der FH Bielefeld. Fragen und Antwortformate für die Befragung der Personen mit geistiger Behinderung waren an die kognitiven und kommunikativen Voraussetzungen dieser Zielgruppe angepasst. Wo dies erforderlich war, wurden im Einzelfall die Fragen im Interview nochmals sprachlich vereinfacht. Der Befragungsteil, der sich an die Bezugspersonen richtete, wurde standardisiert und im vorgegebenen Wortlaut erhoben. Vor Beginn der COVID-19-Pandemie erfolgten die Datenerhebungen vor Ort als Face-to-Face-Interview. Ab April 2020 wurden die

Interviews in einer Videokonferenz durchgeführt. Die Datenerheber*innen erfassten zudem die verordnete sowie die ggf. selbstständig beschaffte (rezeptfreie) Medikation auf der Basis der vorhandenen Dokumentation (Medikationspläne, Verordnungen) sowie auf der Basis weiterer Angaben der Befragten. Bedarfsmedikationen wurde dabei nur dann berücksichtigt, wenn diese nach Angaben der Befragten in den vorangegangenen drei Monaten auch tatsächlich eingenommen wurden. Auf Basis der erhobenen Angaben zur Medikation wurden die Items des MRCI-D durch die Datenerheber*innen beantwortet.

Die Befragung an t0 (Baseline) fand in der Interventionsgruppe jeweils 1-5 Werktage vor dem ersten Hausbesuch der Pflegeexpert*innen stand, also generell vor Beginn der Intervention. Die Befragung an t1 (Follow-Up) erfolgte in beiden Untersuchungsgruppen drei Monate \pm 5 Werktage nach t0. Die Outcome-Parameter und die weiteren, z.B. soziodemografischen Daten wurden mit den in Tabelle 1 dargestellten standardisierten Erhebungsinstrumenten gemessen. Bei den eigenentwickelten Items handelt es sich jeweils um Einzelitems ohne Intentionen der Messung eines latenten Konstrukts. Vier Einzelitems wurden operationalisiert, um weitere Aspekte medikamentenbezogener Adhärenz abzubilden, insbesondere Medikamentengaben unter Zwang oder Täuschung. In Anspruch genommene ärztliche Check-Ups wurden als dichotomes ja/nein-Item abgefragt, als soziodemografische Daten das Alter, das Geschlecht, die Wohnsituation und die Inanspruchnahme professioneller und/oder informeller Unterstützung im Alltag. Die Items wurden im Forschungsteam dialogisch entwickelt, mittels sozialwissenschaftlicher Methoden der Fragebogenentwicklung (Porst 2014, Jacob et al. 2019) operationalisiert und einem Pre-Test (N=3) unterzogen.

Tabelle 1: Übersicht der Erhebungsinstrumente (RCT und darauf aufbauend gesundheitsökonomische Evaluation)

Konstrukt	Instrument	Quelle (Gütekriterien)	Outcome-Typ
Medikamentenbezogene Adhärenz	Medication Adherence Report Scale (MARS-D), Proxy-Rating	Mahler et al. 2010	primäres Outcome
Medikamentenbezogene Adhärenz	Medication Adherence Report Scale (MARS-D), Self-Rating	Mahler et al. 2010	sekundäres Outcome
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ5D-3L-Index, Proxy-Rating	Greiner et al. 2003	sekundäres Outcome
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ5D-3L-Index, Self-Rating	Greiner et al. 2003	sekundäres Outcome
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ5D-3L-VAS, Proxy-Rating	Greiner et al. 2003	sekundäres Outcome
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ5D-3L-VAS, Self-Rating	Greiner et al. 2003	sekundäres Outcome
Gesundheits- und Teilhabestatus	WHO Disability Score (WHO DAS 2.0), Proxy-Rating	Üstün et al. 2010	sekundäres Outcome
Komplexität des Medikamentenregimes	Medication Regimen Complexity Index (MRCI-D)	Stange et al. 2012, George et al. 2004	sekundäres Outcome
Anzahl verordneter Psychopharmaka	über Erfassung der Medikation erhoben	Eigenentwicklung	sekundäres Outcome
in Anspruch genommene ärztliche Check-Ups	Single-Item (dichotom)	Eigenentwicklung	sekundäres Outcome

soziodemografische Charakteristika	4 Einzelitems zu Alter, Geschlecht, Wohnsituation und informeller Unterstützung	Eigenentwicklung	Stichprobenmerkmale
Ergänzende Angaben zur medikamentenbezogenen Adhärenz	4 Einzelitems	Eigenentwicklung	ergänzendes Outcome
Krankenhausaufenthalte und therapeutische Maßnahmen	4 Einzelitems	Eigenentwicklung	Kostengrößen für die gesundheitsökonomische Evaluation

Die standardisierte Querschnittsbefragung umfasste ebenfalls einen an die Personen mit einer geistigen Behinderung sowie einen an die Bezugsperson gerichteten Teil. Bei den Items der Querschnittsbefragung handelt es sich ausschließlich um eigenentwickelte Items, die die Fragestellungen dieses Evaluationsteils operationalisieren. Auch diese wurden in einem dialogischen Prozess im Forschungsteam entwickelt, mittels sozialwissenschaftlicher Methoden der Fragebogenentwicklung operationalisiert und einem Pre-Test (ebenfalls N=3) unterzogen. Items, die sich an Menschen mit geistiger Behinderung richten, wurden sprachlich besonders kurz und einfach formuliert und mit nur drei durchweg gleichen Antwortkategorien versehen (nein, teil-teil, ja).

Das Erhebungsinstrumente für die Querschnittsbefragung findet sich in Anlage 3. Die Datenerhebung erfolgte analog den Datenerhebungen der RCT. Adressiert wurde die Kontrollgruppe (Wartelistengruppe) nach Abschluss ihrer nachgelagerten Evaluation. Dieser Messzeitpunkt t2 lag somit sechs Monate \pm 5 Werktage nach t0. Auch diese Befragungen wurden als strukturierte Interviews durch Datenerheber*innen der FH Bielefeld durchgeführt, zunächst Face-to-Face und ab April 2020 dann in Form von Videokonferenzen.

Für die qualitativen Stakeholder-Interviews fragten die Pflegeexpert*innen potenzielle Interviewteilnehmende unmittelbar nach der Intervention an. Mitarbeitende der FH Bielefeld kontaktierten Interessent*innen und klärten über das Vorhaben auf.

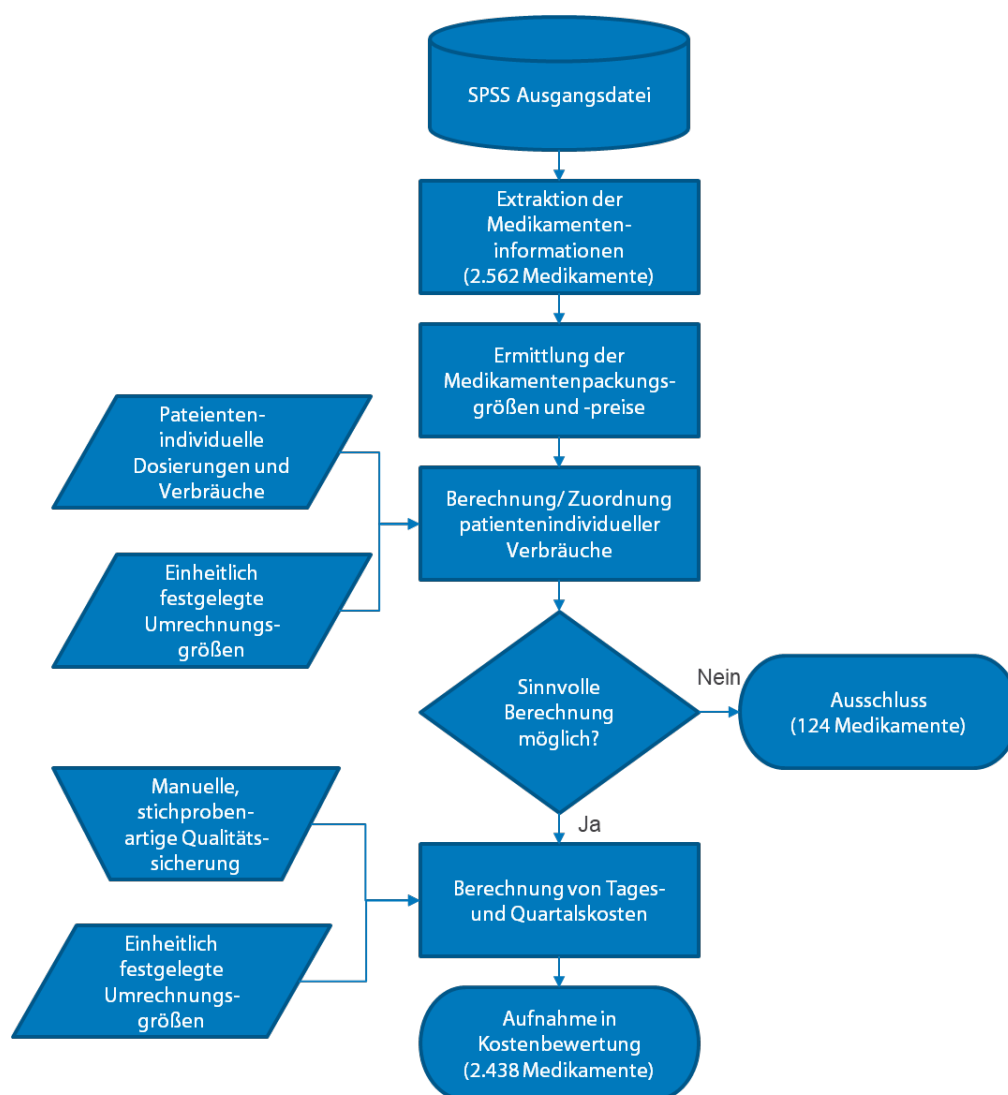
Für die Stakeholder-Interviews wurden für jede Stakeholder-Gruppe separate Interviewleitfäden entwickelt, die sich zum Teil gegenseitig spiegeln und somit einer gemeinsamen Struktur und übergreifenden Themensträngen folgten, aber zugleich die besondere Rolle und Perspektive der jeweiligen Stakeholder-Gruppe auf die Intervention reflektierten. Die Erstellung der Leitfäden folgte den Empfehlungen zur Leitfadenentwicklung von Helfferich (Helfferich 2021). Diese wurden in Pretests auf ihre Eignung zur Beantwortung der Fragestellungen und der Verständlichkeit geprüft. Die entwickelten Interviewleitfäden finden sich in den Anlagen 4 bis 8.

Für die gesundheitsökonomische Evaluation mussten Mengen- und Preiskomponente der einzelnen Kostenbestandteile ermittelt werden. Aus der nachfolgenden Tabelle gehen die Datenquellen sowie die verwendeten Mengen- und Kostenkomponenten hervor.

Tabelle 2: Übersicht der Datenquellen und der verwendeten Mengen- und Kostenkomponenten für die gesundheitsökonomische Evaluation

Kostenkomponenten	Datenquelle	Mengenkomponente	Preiskomponente	Variable	Operationalisierung
Medikamente	Erhebung Teilnehmer zu t0 und t1	Anzahl, Art, Dosierung und Einnahmefrequenz	Lauertaxe	Standardisierung auf Packungsgröße N1, N2, N3	Tages-/ Quartalskosten
Krankenhaus	Erhebung Teilnehmer zu t0 und t1	Vorliegen Krankenhausaufenthalt	Kostennachweis Krankenhäuser	Kosten Krankenhausaufenthalt	Durchschnittliche Kosten je Krankenhausaufenthalt
Personalkosten ANP	Beschäftigte ANP während Projektlaufzeit	Anzahl VK im Erhebungszeitraum	Gehaltseinstufung „Kirchlicher Tarifvertrag Diakonie (KTD)“	Durchschnittliches Arbeitgeberbrutto pro Monat	Personalkosten ANP pro Jahr gesamt
Fallkonferenzen	Erhebung Zeitkomponente/ Stundensätze	Zeiteinsatz der verschiedenen Teilnehmer	Stundensätze Teilnehmer	Kosten der Fallkonferenzen	Summe der Kosten der verschiedenen Teilnehmer
Pharmakologische Beratung	Erhebung bei ANP	Häufigkeit pharmakologischer Beratungen	Vorab festgelegter Fixpreis	Kosten pharmakologischer Beratungen	Addition der Kosten aller pharmakologischer Beratungen
Früherkennungsmaßnahmen	Erhebung Teilnehmer zu t0 und t1	Durchgeführte Früherkennungsmaßnahmen	gewichtete Preise je Früherkennungsmaßnahme	Kosten der Früherkennungsmaßnahmen	Ermittlung Verrechnungssatz für jede Früherkennungsmaßnahme
Weitere Therapiemaßnahmen					
G-BA Heilmittelkatalog	Erhebung Teilnehmer zu t0 und t1	Durchgeführte Maßnahmen	Kostenansatz je Behandlungseinheit	Kosten der Therapiemaßnahme	Addition der Einzelkosten der verschiedenen Therapiemaßnahmen
Rehasport	Erhebung Teilnehmer zu t0 und t1	Durchgeführte Maßnahmen	vereinbarte Vergütungssätze zwischen Partnern der Selbstverwaltung	Kosten der Therapiemaßnahme	Addition der Einzelkosten der verschiedenen Therapiemaßnahmen
Sonstige Maßnahmen	Erhebung Teilnehmer zu t0 und t1	Durchgeführte Maßnahmen	Ermittlung von Durchschnittspreisen	Kosten der Therapiemaßnahme	Addition der Einzelkosten der verschiedenen Therapiemaßnahmen

Da die Medikamentenkosten ein zentraler Bestandteil der Kostenerfassung war, zeigt das nachstehende Flowchart die Vorgehensweise für die Ermittlung der Kosten im Detail an:



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abbildung 1: Vorgehensweise zur Ermittlung der Medikamentenkosten

Eine Verlinkung mit Abrechnungsdaten der Krankenkassen erfolgte nicht. Im Evaluationsbericht finden sich in den Kapiteln 3.8.2.2 bis 3.8.2.4 die detaillierten Angaben zu den jeweiligen Preis- und Mengenkomponenten sowie zur Ermittlung der jeweiligen Kosten.

5.6 Auswertungsstrategie

In der RCT wurden Gruppenunterschiede in den Outcomes zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe mittels ANCOVAs analysiert, wobei die t0-Messung als Kovariate in das jeweilige Modell mit aufgenommen wurde. In einem weiteren Analyseschritt wurde für die Interventionsgruppe, ebenfalls mittels ANCOVAs analysiert, ob die konkret eingesetzte Pflegeexpert*innen einen Effekt auf die Outcomes hat (Pflegeexpert*in als fester Effekt). Die Querschnittbefragung an t2 wurde mittels deskriptiver Statistik (v.a. relative Häufigkeiten) analysiert.

Für die gesundheitsökonomische Folgeneinschätzung wurden Daten durch Sekundärdaten, Expertenbefragungen und standardisierte Erhebungsinstrumente erhoben. Daten der medizinischen Kosten sind dabei ein elementarer Bestandteil und wurden direkt im Rahmen der Intervention erhoben. Zur Kostenermittlung für die gesundheitsökonomische

Evaluation wurden, in Anlehnung an das Methodenpapier des IQWiG, folgende Teilschritte unternommen:

- a) Identifikation des Ressourcenverbrauchs (Interventionskosten, Kosten für Medikamente, Krankenhausaufenthalte, Früherkennungsmaßnahmen sowie weitere Therapiemaßnahmen),
- b) Quantifizierung des Ressourcenverbrauchs (z.B. Einnahmehäufigkeit, Krankenhausaufenthalte),
- c) Bestimmung der in der Analyse zu berücksichtigenden Kosten (Berechnung der Kosten pro Teilnehmer) und
- d) Zusammenführung dieser Kosten.

Zusätzlich zu den Kosten wurden folgende Nutzwerte erhoben:

- Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz nach MARS-D
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach EQ5D
- Verbesserung der Medikamentenkomplexität nach MRCI-D.

Für den Vergleich der beiden Gruppen wurden abschließend die jeweiligen Kosten- und Nutzenwerte gegenübergestellt. Sofern es möglich und sinnvoll war, erfolgte im Anschluss die Berechnung eines „Incremental Cost Effectiveness Ratio“ (IKER) (Baulig et al., 2011). Zu diesem Zweck wird die Differenz der Gesamtkosten durch die Differenz des Effektivitätsmaßes geteilt. Im Ergebnis wird das Verhältnis der „zusätzlichen Kosten pro zusätzlicher Einheit des Gesundheitseffekts“ ausgegeben (siehe nachfolgende Formel).

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}}$$

IKER = Inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation

C_{IG} = durchschnittliche Kosten der Interventionsgruppe

C_{KG} = durchschnittliche Kosten der Kontrollgruppe

E_{IG} = durchschnittliche Effekte der Interventionsgruppe

E_{KG} = durchschnittliche Effekte der Kontrollgruppe

Für die Interpretation der Ergebnisse soll an dieser Stelle auch auf die vier möglichen Fallkonstellationen eingegangen werden, die bei dem Vergleich von verschiedenen Alternativen auftreten können. Jede Konstellation entspricht einem Quadranten der Abb. 1. Die zu analysierende Intervention kann dabei in einem dieser vier Quadranten liegen, wobei der Nullpunkt des Koordinatensystems der relevanten Alternative entspricht (in dieser Studie die übliche Versorgung). Sollte die zu analysierende Intervention in Quadrant IV zu verorten sein, kann eine klare Empfehlung für diese ausgesprochen werden, da sie sowohl günstiger ist als auch höheren Nutzen aufweist. Im Gegensatz dazu können Interventionen, die in den II. Quadranten fallen, aufgrund höherer Kosten und geringerem Nutzen abgelehnt werden. Bei den verbleibenden Quadranten müssen weitere Überlegungen und Festlegungen in die Entscheidung mit einbezogen werden (z. B. Definition Zahlungsbereitschaft) (Drummond et al., 2015).

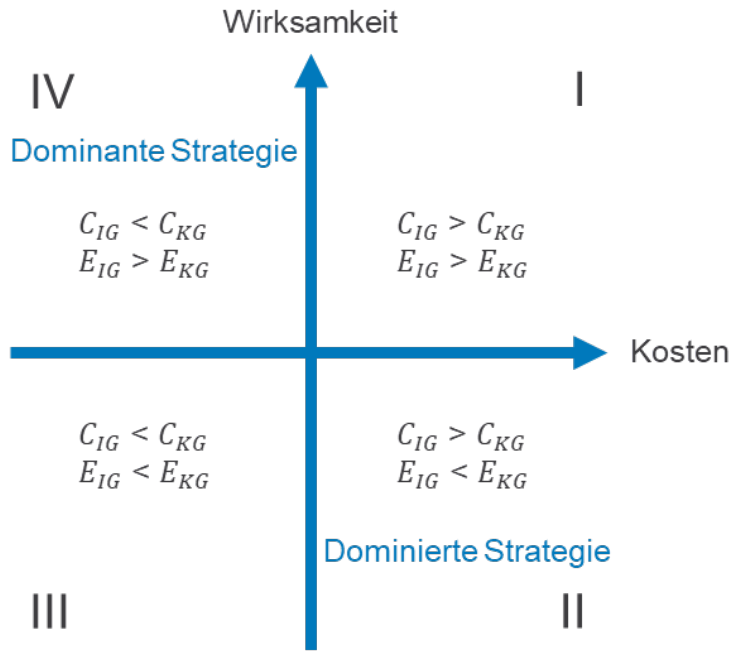


Abbildung 2: Koordinatensystem der Auswertungsstrategie der gesundheitsökonomischen Evaluation

Der Empfehlung des IQWiG folgend, wurde als primäre Perspektive die Sicht der GKV-Versichertengemeinschaft eingenommen.

6. Projektergebnisse

6.1 Stichprobe

Für die RCT konnten N=159 Personen rekrutiert wurden, die die Einschlusskriterien erfüllten. Das Follow-Up der RCT (t1) erreichten N=154 Teilnehmende und somit ein Fall weniger als in der Fallzahlberechnung kalkuliert. Diese Fälle verteilten sich auf 81 Personen in der Interventions- und 73 Fälle in der Kontrollgruppe, womit die Kontrollgruppe fünf Fälle unter der Fallzahlkalkulation von N=78 je Untersuchungsgruppe lag (Abbildung 3).

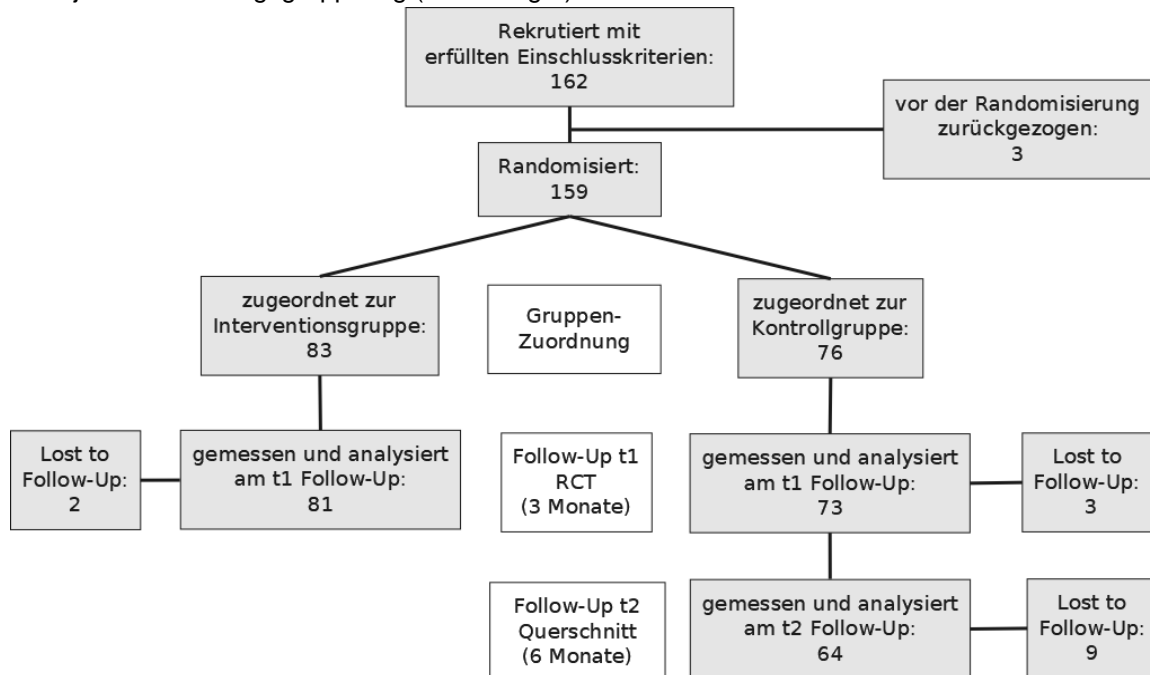


Abbildung 3: CONSORT-Flussdiagramm

Die Fälle verteilten sich geografisch auf 54 unterschiedliche Wohnorte (Einrichtungs-Standorte bzw. private Wohnung). Regionale Schwerpunkte waren Hamburg und Nordrhein-Westfalen, hier wie ursprünglich auch in der Rekrutierungsstrategie vorgesehen, vor allem Ostwestfalen-Lippe. Die Fälle wurden in sieben Bundesländern rekrutiert, neben Hamburg und NRW waren dies Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin.

Die Studienteilnehmer*innen waren im arithmetischen Mittel $53.4 \pm 13,3$ Jahre alt und zu 49,1% weiblichen Geschlechts. Der größte Teil (86,6%) lebte in Einrichtungen mit stationärem Charakter, weitere 10,2% in ambulant betreuten Wohngruppen und 3,2% allein. Informelle Unterstützung/Versorgung, etwa durch Familie, Freunde oder Nachbarn erhielten 21,7%. An Baseline nahmen die Teilnehmer*innen im Mittel $8,4 \pm 3,2$ Medikamente ein, das Maximum lag bei 22 (Tabelle 3).

Tabelle 3: soziodemografischen Charakteristika nach Untersuchungsgruppen

	IG	KG	p
Alter (MW \pm SD)	54.3 \pm 14.1	52.6 \pm 12.4	0.422
Geschlecht: weiblich	54.2%	43.4%	0.115
Lebenssituation (allein – Wohngruppe – stationär)	6.1% – 8.5% – 85.4%	0.0% – 12.0% – 89.0%	0.079
Unterstützung durch Familie, Freunde und/oder Nachbarn	25.6%	17.3%	0.247
Anzahl der Medikamente an Baseline (MW \pm SD)	8.5 \pm 3.3	8.2 \pm 3.1	0.558

Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurden aufgrund von Extremwerten, insbesondere bei den Medikamentenkosten, einige Fälle aus der Analyse ausgeschlossen, so dass sich die Analyse auf N=148 bezog, die sich auf 80 Fälle in der Interventions- und 68 Fälle in der Kontrollgruppe verteilten.

In der Querschnittsbefragung wurden N=45 Menschen Studienteilnehmer*innen der RCT und N=55 Bezugspersonen befragt.

Im qualitativen Teil der Evaluation wurden Interviews mit N=33 Personen geführt. Die Stichprobe setzte sich zusammen aus 11 Teilnehmer*innen an der RCT (Menschen mit einer geistigen Behinderung), 10 beruflichen Assistenzpersonen (davon 5 Heilerziehungspfleger*innen, 3 Erzieher*innen sowie je einer Familienpflegerin und Altenpflegerin), 7 gesetzlich Betreuenden (davon 5 Angehörige und 2 Berufsbetreuenden), 2 Hausärzt*innen und den drei Pflegeexpert*innen, die die Intervention erbrachten.

6.2 Ergebnisse der RCT

Für das primäre Outcome (medikamentenbezogene Adhärenz) zeigte sich kein signifikanter Effekt. Hier ist festzustellen, dass Studienteilnehmer*innen rekrutiert wurden, die bereits an Baseline keine wesentlichen, zumindest keine durch das Messinstrument MARS-D abbildbaren, Probleme hinsichtlich ihrer medikamentenbezogenen Adhärenz aufwiesen. Das arithmetische Mittel des Scores lag bereits an Baseline mit $24,66 \pm 1,15$ in der IG und $24,84 \pm 0,61$ in der KG bei nahe dem Maximalscore von 25 Punkten, so dass kaum eine Verbesserung möglich war.

Auch bezogen auf die sekundären Outcomes gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D-3L Index und VAS – jeweils als Selbstbeurteilung und als Fremdbeurteilung durch die Bezugsperson), Anzahl der Psychopharmaka, WHO-DAS 2.0 sowie Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen (Tabelle 4). Die Messung der Inanspruchnahme von

Akronym: MGMB

Förderkennzeichen: 01NVF17018

Vorsorgeuntersuchungen kann zudem nicht als valide angesehen werden, da sich zeigte, dass ein Teil der befragten Bezugspersonen keine Kenntnisse hinsichtlich der Inhalte der Arztbesuche hatte, die Frage aber dennoch beantwortet hatte. Auch hinsichtlich der Komplexität des Medikamentenregimes zeigte sich im Gesamtscore des MRCI-D kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen. Auf der MRCI-D-Subskala „Applikationsformen“ zeigte sich jedoch ein auch nach Korrektur des Alpha-Fehlers signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe. Hinsichtlich der Applikationsformen wiesen die Empfänger*innen der Neuen Versorgungsform also eine geringere Komplexität hinsichtlich der Applikationsformen ihrer Medikamente auf ($p=0,019$). Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt ($\eta^2=0,036$).

Tabelle 4: Outcome-Daten der RCT

Outcome	N (IG/KG)	MW ± SD IG (t0/t1)	MW ± SD KG (t01/t1)	Gruppeneffekt (p-Wert)
MARS-D (proxy-rating)	80/72	24.7 ± 1.1/ 24.9 ± 0.4	24.8 ± 0.9/ 25.0 ± 1.2	0.639
MARS-D (self-rating)	55/55	24.5 ± 1.4/ 24.9 ± 0.4	24.5 ± 1.2/ 24.9 ± 0.3	0.347
EQ5D-3L index (self-rating)	53/56	71.7 ± 22.0/ 64.9 ± 25.4	69.5 ± 25.3/ 68.8 ± 25.2	0.136
EQ5D-3L index (proxy-rating)	80/72	59.8 ± 25.2/ 57.7 ± 25.4	57.6 ± 25.0/ 59.8 ± 24.2	0.208
EQ5D-VAS (self-rating)	31/30	72.6 ± 20.9/ 65.9 ± 25.3	70.8 ± 23.0/ 61.7 ± 21.5	0.242
EQ5D-VAS (proxy-rating)	79/71	70.9 ± 21.2/ 68.5 ± 20.4	67.5 ± 19.6/ 67.6 ± 18.1	0.894
WHO-DAS-t32 (proxy-rating)	72/65	45.0 ± 23.4/ 44.7 ± 23.7	46.4 ± 22.5/ 42.8 ± 20.7	0.695
MRCI-D dosage forms	81/73	3.85 ± 3.04/ 3.41 ± 2.86	3.92 ± 3.21/ 4.27 ± 3.42	0.019
MRCI-D dosing frequency	81/73	12.12 ± 5.89/ 11.72 ± 5.54	12.14 ± 5.25/ 12.56 ± 5.98	0.054
MRCI-D additional dosing instructions	81/73	5.90 ± 5.21/ 6.06 ± 5.74	7.14 ± 6.84/ 6.47 ± 5.12	0,690
MRCI-D Gesamtscore	81/73	21.74 ± 11.2/ 21.19 ± 11.0	23.19 ± 12.5 23.12 ± 12.0	0.453
Anzahl verschriebener Psychopharmaka	81/73	2.6 ± 1.7/ 2.6 ± 1.8	2.7 ± 2.0/ 2.7 ± 2.0	0.631

Die obligatorischen Teilleistungen (Hausbesuche und Beratung) wurden in allen Fällen der Interventionsgruppe erbracht. Die Nutzung der Die fakultativen Teilleistungen der Versorgungsform zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Inanspruchnahme der fakultativen Teilleistungen durch die Interventionsgruppe

Leistung	Häufigkeit (IG)	Prozent (IG)
Interdisziplinäre Fallkonferenzen	6	7,23%
Fallbesprechungen mit behandelnden Fachärztinnen und –ärzten	7	8,43%
Medikamentenanalyse durch Apotheke	11	13,25%

6.3 Ergebnisse der Querschnittsbefragung

In der standardisierten Querschnittsbefragung beurteilten die Menschen mit einer geistigen Behinderung die Neue Versorgungsform sehr positiv. 92,7% von ihnen zeigten sich mit der Arbeit der Pflegeexpert*innen zufrieden, 89,2% gaben an, dass die Pflegeexpertin gerne wiederkommen dürfe. Uneingeschränkt ernst genommen fühlten sich 94,7%, 88,2% bejahten, dass ihre Meinung in der Beratung und Schulung berücksichtigt worden sei.

68,4% der Menschen mit einer geistigen Behinderung gaben nach ihrer Intervention an, dass sie verstünden, „wozu ihre Medizin gut ist“ (weitere 28,9%: „teils-teils“) und 74,3% bejahten, dass sie verstünden, „was passiert, wenn ich meine Medizin nicht nehme“ (weitere 15,4%: „teils-teil“). Ein Verständnis „wozu Vorsorgeuntersuchungen wichtig sind“ bejahten 73,5% (15,4%: „teils-teils“). 29,2% der Menschen mit geistiger Behinderung gaben an, dass es ihnen nach der Intervention leichter falle, mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin zu sprechen (33,3%: „teils-teils“). Deskriptive Ergebnisse aus der Perspektive der Menschen mit geistiger Behinderung zeigt Tabelle 6, Ergebnisse zu inhaltlichen Aspekten der Schulungen und Beratungen aus der Perspektive der Bezugspersonen zeigt Tabelle 7.

Tabelle 6: Antworthäufigkeiten aus der Perspektive der Menschen mit einer geistigen Behinderung (Querschnittsbefragung t2)

Item	N	nein	teils-teils	ja
Wussten Sie, wann die Pflegeexpertin zu ihnen kommt?	41	29,3%	7,3%	63,4%
Wussten Sie, wie Sie die Pflegeexpertin telefonisch erreichen können?	38	47,4%	10,5%	42,1%
Die Pflegeexpertin hat mich ernst genommen.	38	0,0%	5,3%	94,7%
Die Pflegeexpertin hat mich nach meiner Meinung gefragt	34	5,9%	8,8%	85,3%
Die Pflegeexpertin hat meine Meinung berücksichtigt	34	2,9%	8,8%	88,2%
Die Pflegeexpertin hat mich zwischen mehreren Möglichkeiten auswählen lassen.	26	0,0%	0,0%	100,0%
Die Pflegeexpertin darf gern wiederkommen	37	0,0%	10,8%	89,2%
Ich konnte verstehen, was die Pflegeexpertin mir erzählt hat.	40	7,5%	22,5%	70,0%
Es war schwierig, der Pflegeexpertin zu erklären, was ich von ihr wollte.	32	31,3%	40,6%	28,1%
Ich verstehe wozu meine Medizin gut ist.	38	2,6%	28,9%	68,4%
Ich verstehe, was passiert, wenn ich meine Medizin nicht nehme.	35	2,9%	22,9%	74,3%
Ich habe schon einmal von Vorsorgeuntersuchungen gehört.	39	10,3%	15,4%	74,4%
Ich verstehe, wozu Vorsorgeuntersuchungen wichtig sind	34	5,9%	20,6%	73,5%
Es fällt mir jetzt leichter mit dem Arzt zu sprechen als vor dem Besuch der Pflegeexpertin.	24	37,5%	33,3%	29,2%
Sind Sie mit der Pflegeexpertin zufrieden?	41	2,4%	4,9%	92,7%

Tabelle 7: Antworthäufigkeiten zu inhaltlichen Aspekten der Beratungen und Schulungen (Querschnittsbefragung t2)

Item	N	nein	ja
Hat die Pflegeexpertin mit Ihrer/ Ihrem Klient*in daran gearbeitet, die Notwendigkeit der verordneten Medikation zu verstehen?	31	12,9%	87,1%
Hat die Pflegeexpertin mit Ihnen daran gearbeitet, die Notwendigkeit der verordneten Medikation zu verstehen	53	35,8%	64,2%
Hat die Pflegeexpertin mit Ihrer/ Ihrem Klient*in daran gearbeitet, die bestehenden Krankheitsbilder zu verstehen?	31	19,4%	80,6%
Hat die Pflegeexpertin mit Ihnen daran gearbeitet, die bestehenden Krankheitsbilder zu verstehen?	52	46,2%	53,8%
Hat die Pflegeexpertin mit Ihrer/ Ihrem Klient*in daran gearbeitet, den Sinn und Zweck von Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen?	36	0,0%	100,0%
Hat die Pflegeexpertin mit Ihnen daran gearbeitet, den Sinn und Zweck von Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen?	51	23,5%	76,5%

Die befragten Bezugspersonen gaben in 47,1% der Fälle an, dass die Pflegeexpert*innen Veränderungen am Medikamentenregime empfohlen hätten. In 50% dieser Fälle kam es auch tatsächlich zu einer Veränderung der Medikation. Die Bezugspersonen konstatierten nach der Intervention zu 20,4% eine tendenzielle Verbesserung in der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen (die übrigen antworteten „unverändert“). Eine tendenzielle Verbesserung der medikamentösen Versorgung konstatierten 22,2% (alle übrigen: „unverändert“).

13,5% der Bezugspersonen sahen eine tendenzielle Verbesserung der Kompetenzen ihrer Klient*innen hinsichtlich der Medikation, 21,6% stellten dies für die Themen Gesundheitsvorsorge/Vorsorgeuntersuchungen fest. Eine Verbesserung des Kommunikationsverhaltens ihrer Klient*innen bezogen auf gesundheitliche Fragen bejahten 17,7% der Bezugspersonen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Antworthäufigkeiten zu wahrgenommenen Veränderungen (Querschnittsbefragung t2)

Item	N	stark verschlechtert	leicht verschlechtert	unverändert	leicht verbessert	stark verbessert
In wie weit hat sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten verändert?	54	0,0%	0,0%	79,6%	16,7%	3,7%
Wie hat sich Ihrer Sicht nach die medikamentöse Versorgung verändert im Gegensatz zur Ausgangssituation vor 3 Monaten?	54	0,0%	0,0%	77,8%	18,5%	3,7%
Wie haben sich die Kompetenzen Ihrer/ Ihres Klient*in hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge/ Vorsorgeuntersuchungen verändert?	51	0,0%	2,0%	76,5%	21,6%	0,0%
Wie haben sich die Kompetenzen Ihrer/ Ihres Klient*in hinsichtlich der Medikation verändert?	52	0,0%	1,9%	84,6%	13,5%	0,0%
Hat sich das Kommunikationsverhalten der/des Klient*in bezogen auf gesundheitliche Fragen verändert?	51	0,0%	2,0%	80,4%	15,7%	2,0%

6.4 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Nicht alle Fälle konnten in die Analyse mit einbezogen werden, die Fallzahl für die gesundheitsökonomische Folgenabschätzung betrug N=148, die sich auf 80 Fälle in der Interventions- und 68 Fälle in der Kontrollgruppe verteilten.

In der vorliegenden gesundheitsökonomischen Evaluation wurden zwei Versorgungsformen miteinander verglichen. Konkret handelte es sich um die zu evaluierende Intervention mit dem Einsatz von klinischen Pflegeexpert*innen (ANPs), die der herkömmlichen Versorgung als Alternative gegenübergestellt wurde.

Für die Kosten-Nutzen-Analyse wurden für beide Gruppen während der Projektlaufzeit direkte medizinische Kosten erhoben. Auf Seiten der Interventionsgruppe mussten zusätzlich durch die Maßnahme entstandene Kosten berücksichtigt werden. Die Nutzen-Komponente der Analyse wurde in drei Formen quantifiziert. Neben Messungen zur Medikamentenadhärenz (MARS-D) und -komplexität (MRCI-D) wurde als Indikation-unabhängiges Verfahren auch die Lebensqualität (EQ5D) abgefragt.

Bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse müssen verschiedene Ebenen differenziert werden. Zum einen sollen die Ergebnisse der einzelnen Bestandteile zu Kosten und Nutzen beleuchtet werden, wobei hier zwischen den Ergebnissen im Zeitverlauf sowie zwischen den Gruppen unterschieden werden kann. Zum anderen gilt es, die direkte Relation zwischen Kosten und Nutzen näher zu prüfen.

Im Bereich der Kosten standen insbesondere die Medikamente im Vordergrund. Gemessen an den durchschnittlichen Kosten pro Teilnehmer kann in beiden Gruppen ein Anstieg attestiert werden (Interventionsgruppe: +9,0 %; Kontrollgruppe: +5,4 %). Durchschnittlich lagen diese bei der Interventionsgruppe jedoch niedriger (420,26 €) als bei der Kontrollgruppe (524,56 €). Im Gegensatz zur Kontrollgruppe und entgegen des erwähnten Kostenanstiegs, ist bei der Interventionsgruppe

ein Rückgang der Medikamentenanzahl zu beobachten. Es kann also davon ausgegangen werden, dass während der Projektlaufzeit ein Wechsel zu teureren Medikamenten stattgefunden hat. Bei den Untersuchungen zu den Psychopharmaka konnten sowohl innerhalb der Gruppen als auch zwischen ihnen keine Auffälligkeiten entdeckt werden.

Mit insgesamt 74,4 % verursachten die Interventionskosten den größten Kostenblock zum Messzeitpunkt t1. Zusammengesetzt sind diese aus den Kosten der Fallkonferenzen, der pharmakologischen Beratung sowie den Personalkosten der Pflegeexpert*innen. Vor allem die zuletzt genannten Aufwendungen konnten als maßgeblicher Einflussfaktor für die Kostenunterschiede zwischen den Gruppen identifiziert werden.

Zahlenmäßig ebenfalls ins Gewicht gefallen sind Krankenhauskosten. Allerdings konnten hier zwischen den Gruppen und im Zeitverlauf gleichermaßen keine auffälligen Entwicklungen erkannt werden. Eine entsprechende Bilanz wird für die weiteren Kostenarten (Früherkennungsmaßnahmen und weitere Therapiemaßnahmen) ausgesprochen. Aufgrund ihrer zahlenmäßigen Höhe fallen diese zudem nicht so stark ins Gewicht.

Verglichen wurden die Kosten mit den eingangs benannten Nutzenmaßen. Verbesserungen konnten in beiden Gruppen bei der Medikamentenadhärenz festgestellt werden, wobei die Werteentwicklung bei der Interventionsgruppe stärker ausfiel (+1 % im Vergleich zu +0,5 % bei der Kontrollgruppe). Demgegenüber konnten gegenläufige Entwicklungen bei den anderen beiden Nutzwerten beobachtet werden. So fiel bei der Medikamentenkomplexität ein rückläufiger Wert für die Interventionsgruppe (-1,9 %) und ein zunehmender Wert für die Kontrollgruppe (+0,1 %) auf. In der Interpretation bedeutet dies, unter Berücksichtigung der inhaltlichen Ausgestaltung des Messinstruments, ein positives Ergebnis für die zu evaluierende Maßnahme. Bei den Auswertungen zur Lebensqualität hingegen, drückt ein höherer Wert ein besseres Ergebnis aus. Damit zeigte sich bei diesem Index lediglich für die Kontrollgruppe eine Verbesserung der Lebensqualität (+4,1 %, Interventionsgruppe: -2,6 %).

Zur Berechnung der „inkrementellen Kosteneffektivitätsrelation“ wurde die Differenz der Gesamtkosten durch die des Effektmaßes geteilt. Für jedes Effektmaß wurde ein eigenständiges IKER kalkuliert. Die isolierte Betrachtung bedingte jeweils eine unterschiedliche Zusammensetzung der Stichprobe und damit Differenzen in den Kostenwerten. So wurden beim IKER zum MRCI-D und zum MARS-D aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung dem Nutzen lediglich die Medikamentenkosten gegenübergestellt, beim EQ5D waren es die gesamten Kosten. Im Kern soll durch diese Analyse eine ökonomische Vorteilhaftigkeit der neuen Intervention gegenüber der herkömmlichen Versorgung untersucht werden.

Festgestellt wurde eine ökonomische Vorteilhaftigkeit bei dem IKER des MRCI-D. Hier sind für die Interventionsgruppe sowohl die Kosten niedriger als auch der Effekt höher. Im Ergebnis konnte ein IKER in Höhe von 110,11 € kalkuliert werden. In der Interpretation heißt das, dass 110,11€ für einen Effektpunkt investiert werden müssen.

Die Ergebnisse des IKER zum MARS-D zeigen keine eindeutige ökonomische Vorteilhaftigkeit zugunsten der Intervention. Zwar liegen die Medikamentenkosten der Interventionsgruppe unter denen der Kontrollgruppe, jedoch konnten geringere Effekte festgestellt werden. In Summe ergab sich ein IKER in Höhe von 738,92. Dies bedeutet, dass 738,92 € für die Veränderung des MARS-Effekts um eine Einheit. Für eine abschließende Beurteilung müssten weitere Anhaltspunkte einbezogen werden.

Zur Vermeidung von Verzerrungen wurde von einer direkten Gegenüberstellung der Gesamtkosten zu den EQ5D-Werten abgesehen. Auslöser waren hierfür zwei Effekte: einerseits die extremen Kostenunterschiede und andererseits die geringe Effektänderung des EQ5D-Indexes im Zeitverlauf.

6.5 Ergebnisse der qualitativen Befragung der Stakeholder

Aus dem qualitativen Material heraus konnten inhaltsanalytisch sechs Kategorien induktiv entwickelt werden (im Folgenden *kursiv* geschrieben). Die verschiedenen Stakeholdergruppen schrieben der Neuen Versorgungsform einen Effekt auf die *Vermeidung von Fehlern im Medikamentenmanagement* zu. Unsicherheiten der Assistenzpersonen, die sich insbesondere hinsichtlich der Bedarfsmedikation sowie bezogen auf Einnahmezeitpunkte zeigten, seien in der

Beratung identifiziert und die Fehler in der Folge abgestellt worden. Es wurden nach Darstellung aller Stakeholdergruppen durch die Neue Versorgungsform auch mehrfach Fälle identifiziert, in denen die Regelversorgung Gesundheitsprobleme nicht oder nicht adäquat adressiert hatte (z.B. Atemprobleme, häufige epileptische Anfälle) und bei denen durch die Intervention eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht worden sei. Alle Stakeholdergruppen konstatierten, dass aus ihrer Sicht die Neue Versorgungsform zu einer *Erweiterung von Wissen* geführt habe, sowohl bezogen auf die Menschen mit einer geistigen Behinderung als auch bezogen auf das Versorgungsnetz (Assistenzpersonen, gesetzlich Betreuende). Genannt wurden in diesem Zusammenhang etwa das Wissen um die Wirkungsweise und Nebenwirkungen der eigenen Medikamente, die Kenntnis über Unverträglichkeiten, aber auch über Einnahmezeiten bzw. dem Abstand der Einnahme zu anderen Präparaten (z.B. bei Pantoprazol). Die Qualifikation und die besonderen Kompetenzen der Pflegeexpert*innen werden in diesem Zusammenhang vonseiten aller Stakeholdergruppen als Grundvoraussetzung für diesen Wissenserwerb und das Gelingen der Intervention betont. Aufbauend auf dieser Wissenserweiterung berichten alle Stakeholdergruppen auch über eine *Stärkung von Handlungssicherheit*. Dies betonten insbesondere auch die Menschen mit einer geistigen Behinderung selbst. Betont wurde in diesem Zusammenhang, dass auch in Fällen, in denen keine nennenswerten Veränderungen empfohlen worden seien, die Neue Versorgungsform dazu geführt habe, dass gemeinsam mit den Pflegeexpert*innen alle Handlungsoptionen ausgelotet worden seien und man sich im eigenen Handeln bestärkt fühle. Alle Stakeholdergruppen konstatierten eine *Sensibilisierung für die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen* durch die Neue Versorgungsform. Die beruflichen Assistenzpersonen wie auch die gesetzlich Betreuenden berichteten, selbst einen unzureichenden Überblick über die diesbezüglichen Bedarfe gehabt zu haben bzw. die Thematik teilweise aus dem Blick verloren zu haben. Durch die Neue Versorgungsform seien fehlende Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen worden. Die Menschen mit einer geistigen Behinderung selbst sowie ihre Assistenzpersonen und die gesetzlich Betreuenden schilderten, dass es durch die in der Beratung thematisierten Inhalte zudem zur *Einleitung ergänzender gesundheitsförderlicher Maßnahmen* gekommen sei, etwa hinsichtlich der Ernährung und des Trinkverhaltens oder in Form einer Einleitung von Physio- oder Ergotherapie. Die Menschen mit einer geistigen Behinderung selbst berichteten auch von einem *Abbau von Ängsten und Sorgen*. Personen, bei denen ärztliche Untersuchungen oder Arztgespräche angstbesetzt gewesen seien, äußerten, sich durch die Beratungen Strategien angeeignet zu haben, mit diesen Ängsten besser umzugehen und sich dadurch nicht mehr von wichtigen gesundheitlichen Untersuchungen abhalten zu lassen. Schließlich betonten alle Stakeholdergruppen, dass die Neue Versorgungsform eine *Förderung des Austauschs unter den Stakeholdern* bewirkt habe, insbesondere bzgl. des gezielten An- und Besprechen von Gesundheitsproblemen mit den Ärzten.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass positive Tendenzen bei der Interventionsgruppe identifiziert werden konnten. Diese waren jedoch statistisch nicht signifikant, könnten also zufallsbedingt aufgetreten sein. Für belastbare Aussagen erscheinen der Zeithorizont zu kurz und der Umfang der Stichprobe zu klein.

So bedarf es oftmals eines längeren Vorlaufs, um einen Termin für Vorsorgeleistungen zu erhalten. Auch die Hospitalisierungsrate fällt innerhalb eines Vierteljahres insgesamt zu gering aus, um angesichts der Stichprobengröße signifikante Interventionseffekte nachweisen zu können.

Mit Blick auf die Effektmessung für des Medikamentenmanagements kommt erschwerend hinzu, dass die Ausgangswerte für die Medikamentenadhärenz in der Interventionsgruppe vergleichsweise gut ausfielen, so dass hierauf basierend weitere Verbesserungen schwierig zu erreichen waren.

Vor allem die hohen Personalkosten der Pflegeexpert*innen haben sich als relevante Einflussgröße des Kostenansatzes pro Teilnehmer herauskristallisiert (speziell im Vergleich zur Kontrollgruppe). Verschärft wurde dieser Umstand durch unproduktive Reisezeiten (ausgelöst durch große

Entfernungen zwischen den Klienten) und dem Ausbleiben von Skaleneffekten (z. B. realisierbar bei einer höheren Anzahl von zu betreuenden Klienten). Zudem konnten diese höheren Kosten auf Seiten der Interventionsgruppe nicht durch Einspareffekte relativiert oder kompensiert werden. Es ist denkbar, dass derartige Effekte ggf. bei einer längeren Laufzeit nachweisbar sind.

Angeichts der dargestellten Ergebnisse sowie der aufgezeigten methodischen Limitationen lässt sich insgesamt festhalten, dass zumindest im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Betrachtung Kosten und Nutzen der Projektintervention in keinem angemessenen Verhältnis stehen. Es muss offenbleiben, inwieweit bei einer längerfristigen Erfassung der Interventionseffekte, einer stärkeren Fokussierung auf Risikogruppen mit nachweislich besonders unzureichender Medikamentenadhärenz und einer ökonomischeren Einsatzplanung der Pflegeexpert*innen sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Intervention deutlich verbessern lässt.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Evaluationsergebnisse konnten keinen Wirksamkeitsnachweis dieser Neuen Versorgungsform belegen, auch die gesundheitsökonomische Folgenabschätzung kam nicht zu dem Ergebnis eines überzeugenden Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Auf Basis dieser Ergebnisse können die Evaluator*innen keine Überführung der Neuen Versorgungsform, so wie sie in diesem Projekt implementiert wurde, in die Regelversorgung empfehlen. Die Ergebnisse belegen aber sehr wohl die a priori unterstellten Versorgungsbedarfe und verdeutlichen, dass diese Bedarfe in der momentanen Regelversorgung nicht ausreichend adressiert werden. In dieser Hinsicht besteht also sehr wohl Handlungsbedarf. Insbesondere wurde deutlich, dass Menschen mit komplexen Medikamentenregimen in der Eingliederungshilfe auf Versorgungsstrukturen treffen, deren Personalmix nicht die für adäquate Versorgung benötigten Kompetenzen aufweisen. Gemeint sind hier zum einen Kenntnisse hinsichtlich der Krankheitsbilder sowie pharmakologische Kenntnisse, zum anderen aber auch Kompetenzen in der Kommunikation, Beratung und Schulung. Der gezielte Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegeexpertise erscheint vor dem Hintergrund dieser Kompetenzanforderungen sinnvoll und auch geboten.

Ob diese Versorgungsform zu einer Erhöhung der medikamentenbezogenen Adhärenz der Zielgruppe beitragen kann, müsste an einer Stichprobe, die auch tatsächlich Adhärenzprobleme aufweist, überprüft werden. In der rekrutierten Stichprobe war dies kein nennenswertes Phänomen. Um empfohlene Änderungen am Medikamentenregime auch tatsächlich umzusetzen, ist ein engerer Dialog mit den verordnenden Ärzt*innen unabdingbar. Der direkte Kontakt zwischen Pflegeexpert*innen und Ärzt*innen müsste bei künftigen Implementierungen deutlich ausgebaut und sichergestellt werden. Möglicherweise kann dies durch eine engere organisatorische Einbindung der Pflegeexpert*innen in die Versorgungsnetzwerke der Menschen mit geistiger Behinderung in der Eingliederungshilfe besser gelingen als in der hier implementierten Form von aufsuchender Beratung und der Ansiedelung der Stellen bei einem MZEB.

Es erscheint zudem geboten, die Zielgruppe dieser Versorgungsform enger zu fassen. In der Rekrutierung zeigte sich, dass jene Personen der Zielgruppe, deren Medikamentenregime durch Polypharmazie gekennzeichnet sind, selten selbstständig im eigenen Haushalt oder in ambulant betreuten Wohngruppen leben. In den stationär geprägten Wohnformen übernehmen diese Personen aber nur geringe Teile ihres Medikamentenmanagements selbstständig oder unter Anleitung, häufig wurden durch die Apotheke verblisterte Medikamente verwendet. Eine stärkere Fokussierung auf Personen, die einen höheren Grad an Selbstständigkeit aufweisen, bei gleichzeitigem Verzicht bzw. einer Aufweichung des Einschlusskriteriums Polypharmazie, könnte die durch Schulung und Beratung erzielten Effekte deutlicher zum Tragen bringen. Um die im Projekt entwickelt und erprobte Intervention in der Regelversorgung zu verankern, müssen einige Voraussetzungen realisiert werden. Einige Ansätze können aber ohne grundlegende Veränderungen vorgestellt werden.

Im Regelsystem ist es den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung (Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

möglich, individuelle Versorgungsverträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen zu schließen (§ 111 SGB V). Für diese Einrichtungen gibt es also die Möglichkeit „eine Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen“ (ebd. Absatz 4) vertraglich mit den Landesverbänden der Krankenkassen festzulegen. Es könnten in der Folge Pflegeexpert*innen ausgehend von dieser Einrichtung aufsuchende Beratungen anbieten.

Nun stellt sich die Frage, ob eine aufsuchende Beratung als stationäre Leistung verortbar ist, oder eher einem ambulanten Angebot entspricht. Auch der Umfang einer leistungsgerechten Vergütung stellt eine Herausforderung dar, da die Intervention neben den Personalkosten der Pflegeexpert*innen auch Kosten durch die spezialisierte Qualifikation, Wege und weiteres Fachpersonal (Fachärzt*innen in Fallkonferenzen, Pharmakolog*innen für Medikamentenanalyse) bereithält, sie ist daher schwer pauschal zu vergüten.

Bei einer Verankerung der Intervention in der Regelversorgung, unabhängig davon ob über eine Aufnahme in den Vergütungskatalog der Krankenkassen, oder mittels Versorgungsvertrag muss die Qualifikation für die Pflegeexpert*innen gewährleistet werden. Hierzu braucht es qualifizierter Bildungsträger, sowie einen Nachweis der Qualifikation und weitere Anstellungsperspektiven für die Qualifizierten.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Veröffentlichungen 2018

idw – Informationsdienst Wissenschaft, 17.04.2018, <https://idw-online.de/en/news692664>

idw – Informationsdienst Wissenschaft, 27.06.2018: <https://idw-online.de/de/news698391>

aerzteblatt.de, 20.04.2018, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94612/Beratung-und-Hausbesuche-sollen-Versorgung-von-Menschen-mit-geistiger-Behinderung-verbessern>

Neue Westfälische, 04.07.2018

Boettcher AM. Posterpräsentation beim Forschungstag des Kompetenzzentrum Gesundheit, HAW Hamburg

Boettcher AM. Posterpräsentation beim Symposium des Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET) <http://www.ham-net.de/de/2-ham-net-symposium.html>

Veröffentlichungen 2019

Boettcher AM, Klüpfel A-M, Alpen F, Weber P (2019). Neue Fragen - neue Antworten
Aufsuchende pflegerische Beratung für Menschen mit einer geistigen Behinderung.
Posterpräsentation auf der 55. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, Berlin, 16.-18.09.2019.

Grebe C, Nadolny S, Latteck ÄD (2019). Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung (MGMB). Eine randomisiert-kontrollierte Studie.
Posterpräsentation auf der 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Düsseldorf, 21.-03.03.2019.

Voß M, Latteck ÄD (2019). Teilhabe durch Ko-Forschung. Ein Schulungsprogramm zur Ausbildung von Interviewerinnen und Interviewern mit geistiger Behinderung. Vortrag auf dem 1. Kongress der Teilhabeforschung, Berlin, 26.-27.09.2019.

Voß M, Geukes C, Latteck ÄD (2019). Menschen mit geistiger Behinderung als Co-Forschende. Entwicklung eines Schulungsprogramms. In Teilhabe 58(3), S. 104-108.

Veröffentlichungen 2020

Barre K, Boettcher A, Schübler N, Weber P (2020). Qualifizierung für innovative Aufgaben in der Pflege. PADUA, 15 (5), 297–302.

Boettcher A, Barre K, Schüßler N, Weber P (2020). Gesundheitliche Teilhabe oder medikalisierte Lebenswelt? Aufsuchende Beratung für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Schwerpunkt Behinderung. Dr. med. Mabuse, 244, 42-44.

Grebe C, Voß M, Heitland L, Nadolny S, Latteck ÄD (2020). A training program to qualify people with intellectual disabilities for inclusive research. European Journal of Public Health, 30(Supplement_5), ckaa165-181.

Grebe C, Nadolny S, Heitland L, Latteck ÄD (2020). An Advanced Practice Nursing Approach to Improve Medication Management for Adults with Intellectual Disability and Polypharmacy. Vortrag auf der Taiwan International Nursing Conference, Taipeh, Taiwan.

Grebe C, Voß M, Heitland L, Nadolny S, Latteck ÄD (2020). Development of a Training Program to Qualify People with Intellectual Disabilities as Co-Researchers in Participatory Research Contexts. Vortrag auf der Taiwan International Nursing Conference, Taipeh, Taiwan.

Grebe C, Nadolny S, Latteck ÄD (2019). Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung (MGMB). Eine randomisiert-kontrollierte Studie. Posterpräsentation auf der 20. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, Berlin, 21.-03.03.2019.

Voß M, Geukes C, Latteck ÄD (2019). Menschen mit geistiger Behinderung als Co-Forschende. Entwicklung eines Schulungsprogramms. In Teilhabe 58(3), S. 104-108.

Voß M, Latteck ÄD (2019). Teilhabe durch Ko-Forschung. Ein Schulungsprogramm zur Ausbildung von Interviewerinnen und Interviewern mit geistiger Behinderung. Vortrag auf dem 1. Kongress der Teilhabeforschung, Berlin, 26.-27.09.2019.

Veröffentlichungen 2022

Grebe C, Boettcher AM, Latteck ÄD, Weber P. Erweiterte Pflegeexpertise zur Förderung von gesundheitlicher Teilhabe am Beispiel von Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Sammelbandbeitrag Teilhabe an Gesundheit; Kohlhammer 2022; Hrsg. Rathmann K.

10. Literaturverzeichnis

Baulig C, Al-Nawas B & Krummenauer F (2011). Studienplanung in der Implantologie (V): Kosten und Kosteneffektivität von Therapien. Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie(27 (3)), 30–34.

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew, M (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. International journal of nursing studies, 50(5): 587-592.

Creswell JW, Plano Clark VL (2011). Designing and Conducting Mixed Methods Research. London: SAGE Publications.

Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL & Torrance GW (2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford university press.

George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DC, Stewart K (2004). Development and validation of the medication regimen complexity index. Annals of Pharmacotherapy, 38(9), 1369-1376.

Greiner W, Weijnen T, Nieuwenhuizen M, Oppe S, Badia X, Busschbach J, Buxtopn PD, Kind P, Krabbe P, Ohinmaa A, Parkin D, Roset M, Sintonen H, Tschuiya A, de Charro F (2003). A single European currency for EQ-5D health states. The European Journal of Health Economics, formerly: HEPAC, 4(3), 222-231.

Helfferich C (2021). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 5. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer VS.

Jacob R, Heinz A, Décieux JP (2019). Umfrage: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. Österreich: De Gruyter.

Kuckartz U (2014). Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Mahler C, Hermann K, Horne R, Ludt S, Haefeli WE, Szecsenyi J, Jank S (2010). Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(3), 574-579.

Mühlhauser I, Lenz M, Meyer G (2011). Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen—eine methodische Herausforderung. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(10): 751-761.

Porst R (2013). Fragebogen: Ein Arbeitsbuch. Springer-Verlag.

Stange D, Kriston L, Langebrake C, Cameron LK, Wollacott JD, Baehr M, Dartsch DC (2012). Development and psychometric evaluation of the German version of the Medication Regimen Complexity Index (MRCI-D). *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(3), 515-522.

Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm, J (Hrsg.) (2010). Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. Genf: World Health Organization (WHO).

11. Anlagen

Anlage 1: Erhebungsbogen RCT (t0)

Anlage 2: Erhebungsbogen RCT (t1)

Anlage 3: Erhebungsbogen Querschnittsbefragung

Anlage 4: Interviewleitfaden Ärzt*innen

Anlage 5: Interviewleitfaden Bezugspersonen

Anlage 6: Interviewleitfaden gesetzlich Betreuende

Anlage 7: Interviewleitfaden Menschen mit geistiger Behinderung

Anlage 8: Interviewleitfaden Pflegeexpert*innen

Anlage 9: Schulungskonzept Pflegeexpert*innen

Anlage 10: Entscheidungshilfe Vorsorgeuntersuchung

Anlage 11: Dokumentationssystem

Anlage 1: Erhebungsbogen RCT (t0)

„Projekt MGMB: Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung“

Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich

Interviewerbogen – Deckblatt – T0 Erhebung

Ausfülldatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Klientenpseudonym

--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Geschlecht

weiblich

männlich

Kürzel Evaluator/in

--	--

Einschlusskriterien (Bitte ankreuzen)

- Diagnose ICD F.70 – F.79
- Alter \geq 18 Jahre
- Eine unterschriebene schriftliche Einverständniserklärung liegt vor.
- \geq 5 verordnete Medikamente inkl. der Bedarfsmedikation

1. Soziodemographische Angaben

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

- Alleine lebend
- In der Familie
- In einer ambulant versorgten Wohngruppe
- In stationärem Setting

Bekommen Sie Unterstützung im Alltag (Mehrfachantworten möglich)

- Nein
- Ja, durch Familie/ Freunde/ Nachbarn
- Ja, durch professionelle Dienste

2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D Selbstauskunft)

Bitte geben Sie an, welche Aussage am besten ihren heutigen Gesundheitszustand beschreibt.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Gruppe nicht mehr als ein Kästchen an.

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Visuelle Analogskala EQ-5D, Selbstauskunft)

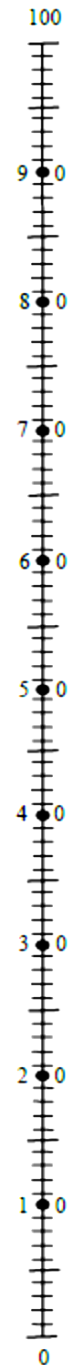
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare **Gesundheitszustand** ist mit "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand **heute** ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr heutiger
Gesundheitszustand**

--	--	--

Best denkbare
Gesundheitszustand



Schlechtest denkbare
Gesundheitszustand

4. Medikamentenadhärenz (MARS, Selbstauskunft)

Viele Leute nehmen ihre Medikamente so ein, wie sie am besten damit zu Recht kommen. Dies weicht vielleicht von dem ab, was der Arzt Ihnen gesagt hat oder von dem was im Beipackzettel steht. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, wie Sie selbst ihre Medikamente einnehmen. Hier finden Sie Aussagen anderer Leute zur Medikamenteneinnahme.
Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das bei Ihnen für die letzten 3 Monate am ehesten zutrifft.

Ihre eigene Art, Medikamente einzunehmen	immer	oft	manchmal	selten	nie
1. Ich vergesse sie einzunehmen					
2. Ich verändere die Dosis					
3. Ich setze sie eine Weile lang aus					
4. Ich lasse bewusst eine Dosis aus					
5. Ich nehme weniger als verordnet ein					

5. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D, Proxy)

Bitte geben Sie an, welche Aussage am besten den heutigen Gesundheitszustand der Klientin/ des Klienten beschreibt, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Gruppe nicht mehr als ein Kästchen an.

Beweglichkeit / Mobilität

- Keine Probleme herumzugehen
- Einige Probleme herumzugehen
- Ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Keine Probleme, für sich selbst zu sorgen
- Einige Probleme, sich selbst zu waschen oder sich anzuziehen
- Nicht in der Lage, sich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Keine Probleme, alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Einige Probleme, alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Nicht in der Lage, alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Keine Schmerzen oder Beschwerden
- Mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst / Niedergeschlagenheit

- Nicht ängstlich oder deprimiert
- Mäßig ängstlich oder deprimiert
- Extrem ängstlich oder deprimiert

6. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Visuelle Analogskala EQ-5D, Proxy)

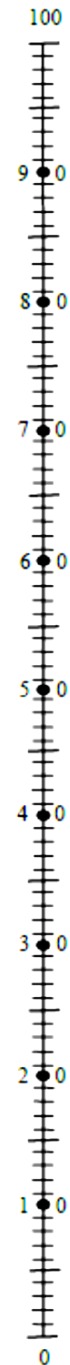
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht ein Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare **Gesundheitszustand** ist mit "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach der Gesundheitszustand der Klientin/ des Klienten **heute** ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der am besten wiedergibt, wie gut oder wie schlecht Ihr/sein heutiger Gesundheitszustand heute ist.

**Heutiger
Gesundheitszustand der
Klientin/ des Klienten**

--	--	--

Best denkbarer Gesundheitszustand



Schlechtest denkbarer Gesundheitszustand

7. Medikamentenadhärenz (MARS Proxy)

Viele Leute nehmen ihre Medikamente so ein, wie sie am besten damit zu Recht kommen. Dies weicht vielleicht von dem ab, was der Arzt Ihnen gesagt hat oder von dem was im Beipackzettel steht. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, wie die Klientin/der Klient ihre/seine Medikamente einnimmt. Hier finden Sie Aussagen anderer Leute zur Medikamenteneinnahme. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das bei Ihrer Klientin/ Ihrem Klienten für die letzten 3 Monate am besten zutrifft.

Art der Klientin/ des Klienten, Medikamente einzunehmen	immer	oft	manchmal	selten	nie
1. Sie/Er vergisst sie einzunehmen					
2. Sie/Er verändert die Dosis					
3. Sie/Er setzt sie eine Weile lang aus					
4. Sie/Er lässt bewusst eine Dosis aus					
5. Sie/Er nimmt weniger als verordnet ein					

© Professor Rob Horne

Das Personal hat verschiedene Strategien zur Verabreichung der Medikamente. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, welche Strategien Sie bei ihrer Klientin/ihrem Klienten anwenden, damit sie/er seine Medikamente auch nimmt. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das bei Ihrer Klientin/ Ihrem Klienten für die letzten 3 Monate am besten zutrifft.

Strategien des Personals/ der Bezugspersonen	immer	oft	manchmal	selten	nie
6. Sie/Er muss vor der Einnahme davon überzeugt werden, die Medikamente einzunehmen.					
7. Bei ihr/ ihm sind mehrere Versuche nötig, bis er/ sie eine Dosis einnimmt.					
8. Ihr/ Ihm werden Medikamente heimlich verabreicht.					
9. Ihr/ Ihm werden Medikamente unter Ausübung von Druck/ Zwang verabreicht.					

8. Allgemeine Funktionsfähigkeit (WHO-DAS 2.0 Proxy)

Dieser Fragebogen erfasst aus Gesundheitsproblemen resultierende Schwierigkeiten der Person über die Sie befragt werden in Ihrer Rolle als Freund/in, Verwandte/r oder Pflegende/r. Gesundheitsproblem beinhaltet Krankheiten oder Erkrankungen, andere Gesundheitsprobleme die lang oder kurz andauernd sein können, Verletzungen, mentale oder emotionale Probleme sowie Drogen- oder Alkoholprobleme.

Denken Sie an die letzten 30 Tage zurück und beantworten Sie nach bestem Wissen die Fragen, nach dem Ausmaß der Schwierigkeiten, die Ihr/e Freund/in, Verwandte/r oder zu Pflegende/r bei nachfolgenden Aktivitäten hatte. (Anmerkung, im Fragebogen wird der Term "Verwandte/r" sowohl für "Verwandte/r" als auch für "Freund/in" und "Pfleger/in" verwendet) Kreisen Sie bei jeder Frage bitte nur eine Antwort ein.

H4 ^a	Ich bin _____ (wählen Sie eine Option) dieser Person.	1 =	Ehemann oder Ehefrau	5 =	Anderer Verwandter
		2 =	Elternteil	6 =	Freund
		3 =	Sohn oder Tochter	7 =	Professionelle/r Pfleger/in
		4 =	Bruder oder Schwester	8 =	Sonstiges (präzisieren)

^a Fragen H1–H3 befinden sich am Ende des Fragebogens.

Wie viele Schwierigkeiten hatte die Klientin/ der Klient in den vergangenen 30 Tagen?

Verständnis und Kommunikation		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.1	Sich für <u>10 Minuten</u> auf etwas zu <u>konzentrieren</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.2	Sich daran zu erinnern <u>wichtige Dinge zu tun/ erledigen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.3	Sich mit <u>Alltagsproblemen auseinanderzusetzen</u> und sie zu <u>bewältigen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.4	<u>Neue Aufgaben zu lernen</u> (z.B. erlernen an einem neuen Ort zu gelangen, den Sie nicht kannten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.5	Beim <u>allgemeinen Verstehen dessen</u> , was Personen sagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.6	Ein <u>Gespräch zu beginnen und aufrechtzuerhalten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilität		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.1	Eine <u>längere Zeit</u> (ca. <u>30 Minuten</u>) zu <u>stehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.2	Nach dem Sitzen <u>aufzustehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.3	Sich in seinem/ihrem <u>Zuhause fortzubewegen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.4	Sein/ihr <u>Zuhause zu verlassen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.5	Eine <u>längere Strecke</u> (ca. einen <u>Kilometer</u>) <u>zu Fuss zu gehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Schwierigkeiten hatte die Klientin/ der Klient in den letzten 30 Tagen aufgrund seiner/ihrer Gesundheitsprobleme?

Selbstversorgung		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.1	Sich den <u>gesamten Körper zu waschen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.2	Sich <u>anzuziehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.3	Beim <u>Essen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.4	<u>Einige Tage alleine zu sein</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Umgang mit anderen Menschen		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.1	Beim Umgang mit Personen die <u>er/sie nicht kannte</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.2	Eine Freundschaft <u>aufrechtzuerhalten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.3	Mit <u>Personen</u> zurecht zu kommen, die ihm/ihr nahe stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.4	<u>Neue Freundschaften zu schliessen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.5	<u>Bei sexuellen Aktivitäten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tätigkeiten des alltäglichen Lebens		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.1	<u>Seinen/ihren Haushaltspflichten nachzukommen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.2	Seine/ihre <u>wichtigsten</u> Aufgaben im Haushalt <u>gut</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.3	Die <u>gesamte</u> erforderliche <u>Hausarbeit</u> , die er/sie machen musste, <u>zu erledigen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.4	Seine/ihre Hausarbeit <u>so schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn die Klientin/ der Klient arbeitet (bezahlt, unbezahlt oder selbstständig) oder zur Schule geht, beantworten Sie bitte die Fragen D5.5–D5.8. Ansonsten machen Sie bei der Frage D6.1 weiter.

Wie viele Schwierigkeiten hatte die Klientin/ der Klient in den letzten 30 Tagen?

Arbeiten/ Schule		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.5	Bei der Bewältigung seines/ihrer <u>Arbeits-/Schulalltags</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.6	Seine/ihre wichtigsten Aufgaben im Arbeits-/Schulalltag <u>gut</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.7	Die <u>gesamte Arbeit zu erledigen</u> , die er/sie erledigen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.8	Seine/ihre Arbeit so <u>schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahme am gesellschaftlichen Leben während der letzten 30 Tage		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.1	Wie viele Schwierigkeiten hatte sie/er, an <u>gesellschaftlichen Aktivitäten</u> (wie Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise <u>teilzunehmen</u> , wie jeder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.2	Wie viele Schwierigkeiten hatte sie/er aufgrund von <u>Barrieren oder Hindernissen</u> in seiner/ihrer Umwelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.3	Wie viele Schwierigkeiten hatte sie/er aufgrund der Einstellungen und Verhaltensweisen seiner/ihrer Mitmenschen <u>in Würde zu leben</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.4	Welchen <u>zeitlichen Aufwand</u> hat sie/er aufgrund seiner/ihrer Gesundheitsprobleme und deren Auswirkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.5	Wie sehr wurde sie/er durch ihren/seinen gesundheitlichen Zustand <u>emotional belastet</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.6	In welchem Maße war ihr/sein Gesundheitszustand ein <u>finanzieller Aufwand</u> für sie/ihn oder ihre/seine Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.7	In welchem Maße waren ihre/seine Gesundheitsprobleme eine Belastung für seine/ihre <u>Familie</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.8	Wie schwierig war es für sie/ihn <u>Dinge zur Erholung und zum Vergnügen eigenständig zu tun</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H1	An wie vielen Tagen traten die Schwierigkeiten während der letzten 30 Tage auf?	Anzahl der Tage <input type="text"/> <input type="text"/>
H2	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen war die Klientin/ der Klient aufgrund ihrer/seiner Gesundheitsprobleme <u>absolut unfähig</u> alltägliche Aktivitäten oder seine/ihre Arbeit zu verrichten?	Anzahl der Tage <input type="text"/> <input type="text"/>
H3	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen musste Klientin/ der Klient aufgrund ihrer/seiner Gesundheitsprobleme alltägliche Aktivitäten oder ihre/seine Arbeit <u>reduzieren</u> ?	Anzahl der Tage <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Verordnete Medikamente

Klientenpseudonym _____

Datum _____

Name des Präparats	Wirkstoff	Einzeldosis in mg	(maximale) Tagesdosis in mg	Frequenz					Appli- kations- form	Mahlzeit				Größe der Pack- ung
				Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf Häufigkeit (3 Monate)		vor	während	nach	Unabhängig	

Bei Tropfen unter „Frequenz“ angeben, ob sich die Zahl auf Tropfen (Tr) oder Milliliter (ml) bezieht.

Bedarfsmedikation bei Frequenz zusätzlich mit B notieren.

Bei konkreten Uhrzeiten: diese unter Frequenz bei der zufreffendsten Tageszeit angeben.

Verordnete Medikamente (Fortsetzung)

Klientenpseudonym _____

Datum _____

Name des Präparats	Wirkstoff			Frequenz		Mahlzeit	
--------------------	-----------	--	--	----------	--	----------	--

		Einzeldosis in mg	(maximale) Tagesdosis in mg	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf Häufigkeit (3 Monate)	Appli- kations- form	vor	während	nach	Unabhängig	Größe der Pack- ung

Bei Tropfen unter „Frequenz“ angeben, ob sich die Zahl auf Tropfen (Tr) oder Milliliter (ml) bezieht.

Bedarfsmedikation bei Frequenz zusätzlich mit B notieren

Bei konkreten Uhrzeiten: diese unter Frequenz bei der zutreffendsten Tageszeit angeben.

10. Medication Regimen Complexity Index – D (MRCI-D)

Gesamtzahl an Arzneimitteln (inkl. Bedarfsmedikation): _____

Anweisungen:

1. Der MRCI – D ist nur für verordnete Arzneimittel anwendbar. Alle Eingaben sind ausschließlich auf Basis der Information auf der Arzneimittelverpackung oder der Patientenakte (zur Zeit der Abgabe oder Entlassung) vorzunehmen. Es dürfen keine Annahmen aufgrund der klinischen Beurteilung erfolgen.
2. Die Skala besteht aus drei Abschnitten. Vervollständigen Sie jeden Abschnitt bevor Sie zum Nächsten übergehen. Addieren Sie am Ende die Punktzahlen der drei Abschnitte, um den MRCI – D zu erhalten.
3. Wenn dasselbe Arzneimittel (gleiche Marke und gleiche Darreichungsform) mehr als einmal in unterschiedlichen Wirkstärken in einem Therapieschema enthalten ist (z.B. Phenprocoumon 5mg, 3mg und 1mg je nach Bedarf) wird es als ein einziges Arzneimittel betrachtet.
4. Falls die Dosierung optional ist, wählen Sie die Dosierungsangabe mit der geringsten Dosis/ Frequenz (z.B. erhält „Salbutamol DA 1-2 Hübe, 2-3x täglich“ Punkte für ‚Dosieraerosol‘, ‚variable Dosierung‘ und ‚2x täglich‘; nicht aber für ‚mehrere Einheiten zur selben Zeit‘).
5. In bestimmten Fällen muss die Anwendungshäufigkeit ermittelt werden (z.B. ergibt Ranitidin 1 mal morgens und 1 mal abends ‚zweimal täglich‘).
6. Es ist möglich, dass bei bestimmten Hinweisen wie „nach Anweisung einzunehmen“ ein Schema keine Punkte für die Anwendungshäufigkeit erhält (z.B. Marcumar nach INR, Prednisolon 5mg nach Anweisung, Insulin nach BZ).
7. Falls es mehr als eine Anweisung zur Einnahmehäufigkeit gibt, sollten Punkte für jede Anweisung gegeben werden (z.B. erhält ‚Salbutamol **DA** 2 Hübe 2x täglich und bei Bedarf‘ Punkte für ‚Dosieraerosol‘, ‚mehrere Einheiten zur selben Zeit‘, ‚zweimal täglich‘ und ‚bei Bedarf‘).
8. Wenn zwei oder mehr Arzneimittel alternativ angewandt werden, müssen sie zwei- oder mehrmals als Bedarfsmedikation mit der empfohlenen Anwendungshäufigkeit gewertet werden (z.B. erhält ‚Salbutamol Dosieraerosol oder Salbutamol Vernebler zweimal täglich‘ Punkte für ‚Dosieraerosol‘ und ‚Vernebler ‘ als Applikationsform und zweimal Punkte für ‚zweimal täglich bei Bedarf‘).
9. In bestimmten Fällen, in denen die Doseinheit aus mL, Tropfen oder I.E. besteht, werden keine Punkte für ‚mehrere Einheiten zur selben Zeit‘ gegeben (z.B. Insulin 20 - 0 - 23, Tramaltropfen 20°- 20°- 20°, Lactulose 15mL 1x täglich).
10. In Fällen, in denen es keine passende Option gibt, wählen Sie die der Anweisung am nächsten kommende Option (z.B. kann ‚sechsmal täglich‘ als ‚alle 4 h‘ gewertet werden).

DA= Dosieraerosol

A) Kreisen Sie die Wertung für jede Applikationsform (JEWEILS NUR EINMAL) ein, die im Therapieschema vorhanden ist.

Applikationsform		Wertung
Oral	Kapseln / Tabletten	1
	Gurgel- / Mundspüllösungen	2
	Kaugummis / Lutschpastillen / -bonbons	2
	Flüssigkeiten	2
	Pulver, Granulate, Brausetabletten	2
	Sublingualsprays / -tabletten	2
Topisch	Cremes / Gele / Salben	2
	Verbände	3
	Pinself- / Lösungen	2
	Pasten	3
	Pflaster	2
	Sprays	1
Ohr, Auge, Nase	Ohrentropfen / -cremes / -salben	3
	Augentropfen	3
	Augengele / -salben	3
	Nasentropfen / -cremes / -salben	3
	Nasensprays	2
Inhalation	Diskus	3
	Aerolizer	3
	Dosieraerosole	4
	Vernebler	5
	Sauerstoff/-konzentrator	3
	Turbohaler	3
	Andere Pulverinhalatoren	3
Andere	Dialysate	5
	Klistiere	2
	Injektionen: Fertigspritzen	3
	Ampullen/ Vials	4
	Pessare	3
	Patienten-kontrollierte Analgesie	2
	Suppositorien	2
	Vaginalcremes	2
Summe für Abschnitt A		

B) Setzen Sie für jedes im Therapieschema enthaltene Arzneimittel einen Haken ✓ in das Kästchen für die dazugehörige Anwendungshäufigkeit. Addieren Sie dann die Zahl der Haken in jeder Kategorie und multiplizieren Sie diese Summe mit der dazugehörigen Wertung. Falls es keine exakt passende Option gibt, wählen Sie die am besten Passende.

Anwendungshäufigkeit	Arzneimittel												Summe	Wertung	Wertung x Zahl der Arzneimittel	
Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Einmal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0,5	
Zweimal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Zweimal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Dreimal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3	
Dreimal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1,5	
Viermal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	
Viermal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Alle 12h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2,5	
Alle 12h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1,5	
Alle 8h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3,5	
Alle 8h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Alle 6h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4,5	
Alle 6h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2,5	
Alle 4h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6,5	
Alle 4h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3,5	
Alle 2h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12,5	
Alle 2h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6,5	
B. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0,5	
An alternierenden Tagen oder seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Sauerstoff b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Sauerstoff < 15h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Sauerstoff > 15h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3	
Summe für Abschnitt B																

C) Setzen Sie einen Haken ✓ für zusätzliche Anweisungen, die im Therapieschema vorhanden sind. Addieren Sie dann die Zahl der Haken in jeder Kategorie und multiplizieren Sie diese Summe mit der zugehörigen Wertung.

Zusätzliche Anweisungen	Arzneimittel										Summe	Wertung	Wertung x Zahl der Arzneimittel	
Tablette teilen oder mörsern													1	
Tablette/ Pulver auflösen													1	
Mehrere Einheiten zur selben Zeit (z.B. 2 Tbl., 2 Hübe)													1	
Variable Dosis (z.B. 1-2 Kps., 2-3 Hübe)													1	
Anwendung/ Einnahme zu festgelegten Zeitpunkten (z.B. vor dem Schlafen, 8:00)													1	
Abhängig von Mahlzeiten (z.B. nach dem Essen, vor dem Essen, zum Essen)													1	
Einnahme mit bestimmter Flüssigkeit													1	
Einnahme nach Anweisung													2	
Dosis erhöhen/ ausschleichen													2	
Alternierende Dosis (z.B. eine morgens & zwei abends; eine/ zwei an alternierenden Tagen)													2	
Summe für Abschnitt C														

Komplexität des Medikationsregimes = Summe(A) + Summe(B) + Summe(C)

Einzelwerte eintragen (A, B, C) = _____

Gesamtergebnis Komplexität = _____

11. Vorsorgeuntersuchungen und medizinische/ therapeutische Leistungen

Gab es einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 3 Monaten?

Nein

Ja

Wie viele Tage dauerte/n der/die Krankenhausaufenthalt/e insgesamt?

_____ Tage

Gab es therapeutische (Physiotherapie, Ergotherapie, usw.) Behandlungen in den letzten 3 Monaten?

Nein

Ja

Falls Ja, welche?

12. Einschätzung der Verblindung durch den Datenerhebenden

Glauben Sie, dass der Klient in der Interventions- oder Kontrollgruppe ist?

Interventionsgruppe (Besuch der Pflegeexpertinnen)

Kontrollgruppe (Kein Besuch der Pflegeexpertinnen)

Bitte geben Sie einen Grund für ihre Einschätzung an:

Kein spezifischer Anhaltspunkt

Auskunft der/s Klienten/Klientin über die Gruppenzugehörigkeit

Auskunft der Bezugsperson über die Gruppenzugehörigkeit

Auskunft von professionellen Akteuren (wenn nicht die Bezugsperson) über die Gruppenzugehörigkeit

Auffinden von Dokumenten über die Gruppenzugehörigkeit

Andere _____

Teilnehmer für qual. Erhebung geeignet?

ja

Medikamentenübersicht (S. 16-17) per Foto ans SIMI geschickt erledigt

E-Mail: Clarissa.Kaerner@eka.alsterdorf.de

Anlage 2: Erhebungsbogen RCT (t1)

**„Projekt MGMB:
Medikamentenmanagement und
Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger
Behinderung“**

**Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich**

Interviewerbogen – Deckblatt – T1 Erhebung

Ausfülldatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Klientenpseudonym

--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Geschlecht

weiblich männlich

Kürzel Evaluator/in

--	--

1. Soziodemographische Angaben

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

- Alleine lebend
- In der Familie
- In einer ambulant versorgten Wohngruppe
- In stationärem Setting

Bekommen Sie Unterstützung im Alltag (Mehrfachantworten möglich)

- Nein
- Ja, durch Familie/ Freunde/ Nachbarn
- Ja, durch professionelle Dienste

2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D Selbstauskunft)

Bitte geben Sie an, welche Aussage am besten ihren heutigen Gesundheitszustand beschreibt.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Gruppe nicht mehr als ein Kästchen an.

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Visuelle Analogskala EQ-5D, Selbstauskunft)

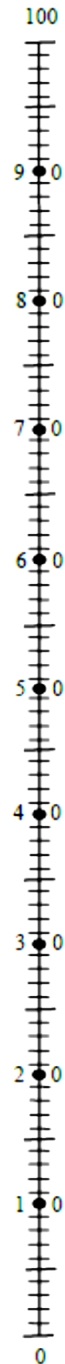
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare **Gesundheitszustand** ist mit "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand **heute** ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr heutiger
Gesundheitszustand**

--	--	--

Best denkbarer
Gesundheitszustand



Schlechtest denkbarer
Gesundheitszustand

4. Medikamentenadhärenz (MARS, Selbstauskunft)

Viele Leute nehmen ihre Medikamente so ein, wie sie am besten damit zu Recht kommen. Dies weicht vielleicht von dem ab, was der Arzt Ihnen gesagt hat oder von dem was im Beipackzettel steht. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, wie Sie selbst ihre Medikamente einnehmen. Hier finden Sie Aussagen anderer Leute zur Medikamenteneinnahme.
Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das bei Ihnen für die letzten 3 Monate am ehesten zutrifft.

Ihre eigene Art, Medikamente einzunehmen	immer	oft	manchmal	selten	nie
1. Ich vergesse sie einzunehmen					
2. Ich verändere die Dosis					
3. Ich setze sie eine Weile lang aus					
4. Ich lasse bewusst eine Dosis aus					
5. Ich nehme weniger als verordnet ein					

5. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D, Proxy)

Bitte geben Sie an, welche Aussage am besten den heutigen Gesundheitszustand der Klientin/ des Klienten beschreibt, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Gruppe nicht mehr als ein Kästchen an.

Beweglichkeit / Mobilität

- Keine Probleme herumzugehen
- Einige Probleme herumzugehen
- Ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Keine Probleme, für sich selbst zu sorgen
- Einige Probleme, sich selbst zu waschen oder sich anzuziehen
- Nicht in der Lage, sich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Keine Probleme, alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Einige Probleme, alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Nicht in der Lage, alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Keine Schmerzen oder Beschwerden
- Mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst / Niedergeschlagenheit

- Nicht ängstlich oder deprimiert
- Mäßig ängstlich oder deprimiert
- Extrem ängstlich oder deprimiert

6. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Visuelle Analogskala EQ-5D, Proxy)

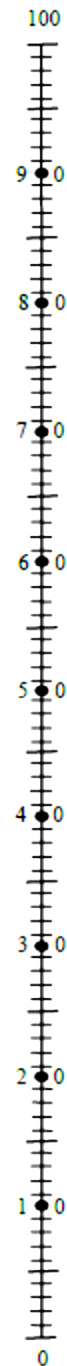
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht ein Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare **Gesundheitszustand** ist mit "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach der Gesundheitszustand der Klientin/ des Klienten **heute** ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der am besten wiedergibt, wie gut oder wie schlecht Ihr/sein heutiger Gesundheitszustand heute ist.

**Heutiger
Gesundheitszustand der
Klientin/ des Klienten**

--	--	--

Best denkbarer
Gesundheitszustand



Schlechtest denkbarer
Gesundheitszustand

7. Medikamentenadhärenz (MARS Proxy)

Viele Leute nehmen ihre Medikamente so ein, wie sie am besten damit zu Recht kommen. Dies weicht vielleicht von dem ab, was der Arzt Ihnen gesagt hat oder von dem was im Beipackzettel steht. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, wie die Klientin/der Klient ihre/seine Medikamente einnimmt. Hier finden Sie Aussagen anderer Leute zur Medikamenteneinnahme. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das bei Ihrer Klientin/ Ihrem Klienten für die letzten 3 Monate am besten zutrifft.

Art der Klientin/ des Klienten, Medikamente einzunehmen	immer	oft	manchmal	selten	nie
1. Sie/Er vergisst sie einzunehmen					
2. Sie/Er verändert die Dosis					
3. Sie/Er setzt sie eine Weile lang aus					
4. Sie/Er lässt bewusst eine Dosis aus					
5. Sie/Er nimmt weniger als verordnet ein					

© Professor Rob Horne

Das Personal hat verschiedene Strategien zur Verabreichung der Medikamente. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, welche Strategien Sie bei ihrer Klientin/ihrem Klienten anwenden, damit sie/er seine Medikamente auch nimmt. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das bei Ihrer Klientin/ Ihrem Klienten für die letzten 3 Monate am besten zutrifft.

Strategien des Personals/ der Bezugspersonen	immer	oft	manchmal	selten	nie
6. Sie/Er muss vor der Einnahme davon überzeugt werden, die Medikamente einzunehmen.					
7. Bei ihr/ ihm sind mehrere Versuche nötig, bis er/ sie eine Dosis einnimmt.					
8. Ihr/ Ihm werden Medikamente heimlich verabreicht.					
9. Ihr/ Ihm werden Medikamente unter Ausübung von Druck/ Zwang verabreicht.					

8. Allgemeine Funktionsfähigkeit (WHO-DAS 2.0 Proxy)

Dieser Fragebogen erfasst aus Gesundheitsproblemen resultierende Schwierigkeiten der Person über die Sie befragt werden in Ihrer Rolle als Freund/in, Verwandte/r oder Pflegende/r. Gesundheitsproblem beinhaltet Krankheiten oder Erkrankungen, andere Gesundheitsprobleme die lang oder kurz andauernd sein können, Verletzungen, mentale oder emotionale Probleme sowie Drogen- oder Alkoholprobleme.

Denken Sie an die letzten 30 Tage zurück und beantworten Sie nach bestem Wissen die Fragen, nach dem Ausmaß der Schwierigkeiten, die Ihr/e Freund/in, Verwandte/r oder zu Pflegende/r bei nachfolgenden Aktivitäten hatte. (Anmerkung, im Fragebogen wird der Term "Verwandte/r" sowohl für "Verwandte/r" als auch für "Freund/in" und "Pfleger/in" verwendet) Kreisen Sie bei jeder Frage bitte nur eine Antwort ein.

H4 ^a	Ich bin _____ (wählen Sie eine Option) dieser Person.	1 =	Ehemann oder Ehefrau	5 =	Anderer Verwandter
		2 =	Elternteil	6 =	Freund
		3 =	Sohn oder Tochter	7 =	Professionelle/r Pfleger/in
		4 =	Bruder oder Schwester	8 =	Sonstiges (präzisieren)

^a Fragen H1–H3 befinden sich am Ende des Fragebogens.

Wie viele Schwierigkeiten hatte die Klientin/ der Klient in den vergangenen 30 Tagen?

Verständnis und Kommunikation		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.1	Sich für <u>10 Minuten</u> auf etwas zu <u>konzentrieren</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.2	Sich daran zu erinnern <u>wichtige Dinge zu tun/ erledigen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.3	Sich mit <u>Alltagsproblemen auseinanderzusetzen</u> und sie zu <u>bewältigen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.4	<u>Neue Aufgaben zu lernen</u> (z.B. erlernen an einem neuen Ort zu gelangen, den Sie nicht kannten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.5	Beim <u>allgemeinen Verstehen dessen</u> , was Personen sagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.6	Ein <u>Gespräch zu beginnen und aufrechtzuerhalten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilität		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.1	Eine <u>längere Zeit</u> (ca. <u>30 Minuten</u>) zu <u>stehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.2	Nach dem Sitzen <u>aufzustehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.3	Sich in seinem/ihrem <u>Zuhause fortzubewegen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.4	Sein/ihr <u>Zuhause zu verlassen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.5	Eine <u>längere Strecke</u> (ca. einen <u>Kilometer</u>) <u>zu Fuss zu gehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Schwierigkeiten hatte die Klientin/ der Klient in den letzten 30 Tagen aufgrund seiner/ihrer Gesundheitsprobleme?

Selbstversorgung		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.1	Sich den <u>gesamten Körper zu waschen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.2	Sich <u>anzuziehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.3	Beim <u>Essen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.4	<u>Einige Tage alleine zu sein</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Umgang mit anderen Menschen		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.1	Beim Umgang mit Personen die <u>er/sie nicht kannte</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.2	Eine Freundschaft <u>aufrechtzuerhalten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.3	Mit <u>Personen</u> zurecht zu kommen, die ihm/ihr nahe stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.4	<u>Neue Freundschaften zu schliessen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.5	Bei <u>sexuellen Aktivitäten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tätigkeiten des alltäglichen Lebens		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.1	<u>Seinen/ihren Haushaltspflichten nachzukommen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.2	Seine/ihre <u>wichtigsten</u> Aufgaben im Haushalt <u>gut</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.3	Die <u>gesamte</u> erforderliche <u>Hausarbeit</u> , die er/sie machen musste, <u>zu erledigen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.4	Seine/ihre Hausarbeit <u>so schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn die Klientin/ der Klient arbeitet (bezahlt, unbezahlt oder selbstständig) oder zur Schule geht, beantworten Sie bitte die Fragen D5.5–D5.8. Ansonsten machen Sie bei der Frage D6.1 weiter.

Wie viele Schwierigkeiten hatte die Klientin/ der Klient in den letzten 30 Tagen?

Arbeiten/ Schule		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.5	Bei der Bewältigung seines/ihrer <u>Arbeits-/Schulalltags</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.6	Seine/ihre wichtigsten Aufgaben im Arbeits-/Schulalltag <u>gut</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.7	Die <u>gesamte Arbeit zu erledigen</u> , die er/sie erledigen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.8	Seine/ihre Arbeit so <u>schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahme am gesellschaftlichen Leben während der letzten 30 Tage		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.1	Wie viele Schwierigkeiten hatte sie/er, an <u>gesellschaftlichen Aktivitäten</u> (wie Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise <u>teilzunehmen</u> , wie jeder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.2	Wie viele Schwierigkeiten hatte sie/er aufgrund von <u>Barrieren oder Hindernissen</u> in seiner/ihrer Umwelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.3	Wie viele Schwierigkeiten hatte sie/er aufgrund der Einstellungen und Verhaltensweisen seiner/ihrer Mitmenschen <u>in Würde zu leben</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.4	Welchen <u>zeitlichen Aufwand</u> hat sie/er aufgrund seiner/ihrer Gesundheitsprobleme und deren Auswirkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.5	Wie sehr wurde sie/er durch ihren/seinen gesundheitlichen Zustand <u>emotional belastet</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.6	In welchem Maße war ihr/sein Gesundheitszustand ein <u>finanzieller Aufwand</u> für sie/ihn oder ihre/seine Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.7	In welchem Maße waren ihre/seine Gesundheitsprobleme eine Belastung für seine/ihre <u>Familie</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.8	Wie schwierig war es für sie/ihn <u>Dinge zur Erholung und zum Vergnügen eigenständig zu tun</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H1	An wie vielen Tagen traten die Schwierigkeiten während der letzten 30 Tage auf?	Anzahl der Tage <input type="text"/> <input type="text"/>
H2	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen war die Klientin/ der Klient aufgrund ihrer/seiner Gesundheitsprobleme <u>absolut unfähig</u> alltägliche Aktivitäten oder seine/ihre Arbeit zu verrichten?	Anzahl der Tage <input type="text"/> <input type="text"/>
H3	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen musste Klientin/ der Klient aufgrund ihrer/seiner Gesundheitsprobleme alltägliche Aktivitäten oder ihre/seine Arbeit <u>reduzieren</u> ?	Anzahl der Tage <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Verordnete Medikamente

Klientenpseudonym _____

Datum _____

Name des Präparats	Wirkstoff	Einzeldosis in mg	(maximale) Tagesdosis in mg	Frequenz					Appli- kations- form	Mahlzeit				Größe der Pack- ung
				Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf Häufigkeit (3 Monate)		vor	während	nach	Unabhängig	

Bei Tropfen unter „Frequenz“ angeben, ob sich die Zahl auf Tropfen (Tr) oder Milliliter (ml) bezieht.

Bedarfsmedikation bei Frequenz zusätzlich mit B notieren.

Bei konkreten Uhrzeiten: diese unter Frequenz bei der zutreffendsten Tageszeit angeben.

Verordnete Medikamente (Fortsetzung)

Klientenpseudonym _____

atum _____

Name des Präparats	Wirkstoff	Einzeldosis in mg	(maximale) Tagesdosis in mg	Frequenz					Appli- kations- form	Mahlzeit				Größe der Pack- ung
				Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf Häufigkeit (3 Monate)		vor	während	nach	Unabhängig	

Bei Tropfen unter „Frequenz“ angeben, ob sich die Zahl auf Tropfen (Tr) oder Milliliter (ml) bezieht.

Bedarfsmedikation bei Frequenz zusätzlich mit B notieren

Bei konkreten Uhrzeiten: diese unter Frequenz bei der zutreffendsten Tageszeit angeben.

10. Medication Regimen Complexity Index – D (MRCI-D)

Gesamtzahl an Arzneimitteln (inkl. Bedarfsmedikation): _____

Anweisungen:

1. Der MRCI – D ist nur für verordnete Arzneimittel anwendbar. Alle Eingaben sind ausschließlich auf Basis der Information auf der Arzneimittelverpackung oder der Patientenakte (zur Zeit der Abgabe oder Entlassung) vorzunehmen. Es dürfen keine Annahmen aufgrund der klinischen Beurteilung erfolgen.
2. Die Skala besteht aus drei Abschnitten. Vervollständigen Sie jeden Abschnitt bevor Sie zum Nächsten übergehen. Addieren Sie am Ende die Punktzahlen der drei Abschnitte, um den MRCI – D zu erhalten.
3. Wenn dasselbe Arzneimittel (gleiche Marke und gleiche Darreichungsform) mehr als einmal in unterschiedlichen Wirkstärken in einem Therapieschema enthalten ist (z.B. Phenprocoumon 5mg, 3mg und 1mg je nach Bedarf) wird es als ein einziges Arzneimittel betrachtet.
4. Falls die Dosierung optional ist, wählen Sie die Dosierungsangabe mit der geringsten Dosis/ Frequenz (z.B. erhält „Salbutamol DA 1-2 Hübe, 2-3x täglich“ Punkte für ‚Dosieraerosol‘, ‚variable Dosierung‘ und ‚2x täglich‘; nicht aber für ‚mehrere Einheiten zur selben Zeit‘).
5. In bestimmten Fällen muss die Anwendungshäufigkeit ermittelt werden (z.B. ergibt Ranitidin 1 mal morgens und 1 mal abends ‚zweimal täglich‘).
6. Es ist möglich, dass bei bestimmten Hinweisen wie „nach Anweisung einzunehmen“ ein Schema keine Punkte für die Anwendungshäufigkeit erhält (z.B. Marcumar nach INR, Prednisolon 5mg nach Anweisung, Insulin nach BZ).
7. Falls es mehr als eine Anweisung zur Einnahmehäufigkeit gibt, sollten Punkte für jede Anweisung gegeben werden (z.B. erhält ‚Salbutamol DA 2 Hübe 2x täglich und bei Bedarf‘ Punkte für ‚Dosieraerosol‘, ‚mehrere Einheiten zur selben Zeit‘, ‚zweimal täglich‘ und ‚bei Bedarf‘).
8. Wenn zwei oder mehr Arzneimittel alternativ angewandt werden, müssen sie zwei- oder mehrmals als Bedarfsmedikation mit der empfohlenen Anwendungshäufigkeit gewertet werden (z.B. erhält ‚Salbutamol Dosieraerosol oder Salbutamol Vernebler zweimal täglich‘ Punkte für ‚Dosieraerosol‘ und ‚Vernebler‘ als Applikationsform und zweimal Punkte für ‚zweimal täglich bei Bedarf‘).
9. In bestimmten Fällen, in denen die Doseinheit aus mL, Tropfen oder I.E. besteht, werden keine Punkte für ‚mehrere Einheiten zur selben Zeit‘ gegeben (z.B. Insulin 20 - 0 - 23, Tramaltropfen 20°- 20°- 20°, Lactulose 15mL 1x täglich).
10. In Fällen, in denen es keine passende Option gibt, wählen Sie die der Anweisung am nächsten kommende Option (z.B. kann ‚sechsmal täglich‘ als ‚alle 4 h‘ gewertet werden).

DA= Dosieraerosol

A) Kreisen Sie die Wertung für jede Applikationsform (JEWEILS NUR EINMAL) ein, die im Therapieschema vorhanden ist.

Applikationsform		Wertung
Oral	Kapseln / Tabletten	1
	Gurgel- / Mundspüllösungen	2
	Kaugummis / Lutschpastillen / -bonbons	2
	Flüssigkeiten	2
	Pulver, Granulate, Brausetabletten	2
	Sublingualsprays / -tabletten	2
Topisch	Cremes / Gele / Salben	2
	Verbände	3
	Pinself- / Lösungen	2
	Pasten	3
	Pflaster	2
	Sprays	1
Ohr, Auge, Nase	Ohrentropfen / -cremes / -salben	3
	Augentropfen	3
	Augengele / -salben	3
	Nasentropfen / -cremes / -salben	3
	Nasensprays	2
Inhalation	Diskus	3
	Aerolizer	3
	Dosieraerosole	4
	Vernebler	5
	Sauerstoff/-konzentrator	3
	Turbohaler	3
	Andere Pulverinhalatoren	3
Andere	Dialysate	5
	Klistiere	2
	Injektionen: Fertigspritzen	3
	Ampullen/ Vials	4
	Pessare	3
	Patienten-kontrollierte Analgesie	2
	Suppositorien	2
	Vaginalcremes	2
Summe für Abschnitt A		

B) Setzen Sie für jedes im Therapieschema enthaltene Arzneimittel einen Haken ✓ in das Kästchen für die dazugehörige Anwendungshäufigkeit. Addieren Sie dann die Zahl der Haken in jeder Kategorie und multiplizieren Sie diese Summe mit der dazugehörigen Wertung. Falls es keine exakt passende Option gibt, wählen Sie die am besten Passende.

Anwendungshäufigkeit	Arzneimittel												Summe	Wertung	Wertung x Zahl der Arzneimittel	
Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Einmal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0,5	
Zweimal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Zweimal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Dreimal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3	
Dreimal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1,5	
Viermal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	
Viermal täglich b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Alle 12h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2,5	
Alle 12h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1,5	
Alle 8h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3,5	
Alle 8h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Alle 6h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4,5	
Alle 6h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2,5	
Alle 4h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6,5	
Alle 4h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3,5	
Alle 2h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12,5	
Alle 2h b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6,5	
B. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0,5	
An alternierenden Tagen oder seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Sauerstoff b. Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Sauerstoff < 15h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Sauerstoff > 15h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3	
Summe für Abschnitt B																

C) Setzen Sie einen Haken ✓ für zusätzliche Anweisungen, die im Therapieschema vorhanden sind. Addieren Sie dann die Zahl der Haken in jeder Kategorie und multiplizieren Sie diese Summe mit der zugehörigen Wertung.

Zusätzliche Anweisungen	Arzneimittel								Summe	Wertung	Wertung x Zahl der Arzneimittel
Tablette teilen oder mörsern										1	
Tablette/ Pulver auflösen										1	
Mehrere Einheiten zur selben Zeit (z.B. 2 Tbl., 2 Hübe)										1	
Variable Dosis (z.B. 1-2 Kps., 2-3 Hübe)										1	
Anwendung/ Einnahme zu festgelegten Zeitpunkten (z.B. vor dem Schlafen, 8:00)										1	
Abhängig von Mahlzeiten (z.B. nach dem Essen, vor dem Essen, zum Essen)										1	
Einnahme mit bestimmter Flüssigkeit										1	
Einnahme nach Anweisung										2	
Dosis erhöhen/ ausschleichen										2	
Alternierende Dosis (z.B. eine morgens & zwei abends; eine/ zwei an alternierenden Tagen)										2	
Summe für Abschnitt C											

Komplexität des Medikationsregimes = Summe(A) + Summe(B) + Summe(C)

Einzelwerte eintragen (A, B, C) = _____

Gesamtergebnis Komplexität = _____

11. Vorsorgeuntersuchungen und medizinische/ therapeutische Leistungen

Wurde eine Vorsorgeuntersuchung in den letzten 3 Monaten Anspruch genommen?

Nein

Ja

Zahnvorsorge (ab 18, halbjährlich)

Gebärmutterhalskrebs (nur Frauen, ab 20, jährlich)

Chlamydien (nur Frauen, bis 24, jährlich)

Brustkrebs (nur Frauen, ab 30, jährlich; 50-69, 2-jährig Mammographie-Screening)

Gesundheits- Check- Up (ab 35, 2-jährig)

Hautkrebs (ab 35, 2-jährig)

Prostatakrebs (nur Männer, ab 45, jährlich)

Darmkrebs (50-54, jährlich; ab 55, 2-jährig oder 2 Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren)

Bauchaorta (nur Männer, ab 65, einmalig)

Gab es einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 3 Monaten?

Nein

Ja

Wie viele Tage dauerte/n der/die Krankenhausaufenthalt/e insgesamt?

_____ Tage

Gab es therapeutische (Physiotherapie, Ergotherapie, usw.) Behandlungen in den letzten 3 Monaten?

Nein

Ja

Falls Ja, welche?

12. Einschätzung der Verblindung durch den Datenerhebenden

Glauben Sie, dass der Klient in der Interventions- oder Kontrollgruppe ist?

Interventionsgruppe (Besuch der Pflegeexpertinnen)

Kontrollgruppe (Kein Besuch der Pflegeexpertinnen)

Bitte geben Sie einen Grund für ihre Einschätzung an:

Kein spezifischer Anhaltspunkt

Auskunft der/s Klienten/Klientin über die Gruppenzugehörigkeit

Auskunft der Bezugsperson über die Gruppenzugehörigkeit

Auskunft von professionellen Akteuren (wenn nicht die Bezugsperson) über die Gruppenzugehörigkeit

Auffinden von Dokumenten über die Gruppenzugehörigkeit

Andere _____

Teilnehmer für qual. Erhebung geeignet?

ja

Medikamentenübersicht (S. 16-17) per Foto ans SIMI geschickt erledigt

E-Mail: Clarissa.Kaerner@eka.alsterdorf.de

Anlage 3: Erhebungsbogen Querschnittsbefragung

**„Projekt MGMB:
Medikamentenmanagement und
Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger
Behinderung“**

**Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich**

Interviewerbogen – Deckblatt – T2 Erhebung

Ausfülldatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Klientenpseudonym

--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Geschlecht

weiblich männlich

Kürzel Evaluator/in

--	--

Fragen an den/die Proband*in

1. Die Befragung der Probandin/ des Probanden war aufgrund mangelnder Kommunikationsfähigkeit nicht möglich
 trifft zu

Wenn im Folgenden von den "Pflegeexpertin" die Rede ist, dann meinen wir die Kolleg*innen aus Hamburg, die mit Ihrem Klienten gearbeitet haben. Unsere Mitarbeiter*innen aus Bielefeld sind hier nicht gemeint.

Interviewer: Rückversichern, ob verstanden wurde, dass Besuche aus Bielefeld NICHT gemeint sind. Ggf. zur Abgrenzung Namen nennen und/ oder Fotos zeigen. Falls der Pflegeexperte männlich war, bei den folgenden Fragen jeweils die männliche Form verwenden.

Interviewer: Die Antwortoption „kann ich nicht beantworten, wird nie angeboten, sondern nur dann gewählt, wenn dies vom der/ dem Befragten selbst geäußert wird.

2. Wie oft war die Pflegeexpertin bei Ihnen (zu Hause oder in der Werkstatt)?

1 2 3 4 5 6 mehr
als 6

Interviewer: Bei den folgenden Fragen das Blatt mit „Daumen hoch“, „Daumen runter“, „Daumen waagrecht“ als Hilfestellung für die Antwortkategorien verwenden.

3. Wussten Sie wann die Pflegeexpertin zu ihnen kommt?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

4. Wussten Sie, wie Sie die Pflegeexpertin telefonisch erreichen können?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

5. Die Pflegeexpertin hat mich ernst genommen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

6. Die Pflegeexpertin hat mich nach meiner Meinung gefragt.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

7. Die Pflegeexpertin hat meine Meinung berücksichtigt.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

8. Die Pflegeexpertin hat mich zwischen mehreren Möglichkeiten auswählen lassen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

9. Die Pflegeexpertin darf gern wiederkommen

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

10. Ich konnte verstehen, was die Pflegeexpertin mir erzählt hat.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

11. Es war schwierig, der Pflegeexpertin zu erklären, was ich von ihr wollte.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

12. Ich verstehe wozu meine Medizin gut ist.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

13. Ich verstehe, was passiert, wenn ich meine Medizin nicht nehme.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

14. Ich habe schon einmal von Vorsorgeuntersuchungen gehört.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

15. Ich verstehe, wozu Vorsorgeuntersuchungen wichtig sind.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nein	Ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

16. Es fällt mir jetzt leichter mit dem Arzt zu sprechen als vor dem Besuch der Pflegeexpertin.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nein	Ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

17. Sind Sie mit der Pflegeexpertin zufrieden?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nein	Ja	Teils-teils	Kann ich nicht beantworten

18. Was hätten Sie sich zusätzlich von der Pflegeexpertin gewünscht?

Fragen an die Bezugsperson

1. In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Probanden/ der Probandin?
(Mehrfachnennungen möglich)

- gesetzliche*r Betreuer*in bzw Vorsorgebevollmächtigte*r
 Familienangehörige*r
 Mitarbeiter*in der Eingliederungshilfe

sonstige: _____

Wenn im Folgenden von den "Pflegeexpertin" die Rede ist, dann meinen wir die Kolleg*innen aus Hamburg, die mit Ihrem Klienten gearbeitet haben. Unsere Mitarbeiter*innen aus Bielefeld sind hier nicht gemeint.

Interviewer: Rückversichern, ob verstanden wurde, dass Besuche aus Bielefeld NICHT gemeint sind. Ggf. zur Abgrenzung Namen nennen und/ oder Fotos zeigen. Falls der Pflegeexperte männlich war, bei den folgenden Fragen jeweils die männliche Form verwenden.

Interviewer: Die Antwortoption „kann ich nicht beantworten, wird nie angeboten, sondern nur dann gewählt, wenn dies vom der/ dem Befragten selbst geäußert wird. „Trifft nicht zu“ ist dann anzukreuzen, wenn der entsprechende Inhalt der Frage bei dem Klienten nicht möglichst, z.B. wenn eben keine Adhärenzförderung möglich ist.

A) Art und Häufigkeit der Kontakte mit der Pflegeexpertin

2. Wie viele persönliche Kontakte (Besuche) gab es mit der Pflegeexpertin?

1 2 3 4 5 6 mehr
als 6

3. Bei wie vielen davon waren Sie mit anwesend?

Bei keinem 1 2 3 4 5 6 mehr
als 6

4. Wie viele weitere Kontakte (Telefon, Email etc.) gab es mit der Pflegeexpertin?

1 2 3 4 5 6 mehr
als 6

5. Bei wie vielen davon waren Sie mit anwesend?

Bei keinem
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 mehr als 6

B) Kommunikation mit der Pflegeexpertin

6. Wussten Sie, wie Sie die Pflegeexpertin telefonisch erreichen können?

nein
 ja

7. War Ihnen klar, worin die Arbeit der Pflegeexpertin bestand?

Nein, überhaupt nicht
 Eher nein
 Eher ja
 Ja, voll und ganz

8. Wurden Sie über die Arbeitsschritte der Pflegeexpertin informiert?

Nie
 Selten
 Teils- teils
 Ja, überwiegend
 Ja, immer
 Kann ich nicht beantworten

9. Wie bewerten Sie die Komplexität der Sprache der Pflegeexpertin im Kontakt mit Ihrer/ Ihrem Klient*in?

Zu komplex
 Angemessen
 Zu einfach
 Kann ich nicht beantworten
 Trifft nicht zu

10. Mussten Sie die Pflegeexpertin bei der Kommunikation mit Ihrer/ Ihrem Klient*in unterstützen?

nein
 ja
 Kann ich nicht beantworten
 Trifft nicht zu

11. Wie bewerten Sie die Kommunikation insgesamt zwischen der Pflegeexpertin und Ihrer/ Ihrem Klient*in?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Kann ich nicht beantworten	Trifft nicht zu	

12. Wie bewerten Sie die Kommunikation insgesamt zwischen der Pflegeexpertin und Ihnen?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	ungenügend	Kann ich nicht beantworten	

C) Prozess: Arztkontakte

13. Hat die Pflegeexpertin zu einer Veränderung der Medikation geraten?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Kann ich nicht beantworten

14. Falls ja: Wurde die Mediaktion daraufhin verändert?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Kann ich nicht beantworten

15. Falls die Medikation trotz Anratens nicht verändert wurde: warum nicht?

16. Hatte die Pflegexperten selbst Kontakt mit einem oder mehreren Ärzten, die die Medikation verordnet haben?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	ja	Kann ich nicht beantworten

17. **Falls ja (Frage 16):** War die/der Klient*in bei diesen Arztkontakten involviert?

nein ja | Kann ich nicht
beantworten

18. Hatten Sie auf Anregung der Pflegeexpertin Kontakt mit einem oder mehreren Ärzten, ohne dass die Pflegeexpertin dabei war?

nein ja

19. **Falls ja (Frage 18):** Wie gut fühlten Sie sich dabei durch die Pflegeexpertin vorbereitet?

Sehr gut Gut Befriedigend Ausreichend Mangelhaft Ungenügend

20. **Falls ja (Frage 18):** Haben Sie die Informationen, die sich aus dem/den Kontakt*en mit dem Arzt/ den Ärzten an die Pflegeexpertin weitergegeben?

nein ja

D) Prozess: Interventionen zu Steigerung der Gesundheitskompetenz

21. Hat die Pflegeexpertin mit Ihrer/ Ihrem Klient*in daran gearbeitet, die Notwendigkeit der verordneten Medikation zu verstehen?

nein ja | Kann ich nicht beantworten | Trifft nicht zu

22. Hat die Pflegeexpertin mit Ihnen daran gearbeitet, die Notwendigkeit der verordneten Medikation zu verstehen?

nein ja

23. Hat die Pflegeexpertin mit Ihrer/ Ihrem Klient*in daran gearbeitet, die bestehenden Krankheitsbilder zu verstehen?

nein ja | Kann ich nicht beantworten | Trifft nicht zu

24. Hat die Pflegeexpertin mit Ihnen daran gearbeitet, die bestehenden Krankheitsbilder zu verstehen?

nein ja

25. Hat die Pflegeexpertin mit Ihrer/ Ihrem Klient*in daran gearbeitet, den Sinn und Zweck von Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen?

nein ja | Kann ich nicht beantworten | Trifft nicht zu

26. Hat die Pflegeexpertin mit Ihnen daran gearbeitet, den Sinn und Zweck von Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen?

nein ja | Kann ich nicht beantworten

E) Veränderungen

27. In wieweit hat sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten verändert?

Stark verbessert Leicht verbessert Unverändert Leicht verschlechtert Stark verändert

28. Wie hat sich Ihrer Sicht nach die medikamentöse Versorgung verändert im Gegensatz zur Ausgangssituation vor 3 Monaten?

Stark verbessert Leicht verbessert Unverändert Leicht verschlechtert Stark verändert

29. Wie haben sich die Kompetenzen Ihrer/ Ihres Klient*in hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge/ Vorsorgeuntersuchungen verändert?

Stark verbessert Leicht verbessert Unverändert Leicht verschlechtert Stark verändert Trifft nicht zu

30. Wie haben sich die Kompetenzen Ihrer/ Ihres Klient*in hinsichtlich der Medikation verändert?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stark
verbessert | Leicht
verbessert | Unverändert | Leicht
verschlechtert | Stark
verändert | Trifft nicht zu |

31. Hat sich das Kommunikationsverhalten der/des Klient*in bezogen auf gesundheitliche Fragen verändert?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stark
verbessert | Leicht
verbessert | Unverändert | Leicht
verschlechtert | Stark
verändert | Trifft nicht zu |

32. Hat der Besuch der Pflegeexpertin auch Impulse für ihre eigene Praxis gebracht`?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| nein | ja |

33. Falls ja (Frage 32): Welche?

F) Bewertung der Intervention

34. Wie bewerten Sie den Zeitraum zwischen dem ersten und dem zweiten Besuch der Pflegeexpertin?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zu lang | Genau
richtig | Zu kurz |

35. Wie zufrieden sind Sie mit der neuen Versorgungsform?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sehr
zufrieden | Eher
zufrieden | Eher
unzufrieden | Sehr
unzufrieden |

36. Was war für Sie der größte positive Faktor der Intervention durch die Pflegeexpertin?

Interviewer: nur Stichpunkte/ Schlagworte notieren, aber KEINE Interpretation/ Kategorisierung/ Abstrahierung. Wortwahl so notieren, wie sie geäußert wurde.

37. Welche Probleme haben Sie bei der Umsetzung der Intervention durch die Pflegeexpertin wahrgenommen?

Interviewer: nur Stichpunkte/ Schlagworte notieren, aber KEINE Interpretation/ Kategorisierung/ Abstrahierung. Wortwahl so notieren, wie sie geäußert wurde.

Anlage 4: Interviewleitfaden Ärzt*innen

Leitfaden

Ärztinnen und Ärzte

Soziodemografische Daten/Angaben zur Person: Alter, Geschlecht, fachärztliche Disziplin, Berufserfahrung, Anzahl der Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung

Einschätzung zum Grad der Wirksamkeit der Intervention/Maßnahmen auf die ärztliche Tätigkeit:

1. Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht die Begleitung und Beratung Ihrer Patientinnen und Patienten durch die ANPs?
2. Welche Ergebnisse wurden Ihnen aus der Fallberatung durch die ANPs übermittelt und welche haben dann zu einer Fallbesprechung geführt?
3. Welche Informationen haben Sie erreicht und wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht den Handlungsbedarf?
4. Welche Behandlungsveränderungen waren auf der Grundlage der übermittelten Ergebnisse indiziert?
5. Wie wurde Ihr Kenntnisstand durch die übermittelten Daten erweitert?
6. Welche für Sie wichtigen und neuen Informationen konnten durch die ANPs gewonnen werden?
7. Welche Informationen waren Ihnen zuvor nicht oder nur kaum zugänglich?
8. Welche neuen Zugänge haben die ANPs für Ihre therapeutischen Maßnahmen erschließen können?

Veränderungen im Verhalten der Patientinnen und Patienten/Verbesserung des Wissens über den persönlichen Gesundheitszustand:

9. Welche Veränderungen konnten Sie im Verlauf der Maßnahme bei Ihren Patientinnen und Patienten ausmachen und welche nach Abschluss der Maßnahme?
10. Wie hat sich die Therapietreue Ihrer Patientinnen und Patienten mit geistiger Verhinderung verändert (Medikamentenadhärenz)?
11. Welche Veränderungen bei Ihren Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung bezogen auf die Kommunikation und das Wissen über die Erkrankung konnten/können Sie feststellen?
12. Wie haben sich die Motivation und die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung verändert, sich mit ihren Erkrankungen auseinanderzusetzen?
13. Wie hat sich das Wissen über die den Sinn und die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen verändert und hat sich die Bereitschaft, diesen zuzustimmen erhöht?

Einschätzung der Intervention aus der Perspektive der behandelnden niedergelassen Ärztinnen und Ärzte:

14. Wie schätzen Sie die Intervention/Maßnahme im Hinblick auf eine zukünftige Implementierung in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ein?
15. Welche Optimierungspotenziale sehen Sie für eine Weiterentwicklung?
16. Welche Chancen und Herausforderungen sehen Sie für die Aufnahme einer solchen Versorgungsform in das Leistungsrecht?

Anlage 5: Interviewleitfaden Bezugspersonen

Leitfaden

Bezugspersonen

Soziodemografische Daten: Alter, Geschlecht, beruflicher Hintergrund, Dauer der gesetzlichen Betreuungsaufgaben, Anzahl der Klientinnen und Klienten

Zeitstrahl zeichnen lassen. Wahrgenommener Ablauf mit einbezogenen wahrgenommenen Konsequenzen/ Veränderungen.

Übernommene Aufgaben im Rahmen der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung:

1. Wie stellte sich Ihnen die gesundheitliche Versorgung der betreuenden Person in der Vergangenheit vor Beginn der Intervention/der Maßnahme dar?
2. Welche Widerstände/Schwierigkeiten bestanden vor der Intervention hinsichtlich der Therapietreue/Medikamentennadhärenz?
3. Inwieweit waren Sie über den genauen Gesundheitszustand informiert? Wer hat Sie darüber unterrichtet?
4. Wer hat Untersuchungen veranlasst? Sie selbst oder andere Personen aus dem professionellen Umfeld der betreuenden Person?
5. Wer hat Ihnen die Informationen und die Ergebnisse von Untersuchungen übermittelt?
6. Wer waren Ihre Ansprechpartner in diesen gesundheitlichen Fragen?
7. Welchen dritten Personen oder Einrichtungen gegenüber müssen Sie als Fachkraft über den Gesundheitszustand (Medikamente, Therapie, etc.) berichten? (*Gerichte wegen offizieller Betreuung*)

Einschätzung des Konzeptes/der Maßnahme

8. Welche Veränderungen stellen Sie heute nach Abschluss der Intervention/Maßnahme fest?
9. Was hat sich für Sie verändert?
10. Wie schätzen Sie diese Veränderungen für sich persönlich ein?
11. Wie schätzen Sie aus Ihrer Sicht die Rolle der ANPs ein?
12. Wie haben Sie die ANPs kennengelernt?
13. War die Kontaktaufnahme aus Ihrer Sicht ausreichend?
14. Konnten Sie an den aufsuchenden Hausbesuchen teilnehmen und haben Sie den Prozess begleiten können?

15. Wie bewerten Sie die Informationsübermittlung über die Intervention/die Maßnahme?
16. Wie bewerten Sie die Informationen in Leichter Sprache?
17. Wie hilfreich waren diese in der Phase der gemeinsamen Entscheidungsfindung zur Teilnahme? Für Sie persönlich und aus Ihrer Sicht für die betreuende Person?
18. Welche personenspezifischen Merkmale der ANPs beeinflussen in besonderer Weise das Beratungsgespräch? (Alter, Geschlecht, Verhalten etc.)

Veränderungen im Verhalten der betreuenden Person mit geistiger Behinderung:

19. Wie schätzen Sie den Kenntnisstand der betreuenden Person über den persönlichen Gesundheitszustand heute nach Abschluss der Intervention ein?
20. Wie haben sich die Motivation und die Fähigkeit bei der betreuenden Person, die eigene Krankheit und gesundheitliche Zusammenhänge zu erkennen, verändert?
21. Wie hat sich das Kommunikationsverhalten der betreuenden Person bezogen auf gesundheitliche Fragen verändert?
22. Welche Themen werden von der betreuenden Person von sich aus angesprochen?
23. Wie würden Sie diese gesundheitsbezogenen Gespräche beurteilen (Offenheit, Regelmäßigkeit etc.)?
24. Welche Veränderungen bei der betreuenden Person bezogen auf die Kommunikation und das Wissen über die Erkrankung konnten/können Sie feststellen?

Perspektive für das Konzept/Einschätzung der Maßnahmen für die Zukunft:

25. Wie schätzen Sie die Intervention/die Maßnahme im Hinblick auf eine zukünftige Implementierung in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ein?
26. Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie für eine Weiterentwicklung?
27. Welche Chancen und Herausforderungen sehen Sie für die Aufnahme einer solchen Versorgungsform in das Leistungsrecht?
28. Was würden Sie anders machen?

Anlage 6: Interviewleitfaden gesetzlich Betreuende

Leitfaden

Gesetzlich Betreuende

Soziodemografische Daten: Alter, Geschlecht, beruflicher Hintergrund, Dauer der gesetzlichen Betreuungsaufgaben, Anzahl der Klientinnen und Klienten

Aufgaben im Rahmen der gesetzlichen Betreuung/gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung:

1. Wie stellte sich Ihnen die gesundheitliche Versorgung Ihrer Klientin/Ihres Klienten in der Vergangenheit vor Beginn der Intervention/der Maßnahme dar?
2. Inwieweit waren Sie über den genauen Gesundheitszustand informiert? Wer hat Sie darüber unterrichtet?
3. Wer hat Untersuchungen veranlasst? Sie selbst oder andere Personen aus dem professionellen Umfeld Ihrer Klientin/Ihres Klienten?
4. Wer hat Ihnen die Informationen und die Ergebnisse von Untersuchungen übermittelt?
5. Wer waren Ihre Ansprechpartner in diesen gesundheitlichen Fragen?
6. Wurden Sie je über Widerstände/Schwierigkeiten hinsichtlich der Therapietreue/Medikamentennadhärenz informiert?
7. Welchen dritten Personen oder Einrichtungen gegenüber müssen Sie als gesetzliche Betreuung über den Gesundheitszustand (Medikamente, Therapie, etc.) berichten? (*Gerichte wegen offizieller Betreuung*)

Einschätzung des Konzeptes/der Maßnahme

8. Welche Veränderungen stellen Sie heute nach Abschluss der Intervention/Maßnahme fest?
9. Was hat sich für Sie und Ihren gesetzlichen Betreuungsauftrag verändert?
10. Wie schätzen Sie diese Veränderungen für sich persönlich und Ihren Betreuungsauftrag ein?
11. Wie schätzen Sie aus Ihrer Sicht die Rolle der ANPs ein?
12. Wie haben Sie die ANPs kennengelernt?
13. War die Kontaktaufnahme aus Ihrer Sicht ausreichend?
14. Konnten Sie an den aufsuchenden Hausbesuchen teilnehmen und haben Sie den Prozess begleiten können?

15. Wie bewerten Sie die Informationsübermittlung über die Intervention/die Maßnahme?
16. Wie bewerten Sie die Informationen in Leichter Sprache?
17. Wie hilfreich waren diese in der Phase der gemeinsamen Entscheidungsfindung zur Teilnahme? Für Sie persönlich und aus Ihrer Sicht für Ihre Klientin/Ihren Klienten?
18. Welche personenspezifischen Merkmale der ANPs beeinflussen in besonderer Weise das Beratungsgespräch? (Alter, Geschlecht, Verhalten etc.)

Veränderungen im Verhalten der Klientin/des Klienten mit geistiger Behinderung:

19. Wie schätzen Sie den Kenntnisstand Ihrer Klientin/Ihres Klienten über den persönlichen Gesundheitszustand heute nach Abschluss der Maßnahme ein?
20. Wie haben sich die Motivation und die Fähigkeit bei Ihrer Klientin/Ihrem Klienten, die eigene Krankheit und gesundheitliche Zusammenhänge zu erkennen, verändert?
21. Wie hat sich das Kommunikationsverhalten Ihrer Klientin/Ihres Klienten bezogen auf gesundheitliche Fragen verändert?
22. Welche Themen werden von Ihrer Klientin/Ihrem Klienten von sich aus angesprochen?
23. Wie würden Sie diese gesundheitsbezogenen Gespräche beurteilen (Offenheit, Regelmäßigkeit etc.)?

Perspektive für das Konzept/Einschätzung der Maßnahmen für die Zukunft:

24. Wie schätzen Sie die Intervention/die Maßnahme im Hinblick auf eine zukünftige Implementierung in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ein?
25. Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie für eine Weiterentwicklung?
26. Welche Chancen und Herausforderungen sehen Sie für die Aufnahme einer solchen Versorgungsform in das Leistungsrecht?
27. Was würden Sie anders machen?

Anlage 7: Interviewleitfaden Menschen mit geistiger Behinderung

Leitfaden

Menschen mit geistiger Behinderung

Soziodemografische Daten/Angaben zur Person: Alter, Geschlecht, berufliche Tätigkeit, Familienstand, Behinderung/Erkrankungen

Verständnis der Intervention:

1. Wie haben Sie die Informationen und den Grund des Besuchs der ANPs verstanden?
2. Was haben Sie besonders in Erinnerung?

Kenntnisstand über den aktuellen Medikationsplan/Adhärenz:

3. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Wann nehmen Sie die Medikamente? Wer gibt Ihnen die Medikamente?
4. Warum nehmen Sie diese Medikamente?
5. Welche Unterschiede gibt es heute in Ihrer Medikation?
6. Was haben Sie vor dem Besuch der ANPs eingenommen und was nehmen Sie heute?
7. Was hat sich verändert?
8. Wurden Wechselwirkungen festgestellt, welche waren das und haben Sie diese verstanden?
9. Worauf müssen Sie bei der Einnahme Ihrer Medikamente besonders achten? Was ist wichtig für Sie?
10. Haben Sie Probleme durch die Medikation (Einnahme)?
11. Worauf achten Sie heute besonders, wenn Sie Ihre Medikamente einnehmen?
12. Was geht jetzt besser, wenn Sie Ihre Medikamente einnehmen?

Vorsorgeuntersuchungen:

13. Welche gesundheitlichen Besonderheiten gibt es bei Ihnen?
14. Gibt es erforderliche Vorsorgeuntersuchungen?
15. Warum sind diese Vorsorgeuntersuchungen für Sie persönlich wichtig?
16. Welche Vorsorgeuntersuchungen kennen Sie? Welche haben Sie durch die ANPs kennengelernt?
17. Warum sollten Sie diese Vorsorgeuntersuchungen machen lassen?
18. Welche Vorsorgeuntersuchungen sind erfolgt und welche sollen erfolgen?
19. Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie an diese Vorsorgeuntersuchungen denken?

Bewertung der Intervention/der Hausbesuche:

20. Wie haben Sie den Besuch der ANPs empfunden? Wie war die Organisation für Sie?
21. Wie haben Sie die Kontaktaufnahme empfunden?
22. Wie haben Sie die ANPs kennengelernt? War es genug Zeit?
23. Welche Personen waren bei dem Gespräch zugegen? Warum war das hilfreich?
24. Wie gut haben Sie den Gesprächsablauf verstehen können?
25. Wie würden Sie die Kommunikation mit der ANP beschreiben?
26. Welche Verständnisprobleme sind bei Ihnen aufgetreten?
27. Welche personenspezifischen Merkmale der ANPs beeinflussen in besonderer Weise das Beratungsgespräch? (Alter, Geschlecht, Verhalten etc.)

28. Was hat sich durch den Besuch der ANP für Sie verändert?
29. Wie haben Sie gemeinsam mit der ANP diese Veränderungen erarbeitet und eingeleitet?

Wünsche für die Zukunft:

30. Wie hat Ihnen die Maßnahme gefallen?
31. Was haben Sie für sich für Erkenntnisse daraus gewonnen?
32. Was hätten Sie gern noch erfahren?
33. Was könnte noch verbessert werden? Welche Vorschläge haben Sie?
34. Was wünschen Sie sich für die Zukunft, wenn Sie an Ihre Medikamente und an die Vorsorgeuntersuchungen denken?

Anlage 8: Interviewleitfaden Pflegeexpert*innen

Leitfaden Pflegeexperten*innen

Soziodemografische Daten/Angaben zur Person: Ausbildung, Berufserfahrung in der Pflege und mit Menschen mit geistiger Behinderung

Schulung und Vorbereitung

Einstieg: Wie haben Sie Ihre vorbereitende Schulung wahrgenommen?

1. Welche Kompetenzen haben Sie durch die Schulung erhalten bzw. welche Kompetenzen wurden gefördert?
2. Welche Inhalte der Schulung haben Sie besonders angesprochen?
3. Welche Inhalte waren für Sie im Verlauf der Intervention bedeutsam?
4. Welche Inhalte hätten Sie gern vertieft?
5. In welchen Bereichen sehen Sie einen weiteren Bedarf?
6. Haben Sie sich nach den Schulungen bereit gefühlt die Intervention wie geplant durchzuführen?

Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit der Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung:

Einstieg: Wie haben sie die Begegnungen mit MmgB wahrgenommen?

7. Wie haben Sie eine Beziehung zu den Menschen mit geistiger Behinderung aufgebaut?
 - a. Welche Strategien haben sich als hilfreich/ nicht zielführend erwiesen?
8. Wie hat sich die Kommunikation gestaltet?
 - b. Welche Schwierigkeiten bei der Kommunikation sind aufgetreten und wie konnten Sie diesen begegnen?
 - i. Welche Strategien haben sich als hilfreich/ nicht zielführend erwiesen?
 - ii. Welche Rolle haben Hilfsmittel bei der Kommunikation mit stark kommunikativ eingeschränkten Personen gespielt?
 1. Anhand welcher Kriterien haben Sie die Hilfsmittel ausgewählt?
 2. Welche Hilfsmittel haben hilfreich/ nicht zielführend erwiesen?
9. Wie wurden Sie im persönlichen Umfeld aufgenommen?
 - c. Seitens der professionellen Akteure?
 - d. Seitens der Angehörigen?
10. Wie wurde Ihre Rolle als ANP von den Menschen mit geistiger Behinderung wahrgenommen?

11. Welche personenspezifischen Merkmale der ANPs beeinflussen in besonderer Weise das Beratungsgespräch? (Alter, Geschlecht, Verhalten etc.)
12. Welche weiteren Personen (Profis/Angehörige) waren bei den Gesprächen zugegen und wie haben Sie diese Anwesenheit empfunden?

Interventionsbeschreibung

Einstieg: Welche Maßnahmen haben Sie im Rahmen der Erst- und Folgebesuche durchgeführt?

13. Welche Maßnahmen, die nicht zur Intervention gehörten, haben sie durchgeführt, um den Fall zu behandeln?
14. Woran haben Sie konkret gearbeitet, wenn bei den TeilnehmerInnen keine Adhärenzsteigerung (z.B. aufgrund zu stark eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeit) möglich war?
15. An welchen Themen wollten die Menschen (Professionelle Akteure/ Angehörige) mit Ihnen arbeiten, die im Rahmen der Intervention aber nicht möglich waren.

Fallkonferenz/Zusammenarbeit mit der Expertenrunde:

Einstieg: Haben Sie an einer Fallkonferenz innerhalb des SIMIs teilgenommen? Falls ja-> An wie vielen?

Beschreiben Sie doch einmal eine/diese Fallkonferenz beginnend bei Ihrer Veranlassung die Konferenz zu initiieren. Wie hat sich das dargestellt?

16. Welche Kriterien haben Sie veranlasst, eine Fallberatung zu initiieren?
17. Wie haben Sie die interdisziplinären Fallberatungen empfunden?
18. Welche Berufsgruppen haben Sie neben Medizinern und Pharmazeuten noch hinzugezogen?
19. Wie wurden aus Ihrer Sicht Ihre Einschätzungen aufgenommen?
20. Welche Empfehlungen der Expertenrunde stimmten mit Ihren Einschätzungen überein und welche standen diesen entgegen?
21. Wie hat sich die Kommunikation zwischen den Teilnehmern gestaltet?
22. Wie zeitnah konnten Sie für sich und einzelne Fälle eine Fallberatung organisieren?
23. Welche organisatorischen Besonderheiten sind hierbei aufgetreten?

Fallbesprechung/Übermittlung der Ergebnisse an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte:

Einstieg: Hatten Sie Kontakt mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten? Hatten Sie hierbei auch eine Fallbesprechung? Falls ja-> Wie häufig?

Beschreiben Sie doch einmal wie diese Fallbesprechung abgelaufen ist, beginnend bei der Anbahnung.

24. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten?
25. Wie wurden von diesen die Intervention und Ihre Rolle als ANP wahrgenommen?
26. Welche Resonanz haben Sie erfahren?

27. Welche organisatorischen Schwierigkeiten sind aufgetreten?

28. Wie würden Sie die Kommunikation beschreiben?

Perspektive für das Konzept/die einzelnen Maßnahmen:

29. Was waren Ihre persönlichen Ziele für die Versorgung in dem Projekt?

30. Welche eigenen Ziele konnten Sie erreichen/nicht erreichen?

31. Bei welchen Teilschritten der Intervention sehen Sie einen Bedarf an Veränderung oder Verbesserung?

32. Was sehen Sie als größte Herausforderungen bezogen auf die Intervention?

33. Wie beurteilen Sie Ihre Tätigkeit im Forschungsprojekt bezogen auf eine mögliche zukünftige Implementierung in der gesundheitlichen Versorgung?

34. Wenn Sie an Ihre Aufgaben bezogen auf die Intervention denken, was würden Sie heute anders machen?

35. Was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?

Kenntnisstand über den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung von den einzelnen Stakeholdern (MmGB, Fachkräfte, gesetzl. Betreuer, Ärzte)

36. Welchen Kenntnisstand über die Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung haben Sie bei den einzelnen Stakeholdern vorgefunden (Medikation, therapeutische Maßnahmen, Vorsorge, etc.)?

37. Wie stellte sich der Kenntnisstand nach der Intervention dar? Was haben Sie diesbezüglich durch die Intervention akut erreichen können?

Anlage 9: Schulungskonzept Pflegeexpert*innen

Stundenzahl	frabcode	grau hinterlegt sind bestätigte und damit fixe Termine				
	Schulungstag	Raum				
	6.5.18					
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,50	13.00-14.30	Interventionsvorstellung	AMB			
1,50	14.45-16.15	partizipative Cur-entwicklung	KB, AMB			
	Schulungstag	Raum	nicht gebucht			
	Dienstag 5.6.	HAW				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,50	9.00 - 10.30	Adhärenz	Schüller	Was ist darunter genau zu verstehen und wovon liegen die grundlegenden Verhaltensweisen von Menschen mit medikamentöser Therapie begründet. Durch den neuen Zuschnitt des professionellen Aktivität ergeben sich viele Brüche und Unsicherheiten. Darum ist eine Rollendefinition und -bewusstheit wichtig und soll hier stattfinden.		
1,50	10.30 - 12.00	Rolle als Pflegeexpertin im Kanon der professionellen und privaten Akteure des Versorgungsnetzes	Boettcher			
1,50	13.00-14.30					
	Schulungstag	Raum				
	7.6.	HAW				
1,50	10.00-11.30	Eindringen in die Lebenswelt: Hausbesuche als Modus der Intervention	Barre			
1,50	11.45-13.15	Eindringen in die Lebenswelt: Hausbesuche als Modus der Intervention	Barre			
	Schulungstag	Raum				
	12.6. Dienstag	HAW				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,50	10.00 - 12.30	Interaktionen und Wechselwirkungen	Schwab			
1,50	13.00-14.30	Wechselwirkungen von häufig verordneten Wirkstoffen	Schwab			
1,50	14.45-16.15	offen				
	Schulungstag	Raum				
	13.6.	SIM, Aquariumsraum				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,00	11.00-12.00	Medizinische Schulung zum Personenkreis MmGB I	Poppelle	Einblick in häufige medizinische Erscheinungen vor allem bezogen auf internistische Probleme		aus dem Curr entnehmen, Kirsten dabei
1,50	12.15 - 13.45	Häufige klinische Problemstellungen, Besonderheiten der Kommunikations- und Verhaltensstörungen	Keim	Schwerpunkt: Verhaltensstörungen und Beratung		aus dem Curr entnommen, Kirsten dabei angefragt, noch keine Termin besätigung, Kirsten
1,50	13.45 - 15.30	offen				
1,50	15.30 - 17.00	Vorsorgeuntersuchung	Schüller, Pohler, Poppelle, Klüpfel	Welche Untersuchungen werden für die Allgemeinbevölkerung vorgesehen? Welche werden zusätzlich für bestimmte Behinderungen empfohlen? Anhand dieser Ergebnisse: Entwicklung eines Leitfadens für die Intervention		Termin zur Profientwicklung
	Schulungstag	Raum				
	14.6.	HAW				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
13.30 - 16.00		Professionelle Identität / Interprofessionelle	Boettcher			angefragt
	Schulungstag	Raum				
	20.6.	SIM, edl im Aquariumsraum des SIM				
1,50	9.00- 10.30 Uhr	Vorsorgeuntersuchungen	Schüller, Schütt, Kranert, Pohler, Poppelle, Klüpfel			
1,00	11.00-11.45	Medizinische Schulung zum Personenkreis MmGB	Poppelle	Schmerzen und andere häufige Symptomkomplexe bei MmB		aus dem Curr entnehmen, Zeit nachschauen, Raum bucht wer?
1,50	12.15-13.45	Rechtliche Dimensionen der Intervention: Durchführungsverantwortung, Beratungsverantwortung	Pflegestützpunkt??	Was darf ich und was nicht als beratende Pflegeexpertin in der Häuslichkeit?		
1,00	14.00 - 15.00	Definition von Behinderung, Schweregrade Sozioemotionale Entwicklungsdiagnostik (SOE)	Wunder			
	Schulungstag	Raum				
	21.6.	HAW				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,50	9.00 - 10.30	Kommunikation mit Menschen mit Einschränkungen beim Sehen, Hören u/o Sprechen	Boettcher	Möglicher Hilfsmittel kennen und Anwenden können. Erneut Rollen-Reflektion: Wer gute beraten will, muss auch effektiv kommunizieren können.		
1,50	10.45 - 12.15	Umgang mit Differenzen zwischen MmGB und Betreuenden	Barre			
1,50	12.45-14.15	Vielleicht betreuungrechtliche Aspekte	Klüpfel-Kontakt			
	Schulungstag	Raum				
	22.6.					
9.30 - 11.00		Diagnostischer und therapeutische Maßnahmen aus der häuslichen Perspektive	Witekindt	Wie geht ein Hausarzt mit den Herausforderungen der med VO von MmGB um? Welche Aspekte gilt es besonders zu berücksichtigen?		
11.15 - 14.45		Excel Schulung				
15.00-16.45		Haftungsrecht	Richter			
	Schulungstag	Raum				
	25.6. Montag	HAW				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
13.30 - 15.00		Psychopharmaka	Schwab			
15.15-16.45		Psychopharmaka	Schwab			
	Schulungstag	Raum				
	26.6. Dienstag	HAW				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,50	9.00-10.30	Leichte Sprache				Rater*innen aus Bielefeld einladen?
1,50	10.45-12.15	Leichte Sprache				
1,50	12.45-14.15	Leichte Sprache				
1,50	14.30-16.00	Leichte Sprache				
	Schulungstag	Raum				
	3.7. Dienstag	SkillsLab: Besprechungsraum & ambulante Pflege				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,50	8.00 Uhr - 10.30 Uhr	Verhütung und Adhärenz	Frau Helwig, pro familia			
1,50	10.45 - 12.15	Leistungsrechtliche Dimensionen der neuen Versorgungsform	Reichenberg			
12.45 - 14.15		Thema	Weber			
	Schulungstag	Raum				
	4.7.	SkillsLab: Besprechungsraum & ambulante Pflege				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
4,00	9.00 - 13.00	Planspiel Dokumentation der Versorgung	Weber, Barre			Rater*innen aus Bielefeld einladen?
1,00	zusammen mit Orion	Planspiel Kontaktaufnahme				
	Schulungstag	Raum				
	5.7.	SkillsLab: Besprechungsraum				
	Uhrzeit	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
1,50	10.30 - 12.00	Assessments in der Adhärenz	Michael Schulz	Assessments in der Adhärenz		
1,50	12.30-14.00	Motivational Interviewing	Michael Schulz	Motivational Interviewing		
1,50	14.15-15.45	Welche Maßnahmen sind für die Adhärenzförderung wichtig und empfohlen?	Michael Schulz	Welche Maßnahmen sind für die Adhärenzförderung wichtig und empfohlen?		
	Schulungstag	Raum				
	11.7.	Thema	Dozent*in	Ziele		Kommentare
4,50	8.00-13.30 Uhr	Planspiel neue Versorgungsform	Weber	im fiktiven Zusammenhang wird die neue VO erprobt und durchgespielt Entwicklung von Dokumentationsmaterial Abstimmung von Prozessen, Rückfrageeinlässe		
	Schulungstag	Raum				
	12.7.					
1,50	9.00 - 10.30 Uhr	Wunschthema Pharmazie	Schwab			
1,50	10.45 - 12.15	Care Connector	Schwab			
1,50	12.45 - 14.15	Medikationsplan	Schwab			
Gesamt	59,00					
	Nachschulungstunden					
1,50		Pharmazie				
1,50		Pharmazie				
		Leichte Sprache				

Anlage 10: Entscheidungshilfe Vorsorgeuntersuchung

Down-Syndrom, weiblich						
Alter	Vorsorgeuntersuchung	Untersuchungsart	Fachrichtung	Ja	Nein	
ab 18 LJ	Zahnvorsorgeuntersuchung	Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	Zahnarzt			halbjährlich
ab 18 LJ	bekannter Herzfehler	echokardiografische Untersuchung	Kardiologe			regelmäßig
ab 18 LJ	Hypothyreose	Screening auf TSH	Hausarzt, Endokrinologe			jährlich
ab 20 LJ	Gebärmutterhalskrebs	Abstrich und Abtasten vom Gebärmutterhals (Pap-Test), Lymphknoten abtasten	Gynäkologe			jährliche Kontrolluntersuchung (Abstrich)
ab 35 LJ	Hautkrebs	Screening auf Hautkrebs: Inspektion	Dermatologe			alle 2 Jahre
ab 30	Brustkrebs	klinische Brustuntersuchung	Gynäkologe			jährlich
ab 35 LJ	Allgemeiner Check-Up	Ganzkörperuntersuchung mit RR-Messung und BMI, Blutproben (BZ und Cholesterin), Urinuntersuchung, ausführliches Arztgespräch, auch inkl. Demenz-Diagnostik	Allgemeinmediziner			alle 2 Jahre
ab 55 Jahre	Darmkrebsvorsorge	Wahlrecht: Stuhluntersuchung alle 2 Jahre oder Früherkennungsdarmspiegelung alle 10 Jahre (max. 2)	Allgemeinarzt, Internist			
50 - 69 LJ	Brustkrebs	klinische Brustuntersuchung, Sonografie, Mammographie	Gynäkologe			jährlich

Down-Syndrom, männlich

Alter	Vorsorgeuntersuchung	Untersuchungsart	Fachrichtung	Ja	Nein	weitere Hinweise
ab 18 LJ	Zahnvorsorgeuntersuchung	Zahnarzt: Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	Zahnarzt			halbjährlich
ab 18 LJ	Hypothyreose	Screening auf TSH	Hausarzt, Endokrinologe			jährlich
ab 18 LJ	Diabetes Typ 2	Diabetesscreening: nüchtern BZ,	Hausarzt, Diabetologe			
ab 35 LJ	Hautkrebs	Screening auf Hautkrebs: Inspektion	Dermatologen			alle 2 Jahre
ab 35 LJ	Allgemeiner Check-Up	Ganzkörperuntersuchung mit RR-Messung und BMI, Blutproben (BZ und Cholesterin), Urinuntersuchung, ausführliches Arztgespräch, auch inkl. Demenz-Diagnostik	Allgemeinmediziner			alle 2 Jahre
ab 45 LJ	Grauer/ Grüner Star	augenärztliche Untersuchung	Ophthalmologe			alle 5 Jahre
ab 45 LJ	Schwerhörigkeit	Hörtest	HNO-Arzt			alle 5 Jahre
ab 45 LJ	Prostatatkrebs	digital-rektales Screening, Blutuntersuchung	Urologe			jährlich
ab 50 LJ	Darmkrebs	Screening, Stuhltest, Koloskopie, Sigmoidoskopie	Allgemeinmediziner			regelmäßig
ab 65 LJ	Bauchaortenaneurysma	Sonografisches Screening	Allgemeinmediziner			einmalig
ab 18	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung	Ganzkörperstatus, Blut, Urin, Impfstatus, Risikenabschätzung, Präventionsempfehlung	Allgemeinarzt, Internist			jährlich

Andere Behinderung, männlich

Alter	Vorsorgeuntersuchung	Untersuchungsart	Fachrichtung	Ja	Nein	weitere Hinweise
ab 18 LJ	Zahnvorsorgeuntersuchung	Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	Zahnarzt			halbjährlich
ab 35 LJ	Hautkrebs	Screening auf Hautkrebs: Inspektion	Dermatologe			alle 2 Jahre
ab 35 LJ	Allgemeiner Check-Up	Ganzkörperuntersuchung mit RR-Messung und BMI, Blutproben (BZ)	Allgemeinmediziner			alle 2 Jahre
ab 45 LJ	Grauer/ grüner Star	augenärztliche Untersuchung	Ophthalmologe			alle 5 Jahre
ab 45 LJ	Schwerhörigkeit	Hörtest	HNO-Arzt			alle 5 Jahre
ab 45 LJ	Prostatakrebs	digital-rektales Screening	Urologe			jährlich
ab 50 LJ	Darmkrebs	Screening, Stuhltest, Koloskopie, Sigmoidoskopie	Allgemeinmediziner, Internist			Häufigkeit
ab 65 LJ	Bauchaortenaneurysma	Sonografisches Screening	Allgemeinmediziner			einmalig
ab 55	Darmkrebs	Koloskopie	Internist			alle 10 Jahre
ab 18	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung	Ganzkörperstatus, Blut, Urin, Impfs	Allgemeinarzt, Internist			jährlich

Andere Behinderung, weiblich

Alter	Vorsorgeuntersuchung	Untersuchungsart	Fachrichtung	Ja	Nein	weitere Hinweise
ab 18 LJ	Zahnvorsorgeuntersuchung	Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	Zahnarzt			halbjährlich
ab 35 LJ	Hautkrebs	Screening auf Hautkrebs: Inspektion	Dermatologe			alle 2 Jahre
ab 35 LJ	Allgemeiner Check-Up	Ganzkörperuntersuchung mit RR-Messung und BMI, Blutproben (BZ und Cholesterin), Urinuntersuchung, ausführliches Arztgespräch	Allgemeinmediziner			alle 2 Jahre
ab 45 LJ	Grauer/ Grüner Star	augenärztliche Untersuchung	Ophthalmologe			alle 5 Jahre
ab 45 LJ	Schwerhörigkeit	Hörtest	HNO-Arzt			alle 5 Jahre
ab 50 LJ	Darmkrebs	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl: mindestens: Stuhltest	Internist			Stuhltest: alle 2 Jahre
ab 30	Brustkrebs	klinische Brustuntersuchung	Gynäkologe			jährlich
50 - 69 LJ	Brustkrebs	klinische Brustuntersuchung, Sonografie, Mammographie	Gynäkologe			jährlich
ab 20	Krebserkrankungen des Genitals	Test auf genitale Infektion + zytologische Untersuchung	Gynäkologe			jährlich (sexuelle Aktivität)
ab 18	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung	Ganzkörperstatus, Blut, Urin, Impfstatus, Risikenabschätzung, Präventionsempfehlung	Allgemeinarzt, Internist			jährlich
ab 55 Jahr bis 25	Darmkrebsvorsorge	Wahlrecht: Stuhluntersuchung alle 2 Jahre oder Früherkennungsdarmspiegelung alle 10 Jahre (max. 2)	Allgemeinarzt, Internist			
	Chlamydia trachomatis-Infektion	Urinprobe	Gynäkologe			jährlich (sexuelle Aktivität)

