

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Förderkennzeichen:	01VSF17053
Akronym:	COFRAIL
Projekttitel:	Familienkonferenzen bei Frailty: Erhöhung der Patientensicherheit durch gemeinsame Priorisierung
Autoren:	Achim Mortsiefer, Stefan Wilm, Yekaterina Pashutina, Susanne Löscher, Birgitt Wiese, Anja Wollny, Eva Drewelow, Manuela Ritzke, Attila Altiner, Markus Vomhof, Manuela Brüne, Andrea Icks, Joseph Montalbo, Jens Abraham, Steffen Fleischer, Gabriele Meyer, Veronika Bencheva, Matthias Gogolin, Petra Thürmann
Förderzeitraum:	1. März 2018 – 31. August 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	7
4.	Projektdurchführung.....	8
5.	Methodik.....	10
6.	Projektergebnisse.....	20
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	33
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	35
9.	Erfolgte und geplante Veröffentlichungen.....	35
10.	Literaturverzeichnis.....	38
11.	Anhang.....	41
12.	Anlagen.....	41

I. Abkürzungsverzeichnis

CEA	Cost-effectiveness analysis
CE-Plane	Cost-effectiveness-plane
cRCT	cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie
CUA	Cost-utility analysis
CU-Plane	Cost-utility-plane
DBI	Drug Burden Index
DSMB	Data safety monitoring board
GLM	Generalisiertes Lineares Model
GFR	Glomuläre Filtrationsrate
HEE	Health economic evaluation
ICER	Incremental cost-effectiveness ratio
ICUR	Incremental cost-utility ratio
IG	Interventionsgruppe
ITT	Intention-to-Treat
KF	Konsortialführung
KI	Konfidenzintervall
KG	Kontrollgruppe
KP	Konsortialpartner
n.s.	nicht signifikant
PIM	Potentiell inadäquate Medikation
PP	Per-Protokoll
QALYs	Qualitätsadjustierte Lebensjahre
RCT	Randomized controlled trial
SA	Sensitivitätsanalyse
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Organigramm des Projekts COFRAIL.....	8
Abbildung 2. COFRAIL-Interventionskonzept.....	9
Abbildung 3. CONSORT Flow Chart.	22

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Projektpartner der COFRAIL-Studie.....	5
Tabelle 2. Kooperationspartner der COFRAIL-Studie.....	6
Tabelle 3. COFRAIL Charakteristika der Studienpopulation zur Baseline.....	23
Tabelle 4. Primärer Endpunkt: Hospitalisierungsrate nach 12 Monaten.....	24
Tabelle 5. Sekundäre Endpunkte: Medikamente – Anzahl der Medikamente zur Baseline, nach 6 und 12 Monaten.	25
Tabelle 6. Sekundäre Endpunkte: Geriatrisches Assessment Teil I - zu Baseline und nach 6 Monaten (T1).....	26
Tabelle 7. Sekundäre Endpunkte: Geriatrisches Assessment Teil II und kritische Ereignisse zur Baseline und nach 12 Monaten (T2).....	26
Tabelle 8. Sicherheitsparameter zur Baseline (T0) und nach 12 Monaten (T2).....	28

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Frailty (Gebrechlichkeit) bei älteren Patienten/Patientinnen ist mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko wie Sturzneigung, Verwirrheitszustände, Mangelernährung, Krankenhausaufenthalte und Sterblichkeit verbunden. Eine Reduktion der Polypharmazie scheint eine vielversprechende Maßnahme zu sein, um dem Fortschreiten der Gebrechlichkeit entgegenzuwirken. Mit der COFRAIL-Intervention wurde erprobt, ob sich der *Deprescribing*-Prozess und die gemeinsame Priorisierung durch den Einsatz strukturierter Familienkonferenzen im hausärztlichen Setting verbessern lässt.

Methodik

Cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie in Hausarztpraxen in den Regionen Düsseldorf und Rostock. Eingeschlossen wurden in der Häuslichkeit lebende Patienten/Patientinnen ab 70 Jahren mit *Frailty*-Syndrom und Polypharmazie. Patienten/Patientinnen der Interventionsgruppe (IG) erhielten nach 3, 6 und 9 Monaten eine Familienkonferenz zur gemeinsamen Priorisierung der Pharmakotherapie. Die Patienten/Patientinnen der Kontrollgruppe (KG) erhielten *care as usual*. Die Datenerhebung erfolgte durch *Study Nurses* im Rahmen von Hausbesuchen/Telefonbefragungen zu Studienbeginn sowie nach 6 und 12 Monaten. Primärer Endpunkt war die Hospitalisierungsrate während des 12-monatigen Beobachtungszeitraums. Sekundäre Endpunkte waren: Funktioneller Zustand der Patienten/Patientinnen im geriatrischen Assessment (Kognition, Handkraft, Mobilität, psychischer Zustand), Sturzhäufigkeit sowie Anzahl und Adäquatheit der Medikation. Neben einer Prozessevaluation erfolgte außerdem eine gesundheitsökonomische Evaluation.

Ergebnisse

Es konnten 114 Hausarztpraxen mit 623 Patienten/Patientinnen rekrutiert und randomisiert werden. In der *Intention-to-Treat*-Analyse führte die COFRAIL Intervention in der IG nicht zu einer Reduktion der Hospitalisierungsrate im Vergleich zur KG. Die Anzahl der eingenommenen Medikamente konnte in der IG zu T1 nach sechs Monaten von durchschnittlich 8,98 (SD \pm 3,56) auf 8,11 (SD \pm 3,21) gesenkt werden (KG: 9,24 (SD \pm 3,44) gegenüber T0 und 9,32 (SD \pm 3,59) zu T1. Nach 12 Monaten zu T2 jedoch war dieser Effekt mit 8,49 (SD \pm 3,63) im Vergleich zur KG (9,16 (SD \pm 3,42) nicht mehr mit statistischer Signifikanz nachweisbar. Der Drug Burden Index sowie die Anzahl eingenommener potentiell inadäquater Medikation (PIM) sank in der IG nach 6 Monaten (T1) statistisch signifikant zur KG ab. Diese Effekte waren jedoch nach 12 Monaten zu T2 geringer und nicht statistisch signifikant. Für alle anderen sekundären Endpunkte einschließlich sämtlicher Elemente des geriatrischen Assessments konnten keine Interventionseffekte nachgewiesen werden.

Diskussion

Obwohl sich zumindest nach 6 Monaten die Zahl eingenommener Medikamente und die Anzahl inadäquater Wirkstoffe verringerte, konnte das primäre Studienziel, der Reduktion der Hospitalisierungsrate, nicht erreicht werden. Möglicherweise hat die nur zeitweilig signifikante Reduktion der Polypharmazie um etwa 1 Medikament pro Tag nicht genügend Einfluss auf den klinischen Endpunkt Hospitalisierungsrate. Jedoch konnte die Machbarkeit des Ansatzes ohne ein Risiko für die Patienten/Patientinnen sowie eine gute Akzeptanz seitens der Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten gezeigt werden. In zukünftigen Konzepten zur Reduktion von Polypharmazie könnten Familienkonferenzen ein wertvoller Baustein sein.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1. Projektpartner der COFRAIL-Studie.

Projektleitung	Einrichtung	Institut	Fachlicher Ansprechpartner für Rückfragen nach Projektende
Prof. Dr. med. Stefan Wilm (Konsortialführung)	Universitätsklinikum Düsseldorf	Institut für Allgemeinmedizin	Prof. Dr. Stefan Wilm Stefan.Wilm@med.uni-duesseldorf.de
Prof. Dr. med. Achim Mortsiefer (Projektleitung, Projektmanagement Standort Düsseldorf)	Universitätsklinikum Düsseldorf	Institut für Allgemeinmedizin	Prof. Dr. med. Achim Mortsiefer Achim.Mortsiefer@uni-wh.de
Dipl.-Math. Birgitt Wiese (Konsortialpartner, Biometrie, Datenmonitoring und –analyse)	Medizinische Hochschule Hannover	Institut für Allgemeinmedizin	Birgitt Wiese Wiese.Birgitt@mhhannover.de
Prof. Dr. med. Attila Altiner (Konsortialpartner, Projektmanagement Standort Rostock)	Universitätsmedizin Rostock	Institut für Allgemeinmedizin	Dr. Anja Wollny Anja.Wollny@med.uni-rostock.de
Prof. Dr. med. Petra Thürmann (Konsortialpartner, Interventionsentwicklung und –begleitung, Hotline Medikations-Review)	Universität Witten/-Herdecke	Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie	Prof. Dr. Petra Thürmann Petra.Thuermann@uni-wh.de
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer (Konsortialpartner, Prozessevaluation)	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft	Dr. Jens Abraham Jens.Abraham@medizin.uni-halle.de
Prof. Dr. med. Dr. PH Andrea Icks MBA (Konsortialpartner, Gesundheitsökonomische Evaluation)	Universitätsklinikum Düsseldorf	Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie	Joseph Montalbo Joseph.Montalbo@ddz.de

Tabelle 2. Kooperationspartner der COFRAIL-Studie.

Name Kooperationspartner und Art der Unterstützung	Kontaktdaten
Prof. Dr. Christoph Ostgathe, Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen: <i>wissenschaftliche Beratung zum Einsatz von Familienkonferenzen, wissenschaftliches Qualitätsmanagement, Advisory Board</i>	Prof. Dr. Christoph Ostgathe Christoph.Ostgathe@uk-erlangen.de
Prof. Dr. med. Marjan van den Akker, Leiterin des Arbeitsbereichs Multimedikation und Versorgungsforschung, Goethe-Universität Frankfurt am Main: <i>wissenschaftliche Beratung zur Interventionsentwicklung im Hinblick auf Flächenimplementierung, wissenschaftliches Qualitätsmanagement, Advisory Board, Berater des Data Safety Monitoring Boards</i>	Prof. Dr. Marjan van den Akker M.vandenAkker@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner, Lehrstuhl für Geriatrie, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH: <i>Mitglied des Data Safety Monitoring Boards</i>	Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner Hans.Heppner@uni-wh.de
Prof. Dr. Sebastian Harder, Institut für Klinische Pharmakologie, Goethe-Universität Frankfurt am Main: <i>Mitglied des Data Safety Monitoring Boards</i>	Prof. Dr. Sebastian Harder Harder@em.uni-frankfurt.de
Henrik Wiegelmann, Selbsthilfeorganisation „Wir pflegen“: <i>Beratung aus der Patienten- und Angehörigenperspektive zu Interventionsentwicklung, Patientenorientierten Outcomes, Flächenimplementierung, wissenschaftliches Qualitätsmanagement, Advisory Board</i>	Henrik Wiegelmann hwiegelmann@wir-pflegen.net
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse: <i>Beratung zur zukünftigen Flächenimplementierung, wissenschaftliches Qualitätsmanagement</i>	Jacqueline Fahrentholz Jacqueline.Fahrentholz@NORDOST.AOK.DE Pia Elisa Madaida Lemke PiaElisaMadaida.Lemke@NORDOST.AOK.DE

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Das geriatrische *Frailty*-Syndrom bezeichnet einen Zustand körperlicher Gebrechlichkeit, der durch Gewichtsabnahme, Sarkopenie, Schwäche, Erschöpfung und verminderter körperlicher Aktivität charakterisiert wird [1, 2] und ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Stürzen, Verwirrheitszuständen, Mangelernährung, Krankenhausaufenthalten und Sterblichkeit darstellt [3, 4].

Polypharmazie wird als möglicher Hauptfaktor für die Pathogenese von *Frailty* angesehen [5] und ist zudem ein unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten von Stürzen, Krankenhausanweisungen [6-8] und eine erhöhte Mortalität [9]. Die Reduktion der Polypharmazie stellt eine vielversprechende Intervention zur Verbesserung der Sicherheit bei geriatrischen Patienten/Patientinnen mit *Frailty*-Syndrom dar [6, 10, 11].

Nur sehr wenige randomisierte kontrollierte Studien haben bis jetzt die Auswirkungen der Medikamentenreduktion oder des Absetzens einzelner Medikamentengruppen wie Antihypertensiva, Statine oder Benzodiazepine untersucht [12]. Insbesondere die Reduktion von Psychopharmaka kann bei Patienten/Patientinnen positive Auswirkungen haben [13].

Polypharmazie und unangemessene Medikamentenverordnung sind oft das Ergebnis von Fehlkommunikation oder Nicht-Kommunikation während der Arzt-Patient-Interaktion [14, 15]. Für Hausärzte/Hausärztinnen ist es eine Herausforderung, Patienten/Patientinnen aktiver einzubinden, aber auch für Patienten/Patientinnen ist es schwierig, ihre Erfahrungen, Bedürfnisse und Sorgen gegenüber dem Arzt/der Ärztin zu äußern [15]. Bei gebrechlichen älteren Patienten/Patientinnen, die noch zu Hause gepflegt werden, sind zudem pflegende Angehörige sehr oft in das Medikamentenmanagement involviert [16]. Maßnahmen zur Optimierung der Polypharmazie sollen daher in einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess von Hausärzten/Hausärztinnen, Patienten/Patientinnen und deren pflegenden Angehörigen eingebettet werden [17].

Familienkonferenzen sind ein bewährtes Instrument in der Krankenpflege, auf Intensivstationen und in der Palliativmedizin [18, 19]. Sie stellen ein Treffen zwischen Arzt/Ärztin, Patient/Patientin, Pflegepersonal und Familienmitgliedern dar, um die patientenseitigen Präferenzen auf strukturierte Weise zu berücksichtigen und die Eigenverantwortung zu stärken [19-21].

Obwohl Familienkonferenzen den Kommunikationsprozess wirksam verbessern [19] und den Einbezug gebrechlicher Patienten/Patientinnen in die Planung von Konferenzen ermöglichen [22], hat bisher keine Interventionsstudie ihre Auswirkungen auf die Polypharmazie bei gebrechlichen Patienten/Patientinnen in der Primärversorgung, die noch zu Hause gepflegt werden, untersucht.

3.2 Projektziele

Das Projekt COFRAIL (Familienkonferenzen bei *Frailty*: Erhöhung der Patientensicherheit durch gemeinsame Priorisierung) zielte darauf ab, die Auswirkungen einer komplexen multimodalen Intervention mit wiederholten strukturierten Medikamentenüberprüfungen und Familienkonferenzen bei ambulanten geriatrischen Patienten/Patientinnen mit *Frailty*-Syndrom und Polypharmazie zu untersuchen.

Die primäre Hypothese war, dass sich die Patientensicherheit durch die Intervention verbessert. Operationalisiert wurde dies als Hospitalisierungsrate, welche sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe innerhalb des Studienzeitraums von 12 Monaten reduzieren sollte.

Als sekundäre Hypothesen wurden formuliert, dass der funktionelle Zustand der Patienten/Patientinnen im geriatrischen Assessment verbessert, die Sturzrate gesenkt und die Anzahl der Medikamente sowie die Einnahme von potenziell inadäquaten Wirkstoffen verringert wird. Ebenso sollte die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert und die Inanspruchnahme medizinischer Notfallbehandlungen reduziert werden.

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war es, die Kosteneffektivität der Intervention gegenüber der Routineversorgung zum 12-Monats Follow-Up zu untersuchen. Die Prozessevaluation hatte das Ziel, den Implementierungsprozess sowie die Erfahrungen der Zielgruppen (Patienten/Patientinnen, Angehörige, Hausärzte/Hausärztinnen) zu beschreiben.

4. Projektdurchführung

Das Projekt COFRAIL wurde in dem Zeitraum vom 01.03.2018 bis 31.08.2021 als Verbundprojekt durchgeführt (siehe **Tabelle 1**). Die Projektstruktur mit den beteiligten Projektpartnern und deren Arbeitspaketen ist in **Abbildung 1** dargestellt.

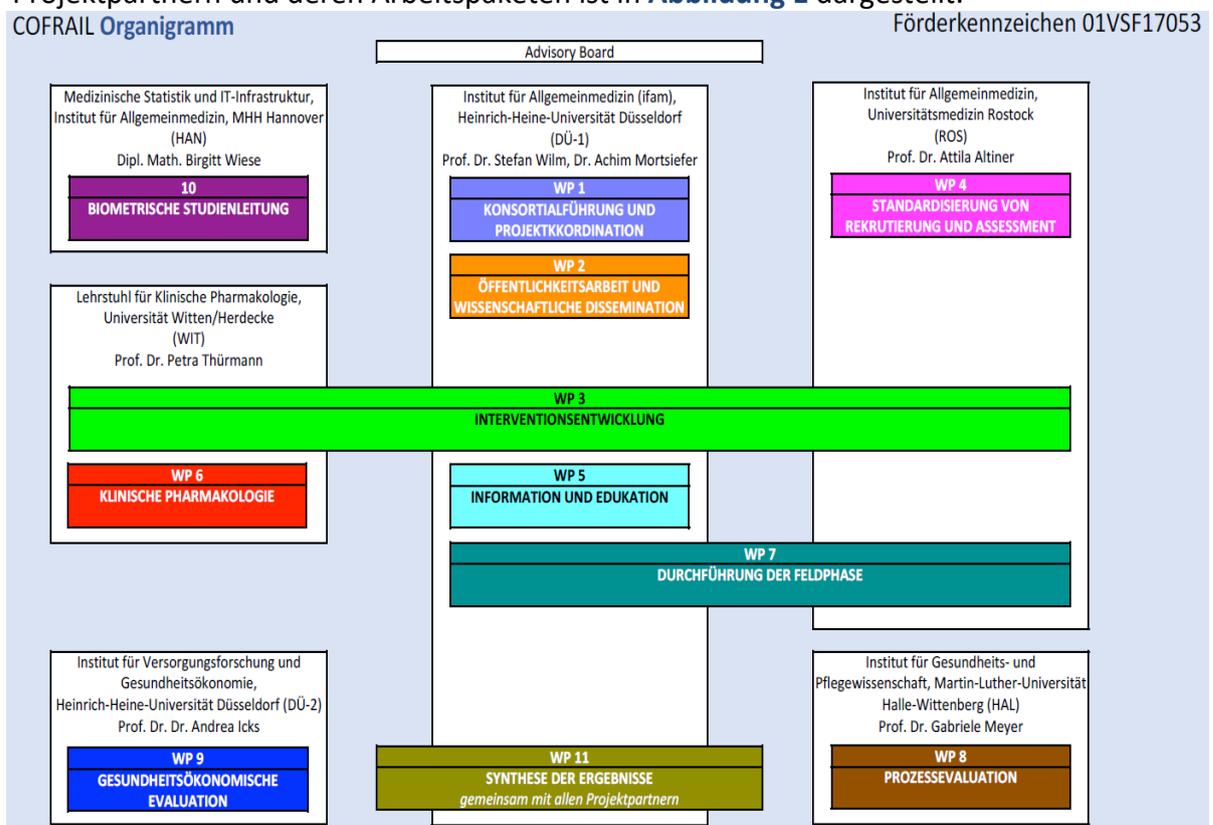


Abbildung 1. Organigramm des Projekts COFRAIL.

Die Konsortialführung (KF) in Düsseldorf übernahm die Projektkoordination und -verwaltung. Es wurden monatliche Telefonkonferenzen abgehalten und in halbjährlichen Zeitabständen Projekttreffen organisiert. Zudem bestand eine enge Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Advisory Boards (siehe **Tabelle 2**).

Der Masterethikantrag wurde durch den Konsortialpartner (KP) Rostock eingereicht und am 20.08.2018 durch die dortige Ethikkommission positiv beschieden. Das englischsprachige Studienprotokoll wurde im März 2020 in der Zeitschrift „Trials“ im Open-Access veröffentlicht (Studienprotokoll siehe unter <https://rdcu.be/cAlAG>).

Die erste Projektphase diente zur Entwicklung und Pilotierung der komplexen COFRAIL-Intervention (siehe dazu auch Abschnitt 5 Methodik, Entwicklung und Pilotierung der Intervention).

Die entwickelte COFRAIL-Intervention bestand aus drei inhaltlichen Modulen:

- Modul 1 Familienkonferenzen
- Modul 2 *Deprescribing*-Leitfaden und Pharmakotherapie-Hotline
- Modul 3 Toolbox Nicht-pharmakologische Interventionen

Für die erste Stufe der COFRAIL-Intervention wurden drei konsekutive Fortbildungen für Hausärzte/Hausärztinnen (2 obligatorisch, 1 fakultativ) mit Elementen aus den drei inhaltlichen Modulen und entsprechenden Materialien (Präsentation, Handout, Lehrvideo; **Anlagen 20-23**) konzipiert. Auf der zweiten Stufe (Feldphase) erfolgte die Umsetzung der Intervention über die Durchführung von drei Familienkonferenzen pro Patient/Patientin. Eine Übersicht zum COFRAIL-Interventionskonzept findet sich in **Abbildung 2**.

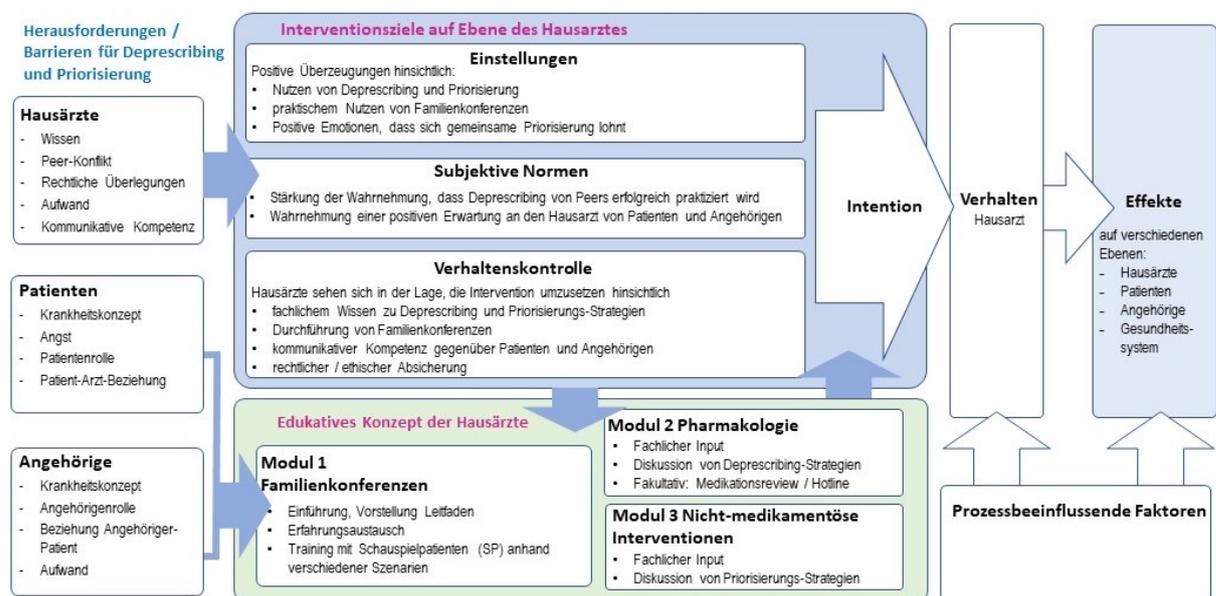


Abbildung 2. COFRAIL-Interventionskonzept.

Nach Abschluss und Auswertung der Pilotierung begann die Feldphase im November 2018 und wurde zum 30. Juni 2021 abgeschlossen. Die Rekrutierung der Hausarztpraxen, Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen erfolgte in den Regionen Düsseldorf und Rostock. Die Biometrische Studienleitung in Hannover übernahm die Randomisierung der Hausarztpraxen (einschließlich aller teilnehmenden Hausärzte/Hausärztinnen und deren rekrutierten Patienten/Patientinnen) in die Interventions- und Kontrollgruppe. Die Studienzentren Düsseldorf und Rostock planten und führten Fortbildungen für die teilnehmenden Hausärzte/Hausärztinnen der Interventionsgruppe durch und beschäftigten sich mit der Datenerhebung zu primären und sekundären Endpunkten sowie der Dateneingabe in die Datenbank. Die Erhebungsbögen zur Erfassung sämtlicher Studiendaten wurden vom KP Rostock in enger Zusammenarbeit mit der Biometrischen Studienleitung in Hannover, der Gesundheitsökonomie in Düsseldorf sowie der Pharmakologie in Witten/Herdecke vorbereitet. Der KP Halle-Wittenberg entwickelte die Evaluationsbögen zur Bewertung der Interventionsmaßnahmen. Die KF in Düsseldorf war für das Monitoring der Durchführung der Feldphase verantwortlich und die Biometrische Studienleitung führte regelmäßige Datenqualitätskontrollen durch.

Die Studie wurde durch ein *Data Safety Monitoring Board* (DSMB) supervidiert, welches nach Beginn der Feldphase alle 3 bis 6 Monate tagte. Das DSMB bestand aus drei

unabhängigen medizinischen Experten/Expertinnen aus der Allgemeinmedizin, Geriatrie und der Klinischen Pharmakologie. Das DSMB erhielt als Bewertungsgrundlage nach Gruppe A und Gruppe B verblindet die Anzahl und Aufnahmediagnosen bei ungeplanten Krankenhausaufnahmen sowie die Angabe zur Medikation der Patienten/Patientinnen. Das Stopp-Kriterium für die gesamte Studie wurde im Prüfplan definiert als das Auftreten von doppelt so vielen Krankenseinweisungen in einem der beiden Studienarme [23].

Die letzte Studienphase (01. Juli 2021 – 31. August 2021) beinhaltete die Aufbereitung, Analyse und Interpretation der Daten.

5. Methodik

5.1 Studiendesign

Es handelte sich um eine prospektive cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie (cRCT).

5.2 Entwicklung und Pilotierung der Intervention

Zu Beginn des Projekts wurde ein Experten-Workshop gemeinsam mit allen Konsortialpartnern und den Mitgliedern des Advisory Boards veranstaltet. Die Interventionsentwicklung erfolgte anschließend aufeinander abgestimmt in drei Modulen: In Modul 1 wurden die bisherigen eigenen praktischen Erfahrungen zur Familienkonferenz mit den ausgearbeiteten Konzepten aus der Palliativmedizin, der Intensivmedizin und der Onkologie zusammengeführt (Leitfaden Familienkonferenz, [Anlage 9](#)). In Modul 2 erfolgte die Ausarbeitung eines Leitfadens zum Umgang mit Polypharmazie bei Patienten/Patientinnen mit *Frailty* unter besonderer Berücksichtigung des Abwägens von Nutzen und Risiko des Absetzens von Medikamenten (*Deprescribing*-Leitfaden, [Anlage 10](#) sowie eine *Deprescribing*-Karte, [Anlage 10a](#)). In Modul 3 wurde die Bedarfsermittlung und die Bereitstellung nicht-pharmakologischer Optionen zu Mobilitätssicherung, Notfallplanung und Bereitstellung psychosozialer Hilfen in Form einer Toolbox erstellt (Checkliste, Handbuch, [Anlage 13](#)).

Auf die Entwicklung der COFRAIL-Intervention wird in einer eigenen Publikation, die 2022 in der Zeitschrift PEC Innovation erscheint, genauer eingegangen (Drewelow et al. 2022 [24]). Analog zu den ersten beiden Stufen des MRC-Framework nach Craig zur Entwicklung und Pilotierung von Interventionen (siehe Figure 1 in Drewelow et al.; [Anlage 19](#)) sowie unter Berücksichtigung des „logischen Modells für komplexe Interventionen nach Saal et al. wurde das Framework der COFRAIL-Intervention entwickelt (siehe Figure 3 in Drewelow et al.; [Anlage 19](#)). Dafür wurde z. B. ein Scoping Review zu Familienkonferenzen sowie umfangreiche Literaturrecherchen zu den Themen „Shared Decision Making“, „Arzt-Patienten-Kommunikation“, „Polypharmazie“ und „Frailty“ durchgeführt. Zudem wurden eigene Studien bei der Interventionsentwicklung berücksichtigt und in einem Expertenpanel diskutiert. Außerdem wurden Workshops und Interviews mit Hausärzten/Hausärztinnen und anderen Experten/Expertinnen zur Erfassung von Bedarfen der Zielgruppe durchgeführt und drei Interventionsmodule festgelegt. Weitere Ausführungen zur Interventionsentwicklung befinden sich im angehängten Artikel: Drewelow et al. 2022 ([Anlage 19](#)). Die Pilotierung der Intervention fand in insgesamt 4 Praxen (2 pro Studienzentrum) mit Durchführung von 8 Familienkonferenzen statt. Diese wurde durch Elemente der Prozessevaluation unter Anwendung qualitativer

Forschungsmethoden (Interviews mit den Beteiligten) begleitet. Anschließend erfolgte die Revision der Konzepte zu den Interventionsmodulen 1, 2 und 3.

Die Rückmeldungen der Hausärzte/Hausärztinnen zur Umsetzung der Familienkonferenz sowie zum Anpassungsbedarf der Dokumente, des Leitfadens sowie notwendiger Schulungsinhalte wurden in einer Tabelle zusammengeführt (siehe **Tabelle 2** in Drewelow et al.; **Anlage 19**).

Zusätzlich fanden halbstrukturierte Telefoninterviews mit Patienten/Patientinnen und Angehörigen zu ihren Erfahrungen mit der Familienkonferenz statt. Aufgrund des Gesundheitszustandes der gebrechlichen Patienten/Patientinnen konnten in einigen Fällen nur die Angehörigen Auskunft geben. Insgesamt wurden Rückmeldungen von vier Patienten/Patientinnen und fünf Angehörigen. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen betonten das vertrauensvolle Verhältnis zum Hausarzt/zur Hausärztin und schätzten die Familienkonferenz, die sie wie einen "normalen Hausbesuch" empfanden. Die Dauer schien angemessen. Alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen konnten relevante Fragen zufriedenstellend besprechen und klären und fühlten sich einbezogen. Besonders positiv bewerteten sie, dass sich der Hausarzt/die Hausärztin in einer vertrauten Umgebung ausreichend Zeit für ihre Anliegen genommen hat. Die Hauptverantwortung für das Medikamentenmanagement lag oft bei den Angehörigen, Entscheidungen über das Absetzen der Medikamente wurden in der Regel zwischen ihnen und dem Hausarzt/der Hausärztin getroffen. Patienten/Patientinnen und Angehörige verließen sich jedoch auf die Einschätzung des Hausarztes/der Hausärztin. Die Patienten/Patientinnen schlugen vor, dass weitere Aspekte angesprochen werden sollten (z. B. Pflege, Therapien, sozio-rechtliche Aspekte), was bereits mit der "Nicht-Pharmakologischen Toolbox" als Schwerpunkt der zweiten Familienkonferenz berücksichtigt wurde.

Die Toolbox zu nicht-pharmakologischen Optionen (Modul 3) wurde von einem Pilotarzt und einer Pilotärztin aus jedem Studienstandort getestet.

Diese zeigte sich grundsätzlich geeignet für die strukturierte Erfassung von Patientenbedürfnissen und Versorgungslücken sowie für die weitere Therapieplanung. Dennoch sollte ausreichend Zeit für narrative Fragen eingeplant und eine Nachbereitung durchgeführt werden. Ausgehend von den Rückmeldungen der Hausärzte/der Hausärztinnen ergab sich kein Anpassungsbedarf. Insgesamt erwies sich das Verfahren der Familienkonferenzen für ältere Patienten/Patientinnen mit Frailty-Syndrom und Polypharmazie als praktikabel und erfolgversprechend. Eine wesentliche Anpassung der COFRAIL-Familienkonferenz-Leitlinie war nicht erforderlich. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit einer intensiven Vorbereitung von Hausärzten/Hausärztinnen auf Familienkonferenzen, z.B. in Form von Schulungen, bestätigt.

5.3 Intervention

Die Intervention erfolgte in zwei Stufen:

Stufe 1 Edukation: Die teilnehmenden Hausärzte/Hausärztinnen erhielten drei konsekutive Fortbildungen mit zwei verpflichtenden Präsenzveranstaltungen (ab April 2020 im Online-Format durchgeführt) und einer fakultativen Fortbildung als Online-Seminar. Die Workshops umfassten die fallorientierte Vermittlung der Inhalte des *Deprescribing*-Leitfadens und der Geriatrischen Toolbox zu nicht-pharmakologischen Interventionen sowie ein Kommunikationstraining zur Durchführung strukturierter Familienkonferenzen.

Folgende Dokumente/Materialien wurden für die einzelnen Fortbildungen erstellt:

Fortbildung 1:

- Präsentation Fortbildung 1; auch als Handout ausgedruckt (**Anlage 20**)
- Deprescribing Leitfaden (**Anlage 10**)
- Deprescribing-Karte (**Anlage 11**)
- Leitfaden Familienkonferenz 1 (**Anlage 9**)
- Vorbereitungsblatt Familienkonferenz 1 (**Anlage 32**)
- Ergebnisbogen Familienkonferenz 1 (**Anlage 5**)
- Lehrvideo (**Anlage 33**: Link und QR-Code zum Video)

Fortbildung 2:

- Präsentation Fortbildung 2; auch als Handout ausgedruckt (**Anlage 21**)
- Handbuch Bedarfsanalyse und Checkliste (**Anlage 13**)
 - Handbuch Anlage 1 Notfallplan (**Anlage 13a**)
 - Handbuch Anlage 2 Uhrentest (**Anlage 13b**)
- Deprescribing Leitfaden Ergänzungen (**Anlage 10a**)
- Leitfaden Familienkonferenz 2 (**Anlage 9**)
- Vorbereitungsblatt Familienkonferenz 2 (**Anlage 12**)
- Ergebnisbogen Familienkonferenz 2 (**Anlage 5**)

Fortbildung 3:

- Präsentation Fortbildung 3; auch als Handout ausgedruckt
 - Düsseldorf (**Anlage 22a**)
 - Rostock (**Anlage 22b**)
- Anhang DEGAM-Leitlinie pflegende Angehörige (**Anlage 23**)
- Leitfaden Familienkonferenz 3 (**Anlage 9**)
- Ergebnisbogen Familienkonferenz 3 (**Anlage 5**)

Stufe 2 Familienkonferenzen: Durchführung von insgesamt drei Familienkonferenzen pro Patient/Patientin zu Beginn der Studie sowie nach 3 und 9 Monaten, im Umfang von 30-45 Minuten in der Hausarztpraxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs unter Einbeziehung der pflegenden Angehörigen und/oder des Pflegedienstes. Im gemeinsamen Gespräch sollten a) zunächst die allgemeinen Präferenzen des Patienten/der Patientin hinsichtlich der individuellen gesundheitlichen Versorgung herausgearbeitet werden, b) ein Medikations-Check erstellt werden, bei dem die initial erarbeiteten Präferenzen anzuwenden waren, c) je nach Bedarf weitere Themen aus der nicht-pharmakologischen Toolbox bearbeitet werden. Im Anschluss erfolgte eine Zusammenfassung und Dokumentation der Familienkonferenz durch den Hausarzt/die Hausärztin sowie eine Vereinbarung über das weitere Vorgehen wie z.B. die Folgetermine.

5.4 Rekrutierung

Es sollten insgesamt 124 Hausarztpraxen sowohl im ländlichen als auch im städtischen Bereich rekrutiert. Die Studienärzte/-ärztinnen sollten 620 Patienten/Patientinnen, die den Einschlusskriterien entsprechen, rekrutieren. Es erfolgte die Randomisierung der Praxen als Cluster in Interventions- und Kontrollgruppe. Die Praxen wurden mittels Block-

Randomisierung mit Stratifizierung nach Zentren dem Interventions- oder Kontrollarm zugeteilt. Die Randomisierung erfolgte durch eine von den Zentren unabhängige Person.

Da sich in der Region Düsseldorf das dichtere Hausarztpraxennetz befindet, wurden aus pragmatischen Gründen dort ca. 2/3 der Studienärzte/-ärztinnen und Patienten/Patientinnen rekrutiert, während in Rostock ca. 1/3 der Studienärzte/-ärztinnen und Patienten/Patientinnen rekrutiert wurden.

Die Patienten/Patientinnen wurden bei der Rekrutierung durch den Hausarzt/die Hausärztin gebeten, einen Angehörigen/eine Angehörige als Hauptbezugsperson zu benennen. Im Rahmen des ersten Hausbesuchs der *Study Nurse* wurde der Patient/die Patientin aufgefordert festzulegen, welche Angehörigen bei den Familienkonferenzen dabei sein sollten und ggf. ob der ambulante Pflegedienst zur Teilnahme eingeladen werden sollte.

5.5 Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention, stattdessen wurde die Routineversorgung fortgeführt (*care as usual*).

Den Ärzten/Ärztinnen in der Kontrollgruppe wurden über die Institute für Allgemeinmedizin in Düsseldorf und Rostock freiwillige Fortbildungsveranstaltungen zu Themen der Geriatrie angeboten, um ihre Motivation zur Studienteilnahme zu fördern. Nach Abschluss der Datenerhebung (*last patient out*) wurden die Ärzte/Ärztinnen der Kontrollgruppe zur Teilnahme an der o.g. Interventions-Fortbildung eingeladen.

5.6 Studienpopulation

Einschlusskriterien: Patienten/Patientinnen konnten in die Studie eingeschlossen werden, wenn alle folgenden Kriterien erfüllt waren:

- 1) Positives Screening auf das geriatrische *Frailty*-Syndrom auf den Stufen 5-7 der CSHA Skala (*Canadian Study of Health and Aging*) durch Hausarzt/Hausärztin
- 2) Alter ≥ 70 Jahre
- 3) regelmäßige Einnahme von ≥ 5 Wirkstoffen (Polypharmazie)
- 4) Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 oder höher bzw. vergleichbarer Status)
- 5) Pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit durch Familienangehörige und/oder ambulanten Pflegedienst

Ausschlusskriterien: Patienten/Patientinnen konnten nicht in die Studie eingeschlossen werden, wenn nach Einschätzung des Hausarztes/der Hausärztin ein oder mehrere der folgenden Kriterien vorlagen:

- 1) Mittelschwere oder schwere Demenz
- 2) reduzierte Lebenserwartung von ≤ 6 Monaten (Palliativversorgung)
- 3) Versorgung in vollstationärer Pflegeeinrichtung
- 4) keine ausreichenden Sprachkenntnisse in Deutsch von Patient/Patientin und pflegenden Angehörigen oder Nicht-Verfügbarkeit eines Dolmetschers

5.7 Datenerhebung

Der Beobachtungszeitraum pro Patient/Patientin betrug 12 Monate mit Datenerhebungen zu T0 (Baseline), T1 (6 Monate) und T2 (12 Monate). Die Datenerhebung erfolgte a) durch den Hausarzt/die Hausärztin in Form einer Dokumentation des medizinischen Verlaufs sowie von Blutdruck und Puls (Hausarztfragebogen; siehe [Anlage 1](#) und [Anlage 2](#)) sowie b)

im Rahmen von Hausbesuchen von *Study Nurses* in Form von Patientenbefragungen (Patientenfragebogen; siehe **Anlage 3** und **Anlage 4**). Die Kraft- und Gehtests wurden ebenfalls durch die *Study Nurses* durchgeführt. Mit Beginn der COVID-19-Pandemie und dem Inkrafttreten der behördlichen Empfehlungen zur Kontaktminimierung zu vulnerablen Menschen erfolgte Mitte März 2020 die Umstellung der „face-to-face“ Datenerhebung auf telefonische Interviews durch die *Study Nurses*. Die Datenerhebung umfasste insgesamt 26 Monate: *First patient in* bis *Last patient out* (30.04.19 – 30.06.21).

Die Patientinnen / Patienten wurden bei Studieneinschluss darüber aufgeklärt, dass ggf. ein späteres Gespräch mit dem Hausarzt / der Hausärztin und einer Hauptbezugsperson stattfinden könnte. Ihnen wurde bei Studieneinschluss und bis nach Abschluss der Baseline-Erhebung weder mitgeteilt, ob sie diese Intervention erhalten würden noch was der Inhalt dieser Intervention ist. Patient*innen der Interventionsgruppe erhielten von der Study Nurse am Ende der Baseline-Erhebung ein Merkblatt für die geplante Familienkonferenz und wurde auf diese Weise entblindet. Die Study Nurses waren aus diesem Grund nicht verblindet.

5.8 Studienmonitoring

Die Hausärzte/Hausärztinnen der Interventionsgruppe wurden gebeten, nach jeder erfolgten Familienkonferenz einen pseudonymisierten Dokumentationsbogen (Ergebnisbogen; siehe **Anlage 5**) auszufüllen und an das lokale Studienzentrum zu faxen. Die Hausärzte/Hausärztinnen wurden durch die lokalen Studienzentren regelmäßig (mindestens 1x pro Quartal) mittels telefonischem Monitoring zum Fortgang der Studie befragt und ggf. an die Durchführung der drei Familienkonferenzen erinnert (Monitoring inkl. *Reminder*-Anrufe). Im Bedarfsfall wurde auch der Patient/die Patientin bzw. der/die jeweilige als Hauptansprechperson angegebene Angehörige telefonisch durch das Studienzentrum kontaktiert. Der dort aufgeführte Bedarfsfall, dass Patienten angerufen wurden mussten, ist nicht eingetreten, da die Ärzte/Praxen immer erreicht werden konnten.

5.9 Endpunkte

Primärer Endpunkt: Als primärer Endpunkt der Studie wurde die durchschnittliche Anzahl der Klinikaufenthalte pro Patient/Patientin (Hospitalisierungsrate) innerhalb von 12 Monaten nach Interventionsbeginn definiert. Das Erhebungsinstrument zur Erfassung des primären Endpunktes (KH-Aufenthalte) basiert auf in der Gesundheitsökonomie etablierten und validierten Fragebögen [25, 26]. Diese wurden zur besseren Verständlichkeit sprachlich an die Studienpopulation der COFRAIL-Studie (geriatrische Patienten) angepasst.

Der primäre Endpunkt wurde sowohl als Teil der Patienten-Fragebögen (**Anlage 3:** Patientenfragebogen_t0: Frage 14, S. 17; **Anlage 4:** Patientenfragebogen_t1-t2: Frage 14, S. 17) als auch Teil der Hausarzt-Fragebögen (**Anlage 1:** Hausarztfragebogen_Patientdaten_t0: Frage 4, S. 6; **Anlage 2:** Hausarztfragebogen_Patientdaten_t1-t2: Frage 5, S. 6) erhoben.

Zunächst wurde die Anzahl der Krankenhausaufenthalte laut Angaben des/der Patienten/in zu den Zeitpunkten T1 und T2 aufsummiert ebenso wie die Angaben des Hausarztes/der Hausärztin zu T1 und T2. Dann wurde das Maximum über beide Summen gebildet. Wurde die T1 bzw. die T2-Untersuchung nicht durchgeführt, wurden die entsprechenden Angaben aus dem Drop-out-Bogen herangezogen

Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Angaben zum primären Endpunkt aus dem Patientenfragebogen berücksichtigt.

Sekundäre Endpunkte:

Die sekundären Endpunkte erstreckten sich auf folgende Bereiche:

1) Geriatrisches Assessment:

- Gewichtsverlauf (nach Selbstauskunft in den letzten 12 Monaten $\geq 4,5$ kg Gewichtsverlust),
- Sturzhäufigkeit nach der Selbstauskunft, basierend auf Loffler et al. [27],
- Körperliche Schwäche, gemessen als Hand-Greifkraft mit Dynamometer (Männer ≤ 30 kg, Frauen ≤ 18 kg). Dieser Parameter wurde ab Mitte März 2020 wegen der Umstellung auf Telefoninterviews aufgrund der Corona-Pandemie nicht mehr erhoben,
- Subjektiver Erschöpfungsgrad und psychologischer Status, erhoben mit der *Geriatric Depression Scale (GDS)* [28],
- Gehgeschwindigkeit, gemessen als Gehzeit über 4 Meter ohne oder mit Hilfsmitteln (≥ 6 sec.). Dieser Parameter wurde ab Mitte März 2020 wegen der Umstellung auf Telefoninterviews aufgrund der Corona-Pandemie nicht mehr erhoben,
- Grad der körperlichen Aktivität im Sinne der „*Activities in daily living*“ (ADL) gemessen mit dem Barthel-Index [29],
- Kognition im Sinne der Erkennungs- und Verbalisierungskompetenz im CERAD-Test: a) *Episodic memory*: Merken einer Wortliste (3 Versuche sofort und 1 Versuch nach einem Intervall von 10 Minuten; b) *Executive function*: Semantische Plausibilität (Tiere benennen) als Maß für kognitive Erkennungs- und Verbalisierungskompetenz [30, 31].

2) Pharmakologische Outcomes:

- Gesamtzahl der eingenommenen Medikamente der letzten sieben Tage; Erfassung nach den folgenden Kriterien: Pharmazentralnummer, Name des Präparats, Stärke, Darreichungsform, Dosierung; Dosierungshäufigkeit, Einheit, zusätzliche Informationen z.B. zur Applikation; Einnahmedauer; Anwendung (Dauer-/ Bedarfsmedikation) (Aktuelle Medikation; siehe [Anlage 6](#)),
- *Drug Burden Index (DBI)*, berechnet anhand der anticholinergen und sedierenden Wirkung eingenommener Wirkstoffe [32, 33],
- Zahl der eingenommenen *Potenziell inadäquaten Medikation (PIM) nach PRISCUS-Liste*,
- Zahl der Interaktionen anhand des ABDA Cave Moduls

3) Gesundheitsökonomische Parameter:

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem Instrument EQ-5D-5L inkl. VAS-Skala [34] zur Errechnung der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALYs). QALYs als Outcome für das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) in der Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA),
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte aus dem Patientenfragebogen [25, 26] als Outcome für das inkrementelle Kosten-Nutzwert-Verhältnis (ICUR) in der Kosten-Nutzwert-Analyse (CUA),
- Kosten der Intervention (aus Fortbildungen und Familienkonferenzen) aus Dokumentationsbögen der Studienzentren (siehe [Anlage 7](#) und [Anlage 8](#)) sowie Kosten der Leistungsanspruchnahme aus Perspektive der Sozialversicherung

(ambulant-ärztliche Versorgung, Heilmittel, Krankenhausambulanz, Rehabilitation, Unterstützungsleistungen im Haushalt, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel, Hilfsmittel und Leistungen der Pflegeversicherung) aus dem Patientenfragebogen [25, 26]. Kosten für Krankenhausaufenthalte wurden nur in der CUA berücksichtigt. In der CEA wurden sie, um eine Doppelzählung in Kosten und Outcomes zu vermeiden, ausgeschlossen.

Als Sicherheitsparameter wurden erhoben:

- Mortalität, Blutdruck, Herzfrequenz, Blutglucose, Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) (aus der Patientenakte der Studienärzte/-ärztinnen).

5.10 Fallzahlplanung

In einer vergleichbaren Population (AgeCoDe/AgeQualiDe-Studie) [35] waren von 756 Patienten/Patientinnen ca. 25% mindestens einmal in den vorangegangenen 6 Monaten im Krankenhaus. Die Anzahl der Aufenthalte pro Patient/Patientin lag bei 0,38 mit einer Standardabweichung von 0,75 (dabei wurden maximal vier Aufenthalte erhoben).

Bei einem Beobachtungszeitraum von 12 Monaten wurden pro Patient/Patientin 0,76 Klinikaufenthalte angenommen. Soll diese Anzahl um knapp 35% auf 0,499 gesenkt werden, dann würden (bei einer angenommenen Standardabweichung von 1 Aufenthalt) 232 Patienten pro Gruppe benötigt werden, um diesen Effekt nachzuweisen (alpha-Fehler 0,05, Power 80%, 2-seitiger t-Test).

Für eine cluster-randomisierte Studie muss die geschätzte Fallzahl angepasst werden. Hier werden nicht die Individuen (Patienten/Patientin), sondern die Cluster (Praxen) randomisiert, und innerhalb eines Clusters gehören alle Individuen zu einer Gruppe (Intervention oder Kontrolle). Geht man von einer Intra-Cluster-Korrelation von 0,05 aus und können pro Cluster im Mittel 5 Patienten/Patientinnen behandelt werden, dann beträgt der sog. Designeffekt 1,2.

Es würden somit 558 Patienten/Patientinnen in 112 Praxen benötigt. Bei einer angenommenen Drop-Out Rate von 10% bei Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen war insgesamt die Rekrutierung von 620 Patienten/Patientinnen in 124 Arztpraxen erforderlich.

5.11 Datenauswertung

Bei der Datenauswertung kamen deskriptive statistische Methoden sowie Multi-level Regressionsmodelle zur Analyse der primären und sekundären Endpunkte zur Anwendung. Für den primären Endpunkt wurde eine *Intention-to-treat*-Analyse durchgeführt. Die Per-Protokoll-Population besteht aus den Proband*innen, bei denen mindestens die Baseline- und die T2-Untersuchung stattgefunden haben, in der Interventionsgruppe müssen zusätzlich mindestens zwei Familienkonferenzen durchgeführt worden sein.

Das primäre Zielkriterium – die Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb der Beobachtungszeit – wurde mittels einer *mixed model Poisson* Regression evaluiert. Die abhängige Variable war die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, die unabhängigen Variablen waren die Gruppenzugehörigkeit (Intervention oder Kontrolle), das Geschlecht, Alter bei Baseline-Untersuchung, die Anzahl der Erkrankungen, die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Monaten vor Baseline und die Beobachtungsdauer. Die Praxis-Id wird als zufälliger Faktor in das Modell eingeschlossen. Die Beobachtungsdauer wurde als Differenz zwischen der Baseline-Untersuchung und der t2-Untersuchung bzw. dem Drop-out-Datum berechnet, da aufgrund der pandemischen

Lage insbesondere in der Interventionsgruppe die Beobachtungsdauer im Mittel länger als die vorgesehenen 12 Monate war. In die Modelle wurde dann diese tatsächliche Beobachtungsdauer als adjustierender Parameter (als unabhängige Variable) einbezogen.

Für die sekundären Outcomes wurden ebenfalls gemischte Regressionsmodell angewandt. Für das Outcome „Anzahl Medikamente“ wurde eine *mixed model Poisson* Regression durchgeführt, für die sekundären Outcomes „Handkraftmessung“, „CERAD-Testungen“ und „Timed up & Go Test“ wurden lineare gemischte Modelle angewandt. Die Geriatriische Depressionsskala (in drei Kategorien) wurde mittels einer *mixed ordinal logistic* Regression evaluiert. In den Modellen ist das jeweilige sekundäre Outcome die abhängige Variable, die Praxis-Id ist der *random* Faktor und die unabhängigen Variablen sind Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht, Alter und der jeweilige Baseline-Wert des Outcomes.

Für die Anwendung des *Drug Burden Index* (DBI) in der COFRAIL-Studie wurde auf Basis der Arbeiten von Hilmer et al [32] sowie Kiesel et al [33] eine Liste mit anticholinergen und sedierenden Arzneimitteln und deren minimalen Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt erstellt [36].

Die pharmakologische Auswertung der Interaktionen, des DBI und der PIM nach PRISCUS- und EU(7)-PIM-Liste bezogen sich auf eine Sub-Population der Per-Protokoll-Population, für die zu allen drei Messzeitpunkten die Medikation erfasst wurde.

Zur Bewertung des Umsetzungsgrads der Empfehlungen des *Deprescribing* Leitfadens innerhalb der Studie wurden die Interventionsärzte/-ärztinnen in der ersten Fortbildung angesprochen und gebeten, die Medikationspläne und/oder Erhebungsbögen der ersten beiden Familienkonferenzen zur Verfügung zu stellen. Die Auswertung wurde anhand dieses *convenience samples* durchgeführt. Ausgewertet wurden die Veränderungen in der Medikation zwischen den beiden Familienkonferenzen.

5.12 Datenerfassung, Datensicherheit und Datenqualitätsmanagement

Die Daten wurden mittels eines webbasierten Dateneingabesystems lokal in den beteiligten Zentren in einer zentralen Oracle-Datenbank erfasst, es erfolgte keine lokale Datenspeicherung. Der Zugang zur internen Datenbank und dem Webserver wurde durch zwei hintereinander geschaltete Firewalls kontrolliert. Die Daten wurden mit einem Pseudonym ohne Identifikationsdaten gespeichert. Die Mitglieder der Studiengruppe hatten gemäß eines detaillierten Rollen- und Rechtekonzepts Zugang zum elektronischen Dateneingabesystem. Ein *Audit Trail* gewährleistete ein automatisches Protokoll aller Dateneingaben, -änderungen und -löschungen.

Zur Datenqualitätssicherung erfolgten Online-Plausibilitätschecks während der Dateneingabe, Datenkontrollen nach Dateneingabe sowie Nutzerschulungen vor Erfassung der Daten.

5.13 Gesundheitsökonomische Evaluation

Das Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war die Kosteneffektivität der Intervention gegenüber der Routineversorgung zum 12-Monats Follow-Up zu untersuchen. Die Analysen wurden aus der Perspektive der Sozialversicherung durchgeführt. Der Fokus wurde hierbei auf die Gesetzliche Krankenversicherung und die Gesetzliche Pflegeversicherung gelegt, da diese die relevanten Kostenträger bei der Bewertung der Leistungsanspruchnahme für die Studienpopulation waren.

Die Hauptanalyse wurde mit der *Intention-to-Treat (ITT)*-Population durchgeführt. Fehlende Werte im Datensatz wurden dabei durch multiple Imputation ersetzt [37, 38]. Bei fehlenden Informationen im Patienten-/Patientinnenfragebogen wurde die multiple

Imputation [37, 38] unter der Annahme „Missing at random“ angewendet, sodass vollständige Informationen von Patienten/Patientinnen genutzt werden konnten, um fehlende Informationen zu vervollständigen [39].

In einigen Fällen war allerdings die multiple Imputation nicht zulässig, etwa, wenn Patienten/Patientinnen während der Beobachtungsdauer verstarben, noch bevor die Erhebung stattfinden konnte. Hier wurde angenommen, dass die Patienten/Patientinnen nach ihrem Tod keine Nutzwerte erzielten [40]. Analog wurde vorgegangen bei dem Outcome Anzahl der Krankenhausaufenthalte und bei Leistungsanspruchnahmenkosten.

Ebenfalls wurde keine multiple Imputation angewendet, wenn Leistungsanspruchnahmen im Fragebogen mit „weiß nicht/ keine Angabe“ beantwortet wurden. Wenn sich die Angabe auf Fragen bezog, ob eine Leistung beansprucht wurde, wurde angenommen, dass keine Leistungsanspruchnahme stattfand. Bezog sich die Angabe hingegen auf Fragen, wie oft eine stattgefundene Leistung beansprucht wurde, wurde angenommen, dass die Häufigkeit der Leistungsanspruchnahme dem Medianwert (zum Erhebungszeitpunkt) entsprach.

Die multiple Imputation wurde für fehlende Informationen in Kosten, Nutzwerten und in der Anzahl der Krankenhausaufenthalte (alle zu t0, t1 und t2) sowie in Kovariaten (zu t0) eingesetzt. Die Imputation wurde unter Berücksichtigung der Gruppenzuteilung in IG oder KG durchgeführt, um mögliche Gruppenunterschiede bei der Imputation zu berücksichtigen [41]. Die Anzahl der Datensätze mit unterschiedlich imputierten Werten (imputierte Datensätze) wurde in Abhängigkeit vom Prozentsatz an fehlenden Informationen, den eine Variable maximal hatte, entschieden [42].

Die Schätzung der durchschnittlichen inkrementellen Outcomes und Kosten zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe sowie deren 95%-Konfidenzintervalle (KI) wurde mittels des Generalisierten Linearen Modells (*GLM*) unter Einsatz von Kovariaten (sozio-demographisch, sozio-ökonomisch, gesundheitsbezogen, bezogen auf Arztpraxis) durchgeführt.

Durch Division der durchschnittlichen inkrementellen Outcomes und Kosten wurden Schätzwerte für die Kosteneffektivität (ICER/ICUR) ermittelt. Mit Hilfe des nicht-parametrischen Bootstrap-Verfahrens nach der verzerrungsfreien Perzentilmethode wurden 95%-KI für ICER-/ICUR-Schätzwerte bestimmt [43, 44], durchschnittliche inkrementelle Outcomes und Kosten als Punktwolke veranschaulicht (CE-Plane; CU-Plane) [45, 46] und Aussagen über die Wahrscheinlichkeit einer kosteneffektiven Intervention gegenüber der Routineversorgung getroffen [47], auf Grundlage hypothetischer Schwellenwerte für die maximale Zahlungsbereitschaft.

Die Robustheit der Ergebnisse aus der Hauptanalyse wurde in einer Sensitivitätsanalyse (SA) überprüft. In SA-I wurden Kontrollvariablen ausgeschlossen; in SA-II wurde die Analyse für die Per-Protokoll (*PP*)-Population im Gegensatz zur Hauptanalyse für die ITT-Population durchgeführt und in SA-III wurden nur Patienten/Patientinnen mit vollständigen Informationen eingeschlossen (Analyse ohne multiple Imputation).

5.14 Prozessevaluation

Datenerhebung

Die Prozessevaluation erfolgte entsprechend internationaler Empfehlungen für die Prozessevaluation von komplexen Interventionen [48]. Es wurden unterschiedliche Prozessparameter auf Cluster- und Individualebene mit verschiedenen qualitativen und quantitativen Methoden erhoben (siehe [Anhang 3, Tabelle 3.1](#)). Zur Untersuchung der Machbarkeit und zur Optimierung der Intervention wurden nach der Pilotierung der Familienkonferenzen halbstandardisierte Telefoninterviews mit den

Hausärzten/Hausärztinnen und Patienten/Patientinnen durchgeführt (für Details siehe 5.2). Der Rekrutierungsprozess, einschließlich der Gründe der Nichtteilnahme, wurde sowohl auf Cluster- als auch Individualebene dokumentiert (siehe Kapitel 6.1). Zur Bestimmung der intervention fidelity wurden von den Dozenten/Dozentinnen strukturierte Dokumentationsbögen nach jeder obligatorischen Fortbildung ausgefüllt (Dokumentationsbögen siehe **Anlage 8**). Von den fakultativen Fortbildungen wurde die Inanspruchnahme dokumentiert. Die Fortbildungen wurden von den teilnehmenden Hausärzten/Hausärztinnen schriftlich evaluiert (Evaluationsbogen siehe **Anlage 18**). Zusätzlich wurden die Familienkonferenzen anhand eines halbstrukturierten Protokolls (Ergebnisbogen; siehe **Anlage 5**) durch die Hausärzte/Hausärztinnen unmittelbar im Anschluss an die Familienkonferenz dokumentiert.

Am Studienende wurden die Einstellungen bzgl. der COFRAIL-Intervention und die Erfahrungen der Hausärzte/Hausärztinnen im Rahmen leitfadengestützter Telefoninterviews erhoben. Darüber hinaus wurden leitfadengestützte Telefoninterviews bzgl. der Erfahrungen der Familien (z. B. Berücksichtigung von Präferenzen; Barrieren und Förderfaktoren) durchgeführt. Die Leitfäden der Telefoninterviews mit Hausärzten/Hausärztinnen, Patienten/Patientinnen und Angehörigen sind in **Anlage 31** zu finden.

Sampling

Für die Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen wurden alle teilnehmenden Hausärzte/Hausärztinnen im Anschluss an die jeweilige Veranstaltung gebeten, die Evaluationsbögen auszufüllen. Die leitfadengestützten Telefoninterviews am Studienende mit Hausärzten/Hausärztinnen erfolgten in einer Gelegenheitsstichprobe. Die Hausärzte/Hausärztinnen wurden am Ende der Fortbildungsveranstaltungen bzgl. potenziellen Interesses für weiterführende Interviews angefragt und gebeten, sich ggf. in eine Kontaktliste einzutragen. Anhand dieser Liste erfolgte später die Einladung zur Studienteilnahme. Mit einer Substichprobe von 10 Patienten-Angehörigen-Dyaden pro Region sollten leitfadengestützte Telefoninterviews durchgeführt werden. Da in vielen Fällen die Angehörigen nicht über die Patienten/Patientinnen erreicht werden konnten bzw. gemeinsame Interviewtermine mit Angehörigen und Patienten/Patientinnen nicht realisierbar waren, wurden die Telefoninterviews auch separat mit Patienten/Patientinnen und Angehörigen geführt. Hierzu wurde von den Study Nurses der beiden Studienzentren Düsseldorf und Rostock im Rahmen der Hauptdatenerhebungen potenzielles Interesse erfragt und ggf. die Kontaktdaten an das Studienzentrum Halle (Saale) übermittelt. Anschließend erfolgte eine schriftliche Einladung zur Interviewteilnahme. Die Teilnehmenden mussten körperlich und geistig in der Lage sein, an einem Telefoninterview teilzunehmen. Davon abgesehen gab es keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien.

Datenauswertung

Die Prozessevaluation erfolgte rein explorativ. Alle quantitativen Daten wurden deskriptiv analysiert, anhand von Mittelwerten, Standardabweichungen, Min-Max, absoluten und relativen Häufigkeiten. Die Analyse der qualitativen Daten erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [49]. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die initialen Themen wurden zur Abstraktion des Inhalts deduktiv anhand der Interviewleitfäden durch eine Person codiert. Anhand der Aussagen der Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden induktiv weitere Themen offen am Material entwickelt. Abschließend wurden die Ergebnisse mit einer weiteren Person des Studienteams diskutiert und interpretiert. Die Inhalte wurden zusammengefasst und narrativ beschrieben. Die Auswertung erfolgte mit MAXQDA 20.

6. Projektergebnisse

6.1 Studienpopulation

Für die Studienteilnahme wurden an den beiden Studienzentren 114 Hausarztpraxen (Düsseldorf 70; Rostock 44) rekrutiert. Die Rekrutierung der Praxen erfolgte auf der Grundlage der SOP HA-Rekrutierung (**Anlage 24 und 25**) sowie angefertigter Gesprächsleitfaden für die Kommunikation mit den Hausarztpraxen (**Anlage 26**). Es wurden insgesamt 6.632 Hausärzte und Hausärztinnen mit der Bitte um Projektteilnahme angeschrieben. Von den angeschriebenen Hausärzten/Hausärztinnen haben sich 237 mit einer Fax-Zusage zurückgemeldet. Daraufhin wurden Ihnen weitere Projektunterlagen sowie eine Einwilligungserklärung mit der Bitte um Unterschrift und Rücksendung zugesendet. 26 Hausärzte/Hausärztinnen haben mitgeteilt, dass sie doch nicht teilnehmen möchten, weitere 28 haben – trotz wiederholter schriftlicher und telefonischer Kontaktaufnahme - die Einwilligungserklärung nicht zurückgesendet. Insgesamt lagen Einwilligungserklärungen von 183 Hausärzten/Hausärztinnen aus 171 Praxen vor. Von diesen haben noch vor der Randomisierung 38 Hausärzte aus 35 Praxen die Einwilligung wieder zurückgezogen. Weitere 28 Hausärzte aus 25 Praxen wurden vor Randomisierung ausgeschlossen, da sie nicht die geforderte Anzahl an Patienten/Patientinnen rekrutiert haben. Somit wurden 114 Praxen (119 Hausärzte/Hausärztinnen) in die Studie eingeschlossen und in die Cluster-Randomisierung einbezogen.

Die Rekrutierungsquote lag bezogen auf die Einwilligung von Hausärzten/Hausärztinnen bei 3,6 % und bezogen auf den Einschluss in die Studie bei 1,8 %.

Von den Hausärzten/Hausärztinnen wurden insgesamt 623 geeignete Patienten/Patientinnen in die Studie eingeschlossen (Düsseldorf 404; Rostock 219). Im Mittel wurden pro Praxis 5,46 Patienten/Patientinnen rekrutiert (Standardabweichung 1,76), in der Baseline wurden im Mittel pro Praxis 4,57 Patient*innen untersucht (Standardabweichung 1,82). Anschließend erfolgte die Cluster-Randomisierung auf Praxisebene. Auf Düsseldorf entfielen 35 Praxen mit 205 Patienten/Patientinnen auf die Interventionsgruppe. Auf Rostock entfielen 22 Praxen mit 108 Patienten/Patientinnen auf die Interventionsgruppe.

Für die Patienten/Patientinnen war die Angabe mindestens einer Vertrauensperson (Angehöriger oder Pflegedienst) bei der Hausarztpraxis ein Einschlusskriterium in die Studie. Somit hatten alle Personen eine(n) Angehörige bzw. einen Pflegedienst als Hauptbezugsperson. Die Anzahl und die Charakteristika der Hauptbezugspersonen (ob Angehörige und/oder Pflegedienst) kann aus der Datenerhebung nicht abgeleitet werden, da diese Personen nicht in die Studie eingeschlossen wurden und die Kontaktdaten nur von den Studienärzten/Studienärztinnen erfasst wurden. Aus den Ergebnisprotokollen der Familienkonferenzen in der Interventionsgruppe geht hervor, dass in 93% der Fälle mindestens eine Hauptbezugsperson (Angehörige und/oder Pflegedienst) beteiligt waren.

Nach erfolgter Rekrutierung kam es zu einem *Drop-out* von 41 Patienten/Patientinnen in der Interventionsgruppe und 61 Patienten/Patientinnen in der Kontrollgruppe bevor jeweils die Hausbesuche der *Study Nurses* für die Baseline-Erhebungen erfolgen konnten. Somit ergab sich nach Baseline-Erhebung eine Population von 521 Patienten/Patientinnen (Interventionsgruppe 272; Kontrollgruppe 249). Die Population für die *Intention-to-treat* – Analyse des primären Endpunkts umfasste (nach Ausschluss von 11 Patienten/Patientinnen ohne Baseline-Angaben zum primären Endpunkt) 510 Patienten/Patientinnen.

Bei 385 Patienten/Patientinnen (Interventionsgruppe 200; Kontrollgruppe 185) lag eine vollständige *Follow-up* Erhebung von zwölf Monaten vor (T0-T2). Diese Patienten/Patientinnen gingen in die Per-Protokoll-Analyse ein (siehe **Abbildung 3**).

Insgesamt haben 676 Familienkonferenzen stattgefunden, bei 675 Familienkonferenzen liegt der Ergebnisbogen vor. Bei 525 Familienkonferenzen hat mindestens ein Angehöriger oder eine Vertrauensperson teilgenommen (77.8%), bei 144 Familienkonferenzen hat eine Person aus dem Pflegedienst teilgenommen (21.3%). Die zugelassene Anzahl der Angehörigen pro Konferenz wurde nicht definiert. In den Bögen wurde nur erfasst, ob eine Hauptbezugsperson anwesend war. Es wurde nicht erfasst, ob weitere Personen anwesend waren.

6.2 Charakteristika der Studienpopulation zu Baseline T0

Die Charakteristika der in die Studie eingeschlossenen und zur Baseline (T0) untersuchten 521 Patienten/Patientinnen sind in **Tabelle 3** aufgeführt. Eine vergleichende Analyse ergab, dass sich die Populationen in Interventions- und Kontrollarm nicht relevant unterschieden.

Die Patienten/Patientinnen waren im Mittel 83,5 Jahre alt und zu 68,1% weiblich. Insgesamt 69,5% aller eingeschlossenen Personen gaben einen niedrigen Bildungsstand an. Im Hinblick auf den geriatrischen *Frailty*-Grad galten 10,8% der Patienten/Patientinnen als stark gebrechlich, 37,9% als mäßig gebrechlich und die übrigen 51,3% als leicht gebrechlich.

Die Patienten/Patientinnen nahmen im Durchschnitt 9,32 unterschiedliche Wirkstoffe täglich ein und wiesen 11,93 Diagnosen bzw. medizinische Komplikationen auf. Die durchschnittliche Anzahl von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten vor Baseline betrug 0,51 mit einer Streubreite (Standardabweichung) von 0,84.

Die ermittelte Lebensqualität nach EuroQoL-5L betrug im Durchschnitt 0,48 mit einer Streubreite (Standardabweichung) von 0,47. Eine schwere Depression laut GDS wiesen 4,5% und eine geringe bis moderate Depression wiesen 19,8% der Patienten auf. Die Mehrzahl der Patienten/Patientinnen wiesen eine leichte (44,5%) oder mittlere (27,7%) motorische Funktionseinschränkung nach dem Barthel-Index auf. 17,4% der Patienten/Patientinnen verfügten über keinen anerkannten Pflegegrad, am Häufigsten lag Pflegegrad 2 (41,8%) oder Pflegegrad 3 (24,4%) vor. Ein höherer Pflegegrad der Stufen 4 oder 5 lag lediglich bei 5,6% der Patienten/Patientinnen vor.

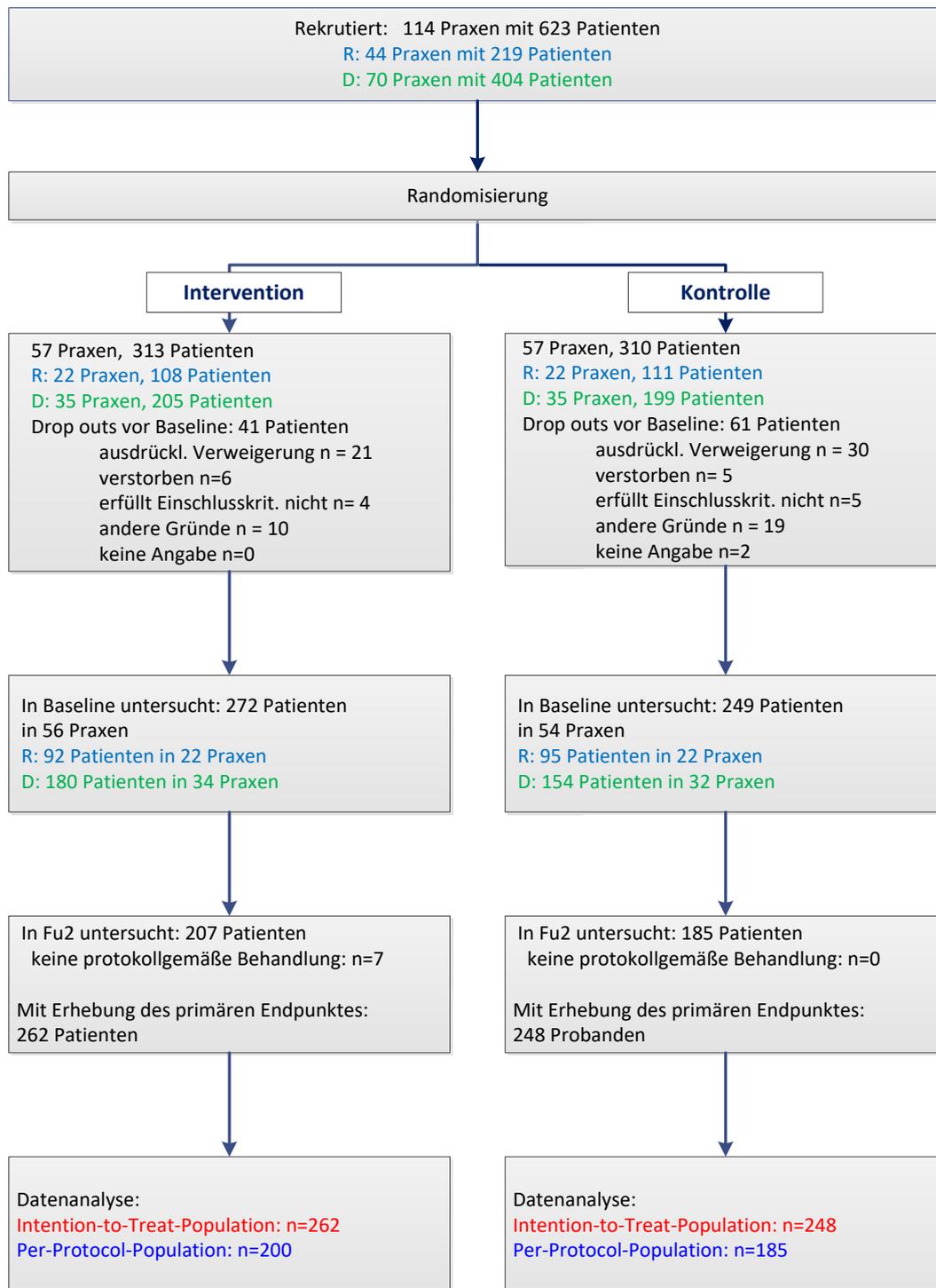


Abbildung 3. CONSORT Flow Chart.

Tabelle 3. COFRAIL Charakteristika der Studienpopulation zur Baseline.

	Intervention N=272	Kontrolle N=249	Gesamt N=521
Geschlecht	N=272	N=249	N=521
Weiblich, %	66,5	70,3	68,3
Alter	N=272	N=249	N=521
<i>Mittelwert (± SD)</i>	83,69 (6,08)	83,29 (6,29)	83,50 (6,17)
Bildungsgruppen nach CASMIN	N=269	N=242	N=511
Niedrig, %	69,5	69,4	69,5
mittel, %	20,4	18,2	19,4
hoch, %	10,0	12,4	11,2
Clinical Frailty Scale	N=268	N=239	N=507
5=leicht gebrechlich, %	51,1	51,5	51,3
6=mäßig gebrechlich, %	38,1	37,7	37,9
7=stark gebrechlich, %	10,8	10,9	10,8
Anzahl Erkrankungen *	N=266	N=249	N=515
<i>Mittelwert (± SD)</i>	11,77 (4,11)	12,11 (4,12)	11,93 (4,11)
Anzahl Krankenhausaufenthalte **	N=272	N=249	N=521
<i>Mittelwert (± SD)</i>	0,48 (0,85)	0,55 (0,82)	0,51 (0,84)
Anzahl Medikamente	N=270	N=246	N=516
<i>Mittelwert (± SD)</i>	9,28 (3,78)	9,37 (3,40)	9,32 (3,60)
EuroQoL 5L Gesamtscore	N=266	(N=246)	(N=512)
<i>Mittelwert (± SD)</i>	0,49 (0,45)	0,47 (0,49)	0,48 (0,47)
Geriatric Depression Scale	N=258	N=232	N=490
normal, %	77,5	73,7	75,7
Geringe bis moderate Depression, %	16,7	23,3	19,8
schwere Depression, %	5,8	3,0	4,5
Barthel-Index (motorische Funktionseinschränkung)	N=272	N=247	N=519
U50.00 Nicht oder gering, %	17,6	12,1	15,0
U50.10 Leicht, %	43,4	45,7	44,5
U50.20 Mittel, %	26,5	29,1	27,7
U50.30 Mittelschwer, %	7,7	6,9	7,3
U50.40 Schwer, %	3,7	3,6	3,7
U50.50 Sehr schwer, %	1,1	2,4	1,7
Pflegegrad	N=270	N=247	N=517
kein Pflegegrad, %	17,8	17,0	17,4
Pflegegrad 1, %	10,4	9,3	9,9
Pflegegrad 2, %	42,2	41,3	41,8
Pflegegrad 3, %	24,8	23,9	24,4
Pflegegrad 4, %	3,3	5,7	4,4
Pflegegrad 5, %	1,1	1,2	1,2
weiß nicht/keine Angabe, %	0,4	1,6	1,0
Inanspruchnahme Notfalldienst *** (mindestens 1x in letzten 6 Monaten)	N=271	N=246	N=517
ja, %	11,4%	9,8%	10,6%
Blutdruck in mmHg *	N=260	N=252	N=512
Systolisch, <i>Mittelwert (± SD)</i>	131,32 (17,85)	132,98 (16,28)	132,13 (17,10)
Diastolisch, <i>Mittelwert (± SD)</i>	75,52 (9,75)	75,64 (9,21)	75,58 (9,48)

Herzfrequenz pro min *	N=236	N=239	N=475
<i>Mittelwert (± SD)</i>	72,92 (9,70)	71,86 (9,72)	72,39 (9,71)
Glukose mg/dl *	N=244	N=227	N=471
<i>Mittelwert (± SD)</i>	85,41 (59,48)	78,74 (56,08)	82,20 (57,90)
GFR *	N=253	N=238	N=491
<i>Mittelwert (± SD)</i>	55,04 (19,62)	53,87 (19,17)	54,47 (19,39)
*Arztangabe aus der Patientenakte **Maximum aus Arztangabe und Patientenangabe ***Selbstauskunft durch Patient / Angehörigen SD = Standard Deviation			

6.3 Primärer Endpunkt

Zur *Follow-up* – Untersuchung nach 12 Monaten (T2) wurde die Hospitalisierungsrate gemäß der *Intention-to-treat* – Analyse ausgewertet (siehe **Tabelle 4**). Die durchschnittliche Anzahl der Hospitalisierungen betrug nach Adjustierung der tatsächlichen Beobachtungszeit auf eine einheitliche Beobachtungszeit von 12 Monaten in der Interventionsgruppe (262 Patienten/Patientinnen) 0,98 (Standardabweichung 1,72) und in der Kontrollgruppe (248 Patienten/Patientinnen) 0,99 (Standardabweichung 1,5).

In dem gemischten Modell 1 wurden die Hausarztpraxen als Random Effekt berücksichtigt; im Modell 2 gingen zusätzlich die Variablen Beobachtungszeitraum, Alter, Geschlecht, Anzahl Erkrankungen sowie Hospitalisierungsrate zu Baseline ein. Auch nach Adjustierung für diese Variablen zeigten sich hinsichtlich des primären Endpunkts keine Gruppenunterschiede. Eine Sensitivitätsanalyse für die Per-Protokoll Population zeigte ebenfalls keine statistisch signifikanten Effekte der Intervention.

Tabelle 4. Primärer Endpunkt: Hospitalisierungsrate nach 12 Monaten.

Studien- teil- nehmer	Hospitalisierungsrate (± SD)		Mixed Model 1 IRR (95% CI)	Adjustierte Hospitalisierungsrate* (± SD)		Mixed Model 2** IRR [95% CI]
	Intervention	Kontrolle		Intervention	Kontrolle	
ITT (n=510)	0,86 (±1,24)	0,79 (1,04)	1,08 (0,85; 1,37) (p=0,552)	0,98 (±1,72)	0,99 (± 1,53)	1,08 [0,84; 1,39] (p=0,533)
PP (n=385)	0,81 (±1,21)	0,79 (±1,10)	1,01 (0,79; 1,31) (p=0,911)	0,73 (±1,12)	0,79 (±1,11)	1,08 [0,83; 1,43] (p=0,545)
*adjustiert für eine Beobachtungszeit von 12 Monaten						
** Die adjustierenden Variablen umfassten die Beobachtungszeit, Alter, Geschlecht, Zahl der chronischen Krankheiten, retrospektive Hospitalisierungsrate zur Baseline						
Mixed-effect Model Poisson Regression, Praxen wurden berücksichtigt als random effect						
IRR = Incidence Rate Ratio; ITT = Intention-to-treat Analyse; PP = Per Protocol Analyse; SD = Standard Deviation; 95% CI = 95% Confidence Interval						

6.4 Sekundäre Endpunkte

Die Datenerhebungen hinsichtlich der sekundären Endpunkte erfolgte in den *Follow-up* Untersuchungen nach sechs Monaten (T1) und nach zwölf Monaten (T2) mittels einer Befragung bzw. Untersuchung des Patienten/der Patientin durch *Study Nurses*. Von den 521 zur Baseline (T0) untersuchten Patienten/Patientinnen, konnten nach zwölf Monaten (T2) 136 Patienten/Patientinnen nicht oder nicht vollständig untersucht werden. Daher erfolgte die Auswertung der sekundären Endpunkte für die Per-Protokoll-Population.

Die Anzahl der eingenommenen Arzneimittel betrug in der Kontrollgruppe zu T0 im Schnitt $9,24 \pm 3,44$ Medikamente pro Patient/Patientin. Im Verlauf der Studie zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen (siehe **Tabelle 5**). Im Vergleich dazu wurden in der Interventionsgruppe zu T0 im Schnitt $8,98 \pm 3,56$ Medikamente pro Patient/Patientin eingenommen. Der Wert sank auf $8,11 \pm 3,21$ Medikamente pro Patient/Patientin zu T1 und blieb nahezu konstant bei $8,49 \pm 3,63$ Medikamenten pro Patient/Patientin zu T2 (siehe **Tabelle 5**).

Die Anwendung eines gemischten Regressionsmodells (Modell 1 *Mixed-effect Poisson Regression*) unter Adjustierung der Anzahl der Medikamente zu Baseline (T0) sowie unter Berücksichtigung der Hausarztpraxen als Random Effect ergab für T1 einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen Interventions- und Kontrollarm ($p < 0,001$). Dieser Effekt ließ sich zu T2 allerdings nicht mehr nachweisen ($p=0,073$). Auch im gemischten Regressionsmodell 2 unter zusätzlicher Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Anzahl von Diagnosen ergab sich zu T1 ein signifikanter Gruppenunterschied ($p= 0,001$), der zu T2 knapp verfehlt wurde ($p=0,08$).

Tabelle 5. Sekundäre Endpunkte: Medikamente – Anzahl der Medikamente zur Baseline, nach 6 und 12 Monaten.

	Anzahl Medikamente (\pm SD)		Mixed Model 1*	Mixed Model 2**
	Intervention	Kontrolle	IRR [95% CI]	IRR [95% CI]
T0 zur Baseline	8,98 (\pm 3,56) (N=198)	9,24 (\pm 3,44) (N=184)	-	-
T1 nach 6 Monaten	8,11 (\pm 3,21) (N=193)	9,32 (\pm 3,59) (N=181)	0,88 [0,82; 0,95] ($p < 0,001$)	0,88 [0,83; 0,95] ($p= 0,001$)
T2 nach 12 Monaten	8,49 (\pm 3,63) (N=197)	9,16 (\pm 3,42) (N=184)	0,94 [0,88; 1,01] ($p=0,073$)	0,94 [0,88; 1,01] ($p=0,08$)

* Mixed-effect Poisson Regression Model adjustiert für die Zahl der Medikamente zur Baseline. Die Praxen wurden als random effect berücksichtigt.

**Die Praxen wurden als cluster oder random effect berücksichtigt. Die adjustierenden Variablen umfassten die Beobachtungszeit, die Zahl der Medikamente zur Baseline, Alter, Geschlecht, Zahl der chronischen Krankheiten

IRR = Incidence Rate Ratio; SD = Standard Deviation; 95% CI = 95% Confidence Interval

Da die Datenerhebungen für das geriatrische Assessment durch *Study Nurses* im Zuge der COVID-19 – Pandemie von Hausbesuchen auf telefonische Befragungen umgestellt werden mussten, konnte die Messung der Handkraft und die Durchführung des *Timed-up & Go* Tests in relevanter Anzahl nur im ersten *Follow-up*, nach sechs Monaten (T1) erhoben werden. Für diese beiden geriatrischen Assessments erfolgte daher nur die Auswertung zu T1 (siehe **Tabelle 6**).

Tabelle 6. Sekundäre Endpunkte: Geriatrisches Assessment Teil I - zu Baseline und nach 6 Monaten (T1).

	Intervention		Kontrolle		
Handkraftmessung (± SD)					Mixed Linear Regression * β [95% CI]
T0	16,02 (± 9,54) (N=137)		15,79 (± 10,33) (N=121)		-
T1	17,78 (± 9,58) (N=65)		16,60 (± 10,69) (N=47)		-0,32 [-1,97; 1,33] (p=0,704)
Timed up & Go Test (± SD)					Mixed Linear Regression ** β [95% CI]
T0	28,32 (± 16,43) (N=133)		28,24 (± 14,26) (N=104)		-
T1	23,63 (± 10,42) (N=67)		29,79 (± 13,81) (N=39)		-1,12 [-5,61; 3,38] (p=0,627)
* Mixed Linear Regression. Adjustiert für Alter, Geschlecht und Baseline-Ergebnissen. Die Praxen wurden als random effect berücksichtigt.					
** Mixed Linear Regression. Adjustiert für Alter, Geschlecht und Baseline-Ergebnissen. Die Praxen wurden als random effect berücksichtigt.					
β = Regression Coefficient; SD = Standard Deviation; 95% CI = 95% Confidence Interval					

Die Ergebnisse für die weiteren Elemente des geriatrischen Assessments und zu kritischen Ereignissen finden sich in **Tabelle 7**. Für sämtliche Ergebnisse dieser Parameter zeigten sich keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe mit statistischer Signifikanz.

Tabelle 7. Sekundäre Endpunkte: Geriatrisches Assessment Teil II und kritische Ereignisse zur Baseline und nach 12 Monaten (T2).

	Intervention		Kontrolle		
Kognition (± SD)	T0	T2	T0	T2	Mixed Linear Regression * β (95% CI)
CERAD Animals (Number of correct mentions within 60 sec.)	14,10 (± 5,58) (N=192)	14,40 (± 6,17) (N=171)	14,06 (± 5,48) (N=178)	14,46 (± 5,44) (N=152)	0,32 [-0,58; 1,22] (p=0,492)
CERAD Word List Memory (Total of 3 runs)	15,18 (± 6,04) (N=180)	17,60 (± 6,73) (N=149)	15,04 (± 5,50) (N=168)	16,94 (± 6,13) (N=132)	0,97 [-0,33; 2,27] (p=0,145)
CERAD Animals (Number of correct mentions within 60 sec.)	14,10 (± 5,58) (N=192)	14,40 (± 6,17) (N=171)	14,06 (± 5,48) (N=178)	14,46 (± 5,44) (N=152)	0,32 [-0,58; 1,22] (p=0,492)
Geriatrische Depressions-Skala (GDS)***	T0	T2	T0	T2	Mixed Ordinal Logistic Regression* OR (95% CI)
normal	154 (81,9%)	129 (78,2%)	136 (76,4%)	112 (75,2%)	0,74 [0,32; 1,70] (p=0,488)
gering / mittel	24 (12,8%)	27 (16,4%)	37 (20,8%)	31 (20,8%)	
schwer	10 (5,3%)	9 (5,5%)	5 (2,8%)	6 (4,0%)	
Barthel-Index (motorische Funktions-einschränkung)	T0	T2	T0	T2	Mixed Ordinal Logistic Regression* OR (95% CI)

U50.00 Nicht oder gering, %	37 (18,5%)	32 (16,1%)	26 (14,1%)	29 (15,8%)	1,21 [0,78; 1,88] (p=0,393)
U50.10 Leicht, %	95 (47,5%)	87 (43,7%)	83 (44,9%)	82 (44,6%)	
U50.20 Mittel, %	50 (25,0%)	53 (26,6%)	51 (27,6%)	42 (22,8%)	
U50.30 Mittelschwer, %	11 (5,5%)	15 (7,5%)	13 (7,0%)	19 (10,3%)	
U50.40 Schwer, %	7 (3,5%)	10 (5,0%)	8 (4,3%)	7 (3,8%)	
U50.50 Sehr schwer, %	0 (0,0%)	2 (1,0%)	4 (2,2%)	5 (2,7%)	
Körpergewicht	T0	T2	T0	T2	Mixed Ordinal Logistic Regression* OR (95% CI)
Untergewicht, %	5 (2,7)	2 (1,1)	1 (0,6)	1 (0,6)	1,317 [0,77; 2,24] (p=0,308)
Normalgewicht, %	55 (29,6)	55 (30,9)	39 (23,8)	43 (26,9)	
Übergewicht, %	64 (34,4)	67 (37,6)	56 (34,1)	49 (30,6)	
Adipositas Gr. I, %	39 (21,0)	30 (16,9)	43 (26,2)	44 (27,5)	
Adipositas Gr. II, %	16 (8,6)	14 (7,9)	16 (9,8)	15 (9,4)	
Adipositas Gr. II, %	7 (3,8)	10 (5,6)	9 (5,5)	8 (5,0)	
Sturzhäufigkeit (letzte 6 Monate)	T0	T2	T0	T2	Mixed Ordinal Logistic Regression* OR (95% CI)
keinmal	123 (63,4%)	134 (67,7%)	123 (66,5%)	132 (73,3%)	1,16 [0,72; 1,86] (p=0,535)
1-2x	46 (23,7%)	54 (27,3%)	49 (26,5%)	41 (22,8%)	
3-5x	19 (9,8%)	8 (4,0%)	10 (5,4%)	6 (3,3%)	
6-10x	4 (2,1%)	1 (0,5%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)	
mehr als 10x	2 (1,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,6%)	
Inanspruchnahme Notfalldienst (mindestens 1x in letzten 6 Monaten)	T0	T2	T0	T2	Mixed Binary Logistic Regression* OR (95% CI)
ja, %	31 (11,4)	19 (9,2)	24 (9,8)	21 (11,4)	0,74 [0,34;1,62] (p=0,463)
nein, %	240 (88,6)	188 (90,8)	222 (90,2)	163 (88,6)	
* jeweils adjustiert für Alter, Geschlecht und Baseline-Ergebnisse					
***Der maximale Score des GDS-15 ist 15 Punkte mit folgender Einteilung: 0-5 normal, 6-10 leichte bis mittelschwere Depression, 11-15 schwere Depression					
OR = Odds Ratio; β = Regression Coefficient; SD = Standard Deviation; 95% CI = 95% Confidence Interval					

Im Studienverlauf sind nach 12 Monaten von den 521 Patienten/Patientinnen, die zur Baseline untersucht worden sind, insgesamt 59 (11,3%) verstorben (Intervention 29 (10,7%)/ Kontrolle 30 (12,0%)). Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Mortalität ($p=0.618$, χ^2 -Test).

Die Ergebnisse der übrigen Sicherheitsparameter finden sich in **Tabelle 8**. Für sämtliche Parameter zeigten sich keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Tabelle 8. Sicherheitsparameter zur Baseline (T0) und nach 12 Monaten (T2).

	Intervention		Kontrolle		
	T0	T2	T0	T2	
Blutdruck in mmHg *	N=260	N=197	N=252	N=188	Mixed Linear Regression* β (95% CI)
Systolisch, Mittelwert (± SD)	131,32 (17,85)	130,81 (15,83)	132,98 (16,28)	134,63 (18,08)	-2,31 [-5,93;1,31] (p=0,211)
Diastolisch, Mittelwert (± SD)	75,52 (9,75)	77,13 (9,48)	75,64 (9,21)	76,88 (9,8)	0,71 [-1,50;2,93] (p=0,529)
Herzfrequenz pro min	N=236	N=158	N=239	N=163	
Mittelwert (± SD)	72,92 (9,70)	73,59 (10,51)	71,86 (9,72)	73,701 (1,3)	-0,40 [-3,08;2,27] (p=0,767)
Glukose mg/dl *	N=244	N=140	N=227	N=145	
Mittelwert (± SD)	85,41 (59,48)	91,24 (60,64)	78,74 (56,08)	84,26 (63,94)	1,76 [-7,75;11,28] (p=0,717)
GFR *	N=253	N=170	N=238	N=163	
Mittelwert (± SD)	55,04 (19,62)	52,32 (19,31)	53,87 (19,17)	53,11 (19,57)	-0,07 [-2,46;2,31] (p=0,951)

* adjustiert für Alter, Geschlecht und Baseline

6.5 Weitere klinisch-pharmakologische Auswertungen

Für die Analyse der Medikation konnten die Angaben von n=347 Patienten/Patientinnen herangezogen werden. Die Tabellen zu den unten beschriebenen Ergebnissen finden sich in [Anhang 1](#).

6.5.1 Interaktionen

In der Kontrollgruppe traten insgesamt n=127 Interaktionen auf (0,74 ±0,98 pro Patient/Patientin). Dieser Wert blieb zu T1 mit n=126 Interaktionen konstant und sank geringfügig auf n=121 Interaktionen (0,71 ±1,02 pro Patient/Patientin). Im Vergleich dazu gab es in der Interventionsgruppe zu T0 n=110 Interaktionen (0,62 ±1,07 pro Patient/Patientin), die zu T1 signifikant auf n=95 Interaktionen abnahmen (0,54 ±0,94 pro Patient/Patientin; p < 0,05) und zu T2 wieder leicht auf n=102 anstiegen (0,58 ±0,94 pro Patient/Patientin; n.s.) (siehe [Anhang 1](#), [Tabelle 1.1](#) und [Tabelle 1.2](#)).

6.5.2 Drug Burden Index

Zu T0 wurden in der Kontrollgruppe im Mittel ein DBI von 0,70 ±0,84 (Median: 0,50) berechnet, dieser blieb nahezu unverändert mit 0,71 ±0,84 (Median: 0,50) zu T1 und 0,73 ±0,86 (Median: 0,50) zu T2. Im Vergleich dazu wurden in der Interventionsgruppe im Mittel ein DBI von 0,76 ±0,83 (Median: 0,58) zu T0 errechnet. Zu T1 sank der berechnete DBI signifikant auf 0,66 ±0,75 (Median: 0,50; p < 0,05) und stieg zu T2 wieder leicht an auf 0,73 ±0,81 (Median: 0,50; n.s.) (siehe [Anhang 1](#), [Tabelle 1.3](#) und [Tabelle 1.4](#)).

6.5.3 Potentiell inadäquate Medikation (PIM) nach PRISCUS- und EU(7)-Liste

Zu T0 wurden in der Kontrollgruppe n= 41 PRISCUS-PIM erfasst. Diese Anzahl sank zu T1 auf n=37 und auf n=31 zu T2. In der Kontrollgruppe erhielten zu T0 21,64% der Patienten/Patientinnen, zu T1 19,30% und zu T2 15,79% mindestens eine PIM-Verordnung. Im Vergleich dazu wurden in der Interventionsgruppe zu T0 n=47 PRISCUS-PIM erfasst. Zu T1 sank die Anzahl auf n=32 und stieg zu T2 wieder auf n=38 PRISCUS-PIM an. Zu T0 besaßen 22,16% der Patienten/Patientinnen, zu T1 17,61% und zu T2 18,18% mindestens ein PIM in der Verordnung (siehe [Anhang 1](#), [Tabelle 1.5](#), [Tabelle 1.6](#) und [Tabelle 1.7](#)).

Anhand der EU(7)-PIM-Liste zeigten sich deutlich höhere Zahlen, nämlich $n=307$ EU(7)-PIM zu T0 in der Kontrollgruppe. Diese Anzahl sank zu T1 auf $n=293$ und $n=281$ EU(7)-PIM zu T2. In der Kontrollgruppe besaßen zu T0 86,55% der Patienten/Patientinnen, zu T1 82,46% und zu T2 83,04% mindestens ein PIM in der Verordnung. In der Interventionsgruppe betrug der Wert zu T0 $n=276$ EU(7)-PIM und sank zu T1 signifikant auf $n=228$ ($p < 0,05$), um zu T2 wieder auf $n=256$ EU(7)-PIM anzusteigen (n.s.). Prozentual waren dies zu T0 81,82% der Patienten/Patientinnen, zu T1 75,57% und zu T2,76. 14% der Patienten/Patientinnen, die mindestens ein PIM in der Verordnung hatten (siehe [Anhang 1, Tabelle 1.8, Tabelle 1.9, Tabelle 1.10](#) und [Tabelle 1.11](#)).

6.5.4 Auswertung über den Umsetzungsgrad des Deprescribing-Leitfadens

Zum Zeitpunkt der ersten Familienkonferenz wurden von den $n=177$ Patienten/Patientinnen insgesamt $n=1837$ Wirkstoffe eingenommen, d.h. diese Patienten/Patientinnen nahmen im Mittel $10,4 \pm 4,0$ Wirkstoffe ein. Nach der ersten Familienkonferenz wurden im Mittel $9,0 \pm 3,7$ Wirkstoffe pro Patient/Patientin eingenommen ($p < 0,001$ Vergleich vor versus nach 1. Familienkonferenz). Vor der zweiten Familienkonferenz wurden von den $n=177$ Patienten/Patientinnen im Mittel $9,1 \pm 3,8$ Wirkstoffe pro Patient/Patientin eingenommen, nach der zweiten Familienkonferenz waren es im Mittel $9,0 \pm 3,7$ Wirkstoffe pro Patient/Patientin. Am häufigsten wurden Wirkstoffe zur Therapie von Gicht sowie cholesterinsenkende Wirkstoffe abgesetzt (siehe [Anhang 1, Tabelle 1.12, Tabelle 1.13](#) und [Tabelle 1.14](#)).

6.6 Gesundheitsökonomische Evaluation

Tabellen und Abbildungen zu den unten beschriebenen Ergebnissen der gesundheitsökonomischen Evaluation finden sich in [Anhang 2](#).

6.6.1 Deskriptive Analyse

Insgesamt bildeten 521 Patienten/Patientinnen aus 110 Arztpraxen die ITT-Population (Interventionsgruppe: 272, Kontrollgruppe: 249). Die Charakteristika der Studienpopulation sind in [Anhang 2, Tabelle 2.1](#) zu finden. In der Mehrheit nahmen Frauen an der Studie teil (ca. 70%). Das Durchschnittsalter betrug ungefähr 80 Jahre. Die Analyse basierte auf 30 imputierten Datensätzen, vor dem Hintergrund, dass der prozentuale Anteil an fehlenden Informationen bei einer Variable maximal 29% betrug.

Die Interventionskosten betragen im Durchschnitt ca. 391€ pro Patient/Patientin (ca. 118€ für Fortbildungskosten pro Patient/Patientin in der Interventionsgruppe und ca. 110€ für jede zusätzlich durchgeführte Familienkonferenz).

Die Leistungsanspruchnahmekosten der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe waren zu allen Erhebungszeitpunkten ähnlich (siehe [Anhang 2, Abbildung 2.1](#)). Den größten Anteil an den Leistungsanspruchnahmekosten bildeten die Leistungen der Pflegeversicherung, gefolgt von Krankenhauskosten und Arzneimittelkosten. Die Leistungsanspruchnahmekosten bildeten im Vergleich zu den Interventionskosten den größten Anteil an den Gesamtkosten (Leistungsanspruchnahmekosten=11,615€; Interventionskosten=391€) zum 12-Monats-Follow-Up (siehe [Anhang 2, Tabelle 2.1](#)).

6.6.2 Hauptanalyse

In der CEA hatten Patienten/Patientinnen der Interventionsgruppe zum 12-Monats-Follow-Up im Durchschnitt Mehrkosten in Höhe von 1.171€ (95%-KI: -332 bis 2.674) gegenüber Patienten/Patientinnen der Kontrollgruppe (siehe [Anhang 2, Tabelle 2.2](#)). Dabei war die Anzahl an Krankenhausaufenthalten in der Interventionsgruppe im Durchschnitt größer als in der Kontrollgruppe, d.h. die Anzahl an vermiedenen Krankenhausaufenthalten betrug in der Interventionsgruppe im Durchschnitt -0,0877 (95%-KI: -0,308 bis 0,1329). Die Abweichung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte gegenüber der klinischen Analyse begründet sich mit voneinander abweichender ITT-

Population, Datenquelle für die Krankenhausaufenthalte, Imputation und Adjustierung für weitere Kovariate. Somit wurde die Intervention durch die Routineversorgung dominiert. In **Anhang 2, Abbildung 2.2** auf der CE-Plane (oben) wird dies verdeutlicht, da sich die Punktwolke mehr im „nord-westlichen“ Quadranten befindet (Intervention teurer und weniger effektiv).

In der CUA hatten Patienten/Patientinnen der Interventionsgruppe zum 12-Monats-Follow-Up im Durchschnitt Mehrkosten in Höhe von 1.351€ (95%-KI: -7 bis 2.710) gegenüber Patienten/Patientinnen der Kontrollgruppe (siehe **Anhang 2, Tabelle 2.2**). Dabei wurde in der Interventionsgruppe im Durchschnitt 0,02 QALYs mehr (95%-KI: -0,01 bis 0,06) erzielt als in der Kontrollgruppe. Somit erzeugte die Intervention gegenüber der Routineversorgung zusätzliche Kosten in Höhe von 61.984€ pro QALY (95%-KI: -33.853 bis 666.340). In **Anhang 2, Abbildung 2.2** auf der CU-Plane (unten) wird dies verdeutlicht, da sich die Punktwolke mehr im nord-östlichen Quadranten befindet. Bei einer maximalen Zahlungsbereitschaft von 100€ bis 10.000€ pro QALY betrug die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention gegenüber der Routineversorgung kosteneffektiv war unter 5% (siehe **Anhang 2, Abbildung 2.3**). Bei einer Zahlungsbereitschaft von 100.000€ pro QALY lag diese Wahrscheinlichkeit bei ca. 78%.

6.6.3 Sensitivitätsanalysen

Ähnlich wie in der Hauptanalyse wurde die Intervention entweder von der Routineversorgung dominiert (SA-I und SA-II in der CEA) oder war mit zusätzlichen Kosten von 53.690€ bis 162.418€ pro QALY (SA-I und SA-II in der CUA) assoziiert (siehe **Anhang 2, Tabelle 2.3**). Die ICER-Schätzwerte wichen am meisten zugunsten der Intervention in SA-III ab, denn die Intervention wurde nun nicht mehr dominiert, sondern lag bei zusätzlichen Kosten von 32,753€ pro vermiedenen Krankenhausaufenthalt. Hingegen waren die ICUR-Schätzwerte in SA-III am niedrigsten mit zusätzlichen Kosten von 31.766€ pro QALY.

6.7 Ergebnisse der Prozessevaluation

Die Tabellen und Abbildungen zu den unten beschriebenen Ergebnissen der Prozessevaluation finden sich in **Anhang 3**.

6.7.1 Durchführung der Fortbildungen

Die erste Fortbildung wurde insgesamt 26 Mal und die zweite Fortbildung 21 Mal durchgeführt. Fortbildung drei (fakultativ) hat insgesamt 3 Mal stattgefunden.

Die erste Fortbildung dauerte durchschnittlich 136 min (Min: 70 min; Max: 210 min), die zweite Fortbildung 103 min (Min: 60 min; Max: 195 min). Für die dritte Fortbildung wurde lediglich die Teilnahme dokumentiert, daher liegen keine Daten zur Dauer vor.

An der ersten Fortbildung haben alle der insgesamt 60 Hausärzte/Hausärztinnen der Interventionsgruppe teilgenommen. Bei der zweiten Fortbildung waren es insgesamt 57 Hausärzte/Hausärztinnen. Jeweils ein Hausarzt/eine Hausärztin beider Studienzentren ist nach der ersten Fortbildungsveranstaltung aus der Studie ausgeschieden. Zudem konnte ein Hausarzt (Studienzentrum Düsseldorf) den Termin der Fortbildung 2 in Präsenz nicht wahrnehmen. An der fakultativen Fortbildung drei haben insgesamt 26 Hausärzte/Hausärztinnen teilgenommen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden die Fortbildungen ab März einzeln telefonisch bzw. in Gruppen online durchgeführt (Fortbildung 1: n=8; Fortbildung 2: n=14; Fortbildung 3: n=3).

Die Fortbildungen wurden überwiegend entsprechend des Fortbildungsmanuals umgesetzt. Abweichungen haben sich insbesondere durch die Umstellung auf telefonische Fortbildungen bzw. das Online-Format ergeben, wodurch beispielsweise Rollenspiele bzw. Gruppenarbeiten nicht durchgeführt werden konnten.

6.7.2 Evaluation der Fortbildung

Insgesamt 50 Hausärzte/Hausärztinnen der Interventionsgruppe (n=32 Studienzentrum Düsseldorf, n=18 Studienzentrum Rostock) haben die Fortbildung nach der zweiten obligatorischen Veranstaltung evaluiert. Die Fortbildung wurde von den Teilnehmenden an beiden Standorten sowohl für die Präsenzveranstaltungen als auch die telefonischen Fortbildungen positiv eingeschätzt. Die Inhalte waren für fast alle Teilnehmenden relevant und das fachliche Niveau angemessen. Die Gesamteinschätzung der Fortbildung analog zu Schulnoten lag im Durchschnitt bei 1,5 (Min; 1; Max: 2). Eine ausführliche Darstellung findet sich in [Anhang 3, Abbildung 3.1](#).

6.7.3 Durchführung der Familienkonferenzen

Die erste Familienkonferenz wurde im Juli 2019 durchgeführt, die letzte im Mai 2021. Im Studienverlauf wurden insgesamt 676 Familienkonferenzen durchgeführt (Familienkonferenz 1: n=244, Familienkonferenz 2: n=232, Familienkonferenz 3: n=200), bei 675 Familienkonferenzen liegt der Ergebnisbogen vor. Bei 185 Patienten/Patientinnen von den insgesamt 272 Patienten/Patientinnen der Interventionsgruppe wurden alle drei Familienkonferenzen durchgeführt, bei 46 Patienten/Patientinnen zwei Familienkonferenzen und bei 29 Patienten/Patientinnen hat eine Familienkonferenz stattgefunden. 12 Patienten/Patientinnen nahmen zu keinem Zeitpunkt an einer Familienkonferenz teil. Familienkonferenz 1 dauerte im Mittel etwa 37 Minuten (Min: 10 min; Max: 110 min), Familienkonferenz 2 etwa 35 Minuten (Min: 10 min; Max: 90 min) und Familienkonferenz 3 etwa 32 Minuten (Min: 10 min; Max: 120 min).

Insgesamt 342 Familienkonferenzen haben in der Häuslichkeit der Patienten/Patientinnen stattgefunden, 213 Familienkonferenzen wurden in der Praxis der Hausärzte/Hausärztinnen durchgeführt und insgesamt 80 Familienkonferenzen haben telefonisch oder per Videokonferenz stattgefunden (Bei insgesamt 41 Familienkonferenzen fehlt diese Angabe).

Bei 525 Familienkonferenzen hat mindestens ein Angehöriger oder eine Vertrauensperson teilgenommen (77.8%), bei 144 Familienkonferenzen hat eine Person aus dem Pflegedienst teilgenommen (21.3%). Die zugelassene Anzahl der Angehörigen pro Konferenz wurde nicht definiert. In den Bögen wurde nur erfasst, ob eine Hauptbezugsperson anwesend war. Es wurde nicht erfasst, ob weitere Personen anwesend waren.

6.7.4 Inanspruchnahme der pharmakologischen Hotline

Die Hausärzte/Hausärztinnen der Interventionsgruppe hatten die Möglichkeit, Fragen bzgl. der Medikation der Patienten/Patientinnen an eine pharmakologische Hotline zu stellen. Dies wurde im Studienverlauf insgesamt achtmal in Anspruch genommen.

6.7.5 Erfahrungen der Patienten/Patientinnen und Angehörigen

Insgesamt 24 Patienten/Patientinnen (n=19 Studienzentrum Düsseldorf, n=5 Studienzentrum Rostock) und 18 Angehörige (n=15 Studienzentrum Düsseldorf, n=3 Studienzentrum Rostock) nahmen an den Telefoninterviews teil. Die Interviews dauerten im Durchschnitt etwa 22 Minuten, das kürzeste acht Minuten und das längste 54 Minuten. Die Charakteristika der Interviewten finden sich in [Anhang 3, Tabelle 3.2](#).

Die Familienkonferenzen wurden von den interviewten Patienten/Patientinnen und Angehörigen überwiegend positiv eingeschätzt. Dies wurde insbesondere mit dem allgemein guten Verhältnis zum Hausarzt/zur Hausärztin in Verbindung gebracht. Besonders positiv empfunden wurde bei den Familienkonferenzen, dass der Hausarzt/die Hausärztin sich umfassend Zeit nahm, um alle Fragen und Anliegen zu Hause zu besprechen. Sowohl die Patienten/Patientinnen als auch die Angehörigen hatten das

Gefühl, sich ausreichend in das gemeinsame Gespräch mit dem Hausarzt/der Hausärztin einbringen zu können.

Die Anpassung der Medikation wurde neben der allgemeinen gesundheitlichen Situation von den Patienten/Patientinnen und Angehörigen als Hauptfokus der Familienkonferenzen wahrgenommen. Sofern indiziert, konnten Medikamente reduziert bzw. abgesetzt werden, vereinzelt mussten Medikamente nach Verlaufskontrollen wieder angesetzt werden. Den interviewten Patienten/Patientinnen und Angehörigen zufolge, wurden die Präferenzen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt, wobei sich aber auch zeigte, dass oftmals die Patienten/Patientinnen und Angehörigen den Vorschlag zum Absetzen oder zur Reduktion der Medikation fachlich nicht beurteilen konnten und auf die Einschätzung des Hausarztes/der Hausärztin vertrauten. Es bestanden bzgl. der getroffenen Entscheidungen überwiegend keine Bedenken. In einem Fall wurde ein abgesetztes Medikament entgegen der Absprache mit dem Hausarzt weiterhin eingenommen.

Für einige der Teilnehmenden stellten die Familienkonferenzen keinen Unterschied zu üblichen Hausarztbesuchen dar. Es zeigte sich mitunter auch, dass nicht die Familienkonferenzen selbst, sondern die Datenerhebungen im Rahmen der COFRAIL-Studie als Intervention wahrgenommen wurden.

Bei manchen Teilnehmenden fanden die Familienkonferenzen nach Beginn der COVID-19-Pandemie statt, was sich für die Patienten/Patientinnen und Angehörigen aber nicht negativ auf die Durchführung ausgewirkt hat.

6.7.6 Erfahrungen der Hausärzte/Hausärztinnen

Es wurde insgesamt 23 Telefoninterviews mit Hausärzten/Hausärztinnen geführt. Die Interviews dauerten durchschnittlich etwa 16 Minuten, das kürzeste acht Minuten und das längste 34 Minuten. Die beschreibenden Merkmale der Teilnehmenden sind in **Anhang 3, Tabelle 3.3** dargestellt.

Die Hausärzte/Hausärztinnen berichteten ebenfalls vorwiegend gute Erfahrungen bzgl. der Familienkonferenzen. Aus ihrer Perspektive haben die Patienten/Patientinnen besonders positiv wahrgenommen, dass sich intensiver um sie gekümmert wurde. Die direkte Kommunikation gemeinsam mit den Patienten/Patientinnen und Angehörigen wurde als sehr hilfreich empfunden.

Der überwiegende Teil der Hausärzte/Hausärztinnen berichtete, dass die Patienten/Patientinnen und Angehörigen bei der Entscheidungsfindung einbezogen wurden und wenn Bedenken bestanden, diese berücksichtigt und ggf. Medikamente nicht abgesetzt wurden. Generell wurde bei den Hausärzten/Hausärztinnen eine positive Einstellung zum Thema *Deprescribing* deutlich.

Als besonders unterstützend wurde der *Deprescribing*-Leitfaden erachtet, der als Entscheidungs- und Argumentationshilfe in den Familienkonferenzen genutzt wurde. Die pharmakologische Hotline wurde hingegen kaum in Anspruch genommen, da wenig Bedarf dafür gesehen wurde.

Die Organisation und Durchführung der Familienkonferenzen wurde größtenteils als unproblematisch erlebt und Angehörige konnten gut eingebunden werden. Einzig die Terminfindung gestaltete sich teilweise schwierig. Der Zeitumfang wurde sehr unterschiedlich wahrgenommen. Ein Teil der interviewten Hausärzte/Hausärztinnen hat den Umfang als angemessen eingeschätzt. Einige erachteten aber die Umsetzung von Familienkonferenzen in der Regelversorgung als nicht machbar und zu aufwendig. Auch wurde es mitunter nicht als notwendig angesehen, Familienkonferenzen in der Häuslichkeit der Patienten/Patientinnen durchzuführen oder so umfänglich und strukturiert vorzugehen, wie vom Leitfaden vorgesehen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die COFRAIL Intervention zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit für in der Häuslichkeit lebende Patienten/Patientinnen mit geriatrischem *Frailty*-Syndrom und Polypharmazie bestand aus drei aufeinander folgenden Familienkonferenzen mit ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin und den Angehörigen. Diese umfassten die Anwendung eines *Deprescribing*-Leitfadens und einer Geriatrischen Toolbox. In der Interventionsgruppe kam es im Vergleich zur Kontrollgruppe zu keiner Reduktion der Hospitalisierungsrate.

Die Anzahl der eingenommenen Medikamente konnte hingegen in der Interventionsgruppe zu T1 (nach sechs Monaten) reduziert werden, jedoch war dieser Effekt zu T2 (nach 12 Monaten) nicht mehr mit statistischer Signifikanz nachweisbar. Parallel dazu sanken der *Drug Burden Index* sowie die Anzahl eingenommener potentiell inadäquater Medikation in der Interventionsgruppe nach 6 Monaten (T1) mit einem statistisch signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe ab. Diese Effekte waren jedoch zu T2 (nach 12 Monaten) nicht mehr vorhanden. Für die sekundären Endpunkte hinsichtlich des geriatrischen Assessments konnten keine Interventionseffekte nachgewiesen werden.

7.2 Diskussion der Ergebnisse im Forschungskontext

Obwohl sich zumindest nach 6 Monaten die Zahl eingenommener Medikamente und die Anzahl inadäquater Wirkstoffe verringerte, konnte das primäre Studienziel, die Reduktion der Hospitalisierungsrate, nicht erreicht werden. Möglicherweise stellen die hauptsächlich abgesetzten Medikamente wie beispielsweise Allopurinol und Statine nicht die hauptsächlichsten Verursacher unerwünschter Ereignisse dar. Diese Ergebnisse gleichen den Beobachtungen in der europäischen Prima-eDS-Studie [50], wo sich unter Anwendung einer elektronischen Verordnungsunterstützung zum *Deprescribing* nur eine Reduktion der Polypharmazie um 0,45 Medikamente pro Tag ergab und ebenfalls keine signifikante Beeinflussung der Hospitalisierungsrate. Auch in der OPERAM Studie [51] zeigte sich keine Reduktion der Hospitalisierungsrate älterer Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie durch eine pharmazeutische Intervention. In dieser Studie war jedoch auch der Effekt auf die Medikation sehr schwach.

Aus den vorliegenden Daten kann in der Zusammenschau mit der Literatur geschlossen werden, dass die Vorschläge und die beobachtete Umsetzung zum *Deprescribing* (Abnahme der Gesamtmedikation im Mittel, Verbesserung des *Drug Burden Index*) das Risiko für unerwünschte Ereignisse nicht steigern und sich somit als sicher für die Patientengruppe gezeigt hat. Angesichts der von Ärzten/Ärztinnen nicht selten geäußerten Ängste gegenüber dem *Deprescribing* sollte dies als äußerst relevantes Ergebnis gesehen werden. Weitere Studien im Setting der hausärztlichen Versorgung sind erforderlich, um das klinische Potenzial der Reduktion von Polypharmazie zu erforschen und den *Deprescribing*-Prozess zu optimieren. Familienkonferenzen könnten dabei ein wertvoller Baustein sein.

Ein erheblicher Anteil der von der Studienpopulation eingenommenen Medikation (65%) findet sich im *Deprescribing*-Leitfaden wieder. Darüber hinaus basierte $\frac{3}{4}$ des Absetzens auf dem Leitfaden. Die Intervention motivierte zum Absetzen weiterer Medikamente und es wurden weitere $\frac{1}{4}$ der Medikation abgesetzt, die im *Deprescribing*-Leitfaden bisher nicht thematisiert werden.

Den größten Anteil an Leistungsanspruchnahmenkosten bildeten die Kosten der Pflegeversicherung. Dies ist nicht überraschend, da es sich bei der Studienpopulation fast ausschließlich um ältere Menschen mit Pflegebedürftigkeit handelte.

Im Vergleich zu den Leistungsanspruchnahmekosten bildeten die Interventionskosten nur einen geringen Teil der Gesamtkosten. Daraus ließ sich schließen, dass die Intervention pro Kopf relativ günstig war.

In der CEA wurde die Intervention von der Routineversorgung dominiert. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte war in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Selbstauskunft zu Krankenhausaufenthalten mit Unsicherheit behaftet ist. In der CUA war die Intervention gegenüber der Routineversorgung mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 78% bei einer maximalen Zahlungsbereitschaft von 100.000€ pro QALY kosteneffektiv.

Bei der CEA und der CUA ist zu berücksichtigen, dass der Anteil an fehlenden Informationen im Outcome hoch war. Dies hatte Einfluss auf die ICER-/ICUR-Schätzwerte. Nach Ausschluss der fehlenden Informationen, die im Rahmen von multipler Imputation ersetzt wurden (SA-III), war die Abweichung von der Hauptanalyse zugunsten der Intervention am größten. Diese Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren, da eine kleinere Studienpopulation (318 von 521 Patienten/Patientinnen) in die Analyse eingeschlossen wurde.

Im Rahmen der Prozessevaluation zeigte sich, dass das Interventionsprogramm überwiegend wie geplant umgesetzt wurde. Nahezu alle teilnehmenden Hausärzte/Hausärztinnen haben beide obligatorischen Fortbildungen absolviert und diese als sehr positiv evaluiert. Bei einem Großteil der Patienten/Patientinnen haben alle drei Familienkonferenzen stattgefunden. Die Familienkonferenzen wurden sowohl von den Patienten/Patientinnen und Angehörigen als auch den Hausärzten/Hausärztinnen positiv eingeschätzt. Bedingt durch die COVID-19-Pandemie fanden Fortbildungstermine und Familienkonferenzen teilweise telefonisch oder online statt, was sich jedoch nicht negativ auf die Durchführung ausgewirkt hat.

7.3 Limitationen

Wie in allen Interventionsstudien im realen Versorgungssetting ist nicht auszuschließen, dass es bei der Rekrutierung von Hausärzten/Hausärztinnen zu einem Bias in Richtung besonders motivierter und akademisch orientierter Hausärzte/Hausärztinnen gekommen ist. Das Nutzenpotenzial der Intervention in der Breite der Versorgung wurde daher möglicherweise in dieser Studie nicht vollständig abgebildet. Auf Patientenebene ist es denkbar, dass die Hausärzte verstärkt solche Patienten/Patientinnen eingeschlossen haben, bei denen sie eine hohe Adhärenz bei der Studiendurchführung erwartet haben, was die Repräsentativität der Studie limitiert. Dieser Selektionsbias sollte dadurch minimiert werden, dass den Studienärzten/-ärztinnen und damit auch ihren Patienten/Patientinnen bei ihrer Rekrutierung die Interventionselemente nicht mitgeteilt wurden.

Durch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundene Umstellung der Datenerhebung durch die *Study Nurses* von Hausbesuchen auf Telefonbefragungen kam es zu einer vergleichsweise erhöhten Drop-out Rate bei den Patienten/Patientinnen. Durch patientenseitige Kommunikationsprobleme in den Telefonbefragungen sind Einschränkungen bei der Datenqualität denkbar. So konnte das Event-Tagebuch ([Anlage 15](#)) der Patienten/Patientinnen von den *Study Nurses* nicht selbst in Augenschein genommen und zur Überprüfung der Validität der Patientenangaben hinzugezogen werden.

Die Fortbildungen für Hausärzte und Hausärztinnen der Interventionsgruppe fanden pandemiebedingt ab Ende 03/2020 nicht mehr in Präsenz, sondern online statt. Das Kommunikationstraining war online nicht realisierbar und konnte durch den Einsatz eines Lehrvideos nur teilweise kompensiert werden.

Zur Auswertung der pharmakologischen Daten wurde die *multi-level-Poisson* Regression genutzt. Beim Einsatz vieler gleichartiger statistischer Tests im Sinne des „Multiple Testing“ können Ergebnisse „überschätzt“ werden und fälschlicherweise signifikant sein. Eine Korrektur des Signifikanzniveaus z.B. nach *Bonferroni* wurde nicht vorgenommen, was bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden sollte.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das in der COFRAIL-Intervention entwickelte Konzept der „Familienkonferenz“ hat sich bei geriatrischen Patienten/Patientinnen mit *Frailty*-Syndrom unter Polypharmazie als effektiv zur Unterstützung des Prozesses des *Deprescribing*s und der gemeinsamen Priorisierung erwiesen, wenn auch die nach 6 Monaten erzielten Effekte hinsichtlich der Reduktion und Verbesserung der Medikation nach 12 Monaten nicht mehr eindeutig nachweisbar waren. Familienkonferenzen könnten somit beispielsweise ein wichtiger Baustein in einem zukünftigen „*Disease-Management-Programm*“ (DMP) für Polypharmazie sein und darüber hinaus in weiteren *Settings* und Anwendungsfeldern erprobt werden.

Die im Rahmen der COFRAIL-Studie entwickelten Instrumente könnten zudem weiterentwickelt und für andere *Settings* und Zielgruppen angepasst werden. Einzelne Interventionselemente, wie das *Deprescribing*-Leitfaden oder die nicht-pharmakologische Toolbox könnten auch als Online-Tool verfügbar gemacht werden.

Unabhängig von dem Konzept „Familienkonferenz“ scheinen die Inhalte der Hausarzt-Fortbildungen zu den Themen *Deprescribing*, Polypharmazie-Management sowie nicht-medikamentöse Bedarfe für Hausärzte/Hausärztinnen relevant, aber auch für andere Fachärzte/Fachärztinnen von Interesse zu sein und könnten grundsätzlich in das Fortbildungsangebot aufgenommen werden.

Für die Fortbildungsveranstaltungen wurden ein Video sowie umfangreiche Unterlagen einschließlich Präsentationen (auch als Handout) erstellt (siehe Zusammenstellung unter Punkt 5.3). Bei Interesse ist es möglich, sich an Prof. Dr. Stefan Wilm | Institut für Allgemeinmedizin | Uniklinik Düsseldorf | stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de bzw. Prof. Dr. med. Achim Mortsiefer | achim.mortsiefer@uni-wh.de zu wenden.

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation können für zukünftige Forschungsarbeiten, wie die Langzeitbetrachtung der Intervention im Rahmen einer Modellierungsstudie, genutzt werden.

9. Erfolgte und geplante Veröffentlichungen

9.1 Erfolgte Veröffentlichungen

Mortsiefer A, Wilm S, Santos S, Löscher S, Wollny A, Drewelow E, Ritzke M, Thürmann P, Mann NK, Meyer G, Abraham J, Icks A, Montalbo J, Wiese B, Altiner A; COFRAIL study group. Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety in the frail elderly (COFRAIL): study protocol of a cluster randomised intervention trial in primary care. *Trials*. 2020 Mar 20;21(1):285. doi: [10.1186/s13063-020-4182-x](https://doi.org/10.1186/s13063-020-4182-x)

9.2 Kongressbeiträge

Mortsiefer A, Abraham J, Altiner A, Bensch J, Brüne M, Drewelow E, Fleischer S, Freyberg K, Icks A, Kalitzkus V, Löscher S, Mann NK, Meyer G, Montalbo J, Ritzke M, Santos S, Schmiedl, S, Thürmann P, Vomhof M, Wiese B, Wollny A, Wilm S. Familienkonferenzen bei Frailty: Erhöhung der Patientensicherheit durch gemeinsame Priorisierung. Postervortrag

auf dem Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“; 28 Mai 2018; Berlin.

Löscher S, Altiner A, Drewelow E, Icks A, Meyer G, Santos S, Thürmann P, Vomhof M, Wiese B, Wilm S, Mortsiefer A. Familienkonferenzen bei Frailty: Erhöhung der Patientensicherheit durch gemeinsame Priorisierung. Studienprotokoll der cluster-randomisierten Interventionsstudie COFRAIL. Postervortrag auf dem 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.-15. September 2018; Innsbruck. doi: <https://dx.doi.org/10.3205/18degam131>. (1. Posterpreis der DEGAM).

Wilm S, Altiner A, Meyer G, Thürmann P. Erhöhung der Patientensicherheit bei Frailty-Syndrom: Durchführung von Familienkonferenzen zur gemeinsamen Priorisierung der Therapieziele. Vortrag auf dem 5. Deutschen Kongress für Patientensicherheit; 18.-19. Oktober 2018; Berlin. [abstract] *Arzneiverordnung in der Praxis* 2018;45(4):10.

Mortsiefer A. COFRAIL: Familienkonferenzen bei Frailty: Erhöhung der Patientensicherheit durch gemeinsame Priorisierung. Symposium „Volltreffer Forschung – Geriatrie im Innovationsfonds“ am 7.9.18. Gemeinsamer Jahreskongress DGG & DGGG; 6.-8. September 2018; Köln.

Mann N, Schmiedl S, Altiner A, Icks A, Meyer G, Mortsiefer A, Wilm S, Thürmann P. Development of a deprescribing guideline for the COFRAIL study: Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety in the frail elderly. A cluster randomised intervention trial in primary care. Postervortrag auf der 25. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelwandlungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie; 22.-23. November 2018; Bonn/Bad Godesberg. (doi: <https://dx.doi.org/10.3205/18gaa15>). (2. Posterpreis).

Santos S, Abraham J, Altiner A, Drewelow E, Icks A, Löscher S, Mann N, Meyer G, Montalbo J, Ritzke M, Thürmann P, Wiese B, Wilm S, Mortsiefer A. Familienkonferenzen bei Frailty zur Erhöhung der Patientensicherheit (COFRAIL). Ergebnisse aus Interventionsentwicklung und Pilotierung. Postervortrag auf dem 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2019 Sep 12.-14.; Erlangen. doi: <https://dx.doi.org/10.3205/19degam146>.

Bencheva V, Mann NK, Schmiedl S, Altiner A, Icks A, Meyer G, Mortsiefer A, Wiese B, Wilm S, Thürmann PA. „Developing and finalising a deprescribing manual“. Vortrag auf der 26. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelwandlungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie; 2019 Nov 21-22; Bonn. (Abstract doi: <https://dx.doi.org/10.3205/19gaa22>).

Mann NK, Schmiedl S, Abraham J, Altiner A, Icks A, Mortsiefer A, Wiese B, Wilm S, Thürmann PA, on behalf of the COFRAIL study group. Development of a deprescribing manual for the COFRAIL study, a cluster-randomised controlled trial in primary care. Vortrag auf der EuroDURG conference 2020; 2020 March 4-7; Szeged, Hungary.

Bencheva V, Gogolin M, Mann NK, Schmiedl S, Thürmann PA. Entwicklung einer Liste mit anticholinergen und sedativen Wirkstoffen für die Berechnung des Drug Burden Index in Deutschland. Postervortrag auf der 27. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelwandlungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie; 26. November 2020; Web-Kongress. (Abstract: doi: <https://dx.doi.org/10.3205/20gaa06>)

Mortsiefer M, Santos S, Löscher S, Altiner A, Drewelow E, Icks A, Abraham J, Thürmann P, Wiese B, Wilm S. Family conferences to improve patient safety in the frail elderly (COFRAIL). Study protocol of a cluster randomised trial. Vortrag auf der WONCA European Conference of Family Doctors 2020; 16.-19. December 2020; Web-Conference

Bencheva V, Mann NK, Gogolin M, Schmiedl S, Altiner A, Icks A, Meyer G, Mortsiefer A, Wiese B, Wilm S, Thürmann PA. Entwicklung eines Deprescribing-Leitfadens für die

COFRAIL-Studie. Postervortrag auf dem 7. Kongress für Arzneimittelinformation; 6. Februar 2021; Web-Kongress

Stiels R, Mortsiefer A, Pentzek M, Pashutina Y, Wilm S, Löscher S. Übereinstimmung von hausärztlicher Einschätzung und geriatrischer Skala bei der Schweregradbeurteilung des Frailty-Syndroms - eine Querschnittsanalyse von COFRAIL-Baselinedaten. Vortrag auf dem 55. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 16. September 2021; Lübeck. doi: <https://dx.doi.org/10.3205/21degam009>

Pashutina Y, Kaupen S, Pentzek M, Löscher S, Mortsiefer A. Subjektive Gedächtnisbeschwerden und objektive Gedächtnisleistung bei geriatrischen Frailty-Patient*innen. Vortrag auf dem 55. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 16. September 2021; Lübeck. doi: <https://dx.doi.org/10.3205/21degam010>

Bencheva V, Gogolin M, Mann NK, Schmiedl S, Abraham J, Drewelow E, Ritzke M, Icks A, Mortsiefer A, Wiese B, Wilm S, Thürmann PA. Reduction of medicines by GPs in frail elderly patients using a standardised depre-scribing manual during family conferences – the COFRAIL study. Postervortrag auf der 28. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie; 11-12.11.2021; Web-Kongress doi: <https://dx.doi.org/10.3205/21gaa01>

9.3 Geplante Veröffentlichungen

Mortsiefer A, Wilm S, Pashutina Y, Löscher S, Wollny A, Drewelow E, Ritzke M, Thürmann P, Mann NK, Meyer G, Abraham J, Icks A, Montalbo J, Wiese B, Altiner A, on behalf of the COFRAIL study group. Family Conferences to facilitate deprescribing and shared prioritisation in frail elderly with polypharmacy living at home. Results from of a pragmatic cluster randomized trial in primary care.

Drewelow E, Ritzke M, Altiner A, Icks A, Montalbo J, Kalitzkus V, Löscher S, Pashutina Y, Fleischer S, Abraham J, Thürmann P, Mann NK, Wiese B, Wilm S, Wollny A, Feldmeier G, Buuck T, Mortsiefer A, and on behalf of the COFRAIL study group Development of a shared decision-making intervention to improve drug safety and to reduce polypharmacy in frail elderly patients living at home. PEC Innovation. submitted October 2021.

Abraham J, Fleischer S, Co-Authors NN, Meyer G, and on behalf of the COFRAIL study group. Process evaluation of a complex intervention to improve patient safety in the frail elderly (COFRAIL): A mixed methods study. (Einreichung geplant in BMC Geriatrics)

Mann NK, Schmiedl S, Mortsiefer A, Bencheva V, Löscher S, Ritzke M, Drewelow E, Feldmeier G, Santos S, Wilm S, Thürmann PA for the COFRAIL study group: Development of a deprescribing manual for use in primary care. In preparation (submitted).

Gogolin M, Bencheva V, Mann NK, Schmiedl S, Thürmann PA: Developing a list of anticholinergic and sedative drugs for the calculation of the Drug Burden Index in Germany. In preparation

10. Literaturverzeichnis

1. Bergman, H., et al., *Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2007. **62**(7): p. 731-7.
2. Clegg, A., et al., *Frailty in elderly people*. The Lancet, 2013. **381**(9868): p. 752-762.
3. Fried, L.P., et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001. **56**(3): p. M146-56.
4. Rockwood, K., et al., *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*. CMAJ, 2005. **173**(5): p. 489-95.
5. Flaherty, J.H., et al., *Polypharmacy and hospitalization among older home care patients*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2000. **55**(10): p. M554-9.
6. Gnjidic, D., et al., *Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes*. J Clin Epidemiol, 2012. **65**(9): p. 989-95.
7. Hilmer, S.N., et al., *Drug burden index score and functional decline in older people*. Am J Med, 2009. **122**(12): p. 1142-1149 e1-2.
8. Fried, T.R., et al., *Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review*. J Am Geriatr Soc, 2014. **62**(12): p. 2261-72.
9. Hubbard, R.E., M.S. O'Mahony, and K.W. Woodhouse, *Medication prescribing in frail older people*. Eur J Clin Pharmacol, 2013. **69**(3): p. 319-26.
10. Garfinkel, D., B. Ilhan, and G. Bahat, *Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy*. Ther Adv Drug Saf, 2015. **6**(6): p. 212-33.
11. Loganathan, M., et al., *Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review*. Age Ageing, 2011. **40**(2): p. 150-62.
12. Iyer, S., et al., *Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review*. Drugs Aging, 2008. **25**(12): p. 1021-31.
13. Declercq, T., et al., *Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2013(3): p. CD007726.
14. Schafer, I., et al., *Narrative medicine-based intervention in primary care to reduce polypharmacy: results from the cluster-randomised controlled trial MultiCare AGENDA*. BMJ Open, 2018. **8**(1): p. e017653.
15. Schopf, A.C., et al., *Elderly patients' and GPs' perspectives of patient-GP communication concerning polypharmacy: a qualitative interview study*. Prim Health Care Res Dev, 2018. **19**(4): p. 355-364.
16. Travis, S.S., et al., *Development of the family caregiver medication administration hassles scale*. Gerontologist, 2003. **43**(3): p. 360-8.
17. Bokhof, B. and U. Junius-Walker, *Reducing Polypharmacy from the Perspectives of General Practitioners and Older Patients: A Synthesis of Qualitative Studies*. Drugs Aging, 2016. **33**(4): p. 249-66.
18. Singer, A.E., et al., *A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings*. Am J Hosp Palliat Care, 2016. **33**(8): p. 797-806.

19. Powazki, R., et al., *Communication in palliative medicine: a clinical review of family conferences*. J Palliat Med, 2014. **17**(10): p. 1167-77.
20. Kushner K and M. D., *Family physicians' perceptions of the family conference*. J Fam Pract., 1989. **28**(1): p. 65-68.
21. Comley, A., *Family therapy and the family physician*. Can Fam Physician, 1973. **19**(2): p. 78-81.
22. Bangsbo, A., A. Duner, and E. Liden, *Patient participation in discharge planning conference*. Int J Integr Care, 2014. **14**: p. e030.
23. Mortsiefer, A., et al., *Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety in the frail elderly (COFRAIL): study protocol of a cluster randomised intervention trial in primary care*. Trials, 2020. **21**(1): p. 285.
24. Drewelow, E., et al., *Development of a shared decision-making intervention to improve drug safety and to reduce polypharmacy in frail elderly patients living at home*. PEC Innovation, 2022. **1**.
25. Seidl, H., et al., *[FIMA--questionnaire for health-related resource use in an elderly population: development and pilot study]*. Gesundheitswesen, 2015. **77**(1): p. 46-52.
26. Chernyak, N., C. Ernsting, and A. Icks, *Pre-test of questions on health-related resource use and expenditure, using behaviour coding and cognitive interviewing techniques*. BMC Health Services Research, 2012. **12**(303): p. 1-8.
27. Loffler, C., et al., *Optimizing polypharmacy among elderly hospital patients with chronic diseases--study protocol of the cluster randomized controlled POLITE-RCT trial*. Implement Sci, 2014. **9**: p. 151.
28. Yesavage, J.A., et al., *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. J Psychiatr Res, 1982. **17**(1): p. 37-49.
29. Wade, D.T. and C. Collin, *The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?* Int Disabil Stud, 1988. **10**(2): p. 64-7.
30. Luck, T., et al., *[CERAD-NP battery: Age-, gender- and education-specific reference values for selected subtests. Results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)]*. Z Gerontol Geriatr, 2009. **42**(5): p. 372-84.
31. Stein, J., et al., *The assessment of changes in cognitive functioning in the elderly: age- and education-specific reliable change indices for the SIDAM*. Dement Geriatr Cogn Disord, 2012. **33**(2-3): p. 73-83.
32. Hilmer, S.N., *Calculating and using the drug burden index score in research and practice*. Expert Rev Clin Pharmacol, 2018. **11**(11): p. 1053-1055.
33. Kiesel, E.K., Y.M. Hopf, and M. Drey, *An anticholinergic burden score for German prescribers: score development*. BMC Geriatr, 2018. **18**(1): p. 239.
34. Herdman, M., et al., *Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L)*. Qual Life Res, 2011. **20**(10): p. 1727-36.

35. Hajek, A., et al., *[Does an Increase in Depressive Symptoms Lead to an Increase in Functional Impairment or vice versa? Results of the AgeCoDe and AgeQualiDe Study]*. Psychiatr Prax, 2020. **47**(3): p. 148-153.
36. Bencheva, V., et al., *Developing a list of anticholinergic and sedative drugs for the calculation of the Drug Burden Index in Germany. 2 27th Annual Meeting of the German Drug Utilisation Research Group (GAA)*. 2020.
37. Raghunathan, T., et al., *A multivariate technique for multiply imputing missing values using a sequence of regression models*. Survey Methodology, 2001. **27**: p. 85-95.
38. van Buuren, S., *Multiple imputation of discrete and continuous data by fully conditional specification*. Stat Methods Med Res, 2007. **16**(3): p. 219-42.
39. Little, R.J.A.R., D. B., *Statistical Analysis with Missing Data; Wiley series in probability and mathematical statistics : Applied probability and statistics*. 1987.
40. Diehr, P., et al., *Transforming self-rated health and the SF-36 scales to include death and improve interpretability*. Med Care, 2001. **39**(7): p. 670-80.
41. Royston, P., *Multiple Imputation of Missing Values: Further Update of Ice, with an Emphasis on Categorical Variables*. The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata, 2009. **9**(3): p. 466-477.
42. White, I.R., P. Royston, and A.M. Wood, *Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice*. Stat Med, 2011. **30**(4): p. 377-99.
43. Chaudhary, M.A. and S.C. Stearns, *Estimating Confidence Intervals for Cost-Effectiveness Ratios: An Example from a Randomized Trial*. Statistics in Medicine, 1996. **15**(13): p. 1447-1458.
44. Efron, B. and R. Tibshirani, *Bootstrap Methods for Standard Errors, Confidence Intervals, and Other Measures of Statistical Accuracy*. Statistical Science, 1986. **1**(1).
45. van Hout, B.A., et al., *Costs, effects and C/E-ratios alongside a clinical trial*. Health Econ, 1994. **3**(5): p. 309-19.
46. Black, W.C., *The CE plane: a graphic representation of cost-effectiveness*. Med Decis Making, 1990. **10**(3): p. 212-4.
47. Fenwick, E., B.J. O'Brien, and A. Briggs, *Cost-effectiveness acceptability curves--facts, fallacies and frequently asked questions*. Health Econ, 2004. **13**(5): p. 405-15.
48. Moore, G.F., et al., *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. BMJ, 2015. **350**: p. h1258.
49. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. überarbeitete Auflage ed. 2016, Weinheim: Beltz Verlag.
50. Rieckert, A., et al., *Use of an electronic decision support tool to reduce polypharmacy in elderly people with chronic diseases: cluster randomised controlled trial*. BMJ, 2020. **369**: p. m1822.
51. Blum, M.R., et al., *Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hospital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial*. BMJ, 2021. **374**: p. n1585.

11. Anhang

Anhang 1: Ergänzende Tabellenwerke zur klinisch-pharmakologischen Auswertung

Anhang 2: Gesundheitsökonomische Evaluation aktualisiert 2022-05-06

Anhang 3: Prozessevaluation

12. Anlagen

Anlage 1: Hausarztfragebogen_Patientdaten_t0

Anlage 2: Hausarztfragebogen_Patientdaten_t1-t2

Anlage 3: Patientenfragebogen_t0

Anlage 4: Patientenfragebogen_t1-t2

Anlage 5: Ergebnisbogen_Familienkonferenz

Anlage 6: Aktuelle Medikation_t0-t2

Anlage 7: Protokoll_Ablauf_Fortbildung

Anlage 8: Dokumentationsbogen_Interventionskosten

Anlage 9: Leitfaden Familienkonferenzen 1, 2, 3

Anlage 10: Deprescribing-Leitfaden

Anlage 10a: Deprescribing-Leitfaden Ergänzungen

Anlage 11: Deprescribing_Karte

Anlage 12: Toolbox_Vorbereitungsblatt

Anlage 13: Toolbox_Handbuch und Checkliste zur Bedarfsanalyse

Anlage 13a: Notfallplan_Anlage_1_Toolbox_Handbuch

Anlage 13b: Uhrentest_Anlage_2_Toolbox_Handbuch

Anlage 14: Fragebogen_Hausarzt-Charakteristika

Anlage 15: Event-Tagebuch

Anlage 16: Handbuch_study_nurse

Anlage 17: DropOut-Fragebogen

Anlage 18: Evaluationsbogen_Fortbildungen

Anlage 19: Drewelow et al. 2022_Artikel

Anlage 20: Hausärzterfortbildung 1_neutral

Anlage 21: Hausärzterfortbildung 2_neutral

Anlage 22a: Hausärzterfortbildung 3_Düsseldorf_neutral

Anlage 22b: Hausärzterfortbildung 3_Rostock_neutral

Anlage 23: Hausärzterfortbildung 3_DEGAM_LL_neutral

Anlage 24: Rekrutierung Hausärzte_SOP

Anlage 25: Rekrutierung Hausärzte_Schaubild

Anlage 26: SOP Telefonische Rekrutierungsgespräche

Akronym: COFRAIL

Förderkennzeichen: 01VSF17053

Anlage 27: SOP Hausärztefortbildung_1_Vers. 2019-09-18

Anlage 28: SOP Hausärztefortbildung 2

Anlage 29: SOP Hausärztefortbildung 3_Düsseldorf

Anlage 30: SOP Hausärztefortbildung 3_Rostock

Anlage 31: Interviewleitfaden Pilotierung Familienkonferenz

Anlage 32: Vorbereitungsblatt_Familienkonferenz 1

Anlage 33: Lehrvideo_Link_QR-Code

Anhang 1: Ergänzende Tabellenwerke zur klinisch-pharmakologischen Auswertung

Inhalt

Interaktionen:.....	2
Tabelle 1.1. Anzahl der Interaktionen (Kontrollgruppe).	2
Tabelle 1.2. Anzahl der Interaktionen (Interventionsgruppe).	2
Drug Burden Index (DBI).....	3
Tabelle 1.3. DBI (Kontrollgruppe).....	3
Tabelle 1.4. DBI (Interventionsgruppe).	3
Potentiell inadäquate Medikation (PIM) nach PRISCUS- und EU(7)-Liste.....	4
Tabelle 1.5. Anzahl der eingenommenen PRISCUS-PIM.	4
Tabelle 1.6. Errechneter Mittelwert \pm Standardabweichung der PRISCUS-PIM.	4
Tabelle 1.7. Prozentsatz an Patienten, die in ihrer Gruppe mind. eine PRISCUS-PIM-Verordnung erhielten.	4
Tabelle 1.8. Anzahl der eingenommenen EU(7)-PIM.	4
Tabelle 1.9. Errechneter Mittelwert \pm Standardabweichung der EU(7)-PIM.....	4
Tabelle 1.10. Statistische Auswertung der EU(7)-PIM: Errechneter p-Werte ($= P > z $) bezogen auf die Interventionsgruppe.....	5
Tabelle 1.11. Prozentsatz an Patienten, die in ihrer Gruppe mind. eine EU(7)-PIM-Verordnung erhielten.	5
Auswertung über den Umsetzungsgrad des Deprescribing-Leitfadens.....	6
Tabelle 1.12. Veränderungen in der 1. Familienkonferenz gruppiert nach den Kapiteln aus dem Deprescribing-Leitfaden.....	6
Tabelle 1.13. Veränderungen in der 2. Familienkonferenz.....	7
Tabelle 1.14. Veränderung der Anzahl der eingenommenen Wirkstoffe in den Familienkonferenzen.....	8

Interaktionen:

Tabelle 1.1. Anzahl der Interaktionen (Kontrollgruppe).

Anzahl der Interaktionen (Kontrolle)

		t0	t1	t2
Patientenfälle	Gültig	171	171	171
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		,74	,74	,71
Median		,00	,00	,00
Std.-Abweichung		,978	,986	1,021
Summe		127	126	121

Tabelle 1.2. Anzahl der Interaktionen (Interventionsgruppe).

Anzahl der Interaktionen (Intervention)

		t0	t1	t2
Patientenfälle	Gültig	176	176	176
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		,62	,54	,58
Median		,00	,00	,00
Std.-Abweichung		1,072	,943	,941
Summe		110	95	102
p-Wert (= $P > z $)		0,213	0,008	0,175

Drug Burden Index (DBI)

Tabelle 1.3. DBI (Kontrollgruppe).

		DBI (Kontrolle)		
		t0	t1	t2
Patientenfälle	Gültig	171	171	171
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		,70	,71	,73
Median		,50	,50	,50
Std.-Abweichung		,840	,840	,863
Summe		119,96	122,26	124,78

Tabelle 1.4. DBI (Interventionsgruppe).

		DBI (Intervention)		
		t0	t1	t2
Patientenfälle	Gültig	176	176	176
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		,76	,66	,73
Median		,58	,50	,50
Std.-Abweichung		,831	,745	,805
Summe		134,54	116,02	127,75
p-Werte (= $P > z $)		0,520	0,011	0,303

Potentiell inadäquate Medikation (PIM) nach PRISCUS- und EU(7)-Liste

Tabelle 1.5. Anzahl der eingenommenen PRISCUS-PIM.

	t0	t1	t2
Gesamt	88	69	69
Kontrolle	41	37	31
Intervention	47	32	38

Tabelle 1.6. Errechneter Mittelwert \pm Standardabweichung der PRISCUS-PIM.

	t0	t1	t2
Gesamt	0,25 \pm 0,51	0,20 \pm 0,43	0,20 \pm 0,47
Kontrolle	0,24 \pm 0,48	0,21 \pm 0,47	0,18 \pm 0,44
Intervention	0,27 \pm 0,55	0,18 \pm 0,40	0,22 \pm 0,49

Tabelle 1.7. Prozentsatz an Patienten, die in ihrer Gruppe mind. eine PRISCUS-PIM-Verordnung erhielten.

	t0	t1	t2
Gesamt	21,90 %	18,44 %	17,00 %
Kontrolle	21,64 %	19,30 %	15,79 %
Intervention	22,16 %	17,61 %	18,18 %

Tabelle 1.8. Anzahl der eingenommenen EU(7)-PIM.

	t0	t1	t2
Gesamt	583	521	537
Kontrolle	307	293	281
Intervention	276	228	256

Tabelle 1.9. Errechneter Mittelwert \pm Standardabweichung der EU(7)-PIM.

	t0	t1	t2
Gesamt	1,68 \pm 1,16	1,50 \pm 1,17	1,55 \pm 1,18
Kontrolle	1,80 \pm 1,16	1,71 \pm 1,25	1,64 \pm 1,15
Intervention	1,57 \pm 1,15	1,30 \pm 1,05	1,45 \pm 1,21

Tabelle 1.10. Statistische Auswertung der EU(7)-PIM: Errechneter p-Werte ($= P > |z|$) bezogen auf die Interventionsgruppe.

	t0	t1	t2
Intervention	0,103	0,043	0,720

Tabelle 1.11. Prozentsatz an Patienten, die in ihrer Gruppe mind. eine EU(7)-PIM-Verordnung erhielten.

	t0	t1	t2
Gesamt	84,15 %	78,96 %	79,54 %
Kontrolle	86,55 %	82,46 %	83,04 %
Intervention	81,82 %	75,57 %	76,14 %

Auswertung über den Umsetzungsgrad des Deprescribing-Leitfadens

Tabelle 1.12. Veränderungen in der 1. Familienkonferenz gruppiert nach den Kapiteln aus dem Deprescribing-Leitfaden.

Kapiteln	Patienten mit entsprechender Indikation	Wirkstoffe vor der 1. Familienkonferenz	Beibehaltene Wirkstoffe n (Prozent der Medikation aus dem dazugehörigen Gesamtmedikation)	Abgesetzte Wirkstoffe (Prozent der Medikation aus dem dazugehörigen Gesamtmedikation)	Wirkstoffe mit Dosiserhöhung n (Prozent der Medikation aus dem dazugehörigen Gesamtmedikation)	Wirkstoffe mit Dosiserhöhung n (Prozent der Medikation aus dem dazugehörigen Gesamtmedikation)	Neue Wirkstoffe n	Patienten mit entsprechender Indikation	Wirkstoffe vor der 1. Familienkonferenz	Beibehaltene Wirkstoffe n (Prozent der Medikation aus dem dazugehörigen Gesamtmedikation)
Diabetes mellitus:	54	96	73 76%		14 15%		9 9%		0	3
Wirkstoffe zur Therapie von Gicht	47	47	18 38%		25 53%		4 9%		0	0
Medikamente zur Therapie von Hypertonie und Herzinsuffizienz	170	531	418 81%		70 13%		36 7%		7 1%	6
Cholesterinsenker	82	87	47 54%		34 39%		5 6%		1 1%	1
Thrombozytenaggregationshemmer	66	68	55 81%		13 19%		0		0	1
Gerinnungshemmung bei Vorhofflimmern	64	64	59 92%		4 6%		0 0%		1 2%	1
Wirkstoffe zur Therapie von Osteoporose	66	82	69 84%		13 16%		0		0	4
Protonenpumpenhemmer	105	105	62 59%		25 24%		17 16%		1 1%	0
Urologische Interaktionen	11	12	10 83%		1 8%		1 8%		0	0
Schlafmittel und Benzodiazepine	22	27	20 74%		5 19%		2 7%		0	0
Antidepressiva	49	54	38 70%		9 17%		7 13%		0	2
Sonstige Arzneimittel	161	664	569 86%		75 11%		19 3%		1 0,15%	25
Gesamt		1837	1436		290		100		11	43

Tabelle 1.13. Veränderungen in der 2. Familienkonferenz.

	Patienten mit entsprechender Indikation	Wirkstoffe vor der 2. Familienkonferenz	Beibehaltene Wirkstoffe	Abgesetzte Wirkstoffe	Wirkstoffe mit Dosisreduktion	Wirkstoffe mit Dosiserhöhung	Neue Wirkstoffe	Wiederangesetzte Wirkstoffe
Wirkstoffe zur Therapie von Diabetes mellitus	48	87	82	1	3	1	1	0
Wirkstoffe zur Therapie von Gicht	25	25	24	0	1	0	0	0
Medikamente zur Therapie von Hypertonie und Herzinsuffizienz	161	468	435	19	9	5	2	5
Cholesterinsenker	49	54	49	4	1	0	1	2
Thrombozytenaggregationshemmer	57	57	56	1	0	0	0	1
Gerinnungshemmung bei Vorhofflimmern	65	65	63	1	1	0	2	0
Wirkstoffe zur Therapie von Osteoporose	62	69	66	2	0	1	2	0
Protonenpumpenhemmer	81	81	74	4	3	0	2	1
Urologische Indikationen	11	12	10	2	0	0	0	1
Schlafmittel und Benzodiazepine	20	24	23	1	0	0	0	0
Antidepressiva	48	54	48	4	2	0	3	0
Sonstige Wirkstoffe	158	614	574	21	4	12	21	2
Gesamtergebnis	-	1610	1504	63	24	19	34	12

Tabelle 1.14. Veränderung der Anzahl der eingenommenen Wirkstoffe in den Familienkonferenzen.

	<i>MW Gepaarte Differenzen der eingenommene n Wirkstoffe</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Zwei- seitiges p</i>
<i>Veränderung Medikation in nach der 1. Familien-konferenz</i>	1,395	1,607	11,555	176	<,001
<i>Veränderung der Medikation vor der 1. versus nach der 2. Familienkonferenz</i>	1,379	2,033	9,020	176	<,001
<i>Veränderung der Medikation in der 2. Familienkonferenz</i>	0,085	,838	1,345	176	0,180

Anhang 2: Gesundheitsökonomische Evaluation

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1. Leistungsinanspruchnahmekosten nach Kostenkategorien zu Baseline = t0 (oben), 6 Monate nach Baseline = t1 (Mitte) und 6 Monate nach t1 = t2 (unten).....	3
Abbildung 2.2. CE-Plane (oben) und CU-Plane (unten).....	5
Abbildung 2.3. Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität.	6

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1. Charakteristika der Studienpopulation.....	2
Tabelle 2.2. Ergebnisse der Hauptanalyse.....	4
Tabelle 2.3. Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse.	7

Tabelle 2.1. Charakteristika der Studienpopulation.

Studiengruppe		
	Interventionsgruppe (n=272)	Kontrollgruppe (n=249)
Zu Baseline		
Männer (%)	33	30
Alter (Jahre)	84	83
Wohnt alleine (%)	48	45
Niedriger Bildungsstatus (%)	70	69
Versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung (%)	95	93
BMI (kg/m)	28	29
Vorhandene Behinderung (%)	53	55
Max. 12 Erkrankungen (%)	60	55
Pflegebedürftig (%)	82	83
Rekrutiert in Düsseldorf (%)	66	62
Anzahl der Arztpraxen	56	54
Krankenhausaufenthalte (Anzahl (%))	109 (40%)	105 (42%)
EQ-5D-5L Nutzwerte	0,86	0,85
Kosten der Sozialversicherung in € (ohne Krankenhausaufenthalte)	5.466	4.934
Kosten der Sozialversicherung in € (mit Krankenhausaufenthalte)	6.982	6.546
12 Monate nach Baseline		
Krankenhausaufenthalte (Anzahl (%))	193 (71%)	159 (64%)
QALY	0,82	0,79
Gesamtkosten in € (ohne Krankenhausaufenthalte)	9.475	8.559
Gesamtkosten in € (mit Krankenhausaufenthalte)	12.005	10.862

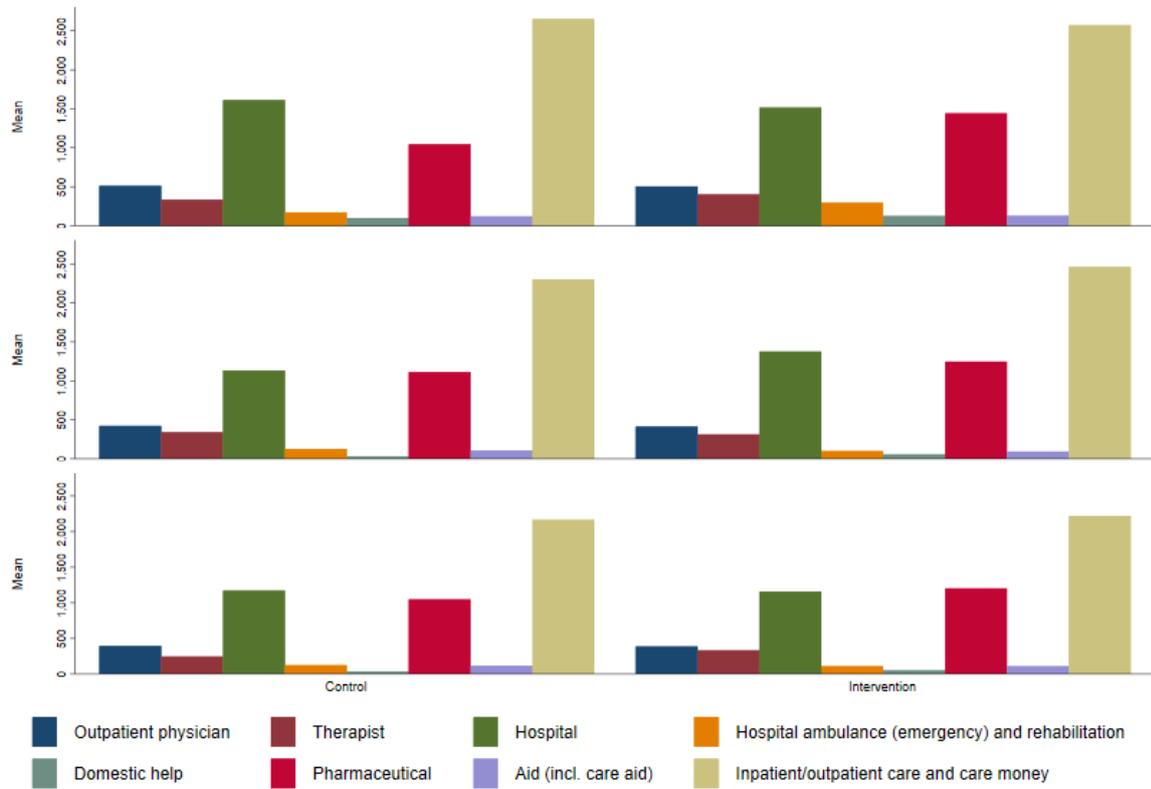


Abbildung 2.1. Leistungsanspruchnahmekosten nach Kostenkategorien zu Baseline = t0 (oben), 6 Monate nach Baseline = t1 (Mitte) und 6 Monate nach t1 = t2 (unten).

Tabelle 2.2. Ergebnisse der Hauptanalyse.

CEA			CUA		
Inkrementelle Kosten	Inkrementeller Outcome	ICER	Inkrementelle Kosten	Inkrementeller Outcome	ICUR
€	Vermiedene KH-Aufenthalte	€/vermiedener KH-Aufenthalt	€	QALYs	€/QALY
1.170,84 [-332,27; 2.673,95]	-0,0877 [-0,3083; 0,1329]	Wird dominiert	1.351,26 [-7,39; 2.709,91]	0,0218 [-0,0137; 0,0573]	61.984,40 [-33.853.25; 666.340,00]

Abkürzungen: cost-effectiveness analysis (CEA), cost-utility analysis (CUA), incremental cost-effectiveness ratio (ICER), incremental cost-utility ratio (ICUR), Krankenhaus (KH)

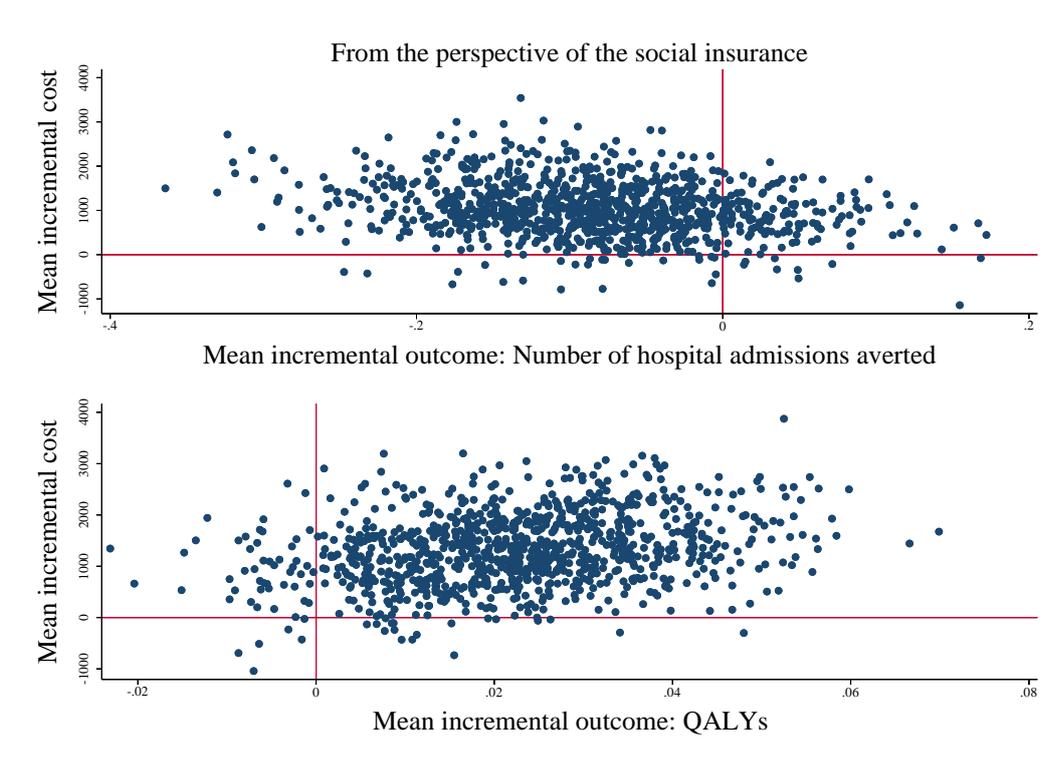
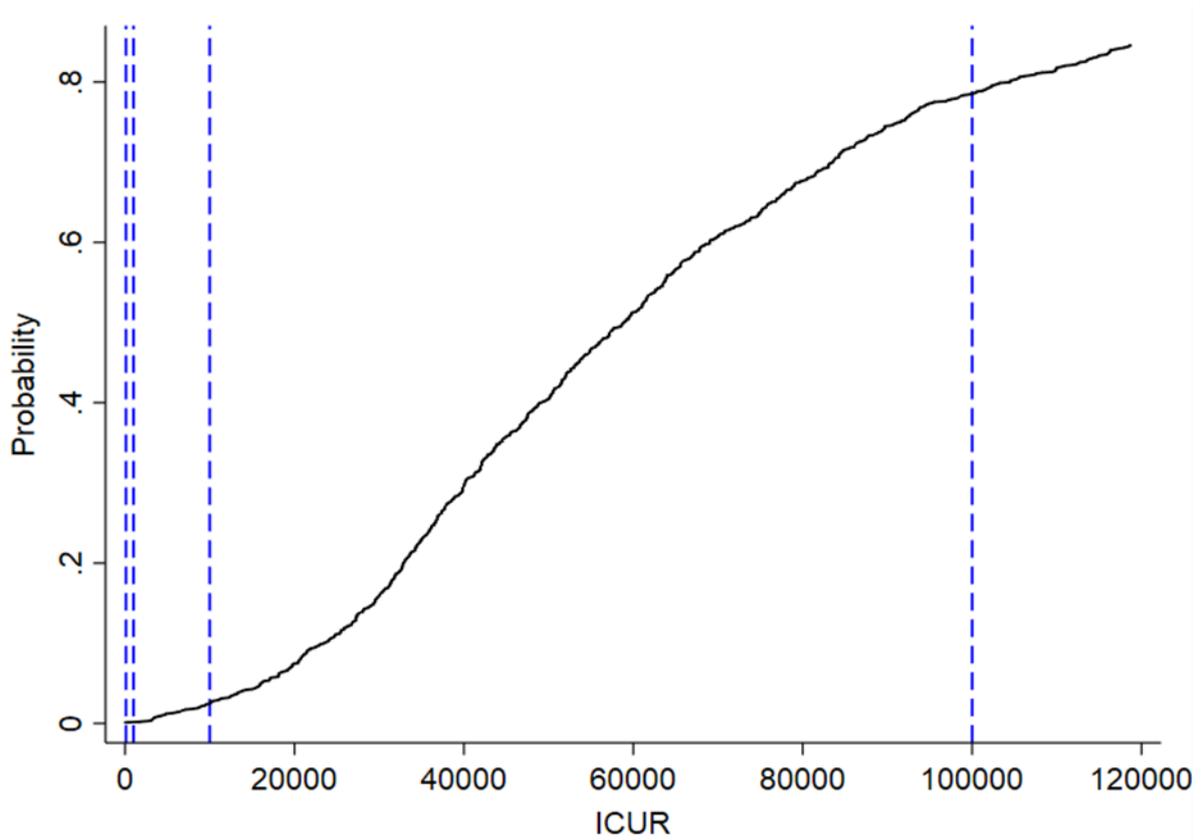


Abbildung 2.2. CE-Plane (oben) und CU-Plane (unten).



Blau-gestrichelte Linien sind hypothetische Schwellenwerte für die maximale Zahlungsbereitschaft

Abbildung 2.3. Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität.

Tabelle 2.3. Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse.

Analyse	CEA			CUA		
	Inkrementelle Kosten	Inkrementeller Outcome	ICER	Inkrementelle Kosten	Inkrementeller Outcome	ICUR
	€	Vermiedene KH-Aufenthalte	€/vermiedener KH-Aufenthalt	€	QALYs	€/QALY
SA-I	916,31 [-617,41; 2.450,02]	-0,0674 [-0,3155; 0,1806]	Wird dominiert	1.143,59 [-657,15; 2.944,31]	0,0213 [-0,0168; 0,0593]	53.689,67
SA-II ¹	3.401,74 [-10.129,41; 16.932,88]	-0,0674 [-0,2555; 0,1207]	Wird dominiert	1.331,83 [-206,92; 2.870,59]	0,0082 [-0,0173; 0,0337]	162.418,29
SA-III ²	789,35 [-2.193,18; 3.771,88]	0,0241 [-0,1869; 0,2350]	32.753,11	463,78 [-1.238,76; 2.166,31]	0,0146 [-0,0095; 0,0388]	31.765,75

Abkürzungen: cost-effectiveness analysis (CEA), cost-utility analysis (CUA), incremental cost-effectiveness ratio (ICER), incremental cost-utility ratio (ICUR), Krankenhaus (KH), Sensitivitätsanalyse (SA)

In SA-I wurden Kontrollvariablen ausgeschlossen, in SA-II wurde die Analyse für die PP-Population durchgeführt und in SA-III wurden nur Patienten/Patientinnen mit vollständigen Informationen eingeschlossen (ohne multiple Imputation).

¹Insgesamt wurden 385 von 521 Patienten/Patientinnen eingeschlossen (IG: 200 von 272, KG: 185 von 249)

²Insgesamt wurden 318 von 521 Patienten/Patientinnen eingeschlossen (IG: 169 von 272, KG: 149 von 249)

Anhang 3: Prozessevaluation

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1. Evaluation der Fortbildung durch Hausärzte/Hausärztinnen. 3

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1. Inhalte und Methoden der Prozessevaluation. 2
Tabelle 3.2. Charakteristika der Patienten/Patientinnen und Angehörigen der Telefoninterviews. 4
Tabelle 3.3. Charakteristika der Hausärzte/Hausärztinnen der Telefoninterviews (n=23)..... 5

Tabelle 3.1. Inhalte und Methoden der Prozessevaluation.

Fokus	Erhebungsmethode/Dokumentation	Erhebungszeitpunkt
Machbarkeit der Intervention	Pilotierung der Familienkonferenzen mit 2 Hausärztinnen bzw. Hausärzten/Region: halbstandardisiertes Telefoninterview mit Hausärztinnen/Hausärzten; halbstandardisiertes Telefoninterview mit Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen	Pilotierung, vor t_0
Rekrutierungsverlauf der Hausärztinnen/Hausärzte und Patientinnen/Patienten	Protokoll/Region	t_0
Gründe für nicht-Teilnahme oder vorzeitiges Beenden der Studie	Strukturierte Abfrage und Dokumentation der Gründe	t_0 - t_2
Übertragung der Intervention	Obligatorische Fortbildungseinheiten: Strukturiertes Protokoll für jede Fortbildungseinheit Inanspruchnahme der fakultativen Fortbildungseinheit: Standardisierte Dokumentation Inanspruchnahme individuelles Medikations-Review in Interventions- und Kontrollgruppe: Standardisierte Dokumentation	t_0 (unmittelbar im Anschluss der Fortbildungen) t_0 t_0 - t_2
Evaluation der Schulungsintervention	Alle Teilnehmenden des Fortbildungsprogramms: Standardisierter Fragebogen → <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation der Fortbildung • Einstellungen • Akzeptanz • Selbstwirksamkeit • Erwartungen 	t_0 (nach der zweiten Fortbildungsveranstaltung)
Erfahrungen der Hausärztinnen/Hausärzte (z. B. Einstellung bzgl. der Intervention; Veränderungen der Arzt-Patient-Kommunikation; Barrieren und Förderfaktoren)	Leitfadengestützte Telefoninterviews ; gezielte Stichprobenwahl von 10 Hausärztinnen bzw. Hausärzten/Region	t_2
Erfahrungen der Familien (z. B. Berücksichtigung von Präferenzen; subjektive Sicherheit; Einbezug in Entscheidungsfindung; Veränderungen der Arzt-Patient-Kommunikation; Barrieren und Förderfaktoren)	Leitfadengestützte Telefoninterviews ; gezielte Stichprobenwahl von 10 Patienten-Angehörigen-Dyaden/Region	nach 9 Monaten (unmittelbar nach der letzten Familienkonferenz)

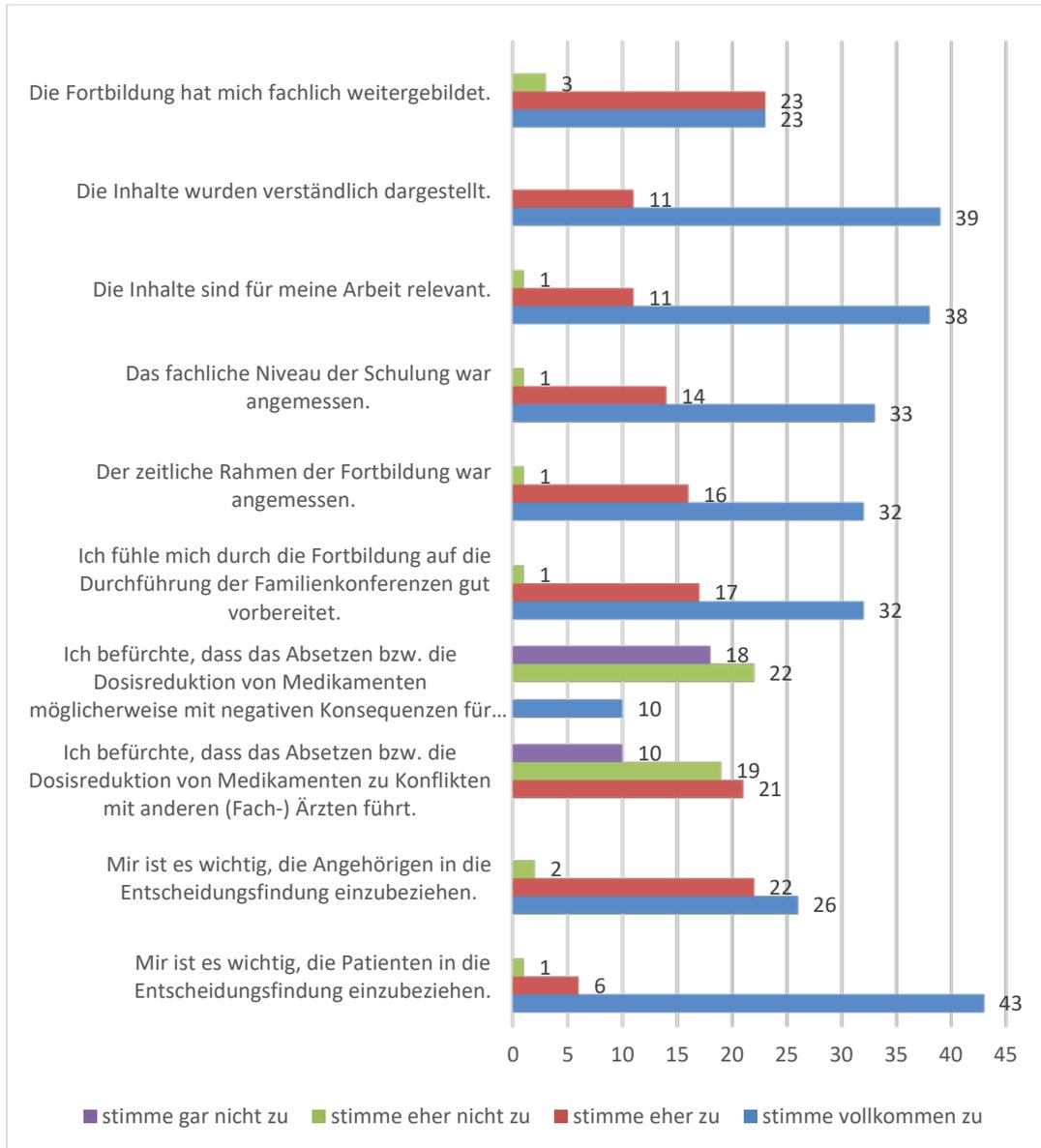


Abbildung 3.1. Evaluation der Fortbildung durch Hausärzte/Hausärztinnen.

Tabelle 3.2. Charakteristika der Patienten/Patientinnen und Angehörigen der Telefoninterviews.

Merkmal	Patienten/Patientinnen (n=24)	Angehörige (n=18)
Alter, Mittelwert (SD) [Min-Max]	85,3 (4,8) [75-93]	72,5 (12,6) [57-95]
Geschlecht		
weiblich	n=19	n=14
männlich	n=5	n=4
Pflegegrad (6 Missings)		
Keiner	n=1	n=6
1	n=2	-
2	n=10	n=2
3	n=7	n=6
4	n=1	n=1
5	-	-
Wohnform		
Wohnung	n=11	-
Haus	n=13	-
Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten/zur Patientin		
Ehepartner/-partnerin	-	n=6
Kind	-	n=9
Schwiegersohn/Schwiegertochter	-	n=3

Tabelle 3.3. Charakteristika der Hausärzte/Hausärztinnen der Telefoninterviews (n=23).

Merkmal	
Alter, Mittelwert (SD) [Min-Max]	48,3 (7,8) [36-62]
Geschlecht	
weiblich	n=12
männlich	n=11
Facharzt	
Allgemeinmedizin	n=14
Anästhesiologie	n=1
Innere Medizin	n=5
Innere und Allgemeinmedizin	n=2
Weiterbildungsassistentin	n=1
Stellung in der Praxis	
Inhaber	n=21
Angestellter	n=2
Jahre seit Niederlassung, Mittelwert (SD) [Min-Max]	12,8 (9,9) [3-35]
Praxisform	
Einzelpraxis, n	n=8
Gemeinschaftspraxis, n	n=15
Praxisgröße (Scheinzahl pro Quartal), Mittelwert (SD) [Min-Max]	1.715 (1.065) [500- 4.300]

Anlage 1: Hausarztfragebogen_Patientdaten_t0

Datum der Erhebung: [] [] [] . [] [] [] . 2 0 [] [] []

Name, Vorname der Patientin/des Patienten:



Hausarzt-Fragebogen

PATIENTENDATEN

Baseline-Erhebung

Bitte faxen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit dem Medikamentenplan der Patientin/des Patienten an die folgende Fax-Nr.:

.... -

Patienten-ID: □□/□□□□/□□□□

Baseline-Erhebung

1. Bitte geben Sie das Geburtsdatum der Patientin/des Patienten an (TT.MM.JJJJ):

□ □ □ . □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

2. Bitte geben Sie an, welche **Erkrankungen**, soweit Ihnen bekannt, bei der Patientin/dem Patienten vorliegen.

Krankheit liegt vor	ja	nein
Onkologische Erkrankungen		
Frühere (geheilte) Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuell aktive Krebserkrankung Jahr der Erstdiagnose:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiale/vaskuläre Erkrankungen		
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhofflimmern (chronisch oder paroxysmal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit (KHK), Z.n. Myokardinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z.n. Apoplex oder Z.n. Transitorischer Ischämischer Attacke (TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z.n. rez. Phlebothrombose /Z.n. Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere kardiale/vaskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen		
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD/Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metabolische/Endokrine Erkrankungen, Nierenerkrankungen		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidämie/Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienten-ID: □□/□□□□□/□□□

Baseline-Erhebung

Krankheit liegt vor	ja	Nein
Niereninsuffizienz (GFR < 60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Metabolische/Endokrine Erkrankungen, Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinale/Abdominelle Erkrankungen		
Chron. Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chron. entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatopathie, Leberinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gastrointestinale/Abdominelle Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen		
Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dementielle Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressives Syndrom/Affektive Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörung/Panikstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Agitation, Apathie, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemiplegie/Hemiparese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhergradige Sehstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhergradige Hörstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienten-ID: □□/□□□□□/□□□

Baseline-Erhebung

Krankheit liegt vor	ja	nein
Urogenitale Erkrankungen		
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere urogenitale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädische/Rheumatische Erkrankungen		
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose der kleinen Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch manifeste Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere orthopädische/Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frailty assoziierte Erkrankungen		
Gewichtsverlust von mehr als 5 kg in den vergangenen 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Ernährungsprobleme (Schluck- oder Kauprobleme, Essensverweigerung, Dehydration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Faktoren/Erkrankungen		
Adipositas (BMI > 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis/Duodenitis/Ulcus in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinale Blutung in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein eines künstlichen Darmausgangs (z.B. Kolostoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein einer künstlichen Harnableitung mittels Dauerkatheter (z.B. suprapubisch oder transurethral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wichtige sonstige Faktoren/Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 2: Hausarztfragebogen_Patientdaten_t1-t2

Datum der Erhebung: [][][]. [][][]. 20 [][][]

Name, Vorname der Patientin/des Patienten:

Messzeitpunkt: T1 T2



Hausarzt-Fragebogen

PATIENTENDATEN

Patienten-ID: []/[][][][]/[][][]

Messzeitpunkt: T1 T2

1. Bitte geben Sie das Geburtsdatum der Patientin/des Patienten an (TT.MM.JJJJ):

[][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]

2. Nimmt die Patientin/der Patient noch an der Studie teil?

- ja → Fahren Sie fort mit Abfrage 3
- nein → Falls **NEIN**, geben Sie bitte den Grund hierfür an:

- möchte nicht mehr teilnehmen
- Hausarztwechsel
- verschlechterter gesundheitlicher Zustand (z.B. ist im Krankenhaus, Heim)
- ist verstorben

→ Datum, falls bekannt: [][] [][] [][] [][] . 2 0 [][] [][]

→ Todesursache, falls bekannt: _____

→ Sterbeort, falls bekannt:

- zu Hause Krankenhaus stationäre Pflegeeinrichtung

anderer Ort: _____

anderer Grund, und zwar: _____

unbekannt

Auch wenn Ihre Patientin/Ihr Patient nicht mehr an der Studie teilnimmt, bitten wir Sie unter 3.-7. die letzten aktuellen Werte/Angaben der Patientin/des Patienten zu notieren.

3. Bitte geben Sie an, welche **Erkrankungen** bei der Patientin/dem Patienten, soweit Ihnen bekannt, in den letzten sechs Monaten neu hinzugekommen sind.

Krankheit neu hinzugekommen	ja	nein
Onkologische Erkrankungen		
Krebserkrankung Jahr der Erstdiagnose:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienten-ID: / /

Messzeitpunkt: T1 T2

Krankheit neu hinzugekommen	ja	nein
Kardiale/vaskuläre Erkrankungen		
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhofflimmern (chronisch oder paroxysmal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit (KHK), Z.n. Myokardinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z.n. Apoplex oder Z.n. Transitorischer Ischämischer Attacke (TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z.n. rez. Phlebothrombose /Z.n. Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere kardiale/vaskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen		
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD/Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metabolische/Endokrine Erkrankungen, Nierenerkrankungen		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidämie/Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niereninsuffizienz (GFR < 60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Metabolische/Endokrine Erkrankungen, Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal/Abdominelle Erkrankungen		
Chron. Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chron. entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienten-ID: / /

Messzeitpunkt: T1 T2

Krankheit neu hinzugekommen	ja	nein
Hepatopathie, Leberinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gastrointestinale/Abdominelle Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen		
Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dementielle Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressives Syndrom/Affektive Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörung/Panikstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Agitation, Apathie, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemiplegie/Hemiparese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhergradige Sehstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhergradige Hörstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urogenitale Erkrankungen		
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere urogenitale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädische/Rheumatische Erkrankungen		
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose der kleinen Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch manifeste Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienten-ID: / /

Messzeitpunkt: T1 T2

Krankheit neu hinzugekommen	ja	nein
Andere orthopädische/Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frailty assoziierte Erkrankungen		
Gewichtsverlust von mehr als 5 kg in den vergangenen 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Ernährungsprobleme (Schluck- oder Kauprobleme, Essensverweigerung, Dehydration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Faktoren/Erkrankungen		
Adipositas (BMI > 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis/Duodenitis/Ulcus in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinale Blutung in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein eines künstlichen Darmausgangs (z.B. Kolostoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein einer künstlichen Harnableitung mittels Dauerkatheter (z.B. suprapubisch oder transurethral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wichtige sonstige Faktoren/Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bitte geben Sie folgende aktuelle Mess- und Laborwerte (Serum) an:

Messwerte	Wert	Einheit	Datum (TT.MM.JJJJ)
Blutdruck	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Puls	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/min	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Größe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Laborwerte (soweit vorhanden):			
Kreatinin	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> µmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
GFR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ml/min	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Glucose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Kalium	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
Natrium	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>bei Diabetes: HbA1c</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	%	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/>

Patienten-ID: □/□□□□/□□□

Messzeitpunkt: T1 T2

5. Wurde die Patientin/der Patient in den letzten 6 Monaten ins Krankenhaus eingewiesen (mind. 1 Nacht)?

- nein → Fahren Sie bitte mit der Erfassung der AHB-, Reha- sowie Kur-Aufenthalte unter **6.** fort
- ja
- weiß nicht

Falls **JA**, tragen Sie bitte nachfolgend alle **Krankenhausaufenthalte** der letzten 6 Monate ein.

Nr.	Klinik/Fachabteilung	Art des Aufenthaltes	OP? Welche?	Aufnahme- und Entlassungsdatum (TT.MM.JJJJ)	Einweisungsdiagnose (ICD-10)	Entlassungsdiagnose (ICD-10)
1	_____ _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> ungeplant <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende..... <input type="checkbox"/> weiß nicht	□□□.□□□. 20□□□ bis □□□.□□□. 20□□□ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
2	_____ _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> ungeplant <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende..... <input type="checkbox"/> weiß nicht	□□□.□□□. 20□□□ bis □□□.□□□. 20□□□ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
3	_____ _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> ungeplant <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende..... <input type="checkbox"/> weiß nicht	□□□.□□□. 20□□□ bis □□□.□□□. 20□□□ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
4	_____ _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> ungeplant <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende..... <input type="checkbox"/> weiß nicht	□□□.□□□. 20□□□ bis □□□.□□□. 20□□□ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
5	_____ _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> ungeplant <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende..... <input type="checkbox"/> weiß nicht	□□□.□□□. 20□□□ bis □□□.□□□. 20□□□ <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Patienten-ID: |_|/|_|_|_|_|/|_|_|

Messzeitpunkt: T1 T2

6. Erhielt die Patientin/der Patient **in den letzten 6 Monaten** eine **Anschlussheilbehandlung (AHB), Reha oder Kur** (stationär)?

nein → Fahren Sie mit der Erfassung der Medikamente unter **7.** fort

ja → Dokumentieren Sie alle **Ereignisse** in der Tabelle.

weiß nicht

Falls **JA**, tragen Sie bitte nachfolgend alle **Anschlussheilbehandlungen, Rehas oder Kuren** der letzten 6 Monate ein.

Nr.	Klinik/Fachabteilung	Aufnahme- und Entlassungsdatum (TT.MM.JJJJ)
1	<hr/>	_ _ _ . _ _ _ . 20 _ _ bis _ _ _ . _ _ _ . 20 _ _
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
2	<hr/>	_ _ _ . _ _ _ . 20 _ _ bis _ _ _ . _ _ _ . 20 _ _
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
3	<hr/>	_ _ _ . _ _ _ . 20 _ _ bis _ _ _ . _ _ _ . 20 _ _
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> weiß nicht

7. Bitte faxen Sie den **aktuellen Medikationsplan** der Patientin/des Patienten an das Studienzentrum.

8. Bitte geben Sie das **heutige Datum** an (TT.MM.JJJJ): |_| |_| |_|. |_| |_| |_|. 20|_| |_|

Vielen Dank!

Anlage 3: Patientenfragebogen_t0

ID-Nr. Patient: []/[] [] [] [] []/[] [] []

Datum der Erhebung: [] [] [] . [] [] [] . 2 0 [] [] []

Erhoben durch:



Patienten-Fragebogen

Baseline-Erhebung (T0)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Soziodemografische Daten (Teil A).....	4
3. EQ-5D-5L.....	5
4. Handkraftmessung.....	7
5. CERAD – Kategorie „Tiere“	8
6. Timed „Up & Go“	9
7. CERAD – Wortliste Gedächtnis	10
8. CERAD – Wortliste 4. Durchgang.....	11
9. Aktivitäten des täglichen Lebens.....	12
10. GDS.....	13
11. Sturzanamnese	14
12. Gewicht & Größe	15
13. Ambulante Arztkontakte.....	16
14. Krankenhaus-Aufenthalte	17
15. Krankenhaus-Ambulanz/Notaufnahme.....	18
16. Reha-Aufenthalte.....	18
17. Behandlung durch Therapeuten	19
18. Hilfsmittel	20
19. Haushaltshilfe	21
20. Versicherungsrelevante Angaben.....	22
21. Leistungen der Pflegeversicherung	23
22. Soziodemographische Daten (Teil B)	24
23. Medikamentenanamnese	24

1. Einleitung

„Bevor wir beginnen, möchte ich Sie auf einige Dinge aufmerksam machen:

- *Bitte hören Sie sich meine Anweisungen und Fragen **bei jeder Aufgabe** bis zum Ende an und antworten anschließend.*
- *Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Sie werden nur mit Ihrer Zustimmung an Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt weitergegeben.*
- *Die gesammelten Informationen werden anonymisiert. Dies bedeutet, dass bei der Auswertung und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen niemand feststellen kann, von welcher Person die betreffenden Antworten stammen.*
- *Sollten Sie eine Frage nicht verstanden haben, können Sie jederzeit nachfragen.“*

3. EQ-5D-5L

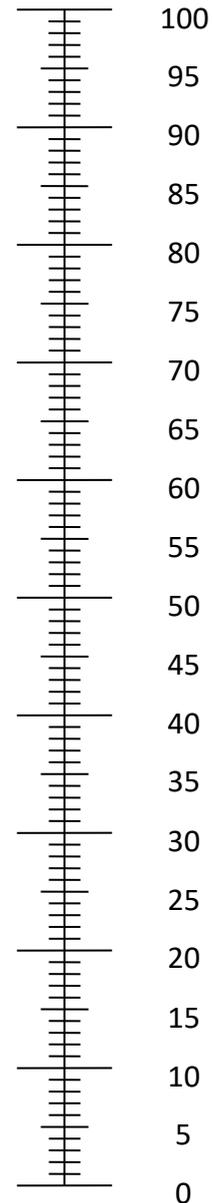
„Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Aussagen vor und Sie sagen mir bitte, welche Aussage Ihren **heutigen Gesundheitszustand** jeweils am Besten beschreibt.“

1. Beweglichkeit/Mobilität	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe große Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen
2. Für sich selbst sorgen	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
3. Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
4. Schmerzen/körperliche Beschwerden	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
5. Angst/Niedergeschlagenheit	
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

„Zur Einschätzung Ihres heutigen Gesundheitszustandes soll Ihnen die nachfolgende Skala, ähnlich einem Thermometer, helfen. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“. Ich möchte Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Tragen Sie anschließend in das neben stehende Feld die Zahl ein, die Sie auf der Skala angekreuzt haben.“

IHR HEUTIGER
GESUNDHEITZUSTAND =

**Bester denkbare
Gesundheitszustand**



**Schlechtester denkbare
Gesundheitszustand**

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

4. Handkraftmessung

„Als nächstes möchte ich Ihre Handkraft messen. Zuerst stelle ich den Handgriff passend für Sie ein. Danach beginnen wir mit einer Testmessung, damit Sie ein Gefühl dafür bekommen. Anschließend führen wir drei aufeinanderfolgende Messungen durch. Bitte pressen Sie dafür beide Handgriffe so fest zusammen, wie Sie können. Wenn es wehtun sollte, hören Sie bitte auf zu drücken.“

Dokumentation:

Mit welcher Hand wurde die Messung durchgeführt? dominant nicht dominant

Lag eine Beeinträchtigung der Messhand vor? ja nein

Falls **JA**, ist die Beeinträchtigung chronisch **ODER**

akut

Die Messung war nicht durchführbar (bitte Gründe angeben):

Höchster Messwert in kg:

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

5. CERAD – Kategorie „Tiere“

„Bei der nächsten Aufgabe sollen Sie so viele Tiere nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben dafür eine Minute Zeit. Ich gebe Ihnen Bescheid, wenn die Minute um ist. Bitte beginnen Sie jetzt.“

Aufgabe wurde abgebrochen, weil die
Testperson die Anweisung nicht versteht:

ja
 nein

Wenn der Test durchgeführt wurde, bitte den Testverlauf dokumentieren.

0 – 15 Sekunden

16 – 30 Sekunden

31 – 45 Sekunden

46 – 60 Sekunden

Ergebnis:

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 1 – 15: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 16 – 30: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 31 – 45: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 46 – 60: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von **60 Sekunden**: [] [] [] []

Untersuchungsteil wurde

durchgeführt

nicht erhoben

abgebrochen

6. Timed „Up & Go“

„Bitte setzen Sie sich zunächst bequem auf den Stuhl, legen die Arme locker ab und stellen die Füße bequem auf den Boden. Stehen Sie dann auf und **gehen mit „normalem Gang“**, so wie Sie im Alltag gehen, bis zur markierten Linie. Dort drehen Sie sich um, gehen zum Stuhl zurück und setzen sich wieder hin. Wenn Sie möchten, können Sie den Vorgang einmal üben.“

1.	Untersuchte Person kann gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
2.	Es wurde eine Gehhilfe benutzt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
	Benötigte Zeit in Sekunden		Sek.

Kategoriale Auswertung

- 1 – Zeitdauer unter 10 Sekunden
- 2 – Zeitdauer 10 bis 19 Sekunden
- 3 – Zeitdauer 20 bis 29 Sekunden
- 4 – Zeitdauer 30 oder mehr Sekunden
- 5 – Kann nicht gehen

Mobilitätskategorie (Kode 1 bis 5)	
---	--

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

7. CERAD – Wortliste Gedächtnis

„Ich werde Ihnen zehn Wörter zeigen, die jeweils auf einem Blatt stehen. Lesen Sie bitte jedes Wort laut vor, wenn ich es Ihnen zeige. Danach bitte ich Sie, diese zehn Wörter aus dem Gedächtnis abzurufen. Die Reihenfolge beim Erinnern spielt keine Rolle. Das machen wir drei Mal.“

Patient kann nicht lesen

1. Durchgang	2. Durchgang	3. Durchgang
Butter <input type="checkbox"/>	Karte <input type="checkbox"/>	Königin <input type="checkbox"/>
Arm <input type="checkbox"/>	Hütte <input type="checkbox"/>	Gras <input type="checkbox"/>
Strand <input type="checkbox"/>	Butter <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>
Brief <input type="checkbox"/>	Strand <input type="checkbox"/>	Hütte <input type="checkbox"/>
Königin <input type="checkbox"/>	Motor <input type="checkbox"/>	Stange <input type="checkbox"/>
Hütte <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>	Strand <input type="checkbox"/>
Stange <input type="checkbox"/>	Königin <input type="checkbox"/>	Butter <input type="checkbox"/>
Karte <input type="checkbox"/>	Brief <input type="checkbox"/>	Motor <input type="checkbox"/>
Gras <input type="checkbox"/>	Stange <input type="checkbox"/>	Karte <input type="checkbox"/>
Motor <input type="checkbox"/>	Gras <input type="checkbox"/>	Brief <input type="checkbox"/>

Intrusionen	1. Durchgang	2. Durchgang	3. Durchgang

Ggf.: „Ich komme in etwa zehn Minuten auf diese Wortliste zurück. Inzwischen stelle ich Ihnen ein paar andere Fragen.“

Stoppuhr auf 10 Minuten stellen → 4. Durchgang CERAD-Wortliste

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

8. CERAD – Wortliste 4. Durchgang

„Vor wenigen Minuten habe ich Sie gebeten, zehn Wörter zu lernen, die Sie eins nach dem anderen von verschiedenen Blättern vorgelesen haben. Jetzt möchte ich Sie bitten, sich an diese Wörter zu erinnern und innerhalb von 90 Sekunden möglichst viele davon aufzuzählen.“

- Butter
- Arm
- Strand
- Brief
- Königin
- Hütte
- Stange
- Karte
- Gras
- Motor

Intrusionen

Total: Die Summe der richtig erinnerten Wörter (aller Durchgänge) ergibt den Punktwert.

Anzahl Richtige: L J L J

Anzahl Intrusionen: L J L J

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

9. Aktivitäten des täglichen Lebens

„Um Ihre Lebenssituation besser einschätzen zu können, befrage ich Sie nun zu Ihren alltäglichen Aktivitäten. Bitte sagen Sie mir, in welchem Umfang Sie diese ausführen können.“

1. Essen	Punkte	
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	
2. Aufsetzen/Umsetzen		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
3. Sich Waschen		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	
4. Toilettenbenutzung		
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10	
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	
5. Baden/Duschen		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
6. Aufstehen/Gehen		
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	15	
Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
<i>Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mindestens 50 m</i>	5	
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0	
7. Treppensteigen		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10	
Braucht Hilfe oder Supervision	5	
Kann nicht Treppensteigen	0	
8. An- und Auskleiden		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5	
Total hilfsbedürftig	0	
9. Stuhlkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
10. Harnkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
Gesamtpunktzahl		

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

10. GDS

„Jetzt komme ich auf Ihre Stimmungen zu sprechen. Wie haben Sie sich im Allgemeinen in der letzten Zeit, zum Beispiel in der vergangenen Woche gefühlt und wie aktiv waren Sie.“

	Ja	Nein
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	0	1
2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	1	0
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	1	0
4. Ist Ihnen oft langweilig?	1	0
5. Sind Sie meistens guter Laune?	0	1
6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?	1	0
7. Sind Sie meistens zufrieden?	0	1
8. Fühlen Sie sich hilflos?	1	0
9. Sind Sie lieber zu Hause statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	1	0
10. Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	1	0
11. Finden Sie es wunderbar jetzt zu leben?	0	1
12. Finden Sie sich so, wie Sie jetzt sind, eher wertlos?	1	0
13. Fühlen Sie sich Ihrem Alter entsprechend energiegeladener?	0	1
14. Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	1	0
15. Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	1	0

Gesamtpunkte

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

11. Sturzanamnese

„Ich bitte Sie nun, sich an möglicherweise erlittene Stürze zu Hause oder anderswo zu erinnern. Interessant sind die letzten 6 Monate. Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen.“

1. Sind Sie in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?					
<input type="checkbox"/> ja (→ weiter mit Frage 2) Falls JA, wie oft? <input type="checkbox"/> 1-2x <input type="checkbox"/> 3-5x <input type="checkbox"/> 6-10x <input type="checkbox"/> mehr als 10x <input type="checkbox"/> weiß nicht					
<input type="checkbox"/> nein (→ Sturzanamnese beendet)					
2. Haben Sie sich dabei verletzt?					
<input type="checkbox"/> ja (→ weiter mit Frage 3)					
<input type="checkbox"/> nein (→ Sturzanamnese beendet)					
3. Welche Verletzungen haben Sie erlitten?					
	Sturz 1	Sturz 2	Sturz 3	Sturz 4	Sturz 5
Prellungen/Verstauchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnitte/Schürfwunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frakturen/Brüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?					
	Sturz 1	Sturz 2	Sturz 3	Sturz 4	Sturz 5
körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausaufenthalt					
ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationär (min. 1 Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähen der Wunde(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen				

12. Gewicht & Größe

„Ich möchte Ihnen einige Fragen zu Ihrem **Gewicht** stellen.“

„Wie viel beträgt Ihr aktuelles Gewicht?“ kg

weiß nicht

„Haben Sie in den letzten 12 Monaten **ungewollt** Gewicht abgenommen?“

ja

nein

weiß nicht

„Falls **JA**, bitte schätzen Sie wie viel“: kg

Körpergröße cm

weiß nicht

Untersuchungsteil wurde

durchgeführt

nicht erhoben

abgebrochen

13. Ambulante Arztkontakte

„Waren Sie in den **letzten 6 Monaten** bei folgenden Ärzten? Gemeint ist jeder Besuch in der Arztpraxis, auch wenn Sie selbst nicht mit dem Arzt gesprochen haben (zum Beispiel Abholen von Rezepten, Überweisungen oder Krankenschreibungen, Blutabnahme). Auch Hausbesuche zählen dazu. Bitte berücksichtigen Sie auch ambulante Behandlungen im Krankenhaus (ausgenommen sind Notfallbehandlungen und Übernachtungen im Krankenhaus).“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage der Krankenhausaufenthalte fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie bitte an, zu welchen Arztpraxen Sie Kontakt hatten und wie häufig?“

Arzt	Ambulanter Kontakt zum Arzt oder Praxispersonal	Anzahl der Kontakte
Hausarzt (Allgemeinmediziner, hausärztlicher Internist)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Internist (falls nicht Ihr Hausarzt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Diabetologe (falls nicht Ihr Hausarzt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Gastroenterologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Rheumatologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Nephrologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Gynäkologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Urologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Kardiologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Pneumologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Orthopäde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Gefäßchirurg	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Radiologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Augenarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Dermatologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Neurologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Onkologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Psychiater oder Psychotherapeut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiger Arzt: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

15. Krankenhaus-Ambulanz/Notaufnahme

„Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** eine Notaufnahme oder eine Krankenhaus-Ambulanz wegen eines Notfalls aufgesucht (ausgenommen sind Übernachtungen im Krankenhaus)?“

- ja → „Falls **JA**, bitte geben Sie an wie oft“: [] [] [] [] weiß nicht
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage der Reha-Aufenthalte fortfahren**

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

16. Reha-Aufenthalte

„Waren Sie in den **letzten 6 Monaten** zur Rehabilitation (Reha, Kur oder Anschlussheilbehandlung)?“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage der Behandlung durch Therapeuten fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie bitte für jeden Aufenthalt an, ob eine ambulante oder stationäre Reha in Anspruch genommen wurde. Geben Sie bitte jeweils die Dauer Ihres Aufenthaltes an.“

Aufenthalt	Ambulant oder stationär?	Dauer des Aufenthaltes in Wochen (zusätzlich Beginn/Ende in MM/JJJJ)
1	<input type="checkbox"/> ambulante <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Wochen von [] [] [] . 2 0 [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht
2	<input type="checkbox"/> ambulante <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Wochen von [] [] [] . 2 0 [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht
3	<input type="checkbox"/> ambulante <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Wochen von [] [] [] . 2 0 [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

17. Behandlung durch Therapeuten

„Haben Sie in den **letzten 4 Wochen** einen Physio-, Ergo- oder sonstigen Therapeuten aufgesucht? Bitte geben Sie nur die Besuche bei Therapeuten an, die von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wurden und die nicht während einer Reha, Kur oder eines Krankenhausaufenthaltes stattfanden.“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage der Hilfsmittel fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie an, zu welchem Therapeuten Sie Kontakt hatten und wie oft Sie bei diesem Therapeuten waren.“

Therapeut (Fachrichtung)	Kontakt zum Therapeut?	Anzahl Kontakte
Physiotherapeut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	┌ ┆┆ ┆┆ ┆ <input type="checkbox"/> weiß nicht
Ergotherapeut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	┌ ┆┆ ┆┆ ┆ <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiger Therapeut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	┌ ┆┆ ┆┆ ┆ <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiger Therapeut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	┌ ┆┆ ┆┆ ┆ <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

18. Hilfsmittel

„Haben Sie **in den letzten 6 Monaten** eines der folgenden Hilfsmittel erhalten? Bitte geben Sie nur Hilfsmittel an, die Ihnen von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wurden.“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage zu Haushaltshilfen fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie an, welche der folgenden Hilfsmittel Sie erhalten haben.“

Hilfsmittel	Haben Sie eines der folgenden Hilfsmittel erhalten?
Mobilitätsfördernde Hilfsmittel	
Rollator	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Handstock/ Unterarmgehstützen (Krücken)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hüftprotektoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Treppenlift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Badewannenlift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sensorische Hilfsmittel	
Brille/Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hörgerät/Hörhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Greifhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Therapeutische Hilfsmittel	
Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Schlafapnoebehandlungsgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstige Hilfsmittel	
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

19. Haushaltshilfe

„Haben Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in den **letzten 4 Wochen** Hilfe für Arbeiten in Anspruch nehmen müssen, die Sie üblicherweise selber ausführen (z.B. im Haushalt oder das Erledigen von Einkäufen) und die von der Krankenkasse finanziert werden?“

- ja
 nein weiß nicht ➔ **Bitte mit Abfrage versicherungsrelevanter Angaben fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie an, welche Art der Hilfe Sie in den letzten 4 Wochen erhalten haben. Geben Sie bitte an, an wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen Sie die Hilfe erhalten haben und für wie viele Stunden am Tag im Durchschnitt.“

Art der Hilfe	Haben Sie folgende Hilfen in den letzten 4 Wochen erhalten? Mehrfachnennungen sind möglich	An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?	Wie viele Stunden am Tag im Durchschnitt?
Haushaltshilfen (von der Krankenkasse finanziert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Tag(e) <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Stunde(n) <input type="checkbox"/> weiß nicht
Ambulante Pflegedienste wie z.B. Caritas, die Haushaltstätigkeiten übernehmen (Voraussetzung, es liegt Pflegegrad 1 vor)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Tag(e) <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Stunde(n) <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiges, nämlich _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Tag(e) <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Stunde(n) <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

20. Versicherungsrelevante Angaben

Wie sind Sie krankenversichert?	
<input type="checkbox"/>	Gesetzlich versichert
<input type="checkbox"/>	Über Beihilfe und privat versichert (Beamtenstatus)
<input type="checkbox"/>	Privat versichert (nur Vollversicherung, keine Zusatzversicherung)
<input type="checkbox"/>	Keine Krankenversicherung
<input type="checkbox"/>	weiß nicht

Sind Sie zum aktuellen Zeitpunkt offiziell als schwerbehindert anerkannt?	
<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja, mit Schwerbehinderungsgrad: [] [] [] [] %
<input type="checkbox"/>	weiß nicht

„Haben Sie derzeit einen Pflegegrad?“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit der nächsten Frage fortfahren**

„Falls JA, geben Sie bitte an, welchen Pflegegrad Sie derzeit haben und seit wann (Datum).“

Derzeitiger Pflegegrad	Ich habe den derzeitigen Pflegegrad seit (MM/JJJJ)?
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht	Seit [] [] [] . [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht

„Hat sich Ihr Pflegegrad in den letzten 6 Monaten geändert?“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit den Leistungen der Pflegeversicherung fortfahren**

„Falls JA, geben Sie bitte an, welchen Pflegegrad Sie vor dem derzeitigen Pflegegrad hatten. Geben Sie an, seit wann Sie diesen Pflegegrad hatten (Datum).“

Pflegegrad vor dem derzeitigen Pflegegrad	Ich hatte diesen Pflegegrad seit
<input type="checkbox"/> Ich hatte keinen Pflegegrad vor dem derzeitigen Pflegegrad <input type="checkbox"/> Ich hatte Pflegegrad [] vor dem derzeitigen Pflegegrad <input type="checkbox"/> weiß nicht	Seit [] [] [] . [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

21. Leistungen der Pflegeversicherung

„Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** Leistungen von Ihrer Pflegeversicherung erhalten?“

ja

nein weiß nicht → **Bitte mit den soziodemographischen Daten fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie an, seit wann Sie Leistungen Ihrer Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben (Datum) bzw. ob Sie diese immer noch in Anspruch nehmen.“

Art der Pflege Mehrfachnennungen sind möglich	Welche Leistungen?	Anfangs- und Enddatum der Leistungsanspruchnahme (MM.JJJJ)
Stationäre Pflege (stationäre Langzeitpflege, stationäre Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	Von [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] oder <input type="checkbox"/> bis heute <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> weiß nicht</div>
Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	Von [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] oder <input type="checkbox"/> bis heute <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> weiß nicht</div>
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	Von [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] oder <input type="checkbox"/> bis heute <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> weiß nicht</div>

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

22. Soziodemographische Daten (Teil B)

„Abschließend möchte ich Ihnen noch zwei Fragen zu Ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung stellen.“

6. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	
<input type="checkbox"/>	von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
<input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss (Mittlere Reife)
<input type="checkbox"/>	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife
<input type="checkbox"/>	allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur [Gymnasium bzw. EOS (Erweiterte Oberschule)]
<input type="checkbox"/>	anderen Schulabschluss, und zwar:

7. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?	
<input type="checkbox"/>	keinen beruflichen Abschluss
<input type="checkbox"/>	beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre)
<input type="checkbox"/>	beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)
<input type="checkbox"/>	Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Hochschulabschluss
<input type="checkbox"/>	anderen beruflichen Abschluss, und zwar:

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

23. Medikamentenanamnese

„Können Sie mir abschließend bitte zeigen, wie viele und welche Medikamente Sie in den letzten sieben Tagen eingenommen bzw. angewendet haben?“

CERAD-Wortliste abgerufen?

Anlage 4: Patientenfragebogen_t1-t2

ID-Nr. Patient: []/[] [] [] [] []/[] [] []

Datum der Erhebung: [] [] [] . [] [] [] . 2 0 [] [] []

Erhoben durch:

Messzeitpunkt: T1 T2



Patienten-Fragebogen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Soziodemografische Daten (Teil A)	4
3. EQ-5D-5L	5
4. Handkraftmessung	7
5. CERAD – Kategorie „Tiere“	8
6. Timed „Up & Go“	9
7. CERAD – Wortliste Gedächtnis.....	10
8. CERAD – Wortliste 4. Durchgang	11
9. Aktivitäten des täglichen Lebens	12
10. GDS.....	13
11. Sturzanamnese	14
12. Gewicht	15
13. Ambulante Arztkontakte.....	16
14. Krankenhaus-Aufenthalte	17
15. Krankenhaus-Ambulanz/Notaufnahme.....	18
16. Reha-Aufenthalte.....	18
17. Behandlung durch Therapeuten	19
18. Hilfsmittel	20
19. Haushaltshilfe	21
20. Versicherungsrelevante Angaben.....	22
21. Leistungen der Pflegeversicherung	23
22. Medikamentenanamnese	23

1. Einleitung

„Bevor wir beginnen, möchte ich Sie auf einige Dinge aufmerksam machen:

- *Bitte hören Sie sich meine Anweisungen und Fragen **bei jeder Aufgabe** bis zum Ende an und antworten anschließend.*
- *Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Sie werden nur mit Ihrer Zustimmung an Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt weitergegeben.*
- *Die gesammelten Informationen werden anonymisiert. Dies bedeutet, dass bei der Auswertung und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen niemand feststellen kann, von welcher Person die betreffenden Antworten stammen.*
- *Sollten Sie eine Frage nicht verstanden haben, können Sie jederzeit nachfragen.“*

3. EQ-5D-5L

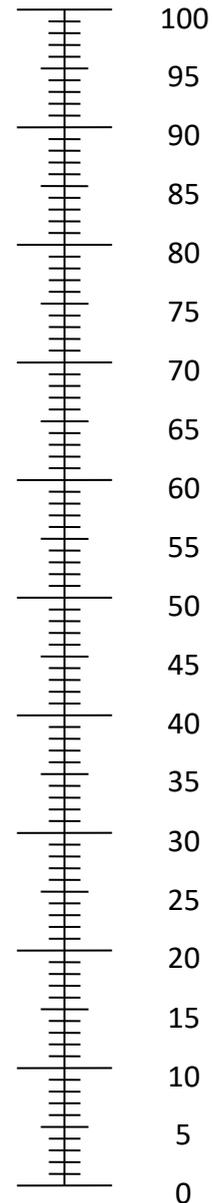
„Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Aussagen vor und Sie sagen mir bitte, welche Aussage Ihren **heutigen Gesundheitszustand** jeweils am Besten beschreibt.“

1. Beweglichkeit/Mobilität	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe große Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen
2. Für sich selbst sorgen	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
3. Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
4. Schmerzen/körperliche Beschwerden	
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
5. Angst/Niedergeschlagenheit	
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/>	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

„Zur Einschätzung Ihres heutigen Gesundheitszustandes soll Ihnen die nachfolgende Skala, ähnlich einem Thermometer, helfen. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“. Ich möchte Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Tragen Sie anschließend in das neben stehende Feld die Zahl ein, die Sie auf der Skala angekreuzt haben.“

IHR HEUTIGER
GESUNDHEITZUSTAND =

**Bester denkbarer
Gesundheitszustand**



**Schlechtester denkbarer
Gesundheitszustand**

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

4. Handkraftmessung

„Als nächstes möchte ich Ihre Handkraft messen. Zuerst stelle ich den Handgriff passend für Sie ein. Danach beginnen wir mit einer Testmessung, damit Sie ein Gefühl dafür bekommen. Anschließend führen wir drei aufeinanderfolgende Messungen durch. Bitte pressen Sie dafür beide Handgriffe so fest zusammen, wie Sie können. Wenn es wehtun sollte, hören Sie bitte auf zu drücken.“

Dokumentation:

Mit welcher Hand wurde die Messung durchgeführt? dominant nicht dominant

Lag eine Beeinträchtigung der Messhand vor? ja nein

Falls **JA**, ist die Beeinträchtigung chronisch **ODER**

akut

Die Messung war nicht durchführbar (bitte Gründe angeben):

Höchster Messwert in kg:

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

5. CERAD – Kategorie „Tiere“

„Bei der nächsten Aufgabe sollen Sie so viele Tiere nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben dafür eine Minute Zeit. Ich gebe Ihnen Bescheid, wenn die Minute um ist. Bitte beginnen Sie jetzt.“

Aufgabe wurde abgebrochen, weil die Testperson die Anweisung nicht versteht:

ja
 nein

Wenn der Test durchgeführt wurde, bitte den Testverlauf dokumentieren.

0 – 15 Sekunden

16 – 30 Sekunden

31 – 45 Sekunden

46 – 60 Sekunden

Ergebnis:

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 1 – 15: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 16 – 30: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 31 – 45: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von Sekunde 46 – 60: [] [] [] []

Anzahl der richtigen Nennungen innerhalb von **60 Sekunden**: [] [] [] []

Untersuchungsteil wurde

durchgeführt

nicht erhoben

abgebrochen

6. Timed „Up & Go“

„Bitte setzen Sie sich zunächst bequem auf den Stuhl, legen die Arme locker ab und stellen die Füße bequem auf den Boden. Stehen Sie dann auf und **gehen mit „normalem Gang“, so wie Sie im Alltag gehen**, bis zur markierten Linie. Dort drehen Sie sich um, gehen zum Stuhl zurück und setzen sich wieder hin. Wenn Sie möchten, können Sie den Vorgang einmal üben.“

1.	Untersuchte Person kann gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.	Es wurde eine Gehhilfe benutzt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
3.	Benötigte Zeit in Sekunden		Sek.

Kategoriale Auswertung

- 1 – Zeitdauer unter 10 Sekunden
- 2 – Zeitdauer 10 bis 19 Sekunden
- 3 – Zeitdauer 20 bis 29 Sekunden
- 4 – Zeitdauer 30 oder mehr Sekunden
- 5 – Kann nicht gehen

Mobilitätskategorie (Kode 1 bis 5)	
---	--

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

7. CERAD – Wortliste Gedächtnis

„Ich werde Ihnen zehn Wörter zeigen, die jeweils auf einem Blatt stehen. Lesen Sie bitte jedes Wort laut vor, wenn ich es Ihnen zeige. Danach bitte ich Sie, diese zehn Wörter aus dem Gedächtnis abzurufen. Die Reihenfolge beim Erinnern spielt keine Rolle. Das machen wir drei Mal.“

Patient kann nicht lesen

1. Durchgang	2. Durchgang	3. Durchgang
Butter <input type="checkbox"/>	Karte <input type="checkbox"/>	Königin <input type="checkbox"/>
Arm <input type="checkbox"/>	Hütte <input type="checkbox"/>	Gras <input type="checkbox"/>
Strand <input type="checkbox"/>	Butter <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>
Brief <input type="checkbox"/>	Strand <input type="checkbox"/>	Hütte <input type="checkbox"/>
Königin <input type="checkbox"/>	Motor <input type="checkbox"/>	Stange <input type="checkbox"/>
Hütte <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>	Strand <input type="checkbox"/>
Stange <input type="checkbox"/>	Königin <input type="checkbox"/>	Butter <input type="checkbox"/>
Karte <input type="checkbox"/>	Brief <input type="checkbox"/>	Motor <input type="checkbox"/>
Gras <input type="checkbox"/>	Stange <input type="checkbox"/>	Karte <input type="checkbox"/>
Motor <input type="checkbox"/>	Gras <input type="checkbox"/>	Brief <input type="checkbox"/>

Intrusionen	1. Durchgang	2. Durchgang	3. Durchgang

Ggf.: „Ich komme in etwa zehn Minuten auf diese Wortliste zurück. Inzwischen stelle ich Ihnen ein paar andere Fragen.“

Stoppuhr auf 10 Minuten stellen → 4. Durchgang CERAD-Wortliste

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

8. CERAD – Wortliste 4. Durchgang

„Vor wenigen Minuten habe ich Sie gebeten, zehn Wörter zu lernen, die Sie eins nach dem anderen von verschiedenen Blättern vorgelesen haben. Jetzt möchte ich Sie bitten, sich an diese Wörter zu erinnern und innerhalb von 90 Sekunden möglichst viele davon aufzuzählen.“

- Butter
- Arm
- Strand
- Brief
- Königin
- Hütte
- Stange
- Karte
- Gras
- Motor

Intrusionen

Total: Die Summe der richtig erinnerten Wörter (aller Durchgänge) ergibt den Punktwert.

Anzahl Richtige: [][]

Anzahl Intrusionen: [][]

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

9. Aktivitäten des täglichen Lebens

„Um Ihre Lebenssituation besser einschätzen zu können, befrage ich Sie nun zu Ihren alltäglichen Aktivitäten. Bitte sagen Sie mir, in welchem Umfang Sie diese ausführen können.“

1. Essen	Punkte	
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	
2. Aufsetzen/Umsetzen		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
3. Sich Waschen		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	
4. Toilettenbenutzung		
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10	
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	
5. Baden/Duschen		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
6. Aufstehen/Gehen		
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	15	
Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
<i>Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mindestens 50 m</i>	5	
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0	
7. Treppensteigen		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10	
Braucht Hilfe oder Supervision	5	
Kann nicht Treppensteigen	0	
8. An- und Auskleiden		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5	
Total hilfsbedürftig	0	
9. Stuhlkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
10. Harnkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
Gesamtpunktzahl		

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

10. GDS

„Jetzt komme ich auf Ihre Stimmungen zu sprechen. Wie haben Sie sich im Allgemeinen in der letzten Zeit, zum Beispiel in der vergangenen Woche gefühlt und wie aktiv waren Sie.“

	Ja	Nein
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	0	1
2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	1	0
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	1	0
4. Ist Ihnen oft langweilig?	1	0
5. Sind Sie meistens guter Laune?	0	1
6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?	1	0
7. Sind Sie meistens zufrieden?	0	1
8. Fühlen Sie sich hilflos?	1	0
9. Sind Sie lieber zu Hause statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	1	0
10. Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	1	0
11. Finden Sie es wunderbar jetzt zu leben?	0	1
12. Finden Sie sich so, wie Sie jetzt sind, eher wertlos?	1	0
13. Fühlen Sie sich Ihrem Alter entsprechend energiegeladener?	0	1
14. Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	1	0
15. Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	1	0

Gesamtpunkte

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

11. Sturzanamnese

„Ich bitte Sie nun, sich an möglicherweise erlittene Stürze zu Hause oder anderswo zu erinnern. Interessant sind die letzten 6 Monate. Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen.“

1. Sind Sie in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?					
<input type="checkbox"/> ja (→ weiter mit Frage 2) Falls JA, wie oft? <input type="checkbox"/> 1-2x <input type="checkbox"/> 3-5x <input type="checkbox"/> 6-10x <input type="checkbox"/> mehr als 10x <input type="checkbox"/> weiß nicht					
<input type="checkbox"/> nein (→ Sturzanamnese beendet)					
2. Haben Sie sich dabei verletzt?					
<input type="checkbox"/> ja (→ weiter mit Frage 3)					
<input type="checkbox"/> nein (→ Sturzanamnese beendet)					
3. Welche Verletzungen haben Sie erlitten?					
	Sturz 1	Sturz 2	Sturz 3	Sturz 4	Sturz 5
Prellungen/Verstauchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnitte/Schürfwunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frakturen/Brüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?					
	Sturz 1	Sturz 2	Sturz 3	Sturz 4	Sturz 5
körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausaufenthalt					
ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationär (min. 1 Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähen der Wunde(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen				

12. Gewicht

„Ich möchte Ihnen einige Fragen zu Ihrem **Gewicht** stellen.“

„Wie viel beträgt Ihr aktuelles Gewicht?“ kg

weiß nicht

„Haben Sie in den letzten 6 Monaten **ungewollt** Gewicht abgenommen?“

ja

nein

weiß nicht

„Falls **JA**, bitte schätzen Sie wie viel“: kg

weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

13. Ambulante Arztkontakte

„Waren Sie in den **letzten 6 Monaten** bei folgenden Ärzten? Gemeint ist jeder Besuch in der Arztpraxis, auch wenn Sie selbst nicht mit dem Arzt gesprochen haben (zum Beispiel Abholen von Rezepten, Überweisungen oder Krankschreibungen, Blutabnahme). Auch Hausbesuche zählen dazu. Bitte berücksichtigen Sie auch ambulante Behandlungen im Krankenhaus (ausgenommen sind Notfallbehandlungen und Übernachtungen im Krankenhaus).“

- ja
 nein weiß nicht ➔ **Bitte mit Abfrage der Krankenhausaufenthalte fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie bitte an, zu welchen Arztpraxen Sie Kontakt hatten und wie häufig?“

Arzt	Ambulanter Kontakt zum Arzt oder Praxispersonal	Anzahl der Kontakte
Hausarzt (Allgemeinmediziner, hausärztlicher Internist)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Internist (falls nicht Ihr Hausarzt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Diabetologe (falls nicht Ihr Hausarzt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Gastroenterologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Rheumatologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Nephrologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Gynäkologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Urologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Kardiologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Pneumologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Orthopäde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Gefäßchirurg	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Radiologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Augenarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Dermatologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Neurologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Onkologe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Psychiater oder Psychotherapeut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiger Arzt: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

15. Krankenhaus-Ambulanz/Notaufnahme

„Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** eine Notaufnahme oder eine Krankenhaus-Ambulanz wegen eines Notfalls aufgesucht (ausgenommen sind Übernachtungen im Krankenhaus)?“

- ja → „Falls **JA**, bitte geben Sie an wie oft“: [] [] [] [] [] weiß nicht
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage der Reha-Aufenthalte fortfahren**

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

16. Reha-Aufenthalte

„Waren Sie in den **letzten 6 Monaten** zur Rehabilitation (Reha, Kur oder Anschlussheilbehandlung)?“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage der Behandlung durch Therapeuten fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie bitte für jeden Aufenthalt an, ob eine ambulante oder stationäre Reha in Anspruch genommen wurde. Geben Sie bitte jeweils die Dauer Ihres Aufenthaltes an.“

Aufenthalt	Ambulant oder stationär?	Dauer des Aufenthaltes in Wochen (zusätzlich Beginn/Ende in MM/JJJJ)
1	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Wochen von [] [] [] . 2 0 [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht
2	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Wochen von [] [] [] . 2 0 [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht
3	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Wochen von [] [] [] . 2 0 [] [] [] bis [] [] [] . 2 0 [] [] [] <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

17. Behandlung durch Therapeuten

„Haben Sie in den **letzten 4 Wochen** einen Physio-, Ergo- oder sonstigen Therapeuten aufgesucht? Bitte geben Sie nur die Besuche bei Therapeuten an, die von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wurden und die nicht während einer Reha, Kur oder eines Krankenhausaufenthaltes stattfanden.“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage der Hilfsmittel fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie an, zu welchem Therapeuten Sie Kontakt hatten und wie oft Sie bei diesem Therapeuten waren.“

Therapeut (Fachrichtung)	Kontakt zum Therapeut?	Anzahl Kontakte
Physiotherapeut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Ergotherapeut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiger Therapeut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiger Therapeut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	L J L J L J <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

18. Hilfsmittel

„Haben Sie **in den letzten 6 Monaten** eines der folgenden Hilfsmittel erhalten? Bitte geben Sie nur Hilfsmittel an, die Ihnen von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wurden.“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit Abfrage zu Haushaltshilfen fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie an, welche der folgenden Hilfsmittel Sie erhalten haben.“

Hilfsmittel	Haben Sie eines der folgenden Hilfsmittel erhalten?
Mobilitätsfördernde Hilfsmittel	
Rollator	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Handstock/ Unterarmgehstützen (Krücken)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hüftprotektoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Treppenlift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Badewannenlift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sensorische Hilfsmittel	
Brille/Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Hörgerät/Hörhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Greifhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Therapeutische Hilfsmittel	
Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Schlafapnoebehandlungsgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstige Hilfsmittel	
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

19. Haushaltshilfe

„Haben Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in den **letzten 4 Wochen** Hilfe für Arbeiten in Anspruch nehmen müssen, die Sie üblicherweise selber ausführen (z.B. im Haushalt oder das Erledigen von Einkäufen)?“

- ja
 nein weiß nicht ➔ **Bitte mit Abfrage versicherungsrelevanter Angaben fortfahren**

„Falls **JA**, geben Sie an, welche Art der Hilfe Sie in den letzten 4 Wochen erhalten haben. Geben Sie bitte an, an wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen Sie die Hilfe erhalten haben und für wie viele Stunden am Tag im Durchschnitt.“

Art der Hilfe	Haben Sie folgende Hilfen in den letzten 4 Wochen erhalten? Mehrfachnennungen sind möglich	An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?	Wie viele Stunden am Tag im Durchschnitt?
Haushaltshilfen (von der Krankenkasse finanziert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Tag(e) <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Stunde(n) <input type="checkbox"/> weiß nicht
Ambulante Pflegedienste wie z.B. Caritas, die Haushaltstätigkeiten übernehmen (Voraussetzung, es liegt Pflegegrad 1 vor)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Tag(e) <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Stunde(n) <input type="checkbox"/> weiß nicht
Sonstiges, nämlich _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Tag(e) <input type="checkbox"/> weiß nicht	[] [] [] Stunde(n) <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---

20. Versicherungsrelevante Angaben

Wie sind Sie krankenversichert?	
<input type="checkbox"/>	Gesetzlich versichert
<input type="checkbox"/>	Über Beihilfe und privat versichert (Beamtenstatus)
<input type="checkbox"/>	Privat versichert (nur Vollversicherung, keine Zusatzversicherung)
<input type="checkbox"/>	Keine Krankenversicherung
<input type="checkbox"/>	weiß nicht

Sind Sie zum aktuellen Zeitpunkt offiziell als schwerbehindert anerkannt?	
<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja, mit Schwerbehinderungsgrad: [][] [][] %
<input type="checkbox"/>	weiß nicht

„Haben Sie derzeit einen Pflegegrad?“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit der nächsten Frage fortfahren**

„Falls JA, geben Sie bitte an, welchen Pflegegrad Sie derzeit haben und seit wann (Datum).“

Derzeitiger Pflegegrad	Ich habe den derzeitigen Pflegegrad seit (MM/JJJJ)?
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht	Seit [][] [][] . [][] [][] [][] <input type="checkbox"/> weiß nicht

„Hat sich Ihr Pflegegrad in den letzten 6 Monaten geändert?“

- ja
 nein weiß nicht → **Bitte mit den Leistungen der Pflegeversicherung fortfahren**

„Falls JA, geben Sie bitte an, welchen Pflegegrad Sie vor dem derzeitigen Pflegegrad hatten. Geben Sie an, seit wann Sie diesen Pflegegrad hatten (Datum).“

Pflegegrad vor dem derzeitigen Pflegegrad	Ich hatte diesen Pflegegrad seit
<input type="checkbox"/> Ich hatte keinen Pflegegrad vor dem derzeitigen Pflegegrad <input type="checkbox"/> Ich hatte Pflegegrad [][] vor dem derzeitigen Pflegegrad <input type="checkbox"/> weiß nicht	Seit [][] [][] . [][] [][] [][] <input type="checkbox"/> weiß nicht

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erhoben <input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---



Ergebnisbogen Familienkonferenz 1

Teilnehmer:

Patient/Patientin Hausarzt/Hausärztin

Angehörige(r)/Vertrauensperson..... Pflegedienst / Sonstige

Ist der Angehörige/die Vertrauensperson selber bei Ihnen in Behandlung: ja nein

Datum: __. __. 20__ von __: __ Uhr bis __: __ Uhr

Art der Durchführung: telefonisch vor Ort _____

Ort: Praxis Wohnung Entfernung von der Praxis: __ km

➔ Medikamente

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

➔ Andere medizinische Behandlungen

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....

➔ Sonstiges

.....
.....

➔ Kontrollen + Termine

Folgende Kontrollen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

Nächste Termine:

.....



Ergebnisbogen Familienkonferenz 1

Teilnehmer:

Patient/Patientin Hausarzt/Hausärztin

Angehörige(r)/Vertrauensperson..... Pflegedienst / Sonstige

Ist der Angehörige/die Vertrauensperson selber bei Ihnen in Behandlung: ja nein

Datum: __. __. 20__ von __: __ Uhr bis __: __ Uhr

Art der Durchführung: telefonisch vor Ort _____

Ort: Praxis Wohnung Entfernung von der Praxis: __ km

➔ Medikamente

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

➔ Andere medizinische Behandlungen

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....

➔ Sonstiges

.....
.....

➔ Kontrollen + Termine

Folgende Kontrollen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

Nächste Termine:

.....



Ergebnisbogen Familienkonferenz 2

Teilnehmer:

Patient/Patientin Hausarzt/Hausärztin

Angehörige(r)/Vertrauensperson..... Pflegedienst / Sonstige

Ist der Angehörige/die Vertrauensperson selber bei Ihnen in Behandlung: ja nein

Datum: __ . __ . 20__ von __ : __ Uhr bis __ : __ Uhr

Ort: Praxis Wohnung Entfernung von der Praxis: __ km

➔ Medikamente

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

➔ Andere medizinische Behandlungen

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....

➔ Sonstiges

.....
.....

➔ Kontrollen + Termine

Folgende Kontrollen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

Nächste Termine:

.....



Ergebnisbogen Familienkonferenz 2

Teilnehmer:

Patient/Patientin Hausarzt/Hausärztin

Angehörige(r)/Vertrauensperson..... Pflegedienst / Sonstige

Ist der Angehörige/die Vertrauensperson selber bei Ihnen in Behandlung: ja nein

Datum: __ . __ 20__ von __ : __ Uhr bis __ : __ Uhr

Ort: Praxis Wohnung Entfernung von der Praxis: __ km

➔ Medikamente

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

➔ Andere medizinische Behandlungen

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....

➔ Sonstiges

.....
.....

➔ Kontrollen + Termine

Folgende Kontrollen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

Nächste Termine:

.....



Ergebnisbogen Familienkonferenz 3

Teilnehmer:

Patient/Patientin Hausarzt/Hausärztin

Angehörige(r)/Vertrauensperson..... Pflegedienst / Sonstige

Ist der Angehörige/die Vertrauensperson selber bei Ihnen in Behandlung: ja nein

Datum: __ . __ . 20__ von __ : __ Uhr bis __ : __ Uhr

Art der Durchführung telefonisch vor Ort

Ort: Praxis Wohnung Entfernung von der Praxis: __ km

➔ Medikamente

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

➔ Andere medizinische Behandlungen

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....

➔ Sonstiges

.....
.....

➔ Kontrollen + Termine

Folgende Kontrollen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

Nächste Termine:

.....



Ergebnisbogen Familienkonferenz 3

Teilnehmer:

Patient/Patientin Hausarzt/Hausärztin

Angehörige(r)/Vertrauensperson..... Pflegedienst / Sonstige

Ist der Angehörige/die Vertrauensperson selber bei Ihnen in Behandlung: ja nein

Datum: __ . __ . 20__ von __ : __ Uhr bis __ : __ Uhr

Art der Durchführung telefonisch vor Ort

Ort: Praxis Wohnung Entfernung von der Praxis: __ km

➔ Medikamente

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

➔ Andere medizinische Behandlungen

Folgende Änderungen wurden vereinbart:

.....
.....

➔ Sonstiges

.....
.....

➔ Kontrollen + Termine

Folgende Kontrollen wurden vereinbart:

.....
.....
.....

Nächste Termine:

.....

ID-Nr. Patient: []/[]/[]/[]/[]/[] Datum der Erhebung: []/[]/[] 20[]/[]/[]



Aktuelle Medikation (der letzten 7 Tage)

t0 t1 t2

Erfasst durch:

Untersuchungsteil wurde: durchgeführt nicht erhoben abgebrochen

PZN	Präparatename	Stärke	Darreichungs-Form	Dosierungshäufigkeit						Einheit	Bes. Hinweise	Einnahmedauer	Anwendung	
				Dosierung:				⑨⑨ keine Angabe	① Stück ② Tropfen ③ I.E. ④ ml ⑤ Hub ⑥ sonstiges* ⑨⑨ keine Angabe					
				Pro Tag	② Pro Woche	③ Pro Monat	④ Pro Jahr			⑤ sonstiges* (z.B. mehr als 4x tgl.)				
				morgens										
				① Tabletten										
				② Kapsel										
				③ Tropfen										
				④ Salbe										
				⑤ Topika am Auge										
				⑥ Pflaster										
				⑦ Spritze										
				⑧ Inhalator										
				⑨ sonstiges										
				⑨⑨ keine Angabe										

1. Medikament:

.....

2. Medikament:

.....

3. Medikament:

.....

4. Medikament:

.....

*Bitte notieren Sie, was Sie mit „Sonstiges“ meinen.

ID-Nr. Patient: []/[]/[]/[]/[]/[] Datum der Erhebung: []/[]/[] . []/[]/[] . 20[]/[]/[]

PZN	Präparatename	Stärke	Darreichungs-Form	Dosierungshäufigkeit						Einheit	Bes. Hinweise	Einnahmedauer	Anwendung
				Dosierung:				⑤sonstiges* (z.B. mehr als 4x tgl.)	⑨⑨keine Angabe				
				Pro Tag	②Pro Woche	③Pro Monat	④Pro Jahr						
				morgens									
			①Tabletten ②Kapsel ③Tropfen ④Salbe ⑤Topika am Auge ⑥Pflaster ⑦Spritze ⑧Inhalator ⑨sonstiges ⑨⑨keine Angabe							①Stück ②Tropfen ③I.E. ④ml ⑤Hub ⑥sonstiges* ⑨⑨keine Angabe	z.B. nüchterne Einnahme	①<1 Woche ②≥1 Woche, <1 Monat ③≥1 Monat, <2 Monate ④≥2 Monate, <6 Monate ⑤≥6 Monate, <1 Jahr ⑥≥1 Jahr ⑨⑨keine Angabe	①Dauer- medikation ②Bedarfs- medikation ⑨⑨keine Angabe

5. Medikament:

.....

6. Medikament:

.....

7. Medikament:

.....

8. Medikament:

.....

9. Medikament:

.....

*Bitte notieren Sie, was Sie mit „Sonstiges“ meinen.

ID-Nr. Patient: []/[]/[]/[]/[]/[] Datum der Erhebung: []/[]/[] . []/[]/[] . 20[]/[]/[]

PZN	Präparatename	Stärke	Darreichungs-Form	Dosierungshäufigkeit						Einheit	Bes. Hinweise	Einnahmedauer	Anwendung				
				Dosierung:				⑨ keine Angabe	⑨ keine Angabe								
				Pro Tag						② Pro Woche	③ Pro Monat	④ Pro Jahr	⑤ sonstiges* (z.B. mehr als 4x tgl.)	⑨ keine Angabe	① Stück ② Tropfen ③ I.E. ④ ml ⑤ Hub ⑥ sonstiges* ⑨ keine Angabe	z.B. nüchterne Einnahme	① <1 Woche ② ≥1 Woche, <1 Monat ③ ≥1 Monat, <2 Monate ④ ≥2 Monate, <6 Monate ⑤ ≥6 Monate, <1 Jahr ⑥ ≥1 Jahr ⑨ keine Angabe
				morgens	mittags	abends	nachts										
			① Tabletten ② Kapsel ③ Tropfen ④ Salbe ⑤ Topika am Auge ⑥ Pflaster ⑦ Spritze ⑧ Inhalator ⑨ sonstiges ⑨ keine Angabe														

10. Medikament:

.....

11. Medikament:

.....

12. Medikament:

.....

13. Medikament:

.....

14. Medikament:

.....

*Bitte notieren Sie, was Sie mit „Sonstiges“ meinen.

ID-Nr. Patient: []/[]/[]/[]/[]/[] Datum der Erhebung: []/[]/[] 20[]/[]



PZN	Präparatename	Stärke	Darreichungs-Form	Dosierungshäufigkeit						Einheit	Bes. Hinweise	Einnahmedauer	Anwendung
				Dosierung:				⑤sonstiges* (z.B. mehr als 4x tgl.)	⑨⑨keine Angabe				
				Pro Tag	②Pro Woche	③Pro Monat	④Pro Jahr						
				morgens									
			①Tabletten ②Kapsel ③Tropfen ④Salbe ⑤Topika am Auge ⑥Pflaster ⑦Spritze ⑧Inhalator ⑨sonstiges ⑨⑨keine Angabe							①Stück ②Tropfen ③I.E. ④ml ⑤Hub ⑥sonstiges* ⑨⑨keine Angabe	z.B. nüchterne Einnahme	①<1 Woche ②≥1 Woche, <1 Monat ③≥1 Monat, <2 Monate ④≥2 Monate, <6 Monate ⑤≥6 Monate, <1 Jahr ⑥≥1 Jahr ⑨⑨keine Angabe	①Dauer- medikation ②Bedarfs- medikation ⑨⑨keine Angabe

15. Medikament:

.....

16. Medikament:

.....

17. Medikament:

.....

18. Medikament:

.....

19. Medikament:

.....

*Bitte notieren Sie, was Sie mit „Sonstiges“ meinen.

Protokoll: Ablauf – Fortbildung der Hausärzt*innen

Datum der Fortbildung:
Dauer der Fortbildung: von Uhr bis Uhr

Anzahl der Teilnehmenden: Ärzte

Hat die Fortbildung per Telefon stattgefunden?
 Ja Nein

Welche der beiden obligatorischen Fortbildungen war das?
 die erste die zweite

War der/die Dozent/in: Ärztin/Arzt Andere, nämlich: _____

Wie viel Zeit ist für die Vorbereitung der Fortbildung angefallen?
 Keine Minuten

Wie viele km ungefähr hat der/die Dozent/in bis zum Schulungsort zurückgelegt?
 bis zu 2 km mehr als 2 bis zu 5 km mehr als 5 bis zu 10 km mehr als 10 km

Gab es Abweichungen von der SOP „Hausärzte Fortbildung 1“ Manual?
 Ja Nein

Wenn ja, erläutern Sie bitte kurz:

- a) Inwiefern wurde von der SOP zur Fortbildung abgewichen? (z.B. geänderter Zeitrahmen oder andere Themenreihenfolge, unvollständige Inhalte, Abweichen von vorgesehenen Methoden in bestimmten Phasen – Einzelarbeit, Partnerarbeit, Gruppenarbeit, Vortrag)

- b) Was waren die Gründe, von der SOP zur Fortbildung abzuweichen?

- Gruppengröße
 Verfügbares Zeitfenster
 Verfügbarkeit der Medien
 Räumliche Gegebenheiten
 Andere, und zwar:

Bogen für das Studienzentrum

Fortbildung				
Nr.	Wann hat die Fortbildung stattgefunden (TT/MM/JJJJ)?	Sind Kosten für den Fortbildungsraum angefallen?	Sind Kosten für die Verpflegung angefallen?	Wie viel Zeit ist für die Organisation des Fortbildungsraumes und/oder Verpflegung angefallen?
1	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Keine _____Minuten
2	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Keine _____Minuten
3	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Keine _____Minuten
4	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Keine _____Minuten
5	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Keine _____Minuten
6	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Keine _____Minuten
7	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt €	<input type="checkbox"/> Keine _____Minuten

Broschüren und Informationsmaterial für PATIENTEN	
Nr.	Sind Material-, Druck- und Portokosten angefallen? Falls Ja, wann (MM/JJJJ)?
1	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <u>Materialkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Druckkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Portokosten</u> (für Anlieferung zum Studienzentrum) nämlich insgesamt €
2	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <u>Materialkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Druckkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Portokosten</u> (für Anlieferung zum Studienzentrum) nämlich insgesamt €
3	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <u>Materialkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Druckkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Portokosten</u> (für Anlieferung zum Studienzentrum) nämlich insgesamt €
4	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <u>Materialkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Druckkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Portokosten</u> (für Anlieferung zum Studienzentrum) nämlich insgesamt €
5	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <u>Materialkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Druckkosten</u> nämlich insgesamt € am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, <u>Portokosten</u> (für Anlieferung zum Studienzentrum) nämlich insgesamt €

Vorbereitung

- **Terminabsprache** mit Patient(in) und dem/der Angehörigen
- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken und mitnehmen
(1 Exemplar in COFRAIL-Projektordner heften)
- **Anhand des Deprescribing–Leitfadens vorab überlegen, welche Medikamente für ein Absetzen in Frage kommen** (evtl. Hotline Pharmakologie kontaktieren)

Ablauf der 1. Familienkonferenz



Einstieg:

- **Setting** klären (z.B. alle sitzen an einem Tisch)
- **Agenda** erläutern: Thema Medikamente plus ...
- **Bedarf abfragen** (siehe Vorbereitungsblatt Patient)
- **Kommunikationsregeln** vereinbaren (z.B. jeder soll zu Wort kommen)



Ärztliche Botschaft zum Deprescribing: „Bei zunehmender Gebrechlichkeit ist die Verträglichkeit und der Nutzen vieler Medikamente nicht mehr gesichert. Durch das Absetzen von Medikamenten könnte eine Stabilisierung Ihres Gesundheitszustands (z.B. im Hinblick auf Mobilität / Bewegungsfähigkeit) und eine Senkung des Risikos für Notfallartige Ereignisse erreicht werden!“



Medikations-Check: alle Packungen auf den Tisch legen und einzeln besprechen, **Optionen zu den einzelnen Medikamenten diskutieren:**



Verträglichkeit „Wie vertragen Sie das Medikament?“



Therapieziel „Welches Ziel verfolgen wir mit diesem Medikament?“



Risiko „Welche Risiken sind mit diesem Medikament verbunden?“



Abschluss:

- **Medikationsplan handschriftlich aktualisieren** für den Patienten /Pflegedienst
- **Weiteres Vorgehen / Verlaufskontrollen / Folgetermin** vereinbaren
- **COFRAIL-Ergebnisbogen ausfüllen** und Durchschrift beim Patienten belassen
(Original mitnehmen, an Studienzentrum faxen und in COFRAIL-Projektordner heften)

Nachbereitung

- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken, an Patient /ggf. Pflegedienst aushändigen (1 Exemplar in COFRAIL-Projektordner heften)
- **Verlaufskontrollen / Folgetermin** (je nach getroffener Absprache mit Patient)

Vorbereitung

- **Terminabsprache** mit Patient(in) und dem/der Angehörigen
- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken und mitnehmen
(1 Exemplar in COFRAIL-Projektordner heften)
- **Anhand des Deprescribing–Leitfadens vorab überlegen, welche Medikamente für ein weiteres Absetzen in Frage kommen** (evtl. Hotline Pharmakologie kontaktieren)
- **Checkliste COFRAIL-Bedarfsanalyse** sichten und mitnehmen / bereitlegen

Ablauf der 2. Familienkonferenz



Einstieg: Setting klären (z.B. alle sitzen an einem Tisch)

Agenda erläutern: Thema Medikamente und Alternativen

Bedarf abfragen (siehe Vorbereitungsblatt Patient)

Kommunikationsregeln vereinbaren (z.B. jeder kommt zu Wort)



Zweite ärztliche Botschaft zum Deprescribing: „In höherem Alter ist die

Verträglichkeit und der Nutzen vieler Medikamente nicht mehr gesichert. Deswegen könnte das Absetzen von Medikamenten sinnvoll sein bzw. ist bereits geschehen. Oft gibt es Alternativen zur Therapie mit Medikamenten – darüber können wir heute sprechen!“



Medikations-Check: alle Packungen auf den Tisch legen und einzeln

besprechen, Aspekte und Optionen zu den einzelnen Medikamenten diskutieren:



Verträglichkeit



Therapieziel



Risiko



COFRAIL-Bedarfsanalyse: zu 13 Problemfeldern in der Checkliste;

→ Besprechung von **nicht-medikamentösen Optionen** (siehe HANDBUCH);

→ **Gemeinsame Festlegung von Zielen und Maßnahmen**



Abschluss:

- **Medikationsplan handschriftlich aktualisieren** für den Patienten /Pflegedienst
- **Weiteres Vorgehen / Verlaufskontrollen / Folgetermin** vereinbaren
- **COFRAIL-Ergebnisbogen ausfüllen** und Durchschrift beim Patienten belassen
(Original mitnehmen, an Studienzentrum faxen und in Projektordner heften)

Nachbereitung

- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken, an Patient /ggf. Pflegedienst aushändigen (1 Exemplar in COFRAIL-Projektordner heften)
- Ggf. vereinbarte nicht-medikamentöse Therapien / Maßnahmen einleiten
- **Verlaufskontrollen / Folgetermin** (je nach getroffener Absprache mit Patient)

Vorbereitung

- **Terminabsprache** mit Patient/ -in und dem/der Angehörigen
- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken u. mitnehmen (*1x in Projektordner heften*)
- **Anhand des Deprescribing–Leitfadens vorab überlegen, welche Medikamente für ein weiteres Absetzen in Frage kommen** (evtl. Hotline Pharmakologie kontaktieren)
- **Checkliste COFRAIL-Bedarfsanalyse** sichten und mitnehmen / bereitlegen

Ablauf der 3. Familienkonferenz FACE-TO-FACE oder ggf. VIDEOKONFERENZ



Einstieg:

- **Setting** klären (z.B. alle sitzen an einem Tisch)
- **Agenda** erläutern: Thema Medikamente und Alternativen
- **Bedarf abfragen** (*siehe Vorbereitungsblatt Patient*)
- **Kommunikationsregeln** vereinbaren (z.B. jeder kommt zu Wort)



Dritte ärztliche Botschaft zum Deprescribing: „In höherem Alter ist die

Verträglichkeit und der Nutzen vieler Medikamente nicht mehr gesichert. Deswegen könnte das Absetzen von Medikamenten sinnvoll sein bzw. ist bereits geschehen. Oft gibt es Alternativen zur Therapie mit Medikamenten – darüber können wir heute sprechen!“



Medikations-Check: alle Packungen auf den Tisch legen und einzeln

besprechen, Aspekte und Optionen zu den einzelnen Medikamenten diskutieren:



Verträglichkeit



Therapieziel



Risiko



OPTIONAL: **COFRAIL-Bedarfsanalyse**: zu 13 Problemfeldern in der Checkliste;

- Besprechung von **nicht–medikamentösen Optionen** (siehe HANDBUCH);
- Gemeinsame **Festlegung von Zielen und Maßnahmen**



Abschluss:

- **Medikationsplan handschriftlich aktualisieren** für Patient/ -in und Pflegedienst
- **Weiteres Vorgehen / Verlaufskontrollen / Folgetermin** vereinbaren
- **COFRAIL-Ergebnisbogen ausfüllen** und Durchschrift bei Patient/ -in belassen (*Original mitnehmen, an Studienzentrum faxen und in Projektordner heften*)

Nachbereitung

- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken, an Patient/ -in und ggf. Pflegedienst aushändigen (*1 Exemplar in COFRAIL-Projektordner heften*)
- Ggf. vereinbarte nicht-medikamentöse Therapien / Maßnahmen einleiten
- **Verlaufskontrollen / Folgetermin** (je nach getroffener Absprache mit Patient/ -in)



Die COFRAIL Forschungsgruppe

Deprescribing Leitfaden

für Patienten mit geriatrischem Frailty-Syndrom

Stand 08.07.2019

Inhalt

1.	Einleitung mit Hinweisen zur Nutzung und Kurzversion	3	
2.	Deprescribing Kurzversion.....	6	
3.	Diabetes mellitus	7	
4.	Gicht	10	
5.	Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Primär- und Sekundärprävention.....	12	
6.	Hypertonie	15	
7.	Herzinsuffizienz	19	
8.	Gerinnungshemmung bei Vorhofflimmern.....	22	
9.	Osteoporose	24	
10.	Protonenpumpenhemmer bei säurebedingten Erkrankungen.....	26	
11.	Urologische Indikationen (Überaktive Blase/Drang-Inkontinenz)	28	
12.	Schlafstörungen	30	
13.	Antidepressiva	32	
14.	Anhang	35	
14.1.	Deprescribing Algorithmen.....	35	
14.2.	PRISCUS-Liste	49	
14.3.	Liste mit anticholinergen Wirkstoffen	54	
14.4.	Zusammenfassung von Leitlinien ausgewählter Indikationen.....	56	
14.5.	Beispiel für das Ausschleichen von Benzodiazepinen.....	62	
14.6.	Vorbereitungsblatt für Familienkonferenz.....	63	
15.	Stichwortverzeichnis	67	
16.	Literaturverzeichnis.....	69	

1. Einleitung mit Hinweisen zur Nutzung und Kurzversion

Dieser Leitfaden soll Ihnen eine Orientierung für das **Absetzen (engl. Deprescribing) von Medikamenten bei geriatrischen Patienten mit Polypharmazie und Frailty-Syndrom geben**. Die Evidenz für eine Arzneimitteltherapie ist in dieser Population oft lückenhaft, da ältere und gebrechliche Patienten meistens von klinischen Studien ausgeschlossen werden. Andererseits sind diese Patienten häufig von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen und empfinden die Einnahme einer großen Zahl Arzneimittel als Belastung.

Der Leitfaden ist folgendermaßen aufgebaut: In jedem Kapitel finden sich zunächst (indikationsspezifische) Hinweise für das Vorgehen beim Absetzen von Medikation bei gebrechlichen älteren Patienten. Es werden Patientenkriterien, die Auswahl abzusetzender Medikamente und gegebenenfalls die Reihenfolge des Absetzens erläutert. Weiterhin werden beispielhaft Argumente für das Gespräch mit Patienten und Angehörigen genannt. Für den Fall, dass gemeinsam mit dem Patienten eine Entscheidung zugunsten des Absetzens getroffen wird, werden Vorschläge für ein Monitoring nach dem Absetzen aufgeführt. Danach folgen Substanz- und Substanzklassen spezifische Hinweise zu in der Indikation eingesetzten Arzneimitteln. Am Ende der Kapitel befinden sich Ausschnitte aus der Literatur.

Im Folgenden geben wir ihnen zunächst einige kurze **Empfehlungen zum Praktischen Vorgehen** incl. Medikations-Check und gemeinsamer Priorisierung der Arzneimitteltherapie für Ihr Gespräch mit Patienten und Angehörigen im Rahmen einer Familienkonferenz.

Im zweiten Kapitel finden Sie außerdem eine tabellarische **Kurzversion des Deprescribing-Leitfadens** für den Schreibtisch bzw. für den Hausbesuch. Im Anhang finden Sie Algorithmen, die eine grafische Darstellung der einzelnen Kapitel darstellen und auch für den Schreibtisch bzw. für den Hausbesuch geeignet sind.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit diesem Leitfaden!

Für Rückfragen und Anregungen wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges COFRAIL – Studienzentrum Düsseldorf oder Rostock (siehe Studienordner).

Darüber hinaus haben wir für sie eine Pharmakologische Beratungs-Hotline eingerichtet, auf der Sie sich mit ihren konkreten Fragen zu Ihren Patienten direkt an uns wenden können:

COFRAIL Pharmakologische Hotline

Tel.: +49 202 896-1853 (Mo-Fr: 12-14Uhr)

Fax: +49 202 896-1852 (Faxvorlage siehe Studienordner)

E-mail: cofrail@uni-wh.de

Univ.-Prof. Dr. med. Petra Thürmann
 Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie
 Universität Witten/Herdecke
 HELIOS Klinikum Wuppertal
 Heusnerstraße 40, 42283 Wuppertal

1.1. Praktisches Vorgehen

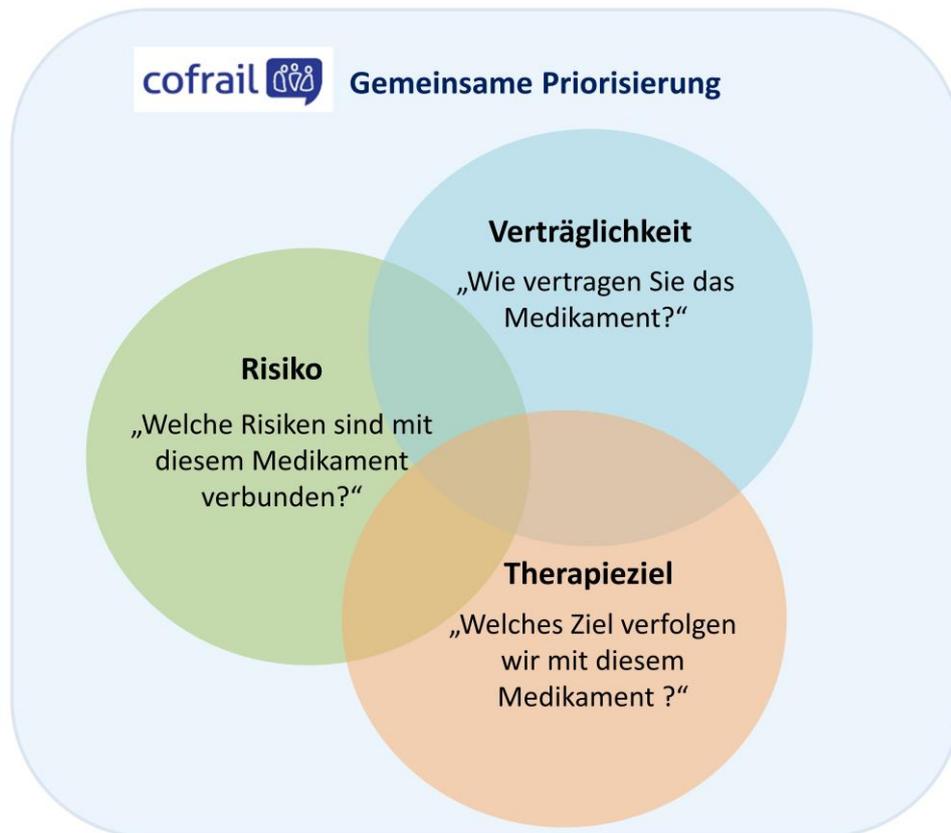
- 1) Wir empfehlen Ihnen zunächst, die Medikation Ihres Patienten mit Frailty-Syndrom anhand dieses Deprescribing-Leitfadens darauf hin zu **überprüfen, welche Medikamente potenziell für das Absetzen in Frage kommen**. Hierzu können Sie das Vorbereitungsblatt nutzen, welches Sie im Anhang dieses Leitfadens finden.
- 2) Führen Sie im Rahmen der Familienkonferenz (*Vorschlag zum Gesprächsablauf: siehe COFRAIL Leitfaden „Familienkonferenz“*) gemeinsam mit dem Patienten und dem Angehörigen einen **Medikations-Check** durch, um den Medikationsplan zu aktualisieren und evtl. Anwendungsprobleme aufzudecken.



Medikations-Check

Aktuelle Medikation	„Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?“
Anwendung	„Gibt es Schwierigkeiten bei der Anwendung der Medikamente?“ (z.B. Halbieren, Vergessen zu nehmen, Inhalativa, besondere Zeiten)
Unterstützungsbedarf	„Haben / benötigen Sie Unterstützung beim Besorgen, Sortieren oder Einnehmen der Medikamente?“

- 3) Erkundigen Sie sich nach der
 - a) **Verträglichkeit der Medikamente** bzw. evaluieren Sie mögliche Nebenwirkungen (z.B. Schwindel bei Antihypertensiva)
 - b) diskutieren Sie mit Patienten und Angehörigen, welche **Therapieziele** gemeinsam verfolgt werden (z.B. Symptomlinderung vs. Prävention)
 - c) erläutern Sie die **Risiken**, die ggf. mit einzelnen Medikamenten bzw. durch Interaktionen bestehen (z.B. Sturzgefahr bei Sedativa).



4) Vereinbaren Sie mit dem Patienten und seinem Angehörigen **die nächsten Schritte sowie ggf. das Monitoring** (z.B. von Blutdruck oder Laborwerten) und ggf. einen Folgetermin.

2. Deprescribing Kurzversion

Deprescribing – Was kann abgesetzt werden?

Medikamente die für ein Absetzen infrage kommen	Vorgehen & Monitoring
Diabetes mellitus ➤ Ein/mehrere Antidiabetikum/a bei einem HbA1c < 8%	Siehe Kapitel 3
Gicht ➤ Eine harnsäuresenkende Therapie bei einer symptomlosen Hyperurikämie	Siehe Kapitel 4
Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Primär- und Sekundärprävention ➤ Statine zur Primärprävention oder ggfs. zur Sekundärprävention ➤ TAH zur Primärprävention ➤ Ein TAH bei dualer Plättchenhemmung (Indikation prüfen)	Siehe Kapitel 5
Hypertonie ➤ Ein/mehrere Antihypertensivum/a bei einem Blutdruck < 160/90 mmHg ➤ Betablocker in der Indikation Hypertonie (Cave: andere Indikationen) ➤ Kaliumsparende Diuretika (Cave: Indikationen außer Hypertonie)	Siehe Kapitel 6
Herzinsuffizienz ➤ Digitalis-Präparate (Cave: Vorhofflimmern) ➤ Verapamil, Diltiazem (Cave: Vorhofflimmern) ➤ Ein Diuretikum bei Gabe mehrerer Diuretika ➤ Spironolacton (linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%)	Siehe Kapitel 7
Gerinnungshemmer bei Vorhofflimmern ➤ Antikoagulation überprüfen ➤ Ein TAH bei dualer Plättchenhemmung (Indikation prüfen) ➤ Ein TAH bei Kombination von Antikoagulans und TAH	Siehe Kapitel 8
Osteoporose ➤ Bisphosphonate bei einer Therapiedauer von mehr als 3-5 Jahren (Cave: Fraktur in der Anamnese)	Siehe Kapitel 9
Protonenpumpenhemmer ➤ PPI bei einer Therapiedauer von mehr als 8 Wochen (Cave: GI-Blutungen, Ulcus in der Anamnese, Co-Medikation)	Siehe Kapitel 10
Urologische Indikationen ➤ Anticholinergika bei Verdacht auf anticholinerge Nebenwirkungen ➤ Anticholinergika beim Eindruck geringer Effektivität der Medikation	Siehe Kapitel 11
Schlafstörungen ➤ Benzodiazepine oder Z-Substanzen bei einer Therapiedauer von mehr als 4 Wochen	Siehe Kapitel 12
Antidepressiva ➤ Ein Antidepressivum bei stabiler/m Stimmungslage, Schlaf und Appetit in den letzten 6 Monaten ➤ Ein Antidepressivum wenn die ursprüngliche depressive Episode mehr als 9 Monate zurückliegt ➤ Ein Antidepressivum bei einer Langzeitprophylaxe von mehr als 2 Jahren	Siehe Kapitel 13
➤ Für diverse Arzneimittelklassen (z.B. Benzodiazepine) ist ein langsames Absetzen bzw. Ausschleichen nötig.	

3. Diabetes mellitus

3.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich **und**
- HbA1c < 8% (<64 mmol/mol Hb) (50) und/oder

- Häufige Hypoglykämien

- Cave: Stark schwankende Blutzuckerwerte

Die Medikation

- Der Patient erhält **ein** Antidiabetikum
→ ggf. Dosisreduktion
- Der Patient erhält **mehrere orale** Antidiabetika
→ Auswahl **eines** Antidiabetikums, ggfs. Dosisreduktion, absetzen
→ Bei **erfolgreichem** Absetzen ggf. Auswahl eines weiteren Antidiabetikums
- Der Patient erhält **Insulin** und mindestens **2 orale** Antidiabetika
→ Auswahl **eines oralen** Antidiabetikums, ggfs. Dosisreduktion, absetzen
→ Bei **erfolgreichem** Absetzen ggf. Auswahl eines weiteren Antidiabetikums
- Der Patient erhält **Insulin** und **1 orales** Antidiabetikum
→ Monotherapie mit oralem Antidiabetikum möglich?
→ Dosisreduktion des Insulins oder evtl. Umstellung auf abendliches Basalinsulin möglich?
→ Andernfalls ggfs. Dosisreduktion des oralen Antidiabetikums

Reihenfolge für das Absetzen (orale Antidiabetika)

1. Verdacht auf eine unerwünschte Arzneimittelwirkung / Kontraindikation (z.B. Harnwegsinfektion durch SGLT2-Hemmer, dekompensierte Herzinsuffizienz bei Metformin)
2. Bei Hypoglykämien, Adipositas: a.e. Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid, Glimepirid), Glinide (z.B. Repaglinid) absetzen
3. SGLT2-Hemmer (z.B. Canagliflozin)
4. Alpha-Glucosidasehemmer, DPP4-Inhibitoren (z.B. Sitagliptin)
5. Metformin (Cave: Höhere Absetz-Priorität bei Niereninsuffizienz!)

Argumente für das Patientengespräch

- Eine zu starke Blutzuckersenkung kann zu Hypoglykämien, Stürzen, und Hospitalisierungen führen.
- Eine Dosisreduzierung/Absetzen kann das Auftreten von Hypoglykämien vermindern/verhindern.

Monitoring

- Wiederansetzen der Medikation bei häufigen Hyperglykämien (BZ > 300mg/dl, 16,7mmol/L) und/oder HbA1c > 10% (>86 mmol/mol Hb)

- Blutzuckermessung durch den Patienten oder Angehörige (telefonische Besprechung der Werte anbieten)
 - Kontaktaufnahme zur Praxis bei BZ > 300mg/dl (>16,7 mmol/L)
 - Sofern keine Selbstmessung möglich ist: Kontaktaufnahme bei Polyurie, Polydipsie; andernfalls Kontrolle des BZ nach 4 und des HbA1c nach 8 Wochen (Praxis/Hausbesuch)

3.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Alpha-Glucosidasehemmer

Die Wirksamkeit von Acarbose ist bei älteren Patienten nicht bewiesen (53). Acarbose und Miglitol können gastrointestinale Beschwerden auslösen (35).

Betablocker

Patienten, die häufig Hypoglykämien erleiden, sollten nicht mit Betablockern behandelt werden, da diese die entsprechenden Symptome verschleiern (45). Falls der Einsatz von beta-Blockern notwendig wird, ist der Patient über den Wegfall von Warnsymptomen (z.B. Herzrasen) zu informieren (Schwitzen ist dann in vielen Fällen das einzige Hypoglykämie-Symptom).

Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitoren (DPP4-Inhibitoren, z. B. Sitagliptin)

Liegt der HbA1c des Patienten unter 8,5% sollte die Verordnung eines DPP4-Inhibitors überdacht werden. Die Evidenz für den Nutzen dieser Arzneistoffklasse in Bezug auf die Lebensqualität und auf die langfristige Gesundheit ist heterogen (57).

GLP-1-Analoga (z.B. Dulaglutid)

Die Evidenz für den Einsatz der GLP-1-Analoga bei gebrechlichen Patienten ist begrenzt.

Glinide

Repaglinid sollte bei älteren Patienten nicht eingesetzt werden. Es sind verschiedene Interaktionen zu beachten (23).

Insuline und Analoga

Insuline mit höherem Hypoglykämie-Risiko (NPH Insulin, Mischinsuline) sollten durch Insuline mit niedrigem Hypoglykämie-Risiko (Insulin glargin, Insulin detemir) ersetzt werden (21). Es sollte keine „sliding scale“ Therapie eingesetzt werden, d. h. eine Behandlung exklusiv mit kurzwirksamen Insulinen, durchgeführt werden (2).

Metformin

Metformin sollte nicht eingesetzt werden, wenn die glomeruläre Filtrationsrate unter 30ml/min liegt (45). Weiterhin sollte bei gleichzeitigem Vorliegen von mind. 2 der folgenden Risikofaktoren keine Behandlung mit Metformin erfolgen: Alter > 80, gastrointestinale Beschwerden innerhalb des letzten Jahres, GFR < 60ml/min. Bei Patienten mit Niereninsuffizienz kann Metformin das Risiko für eine Laktatazidose erhöhen (55).

Natrium-Glucose-Cotransporter-2-Inhibitoren (SGLT2-Hemmer)

SGLT2-Hemmer (z.B. Dapagliflozin) sollten aufgrund des Risikos für schwere Hypoglykämien, Dehydratation und Infektionen des Urogenitaltrakts nicht eingesetzt werden (35).

Sulfonylharnstoffe

Langwirksame Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid, Glimepirid) sollten aufgrund des Risikos für schwere und langanhaltende Hypoglykämien nicht eingesetzt werden (2).

3.3. Fazit aus der Literatur

Ein höheres Alter, Polypharmazie und kognitive Einschränkungen erhöhen das Risiko für schwere Hypoglykämien (39).

Farrell et al. führten für die Erstellung einer Leitlinie zum Absetzen von Antidiabetika bei älteren Patienten (>65 Jahre) ein systematisches Review durch. Aufgrund des Mangels an relevanten Studien wurden auch Arbeiten mit Erwachsenen (≥ 18) berücksichtigt. Die Reduktion antidiabetischer Medikation führte nicht zu einem klinisch besorgniserregenden Anstieg der Blutzuckerwerte (21).

Die Vermeidung von Hypoglykämien stellt bei älteren Diabetespatienten ein wichtiges Therapieziel dar. HbA1c-Zielwerte sollten deswegen individuell gewählt werden (8).

4. Gicht

4.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich und
- Harnsäuresenkende Therapie ohne Gichtanfall in der Anamnese (7) oder

- Gichtanfall in der Historie aber langjährige (>5 Jahre), gut kontrollierte Harnsäuresenkung (20)

Die Medikation

- Überprüfen: Erhöhung der Harnsäurespiegel aufgrund einer UAW (Thiaziddiuretika, Schleifendiuretika)?
→ Absetzen/ Dosisreduktion des Diuretikums möglich?
- Absetzen der harnsäuresenkenden Therapie

Argumente für das Patientengespräch

- Patienten, die noch nie einen Gichtanfall erlitten haben, werden durch die Verordnung einer harnsäuresenkenden Therapie einem unnötigen Risiko für UAW (z.B. Leberfunktionsstörungen, schwere Hautreaktionen) ausgesetzt.
- Bei einem bereits lange zurückliegenden Gichtanfall ist zu hinterfragen, ob weiterhin ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis besteht.

Monitoring

- Nach 4-8 Wochen Messung des Harnsäurespiegels
- Patienten, die bereits einen Gichtanfall erlitten haben, kennen Gichtschmerzen
→ Ggf. prophylaktische Verordnung von Ibuprofen.
- Patienten, die noch nie einen Gichtanfall erlitten haben, sollten auf entsprechende Symptome hingewiesen werden

4.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Allopurinol

Kann zu schweren Hypersensitivitätsreaktionen führen (15).

Febuxostat

Im Vergleich zu Allopurinol ergibt sich durch die Einnahme von Febuxostat eine erhöhte kardiovaskuläre und Gesamtmortalität (69).

Colchicin

Bei älteren Patienten besteht ein höheres Risiko für eine toxische Wirkung von Colchicin. Dies ist insbesondere der Fall, wenn gleichzeitig renale, gastrointestinale oder kardiale Erkrankungen vorliegen (53).

4.3. Fazit aus der Literatur

In einer Querschnittsstudie mit älteren Patienten (≥ 65) wurde die Prävalenz von Xanthinoxidasehemmern bei Krankenhausaufnahme und –entlassung untersucht (47). Dabei wurde zwischen einer geeigneten (u.a. Gichtanfall in der Historie, Uratsteine, Gichttophi) und einer ungeeigneten (keine Indikation) Verordnung unterschieden. Von insgesamt 4035 Patienten erhielten 11,6% bei Krankenhauseinweisung und 13,2% bei Krankenhausentlassung einen Xanthinoxidasehemmer. Von diesen Verordnungen waren bei Aufnahme 91,6% und bei Entlassung 90,7% nicht geeignet.

5. Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Primär- und Sekundärprävention

- Hypertonie → Kapitel 6

5.1. Vorgehen beim Absetzen von Primärprävention mit Cholesterinsenkern und Thrombozytenaggregationshemmern

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich

Die Medikation

- Keine Evidenz für den Nutzen einer Primärprävention in dieser Population
→ Cholesterinsenkung (40), Thrombozytenaggregationshemmung (42)

Argumente für das Patientengespräch

- Patienten sind Risiko für UAW ohne Nutzen durch Primärprävention ausgesetzt

Monitoring

- Kein besonderes Monitoring nach Absetzen von Primärprävention erforderlich →
Nach Absetzen von Cholesterinsenkern Rückgang evtl. vorhandener UAW

5.2. Vorgehen beim Absetzen von Sekundärprävention mit Cholesterinsenkern und Thrombozytenaggregationshemmern

Der Patient

- Multimorbid und gebrechlich

Die Medikation

- Nutzen einer Sekundärprävention hängt vom Gesamtrisiko ab und ist dementsprechend nach einer längeren Behandlungsdauer zu erwarten.
- Duale Plättchenhemmung überprüfen (Indikation? Dauer?)

Argumente für das Patientengespräch

- Patienten sind Risiko für UAW ausgesetzt, trotz evtl. geringen Nutzens der Sekundärprävention („Sie nehmen jetzt Medikamente, um sich vor einem Herzinfarkt in 5-10 Jahren zu schützen“).

Monitoring

- Evtl. Messung der Cholesterinwerte 4 Wochen nach Absetzen
- Patient sollte Symptome eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts kennen (z.B. FAST-Test)
→ Aufklärung über Frühsymptome wie Amaurosis fugax, TIA

5.3. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Statine

Damit Statine einen Nutzen für den Patienten erbringen, ist eine Langzeitbehandlung notwendig. Bei einer kurzzeitigen Therapie überwiegt das UAW-Risiko den potentiellen Nutzen dieses Arzneimittels (37). Bei Patienten mit einer reduzierten Lebenserwartung, einem niedrigen kardiovaskulären Risiko und UAW kann ein Statin versuchsweise abgesetzt werden (66). Patienten und Angehörige sollten zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen wie Muskelschmerzen befragt werden.

Fibrate, Ezetimib

Bei älteren Patienten weisen Fibrate und Ezetimib ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis in der chronischen Therapie nach einem Herzinfarkt auf. Daher sollte versucht werden, diese Arzneimittel abzusetzen (48).

Thrombozytenaggregationshemmer

Es gibt keine Evidenz für den Nutzen von Plättchenhemmern als kardiovaskuläre Primärprävention (37). Wird ASS bei Patienten ohne Diabetes zur Primärprävention verordnet, sollte es abgesetzt werden (43). Patienten mit einem hohen Risiko für gastrointestinale Blutungen, einem niedrigem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und einer begrenzten Lebenserwartung können vom Absetzen der TAH profitieren (64). Bei einer stabilen koronaren, zerebrovaskulären oder peripheren Gefäßerkrankung sollten Plättchenhemmer nicht mit Antikoagulantien kombiniert werden, da eine Kombinationstherapie keinen zusätzlichen Nutzen aufweist (45).

Erhält ein Patient sowohl Clopidogrel als auch ASS, sollte die Indikation für die duale Plättchenhemmung überprüft werden. Die Dauer der dualen Therapie ist abhängig vom verwendeten Stenttyp, sowie von der klinischen Manifestation der Erkrankung. Bei stabiler KHK sollte nach Implantation eines Medikamentenfreisetzens Stents (DES) eine duale Thrombozytenaggregationshemmung von mindestens sechs bis zu zwölf Monaten, bei Implantation eines Metall-Stents (BMS) von vier Wochen gewährleistet sein. Beim akuten Koronarsyndrom sollte unabhängig vom verwendeten Stenttyp eine duale Thrombozytenaggregationshemmung von a.e. zwölf Monaten erfolgen. In aktuellen Studien wurden auch kürzere Behandlungszeiträume für eine duale Plättchenhemmung untersucht. Einige Ergebnisse legen nahe, dass möglicherweise eine kürzere Zeitdauer von 6 Monaten bei Anlage eines Drug eluting stents ausreicht (32). Es gibt aber auch Hinweise, dass eine 12-monatige Therapie die Gefahr von Reinfarkten vermindert (27).

Ticlopidin sollte vermieden werden, da andere TAH ähnlich effektiv sind und weniger UAW verursachen (45). Weiterhin sollte Prasugrel nicht eingesetzt werden, da es bei älteren Patienten ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis besitzt (53).

5.4. Fazit aus der Literatur

In einer Absetzstudie zu Statinen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen, lebensverkürzenden Erkrankung („nicht überrascht wenn der Patient innerhalb eines Jahres

verstirbt“) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Todesrate in 60 Tagen und in der Zeit bis zum ersten kardiovaskulären Ereignis. Das mittlere Alter der Studienteilnehmer betrug 74,1 Jahre. Patienten, die laut ihrem behandelnden Arzt aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung ein Statin benötigten, wurden allerdings ausgeschlossen (36).

Meinshausen und Kollegen erstellten ein systematisches Review zur Sicherheit und Effektivität von Plättchenhemmern in der Prävention von kardiovaskulären Ereignissen und ischämischen Schlaganfällen bei älteren Patienten (≥ 65) (43). Bei älteren Patienten ohne Diabetes sollte ASS zur Primärprävention abgesetzt werden, da Unsicherheiten bezüglich des Nutzen-Risiko-Verhältnisses bestehen. Weiterhin ist das Risiko für hämorrhagische Schlaganfälle und für schwere gastrointestinale und extrakranielle Blutungen bei älteren Patienten möglicherweise erhöht. In der Sekundärprophylaxe überwiegt wahrscheinlich der Nutzen die Risiken in den meisten Fällen, ein Absetzen kann daher generell nicht empfohlen werden.

In der ASPREE Studie wurde der Effekt einer Primärprävention mit ASS bei älteren (>70) selbstständig lebenden Patienten untersucht. An dieser randomisierten kontrollierten Studie nahmen 19114 Personen teil. Die Gabe von ASS verursachte eine erhöhte Anzahl schwerer Blutungen und verlängerte nicht die Überlebenszeit („disability-free survival“ im Beobachtungszeitraum von 5 Jahren) (42).

6. Hypertonie

6.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich **und**
- Medikamentös stabil eingestellter Blutdruck <160/90mmHG (16, 50) und/oder
- Orthostatische Hypotonie mit einem systolische Blutdruckabfall ≥ 20 mmHg (63)
- Cave: Patienten mit KHK und/oder Herzinsuffizienz (Blutdruckspitzen und Blutdruckabfälle vermeiden)

Die Medikation

- Der Patient erhält **ein** Antihypertensivum
→ ggf. Dosisreduktion
- Der Patient erhält **mehrere** Antihypertensiva
→ Auswahl **eines** Antihypertensivums, Dosisreduktion, absetzen
→ Bei **erfolgreichem** Absetzen ggf. Auswahl eines weiteren Antihypertensivums
- Z.B. Absetzen über 3-4 Monate, Reduktion der Dosis um 25% - 50% ca. alle 4 Wochen (je nach Substanz/ praktischer Umsetzbarkeit, ggfs. auch schneller, z.B. Diuretika)
- Betablocker und zentralwirksame Antihypertensiva (z.B. Clonidin) wenn notwendig auch in kleineren Schritten ausschleichen

Reihenfolge für das Absetzen (bei mehreren Antihypertensiva)*

1. Verdacht auf eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (unspezifisch [alle Antihypertensiva als möglich Auslöser]: z.B. Schwindel, Sturz oder spezifisch z.B. erhöhte Harnsäurespiegel durch HCT, siehe Hinweise zu den Arzneimittelklassen)
2. Potentiell inadäquate Medikation (Reserve-Antihypertensiva, siehe PRISCUS-Liste im Anhang)
3. Betablocker, sofern sie nicht anderweitig indiziert sind (z.B. KHK)
4. HCT und andere Diuretika sofern keine Ödeme vorliegen
5. Spironolacton sofern keine therapieresistente Hypertonie vorliegt
6. Calciumkanalblocker
7. ACE-Hemmer/Angiotensinrezeptorblocker („Sartane“)

* Je nach Begleiterkrankungen ist auch eine andere Reihenfolge des Absetzens möglich

Argumente für das Patientengespräch

- Eine zu starke Senkung des Blutdrucks kann zu Stürzen, Frakturen und Krankenhausaufenthalten führen.
- Eine zu starke Senkung des Blutdrucks kann zu Schwindel (allgemein oder beim Aufstehen) führen.
- Dosisreduzierung / Absetzen kann diese Nebenwirkungen reduzieren / verhindern

Monitoring

- Wiederansetzen der Medikation bei BP > 160/90mmHG
- Messung des Blutdrucks durch den Patienten oder Angehörige
→ Sofern keine Selbstmessung möglich: Kontrolle nach 1-2 Wochen (z.B. in der Praxis oder Apotheke), danach quartalsweise in der Praxis/ beim Hausbesuch
→ Kontaktaufnahme zur Praxis bei BP > 160/90mmHG, Kopfschmerzen, Schwindel
- Cave: nach Absetzen eines **Diuretikums** auf Zeichen einer evtl. zuvor verborgenen Herzinsuffizienz achten (geschwollene Füße, Atemnot)

6.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptor-Blocker („Sartane“)

ACE-Hemmer oder Sartane besitzen insgesamt ein gutes Nutzen-Risiko-Profil, daher stehen diese Wirkstoffe an letzter Stelle, wenn es um das Absetzen von kardiovaskulären Medikamenten geht. Unter der Therapie mit ACE-Hemmern kann der so genannte ACE-Hemmer Husten als unerwünschte Arzneimittelwirkung auftreten. Nur wenige Patienten erleiden unter einem Angiotensin-Rezeptorblocker ebenfalls Husten, so dass bei einer Umstellung von ACE-Hemmern auf Sartane der Reizhusten meist endet.

Betablocker

Betablocker sollten bei Hypertonie nicht als First-Line- und/oder Monotherapie eingesetzt werden, es sei denn, es besteht gleichzeitig eine andere Indikation für ihren Einsatz, beispielsweise eine Herzinsuffizienz (68). Zu den typischen Nebenwirkungen zählen unter anderem Schwindel, Erschöpfung und ein Kältegefühl in den Extremitäten. Sollen Beta-Blocker abgesetzt werden, müssen sie langsam ausgeschlichen werden.

Calciumkanalblocker

Calciumkanalblocker mit kardialer Wirkung (Verapamil, Diltiazem) sollten bei Herzinsuffizienz (NYHA 3 oder 4, (45)) mit verminderter Ejektionsfraktion vermieden werden (2). Aus der Gruppe der vaskulär wirkenden Calcium-Antagonisten (Dihydropyrimidine) sollte kurzwirksames Nifedipin nicht eingesetzt werden, da es das Risiko für einen Myokardinfarkt und die Sterblichkeit erhöht (2, 53) sowie schwere Hypotonien mit Stürzen auslösen kann (41). Stattdessen sollten bevorzugt langwirksame Wirkstoffe wie Amlodipin oder Nitrendipin eingesetzt werden.

Kalium sparende Mittel

Spironolacton ist ein primärer Kandidat für das Absetzen (48), sofern keine Herzinsuffizienz vorliegt. Aldosteron-Antagonisten sollten ohne ein regelmäßiges Monitoring von Kalium (mind. alle 6 Monate) nicht mit anderen kaliumsparenden Substanzen kombiniert werden (45). Wird Spironolacton eingesetzt, sollte die tägliche Dosis höchstens 25mg betragen, da bei älteren Patienten ein erhöhtes Risiko für Hyperkaliämien und Hyponatriämien besteht (53). Bei einer Kreatininclearance von unter 30ml/min sollte Spironolacton vollständig vermieden werden, ebenso Triamteren und Amilorid (2).

Schleifendiuretika

Bei einer gleichzeitig vorliegenden Harninkontinenz sollten Schleifendiuretika nicht als First-Line-Therapie eingesetzt werden (45). Besteht der Verdacht, dass unter der Therapie das zirkulierende Volumen abnimmt sollte die Dosis reduziert oder das Medikament abgesetzt werden (35). Bei Patienten mit Herzinsuffizienz sollte die Gabe des Diuretikums beibehalten werden. Um nächtliche Stürze zu vermeiden, ist eine abendliche Gabe / Gabe vor dem Schlafengehen möglichst zu vermeiden.

Thiazide

Hohe Dosierungen von Thiaziddiuretika sollten reduziert werden, da sie in Bezug auf die Sterblichkeit und bei KHK weniger effektiv sind als andere Antihypertensiva oder niedrige Dosierungen von Thiaziddiuretika (59). Patienten mit Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hypercalciämie oder Gicht sollten keine Thiazide erhalten (45). Bei gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz sollten Diuretika höchstens in ihrer Dosis reduziert werden, Absetzen führt meist zu einer Dekompensation (29). Für eine Exposition mit steigenden, kumulativen Dosen von Hydrochlorothiazid wurde ein erhöhtes Risiko für nichtmelanozytären Hautkrebs und für Lippenkrebs gezeigt (54)

Selektive Alpha1-Blocker

Der Einsatz von Alphablockern (Doxazosin, Terazosin, Urapidil) sollte soweit wie möglich vermieden werden (35). Ihr Nutzen-Risiko-Profil ist denen anderer Arzneistoffe unterlegen und es wird nicht empfohlen, diese Wirkstoffe als Standard-Behandlung der Hypertonie zu nutzen (2). Alpha-Blocker erhöhen das Risiko für orthostatische Hypotonien (53) und können zu Stürzen und Verletzungen führen (37).

Zentralwirksame Antihypertensiva

Zentral wirkende Antihypertensiva (Clonidin, Guanfacin, Methyldopa, Reserpin, Moxonidin) sollten nicht eingesetzt werden, es sei denn andere Antihypertensiva werden nicht vertragen (45). Zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen der zentralwirksamen Antihypertensiva gehören unter anderem auch zentralnervöse UAW wie Sedierung, Depression und kognitive Einschränkungen (53).

6.3. Fazit aus der Literatur

Die Pocket-Leitlinie für das Management der arteriellen Hypertonie empfiehlt eine Senkung des Blutdrucks von älteren Patienten mit einem systolischen Blutdruck ≥ 160 mmHG auf Werte zwischen 140 und 150 mmHg. Bei Patienten, die älter als 80 Jahre sind, wird für dieses Vorgehen eine gute körperliche und geistige Verfassung vorausgesetzt (16). Falls es sich um gebrechliche Patienten handelt, sollte der Behandelnde je nach Zustand des Patienten über eine Therapie entscheiden. Ein Cochrane Review kam 2017 zu dem Ergebnis, dass die vorhandene Evidenz nicht ausreicht, um einen Unterschied in Bezug auf Nutzen oder Risiken eines höheren (<150, 150-160 mmHG) im Vergleich zu einem niedrigeren (<140 mmHG) Blutdruckziel bei älteren Patienten festzustellen (24).

In einem systematischen Review konnte etwa die Hälfte der Patienten (mittleres Alter ≥ 65 Jahre) erfolgreich ein Antihypertensivum absetzen. Grund für eine erneute Gabe des jeweiligen Medikaments war ein langsamer Blutdruckanstieg oder eine Herzinsuffizienz (29).

Betablocker und hochdosierte Thiazide sind laut einem Cochrane Review niedrig dosierten Thiaziden als firstline Therapie der Hypertonie unterlegen (71).

7. Herzinsuffizienz

7.1. Vorgehen beim Absetzen-

Der Patient Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich und
- Verbesserung der Lebensqualität als Therapieziel

Die Medikation

- Therapieanpassungen stehen im Vordergrund (49)
→ Absetzen/ Ersetzen von ungeeigneter Medikation
→ Dosisanpassung von Diuretika

Reihenfolge für das Absetzen

1. Verdacht auf eine unerwünschte Arzneimittelwirkung
2. Digitalis-Präparate (Cave: Vorhofflimmern)
3. Kardial wirksame Calciumkanalblocker Verapamil, Diltiazem (Cave: Vorhofflimmern)
4. Diuretika (bei mehreren Diuretika)
5. Spironolacton (bei einer linksventrikulären Ejektionfraktion > 35% (49))

Argumente für das Patientengespräch

- In der Herzinsuffizienz eingesetzte Arzneimittel haben einen zusätzlich blutdrucksenkenden Effekt
→ Schwindel, Stürze, Frakturen, Krankenhausaufenthalte
- Hohe Dosierungen von Diuretika können eine Dehydratation bis hin zur Exsikkose verursachen.

Monitoring

- nach Absetzen eines Medikaments mit zusätzlicher Wirkung auf die Herzfrequenz ohne eigentlich antiarrhythmische Indikation (z.B. Diltiazem, Digitalis-Präparate).
→ EKG nach spätestens 1 Woche und nach 4 Wochen
→ Patienten sollten auf mögliche neuauftretende Palpitationen achten
- Patienten/ Angehörige sollten auf Zeichen der Verschlechterung der Herzinsuffizienz achten
→ geschwollene Füße, Atemnot

7.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptor-Blocker

ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker stehen an letzter Stelle, wenn es um das Absetzen von Medikamenten für Herzinsuffizienz geht. Wie bereits erwähnt (siehe Abschnitt Hypertonie) kann unter Therapie mit ACE-Hemmern ein Husten als unerwünschte Arzneimittelwirkung auftreten. Angiotensin-Rezeptor-Blocker stellen in diesem Fall eine Therapiealternative dar.

Betablocker

Leidet der Patient unter einer Betablockertherapie an Nebenwirkungen (z.B. Schwindel, Erschöpfung, Kältegefühl in den Extremitäten) kann versucht werden, die Dosis zu reduzieren. Betablocker sollten bei einer Herzinsuffizienz nur dann (langsam ausschleichend) abgesetzt werden, wenn der Patient trotz Dosisreduktion eine Bradykardie entwickelt.

Diuretika

Näheres zu unerwünschten Wirkungen der einzelnen Substanzen/Gruppen befindet sich im Abschnitt zu Hypertonie. Die Dosis der für die Herzinsuffizienz verordneten Diuretika sollte überprüft werden. Bei einer Gewichtsabnahme des Patienten oder Anzeichen einer Dehydratation sollte eine Dosisreduktion erfolgen. Erhält der Patient mehrere Diuretika, sollte geprüft werden, ob ein Diuretikum abgesetzt werden kann. Dabei sollte bei gleichzeitiger Verordnung von HCT und einem Schleifendiuretikum am ehesten HCT abgesetzt werden. Für eine Exposition mit steigenden, kumulativen Dosen von Hydrochlorothiazid wurde ein erhöhtes Risiko für nichtmelanozytären Hautkrebs und für Lippenkrebs gezeigt (54).

Spironolacton

Außerdem sollte Spironolacton für ein mögliches Absetzen berücksichtigt werden, insbesondere bei einer linksventrikulären Ejektionsfraktion $> 35\%$ (49). Spironolacton ist nach der Nationalen Versorgungsleitlinie indiziert für Patienten mit einer reduzierten Ejektionsfraktion die trotz Therapie mit einem ACE-Hemmer und einem Betablocker symptomatisch sind (10). Spironolacton dient der Prognoseverbesserung (Reduktion von Mortalität und Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierungen (10)) aber steigert das Risiko eine Hyperkaliämie zu erleiden um den Faktor 13 (RAAS-Blockade + Spironolacton, Analyse von Krankenkassendaten (3)).

Calciumkanalblocker

Verapamil und Diltiazem sollten bei Herzinsuffizienz (NYHA III, NYHA IV) nicht eingesetzt werden, da sie sich negativ auf die Grunderkrankung auswirken (45). Wenn keine Hypertonie vorliegt, sollten Calciumkanalblocker vom Dihydropyridin-Typ (z.B. Amlodipin) in der Dauertherapie nach einem Herzinfarkt nicht eingesetzt werden (48). Cave: sollten Verapamil oder Diltiazem zur Frequenzkontrolle bei VHF benötigt werden, ist ein Absetzversuch zur Reduktion der Polypharmazie nicht indiziert.

Digitalis-Präparate

Digoxin sollte bei einer Herzinsuffizienz mit normaler systolischer Ventrikelfunktion nicht eingesetzt werden, da es keine Evidenz für den Nutzen in dieser Konstellation gibt (45). Digitalispräparate (Acetyldigoxin, Digitoxin, Digoxin, Metildigoxin) sind bei einer Herzinsuffizienz primäre Ziele für das Absetzen (48). Höhere Dosierungen von Digitalis erzielen keinen zusätzlichen Nutzen bei Herzinsuffizienz (2). Cave: Dies gilt nicht für Patienten mit zusätzlichem Vorhofflimmern. Weiterhin führen eine eingeschränkte Nierenfunktion und eine vermehrte Sensitivität gegenüber Digitalisglykosiden zu einem höheren Risiko für eine Intoxikation (2, 28, 53).

7.3. Fazit aus der Literatur

Dosierungen und Einnahmezeitpunkte von Diuretika sollten bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz überprüft werden, um das Risiko für eine Inkontinenz zu senken (49). Es sollte in Erwägung gezogen werden, Medikation ohne einen direkten Einfluss auf Symptomkontrolle und Lebensqualität abzusetzen.

8. Gerinnungshemmung bei Vorhofflimmern

8.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich **und**
- Hohes Blutungsrisiko (HAS-BLED ≥ 3)
→ Beeinflussbare Risikofaktoren überprüfen (Literatur)

Die Medikation

- Erhält Vitamin-K-Antagonisten
→ Wechsel zu Direkter Orale AntiKoagulans DOAK kritisch prüfen (60)
- Erhält TAH **statt** Antikoagulans
→ Wechsel zu DOAK prüfen, ggfs. TAH absetzen
- Erhält TAH **und** Antikoagulans **oder** erhält **mehrere** TAH **und** Antikoagulans
→ Indikation für TAH prüfen, ggfs. absetzen

Argumente für das Patientengespräch

- Erhöhtes Blutungsrisiko kann zu Krankenhausaufnahmen aufgrund von Blutungsereignissen führen

Monitoring

- Patient und Angehörige sollten Schlaganfallsymptome kennen → FAST-Test

8.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Vitamin-K-Antagonisten

Erreichen Patienten mit Vorhofflimmern in weniger als 55% der Behandlungszeit ihren Ziel-INR/ die therapeutische Spanne ihres Ziel-INR, sollte ein Wechsel zu DOAKs in Erwägung gezogen werden (60). Für ältere Patienten mit Vorhofflimmern bestehen durch den Einsatz von DOAKs im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten geringere Risiken hinsichtlich hämorrhagischer Schlaganfälle, intrakranieller Blutungen und ein kleiner Vorteil in Bezug auf die Mortalität. Dies gilt nicht für Patienten mit einer schweren Nierenerkrankung.

Direkte orale Antikoagulantien

Bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz sollten keine DOAKs eingesetzt (60). Bei einer eGFR < 30 ml/min sollte Dabigatran nicht eingesetzt werden, da ein erhöhtes Blutungsrisiko besteht (2, 45). Besteht ein hohes Risiko für gastrointestinale Blutungen, sollten Dabigatran, Rivaroxaban oder Edoxaban durch einen Vitamin-K-Antagonisten oder Apixaban ersetzt werden (34).

Thrombozytenaggregationshemmer

ASS und Clopidogrel sollten in der Indikation Vorhofflimmern nicht eingesetzt werden (48), da Antikoagulantien effektiver sind (35). Wenn ein Patient ein Antikoagulans erhält, ist eine gleichzeitige Thrombozytenaggregationshemmung nur in wenigen Fällen gerechtfertigt (z.B. instabile KHK, Stent [zeitlich begrenzt]). Bei einer chronisch stabilen KHK oder zur

Primärprophylaxe kardiovaskulärer Ereignisse sollte ein TAH **nicht** zusätzlich zu einer oralen Antikoagulans verordnet werden (9). Dies zeigt sich auch in der Bewertung, dass die Kombination von Antikoagulantien mit ASS bei Vorhofflimmern keinen zusätzlichen Nutzen bringt (45). Nach akutem Koronarsyndrom **ohne** Stentimplantation kann eine zusätzliche, thrombozytenaggregationshemmende Therapie für bis zu 12 Monate erwogen werden (34). Nach akutem Koronarsyndrom **mit** Stentimplantation kann eine zusätzliche, duale thrombozytenaggregationshemmende Therapie (mit ASS und Clopidogrel) für 1 bis 6 Monate erwogen werden

8.3. Fazit aus der Literatur

Beeinflussbare Risikofaktoren für Blutungsereignisse (34)

- Hypertonie (systolisch > 160 mmHg)
- Vitamin-K-Antagonisten: labiler INR, weniger als 55% (60) der Zeit im therapeutischen Bereich
- Komedikation (NSAR, TAH)
- Alkoholkonsum
- (Anämie, Thrombozytenzahl)
- (Stürze)

HAS-BLED Score zur Beurteilung des Blutungsrisikos (38)	
H – Hypertonie	1
A – Abnormale Funktion v Leber/Niere	1 oder 2
S – Schlaganfall	1
B – Blutungsneigung	1
L – labiler INR	1
E – Eldery (Alter>65)	1
D – Drugs (NSAR, TAH)	1

In einem Kommentar zur ESC Leitlinie zum Management von Vorhofflimmern berichten die Autoren, dass Bedeutung von „Blutungsscores“ gegenüber der Schlaganfallprävention zurücktritt (18). Wichtig sind beeinflussbare Risikofaktoren (siehe oben).

9. Osteoporose

9.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich und
 - Spezifische Osteoporosetherapie seit 3-5 oder mehr Jahren (14)
-
- Cave: Wirbelkörperfraktur oder andere Frakturen in der Anamnese

Die Medikation

- Absetzen von Bisphosphonaten bei mangelnder Indikation bzw. UAW
- Prüfen, ob Osteoporose-induzierende Wirkstoffe abgesetzt werden können (Corticosteroide, Protonenpumpenhemmer)
- Überprüfung einer Vitamin D und/oder Calciumsubstitution

Argumente für das Patientengespräch

- Wöchentliche Einnahme von Bisphosphonaten oft schwierig
→ Vereinfachung der Arzneimitteltherapie
- Vermeidung von UAW
→ z.B. Irritation der Speiseröhre durch Bisphosphonate
- Therapiebeginn evtl. ursprünglich aufgrund von Knochendichtemessung und nicht aufgrund spürbarer Symptome
- Verbesserung Muskelkraft, Anbieten von Hüftprotektoren

Monitoring

- Beseitigung von Sturzgefahren im Wohnumfeld
- Bei einer Fraktur in der Vorgeschichte Knochendichtemessung nach 6 Monaten
- Patienten/Angehörige sollten von eventuellen Stürzen/Frakturen berichten

9.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Bisphosphonate (z.B. Alendronsäure)

Prinzipiell sollte eine Osteoporose Therapie nicht nur Ergebnisse der Knochendichtemessung sondern auch extraossäre Faktoren, wie z.B. Stürze berücksichtigen. Eine antiresorptive und knochenbauende Therapie der Osteoporose erzielt bei kurzer Therapiedauer keinen Nutzen (37). Das Nutzen-Risiko-Verhältnis der Verordnung sollte in Bezug auf die erwartete Lebensdauer neu bewertet werden (44). Bei Patienten mit einer aktuellen oder kürzlichen Erkrankung des oberen Gastrointestinaltraktes wie z.B. Dysphagie oder Oesophagitis, sollten Bisphosphonate nicht oral sondern parenteral eingesetzt werden. Des Weiteren besteht bei Patienten mit vorherigen Blutungsereignissen ein Risiko für das erneute Auftreten einer Blutung bei oraler Bisphosphonattherapie. Der Nutzen einer Therapie mit Bisphosphonaten ist für eine Therapiedauer von 3-5 Jahren nachgewiesen, die Evidenz für den Nutzen einer längeren Behandlung ist heterogen (14). Cave: Zur Vermeidung von Kiefernekrosen sollte unbedingt ein sanierter Zahnstatus vorliegen, ggfs. Anpassung des Zahnersatzes bei Druckstellen.

Calcium, Vitamin D

Eine Calciumsubstitution ist nur gerechtfertigt bei antiresorptiver Therapie (z.B. Bisphosphonat-Gabe) oder falls über die Nahrung keine ausreichende Calciumaufnahme erfolgt. Eine dauerhaft hohe, nicht indizierte Calciumsupplementation erhöht die kardiovaskuläre Mortalität.

Eine Vitamin D Gabe wird von der aktuellen deutschsprachigen Leitlinie als Basistherapie für alle Patienten empfohlen (14). Von einigen Autoren wird allerdings auch die Gabe von Vitamin D kritisch gesehen. So wird zum Beispiel eine Vitamin-D- und Calciumsubstitution zur Prävention von Stürzen für Patienten mit niedrigem Sturzrisiko (insbesondere immobile Patienten) als nicht indiziert bewertet. Patienten, die zur Sturzprävention nur Vitamin D einnehmen, sollten entweder zusätzlich Calcium erhalten oder, bei niedrigem Sturzrisiko, Vitamin D absetzen. Wird Vitamin D für eine andere Indikation als zur Reduktion des Fraktur- und/oder Sturzrisikos eingesetzt, sollte die Verordnung überprüft werden (67).

9.3. Fazit aus der Literatur

Eine spezifische Osteoporosetherapie sollte laut der Leitlinie des Dachverbandes der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften nach 3-5 Jahren hinsichtlich des Nutzen-Risiko-Verhältnisses neu bewertet werden (14).

10. Protonenpumpenhemmer bei säurebedingten Erkrankungen

10.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich, Einnahme eines PPI seit mehr als 8 Wochen (53) **und**
- Ohne nachgewiesene Magengeschwür, ohne gastrointestinale Blutung innerhalb des letzten Jahres **und**
- Keine dyspeptischen Beschwerden in den letzten 6 Monaten **und**
- Keine NSAR oder duale Plättchenhemmung in der Dauermedikation

Die Medikation

- Ausschleichen und Absetzen
→z.B. Reduktion um 50% alle 2 Wochen bis zur niedrigsten Dosis, Einnahme der niedrigsten Dosis jeden 2. Tag für 1-2 Wochen, absetzen

Argumente für das Patientengespräch

- Siehe UAW bei der Beschreibung der Medikation
→PPI sind im Langzeitgebrauch mit Hüftfrakturen assoziiert (Osteoporose durch verringerte Calciumresorption aufgrund pH-Wert-Erhöhung)
- PPI oft ohne Indikation, bzw. „Überbleibsel“ von Krankenhausaufenthalt
- Patient kann durch Anpassung der Ernährungsgewohnheiten selbst Einfluss nehmen
→Konsum von Nikotin, Alkohol, Kaffee, Zitrusfrüchten etc.

Monitoring

- Kontakt zur Praxis bei schwereren Beschwerden
→Rückkehr zur nächsthöheren Dosis, erneuter Absetzversuch in langsameren Schritten
- Patienten und Angehörige sollten auf neu auftretende Magenschmerzen und starkes Sodbrennen achten
- Anbieten von Antacida bei leichten, nicht dauerhaften Beschwerden
- PPI als möglichst seltene „Bedarfsmedikation“

10.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Protonenpumpenhemmer

Protonenpumpenhemmer sollten nicht länger als 8 Wochen (53) mit der höchsten therapeutischen Dosis verordnet werden, es sei denn unter einer niedrigeren Dosis treten weiterhin dyspeptische Symptome auf (37). Der Langzeitgebrauch von PPI ist mit Clostridium difficile Infektionen und Hüftfrakturen assoziiert (53). Bei unter anderem folgenden Indikationen kann die Dosis reduziert und/oder der Protonenpumpeninhibitor abgesetzt werden: leichte bis moderate Oesophagitis, GERD (Symptome kontrolliert), fortgeführte Stressulkusprophylaxe, asymptomatische und unkomplizierte H. pylori Infektion.

10.3. Fazit aus der Literatur

Protonenpumpenhemmer finden sich häufig ohne Indikation in der Patientenmedikation (22).

Ein systematischer Review zu Strategien für das Absetzen von Protonenpumpenhemmern ergab, dass verschiedenste Absetzstrategien zum Einsatz kommen (26). Insgesamt scheint ein schrittweises Absetzen effektiver zu sein als ein abruptes Stoppen der Medikation. Patienten die ein PPI ohne Indikation einnahmen, konnten das Medikament ohne eine Verschlechterung von Symptomen reduzieren oder ganz absetzen.

11. Urologische Indikationen (Überaktive Blase/Drang-Inkontinenz)

11.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich und
- Verdacht auf Nebenwirkungen (z.B. Schwindel, Sturz, Mundtrockenheit, kognitive Einschränkungen) und/oder
- Der Eindruck, dass die Medikation wenig hilft und/oder
- Geringer Leidensdruck

Die Medikation

- Zunächst Reduktion auf niedrigst mögliche Einzeldosis, Auslassversuche, wenn möglich absetzen
- Möglichst Wirkstoffe mit minimalen ZNS-Effekten (unerwünschte anticholinerge Wirkungen) verordnen (siehe Anhang)
- Bei nicht erfolgreichem Absetzen Umstellung auf Fesoterodin erwägen
- Dosierung und Einnahmezeitpunkte von Diuretika überprüfen

Argumente für das Patientengespräch

- Anticholinerge Nebenwirkungen → Mundtrockenheit, Verwirrung, Verstopfung
- Medikation kann zu Schwindel, Stürzen und Krankenhausaufenthalten führen
- Beckenbodentraining anbieten
- Vorlagen anbieten → zur Sicherheit
- Sehr begrenzte Wirksamkeit (marginale Reduktion der Miktionsfrequenz)

Monitoring

- Nebenwirkungen sollten geringer werden bzw. verschwinden
- Telefontermin vereinbaren (nach 2-4 Wochen), Beschwerden und Symptome erfragen

11.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Mirabegron

Der Wirkstoff Mirabegron wirkt als beta-3-Agonist entspannend auf die glatte Harnblasenmuskulatur und wird zur Therapie einer OAB bzw. Dranginkontinenz eingesetzt. Die kardiovaskulären Nebenwirkungen (Tachykardie, QT-Verlängerung, Blutdruckanstieg) von Mirabegron sind insbesondere bei älteren Patienten bedeutsam und schränken den Einsatz bei Betagten ein (46).

Urologische Spasmolytika

Urologische Spasmolytika wie z.B. Tolterodin weisen anticholinerge Eigenschaften auf, wodurch beispielsweise Obstipation, Mundtrockenheit, Verwirrtheit und Schwindel ausgelöst werden können (28, 46). Weiterhin ist die Effektivität dieser Arzneimittel in Bezug auf Inkontinenz bei älteren Patienten begrenzt (44). Einige dieser Arzneistoffe (z.B.

Solifenacin) verlängern außerdem die QT-Zeit und können dadurch zur Entstehung von Rhythmusstörungen beitragen (53). Die beste Nutzen-Risiko-Bewertung für urologische Spasmolytika bei älteren Patienten liegt für Fesoterodin (46) vor, in der PRISCUS-Liste wird auch Trospiumchlorid empfohlen. Insgesamt besitzen urologische Spasmolytika (und auch Mirabegron) eine sehr begrenzte Wirksamkeit.

11.3. Fazit aus der Literatur

Dosierungen und Einnahmezeitpunkte von Diuretika sollten bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz überprüft werden, um das Risiko für eine Inkontinenz zu senken (49).

12. Schlafstörungen

12.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich **und**
 - Einnahme eines Benzodiazepins oder einer Z-Substanz seit mehr als 4 Wochen (45) oder
-
- Einnahme eines Antihistaminikums als Einschlafhilfe

Die Medikation

- Schrittweises Absetzen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen, z.B. Reduktion der Dosis um 25% jede zweite Woche, intermittierende Gabe der niedrigsten Dosis. Ggfs. langsamere Reduktion (s.u.)(siehe Anhang).
- Zunächst Halbierung der Dosis der Antihistaminika, dann Einnahme jeden 2. Tag, absetzen

Argumente für das Patientengespräch

- Verlängerte Sedierung und dadurch Stürze und kognitive Einschränkungen möglich
- Bei älteren Patienten zeigen sich teilweise paradoxe Erregungszustände
- Aspekte der Schlafhygiene: z.B. verkürzter Nachtschlaf durch langen Mittagsschlaf, frühes Erwachen durch frühes zu-Bett-gehen (z.B. 8h Nachtruhe → 21:00-5:00), Stimuluskontrolle (s.u.)
- Kognitive Verhaltenstherapie als Behandlungsmöglichkeit
- Alternative für die medikamentöse Behandlung → Melatonin, Baldrian

Monitoring

- Entzugserscheinungen wie Unruhe, Angst, Schlafstörungen → aktives Berichten durch Patienten/ Angehörige

12.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Antihistaminika

Antihistaminika der ersten Generation sollten bei Schlafstörungen nicht eingesetzt werden (48). Neben ihrem sedierenden Effekt weisen sie auch anticholinerge Eigenschaften auf (44). Arzneistoffe wie Doxylamin und Diphenhydramin können unter anderem QT-Zeit-Verlängerungen, Mundtrockenheit, Obstipation, Verwirrung und kognitive Einschränkungen herbeiführen (28).

Benzodiazepine, Z-Substanzen

Benzodiazepine und Z-Substanzen sollten nicht länger als 4 Wochen eingesetzt werden, da ein Risiko für eine verlängerte Sedierung, Verwirrung, Gleichgewichtsstörungen und Stürze besteht. Das Absetzen sollte schrittweise erfolgen, da andernfalls Entzugserscheinungen auftreten können (45). Bei Vorliegen von UAW z.B. Tagesmüdigkeit kann die Dosis jede zweite Woche um 20-25% reduziert werden (65). Auch langsames Ausschleichen wird in

der Literatur zum Teil empfohlen. Benzodiazepine und Z-Substanzen können paradoxe Reaktionen wie Agitiertheit, Gereiztheit, Halluzinationen und Psychosen hervorrufen (53). Weiterhin sollten bei älteren Patienten Empfehlungen zu Einschränkungen der Dosis dieser Arzneimittel beachtet werden.

Neuroleptika

Neuroleptika zur Behandlung der primären oder sekundären Insomnie sollten abgesetzt werden. Auch hier empfiehlt sich ein vorsichtiges Ausschleichen. Führt dies zu einem Wiederauftreten der Symptomatik sollte auf nicht-pharmakologische Therapien oder medikamentöse Alternativen (Baldrian, Melatonin) zurückgegriffen werden (51).

Durch den Einsatz von Neuroleptika bei Insomnien besteht ein Risiko für unter anderem Verwirrung, Hypotonie, extrapyramidale Störungen und Stürze (45).

Sedierende Antidepressiva

(Siehe Abschnitt „Antidepressiva“)

12.3. Fazit aus der Literatur

Sedativa und Hypnotika weisen eine längere Halbwertszeit bei älteren Patienten auf (13).

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Schlafrestriktion und Stimuluskontrolle sind auch bei älteren Patienten effektiv (56). Exemplarisch seien erwähnt: Zubettgehen nur bei Müdigkeit, Nutzung des Betts nur zum Schlafen, bei nicht erfolgtem Einschlafen nach 15 Min. Verlassen des Bettes und Rückkehr nur bei Schläfrigkeit, Aufstehen morgens immer zur gleichen Zeit, kein Schlafen tagsüber

Zur Anpassung der Schlafenszeiten kann ein Rechner zur Schlafeffizienz einer kanadischen Universität genutzt werden (<https://mysleepwell.ca/cbti/sleep-efficiency-calculator/>).

Pottie und Kollegen erstellten eine Leitlinie für das Absetzen von Benzodiazepinen und führten dafür ein systematisches Review zum Absetzen von Benzodiazepinen durch. Die Autoren fanden keine Evidenz für schwerwiegende Absetzerscheinungen (51). Insgesamt zeigte sich in einem systematischen Review, dass das Absetzen von Benzodiazepinen bei 27 bis 80% der Patienten gelingt (52). In der Literatur finden sich diverse Hinweise, dass das Absetzen mit einem verminderten Risiko für Stürze bzw. mit einer reduzierten Anzahl von Stürzen assoziiert ist (6, 30).

13. Antidepressiva

13.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich **und**
- Stabile Stimmungslage, stabiler Schlaf und Appetit in den letzten 6 Monaten (50) oder
- Depressive Episode, die zur Verordnung geführt hat, liegt mehr als 9 Monate (17) zurück oder
- Patienten mit schweren Depressionen in der Historie: Langzeitprophylaxe mit Antidepressiva seit mehr als 2 Jahren (17)

Die Medikation

- Dosisreduktion schrittweise über 4 Wochen, Reduktion um 25% pro Woche, ggf. langsamer
- Der Patient erhält **mehrere** Antidepressiva
→ Auswahl **eines** Antidepressivums, Dosisreduktion, absetzen
→ Bei **erfolgreichem** Absetzen ggf. Auswahl eines weiteren Antidepressivums

Prioritäten für das Absetzen

1. Verdacht auf eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (z.B. Sturz, Mundtrockenheit) gemäß Nebenwirkungsprofil

Argumente für das Patientengespräch

- Antidepressiva können verschiedene Nebenwirkungen verursachen (Stürze, Schwindel, Verwirrung, siehe einzelne Arzneimittelklassen in Abschnitt 12.2)
- Leidet der Patient an Nebenwirkungen? → Anhaltspunkt für das Absetzen
- Kognitive Verhaltenstherapie ist auch bei älteren Menschen wirksam

Monitoring

- Absetzreaktionen z.B. Schlafstörungen, Agitiertheit, Schwindel
→ bei leichter Ausprägung Beruhigung des Patienten
→ bei schwerer Ausprägung Rückkehr zur vorherigen Dosierung, erneuter Versuch über einen längeren Zeitraum
- Aufklärung des Patient und der Angehörigen über Symptome einer wiederkehrenden Depression. Kontrolle (z.B. telefonische Nachfrage) nach 2 – 4 Wochen, danach in größeren Abständen
- Nebenwirkungen des reduzierten bzw. abgesetzten Antidepressivums sollten geringer werden bzw. verschwinden.

13.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Nach Leitlinie sind Antidepressiva auch bei älteren Patienten ähnlich wirksam wie bei jüngeren Patienten. Zwischen den einzelnen Wirkstoffen bestehen nur geringe Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit, so dass die Auswahl der bestgeeigneten Therapie vor allem mögliche Nebenwirkungen berücksichtigen sollte. Gemäß einer Positivliste eignen sich die

folgenden Wirkstoffe am ehesten zur Therapie einer Depression bei älteren Patienten: Citalopram, Escitalopram, Duloxetin, Mirtazapin und Bupropion (61). Einige Autoren sehen allerdings auch die Verwendung von Escitalopram, Duloxetin, Mirtazapin und Bupropion kritisch. Eine mögliche Alternative wäre auch Sertralin, welches auf der europäischen PIM-Liste und auch PRISCUS-Liste (siehe Anhang) nicht als kritisches Arzneimittel bewertet wurde.

Johanniskraut

Johanniskraut verfügt nicht über anticholinerge Eigenschaften, weist aber ein nicht zu vernachlässigendes Interaktionspotential auf. Es stellt eine pflanzliche Alternative in der Therapie der Depression dar. Allerdings wird der Wirkstoff von einigen Autoren als ungeeignet betrachtet (48).

MAO-Hemmer

Moclobemid sollte bei älteren Patienten nicht eingesetzt werden und ist ein primärer Kandidat für das Absetzen (48). Auch der Einsatz von Tranylcypromin sollte vermieden werden, da es eine hypertensive Krise, Hirnblutungen und eine maligne Hyperthermie auslösen kann (53).

SNRI

Venlafaxin und Duloxetin besitzen ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis bei älteren Patienten und können daher abgesetzt werden (48). Venlafaxin ist außerdem mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko, Krampfanfällen und Stürzen assoziiert (53).

SSRI

Bei Stürzen oder Frakturen in der Patientenhistorie, sollten SSRI nicht verabreicht werden (2). Fluoxetin weist zentralnervöse UAW wie Übelkeit, Schwindel und Verwirrung auf. Paroxetin und Fluvoxamin sind mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert (53). Des Weiteren besteht unter einer Therapie mit SSRI ein größeres Risiko für gastrointestinale Blutungen (35). Dennoch wird Citalopram niedrig dosiert als Alternative zu TCA auf der PRISCUS-Liste (siehe Anhang) empfohlen..

Trizyklika, Tetracyklika

Trizyklika (z.B. Amitriptylin) und Tetracyklika (z.B. Maprotilin) sollten nicht als Firstline Therapie bei Depressionen genutzt werden, da sie im Vergleich zu anderen Arzneistoffen ein höheres Risiko für UAW aufweisen (45). Sie verfügen über starke anticholinerge Eigenschaften (siehe Anhang) und verlängern die QT-Zeit (41). Mirtazapin wird aufgrund seiner schlafanstoßenden Wirkung häufig im geriatrischen Bereich eingesetzt. Allerdings weist es laut FORTA-Liste bei älteren Patienten ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis auf und ist deswegen ein primärer Kandidat für das Absetzen. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass Mirtazapin ein Restless leg Syndrom verursachen kann.

Weitere Antidepressiva

Bupropion kann die Krampfschwelle senken (53). Reboxetin kann unter anderem eine Tachykardie auslösen und weist ein höheres Risiko für Reizweiterleitungsstörungen auf (53). Für Bupropion, Vortioxetin und Trazodon besteht ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis bei der Therapie der Depression, daher sollte in Erwägung gezogen werden sie abzusetzen.

Agomelatin und Reboxetin sind für die Therapie der Depression bei älteren Menschen nicht geeignet und sollten deswegen abgesetzt werden (48).

13.3. Fazit aus der Literatur

Antidepressiva haben bei leichten Depressionen im Vergleich zu Placebo keinen nachweisbaren Effekt. Außerdem sollte Älteren Patienten eine Psychotherapie angeboten werden. Die kognitive Verhaltenstherapie ist auch in dieser Altersklasse effektiv (17).

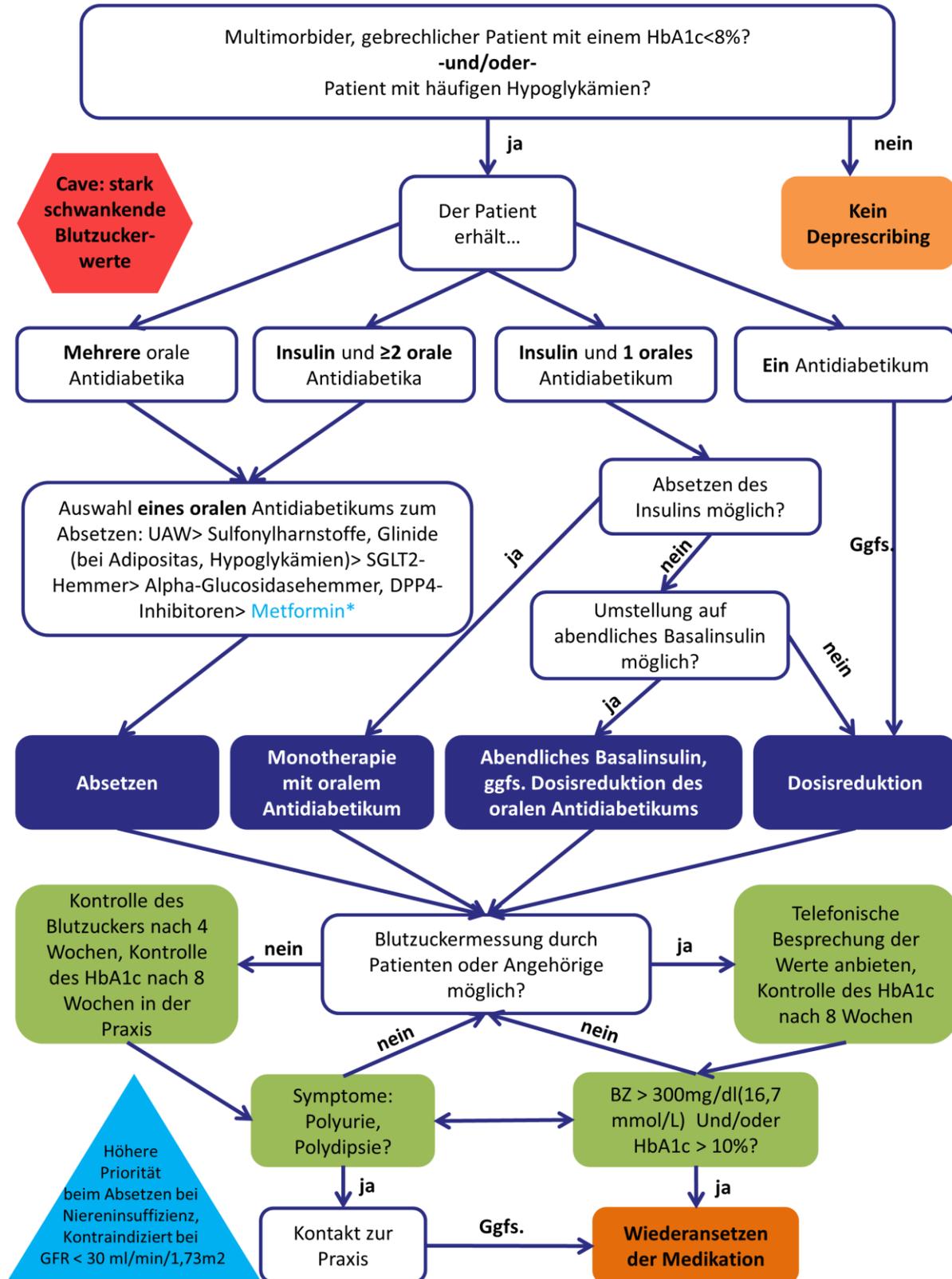
14. Anhang

14.1. Deprescribing Algorithmen

14.1.1.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Diabetes mellitus	36
14.1.2.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Gicht	37
14.1.3.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei kardiovaskulärer und zerebrovaskulärer Primär- und Sekundärprävention.....	38
14.1.4.	Algorithmus für das Absetzen von Cholesterinsenkenern.....	39
14.1.5.	Algorithmus für das Absetzen von Thrombozytenaggregationshemmern	40
14.1.6.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Hypertonie	41
14.1.7.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Herzinsuffizienz.....	42
14.1.8.	Algorithmus für das Absetzen von Gerinnungshemmern bei Vorhofflimmern	43
14.1.9.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Osteoporose	44
14.1.10.	Algorithmus für das Absetzen von Protonenpumpenhemmern bei säurebedingten Erkrankungen	45
14.1.11.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei überaktiver Blase	46
14.1.12.	Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Schlafstörungen	47
14.1.13.	Algorithmus für das Absetzen von Antidepressiva	48

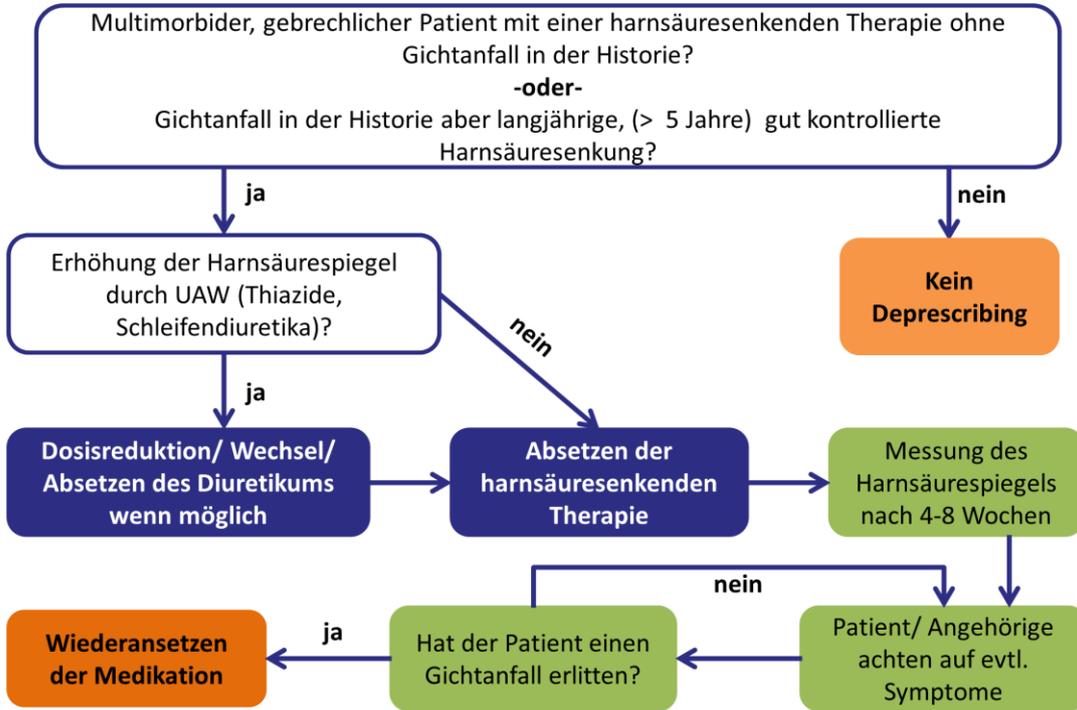
14.1.1. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Diabetes mellitus

Diabetes mellitus

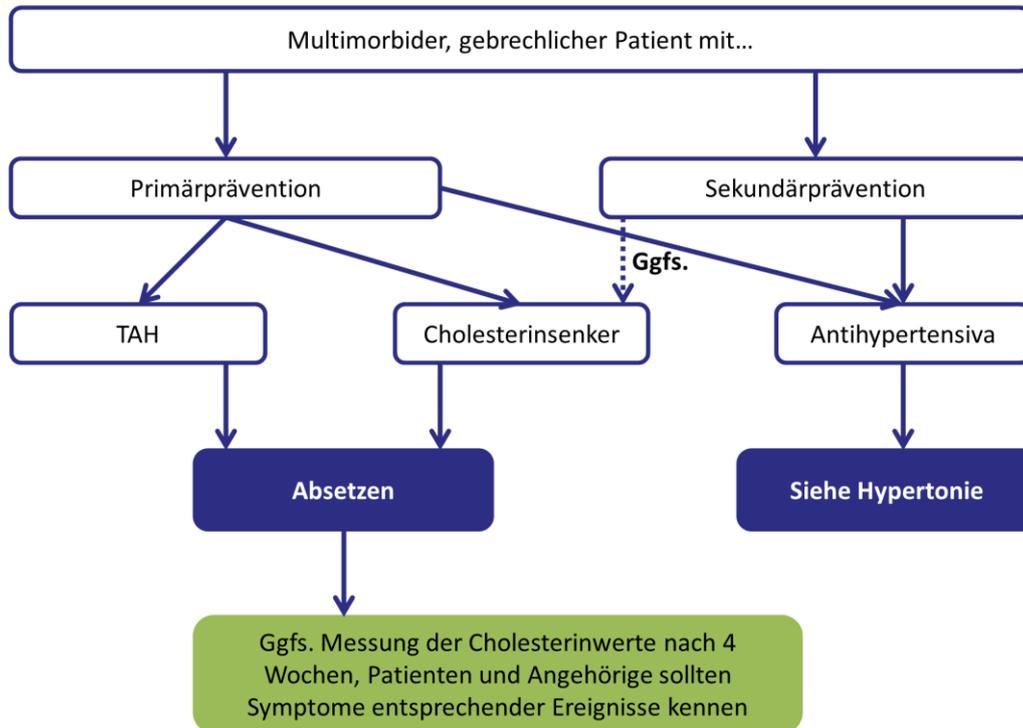


14.1.2. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Gicht

Gicht

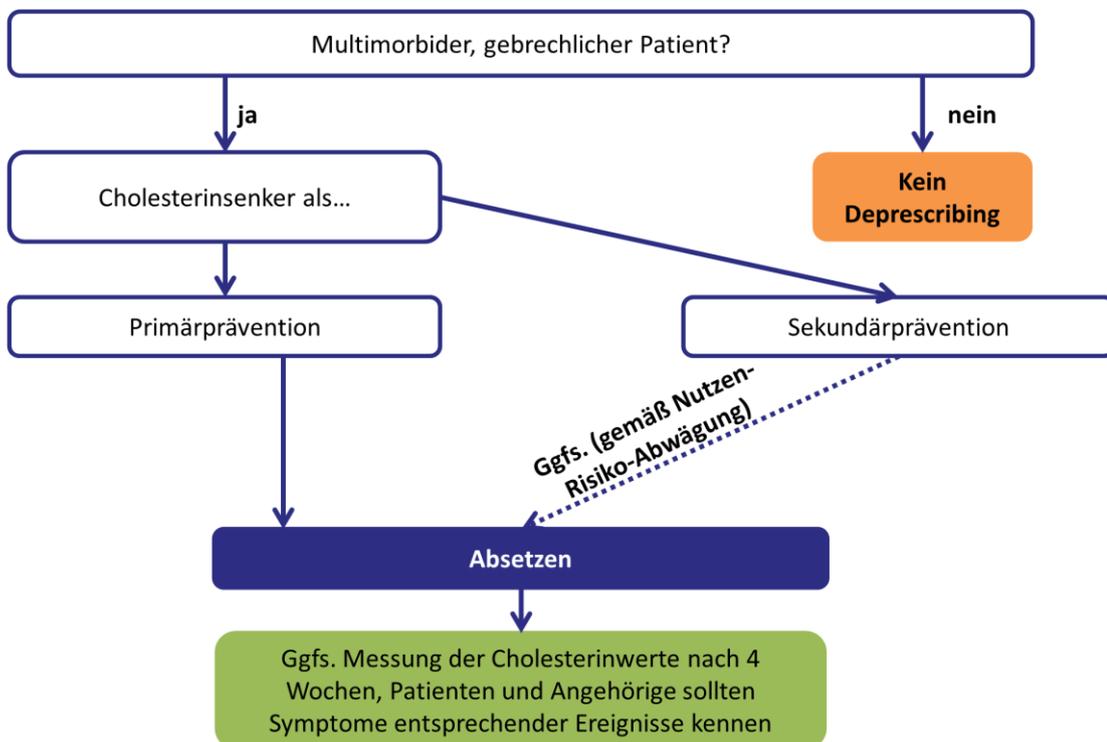


14.1.3. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei kardiovaskulärer und zerebrovaskulärer Primär- und Sekundärprävention



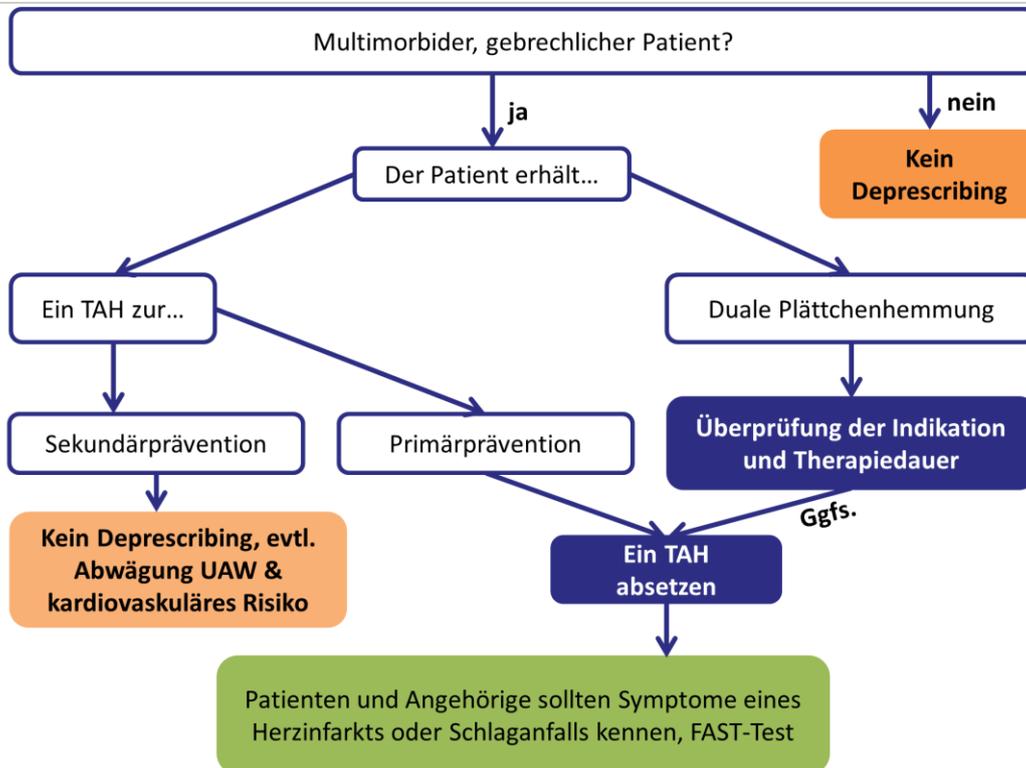
14.1.4. Algorithmus für das Absetzen von Cholesterinsenkern

Cholesterinsenker



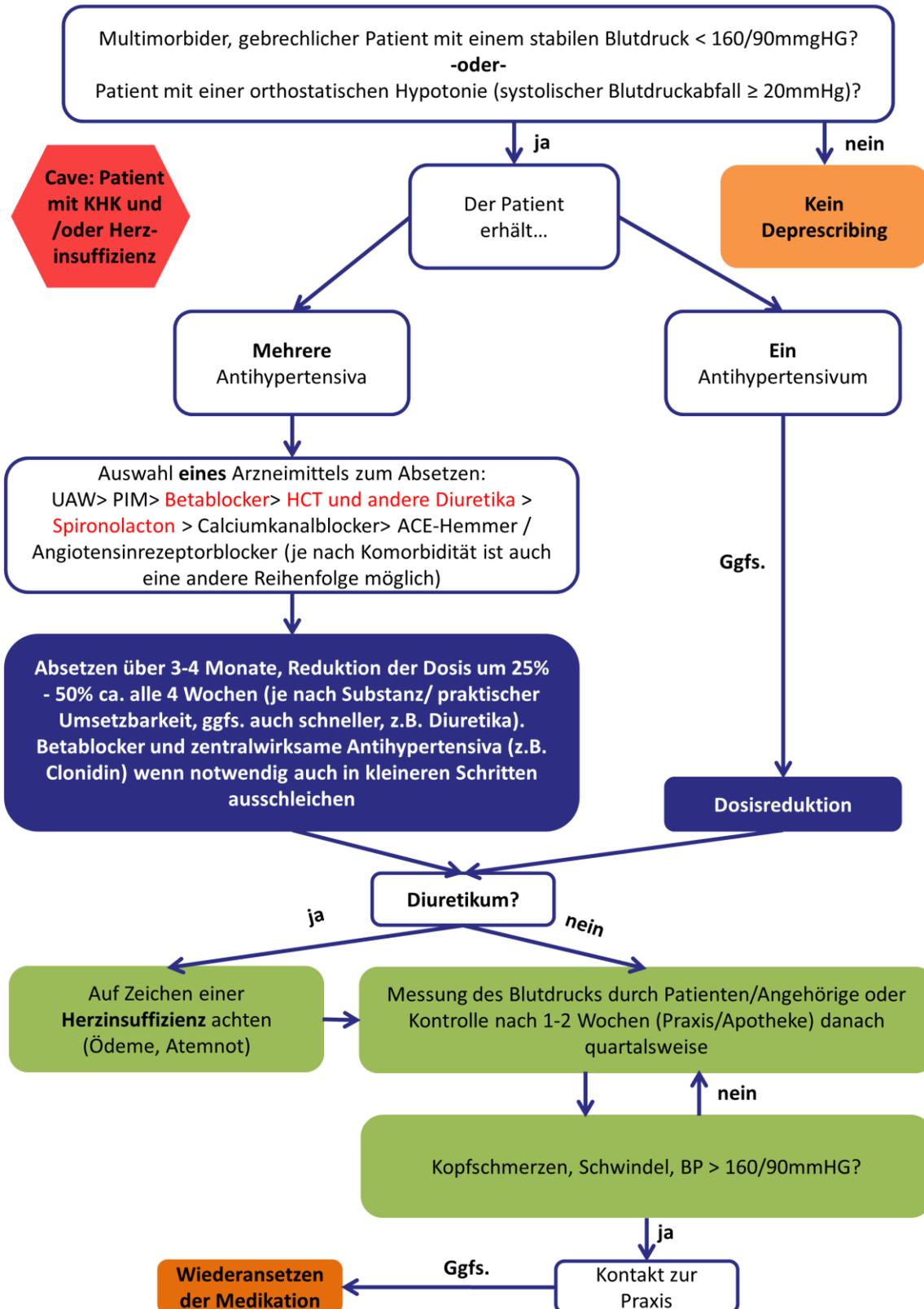
14.1.5. Algorithmus für das Absetzen von Thrombozytenaggregationshemmern

TAH



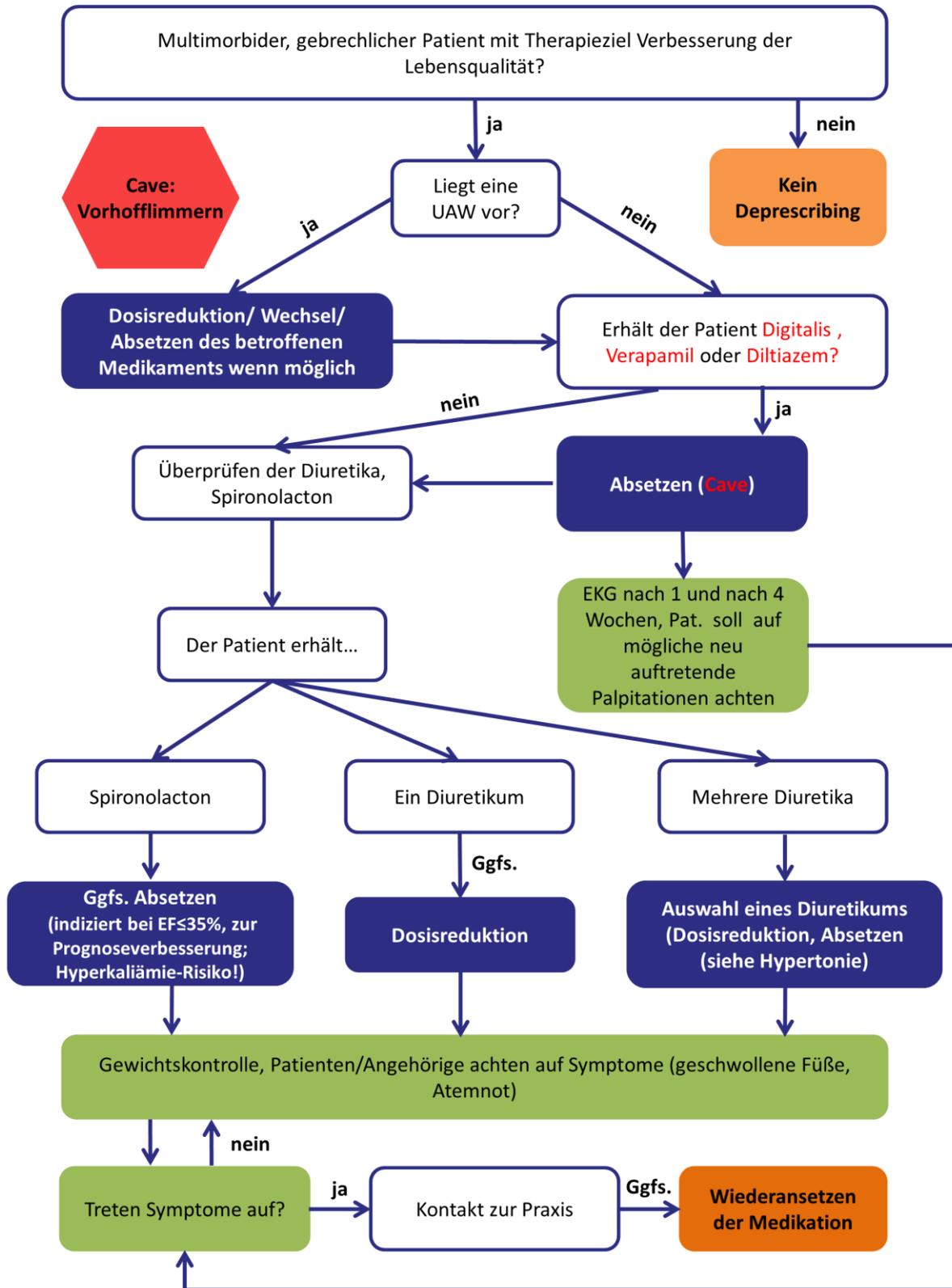
14.1.6. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Hypertonie

Hypertonie



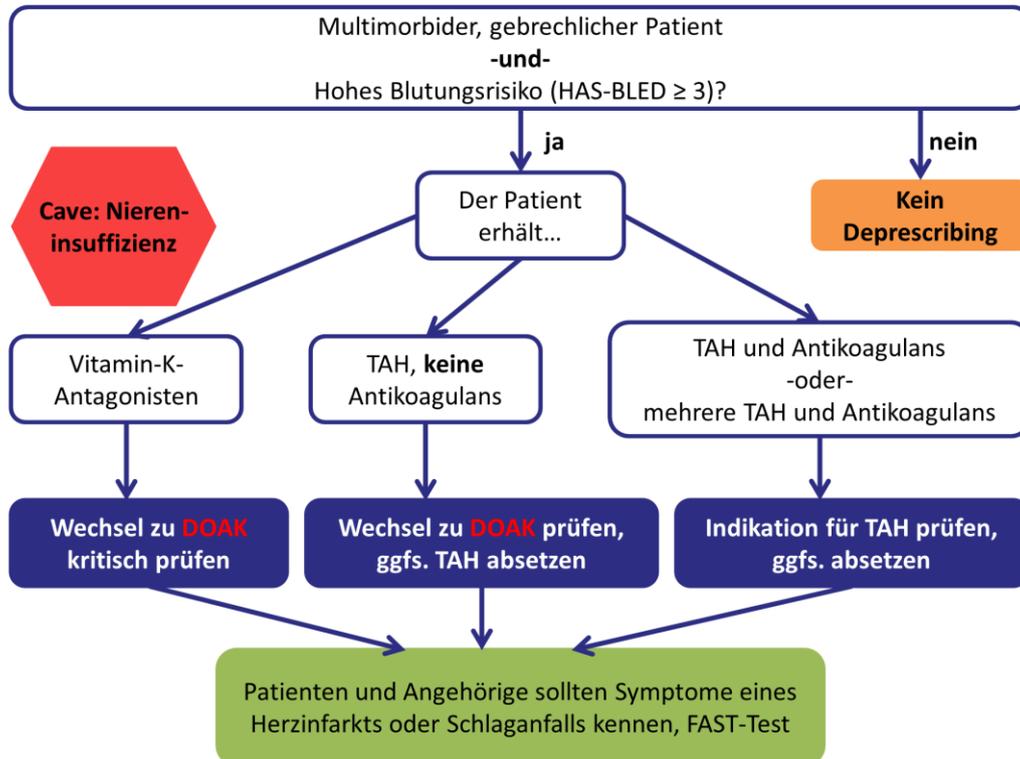
14.1.7. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz



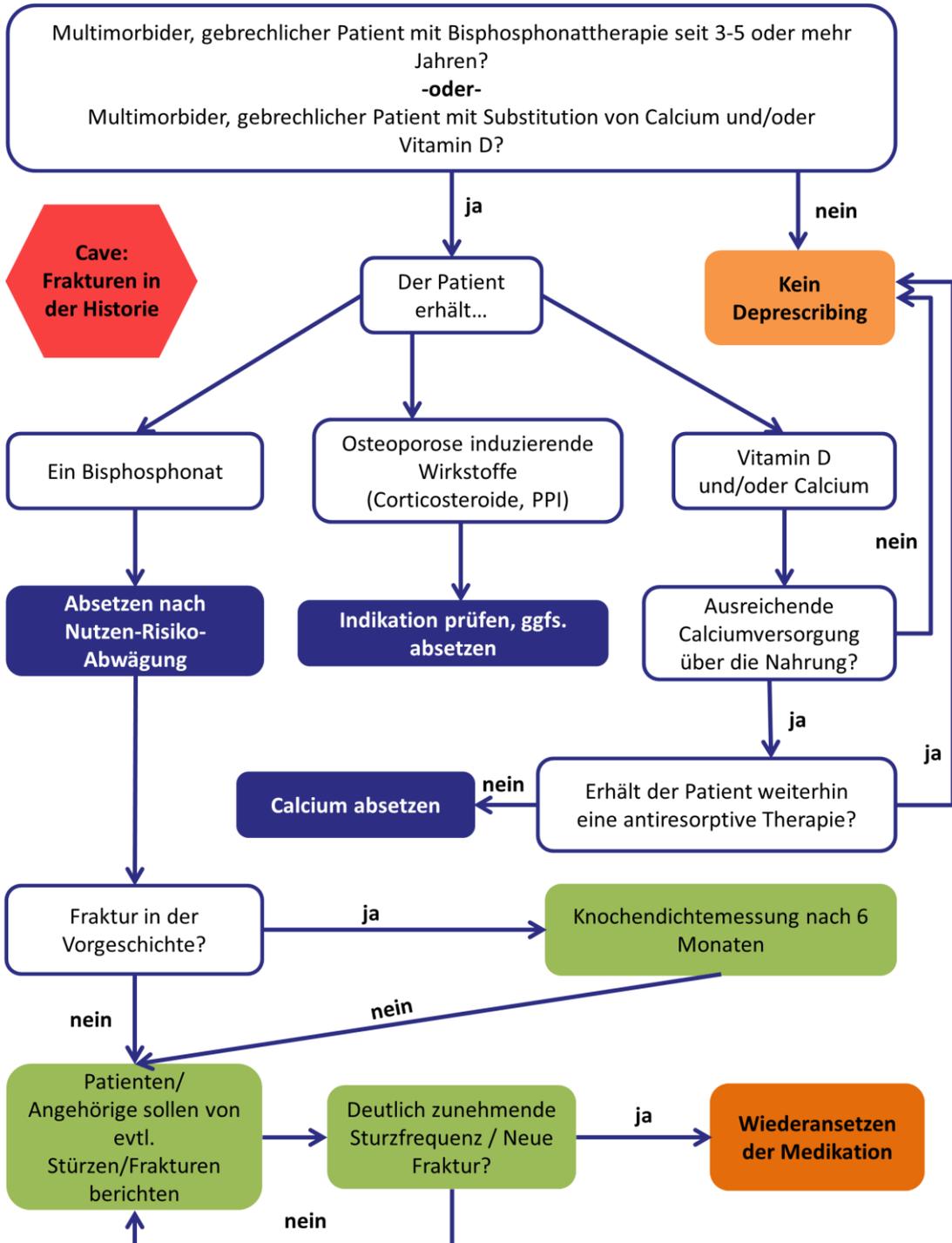
14.1.8. Algorithmus für das Absetzen von Gerinnungshemmern bei Vorhofflimmern

Gerinnungshemmer bei Vorhofflimmern

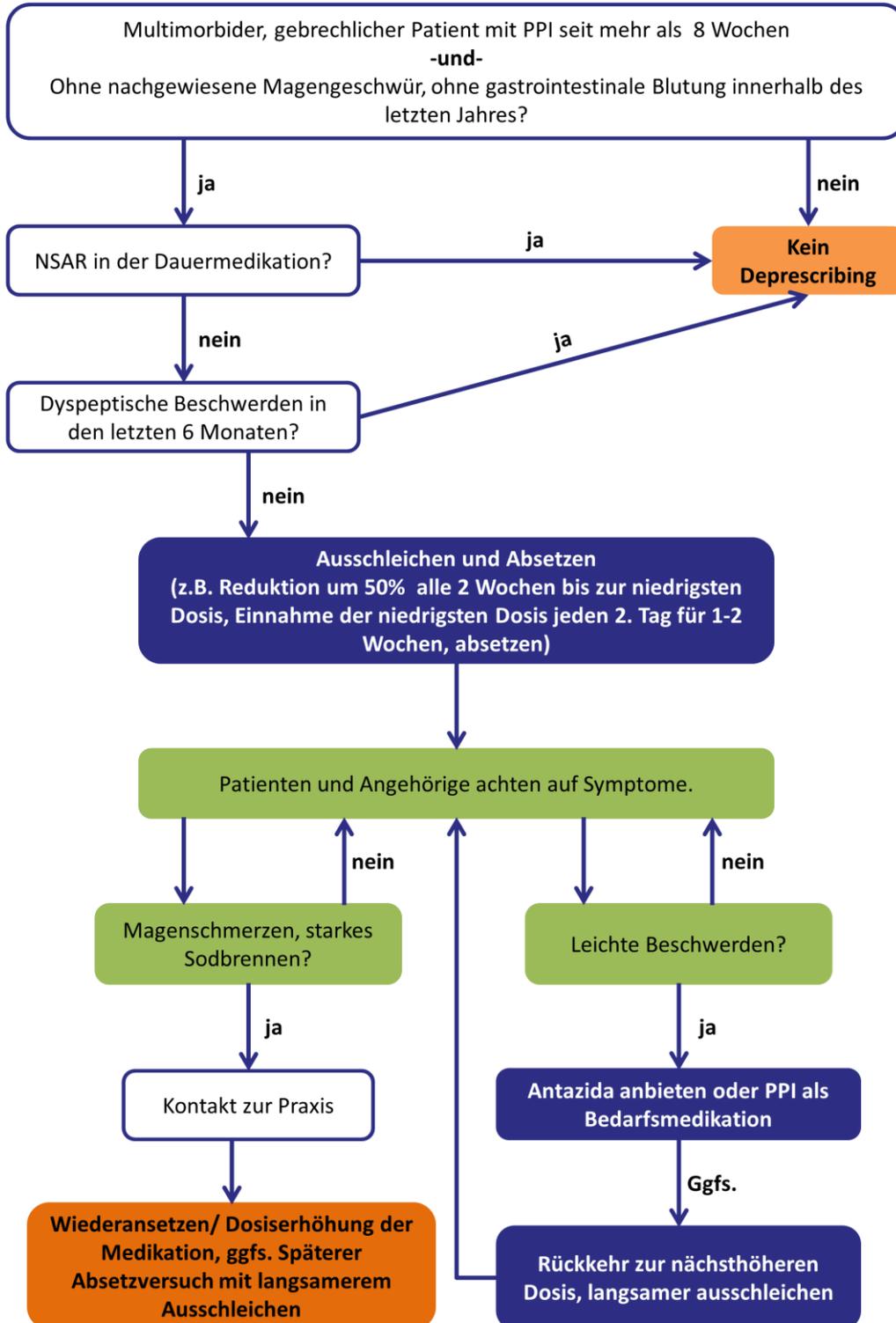


14.1.9. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Osteoporose

Osteoporose

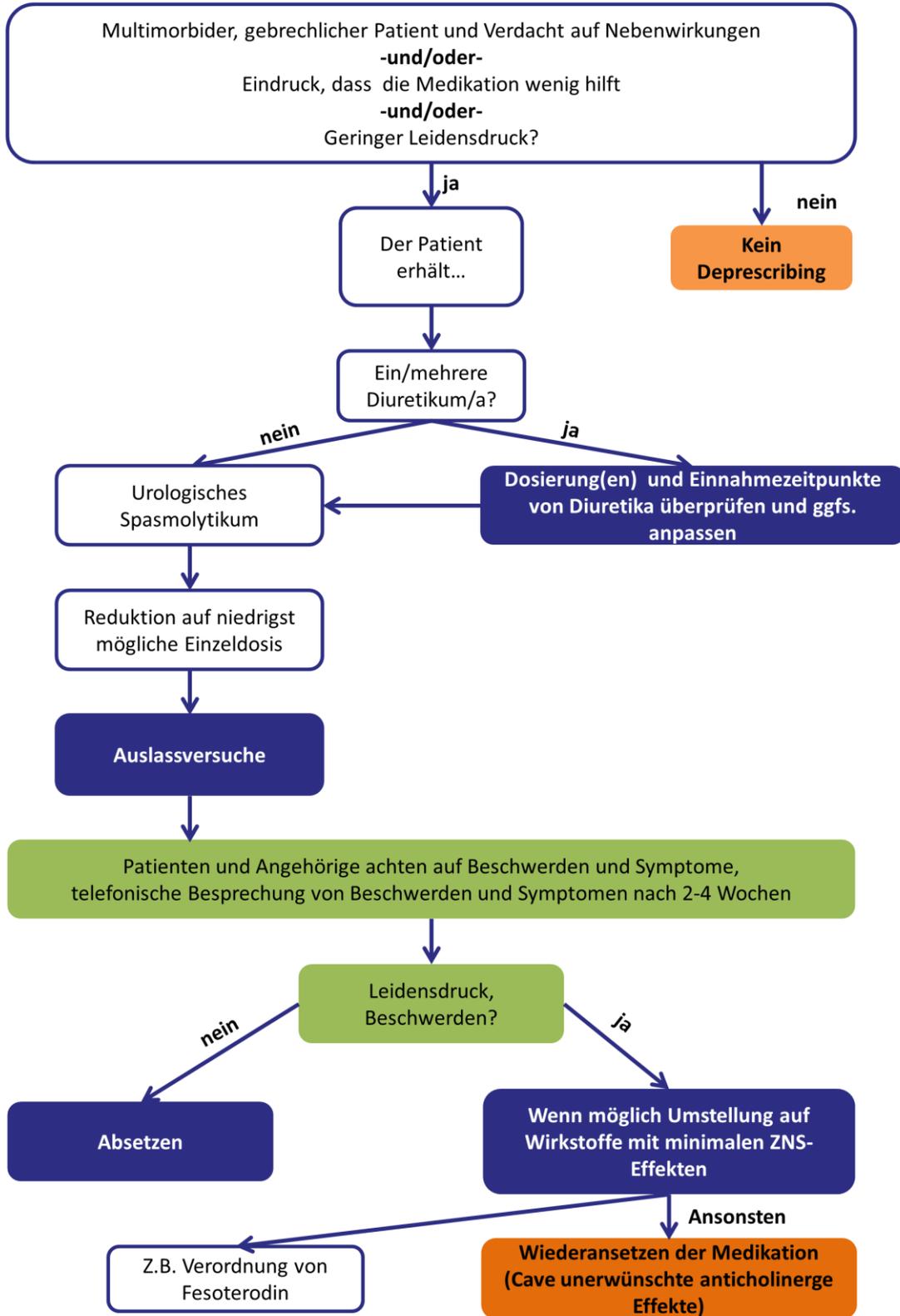


14.1.10. Algorithmus für das Absetzen von Protonenpumpenhemmern bei säurebedingten Erkrankungen



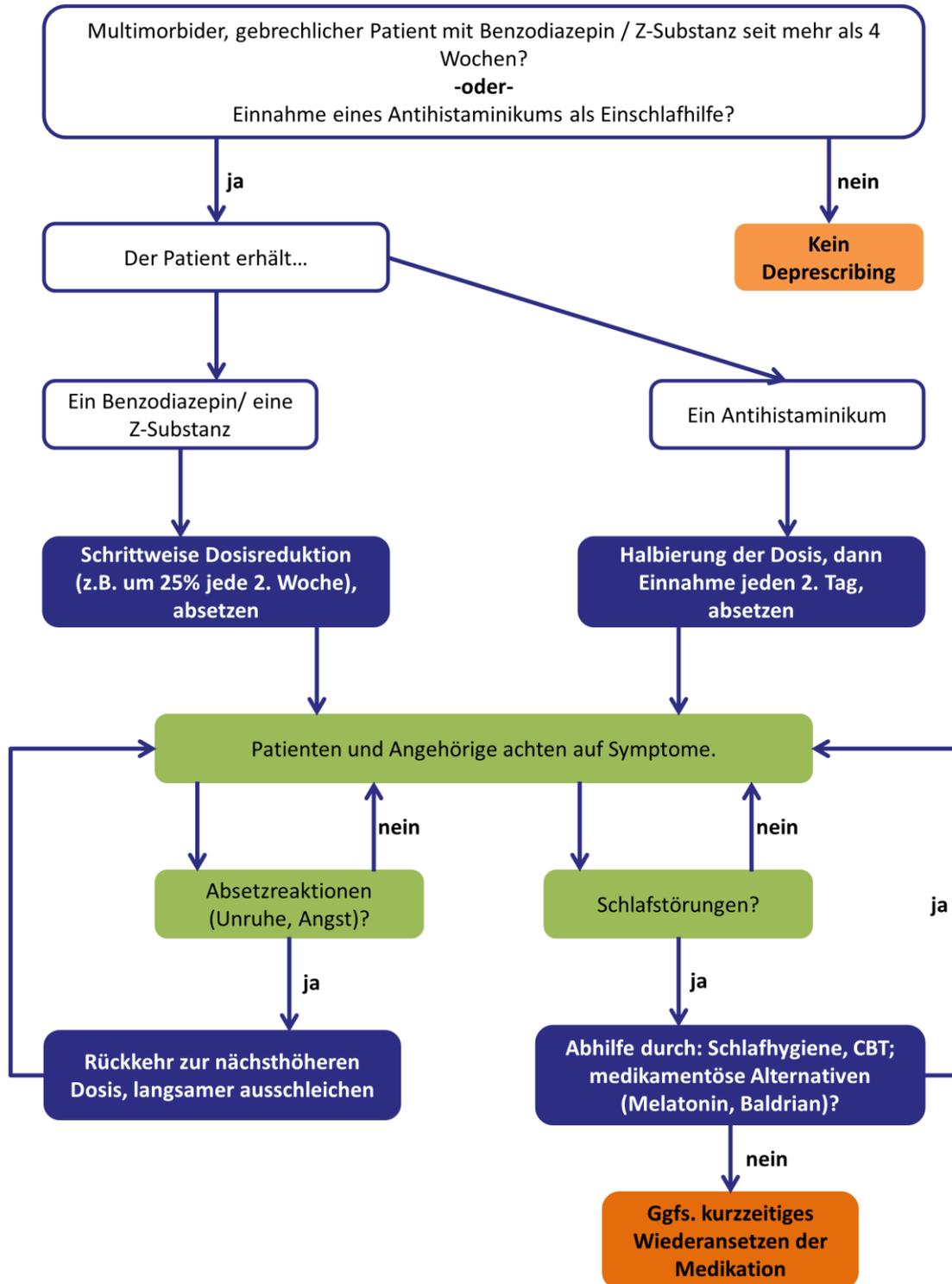
14.1.11. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei überaktiver Blase

Überaktive Blase



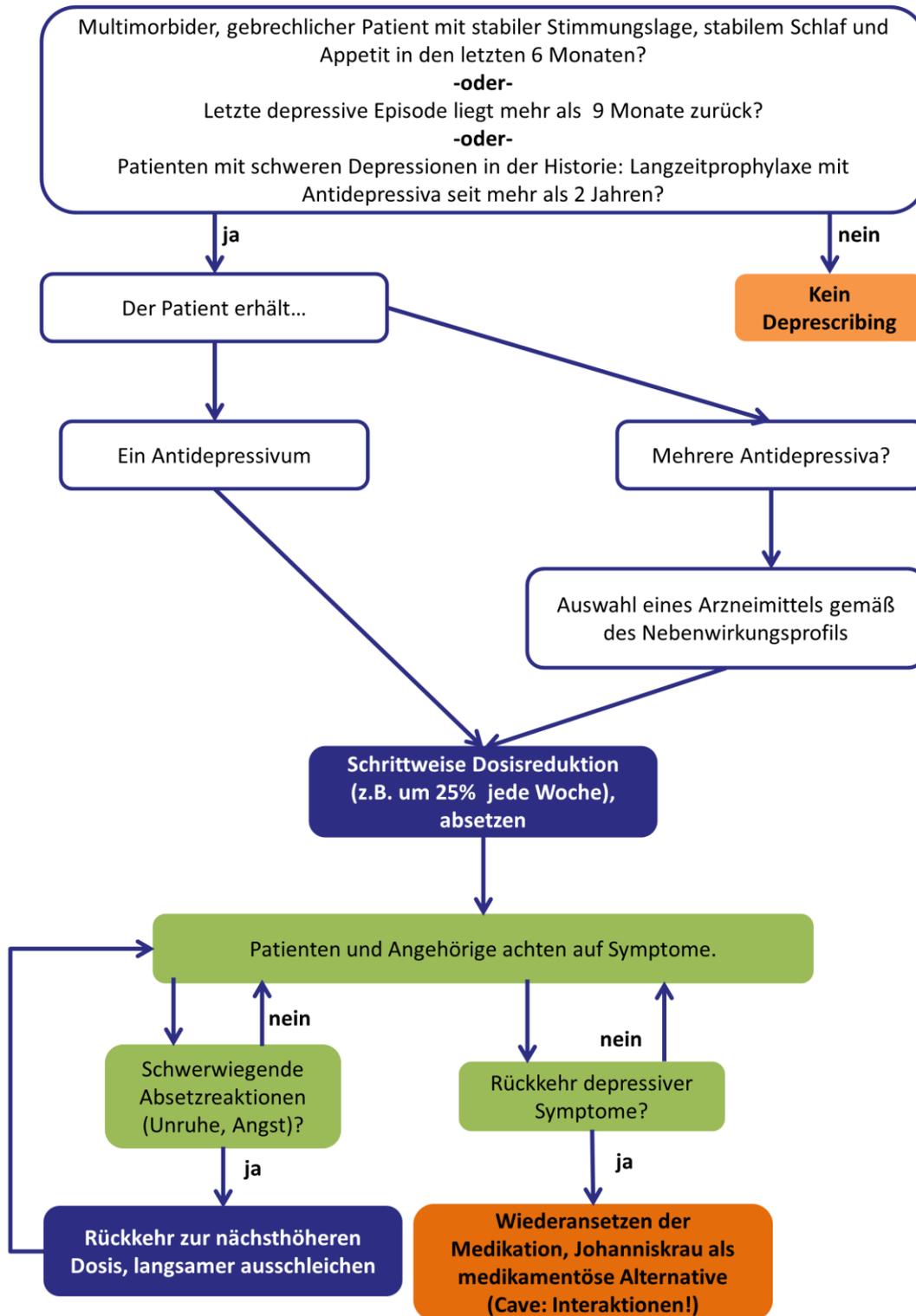
14.1.12. Algorithmus für das Absetzen von Medikation bei Schlafstörungen

Schlafstörungen



14.1.13. Algorithmus für das Absetzen von Antidepressiva

Antidepressiva



14.2. PRISCUS-Liste

Potenziell inadäquate Medikation für ältere Patienten (Kurzfassung) (die Hinweise der Hersteller in den Fachinformationen sind zu beachten) (28)			
Arzneimittel	wesentliche Bedenken (Auswahl)	mögliche Therapie-Alternativen	Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll
Analgetika, Antiphlogistika			
NSAID - Indometacin - Acemetacin* - Ketoprofen* - Piroxicam - Meloxicam* - Phenylbutazon - Etoricoxib	- sehr hohes Risiko für gastrointestinale Blutungen, Ulzerationen oder Perforationen, auch mit letalem Ausgang - Indometacin: Zentralnervöse Störungen - Phenylbutazon: Blutdyskrasie - Etoricoxib: Kardiovaskuläre Kontraindikationen	- Paracetamol - (schwach wirksame) Opioide (Tramadol, Codein) - ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)	- Kombinationstherapie mit protektiven Arzneimitteln, z.B. PPI - Kontrolle von Magen-Darm-Beschwerden (Gastritis, Ulzera und Blutungen) - Kontrolle Nierenfunktion - Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Dosierungsempfehlung: möglichst kurze Therapiedauer - Phenylbutazon: zusätzlich Blutbildkontrolle
Opioide-Analgetika - Pethidin	- erhöhtes Risiko für Delir und Stürze	- Paracetamol - andere Opioide (mit geringerem Delirrisiko, z. B. Tilidin/Naloxon, Morphin, Oxycodon, Buprenorphin, Hydromorphon) - ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)	- klinische Kontrolle (ZNS-Funktion, Sturzneigung, Kreislauf-Kontrolle) - Kontrolle Nierenfunktion - Dosierungsempfehlung: niedrige Initialdosis, langsame Dosissteigerung, möglichst kurze Therapiedauer
Antiarrhythmika			
Chinidin*	- Zentralnervöse UAW - erhöhte Mortalitätsrate - Chinidin plus Verapamil: für Patienten älter als 75 Jahre nicht empfohlen (e25)	- Beta-Blocker - Verapamil - Diltiazem - Amiodaron - Defibrillator-Implantation	- Kontrolle zentralnervöse Verträglichkeit - Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion (Proarrhythmie, QTc Dauer) - Kontrolle Nierenfunktion
Flecainid*	- allgemein höhere Nebenwirkungsrate	- Beta-Blocker - Amiodaron	- Kontrolle zentralnervöse Verträglichkeit (z. B. Schwindel, Kognition) - Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Kontrolle Nierenfunktion (Dosisanpassung)
Sotalol*	- Beta-Blocker mit zusätzlich antiarrhythmischer Wirkung	- Kardioselektive Beta-Blocker (z. B. Metoprolol, Bisoprolol, Carvedilol) - Amiodaron - Propafenon (je nach Art der Arrhythmie)	- Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Kontrolle Nierenfunktion (Dosisanpassung) - Kontrolle Lungenfunktion - Dosierungsempfehlung: 1/2 bis 1/3 der üblichen Dosis, einschleichend dosieren

Digoxin Acetyldigoxin* Metildigoxin*	- erhöhte Glykosid-Empfindlichkeit (Frauen > Männer) - erhöhtes Toxizitätsrisiko	- bei Tachykardie/ Vorhofflimmern: Beta-Blocker - bei Herzinsuffizienz: Diuretika, ACE-Hemmer etc. - Digitoxin besitzt möglicherweise geringere Toxizitätsrate	- Kontrolle Nierenfunktion (Dosisanpassung) - Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - therapeutisches Drug-Monitoring - altersangepasste Erhaltungsdosis
Antibiotika			
Nitrofurantoin	- ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis, insbesondere bei Langzeitgebrauch (pulmonale UAW, Leberschädigungen etc.)	- andere Antibiotika (z. B. Cephalosporine, Cotrimoxazol, Trimethoprim - möglichst nach Antibiogramm) - nichtmedikamentöse Maßnahmen: vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, Inkontinenzhilfen	- Kontrolle Nierenfunktion - Kontrolle Lungenfunktion - Kontrolle Leberfunktion
Anticholinergika			
Antihistaminika - Hydroxyzin - Clemastin* - Dimetinde* - Chlorphenamin - Triprolidin	- anticholinerge Nebenwirkungen (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit) - kognitive Leistungsabnahme - EKG-Veränderungen (QT-Verlängerungen)	- nichtsedierende/ nichtanticholinerg wirkende Antihistaminika (z. B. Cetirizin, Loratadin, Desloratadin)	- klinische Kontrolle der Verträglichkeit (anticholinerge Effekte) - Kontrolle ZNS-Funktionen - EKG
Urologische Spasmolytika - Oxybutynin (nichtretardiert und retardiert) - Tolterodin (nicht retardiert) - Solifenacin	- anticholinerge Nebenwirkungen (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit, ZNS) - EKG-Veränderungen (QT-Verlängerung)	- Trosipium - nichtmedikamentöse Therapien (Beckenbodengymnastik, Physio- und Verhaltenstherapie)	- klinische Kontrolle der Verträglichkeit (anticholinerge Effekte) - Kontrolle ZNS-Funktionen - EKG
Thrombozytenaggregationshemmer			
Ticlopidin	- Blutbildveränderungen	- ASS - Clopidogrel	- Blutbild-Kontrolle (Leukozyten, Thrombozyten)
Prasugrel*	- ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis insbesondere für Patienten ≥ 75 Jahren	- ASS - Clopidogrel	
Antidepressiva			
Trizyklische Antidepressiva - Amitriptylin - Doxepin - Imipramin - Clomipramin - Maprotilin - Trimipramin	- periphere anticholinerge UAW (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit, orthostatische Dysregulation, kardiale Arrhythmien) - zentrale anticholinerge UAW (Benommenheit, innere Unruhe, Verwirrheitszustände und andere delirante Syndrome) - kognitive Defizite - erhöhtes Sturzrisiko	- SSRI (z. B. Citalopram, Sertralin) - Mirtazapin - nichtmedikamentöse Therapien (ggf. verhaltenstherapeutische Verfahren)	- Kontrolle auf anticholinerge UAW, zusätzlich Suizidalität; Sturzrisiko bewerten - EKG-Kontrolle - bei Intoxikationsgefahr evtl. therapeutisches Drug-Monitoring - Dosierungsempfehlung: Hälfte der üblichen Tagesdosis, einschleichend dosieren

SSRI - Fluoxetin	- Zentralnervöse UAW (Übelkeit, Schlafstörungen, Schwindel, Verwirrtheit) - Hyponatriämie	- andere SSRI (z. B. Sertralin, Citalopram) - Trazodon - Mirtazapin - nichtmedikamentöse Therapien (z. B. verhaltenstherapeutische Verfahren)	- klinische Kontrolle ZNS-Funktion - Kontrolle Nierenfunktion/Serum-Elektrolyte
MAO-Hemmer - Tranylcypromin*	- irreversibler MAO-Hemmer: Blutdruckkrisen, Hirnblutungen - maligne Hyperthermie	- SSRI (außer Fluoxetin) - nichtmedikamentöse Therapien (z. B. verhaltenstherapeutische Verfahren)	- Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - klinische Kontrolle der Verträglichkeit
Antiemetika			
Dimenhydrinat	- anticholinerge UAW	- Domperidon - Metoclopramid (cave: extrapyramidale Symptome)	- Kontrolle auf anticholinerge UAW - Sturzrisiko bewerten
Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel			
Clonidin	- Hypotension - Bradykardie - Synkope - zentralnervöse UAW: Sedierung, Verschlechterung der Kognition	- andere Antihypertensiva: z.B. ACE- Hemmer, AT1-Blocker, (Thiazid-) Diuretika, Beta-Blocker, Calcium-Antagonisten (langwirksame, peripher wirkende)	- Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Kontrolle von ZNS-Wirkungen - Dosierungsempfehlung: niedrige Initialdosis, Halbierung der üblichen Dosis, ein- und ausschleichend dosieren
Alpha-Blocker - Doxazosin - Prazosin - Terazosin (als Antihypertensivum)	- Hypotension (lageabhängig) - Mundtrockenheit - Harninkontinenz/ Miktionsstörung - zentralnervöse UAW (z. B. Schwindel, Benommenheit, Somnolenz) - erhöhtes Risiko für zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen	- s. Clonidin	- Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Kontrolle von ZNS-Wirkungen - klinische Kontrolle auf weitere UAW (z. B. Miktionsstörungen) - Dosierungsempfehlung: siehe Clonidin
Methyldopa	- Hypotension (orthostatisch) - Bradykardie - Sedierung	- s. Clonidin	- Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Dosierungsempfehlung: siehe Clonidin
Reserpin	- Hypotension (orthostatisch) - ZNS-Effekte (Sedierung, Depression)	- s. Clonidin	- Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Dosierungsempfehlung: siehe Clonidin
Calcium-Kanal-Blocker - Nifedipin (nicht- retardiert)	- kurzwirksames Nifedipin: erhöhtes Myokardinfarktrisiko, erhöhte Sterblichkeit bei älteren Patienten	- s. Clonidin	- Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion - Monitoring auf periphere Ödeme - Dosierungsempfehlung: siehe Clonidin

Neuroleptika			
Klassische Neuroleptika - Thioridazin - Fluphenazin - Levomepromazin - Perphenazin - Haloperidol* (> 2 mg)	- anticholinerge und extrapyramidale UAW (Spätdyskinesien) - Parkinsonismus - Hypotonien - Sedierung - Sturzgefahr - erhöhte Sterblichkeit bei Patienten mit Demenz	- atypische Neuroleptika (z. B. Risperidon) mit günstigem Nutzen-Risiko-Profil - Melperon - Pipamperon - Haloperidol: bei akuter Psychose ist eine Kurzzeitanwendung (< 3 Tage) in hoher Dosis mitunter nicht zu vermeiden	- klinische Kontrolle der Verträglichkeit (insbesondere anticholinerge und extrapyramidale UAW) - Sturzanamnese - neurologische und kognitive Leistungen (z. B. Parkinsonsyndrom) - Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion (Hypotonie, EKG/QT-Intervall)
Atypische Neuroleptika - Olanzapin (> 10 mg) - Clozapin	- s. Thioridazin - weniger extrapyramidale UAW - Clozapin: erhöhtes Agranulozytose- und Myokarditis-Risiko	- s. Thioridazin	- s. Thioridazin - Clozapin: Blutbildkontrolle
Ergotamin und –Derivate			
Ergotamin Dihydroergocryptin Dihydroergotoxin	- ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis	- Ergotamin: Indikation Migräne: Triptane (Sumatriptan) - Dihydroergocryptin: andere Parkinson-Medikamente	- Beachtung spezifischer UAW - Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion
Laxanzien			
Dickflüssiges Paraffin	- bei Aspiration pulmonale UAW	- osmotisch wirksame Laxantien:	
Muskelrelaxanzien			
Baclofen Tetrazepam	- ZNS-Effekte: Amnesie, Verwirrtheit, Sturz	- Tolperison - Tizanidin - Physiotherapie - Tetrazepam: kurz/mittellang wirksame Benzodiazepine in niedriger Dosierung	- regelmäßige Kontrollen der motorischen und kognitiven Funktionen (z. B. Vigilanz, Gangsicherheit)
Sedativa, Hypnotika			
Langwirksame Benzodiazepine - Chlordiazepoxid - Diazepam - Flurazepam - Dikaliumclorazepat - Bromazepam - Prazepam - Clobazam - Nitrazepam - Flunitrazepam - Medazepam*	- Sturzgefahr (muskelrelaxierende Wirkung) mit erhöhtem Hüftfrakturrisiko - verzögertes Reaktionsvermögen - psychiatrische Reaktionen (auch paradox: z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Halluzinationen, Psychose) - kognitive Funktionsseinschränkungen - Depression	- kurz/kürzer wirksame Benzodiazepine, Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon in niedriger Dosierung - Opipramol - sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) - niederpote Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)	- klinische Kontrolle der Verträglichkeit (Kognition, Vigilanz, regelmäßige Sturzanamnese, Untersuchung der Gangsicherheit, Psychopathologie, Ataxie) - Dosierungsempfehlung: niedrigste mögliche Dosis bis Halbierung der üblichen Dosis, ein- und aus schleichend dosieren, möglichst kurze Therapiedauer

<p>Kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alprazolam - Temazepam - Triazolam - Lorazepam (> 2 mg/d) - Oxazepam (> 60 mg/d) - Lormetazepam (> 0,5 mg/d) - Brotizolam* (> 0,125 mg/d) 	<p>- s. langwirksame Benzodiazepine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baldrian - sedierende Antidepressiva (Trazodon, Mianserin, Mirtazapin) - Zolpidem (≤ 5 mg/d) - Opipramol - niederpote Neuroleptika (Melperon, Pipamperon) - nichtmedikamentöse Therapie der Schlafstörungen (Schlafhygiene) 	<p>- s. langwirksame Benzodiazepine</p>
<p>Z-Substanzen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zolpidem (> 5 mg/d) - Zopiclon (> 3,75 mg/d) - Zaleplon* (> 5 mg/d) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sturzgefahr, erhöhtes Hüftfraktur-Risiko - verzögertes Reaktionsvermögen - psychiatrische Reaktionen (auch paradox: z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Halluzinationen, Psychose) - kognitive Funktionseinschränkungen 	<p>- s. kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</p>	<p>- s. langwirksame Benzodiazepine</p>
<p>Doxylamin Diphenhydramin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - anticholinerge Effekte - Schwindel - EKG-Veränderungen 	<p>- s. kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</p>	<p>- s. langwirksame Benzodiazepine</p> <p>- zusätzliche Kontrolle auf anticholinerge UAW, EKG</p>
<p>Chloralhydrat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schwindel - EKG-Veränderungen 	<p>- s. kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</p>	<p>- s. langwirksame Benzodiazepine</p> <p>- EKG</p>
<p>Antidementiva, Vasodilatoren, durchblutungsfördernde Mittel</p>			
<p>Pentoxifyllin Naftidrofuryl Nicergolin Piracetam</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kein sicherer Wirksamkeitsnachweis/ ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis 	<ul style="list-style-type: none"> - zur medikamentösen Behandlung einer Demenz vom Alzheimer-Typ: 	
<p>Antiepileptika</p>			
<p>Phenobarbital*</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedierung - paradoxe Erregungszustände 	<ul style="list-style-type: none"> - andere Antiepileptika: Lamotrigin, Valproinsäure, Levetiracetam, Gabapentin 	<ul style="list-style-type: none"> - klinische Kontrolle der Verträglichkeit (Untersuchung der Gangsicherheit, Koordination, Psychopathologie) - therapeutisches Drug-Monitoring - Dosierungsempfehlung: niedrigste mögliche Dosis, bis Halbierung der üblichen Dosierung, einschleichend dosieren

* Arzneimittel, die von keiner der vier analysierten Arbeiten (6–9) als PIM benannt wurden; NSAID, „non-steroidal anti-inflammatory drugs“; PPI, Protonenpumpeninhibitoren; UAW, unerwünschte Arzneimittelwirkungen; ACE, „angiotensin-converting enzyme“; ASS, Acetylsalicylsäure; SSRI, „selective serotonin reuptake inhibitors“; MAO, Monoaminoxidase; PIM, potenziell inadäquate Medikation

14.3. Liste mit anticholinergen Wirkstoffen

Arzneimittel, die anticholinerg wirken, führen häufig zu Nebenwirkungen. Mögliche Nebenwirkungen sind z.B. Mundtrockenheit, Obstipation, Miktionsstörungen, Akkommodationsstörungen, Verwirrtheit, Unruhe, kognitive Beeinträchtigung, Tachykardie, Tremor, Delir und erhöhtes Sturzrisiko.

Die gleichzeitige Anwendung von zwei oder mehr Arzneistoffen mit anticholinergem Effekt kann zur Verstärkung der anticholinergen Wirkung führen. Aufgrund von reduzierter Stoffwechsellkapazität, erhöhter Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke und verlangsamer Elimination reagieren geriatrische Patienten besonders empfindlich auf Medikamente mit einem anticholinergen Effekt. Bei geriatrischen Patienten könnten Nebenwirkungen auftreten, auch wenn Arzneimittel mit geringer anticholinergischer Last angewendet werden. Deswegen werden Medikamente mit anticholinergen Eigenschaften eher als ungeeignet für diese Patienten angesehen.

Das cholinerge System wird von vielen Arzneistoffen beeinflusst. Anhand von Daten zur anticholinergen Aktivität in vitro und im Serum, Literaturangaben und Expertenkonsensus wurden verschiedene Skalen zur Bestimmung der Stärke der anticholinergen Last entwickelt. Die Skalen unterscheiden sich in der Bewertung einzelner Substanzen. Eine Risikoskala zur Abschätzung der unerwünschten anticholinergen Effekte in Abhängigkeit vom Schweregrad des Effektes erstellt für Deutschland von Kiesel et al. ist hier aufgeführt (33). Die anticholinerge Last eines Patienten wird hier durch Addition der anticholinergen Scores aller eingenommenen Arzneistoffe ermittelt. Je höher der Gesamt-Score eines Patienten ist, um so höher ist das Risiko für das Auftreten anticholinergischer Nebenwirkungen.

Die einzelnen Arzneistoffe sind mit 1 bis 3 Punkten bewertet.

Punkt 1: Arzneistoffe mit einem geringen anticholinergen Effekt

Punkt 2: Arzneistoffe mit einem moderaten anticholinergen Effekt.

Punkt 3: Arzneistoffe mit einem stark anticholinergen Effekt.

Diese Liste kann als Entscheidungshilfe für das Absetzen von Arzneimitteln dienen.

Arzneistoffe aufgeteilt nach Stärke des anticholinergen Effektes. Die Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit (33). ACB = anticholinergic burden (anticholinerge Last)

ACB Score = 1			ACB Score = 2	ACB Score = 3
Aclidiniumbromid (INH)	Doxylamin	Mirtazapin	Amantadin	Amitriptylin
Alprazolam	Entacapon	Morphin	Carbamazepin	Atropin
Ampicillin	Escitalopram	Naratriptan	Cimetidin	Chlorphenamin
Aripiprazol	Etoricoxib	Nifedipin	Haloperidol	Clemastin
Asenapin	Famotidin	Oxazepam	Loperamid	Clomipramin
Atenolol	Fentanyl	Oxycodon	Loxapin	Clozapin
Azathioprin	Fexofenatid	Paliperidon	Maprotilin	Cyproheptadin
Baclofen	Flunitrazepam	Pancuronium	Methadon	Darifenacin
Benazepril	Fluoxetin	Perphenazin	Olanzapin	Dimenhydrinat
Betaxolol	Fluphenazin	Phenobarbital	Opi Pramol	Diphenhydramin
Bisacodyl	Flurazepam	Piperacillin	Oxcarbazepin	Doxepin
Bromocriptin	Fluvoxamin	Pramipexol	Paroxetin	Fesoterodin
Bupropion	Furosemid	Prednisolon	Pethidin	Flavoxat
Captopril	Gentamicin	Prednison	Pimozid	Hydroxyzin
Celecoxib	Glycopyrroniumbromid (INH)	Promethazin	Quetiapin	Imipramin
Cetirizin	Guaiifenesin	Pseudoephedrin	Ranitidin	Levomepromazin
Chinidin	Hydralazin	Risperidon	Theophyllin	Nortriptylin
Chlordiazepam	Hydrocortison	Rotigotin pflaster	Tramadol	Orphenadrin
Chlortalidon	Ipatropium(INH)	Selegilin		Oxybutynin
Ciclosporin	Isosorbiddinitrat	Sertralin		Procyclidin
Citalopram	Isosorbitmononitrat	Sumatriptan		Propiverin
Clindamycin	Ketorolac	Temazepam		Scopolamin
Clonazepam	Lansoprazol	Tiotropium (INH)		Solifenacin
Clorazepat	Levocetirizin	Trandolapril		Thioridazin
Codein	Levodopa	Trazodon		Tizanidin
Desloratadin	Lithium	Triamcinolon		Tolterodin
Dexamethason	Loratadin	Triamteren		Trihexyphenidyl
Dextromethorphan	Lorazepam	Triazolam		Trimipramin
Diazepam	Metformin	Valproinsäure		Trospiumchlorid
Digitoxin	Methocarbamol	Vancomycin		
Digoxin	Methotrexat	Venlafaxin		
Diltiazem	Methylprednisolon	Warfarin		
Dimetinden	Metoclopramid	Ziprasidon		
Dipyridamol	Metoprolol	Zolmitriptan		
Domperidon	Midazolam			

INH:Inhalativa

14.4. Zusammenfassung von Leitlinien ausgewählter Indikationen

14.4.1. Leitlinienempfehlungen zur Zweifach-/Dreifach-Therapie mit Plättchenhemmern und OAK (Stand: 02/2019)

Kombinationen von OAK und TAH bei Vorhofflimmern

Vorhofflimmern	VHF+Stabile KHK + Stent	VHF+Stabile KHK ohne Stent	VHF+ACS + Stent	VHF+ACS ohne Stent
Therapieinitiierung: DOAK statt VKA (wenn möglich)* Wechsel zu DOAK erwägen bei einer schlechten INR-Einstellung	Dreifach-Kombinationstherapie für 1 Monat, Zweifach-Kombinationstherapie für 7/11 Monate, Monotherapie nach 12 Monaten	Monotherapie mit OAK (sofern kein ACS, kein Stent in den letzten 12 Monaten)	Dreifach-Kombinationstherapie für 1-6 Monate, Zweifach-Kombinationstherapie für 2-7 Monate, Monotherapie nach 12 Monaten	Zweifach-Kombinationstherapie für bis zu 12 Monate (34)

DEGAM unterscheidet zusätzlich zwischen Bare Metal Stent und Drug Eluting Stent

VHF + stabile KHK + BMS	VHF + stabile KHK + DES
Dreifach-Kombinationstherapie für 4 Wochen danach nur VKA	Dreifach-Kombinationstherapie für 3 Monate (Limus) bzw. 6 Monate (Paclitaxel), danach Zweifach-Kombinationstherapie (VKA + Clopidogrel) bis Monat 12 (19)

VHF + ACS+ BMS	VHF + ACS + DES
Dreifach-Kombinationstherapie für 4 Wochen danach nur VKA	Dreifach-Kombinationstherapie für 6 Monate, duale Therapie (VKA + Clopidogrel) bis Monat 12, danach nur VKA (19)

Abkürzungen

OAK
Orale Antikoagulans

TAH
Thrombozytenaggregationshemmer

DOAK
Direkte Orale Antikoagulans

VKA
Vitamin-K-Antagonist

VHF
Vorhofflimmern

KHK
Koronare Herzkrankheit

ACS
Akutes Koronarsyndrom

BMS
Bare Metal Stent

DES
Drug Eluting Stent

Doppelte Plättchenhemmung bei KHK

Stabile KHK + Bare Metal Stent	Stabile KHK + Drug Eluting Stent	ACS + BMS/DES
Zweifach-Kombinationstherapie von TAH für 4 Wochen	Zweifach-Kombinationstherapie von TAH für 6-12 Monate	Zweifach-Kombinationstherapie von TAH für 12 Monate (9)

Stabile KHK + Bare Metal Stent	Stabile KHK + Drug Eluting Stent	ACS + BMS	ACS + DES	ACS ohne Stent
Zweifach-Kombinationstherapie von TAH für 4 Wochen, danach ASS	Zweifach-Kombinationstherapie von TAH für 6 Monate danach ASS	Zweifach-Kombinationstherapie mit Ticagrelor und ASS für 12 Monate Ticagrelor nicht möglich: Zweifach-Kombinationstherapie für 4 Wochen (ASS + Clopidogrel)	Zweifach-Kombinationstherapie mit Ticagrelor und ASS für 12 Monate Ticagrelor nicht möglich: Zweifach-Kombinationstherapie für 6 Monate (ASS + Clopidogrel)	Zweifach-Kombinationstherapie mit Ticagrelor und ASS für 12 Monate Ticagrelor nicht möglich: ASS+Clopidogrel für 3 Monate (19)

In aktuellen Studien wurden auch kürzere Behandlungszeiträume für eine doppelte Plättchenhemmung untersucht. Einige Ergebnisse legen nahe, dass möglicherweise eine kürzere Zeitdauer von 6 Monaten bei Anlage eines Drug eluting stents ausreicht (32). Es gibt aber auch Hinweise, dass eine 12-monatige Therapie die Gefahr von Reinfarkten vermindert (27).

14.4.2. Spironolacton : Leitlinienempfehlung (Stand 02/2019)

Leitlinienempfehlung

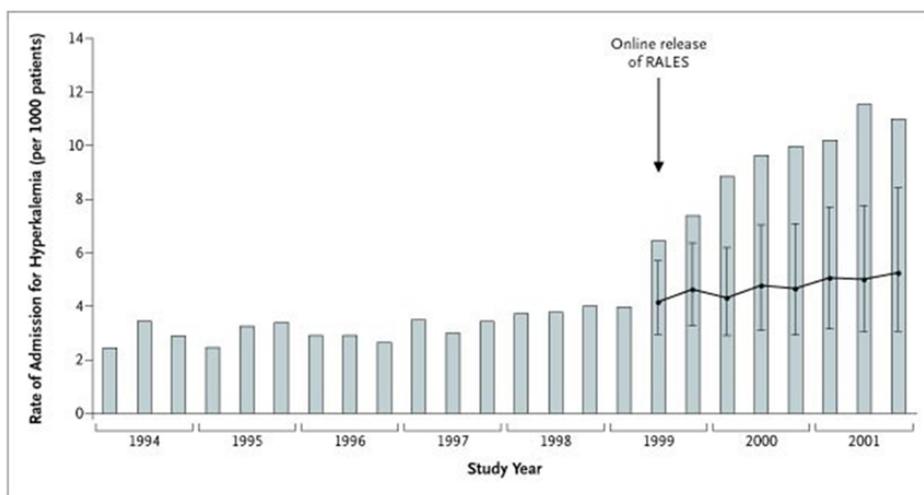
- Wirkung über Renin-Angiotension-Aldosteron-System (RAAS) mit geringem diuretischem Effekt
- Schwere Herzinsuffizienz wird signifikant verbessert (RALES Studie)

Bei schwerer Nierenfunktionsstörung (GFR <30 ml/min/1,73 m²) nach Nutzen-Risiko Abwägung

Indikation	Hypertonie	Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HF _{re} EF)	Herzinsuffizienz mit erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HF _{pe} EF)
Leitlinie	Behandlung therapierefraktärer Hypertonie → niedrig dosiert (25-50 mg) als Ergänzung zu bestehender 3-fach-Kombination (70)	alle Patienten mit anhaltenden Symptomen (NYHA Klasse II-IV) und einer EF ≤ 35 % trotz Behandlung mit ACE-Hemmer (oder ARB) und Beta-Blocker → niedrig dosiert (25-50 mg) (10)	unzureichende Evidenzlage (10)
FORTA (48)	C	B	B

Hyperkaliämierisiko

- Number Needed to Harm NNH 23-100 (10)
- Gleichzeitige Anwendung mit ACE-Hemmern → 13-fach erhöhtes Risiko von Hyperkaliämie (3)



Rate der Krankenhausaufnahmen aufgrund einer Hyperkaliämie von Patienten, die kürzlich aufgrund einer Herzinsuffizienz im Krankenhaus waren und mit ACE-Hemmern behandelt wurden (31).

Leitlinienempfehlung zur Kontrolle des Kaliumwertes

Zeitpunkt der Kontrolle des Kaliumspiegels

Kalium-Kontrolle	Wann
Einstellungsphase	engmaschig
Gesamte Einnahmedauer	alle 4 Monate
Ältere Patienten	engmaschig

(10)

Handlungsempfehlung aufgrund der Kaliumwerte im Blut

Kaliumwert	Vorgehen
bis $\leq 5,5$ mmol/l)	In die ersten Wochen keine Intervention
5,5 -5,9mmol/l	Dosis halbieren
≥ 6 mmol/l	MRA absetzen
$< 5,0$ mmol/l	Wiederaufnahme der Therapie

(10)

14.4.3. Studienlage: Statine als Sekundärprophylaxe (Stand 02/2019)

Studienlage

Auf Basis verschiedener Arbeiten zur Statintherapie in der kardio- und zerebrovaskulären Primär- und Sekundärprophylaxe haben Mallery et al. ein systematisches Review veröffentlicht, um eine Therapieempfehlung für ältere Patienten mit Frailty abzugeben (40). Für die Sekundärprophylaxe haben die Autoren die PROSPER-Studie von Shepherd et al. (58) und eine Metaanalyse von Afilalo et al. (4) zitiert und die Absolute Risiko Reduktion ARR und Number Needed to Treat NNT berechnet. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt. Die Autoren sind zu der Schlussfolgerung gekommen, dass ausreichende Daten für den Nutzen der Statintherapie für ältere Patienten mit Frailty fehlen.

Unter dem gleichen Gesichtspunkt wird in „A guide to deprescribing statins“ (66) von Tenni und Dunbabin eine Analyse der Untergruppe der 75 bis 80-Jährigen aus der MRC/BHF Heart Protection Study zitiert (1).

Studie	Alter	N	Dauer in Jahren	Endpunkt	Absolute Risiko Reduktion	Number Needed to Treat
PROSPER Shepherd et al (Pravastatin 40mg vs Placebo) (58)	70-82	5.804	3	Koronare Herzkrankheit	4,1%	25 (15-77)
				Tödl. & nicht tödl. Schlaganfall	0,2% Anstieg	Nicht signifikant
				Transitorische ischämische Attacke	1,5%	Nicht signifikant
Afilalo et al Meta-Analyse (4)	65-82	19.569	5	Nicht tödlicher Myokardinfarkt	N/A	38 (16-118)
				Schlaganfall	N/A	58 (27-177)
MRC/BHF Heart Protection Study (Simvastatin 40mg vs Placebo) (1)	75-80	1.263	5	Schwerwiegendes kardiovaskuläres Ereignis	9,2%	11

(40)

(66)

Mallery et al. haben eine Schätzung für die ARR anhand der Kaplan-Meier-Kurve in der PROSPER Studie für die kombinierte primäre und sekundäre Prävention abgeleitet:

PROSPER → Absolute Risikoreduktion für „coronary heart disease death and nonfatal MI“ (40)

- 1% nach 1,5 Jahren (NNT 100)
- 2% nach 2,5 Jahren (NNT 50)

Leitlinienempfehlungen

- American Heart Association Guideline → Patienten ab 75 → Statine in der Sekundärprävention sinnvoll (25)
- EU Society of Cardiology → Patienten > 80 Jahre → limitierte Evidenz, Behandlung nach klinischem Urteil* (12)
- NVL KHK → stabile KHK → Patienten > 73 Jahre profitieren nicht mehr von neu beginnender Statintherapie (Gesamtmortalität) (9)

Deprescribing

Eine Studie zum Deprescribing bei Patienten mit geringer Lebenserwartung zeigte eine Verbesserung der Lebensqualität (McGill QOL score 7,11/6,85)* (36)

*keine Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention

UAW

- Umfrage → 60% (ehemalige Statineinnahme) und 25% (derzeit mit Statinen Behandelte) der Teilnehmer berichten von muskulären Beschwerden (66)
- Nebenwirkungen sind dosisabhängig → unter hochdosierter Therapie traten im Vergleich zu niedrig dosierter Therapie zusätzlich 4 Fälle von Rhabdomyolysen pro 10.000 Patienten auf (5)

Muskelbeschwerden	Art der Untersuchung	Ergebnisse
Geringe bis keine Erhöhung des CK-Wertes	RCTs	nicht signifikant
Geringe bis keine Erhöhung des CK-Wertes	Register und Beobachtungsstudien	7% -29%
Signifikante Erhöhung des CK-Wertes (>10-fach des oberen Grenzwertes des Normbereichs)	RCTs, Kohorten Studien, Register, Fallmeldungen	1/1.000 -1/10.000 Patienten (62)

14.5. Beispiel für das Ausschleichen von Benzodiazepinen

WEEKS		TAPERING SCHEDULE							✓
	MO	TU	WE	TH	FR	SA	SU		
1 and 2									
3 and 4									
5 and 6									
7 and 8									
9 and 10									
11 and 12									
13 and 14									
15 and 16									
17 and 18									

EXPLANATIONS

 Full dose
  Half dose
  Quarter of a dose
  No dose

(11)

14.6. Vorbereitungsblatt für Familienkonferenz

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

Ziel der Familienkonferenz ist es, mit Ihrem Patienten/Ihrer Patientin und den Angehörigen die Arzneimitteltherapie und die nichtmedikamentösen Maßnahmen zu besprechen. Gerade auch im Hinblick auf das geplante Absetzen von Arzneimitteln haben wir für Sie ein paar Fragen/ Anregungen für die Vorbereitung der Familienkonferenz zusammengefasst, die Ihnen möglicherweise die Vorbereitung der Familienkonferenz erleichtern könnten. Die Verwendung dieses „Vorbereitungsblattes“ steht Ihnen völlig frei.

Sie können zusätzlich gerne die weiter unten angehängte Tabelle nutzen. Dort können Sie die einzelnen Medikamente eintragen und eigene Notizen oder Fragen ergänzen.

Vorbereitungsblatt für Familienkonferenz

Patient/Patientin

Termin: Uhrzeit: Ort:

1

Bitte drucken Sie den Medikationsplan Ihres Patienten/ Ihrer Patientin aus (2 Exemplare, siehe Leitfaden Familienkonferenz). Überlegen Sie sich anhand des Medikationsplans, wie die weitere medikamentöse Therapie aussehen könnte und welche Medikamente Sie nach Diskussion mit Ihrem Patienten / Ihrer Patientin absetzen würden. Als Unterstützung steht Ihnen den „Deprescribing Leitfaden“ zur Verfügung.

Welche Beschwerden hat Ihr Patient/ Ihre Patientin aktuell? Sind diese möglicherweise auf Arzneimittel zurückzuführen?

.....
.....

Nimmt der Patient/ die Patientin Medikamente ein, die für sein/ ihr Alter möglicherweise ungeeignet sind?

.....
.....

Wie sind die aktuellen Laborwerte Ihres Patienten/ Ihrer Patientin, brauchen Sie vor der Familienkonferenz aktuellere Daten?

.....
.....

Ist der Patient/ die Patientin bei einem Facharzt/einer Fachärztin in Behandlung, möchten Sie mit ihm/ihr Rücksprache halten?

.....
.....

War der Patient/die Patientin in stationärer Behandlung, die möglicherweise auf Nebenwirkungen von Arzneimitteln zurückzuführen sein könnte?

.....
.....

Vorbereitungsblatt für Familienkonferenz

Welche Medikamente möchten Sie absetzen / in der Dosis reduzieren?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte nehmen Sie anschließend den für die Familienkonferenz ausgedruckten Medikationsplan und Ihre soeben erstellten Notizen zur Familienkonferenz mit. Im Rahmen der Familienkonferenz ist geplant, dass Sie im ersten Schritt die vom Patienten mitgebrachte Medikation mit dem in Ihrer Praxis vorliegenden Medikationsplan vergleichen und Sie ggfs. Abweichungen notieren (Medikations-Check). In den zweiten Schritten können Sie dann mit dem Patienten das ggfs. geplante Absetzen von Medikamenten besprechen. Bitte dokumentieren Sie die geplanten Änderungen wie z.B. Absetzen und Dosisreduktionen auf Ihrem Medikationsplan und erstellen Sie für den Patienten einen aktualisierten Medikationsplan. Bitte legen Sie zeitnah alle Dokumente auch einmal im Patientenordner ab.

2

Welche nichtmedikamentösen Maßnahmen würden Sie Ihrem Patienten/ Ihrer Patientin empfehlen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vorbereitungsblatt für Familienkonferenz

Medikation													
Absetzen													
Reduzieren													
Priorisierung													
Sonstiges (Laborwerte, Rücksprache mit Facharzt, etc.)													

15. Stichwortverzeichnis

Acarbose	8	Fluoxetin	33
ACE-Hemmer	16, 19	Fluvoxamin	33
Acetyldigoxin	20	Gicht	10, 17
Agomelatin	34	Glibenclamid.....	7, 9
Aldosteron-Antagonisten	16	Glimepirid	7, 9
Alendronsäure	24	Glinide	8
Allopurinol	10	Guanfacin	17
Alpha-Blocker.....	17	Herzinsuffizienz	7, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29
Alpha-Glucosidasehemmer	8	Hydrochlorothiazid	17, 20
Amilorid	16	Hypertonie.....	12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23
Amitriptylin.....	33	Imipramin	<i>Siehe</i> Trizyklika
Amlodipin	16, 20	Insulin.....	8
Angiotensin-Rezeptor-Blocker.....	16, 19	Johanniskraut	33
Antiarrhythmika.....	22	Kalium sparende Mittel.....	16
anticholinerge Wirkstoffe	54	MAO-Hemmer	33
Antidepressiva	31, 32, 33, 34	Maprotilin.....	33
Antihistaminika.....	30	Melatonin	30, 31
Antikoagulantien.....	13, 22	Metformin	8
ASS.....	13, 14, 22	Methyldopa	17
Baldrian	30, 31	Metildigoxin.....	20
Benzodiazepine.....	30, 62	Metoprolol	<i>Siehe</i> Betablocker
Betablocker.....	8, 16, 20, 22	Miglitol	8
Bisphosphonate	24	Mirabegron.....	28
Bupropion	33	Mirtazapin	33
Calcium	25	Moclobemid	33
Calciumkanalblocker	16, 20, 22	Moxonidin	17
Citalopram	33	Neuroleptika.....	31
Clonidin.....	15, 17	Nifedipin	16
Clopidogrel	13, 22	Nitrendipin	16
Colchicin	10	OAK - Orale Antikoagulantien	56
Dapagliflozin	9	Osteoporose	24, 26
Diabetes.....	7, 13, 14	Pantoprazol	<i>Siehe</i> Protonenpumpenhemmer
Digitalis	20, 22	Paroxetin	33
Digitoxin	20	Plättchenhemmer	13, 56
Digoxin.....	20	Prasugrel.....	13
Diltiazem.....	16, 19, 20	Primärprävention.....	12, 13, 14
Direkte orale Antikoagulantien	22	PRISCUS Liste	49
Diuretika	15, 17, 19, 20, 21, 28, 29	Protonenpumpenhemmer	24, 26, 27
Doxazosin	17	Ramipril	<i>Siehe</i> ACE-Hemmer
DPP4-Inhibitoren	8	Reboxetin	33
Drang-Inkontinenz	28	Repaglinid.....	7, 8
Dulaglutid	8	Reserpin	17
Duloxetin	33	Sartane	15, 16
Escitalopram	33	Schlafstörungen.....	30, 32
Ezetimib.....	13	Schleifendiuretika	17
Febuxostat.....	10	Sekundärprävention	12
Fesoterodin.....	28, 29	Sertralin.....	33
Fibrate	13	SGLT2-Hemmer.....	9

Simvastatin	<i>Siehe Statine</i>	Tranlycypromin.....	33
Sitagliptin.....	7	Trazodon	33
SNRI	33	Triamteren.....	16
Solifenacin	29	Trizyklika.....	33
Spasmolytika.....	28	Trospiumchlorid.....	29
Spironolacton.....	15, 16, 19, 20, 58	Überaktive Blase.....	28
SSRI.....	33	Urapidil.....	17
Statine	13	Venlafaxin.....	33
Sulfonylharnstoffe	9	Verapamil	16, 19, 20
Terazosin	17	Vitamin D.....	25
Tetrazyklika.....	33	Vitamin-K-Antagonisten.....	22
Thiazide	17	Vorhofflimmern	19, 20, 22, 23
Thrombozytenaggregationshemmer	13, 22	Vortioxetin.....	33
Ticlopidin	13	Zentralwirksame Antihypertensiva	17
Tolterodin	28	Z-Substanzen	30
Torasemid.....	<i>Siehe Diuretika</i>		

16. Literaturverzeichnis

1. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* (London, England). 2002;360(9326):7-22.
2. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(11):2227-46.
3. Abbas S, Ihle P, Harder S, Schubert I. Risk of hyperkalemia and combined use of spironolactone and long-term ACE inhibitor/angiotensin receptor blocker therapy in heart failure using real-life data: a population- and insurance-based cohort. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2015;24(4):406-13.
4. Afilalo J, Duque G, Steele R, Jukema JW, de Craen AJ, Eisenberg MJ. Statins for secondary prevention in elderly patients: a hierarchical bayesian meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2008;51(1):37-45.
5. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhalra N, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* (London, England). 2010;376(9753):1670-81.
6. Berry SD, Placide SG, Mostofsky E, Zhang Y, Lipsitz LA, Mittleman MA, et al. Antipsychotic and Benzodiazepine Drug Changes Affect Acute Falls Risk Differently in the Nursing Home. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2016;71(2):273-8.
7. BMJ Drugs and Therapeutics Bulletin. Latest guidance on the management of gout. *BMJ* (Clinical research ed). 2018;362:k2893.
8. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale Versorgungs-Leitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes - Langfassung, 1. Auflage. Version 3, 2013. Zuletzt geändert: April 2014 [Internet]. 2013 [cited 15.10.2018]. Available from: http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/NVL_Typ-2_Therapie-lang_Apr_2014.pdf.
9. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK - Langfassung, 4. Auflage. Version 1. 2016 [Internet]. 2016 [cited 10.12.2018]. Available from: www.khk.versorgungsleitlinien.de.
10. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz - Langfassung, 2. Auflage. Version 3. 2017 [Internet]. 2017 [cited 19.02.2019]. Available from: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/herzinsuffizienz/herzinsuffizienz-2aufl-vers3-lang.pdf>.
11. Canadian Deprescribing Network. Brochure sedative-hypnotic medications [Internet]. [cited 19.02.2019]. Available from: <https://www.deprescribingnetwork.ca/useful-resources>.
12. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European heart journal*. 2016;37(39):2999-3058.
13. Chang CB, Yang SY, Lai HY, Wu RS, Liu HC, Hsu HY, et al. Using published criteria to develop a list of potentially inappropriate medications for elderly patients in Taiwan. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2012;21(12):1269-79.

14. Dachverband der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose [Internet]. 2017 [cited 30.05.2018]. Available from: https://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2017.
15. Der Arzneimittelbrief. Bei asymptomatischer Hyperurikämie wird zu häufig Allopurinol verordnet [Internet]. 2014 [cited 18.07.2018]. Available from: <https://www.der-arzneimittelbrief.de/de/Artikel.aspx?J=2014&S=46>.
16. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. / Deutsche Hochdruckliga e.V. ESC Pocket Guidelines. Management der Arteriellen Hypertonie Version 2013. Kurzfassung der "ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension" [Internet]. 2014 [cited 15.06.18]. Available from: https://leitlinien.dgk.org/files/2014_Pocket-Leitlinien_Arterielle_Hypertonie.pdf.
17. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. Version 5 [Internet]. 2015 [cited 28.08.18]. Available from: www.depression.versorgungsleitlinien.de.
18. Eckardt L, Deneke T, Diener H, Hindricks G, Hoffmeister H, Hohnloser S, et al. Kommentar zu den 2016 Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zum Management von Vorhofflimmern. *Kardiologe*. 2017;11:193-204.
19. Egidi G, Wille H. DEGAM-Leitlinie: Neue Thrombozytenaggregationshemmer: Einsatz in der Hausarztpraxis [Internet]. 2013 [cited 15.02.2019]. Available from: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-041 TAH/053-0411 Neue%20TAH_redakt_12-06-2017.pdf.
20. Familienmedizin DGfAu. Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung [Internet]. 2013 [cited 25.06.2018]. Available from: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-032%20Gicht/S1-HE_chronische%20Gicht_Langfassung_2.pdf.
21. Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2017;63(11):832-43.
22. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2017;63(5):354-64.
23. Finnish Medicines Agency Fimea. Meds 75+ Database [Internet]. 2018 [cited 18.07.18]. Available from: https://www.fimea.fi/web/en/databases_and_registeries/medicines_information/database_of_medication_for_the_elderly.
24. Garrison SR, Kolber MR, Korownyk CS, McCracken RK, Heran BS, Allan GM. Blood pressure targets for hypertension in older adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;8:Cd011575.
25. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. *Circulation*. 2018;Cir0000000000000625.
26. Haastrup P, Paulsen MS, Begtrup LM, Hansen JM, Jarbol DE. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. *Family practice*. 2014;31(6):625-30.
27. Hahn JY, Song YB, Oh JH, Cho DK, Lee JB, Doh JH, et al. 6-month versus 12-month or longer dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome (SMART-DATE): a randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet (London, England)*. 2018;391(10127):1274-84.

28. Holt S, Schmiedl S, Thurmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Deutsches Arzteblatt international*. 2010;107(31-32):543-51.
29. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs & aging*. 2008;25(12):1021-31.
30. Javelot H, Marquis A, Antoine-Bernard E, Grandidier J, Weiner L, Javelot T, et al. Benzodiazepines Withdrawal: Initial Outcomes and Long-Term Impact on Falls in a French Nursing Home. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*. 2018;6(2).
31. Juurlink DN, Mamdani MM, Lee DS, Kopp A, Austin PC, Laupacis A, et al. Rates of hyperkalemia after publication of the Randomized Aldactone Evaluation Study. *The New England journal of medicine*. 2004;351(6):543-51.
32. Kedhi E, Fabris E, van der Ent M, Buszman P, von Birgelen C, Roolvink V, et al. Six months versus 12 months dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation in ST-elevation myocardial infarction (DAPT-STEMI): randomised, multicentre, non-inferiority trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2018;363:k3793.
33. Kiesel EK, Hopf YM, Drey M. An anticholinergic burden score for German prescribers: score development. *BMC geriatrics*. 2018;18(1):239.
34. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European heart journal*. 2016;37(38):2893-962.
35. Kojima T, Mizukami K, Tomita N, Arai H, Ohru T, Eto M, et al. Screening Tool for Older Persons' Appropriate Prescriptions for Japanese: Report of the Japan Geriatrics Society Working Group on "Guidelines for medical treatment and its safety in the elderly". *Geriatrics & gerontology international*. 2016;16(9):983-1001.
36. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Jr., Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2015;175(5):691-700.
37. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age and ageing*. 2017;46(4):600-7.
38. Lip GY, Potpara T, Boriani G, Blomstrom-Lundqvist C. A tailored treatment strategy: a modern approach for stroke prevention in patients with atrial fibrillation. *Journal of internal medicine*. 2016;279(5):467-76.
39. Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the Aging Patient: A Review of Glycemic Control in Older Adults With Type 2 Diabetes. *Jama*. 2016;315(10):1034-45.
40. Mallery LH, Moorhouse P, McLean Veysey P, Allen M, Fleming I. Severely frail elderly patients do not need lipid-lowering drugs. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2017;84(2):131-42.
41. Mann E, Bohmdorfer B, Fruhwald T, Roller-Wirnsberger RE, Dovjak P, Duckelmann-Hofer C, et al. Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2012;124(5-6):160-9.
42. McNeil JJ, Woods RL, Nelson MR, Reid CM, Kirpach B, Wolfe R, et al. Effect of Aspirin on Disability-free Survival in the Healthy Elderly. *The New England journal of medicine*. 2018;379(16):1499-508.
43. Meinshausen M, Rieckert A, Renom-Guiteras A, Kroger M, Sommerauer C, Kunnamo I, et al. Effectiveness and patient safety of platelet aggregation inhibitors in the prevention of cardiovascular disease and ischemic stroke in older adults - a systematic review. *BMC geriatrics*. 2017;17(Suppl 1):225.

44. Nyborg G, Straand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice--Nursing Home criteria (NORGEH-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scandinavian journal of primary health care*. 2015;33(2):134-41.
45. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and ageing*. 2015;44(2):213-8.
46. Oelke M, Becher K, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Kirby M, Wagg A, et al. Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older persons: results of a systematic literature review and international consensus validation process (LUTS-FORTA 2014). *Age and ageing*. 2015;44(5):745-55.
47. Pasina L, Brucato AL, Djade CD, Di Corato P, Ghidoni S, Tettamanti M, et al. Inappropriate prescription of allopurinol and febuxostat and risk of adverse events in the elderly: results from the REPOSI registry. *European journal of clinical pharmacology*. 2014;70(12):1495-503.
48. Pazan F, Weiss C, Wehling M. The FORTA (Fit fOR The Aged) List 2015: Update of a Validated Clinical Tool for Improved Pharmacotherapy in the Elderly. *Drugs & aging*. 2016;33(6):447-9.
49. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*. 2016;37(27):2129-200.
50. Potter K, Flicker L, Page A, Etherton-Beer C. Deprescribing in Frail Older People: A Randomised Controlled Trial. *PloS one*. 2016;11(3):e0149984.
51. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2018;64(5):339-51.
52. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *European journal of clinical pharmacology*. 2017;73(8):927-35.
53. Renom-Guiteras A, Meyer G, Thurmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *European journal of clinical pharmacology*. 2015;71(7):861-75.
54. Rote-Hand-Brief. Hydrochlorothiazid - Risiko von nicht melanozytärem Hautkrebs [Basalzellkarzinom (Basalion); Plattenepithelkarzinom der Haut (Spinaliom)] [Internet]. 2018 [cited 19.02.19]. Available from: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2018/rh-b-hydrochlorothiazid.html>.
55. Schlender L, Martinez YV, Adeniji C, Reeves D, Faller B, Sommerauer C, et al. Efficacy and safety of metformin in the management of type 2 diabetes mellitus in older adults: a systematic review for the development of recommendations to reduce potentially inappropriate prescribing. *BMC geriatrics*. 2017;17(Suppl 1):227.
56. Schlitzer J, Heubaum S, Frohnhofen H. Schlaf und Schlafstörungen beim alten Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2014;47:611-20.
57. Schott G, Martinez YV, Ediriweera de Silva RE, Renom-Guiteras A, Vogele A, Reeves D, et al. Effectiveness and safety of dipeptidyl peptidase 4 inhibitors in the management of type 2 diabetes in older adults: a systematic review and development of recommendations to reduce inappropriate prescribing. *BMC geriatrics*. 2017;17(Suppl 1):226.

58. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen EL, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England). 2002;360(9346):1623-30.
59. Sommerauer C, Kaushik N, Woodham A, Renom-Guiteras A, Martinez YV, Reeves D, et al. Thiazides in the management of hypertension in older adults - a systematic review. *BMC geriatrics*. 2017;17(Suppl 1):228.
60. Sommerauer C, Schlender L, Krause M, Weissbach S, Rieckert A, Martinez YV, et al. Effectiveness and safety of vitamin K antagonists and new anticoagulants in the prevention of thromboembolism in atrial fibrillation in older adults - a systematic review of reviews and the development of recommendations to reduce inappropriate prescribing. *BMC geriatrics*. 2017;17(Suppl 1):223.
61. Stefanacci RG, Cavallaro E, Beers MH, Fick DM. Developing explicit positive beers criteria for preferred central nervous system medications in older adults. *The Consultant pharmacist : the journal of the American Society of Consultant Pharmacists*. 2009;24(8):601-10.
62. Stoes ES, Thompson PD, Corsini A, Vladutiu GD, Raal FJ, Ray KK, et al. Statin-associated muscle symptoms: impact on statin therapy-European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statement on Assessment, Aetiology and Management. *European heart journal*. 2015;36(17):1012-22.
63. Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing antihypertensive agents [Internet]. 2016 [cited 18.02.2018]. Available from: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/A-Guide-to-Deprescribing-Antihypertensive-Agents.pdf>.
64. Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing antiplatelet agents [Internet]. 2016 [cited 04.04.18]. Available from: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/A-Guide-to-Deprescribing-Antiplatelet-Agents.pdf>.
65. Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing benzodiazepines [Internet]. 2016 [cited 04.04.18]. Available from: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/A-Guide-to-Deprescribing-Benzodiazepines.pdf>.
66. Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing statins [Internet]. 2016 [cited 04.04.2018]. Available from: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/A-Guide-to-Deprescribing-Statins.pdf>.
67. Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing vitamin D and calcium [Internet]. 2016 [cited 30.07.2018]. Available from: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/A-Guide-to-Deprescribing-Vitamin-D-and-Calcium.pdf>.
68. Vogeleson A, Johansson T, Renom-Guiteras A, Reeves D, Rieckert A, Schlender L, et al. Effectiveness and safety of beta blockers in the management of hypertension in older adults: a systematic review to help reduce inappropriate prescribing. *BMC geriatrics*. 2017;17(Suppl 1):224.
69. White WB, Saag KG, Becker MA, Borer JS, Gorelick PB, Whelton A, et al. Cardiovascular Safety of Febuxostat or Allopurinol in Patients with Gout. *The New England journal of medicine*. 2018;378(13):1200-10.
70. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European heart journal*. 2018;39:3021-104.
71. Wright JM, Musini VM, Gill R. First-line drugs for hypertension. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018;4:Cd001841.



Die COFRAIL Forschungsgruppe

Deprescribing Leitfaden

für Patienten mit geriatrischem Frailty-Syndrom

Ergänzung zum Anhang

Medikationskomplexität und Adhärenz

Hintergrund

Für Patienten mit Polypharmazie gibt es neben der Anzahl an Medikamenten, die eingenommen werden müssen, weitere Fallstricke, die das Handling der Medikation erschweren können. So stellt beispielsweise das Teilen von Tabletten, das Bedienen von Inhalationsgeräten oder das Öffnen von Verpackungen einige Patienten vor große Herausforderungen. Mit diesem Themenkomplex beschäftigt sich die Medikationskomplexität.

Als Adhärenz bezeichnet man den Grad an Übereinstimmung zwischen der Empfehlung des Therapeuten und dem persönlichen Verhalten eines Patienten (z.B. bei der Arzneimittel-Einnahme). Darüber hinaus sinkt bei einer mehrmals täglichen Einnahme auch der Anteil von Patienten, die ihre Arzneimittel korrekt einnehmen.

Dieses Handout soll Sie als Hausarzt für diesen Themenkomplex sensibilisieren und Ihnen hilfreich zur Seite stehen, um Ihren Patientinnen und Patienten den Umgang mit der Medikation zu erleichtern.

Mögliche Ursachen für suboptimale Adhärenz

- Medikationskomplexität: Überforderung des Patienten mit der Medikationszahl, Einnahmezeitpunkten und Darreichungsform
- Manuelle Fertigkeiten: z.B. erschweren zittrige Hände das Öffnen von Verpackungen, Blistern und das Abzählen von Tropfen
- Körperliche Gebrechen: z.B. schwache Sehkraft, rheumatoide Hände, Schluckbeschwerden, etc.
- Kognitive Einschränkungen
- Motivation: z.B. fehlendes Verständnis für die Notwendigkeit der Einhaltung der Therapie

Problemerkfassung und Diagnostik

Einen Vorschlag zur Feststellung der Probleme, die die Medikationseinnahme erschweren können, stellen die sechs hier aufgeführten Patientenfragen dar.

1. Vergessen Sie gelegentlich, Ihre Medikamente einzunehmen?
 2. Wissen Sie für jedes Medikament, warum Sie es einnehmen?
 3. Haben Sie Schwierigkeiten, den Namen des Arzneimittels auf der Verpackung zu lesen?
 4. Haben Sie Schwierigkeiten, Verpackungen oder Flaschen zu öffnen oder Tabletten zu teilen?
 5. Haben Sie Schwierigkeiten, die Tabletten auf einmal einzunehmen?
 6. Falls auch nicht orale Formulierungen eingenommen werden: Haben Sie Schwierigkeiten in der Anwendung dieser Medikamente? wie z.B. beim Spritzen von Insulin, Nutzung von Inhalatoren bei Asthma, Applikation von Augentropfen.
- (RIME Studie)

Therapie/Maßnahmen

- Den Patienten über die Notwendigkeit der regelmäßigen Medikationseinnahme informieren.
- Die Arzneimitteltherapie optimieren und diese an die Bedürfnisse des Patienten anpassen.
- Das Einnahmeschema vereinfachen (z. B. Vermeidung von Arzneimitteleinnahme am Mittag, Umstellung auf retardierte Tabletten, Gabe von Kombinationspräparaten)
- Vermeidung von Tabletten, die der Patient teilen muss.
- Den korrekten Gebrauch von Inhalationsgeräten, Spritzen und Pflaster erklären.

Praxistipps

- Sich vom Patienten zeigen lassen, wie er/sie den Inhalator, den Insulinpen etc. bedient oder die Tablette teilt. Ggf. einen Tablettenteiler empfehlen oder falls möglich von Pulverinhalatoren auf Dosieraerosole umstellen.
- Den häuslichen Pflegedienst oder Angehörige in das Medikationsmanagement des Patienten einbeziehen – z.B. beim Stellen der Medikamente oder bei der Einnahme.
- Diabetesschulung anbieten.
- Verordnung von Physiotherapie um die Beweglichkeit und Flexibilität der Finger zu erhalten und zu verbessern.

Medikamente die für ein Absetzen infrage kommen	Vorgehen & Monitoring
Diabetes mellitus ➤ Ein/mehrere Antidiabetikum/a bei einem HbA1c < 8%	Siehe Kapitel 3
Gicht ➤ Eine harnsäuresenkende Therapie bei einer symptomlosen Hyperurikämie	Siehe Kapitel 4
Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Primär- und Sekundärprävention ➤ Statine zur Primärprävention oder ggfs. zur Sekundärprävention ➤ TAH zur Primärprävention ➤ Ein TAH bei dualer Plättchenhemmung (Indikation prüfen)	Siehe Kapitel 5
Hypertonie ➤ Ein/mehrere Antihypertensivum/a bei einem Blutdruck < 160/90 mmHg ➤ Betablocker in der Indikation Hypertonie (Cave: andere Indikationen) ➤ Kaliumsparende Diuretika (Cave: Indikationen außer Hypertonie)	Siehe Kapitel 6
Herzinsuffizienz ➤ Digitalis-Präparate (Cave: Vorhofflimmern) ➤ Verapamil, Diltiazem (Cave: Vorhofflimmern) ➤ Ein Diuretikum bei Gabe mehrerer Diuretika ➤ Spironolacton (linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%)	Siehe Kapitel 7
Gerinnungshemmer bei Vorhofflimmern ➤ Antikoagulation überprüfen ➤ Ein TAH bei dualer Plättchenhemmung (Indikation prüfen) ➤ Ein TAH bei Kombination von Antikoagulans und TAH	Siehe Kapitel 8
Osteoporose ➤ Bisphosphonate bei einer Therapiedauer von mehr als 3-5 Jahren (Cave: Fraktur in der Anamnese)	Siehe Kapitel 9
Protonenpumpenhemmer ➤ PPI bei einer Therapiedauer von mehr als 8 Wochen (Cave: GI-Blutungen, Ulcus in der Anamnese, Co-Medikation)	Siehe Kapitel 10
Urologische Indikationen ➤ Anticholinergika bei Verdacht auf anticholinerge Nebenwirkungen ➤ Anticholinergika beim Eindruck geringer Effektivität der Medikation	Siehe Kapitel 11
Schlafstörungen ➤ Benzodiazepine oder Z-Substanzen bei einer Therapiedauer von mehr als 4 Wochen	Siehe Kapitel 12
Antidepressiva ➤ Ein Antidepressivum bei stabiler/m Stimmungslage, Schlaf und Appetit in den letzten 6 Monaten ➤ Ein Antidepressivum wenn die ursprüngliche depressive Episode mehr als 9 Monate zurückliegt ➤ Ein Antidepressivum bei einer Langzeitprophylaxe von mehr als 2 Jahren	Siehe Kapitel 13
➤ Für diverse Arzneimittelklassen (z.B. Benzodiazepine) ist ein langsames Absetzen bzw. Ausschleichen nötig.	

Vorbereitungsblatt Familienkonferenz 2

Liebe Patientin, lieber Patient,

bald findet die nächste Familienkonferenz statt. Lesen Sie sich In Vorbereitung darauf bitte die nachfolgenden Fragen durch und machen sich ggf. Notizen.

**1. Wenn Sie an Ihren aktuellen Gesundheitszustand und die Behandlung denken:
Wo wünschen Sie sich aktuell eine Verbesserung/Veränderung?**

Thema	Notieren Sie bitte, wo Sie sich ganz besonders eine Verbesserung oder Unterstützung im Alltag wünschen! (Notieren Sie ggf. Vorschläge)
1. Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen, Hausarbeit)	
2. Versorgung im Notfall	
3. Körperliche Aktivität	
4. Stürze	
5. Schwindel	
6. Chronische Schmerzen	
7. Sehen	
8. Hören	
9. unkontrollierter Urinverlust oder Stuhlabgang	
10. Gedächtnis und Orientierung	
11. Stimmung	
12. Ungewollter Gewichtsverlust	
13. Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Übelkeit, Verstopfung)	
Sonstiges:	

2. Bitte legen Sie sich vor dem Gespräch mit der Hausärztin/dem Hausarzt Ihren aktuellen Medikamentenplan sowie ggf. neu hinzugekommene Medikamente bereit.

Vielen Dank!



Die COFRAIL-Forschungsgruppe

**Handbuch COFRAIL - Bedarfsanalyse
mit Hinweisen zu nicht-medikamentösen Therapien**

für Patienten mit geriatrischem Frailty-Syndrom

Inhaltsverzeichnis

Hinweise zur Anwendung dieses Handbuchs	3
CHECKLISTE zur gemeinsamen Problemerkennung und Festlegung nicht-pharmakologischer Maßnahmen.....	5
1. Leistungsfähigkeit im Alltag	7
2. Soziales Umfeld und Notfallplan	9
3. Mobilität und Beweglichkeit	10
4. Stürze	12
5. Schwindel	14
6. Chronische Schmerzen	16
7. Einschränkungen beim Sehen	18
8. Einschränkungen beim Hören	19
9. Harninkontinenz/Stuhlinkontinenz	20
10. Kognitive Beeinträchtigung/Demenz	22
11. Depressivität.....	24
12. Ungewollter Gewichtsverlust/Unterernährung	26
13. Gastrointestinale Symptome	28
Allgemeine Informationsquellen für Betroffene und Pflegende	31
Regionale Kontakte: Nordrhein-Westfalen	31
Literaturangaben/Quellen	32
Auswertung Uhrentest (Anlage 2).....	33

Hinweise zur Anwendung dieses Handbuchs

- Die Versorgung von Frailty-Patienten in der hausärztlichen Praxis ist von Komplexität aufgrund vieler gleichzeitig bestehender Diagnosen und Probleme gekennzeichnet.
- Dieses Handbuch soll durch ein vorangestelltes kurzes Assessment mit Leitfragen zu 13 Problemfeldern (*Checkliste zur gemeinsamen Problemerkfassung*) eine Priorisierung der medizinischen Behandlung (medikamentös und nicht-medikamentös) ermöglichen.
- Haben Sie die individuellen Probleme ihres Patienten erfragt, finden Sie weiterführende Informationen unter dem jeweiligen Problemfeld.

- Der Aufbau jedes Problembereichs unterteilt sich in **Problemerkfassung**, **Diagnostik**, **Medikations-Check**, **Therapie/Maßnahmen** und **Praxistipps**.
- Unter **Problemerkfassung** finden Sie jeweils Fragen, die Sie für das Assessment patientenseitiger Probleme nutzen können. Die aufgeführten Fragen entstammen entweder der Hausärztlichen S1-Leitlinie zum geriatrischen Assessment in der Hausarztpraxis oder dem MAGIC (Manageable Geriatric Assessment).
- Unter **Diagnostik** finden Sie weitere Hinweise/Fragen, die für eine weiterführende Anamnese hilfreich sein können. Sofern weitere Bereiche/Themen durch das relevante Problem berührt werden, erfolgt ein entsprechender Verweis.

- In einigen Abschnitten finden Sie unter **Medikations-Check**
 - a) Hinweise zu möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten
 - b) Hinweise zur Nutzen- und Risikoabwägung von potenziell geeigneten Medikamenten für diese Indikation.

- Unter **Therapie/Maßnahmen** finden Sie allgemeine Hinweise/Vorschläge für das weitere Vorgehen als Alternative zur Arzneimitteltherapie. Stimmen Sie das Vorgehen idealerweise gemeinsam mit dem Patienten ab und passen es an seine individuelle Situation und Bedürfnisse an.
- Unter **Praxistipps** sind konkrete (Alltags-)Beispiele und Hinweise aufgelistet, die für den Patienten bei der Umsetzung vereinbarter Therapieziele hilfreich sein können.

- Zusätzlich befinden sich am Ende des Handbuches noch Hinweise zu:
 - **Allgemeinen Informationsquellen für Betroffene und Pflegende/ Regionale Kontakte**
 - online Info-Portalen
 - Beratungsstellen
 - relevanten Fachgesellschaften
 - Veranstaltungen und Workshops
 - **Literaturangaben/Quellen**
 - Hier finden Sie die Referenzen, welche die inhaltliche/fachliche Grundlage des Handbuches bilden. Diese können Sie gern für die weitere Recherche genutzt werden.

CHECKLISTE zur gemeinsamen Problemerkfassung und Festlegung nicht-pharmakologischer Maßnahmen

<p>I) Notieren Sie bereits bestehende medizinische Leistungen: Heilmittel (z. B. Physio-, Ergotherapie, med. Fußpflege), Hilfsmittel (z. B. Hör-, Seh-, Gehhilfen), Pflegedienst, Kontrolluntersuchungen (z. B. Diabetologe, Schrittmacherkontrolle), Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Krebsscreening).</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>II) Besprechen Sie gemeinsam mit dem Patienten im Alltag vorhandene Probleme. Nutzen Sie zur Problem-erfassung die nachfolgenden Fragen. Zudem stehen Ihnen das <i>Handbuch</i>, ggf. das <i>Vorbereitungsblatt</i> und das <i>Event-Tagebuch</i> zur Verfügung. Notieren Sie die Antworten des Patienten und ob ein Problem vorliegt. Besprechen Sie mit dem Patienten unter Berücksichtigung bereits bestehender medizinischer Leistungen (siehe I) welche Maßnahmen für Probleme mit Handlungsbedarf vereinbart werden sollen.</p>		
Problemerkfassung - Problemfeld	Antworten des Patienten/ Problem vorhanden?	Vereinbarte Maßnahmen?
<p>1. Leistungsfähigkeit im Alltag <i>Hatten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Stimmung Schwierigkeiten Ihre alltäglichen Arbeiten innerhalb und außerhalb des Hauses zu erledigen?</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Soziales Umfeld <i>Haben Sie jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmert, z. B. nach einem Sturz?</i> <i>Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen und dem Sie sich anvertrauen können?</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. Mobilität/Beweglichkeit <i>Sind Sie körperlich aktiv? Wenn nein, warum nicht?</i> <i>Können Sie körperliche Aktivitäten nicht mehr wie gewohnt (z. B. Intensität, Häufigkeit) ausführen?</i> <i>Wenn ja, warum nicht?</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Stürze <i>Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt?</i> <i>Wie oft sind Sie gestürzt?</i></p>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>.....</p>
<p>5. Schwindel <i>Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Schwindel?</i> <i>Beeinträchtigt Sie der Schwindel im Alltag?</i></p>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>.....</p>
<p>6. Chronische Schmerzen <i>Haben Sie aktuell Schmerzen? Wenn ja, dauern diese bereits längere Zeit an? Wie stark waren Ihre</i></p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>

<p>Schmerzen in den letzten vier Wochen? Inwieweit haben die Schmerzen Sie in Ihren Alltagstätigkeiten behindert?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>7. Einschränkungen beim Sehen Haben Sie Probleme mit dem Erkennen von Zeitungsschrift, auch mit Brille? Haben Sie Probleme, Personen auf der anderen Straßenseite zu erkennen, auch mit Brille?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>8. Einschränkungen beim Hören Fällt es Ihnen schwer, Gespräche zu verstehen (ggf. auch mit Hörgerät)?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>9. Harn-/Stuhlinkontinenz Sind beim Husten, Niesen, Lachen, Laufen oder Bücken schon einmal Tropfen aus der Blase abgegangen? Kommt es vor, dass Sie die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen können?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>10. Kognitive Beeinträchtigung/Demenz Bei Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung können Sie mit dem Patienten den Uhrentest durchführen. Nutzen Sie ggf. die Vorlage (Anlage 2) sowie die Hinweise auf der Problemfeldkarte.</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>11. Depressivität Haben Sie sich in den letzten vier Wochen oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt? Hatten Sie in den letzten vier Wochen weniger Interesse oder Freude daran, etwas zu unternehmen?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>12. Ungewollter Gewichtsverlust Haben Sie unabsichtlich Gewicht verloren? Falls Sie Gewicht verloren haben, wie viele Kilogramm? Haben Sie wegen reduzierten Appetits wenig gegessen?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>13. Gastrointestinale Symptome Leiden Sie unter Übelkeit? Wie oft tritt dies auf? Leiden Sie unter Erbrechen? Wie oft tritt dies auf? Leiden Sie unter Verstopfung? Wie oft tritt dies auf? Leiden Sie unter Durchfall? Wie oft tritt dies auf?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>..... </p>
<p>III) Dokumentieren Sie im <i>Ergebnisbogen</i> zur Familienkonferenz die konkreten Schritte (z. B. Streichen, Reduzieren, Hinzunehmen von (Therapie-)Maßnahmen), auf die Sie sich gemeinsam mit dem Patienten verständigt haben.</p>		
<p>IV) Heften Sie dieses Blatt im Projektordner im Abschnitt des jeweiligen Patienten ab und nutzen es als Gesprächsgrundlage bzw. zur Verlaufskontrolle.</p>		

1. Leistungsfähigkeit im Alltag

Problemerkfassung:

- „Hatten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Stimmung Schwierigkeiten Ihre alltäglichen Arbeiten innerhalb und außerhalb des Hauses zu erledigen?“ (MAGIC, Frage 1)

Diagnostik:

- a) Anamnese:
Welche Schwierigkeiten treten im Alltag auf?
 - Wie schätzt der Patient das ein?
 - Wie schätzen Angehörige/Pflegepersonal das ein?
 - geringere Leistungsfähigkeit führt ggf. zu Schwierigkeiten bei der Organisation (besorgen und sortieren) und Einnahme von Medikamenten
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
Warum treten die Schwierigkeiten auf?
 - Ursachen → Vgl. 3. Mobilität/Beweglichkeit
 - Psychische, kognitive Ursachen → Vgl. 11. Depressivität, 10. Kognitive Beeinträchtigung/Demenz
 - Soziale Ursachen? → Vgl. 2. Soziales Umfeld
- c) Diagnostische Untersuchungen/ Tests:
 - Basis-Check: Körperliche Untersuchung, EKG, Labor
 - Barthel-Index, VAS

Medikations-Check:

- a) Medikationskomplexität: Medikation überprüfen und Maßnahmen ergreifen, um ggf. die Einnahme zu vereinfachen (z. B.: Tabletten nicht teilen, Zeitpunkt der Einnahme anpassen, Medikation reduzieren um die Adhärenz zu verbessern oder Pflegedienst einbeziehen) → *Deprescribing Leitfaden Teil 2*
- b) Abfall der allgemeinen Leistungsfähigkeit als mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten wie z. B.:
 - Hypotonie durch Antihypertensiva → *Deprescribing-Leitfaden (Kap. 6)*
 - Myalgie durch Statine → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.5, Anhang 14.4)*
 - Müdigkeit, Schwindel durch Sedativa, Neuroleptika, Antidepressiva → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.12, 13)*
 - Hypoglykämie durch Antidiabetika → *Deprescribing- Leitfaden (Kap.3)*
- c) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Steigerung der Stimmung und allgemeinen Leistungsfähigkeit:
 - Antidepressiva: Einige Antidepressiva besitzen stimmungsaufhellende Effekte, einige haben aber starke anticholinerge Effekte und sind für geriatrische Patienten nicht empfohlen → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.13, Anhang 14.2)*
 - kein nachweisbarer Effekt von Antidepressiva bei leichten Depressionen im Vergleich zu Placebo → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.13)*
 - Potenziell geeignete Medikamente zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit sind nicht verfügbar

Therapie/Maßnahmen:

- Patient informieren über (lokale) Hilfsangebote (z. B. Serviceportal des BMFSF „Zuhause im Alter“)
- Funktionseinschränkungen behandeln
- Motivation zu körperlicher und geistiger Betätigung
- Soziales Umfeld als Unterstützung im Alltag einbeziehen
- Wohnsituation begutachten → *Vgl. 4. Stürze*
- ggf. andere Fachärzte hinzuziehen
- Psychotherapie als Primärtherapie vor Pharmakotherapie bei Depression erwägen
→ *Vgl. 11. Depressivität*

Praxistipps:

- Spaziergänge, Gartenarbeit, Treppensteigen
- körperliches Training (Kraft und Ausdauer)
- evtl. häusliche Krankenpflege, Haushaltsunterstützung, Pflegestützpunkt
- ggf. Umbaumaßnahmen (Barrieren entfernen, Treppenlift, automatische Herdausschaltung)

2. Soziales Umfeld und Notfallplan

Problemerkfassung:

- „Haben Sie jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmert, z. B. nach einem Sturz?“ (MAGIC, Frage 7.1)
- „Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen und dem Sie sich anvertrauen können?“ (MAGIC, Frage 7.2)

Diagnostik:

- Wird soziale Isolation/Einsamkeit als Belastung empfunden?
→ Vgl. 11. Depressivität
- Liegt vom Patienten eine Patienten- bzw. Betreuungsverfügung/gesetzliche Betreuung vor bzw. sind diese gewünscht?
- Sind Pflegegrad/Behinderungsgrad vorhanden bzw. werden benötigt bzw. wurden beantragt?

Therapie/Maßnahmen:

- Patient informieren über Möglichkeit der gesetzlichen Betreuung und Betreuung im Alter (z. B. Sozialstation, betreutes Wohnen, Vereine, Kirche)
- Familie/Freunde dazu animieren Patienten stärker in Aktivitäten einzubinden
- Soziale Funktion regelmäßiger Arztkontakte berücksichtigen, z. B. Einblick in Patientenalltag durch Hausbesuch

Praxistipps:

- Kontaktdaten Vertrauensperson erfassen und schriftliche Schweigepflichtentbindung einholen
- Patienten- und Betreuungsverfügung ausfüllen (z. B. Patientenverfügung über www.bmjv.de)
- Persönlichen Notfallplan für häuslichen Notfall gemeinsam mit Patienten erstellen und jeweils ein Exemplar für Patient und Hausarzt → siehe Anlage 1 des Handbuchs
- Hausnotrufsystem
- Tagespflege, Seniorentreff
- Antrag auf (Neufeststellung) Pflegegrad/Behinderungsgrad

Unterstützung für Pflegende:

- Unterstützungs-/Beratungsangebote vermitteln (z. B. Pflegekurse) abhängig vom Krankheitsbild (z. B. Demenz)
- Identifizieren von Belastung, Stress und Depression bei Pflegenden mit starker Pflegebelastung und vermitteln von Strategien zur Alltags-/Stressbewältigung (Psychotherapie, Selbsthilfegruppen)
- ggf. zusätzliche pflegerische Unterstützung hinzuziehen

3. Mobilität und Beweglichkeit

Problemerkfassung:

- „Sind Sie körperlich aktiv? Wenn nein, warum nicht?“
- „Können Sie körperliche Aktivitäten nicht mehr wie gewohnt (z. B. Intensität, Häufigkeit) ausführen? Wenn ja, warum nicht?“

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Woher kommen die Einschränkungen?
 - Bestehen kardiovaskuläre Risiken?
 - Gibt es Potenzial für die Verbesserung/Stabilisierung der Mobilität und Beweglichkeit?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Besteht Sturzgefahr? → *Vgl. 4. Stürze*
- c) Diagnostische Untersuchungen/ Tests:
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung, EKG, Labor
 - Wie sind die motorischen Fähigkeiten (Gang- und Gleichgewichtstests, z. B. Romberg-Test, Tandem-Test, Timed up and go)?

Medikations-Check:

- a) Verschlechterung von Mobilität und Beweglichkeit als mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten wie z. B.:
 - Myalgie und Muskelschwäche durch Statine → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.5, Anhang 14.4)*
 - Exsikkose durch Diuretika → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)*
 - Ödeme durch Calciumkanalblocker (z. B.: Nifedipin) → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6)*
 - Hypotonie, orthostatische Hypotonie → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6)*
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Steigerung der Mobilität und Beweglichkeit:
 - *Analgetika* als Bedarfs- oder Dauermedikation: können einen guten Beitrag leisten, sind effektiver, wenn sie in ein Gesamtkonzept verschiedener Maßnahmen eingebunden sind; regelmäßiges Monitoring erforderlich → *Vgl. 6 chronische Schmerzen*

Therapie/Maßnahmen:

- Ausgewogene gesunde Ernährung: Unterstützung beim Einkaufen, Kochen und Essen
- Patienten informieren durch Gespräche/Informationsmaterial über Folgen von Muskelschwund und Folgen im Alter und Motivation zu altersangepassten Aktivität
- Informationsmaterial mit Empfehlungen zur Bewegung/Ernährung
- Mobilität erhalten durch Training der Muskelkraft, Balance, Standfestigkeit, Beweglichkeit, Ausdauer

Praxistipps:

- Erhöhung der Alltagsaktivität z. B. im Haushalt, Garten, Spaziergänge (mindestens 30 Minuten pro Tag)
- Familie und Freunde für gemeinsame Aktivitäten mit einbeziehen
- 3x pro Woche 30 Minuten Ausdauertraining
- Angeleitetes Übungsprogramm in Gruppen (z. B. Seniorensport, Herzsportgruppen)
- Krafttraining unter fachkompetenter Anleitung (z. B. Physiotherapie)

4. Stürze

Problemerkfassung:

- „Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt? Wie oft sind Sie gestürzt?“ (MAGIC, Frage 4)
→ erhöhtes Sturzrisiko ab 2 Mal

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Besteht Sturzangst?
 - Wann und wo ist der Patient gestürzt?
 - Gab es Verletzungen und/oder Krankenhauseinweisungen?
 - Werden Gehhilfen genutzt (z. B. Gehstock, Rollator)?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Bestehen Einschränkungen des Sehvermögens? → Vgl. 7. Einschränkungen beim Sehen
 - Gibt es Auffälligkeiten im Ernährungszustand des Patienten? → Vgl. 12. Ungewollter Gewichtsverlust
 - Bestehen internistische (z. B. Harninkontinenz) bzw. kardiovaskuläre Risiken? → Vgl. 9. Harninkontinenz
 - Besteht eine erhöhte Verletzungsgefahr (z. B. Osteoporose)?
 - Liegen neurologische Beeinträchtigungen vor (z. B. Parkinson)? → Vgl. 10. kognitive Beeinträchtigung/Demenz
 - Klagt der Patient über Schwindel? → Vgl. 5. Schwindel
 - Gibt es Einschränkungen in der Motorik und Beweglichkeit? → Vgl. 3. Mobilität und Beweglichkeit
- c) Diagnostische Untersuchungen/ Tests:
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung, EKG, Labor

Medikations-Check:

- a) Sturzneigung als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten z. B.:
 - Gehstörungen/ Koordinationsstörungen durch Neuroleptika
 - Müdigkeit/ Schwäche durch Sedativa und Antidepressiva → Deprescribing-Leitfaden (Kap.12, 13)
 - Exsikkose durch Diuretika → Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)
 - Hypoglykämie durch Insulin oder orale Antidiabetika → Deprescribing-Leitfaden (Kap.3)
 - Hypotonie durch Antihypertensiva → Deprescribing-Leitfaden (Kap.6)
 - Akkomodationsstörungen, Inkontinenz, Benommenheit und kognitive Einschränkungen durch Anticholinergika → Deprescribing-Leitfaden (Anhang 14.2, 14.3)
 - Inkontinenz → Deprescribing-Leitfaden (Kap.11)
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Steigerung der Reduktion des Sturzrisikos:
 - Potenziell geeignete Medikamente zur direkten Reduktion des Sturzrisikos liegen nicht vor

Therapie/Maßnahmen:

- Ausgewogene gesunde Ernährung
- Patienten informieren durch Gespräche/ Informationsmaterial über Ursachen von Stürzen und Präventionsmaßnahmen
- Informationsmaterial mit Empfehlungen zur Barrierefreiheit im Alltag/ Wohnen und Beratung zu Hilfsmitteln, Bewegung, Ernährung
- Gefahrenquellen ermitteln durch Begutachtung des Wohnbereiches
- Sturzgefahr reduzieren durch Training der Muskelkraft und Balance
- Behandlung von Sehbeeinträchtigungen
- Ggf. andere Fachärzte wie Orthopäden oder Neurologen hinzuziehen
- Medikamente checken – einige können Stürze begünstigen → *Deprescribing-Leitfaden*

Praxistipps:

- Krafttraining und multisensorisches Training (z. B. Physiotherapie)
- Verordnung einer Sehhilfe bzw. Korrektur der Sehstärke, ggf. OP
- Geeignetes Schuhwerk/ Gehhilfen
- Im Wohnbereich: Beleuchtung verbessern (Bewegungsmelder für nächtlichen Toilettengang), Bodenbelag austauschen, Stolperfallen beseitigen, Handgriffe anbringen
- Bei Inkontinenz z. B. Toilettenstuhl verordnen

5. Schwindel

Problemerkfassung:

- „Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Schwindel?“
- „Beeinträchtigt Sie der Schwindel im Alltag?“

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Wie lange hält der Schwindel jeweils an?
 - Wann tritt der Schwindel auf (z. B. in Ruhe, nach Aktivität)?
 - Wird der Schwindel durch zusätzliche Symptome begleitet (z. B. Erbrechen, Kopfschmerzen)?
 - Welche Erklärungen hat der Patient?
 - Seit wann besteht der Schwindel?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Liegen motorische Einschränkungen vor (z. B. Gang- und Gleichgewichtstests)?
→ Vgl. 4. Stürze
 - Gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf den internistischen (z. B. Stoffwechselstörungen), kardiovaskulären (z. B. Rhythmusstörung) bzw. neurologischen Status?
 - Ist eine augenärztliche Untersuchung notwendig?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor
 - Welcher Art ist der Schwindel („Benommenheit“, Dreh- oder Schwankschwindel, z. B. Dix-Hallpike Lagerungsprüfung, Romberg-Test)?

Medikations-Check:

- a) Schwindel als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Hypotonie durch Antihypertensiva → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6)*
 - Exsikkose durch Diuretika → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)*
 - Müdigkeit, unspezifischer Schwindel durch Sedativa, Neuroleptika, Antidepressiva → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.12, 13)*
 - Hypoglykämie durch Insulin oder orale Antidiabetika → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.3)*
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Behandlung von Schwindel:
 - schwache Evidenz von medikamentöser Therapie bei Schwindel → Überprüfung möglicher Ursachen

Therapie/Maßnahmen:

- Patienten aufklären:
 - Angst nehmen
 - über Auslöser von Schwindel
 - über realistische Therapieziele und -möglichkeiten
- Mögliche Ursachen/Grunderkrankungen behandeln (z. B. Migräne)
- Motorische Fähigkeiten erhalten/verbessern
- Bei Auffälligkeiten ggf. andere Fachärzte hinzuziehen (HNO, Neurologe, Kardiologe, Augenarzt)

Praxistipps:

- Vorsichtige Mobilisierung, Gleichgewichtsübungen (z. B. Physiotherapie)
- Psychosomatische Interventionen (z. B. Verhaltenstherapie)
- Ergotherapie
- Bei benignem Lagerungsschwindel Lagerungsmanöver nach Epley und Semont
- Ggf. Verordnung einer Sehhilfe

6. Chronische Schmerzen

Problemerkfassung:

- „Haben Sie aktuell Schmerzen? Wenn ja, dauern diese bereits längere Zeit an?“
- „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten vier Wochen?“
- „Inwieweit haben die Schmerzen Sie in Ihren Alltagstätigkeiten behindert?“

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Wo sind die Schmerzen (z. B. Rücken, Gelenke)?
 - Wann treten die Schmerzen auf (z. B. bei Stress, Überlastung)?
 - Wie sind die Schmerzen (Schmerzform: z. B. stechend, brennend, einschießend)?
 - Art der Alltagsbelastung: Schlaf, psychische Belastung?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Sind psychische Begleiterkrankungen bekannt (z. B. Depression, Angst, Schlafstörungen)?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests
 - Bestimmen der Schmerzstärke mittels Schmerzskalen (z. B. VAS, VRS, NRS)
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor

Medikations-Check:

- a) Schmerzen als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Unkoordinierter Einsatz von Analgetika (v.a. Opiate in einer unzureichenden Schmerztherapie)
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Analgetika:
 - chronische Schmerztherapie sensibles Thema, Unterversorgung mit Schmerzmedikation des Patienten vermeiden, Erhöhung des Sturzrisikos durch Überdosierungen von Opiaten möglich
 - regelmäßiges Monitoring des Blutbilds bei Metamizol (Agranulozytosegefahr)
 - erhöhtes Risiko für unerwünschte kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse bei Einnahme von NSAR, v.a. präferentiellen COX-II-Hemmern (Coxibene) aber auch einigen „klassischen“ NSAR (z. B. Diclofenac)
 - erhöhtes Risiko für gastrointestinale Blutungen bei Einnahme von NSAR

Therapie/Maßnahmen (abhängig von der Schmerzform):

- Gemeinsam mit dem Patienten ein realistisches Therapieziel festlegen (Erhöhung der Lebensqualität)
- Patient über die Bedeutung psychosozialer Faktoren und aktive Bewältigungsstrategien aufklären
- Schmerzlindernde (entspannungsfördernde Maßnahmen) bzw. aktivierende Maßnahmen einleiten
- Ggf. psychische Begleiterkrankungen behandeln
- Verlaufskontrolle durchführen
- Ggf. anderen Facharzt bzw. Schmerztherapeut hinzuziehen
- Ggf. Antrag auf Rehabilitation stellen

Praxistipps:

- Physikalische Therapien, z. B. Wärme-/ Kältetherapie, Massagen, Entspannungsübungen, leichte Bewegungsübungen zur Lockerung)
- Psychosoziale Interventionen (Verhaltenstherapie, körperliche/ soziale Aktivität, Selbsthilfegruppen)

7. Einschränkungen beim Sehen

Problemerkfassung:

- „Haben Sie Probleme mit dem Erkennen von Zeitungsschrift, auch mit Brille?“ (MAGIC, Frage 2.1)
- „Haben Sie Probleme, Personen auf der anderen StraÙenseite zu erkennen, auch mit Brille?“ (MAGIC, Frage 2.2)

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Wann war die letzte Augenuntersuchung?
 - Ist eine Brille vorhanden und wird diese genutzt?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Wurden bereits Augenerkrankungen diagnostiziert bzw. ausgeschlossen?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - Führen Sie ggf. eine Leseprobe mit beiden Augen durch (z. B. Nutzung der Snellen Tafel).
 - Wurde bereits eine Gesichtsfelduntersuchung durchgeführt bzw. ist diese notwendig?
 - Ggf. Augenarzt/Optiker hinzuziehen
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor

Medikations-Check:

- Sehstörungen als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Trockene Augen + Akkommodationsstörungen durch Anticholinergika
→ *Deprescribing-Leitfaden (Anhang 14.2, 14.3)*

Therapie/MaÙnahmen:

- Patienten informieren durch Gespräche/Informationsmaterial über Ursachen und Folgen von Sehbeeinträchtigungen und Präventions- und TherapiemaÙnahmen (z. B. Sturzprophylaxe → *Vgl. 4. Stürze*)
- Klären der Fahrtüchtigkeit
- Behandeln von Sehbeeinträchtigungen, Augenarzt hinzuziehen
- Durchführen regelmäßiger Augenuntersuchungen, insbesondere bei Patienten mit Diabetes und vorhandenen Sehbeeinträchtigungen

Praxistipps:

- Verordnen einer Sehhilfe bzw. Korrektur der Sehstärke, ggf. OP
- Durchführen/Anordnen von MaÙnahmen zur Augenpflege
- Verordnen unterstützender Hilfsmittel, z. B. Stock, Rollator
- Verbessern der Beleuchtung im Wohnbereich

8. Einschränkungen beim Hören

Problemerkfassung:

- „Fällt es Ihnen schwer, Gespräche zu verstehen (ggf. auch mit Hörgerät)?“
(MAGIC, Frage 3)

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Bestehen Ohrgeräusche? Ist z. B. ein Tinnitus bekannt?
 - Hat der Patient den Eindruck, dass Andere undeutlich und zu leise sprechen?
 - Hat der Patient ein Hörgerät, nutzt er es und kommt damit zurecht?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Liegt eine Otitis media oder Mastoiditis vor?
 - Liegt ein (idiopathischer) Hörsturz oder ototoxischer Hörverlust vor?
 - Sind neurologische Erkrankungen bekannt?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - Prüfen Sie die Hörfähigkeit (Frequenztest, audiologische, otoskopische Untersuchung, Flüstertest) bzw. ziehen ggf. einen HNO-Arzt hinzu
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor

Medikations-Check:

- Hörstörungen als mögliche, aber extrem seltene Nebenwirkung von Medikamenten

Therapie/Maßnahmen:

- Patienten informieren über:
 - Ursachen von Hörbeeinträchtigungen
 - Soziale, psychische und physische Folgen
 - Präventions- und Therapiemaßnahmen
- Regelmäßige Untersuchung der Hörfähigkeit
- Ggf. Facharzt hinzuziehen
- Gemeinsame Entscheidungsfindung bzgl. der Notwendigkeit eines Hörgerätes, ggf. Hörgeräteakustiker hinzuziehen
- Fachärztliche Behandlung organischer Probleme z. B. chronische Otitis media, plötzlicher Hörverlust, Tinnitus

Praxistipps:

- Verordnung bzw. Anpassung eines Hörgerätes
- ggf. Lärmquellen reduzieren (z. B. bei Tinnitus)

9. Harninkontinenz/Stuhlinkontinenz

Problemerkfassung:

- „Sind beim Husten, Niesen, Lachen, Laufen oder Bücken schon einmal Tropfen aus der Blase abgegangen?“ (MAGIC, Frage 5.1)
- „Kommt es vor, dass Sie die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen können?“ (MAGIC, Frage 5.2)

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Gibt es Mobilitätseinschränkungen?
 - Schränkt die Inkontinenz die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein?
 - Wie viel Flüssigkeit nimmt der Patient pro Tag zu sich
 - Wurden kürzlich urologische Eingriffe durchgeführt?
 - Besteht Pflegebedarf?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Sind neurologische Erkrankungen bekannt (z. B. Depression, kognitive Einschränkungen)?
 - Sind organische Störungen bekannt (z. B. Harnwegsinfekten, Nierenversagen, Diarrhö bei Darminfekten, weitere kardiovaskuläre, abdominale Störungen)?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor
 - Trinkprotokoll
 - Ggf. körperliche und sonografische Untersuchung durchführen (Blasenentleerungsstörung, Harnstau?) und den Harnstatus (Harnwegsinfekt?) bestimmen

Medikations-Check:

- a) Harninkontinenz/ Stuhlinkontinenz als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Polyurie bei Diuretika → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)*
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Behandlung von Harninkontinenz
 - Anticholinergika: Harnverhalt, kognitive Störungen, erhöhte Sturzgefahr → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.11, Anhänge 14.2, 14.3)*

Therapie/Maßnahmen:

- Fachärztliche Behandlung organischer Probleme
- Patienten informieren über:
 - Ursachen bei Inkontinenz
 - Behandlung
 - Hilfsmittel
- Verlaufskontrollen durchführen
- Hilfsmittel verordnen, Patienten/Angehörige anleiten
- Sturzprophylaxe → *Vgl. 4. Stürze*

Praxistipps:

- Ggf. regelmäßige Krankenpflege (z. B. Vorlagen wechseln) verordnen
- Physiotherapie: Beckenbodentraining, Biofeedback
- Verhaltenstherapie
- Blasentraining mit Selbstbeobachtung bei festen Toilettenzeiten
- Hilfsmittel nutzen: Vorlagen, Windelhosen, bei Demenz z. B. Toilettenbeschilderung (ggf. Einbezug von Angehörigen)

10. Kognitive Beeinträchtigung/Demenz

Problemerkfassung:

Bei Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung können Sie mit dem Patienten den Uhrentest durchführen (MAGIC, Frage 9).

1. Nutzen Sie hierfür ggf. die Vorlage (Anlage 2) und zeigen dem Patienten, wo oben bzw. unten ist.
2. Geben Sie folgende Anweisung: „Dies soll eine Uhr sein. Ich möchte Sie bitten, in diese Uhr die fehlenden Ziffern/Zahlen zu schreiben. Zeichnen Sie danach die Uhrzeit „10 nach 11“ ein“.
3. Sie können die Anweisung vor dem Test wiederholen, während des Testes jedoch nicht mehr.
4. Bewerten Sie die angefertigte Zeichnung gemäß den Kriterien (Score) auf der Seite 33.

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Ist der Patient orientiert? Gibt es Sprachauffälligkeiten
 - Nimmt der Patient ausreichend Flüssigkeit zu sich und ernährt sich adäquat?
 - Wie ist die psychosoziale Versorgungssituation?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Sind organische/psychiatrische Ursachen bekannt? (z. B. MRT)
 - Bestehen Schlafstörungen?
 - Sind Begleiterkrankungen (z. B. Hypertonie, Diabetes, KHK, COPD, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz) bekannt?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - z. B. Durchführung von Demenz-Kurztests zur Merkfähigkeit, Orientierung, Sprachnutzung: MMST
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor

Medikations-Check:

- a) Kognitive Beeinträchtigung/Demenz als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Neuroleptika
 - Sedativa → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.12)*
 - Anticholinergika → *Deprescribing-Leitfaden (Anhänge 14.2, 14.3)*
 - Opiate
 - Exsikkose durch Diuretika → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)*
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Behandlung von Kognitiver Beeinträchtigung/Demenz wie z. B.:
 - zur Behandlung von Demenz ausreichende Diagnostik zur sorgfältigen Nutzen-Risiko-Abwägung empfohlen
 - keine allgemeingültige Arzneimitteltherapieempfehlung → *Vgl. S3-Leitlinie „Demenzen“*

Therapie/Maßnahmen:

- Patienten aufklären und beraten
 - Bedeutung der Diagnose und Therapiemöglichkeiten
 - Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung
 - Informationen zu Hilfe- und Unterstützungsangeboten (Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Betroffenenverbände)
- Ausgewogene gesunde Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Geistige und körperliche Aktivität fördern
- Verbesserung des Tag-Nacht-Schlafverhältnisses
- Begleiterkrankungen behandeln

Praxistipps:

- Kognitives Training, Gruppenspiele, Alltagstraining (Physio-/Ergotherapie), künstlerische Therapien (Musik-, Tanz-, Kunsttherapie), sensorische Verfahren (Aromatherapie, Snoezelen)
- Betreuungsverfügung
- Radio, Zeitung, Fernsehen, Familienalbum, Kalender für die Orientierung und Tagesplanung benutzen

Unterstützung für Pflegende:

- Identifizieren von Belastung, Stress und Depression bei Pflegenden (z. B. CBS, "Caregiver Burden Scale", BIZA-D Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz)
- Beratungs-/Unterstützungsangebote vermitteln (z. B. Pflegekurse, finanzielle Unterstützung)
- Angehörigenttraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz z. B. Verbesserung depressiver Symptome bei Betroffenen
- Reduktion psychischer Belastung pflegender Angehöriger
 - Psychotherapie: Vermitteln von Strategien zur Alltags-/Stressbewältigung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren
 - Selbsthilfegruppen
 - ggf. zusätzliche pflegerische Unterstützung hinzuziehen (z. B. Tagespflege)

11. Depressivität

Problemerkfassung:

- „Haben Sie sich in den letzten vier Wochen oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos geföhlt?“ (MAGIC, Frage 6.1)
- „Hatten Sie in den letzten vier Wochen weniger Interesse oder Freude daran, etwas zu unternehmen?“ (MAGIC, Frage 6.2)

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Familien- und Sozialanamnese des Patienten erfragen (Vereinsamung, Statusverlust, Armut)
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Besteht der Verdacht auf eine Depression?
 - Welche Depressionsform liegt vor (ICD-10)?
 - Sind organische Erkrankungen (z. B. Hirntumore, Morbus Parkinson, Schilddrüsenerkrankungen, kognitiven Einschränkungen, Demenz-Erkrankungen) bekannt?
 - Ggf. Facharzt hinzuziehen
 - Siehe auch S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (AWMF, 2. Aufl. 2015, 5. Version)
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor
 - z. B. Geriatrische Depressionsskala nutzen

Medikations-Check:

- a) Depressivität als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Betablocker → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)*
 - Protonenpumpenhemmer → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.10)*
 - Interferone, Corticosteroide, Antiepileptika
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Behandlung von Depressivität wie z. B.:
 - kein nachweisbarer Effekt von Antidepressiva bei leichten Depressionen im Vergleich zu Placebo → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.13)*
 - stimmungsaufhellende Effekte einiger Antidepressiva, aber wegen starker anticholinergischer Effekte einiger Präparate keine Empfehlung für geriatrische Patienten → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.13)*
 - Antidepressiva (z. B.: SSRI, Trizyklische Antidepressiva) → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.13)*

Therapie/Maßnahmen:

- Geistige und körperliche Aktivität erhalten
- Depression fachärztlich behandeln
- Begleiterkrankungen behandeln
- Angehörigen/Pflegenden einbeziehen

Praxistipps:

- Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie)
- Körperliche Übungen
- Motivation zu Alltags-/Familienaktivitäten
- Ggf. tagesklinische Betreuung

12. Ungewollter Gewichtsverlust/Unterernährung

Problemerkfassung:

1. „Haben Sie unabsichtlich Gewicht verloren?“ → nein (0), unsicher/ja (2)
2. „Falls Sie Gewicht verloren haben, wie viele Kilogramm?“
→ 1-5kg (1), 6-10kg (2), 11-15kg (3), >15 (4), unsicher (2)
3. „Haben Sie wegen reduzierten Appetits wenig gegessen?“ → nein (0), ja (1)

Zählen Sie anschließend die Punkte aller drei Fragen zusammen. Bei zwei und mehr Punkten liegt eine Risikosituation vor.

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Wie viel wiegt der Patient bei welcher Größe? (BMI)
 - Wie sind die Ernährungsgewohnheiten (z. B. keine regelmäßigen Mahlzeiten)?
 - Gibt es Besonderheiten in Bezug auf: den Sozialstatus, den Verlust von Bezugspersonen, den Raucherstatus, den Alkoholkonsum?
 - Sind Hilfsmittel vorhanden/nötig (z. B. Prothese)?
 - Wenn ja, welche? Werden diese genutzt?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?
 - Bestehen körperliche Symptome/Erkrankungen?
 - z. B. abdominale Schmerzen/Schwellungen, Kachexie, Geruchs-/Geschmacksstörungen, Diarrhö, Erbrechen, → Vgl. 13 gastrointestinale Symptome, Schluckstörungen, chronische Erkrankungen, Tumorerkrankungen
 - Sind kognitive Erkrankungen bekannt (z. B. Depression, Demenz)?
 - Bestehen Auffälligkeiten im Zahnstatus?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - Ggf. weitere Diagnostik einleiten: abdominaler Ultraschall, Röntgen des Thorax, Bewertung Muskelmasse/Muskelkraft, Körperfettmessung
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor
 - Untersuchung der Vital-/Laboruntersuchung (Test auf Blut im Stuhl, Protein, HB, Eisen, Blutzucker, TSH, fT3, fT4)

Medikations-Check:

- a) Ungewollter Gewichtsverlust als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Exsikkose durch Diuretika → Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)
 - Appetitmangel aufgrund gastrointestinaler Nebenwirkungen z. B.: durch Übelkeit
 - (z. B.: SSRI, L-Dopa), Bauchschmerzen
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Behandlung von ungewolltem Gewichtsverlust
 - Potenziell geeignete Medikamente zur direkten Behandlung eines ungewollten Gewichtsverlustes liegen nicht vor

Therapie/Maßnahmen:

- Patienten informieren über:
 - Ursachen und Folgen von Mangelernährung (z. B. Vitamin-, Kalziummangel)
 - Regelmäßige ausgewogene gesunde Ernährung und ausreichend Flüssigkeitszufuhr
 - Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Ess- und Trinkhilfen) zur Förderung ausgewogener/regelmäßiger Ernährungsgewohnheiten
- Förderung von körperlicher und geistiger Aktivität
- Behandlung akuter und chronischer Krankheiten
- Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten
- Verlaufskontrolle durchführen (regelmäßige Gewichtskontrolle)

Praxistipps:

- Ernährungsberatung und Erstellen eines individuellen Speiseplans (z. B. Zwischenmahlzeiten, kleine mundgerechte Happen, entspannte Atmosphäre zum Essen)
- Zahnbehandlung, Schlucktraining
- Ggf. Einsatz von speziellen Ess- und Trinkhilfen
- Einkaufs-/Haushaltshilfe, Essen auf Rädern
- Ernährungstagebuch führen
- Mahlzeiten gemeinsam im sozialen Umfeld einnehmen

13. Gastrointestinale Symptome

Problemerkfassung:

- *Leiden Sie unter Übelkeit? Wie oft tritt dies auf?*
- *Leiden Sie unter Erbrechen? Wie oft tritt dies auf?*
- *Leiden Sie unter Verstopfung? Wie oft tritt dies auf?*
- *Leiden Sie unter Durchfall? Wie oft tritt dies auf?*

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Seit wann treten die Beschwerden auf?
 - Wie oft und in welcher Intensität treten die Symptome auf?
 - In welchen Situationen bzw. nach welchem Verhalten treten die Symptome auf? (z. B. in Stresssituationen, nach Einnahme bestimmter Lebensmittel oder Medikamente)
 - Haben sich durch die Symptome Ernährungsgewohnheiten verändert (z. B. keine regelmäßigen Mahlzeiten, Verzicht auf bestimmte Lebensmittel, kleinere Portionen)?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?
 - Bestehen weitere körperliche Symptome (z. B. abdominale Schmerzen/Schwellungen, Kachexie, Geruchs-/Geschmacksstörungen, Schluckstörungen)
 - Bestehen Erkrankungen (z. B. chronische Erkrankungen, Tumorerkrankungen)
 - Liegen gastrointestinale, metabolische, zentralnervöse oder psychische Ursachen für Übelkeit und/oder Erbrechen vor?
- c) Diagnostische Verfahren/ Tests:
 - Ggf. gastrointestinale Funktionsdiagnostik einleiten: abdominaler Ultraschall, Röntgen, Szintigrafie, Sekretionstests, Manometrie, Atemtests, Stuhltests
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung (RR, Puls), EKG, Labor
 - Untersuchung der Vital-/Laboruntersuchung (Test auf Blut im Stuhl, Protein, HB, Eisen, Blutzucker, TSH, fT3, fT4)

Medikations-Check:

- a) Gastrointestinale Symptome als mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie z. B.:
 - Übelkeit und Erbrechen
 - Können generell durch diverse, auf dem Markt befindliche Arzneimittel ausgelöst werden können
 - Arzneimittel, die gehäuft mit Übelkeit und Erbrechen in Verbindung gebracht werden: L-Dopa, SSRI, Überdosierungen mit Herzglykosiden (Cave: Vergiftungssymptom)
 - Obstipation
 - Chronische Verstopfung aufgrund eines Laxantienabusus
 - Exsikkose und Verstopfung durch Diuretika → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)*
 - Elektrolytstörung als möglicher Grund für Obstipation (cave: „Hypokaliämie lähmt den Darm“)

- Obstipation durch Opioide, Anti-Parkinson-Medikamente, trizyklische Antidepressiva, Antipsychotika, Anticholinergika / Spasmolytika, Calciumantagonisten und Eisensalze.
 - Diarrhö
 - Diarrhö durch Einnahme diverser Medikamente möglich ,
Differentialdiagnostik notwendig
 - Diarrhö als häufige Nebenwirkung von Antibiotika, Acetylcholinesterase-Hemmern, Acarbose und Metformin, Olmesartan, Protonenpumpenhemmer, NSAR, SSRI, Magnesiumsalze.
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Behandlung von gastrointestinale Symptome
 - Übelkeit:
 - Nebenwirkungen durch Medikamente zur direkten Behandlung von Übelkeit besonders problematisch für gebrechliche ältere Patienten (anticholinerge Wirkung von Antihistaminika, extrapyramidale Störungen durch MCP)
 - Differentialdiagnostik und kausale Therapie notwendig bei Übelkeit und Erbrechen
 - Obstipation
 - Arzneimitteltherapieempfehlung bei Obstipation → *Vgl. S2k-Leitlinie zur chronischen Obstipation*
 - Polymedikation bei Therapie berücksichtigen, Diuretika sowie Laxantien können Kaliumverlust verursachen
 - nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Bewegung und ballaststoffreiche Ernährung bevorzugen
 - Laxantiengabe unter Opioid-Behandlung ggf. während gesamten Behandlungsdauer notwendig
 - Diarrhö
 - Ursachenklärung für akute oder chronische Diarrhö bei Therapiewahl entscheidend
 - Bei akuten Diarrhö supportive Therapie im Vordergrund (Flüssigkeit und Elektrolytersatz)

Therapie/Maßnahmen:

- Patienten informieren über:
 - Ursachen und Folgen von Mangelernährung (z. B. Vitamin-, Kalziummangel)
 - Regelmäßige ausgewogene gesunde Ernährung und ausreichend Flüssigkeitszufuhr
 - Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Ess- und Trinkhilfen) zur Förderung ausgewogener/regelmäßiger Ernährungsgewohnheiten
- Förderung von körperlicher Aktivität
- Behandlung akuter und chronischer Krankheiten
- Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten
- Verlaufskontrolle durchführen (regelmäßige Gewichtskontrolle)

Praxistipps:

- Ernährungsberatung und Erstellen eines individuellen Speiseplans (z. B. Zwischenmahlzeiten, kleine mundgerechte Happen, entspannte Atmosphäre zum Essen)
- Kolonmassage, ggf. Biofeedback bei Obstipation
- Ausreichend Zeit und Ruhe für den Toilettengang einplanen
- Beachten einer regelmäßigen Flüssigkeitszufuhr
- Regelmäßige Bewegung fördert die Verdauung, z. B. hilfreich bei Verstopfung
→ *Vgl. 3 Mobilität/Beweglichkeit*
- Ggf. Ernährungsumstellung in Abhängigkeit vom jeweiligen Symptom

Allgemeine Informationsquellen für Betroffene und Pflegende

- Info-Portal „Pflege.Pro“: <https://pflege.pro>
 - Ratgeber für Anträge, Online Magazin, Pflegedienstsuche, Pflegedienstbewertungen
 - inklusive Hotline zur Beratung
- Info-Portal „Wohnen im Alter“ www.wohnen-im-alter.de
- Serviceportal „Zuhause im Alter“ www.serviceportal-zuhause-im-alter.de
- Homepage der „Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.“ - Selbsthilfe Demenz www.deutsche-alzheimer.de

Regionale Kontakte: Nordrhein-Westfalen

- Landesverband der Alzheimer Gesellschaften Nordrhein-Westfalen e.V., Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf. www.alzheimer-nrw.de
- Homepage www.wir-pflegen.nrw
Selbsthilfe und Interessenvertretung pflegender Angehörige in Nordrhein-Westfalen
- Verbraucherzentrale NRW → Button „Hilfe für pflegende Angehörige“
- Homepage www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen → Button „Ich brauche dringend Hilfe! Notfallrufnummern“
- Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V.
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
- Servicetelefon DRK (08000 365 000) → Entlastende Hilfe für Pflegende
- Workshops und Seminare bei der jeweiligen Krankenkasse erfragen
- Übersicht Pflegestützpunkte Nordrhein-Westfalen: www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de

Regionale Kontakte: Mecklenburg-Vorpommern

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. – Selbsthilfe Demenz, Schwaaner Landstraße 10, 18055 Rostock. www.alzheimer-mv.de
- PfiFF-Kurs „Pflege in Familien fördern“: Projekt der Universitätsmedizin Rostock zusammen mit AOK-Nordost
- Angehörigenschulung im „Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)“ in Rostock, Greifswald und Usedom
- Beratung und Schulungen erfragen bei:
 - der jeweiligen Krankenkasse
 - gemeinnützigen sozialen Trägern (z. B. DRK, AWO, Caritas)
 - DRK, Brahestraße 37, 18059 Rostock – Entlastungsangebote für pflegende Angehörige
 - AWO Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Übersicht Pflegestützpunkte Mecklenburg-Vorpommern: www.pflegestuetzpunktemv.de

Literaturangaben/Quellen

- 1) World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: 2017. (Online Zugriff)
- 2) DEGAM – Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche S1-Leitlinie. Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis sowie Praxistipps zu geriatrischen Patienten. Version 1.03 vom 08.05.2018. (Online Zugriff)
- 3) AWMF S1-Leitlinie Chronischer Schmerz (Stand: 9/2013, gültig bis 9/2018)
- 4) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN): S3-Leitlinien „Demenzen“, (Langversion Januar 2016, Gültigkeit 5 Jahre)
- 5) DEGAM – Leitlinie Nr. 17. Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis. S3-Leitlinie. Stand: 04/2018. Gültig bis 31.08.2019.
- 6) Junius-Walker U, Daether-Kracke N, Krause O. It's MAGIC – einfaches geriatrisches Basisassessment für die Hausarztpraxis validiert. Z Allg Med, 2016; 92 (4).
- 7) Manageable Geriatric Assessment, Version 2013 (MAGIC).
[https://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/MAGIC_2014\(1\).pdf](https://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/MAGIC_2014(1).pdf)
- 8) IGeL Monitor. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).
<https://www.igel-monitor.de>
- 9) Imoberdorf R, Rühlin M, Beerli A, Ballmer PE. Mangelernährung im Alter. Schweiz Med Forum 2014; 14(49): 932-936.
- 10) S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM) und der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) AWMF. Stand 2013

Auswertung Uhrentest (siehe Anlage 2)

Der Uhren-Test (modifiziert nach Shulman 1993)

Anweisungen zur Durchführung:

1. Geben Sie dem Patienten ein Blatt Papier mit einem vorgezeichneten Kreis. Zeigen Sie ihm, wo oben und unten ist.
2. Geben Sie dem Patienten folgende Anweisung: „Dies soll eine Uhr sein. Ich möchte Sie bitten, in diese Uhr die fehlenden Ziffern zu schreiben. Zeichnen Sie danach die Uhrzeit ,10 nach 11' ein.“
3. Machen Sie sich Notizen zur Ausführung der gestellten Aufgabe (Reihenfolge, Korrekturen etc.).
4. Bewerten Sie die angefertigte Zeichnung gemäß der unten stehenden Kriterien. Notieren Sie den Score zusammen mit Datum und Namen des Patienten auf dem Zeichenblatt.
5. Der validierte Cut-Off zur Unterscheidung zwischen Normalbefund einerseits und kognitiver Beeinträchtigung im Sinne einer evtl. vorliegenden Demenz andererseits liegt zwischen 2 und 3. Anders ausgedrückt: Ein Score von ≥ 3 Punkten ist als pathologisch anzusehen.

Bewertung (1 = ohne Fehler, 6 = keine Uhr erkennbar)

Score	Beschreibung	Beispiele
1	„Perfekt“ <ul style="list-style-type: none"> • Ziffern 1–12 richtig eingezeichnet • zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen 	
2	Leichte visuell-räumliche Fehler <ul style="list-style-type: none"> • Abstände zwischen den Ziffern nicht gleichmäßig • Ziffern außerhalb des Kreises • Blatt wird gedreht, so dass die Ziffern auf dem Kopf stehen • Pat. verwendet Linien („Speichen“) zur Orientierung 	
3	Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr <ul style="list-style-type: none"> • nur ein Zeiger • „10 nach 11“ (o. ä.) als Text hingeschrieben • keine Uhrzeit eingezeichnet 	
4	Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so dass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird <ul style="list-style-type: none"> • unregelmäßige Zwischenräume • Ziffern vergessen • Perserveration: wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12 • Rechts-links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn) • Dysgraphie – keine lesbare Darstellung der Ziffern 	
5	Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation <ul style="list-style-type: none"> • wie unter (4) beschrieben, aber stärker ausgeprägt 	
6	Keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluss Depression/Delir!) <ul style="list-style-type: none"> • kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen • keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr • Patient schreibt Worte oder Name 	

Literatur:

1. Shulman KI, Shedtetsky R, Silver IL. The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1986, 1:135-140.
2. Shulman KI, Gold DP et al. Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993, 8:487-496.
3. Brodaty H, Moore CM. The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: a comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997, 12:619-627.

Anlage 1

Persönlicher Notfallplan**Personalien**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefonnummer

Diagnosen

1.	2.
3.	4.
5.	6.

Wichtige Telefonnummern

Bezugspersonen:

1. _____

Tel. _____

2. _____

Tel. _____

3. _____

Tel. _____

Betreuende/r Hausärztin/-arzt (Name, Tel.-Nr.):

Zuständiger Pflegedienst (Name, Tel.-Nr.):

Praxisstempel

Für den Notfall wünsche ich:

Vorhandene Dokumente:

Patientenverfügung:

 Ja Nein geplant

Vorsorgevollmacht:

 Ja Nein geplant

Bevollmächtigte/r (Name, ggf. Tel.):

Betreuungsverfügung:

 Ja Nein geplant

Betreuerin/Betreuer (Name, ggf. Tel.):

Datum

Unterschrift Patientin/Patient

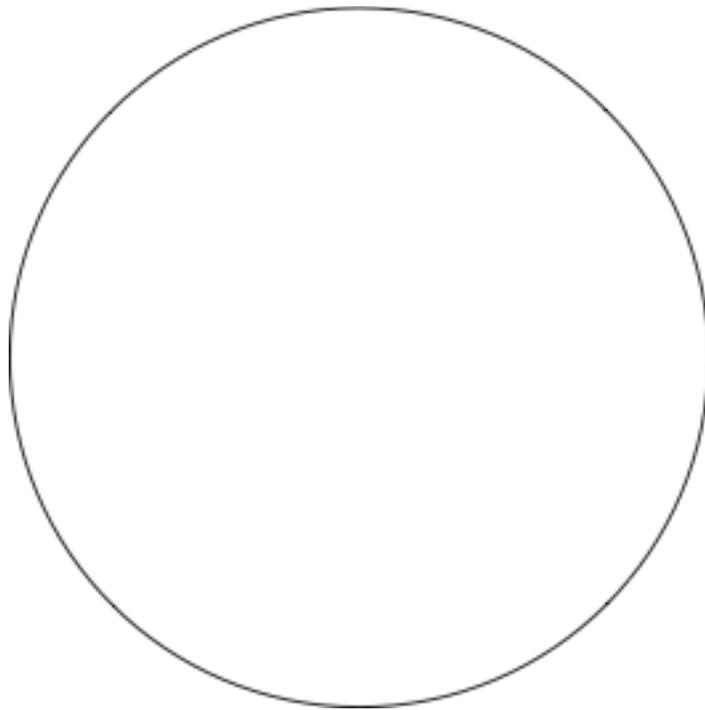
Anlage 13b: Uhrentest_Anlage_2_Toolbox_Handbuch

Anlage 2

Patientenname:

Datum:

Kreis für den Uhrentest



Wird vom Studienzentrum ausgefüllt!
ID-Nr. []/[]/[] [] [] [] [] A/B/C [] []

Fragebogen für Hausärztinnen und Hausärzte

Geschlecht: männlich weiblich

Geboren: Monat [] [] [] Jahr [] [] [] [] [] []

Facharzt für _____

Zusatzweiterbildungen: _____

Angestellte Ärztin/Angestellter Arzt Praxisinhaberin/-inhaber

Niederlassung im Jahr: [] [] [] [] [] []

In Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Praxisgemeinschaft

Praxisgröße (Scheinzahl pro Quartal): [] [] [] [] [] [] [] []

**Bitte faxen Sie den Bogen an:
(0381)-494-2482**

Vielen Dank!



Ereignis- Tagebuch

WISSENSCHAFTLICHE MITARBEITERINNEN

Bild

TITEL VORNAME NAME

TELEFON:
E-MAIL:

Bild

TITEL VORNAME NAME

TELEFON:
E-MAIL:

STUDIENASSISTENZ

Bild

VORNAME NAME

TELEFON:
E-MAIL:

Bild

VORNAME NAME

TELEFON:
E-MAIL:

Bild

VORNAME NAME

TELEFON:
E-MAIL:

PROJEKTLEITUNG

Bild

TITEL VORNAME NAME

TELEFON:
E-MAIL:

Ereignis-Tagebuch für Patientinnen und Patienten **cofrail**

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Tagebuch überreichen wir Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer in unserem Projekt „COFRAIL“. Das Tagebuch dient Ihnen als Gedächtnisstütze für unsere späteren Befragungen und bleibt in Ihrem Besitz.

Bei Fragen oder Anregungen melden Sie sich bitte bei Ihrer Ansprechpartnerin

Vorname Name

Tel.:

Handy:

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Ihr COFRAIL-Team aus Düsseldorf und Rostock

Ihre persönlichen Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

behandelnde Hausärztin/behandelnder Hausarzt

gegebenenfalls: Name, Vorname des Angehörigen/Vertrauensperson

Angaben zum Gewicht

Bitte wiegen Sie sich zu Beginn und nach 3, 6, 9 und 12 Monaten. Sollten Sie es einmal vergessen haben, holen Sie es einfach nach. Geben Sie immer das Datum der Messung an. Wenn Sie selber keine Waage haben, können Sie vielleicht auch die Besuche bei der Hausärztin/ beim Hausarzt oder den Besuch in der Apotheke nutzen:

	Gewicht in kg	gemessen am:
Gewicht zu Beginn	kg	
Gewicht nach 3 Monaten	kg	
Gewicht nach 6 Monaten	kg	
Gewicht nach 9 Monaten	kg	
Gewicht nach 12 Monaten	kg	

Größe

Bitte notieren Sie hier Ihre Körpergröße:

_____cm

Krankenhaus-Aufenthalte

Bitte dokumentieren Sie hier Ihre Krankenhaus-Aufenthalte (mindestens eine Übernachtung im Krankenhaus) der nächsten 12 Monaten:

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Klinik.....
Abteilung.....
vom..... bis.....
Grund des Aufenthaltes.....
.....
.....

Reha-Aufenthalte

Bitte dokumentieren Sie hier Ihre Reha-Aufenthalte (Reha oder Kur oder Anschlussheilbehandlung) in den nächsten 12 Monaten.

Reha-Klinik.....

ambulant

stationär

vom..... bis.....

Grund des Aufenthaltes.....

.....

Reha-Klinik.....

ambulant

stationär

vom..... bis.....

Grund des Aufenthaltes.....

.....

Reha-Klinik.....

ambulant

stationär

vom..... bis.....

Grund des Aufenthaltes.....

.....

Reha-Klinik.....

ambulant

stationär

vom..... bis.....

Grund des Aufenthaltes.....

.....

Aufsuchen einer Notaufnahme

Bitte dokumentieren Sie hier für die nächsten 12 Monate, wenn Sie eine Notaufnahme oder eine Krankenhaus-Ambulanz **wegen eines Notfalls** aufgesucht haben. Um das Aufsuchen einer Notaufnahme handelt es sich dann, wenn Sie **nicht** im Krankenhaus übernachtet haben.

Datum des Aufsuchens einer Notaufnahme	Grund für das Aufsuchen

Aufsuchen eines Therapeuten

Bitte dokumentieren Sie hier für die nächsten 12 Monate, wenn Sie einen Therapeuten aufsuchen. Dabei kann es sich um einen Physio-, Ergo- oder sonstigen Therapeuten handeln. Bitte vermerken Sie hier nur die Besuche, die **von der Krankenkasse** bezahlt wurden und für die ein Rezept ausgestellt wurde. Sollte der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte die Rückseite für weitere Notizen.

Therapeut	Datum des Therapiebeginns mit Anzahl der durchgeführten Behandlungen (bitte nur Monat und Jahr angeben)
Physiotherapeut	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
Ergotherapeut	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
Sonstiger Therapeut: und zwar: _____	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
Sonstiger Therapeut und zwar: _____	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____
	Therapiebeginn: [] [] . [] [] Anzahl der Besuche: ____

Stürze

Bitte dokumentieren Sie hier, falls Sie in den nächsten 12 Monaten stürzen:

<p>Datum des Sturzes:</p> <p>Welche Verletzungen haben Sie als Folge des Sturzes erlitten?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?</p> <p>ärztliche Hilfe in Anspruch genommen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Falls ja, welche Hilfen?</p> <p>Notarzt/Krankenwagen gerufen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Hausarzt gerufen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wundversorgung beim Arzt oder in einer Ambulanz: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Einweisung in ein Krankenhaus mit <u>stationärer</u> Aufnahme: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?</p> <p>Nähen der Wunde: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>

<p>Datum des Sturzes:</p> <p>Welche Verletzungen haben Sie als Folge des Sturzes erlitten?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?</p> <p>ärztliche Hilfe in Anspruch genommen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Falls ja, welche Hilfen?</p> <p>Notarzt/Krankenwagen gerufen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Hausarzt gerufen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wundversorgung beim Arzt oder in einer Ambulanz: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Einweisung in ein Krankenhaus mit <u>stationärer</u> Aufnahme: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?</p> <p>Nähen der Wunde: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>

Datum des Sturzes:

Welche Verletzungen haben Sie als Folge des Sturzes erlitten?

.....
.....

Haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

ärztliche Hilfe in Anspruch genommen: ja nein

Falls ja, welche Hilfen?

Notarzt/Krankenwagen gerufen: ja nein

Hausarzt gerufen: ja nein

Wundversorgung beim Arzt oder in einer Ambulanz: ja nein

Einweisung in ein Krankenhaus mit stationärer Aufnahme: ja nein

Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?

Nähen der Wunde: ja nein

körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage: ja nein

Datum des Sturzes:

Welche Verletzungen haben Sie als Folge des Sturzes erlitten?

.....
.....

Haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

ärztliche Hilfe in Anspruch genommen: ja nein

Falls ja, welche Hilfen?

Notarzt/Krankenwagen gerufen: ja nein

Hausarzt gerufen: ja nein

Wundversorgung beim Arzt oder in einer Ambulanz: ja nein

Einweisung in ein Krankenhaus mit stationärer Aufnahme: ja nein

Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?

Nähen der Wunde: ja nein

körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage: ja nein

Datum des Sturzes:

Welche Verletzungen haben Sie als Folge des Sturzes erlitten?

.....
.....

Haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

ärztliche Hilfe in Anspruch genommen: ja nein

Falls ja, welche Hilfen?

Notarzt/Krankenwagen gerufen: ja nein

Hausarzt gerufen: ja nein

Wundversorgung beim Arzt oder in einer Ambulanz: ja nein

Einweisung in ein Krankenhaus mit stationärer Aufnahme: ja nein

Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?

Nähen der Wunde: ja nein

körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage: ja nein

Datum des Sturzes:

Welche Verletzungen haben Sie als Folge des Sturzes erlitten?

.....
.....

Haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

ärztliche Hilfe in Anspruch genommen: ja nein

Falls ja, welche Hilfen?

Notarzt/Krankenwagen gerufen: ja nein

Hausarzt gerufen: ja nein

Wundversorgung beim Arzt oder in einer Ambulanz: ja nein

Einweisung in ein Krankenhaus mit stationärer Aufnahme: ja nein

Welche Folgen hatten die Verletzungen für Sie?

Nähen der Wunde: ja nein

körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage: ja nein



Handbuch Study Nurse

Patienten-Fragebogen
T0-T2

Inhaltsverzeichnis

0. Vorbereitung und Durchführung	3
1. Einleitung	4
2. Soziodemografische Daten (Teil A)	4
3. EQ-5D-5L	5
4. Handkraftmessung	6
5. CERAD – Kategorie „Tiere“	7
6. Timed „Up & Go“	8
7. CERAD – Wortliste Gedächtnis.....	9
8. CERAD – Wortliste Gedächtnis (4. Durchgang).....	10
9. Aktivitäten des täglichen Lebens	10
10. Geriatric Depression Scale	13
11. Sturzanamnese	13
12. Gewicht & Größe.....	14
13. Ambulante Arztkontakte.....	15
14. Krankenhaus-Aufenthalte	16
15. Krankenhaus-Ambulanz/Notaufnahme	16
16. Reha-Aufenthalte	17
17. Behandlung durch Therapeuten	17
18. Hilfsmittel	18
19. Haushaltshilfe.....	18
20. Versicherungsrelevante Angaben	19
21. Leistungen der Pflegeversicherung.....	20
22. Soziodemographische Daten (Teil B).....	20
23. Medikamentenanamnese.....	21

0. Vorbereitung und Durchführung

Patient bei der Terminvereinbarung bitten, folgende Dokumente bereitzulegen:

- Medikamente (Verpackungen + Plan)
- ggf. Entlassbriefe Krankenhaus/Reha-Berichte etc.
- Event-Tagebuch
- ca. 1 Stunde Zeit einplanen

Benötigte Hilfsmittel für jede Patientenbefragung:

<input checked="" type="checkbox"/> ausreichende Anzahl an Fragebögen	<input checked="" type="checkbox"/> Stoppuhr/Handy mit Stoppuhrfunktion
<input checked="" type="checkbox"/> Erhebungsbogen Medikation	<input checked="" type="checkbox"/> Laminierte Wortkarten (3 Sets)
<input checked="" type="checkbox"/> Notizzettel + (Folien)Stifte	<input checked="" type="checkbox"/> Maßband (3 Meter)
<input checked="" type="checkbox"/> laminierte VAS in großer Schrift	<input checked="" type="checkbox"/> Kreppband (optional)
<input checked="" type="checkbox"/> Handkraftmessgerät	<input checked="" type="checkbox"/> Klemmbrett
<input checked="" type="checkbox"/> Zu T0: Event-Tagebuch mitnehmen	<input checked="" type="checkbox"/> Kontaktinformationsblatt Patient

Bevor Sie mit der Befragung starten, achten Sie bitte auf Folgendes :

- Störquellen ausschalten lassen, z. B. Radio/TV im Nebenzimmer
- Ausreichend Licht
- Patient sollte bequem sitzen, daher Sitzgelegenheit selbst aussuchen lassen
- Wird eine Sehhilfe benötigt, sollte diese zur Hand genommen werden.

Bitte notieren Sie unmittelbar vor Beginn der Befragung auf dem Deckblatt des Fragebogens die ID-Nr. des Patienten, das Datum der Befragung sowie **Ihren** Vor- und Nachnamen.

ID-Nr. des Patienten: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Datum der Erhebung: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []

Erhoben durch:

Beginnen Sie nun mit der Befragung des Patienten. Loben Sie den Patienten während der Befragung. Gehen Sie jedoch nicht auf die Einzelergebnisse der Tests ein. Dokumentieren Sie jeweils nach jedem Frageblock, ob der Untersuchungsteil durchgeführt, nicht erhoben oder abgebrochen wurde (siehe Beispielabbildung). Nehmen Sie die Bewertungen einzelner Instrumente (CERAD, Timed „Up & Go“), im Nachgang der Befragung vor.

Untersuchungsteil wurde	<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> abgebrochen
-------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

Bitte lesen Sie die Anweisungen immer wortwörtlich vor.

1. Einleitung

Anweisung:

„Bevor wir beginnen, möchte ich Sie auf einige Dinge aufmerksam machen:

- *Bitte hören Sie sich meine Anweisungen und Fragen **bei jeder Aufgabe** bis zum Ende an und antworten anschließend.*
- *Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Sie werden nur mit Ihrer Zustimmung an Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt weitergegeben.*
- *Die gesammelten Informationen werden anonymisiert. Dies bedeutet, dass bei der Auswertung und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen niemand feststellen kann, von welcher Person die betreffenden Antworten stammen.*
- *Sollten Sie eine Frage nicht verstanden haben, können Sie jederzeit nachfragen.“*

2. Soziodemografische Daten (Teil A)

Anweisung:

„Zu Beginn möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person stellen“

„Welches Geschlecht haben Sie?“

„Wann wurden Sie geboren?“

„Welchen Familienstand haben Sie?“

„Leben Sie allein oder zusammen mit anderen Personen in häuslicher Gemeinschaft?“

„Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Denken Sie dabei bitte an alle im Haushalt lebenden Personen (auch Kinder).“

Instruktion:

- Die Erfassung der **Soziodemografischen Daten Teil A** ist **zwingend notwendig**.
- Erfragen Sie das Geschlecht nur dann, wenn es sich nicht eindeutig aus dem Vornamen und dem Aussehen der Person ableiten lässt.
- Erfragen Sie den Familienstand des Patienten.
- Wohnsituation: Erfragen Sie die Wohnsituation des Patienten entsprechend der Instruktionen zur Frage. Es sind Mehrfachnennungen möglich.
 - Wohnt der Patient zusammen mit Angehörigen im Haus, jedoch in einem getrennten Wohnbereich mit eigener Küche und eigenem Bad, so zählt dies als eigener Haushalt.
 - Baseline (t0): keine Abfrage zu Umzug ins Alten-/Pfleheim.
 - t1-t2: Abfrage des möglichen Umzuges ins Alten-/Pfleheim und dem Datum des Umzuges.
- Erfragen Sie die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen.

3. EQ-5D-5L

Der EQ-5D-5L besteht aus 2 Teilen, den 5 Fragen und der VAS-Skala und bezieht sich auf den heutigen Gesundheitszustand des Patienten.

Instruktion 5 Fragen:

Anweisung und Aussagen werden dem Patienten wortwörtlich vorgelesen. Abhängig vom Zustand des Patienten erhält dieser die beiden separaten Blätter zum EQ-5D-5L oder die Studienassistentin übernimmt das Kennzeichnen der Antworten. Jede Überschrift bezieht sich auf einen Bereich. Die jeweiligen Antwortmöglichkeiten bilden hierbei Steigerungen. Der Patient soll für jeden Themenkomplex seinen Zustand selbst einschätzen und für jede der fünf Überschriften genau eine Antwort ankreuzen.

- *Herumzugehen* meint hier *umhergehen* bzw. *umherlaufen*
- wenn der Patient Schwierigkeiten mit der Einschätzung der Antwortmöglichkeiten hat, ggf. erklären bzw. mit Bildern arbeiten (z. B. leicht – mäßig (= mittel), extrem (= so stark, dass man sich nicht mehr bewegen kann/will))

Anweisung:

„Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Aussagen vor und Sie sagen mir bitte, welche Aussage Ihren heutigen Gesundheitszustand jeweils am Besten beschreibt.“

Mit Hilfe der VAS-Skala soll der Patient auf einer Skala von 0 bis 100 angeben, wie gut bzw. schlecht er seinen heutigen Gesundheitszustand einschätzt.

Instruktion VAS-Skala:

- Geben Sie dem Patienten die ausgedruckte und laminierte Skala.
- Erklären Sie dem Patient, dass 100 der beste (= als ob man Bäume ausreißen kann) und 0 der schlechteste Gesundheitszustand ist.
- Der Patient soll seinen heutigen Gesundheitszustand einschätzen, ein Kreuz **auf der Skala** setzen und dann diese Zahl in die daneben stehenden Kästchen übertragen.
- Sollte der Patient Schwierigkeiten beim Lesen und Ankreuzen der Fragen/Skala haben, können Sie den Patienten hierbei unterstützen (z. B. Übertragen des Skalenwertes in das daneben stehende Kästchen). Bitte vermerken Sie dies.
- Sollte der Patient eine andere Zahl sagen als er einträgt, gilt die gesagte Zahl.

Anweisung:

„Zur Einschätzung Ihres heutigen Gesundheitszustandes soll Ihnen die nachfolgende Skala, ähnlich einem Thermometer, helfen. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“. Ich möchte Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Tragen Sie anschließend in das neben stehende Feld die Zahl ein, die Sie auf der Skala angekreuzt haben.“

4. Handkraftmessung

Dieser praktische Test zur Bestimmung der Handkraft ermöglicht Rückschlüsse auf die Gesamtkörperkraft.

Instruktionen vor der Messung:

Transportieren Sie das Gerät ausschließlich in dem dafür vorgesehenen Koffer. Der Handgriff sollte auf die mittlere Größe voreingestellt sein.

1. Der Patient sollte bequem sitzen (entweder auf einem Stuhl mit Armlehne oder an einem Tisch) und muss folgende Armposition einnehmen: **90°-Winkel zwischen Ellbogen und Oberarm, Ellbogen auf den Tisch aufstützen.**
2. Stellen Sie die Haltenadel auf „0“ (Metallrad in der Mitte nach links drehen).
2. Lassen Sie den Patienten die Sicherheitsschlaufe vor Aufnahme des Gerätes anlegen.
3. Stellen Sie den justierbaren Handgriff so ein, dass der Daumen über dem ersten Fingerglied des Zeigefingers liegt; Öffnen Sie hierzu die Metallschlaufe (am unteren Ende des Griffs), lösen den vorderen Handgriff zuerst unten und dann oben und setzen ihn auf einer der 5 Stufen wieder ein (diesmal zuerst oben, dann unten).

Instruktion zur Durchführung der jeweiligen Messung:

- Damit der Patient ein Gefühl für den Messvorgang bekommt und die dominante Hand ermittelt werden kann, werden mit beiden Händen jeweils zwei Messungen unmittelbar hintereinander durchgeführt. Sind beide Hände gleich stark, wählt der Patient die Hand aus, mit welcher er ein besseres Gefühl hat. Stellen Sie danach die Haltenadel für den Spitzenmesswert wieder auf „0“.
- Bei Beeinträchtigungen (z.B. Verletzungen/Lähmungen) sollte die Messung mit der nicht bzw. weniger betroffenen Hand durchgeführt werden.
- Danach werden mit der ausgewählten Hand drei aufeinander folgende Messungen im Abstand von max. 1 Minute durchgeführt.
- Der jeweils erzielte Wert wird mit der Haltenadel am Gerät gekennzeichnet. Die Haltenadel wird automatisch zum höchsten Wert mitgeschoben.
- Notieren Sie nach der dritten Messung den höchsten Wert **in kg. Achten Sie auf die korrekte Einheit** (Pfund – kg).
- Dokumentieren Sie bitte, mit welcher Hand die Messung durchgeführt wurde (dominant bzw. nicht dominant) und ob für die Messhand eine chronische (z. B. Arthrose) bzw. akute Beeinträchtigung (z. B. Schnittverletzung) vorlag oder die Messung nicht durchführbar war.

Anweisung:

„Als nächstes möchte ich Ihre Handkraft messen. Zuerst stelle ich den Handgriff passend für Sie ein. Danach beginnen wir mit einer Testmessung, damit Sie ein Gefühl dafür bekommen. Anschließend führen wir drei aufeinanderfolgende Messungen durch. Bitte pressen Sie dafür beide Handgriffe so fest zusammen, wie Sie können. Wenn es wehtun sollte, hören Sie bitte auf zu drücken.“

5. CERAD – Kategorie „Tiere“ (executive function)

Der Test dient zur Einschätzung der Gedächtnisleistung und der praktischen Sprachfertigkeit.

Instruktionen:

- Legen Sie sich eine Stoppuhr bereit und starten diese sobald Sie die Instruktion vorgelesen haben.
- Der Patient soll innerhalb einer Minute so viele Tiere aufzählen, wie ihm einfallen.
- Es wird **kein Zeitzuschlag** gewährt, auch wenn die Instruktion wiederholt wurde.
- Hört der Patient vor Ablauf der Zeit auf, ermutigen Sie ihn weitere Wörter zu finden.
- Werden länger als 15 Sekunden keine Tiere genannt, wiederholen Sie die Instruktion.
- **Halten Sie Pausen aus.**
- Notieren Sie alle genannten Tiere möglichst für jedes der vier-Sekunden-Intervalle.
- Können Sie nicht alle Wörter mitschreiben (zu schnell bzw. zu viele genannt), notieren Sie lediglich die Anfangsbuchstaben der Wörter.
- Konzentrieren Sie sich auf die Dokumentation der Wortnennungen und nehmen die **Bewertung** nicht während, sondern **nach Ende der Befragung** vor.

Anweisung:

„Bei der nächsten Aufgabe sollen Sie so viele Tiere nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben dafür eine Minute Zeit. Ich gebe Ihnen Bescheid, wenn die Minute um ist. Bitte beginnen Sie jetzt.“ (Ggf. Patient erneut auffordern: „Zählen Sie mir alle Tiere auf, die Ihnen in den Sinn kommen.“)

Bewertung:

Die Antworten werden im Verlaufsprotokoll entsprechend der vier 15-Sekunden-Intervalle notiert. Der Punktwert jedes Patienten ist die Summe der korrekten Nennungen aus jedem Intervall. Als 'korrekt' bewertet, wird jedes Tier, welches lebendig ist und weder Pflanze noch Mineral/Gestein darstellt. Als 'richtig' bewertet, wird jeder Vertreter des Tierreiches, real oder fiktiv, jede männliche, weibliche und kindliche Tierbezeichnung, jede Tierart/-rasse innerhalb einer Spezies. Ausnahmen bilden Repetitionen/Wiederholungen und Eigennamen.

Beispiele für die Bewertung:

Hund	1	Terrier	1
Dackel	1	Köter	1
Großer Hund	0 - weil Repetition	Welpen	1
Hündin	1	Fido	0 - weil Eigenname
Einhorn	1	Amöbe	1
Hundebaby	0 - weil Repetition	Grizzly	1
Braunbär	1		

Hinweise:

Patienten ohne kognitive Störungen nennen oft mehr Worte, als die Interviewer mitschreiben können. Bitte führen Sie daher bei allen Patienten zumindest Strichlisten für die einzelnen Abschnitte. Weiterhin verlangt die CERAD-Anweisung eine getrennte Auswertung jedes einzelnen Minutenviertels/Intervalls. Auch wenn dies umständlich ist, halten Sie sich bitte an diese Anweisung. Wichtig ist, dass am Ende die richtige Anzahl genannter Worte ohne doppelte Zählung dokumentiert wird.

6. Timed „Up & Go“ (nach Podsiadlo & Richardson, 1991)

Dieser Test dient zur Einschätzung der Alltagsmobilität (Körpergleichgewicht/Sturzgefahr).

Instruktion:

- Prüfen Sie bereits beim Eintritt in die Häuslichkeit, wo der Test durchführbar ist.
- Halten Sie eine Stoppuhr bereit.
- Der Patient sitzt bequem und locker auf einem Stuhl mit Armlehnen („übliche“ Sitzhöhe, ca. 46 cm – möglichst kein Sessel). Hilfsmittel dürfen benutzt werden (z.B. Gehstock). Die Arme liegen locker auf den Armstützen. Die Füße stehen bequem auf dem Boden. Zwischen Wade und Oberschenkel ist ein rechter Winkel. Ggf. bei kleinen Personen ein Kissen in den Rücken stellen, aber nicht mit dem Rücken an der Rücklehne anlehnen.
- Ist kein Stuhl mit Armlehne vorhanden, wird ein Stuhl rechtwinklig zum Tisch angeordnet (Sitzfläche parallel zur Tischkante) und der Patient legt seinen Arm auf der Tischplatte ab.
- Unterstützen Sie den Patienten beim Erreichen dieser Position nicht.
- Messen Sie von der Schuhspitze des Patienten 3 Meter ab und markieren mit Kreppband eine Linie auf dem Fußboden. Alternativ kann eine Wand bzw. Tür als Wendepunkt genutzt, jedoch beim Wenden nicht berührt werden. Achten Sie auf Barrierefreiheit.
- Fordern Sie den Patienten auf, mit normalem und sicherem Gang bis zur markierten Linie zu laufen, sich dort umzudrehen, wieder zum Stuhl zu gehen und sich hinzusetzen.
- Die dafür benötigte Zeit (ab Beenden der Aufforderung) wird in Sekunden notiert.
- Der Patient kann den Ablauf vorab 1x üben. Sie dürfen den Ablauf einmal demonstrieren.
- Schätzen Sie das individuelle Sturzrisiko des Patienten ein und halten sich ggf. bereit bei Gleichgewichtsproblemen des Patienten einzugreifen.
- Auf die Sicherheit des Patienten achten. Bevor der Patient fällt, besser keinen Testwert!

Anweisung:

*„Bitte setzen Sie sich zunächst bequem auf den Stuhl, legen die Arme locker ab und stellen die Füße bequem auf den Boden. Stehen Sie dann auf und **gehen mit „normalem Gang“**, so wie Sie **im Alltag gehen**, bis zur markierten Linie. Dort drehen Sie sich um, gehen zum Stuhl zurück und setzen sich wieder hin. Wenn Sie möchten, können Sie den Vorgang einmal üben.“*

Bewertung:

Kategoriale Auswertung

1 – Zeitdauer unter 10 Sekunden	völlig uneingeschränkt
2 – Zeitdauer 10 bis 19 Sekunden	weniger mobil, aber noch uneingeschränkt
3 – Zeitdauer 20 bis 29 Sekunden	eingeschränkte Mobilität
4 – Zeitdauer 30 oder mehr Sekunden	ausgeprägte Mobilitätseinschränkung
5 – Kann nicht gehen	nicht gehfähig

- Notieren Sie, ob die Person gehen kann oder nicht. Falls nicht, entfällt der Test.
- Dokumentieren Sie, ob eine Gehhilfe verwendet wurde und wenn ja, welche.
- Dokumentieren Sie die Zeit, die der Patient für die Absolvierung des Tests benötigt.
- Teilen Sie dem Patienten das Testergebnis nicht mit. Die Sekundenzahl kann aber genannt werden.

7. CERAD – Wortliste Gedächtnis (episodic memory)

Der praktische Test dient zur Einschätzung der Lese-, Merk-, Erinnerungsfähigkeit und der episodische Gedächtnisleistung des Patienten in Bezug auf eine vorgegebene Wortliste.

Anweisung:

„Ich werde Ihnen zehn Wörter zeigen, die jeweils auf einem Blatt stehen. Lesen Sie bitte jedes Wort laut vor, wenn ich es Ihnen zeige. Danach bitte ich Sie, diese zehn Wörter aus dem Gedächtnis abzurufen. Die Reihenfolge beim Erinnern spielt keine Rolle. Das machen wir drei Mal.“

Instruktion:

- Erwähnen Sie gerne gegenüber dem Patienten: „Das ist jetzt schwer!“ So wird eine Unsicherheit genommen.
- Legen Sie vor Beginn die sortierten Wortkarten (3 Sets) und eine Stoppuhr bereit.
- Zeigen Sie dem Patienten die Wortkarten in der für den jeweiligen Durchgang (drei) festgelegten Reihenfolge. Zeigedauer pro Wortkarte: 2 Sekunden.
- **Halten Sie die Wortkarten/-listen verdeckt und geben diese nicht dem Patienten.**
- Lesen Sie Patienten, die aufgrund einer Sehbehinderung oder minimaler Bildung die Wörter **nicht lesen** können die Wörter vor und lassen sie diese laut wiederholen. Beim Vorlesen keine Cluster bilden (Arm, Uhr, Butter [PAUSE] Bein, Telefon).
- Nachdem alle Karten gezeigt wurden, bitten Sie den Patienten die Wörter selbstständig zu wiederholen. Lassen Sie beim Abrufen der Wortlisten ausreichend Zeit; 90 Sekunden pro Durchgang sind erlaubt und sollten ausgeschöpft werden. Pausen aushalten.
- Kennzeichnen Sie während jedes Durchgangs die korrekt erinnerten Wörter. Notieren Sie zudem Wörter, an die sich der Patient „erinnert“, die aber nicht in der Wortliste enthalten sind (Intrusionen).
- Mehrfachzählung ein und derselben Intrusion ist möglich, wenn sie nicht nur deswegen wiederholt wird, weil der Patient auf der Suche nach dem nächsten Wort die Zeit überbrückt.

Instruktion zum weiteren Testverlauf:

„Ich komme in etwa zehn Minuten auf diese Wortliste zurück. Inzwischen stelle ich Ihnen ein paar andere Fragen.“

- **Erneutes Abrufen der CERAD – Wortliste nach 10 Minuten.** Bitte halten Sie die „Testpause“ von 10 Minuten so gut wie möglich ein und fahren in der Zwischenzeit mit der Befragung fort.
- Klingelt der Timer während der Durchführung eines anderen Befragungsteils, unterbrechen Sie diesen nicht, sondern beenden ihn zunächst.
- Rufen Sie dann den 4. Durchlauf der CERAD-Wortliste ab.
- Die Dokumentation des 4. Durchlaufes erfolgt auf Seite 11.

8. CERAD – Wortliste Gedächtnis (4. Durchgang)

Zeitraumen: 90 Sekunden – Kein erneutes Zeigen der Wortkarten

Anweisung:

„Vor wenigen Minuten habe ich Sie gebeten, zehn Wörter zu lernen, die Sie eins nach dem anderen von verschiedenen Blättern vorgelesen haben. Jetzt möchte ich Sie bitten, sich an diese Wörter zu erinnern und innerhalb von 90 Sekunden möglichst viele davon aufzuzählen.“

Bewertung:

- Kennzeichnen Sie erneut die korrekt erinnerten Wörter und notieren die Intrusionen. Notieren Sie nach Beendigung der Befragung die Anzahl der korrekten Nennungen sowie die Anzahl der Intrusionen.

9. Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index)

Das Instrument misst die Fähigkeit zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag.

Anweisung:

„Um Ihre Lebenssituation besser einschätzen zu können, befrage ich Sie nun zu Ihren alltäglichen Aktivitäten. Bitte sagen Sie mir, in welchem Umfang Sie diese ausführen können.“

Instruktion:

- Lesen Sie dem Patienten laut und nacheinander die auf der Liste stehenden Aktivitäten vor und befragen ihn jeweils, in wie weit er diese ausführen kann.
- Tragen Sie direkt die entsprechenden Punkte hinter den zutreffenden Aktivitätsgrad ein und notieren am Ende der Tabelle die Gesamtpunktzahl.
- Fragen Sie Eindeutiges/Offensichtliches nicht extra nach.
- Das Abfragen der Harn- und Stuhlinkontinenz kann in einer Frage erfolgen, jedoch müssen eindeutige Antworten für beide Fragen vorliegen.

Einordnung/Bewertung:

Essen

- 10 Punkte: Wenn das Essen in Reichweite steht, nimmt der Patient die Speisen und Getränke komplett selbständig vom Tablett oder Tisch ein. Er nutzt sachgerecht sein Besteck, streicht sein Brot und schneidet das Essen. Alle diese Tätigkeiten führt er in angemessener Zeit aus. Ggf. ernährt er sich über eine selbst versorgte Magensonde/PEG-Sonde komplett selbstständig.
- 5 Punkte: Es ist Hilfe bei den vorbereitenden Handlungen nötig (z. B. Brot streichen, Essen zerkleinern, Getränk einschenken), der Patient führt Speisen und Getränke aber selbst zum Mund und nimmt sie selbständig ein oder der Patient benötigt Hilfe bei der Ernährung über seine Magensonde/PEG-Sonde.
- 0 Punkte: Speisen und Getränke werden vom Patienten nicht selbständig bzw. nicht ohne Aufforderung zum Mund geführt oder eingenommen und er wird nicht über eine Magensonde/PEG-Sonde ernährt.

Aufsetzen/Umsetzen

- 15 Punkte: Der Patient transferiert sich komplett unabhängig aus einer liegenden Position in einen Stuhl/Rollstuhl und umgekehrt. Der Patient kommt aus dem Liegen zu einer sitzenden Position an der Bettkante (positioniert ggf. den Rollstuhl korrekt) und transferiert sich sicher auf den Stuhl/Rollstuhl. Umgekehrt führt er (nachdem er ggf. den Rollstuhl korrekt positioniert, die Bremsen betätigt und die Fußrasten gehoben hat) den Transfer vom Stuhl/Rollstuhl zum Bett sicher durch und legt sich aus der sitzenden Position an der Bettkante hin.
- 10 Punkte: Der Patient benötigt beim Aufrichten in den Sitz an die Bettkante und/oder beim Transfer Bettkante-Stuhl/Rollstuhl und zurück Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe).
- 5 Punkte: Der Patient benötigt beim Aufrichten in den Sitz an die Bettkante und/oder beim Transfer Bettkante-Stuhl/Rollstuhl und zurück erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe).
- 0 Punkte: Der Patient wird aufgrund seiner körperlichen oder sonstigen Befindlichkeit nicht aus dem Bett transferiert.

Sich waschen

- 5 Punkte: Wenn die Utensilien in greifbarer Nähe sind, wäscht sich der Patient am Waschplatz ohne Aufsicht oder zusätzliche Hilfe selbständig Hände und Gesicht, putzt die Zähne/Zahnprothesen, kämmt seine Haare und rasiert sich gegebenenfalls. Auch hierzu notwendige vor- und nachbereitende Handlungen erledigt er selbst.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt eine oder keine dieser Voraussetzungen

Toilettenbenutzung

- 10 Punkte: Wenn der Patient sich am Toilettenplatz befindet (sitzend oder stehend), benutzt er die Toilette oder den Toilettenstuhl komplett selbständig incl. Spülung/Reinigung. Er zieht hierbei die Kleidung selbständig aus und an und reinigt sich nach der Toilettenbenutzung selbständig mit Toilettenpapier. Wandhandgriffe oder andere Haltegriffe können falls erforderlich benutzt werden.
- 5 Punkte: Der Patient benötigt, wenn er sich am Toilettenplatz befindet, bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder der Spülung/Reinigung von Toilette/Toilettenstuhl Aufsicht oder Hilfe (z. B. wegen des fehlenden Gleichgewichts oder beim Umgang mit der Kleidung oder bei der Benutzung des Toilettenpapiers).
- 0 Punkte: Der Patient benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl, weil er inkontinent ist und diesbezüglich vollkommen fremdversorgt ist.

Baden/Duschen

- 5 Punkte: Wenn der Patient sich entkleidet vor der Badewanne oder Dusche befindet, nimmt er dort ohne Aufsicht oder zusätzliche Hilfe ein Vollbad oder Duschbad. Er besteigt und verlässt die Wanne/Dusche, reinigt sich und trocknet sich ab.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Aufstehen/Gehen

- 15 Punkte: Der Patient kommt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand und geht selbständig mindestens 50 m ohne Gehwagen. Er kann einen Stock oder Unterarmgehstützen benutzen, muss diese Hilfsmittel aber

selbständig in die richtige Position für die Benutzung bringen und sie nach dem Hinsetzen zur Seite stellen können.

10 Punkte: Der Patient kommt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand und geht selbständig mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens.

5 Punkte: Der Patient kommt – ggf. mit Laienhilfe – vom Sitzen in den Stand und bewältigt Strecken im Wohnbereich mit Laienhilfe oder am Gehwagen gehend.
ALTERNATIV: Er bewältigt Strecken im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl.

0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Treppensteigen

10 Punkte: Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. incl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.

5 Punkte: Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.

0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

An-/Auskleiden

10 Punkte: Wenn die Utensilien in greifbarer Nähe sind, zieht sich der Patient in angemessener Zeit komplett selbständig an und aus incl. seiner Strümpfe, Schuhe und ggf. benötigter Hilfsmittel (Korsett, Antithrombosestrümpfe, Prothesen etc.). Anziehhilfen oder angepasste Kleidung dürfen verwendet werden.

5 Punkte: Wenn die Utensilien in greifbarer Nähe sind, kleidet der Patient mindestens seinen Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus. Anziehhilfen oder angepasste Kleidung dürfen verwendet werden.

0 Punkte: Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Stuhlkontrolle

10 Punkte: Der Patient ist stuhlkontinent und führt hierzu ggf. notwendige rektale Abführmaßnahmen selbständig durch. Ein Anus praeter/Stoma wird ggf. komplett selbständig versorgt.

5 Punkte: Der Patient ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder seiner Stomaversorgung.

0 Punkte: Der Patient ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent und kann sein Stoma nicht selbst versorgen.

Harnkontrolle

10 Punkte: Der Patient ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche). Ein Harnkathetersystem wird ggf. komplett selbständig versorgt.

5 Punkte: Der Patient kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems.

0 Punkte: Der Patient ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent und kann sein Harnkathetersystem nicht selbständig versorgen.

10. Geriatric Depression Scale (GDS)

Dies ist ein Befragungsinstrument zur Erfassung des Gemütszustandes wie z. B. depressiver Störungen.

Anweisung:

„Jetzt komme ich auf Ihre Stimmungen zu sprechen. Wie haben Sie sich im Allgemeinen in der letzten Zeit, zum Beispiel in der vergangenen Woche gefühlt und wie aktiv waren Sie.“

Instruktion:

- Unterbrechen Sie dieses Instrument auf keinen Fall (z. B. durch den 4. Durchlauf CERAD-Wortliste).
- Lesen Sie dem Patienten in der vorgegebenen Reihenfolge die 15 Fragen **wortwörtlich und möglichst zügig** vor, um spontane Antworten zu erhalten.
- Lassen Sie sich nicht vom teils befremdlichen Wortlaut der Fragen irritieren.
- Kreuzen Sie jeweils an, ob der Patient mit JA bzw. NEIN antwortet. **Hierbei zählt die überwiegende Selbsteinschätzung** des abgefragten Zustandes als zutreffend (JA) bzw. nicht zutreffend (NEIN).
- Bei Unsicherheiten bzgl. des Vergleichszeitraumes kann Hilfestellung gegeben werden: z. B. im Vergleich zur Befindlichkeit vor einem halben Jahr,
- Zählen Sie am Ende der Befragung die Gesamtpunktzahl zusammen und notieren diese im dafür vorgesehenen Kästchen.

11. Sturzanamnese

Die Sturzanamnese dient der Dokumentation der erlittenen Stürze in den letzten 6 Monaten vor Studienbeginn (t0) sowie 6 Monate (t1) bzw. 12 Monate (t2) nach Studienbeginn und kann Veränderungen der Sturzhäufigkeit und deren Folgen im Studienverlauf abbilden.

Anweisung:

„Ich bitte Sie nun, sich an möglicherweise erlittene Stürze zu Hause oder anderswo zu erinnern. Interessant sind die letzten 6 Monate. Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen.“

Instruktion:

- Stellen Sie dem Patienten der Reihenfolge nach die Fragen zur Sturzanamnese und kreuzen/tragen jeweils die entsprechende Antwort an/ein.
- Fragen Sie unter 3. und 4. jeweils für jeden Sturz separat die möglichen Verletzungen und Verletzungsfolgen ab und dokumentieren diese.
- Körperliche Einschränkungen für mindestens 3 Tage = alle Abweichungen von der Norm z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, zusätzliche Hilfe etc.

12. Gewicht & Größe

Die Erhebung des Körpergewichtes zu drei Zeitpunkten im Studienverlauf (12 Monate rückwirkend zu t0, je 6 Monate zu t1 und, t2) dient der Dokumentation des Gewichtsverlaufes. Die einmalige Erhebung der Körpergröße zu Beginn der Studie dient der besseren Einschätzbarkeit des Gewichtszustandes.

Instruktion:

- Stellen Sie dem Patienten nacheinander die Fragen zunächst zu seinem Gewicht und notieren die Angaben.
- **Nur zu t0:** Fragen Sie den Patienten nach seiner Körpergröße. Kennt der Patient seine Körpergröße nicht, dann nutzen Sie das Maßband zu deren Bestimmung.
→ Keine erneute Abfrage der Größe zu t1/t2
- Nutzen Sie zum Abgleich der Patientenangaben auch das Event-Tagebuch, welches der Patient mit Studienbeginn erhalten hat und begleitend zur Studie führen sollte.

Anweisung:

„Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem Gewicht stellen.“

„Wie viel beträgt Ihr aktuelles Gewicht?“ kg

Baseline (t0) → *„Haben Sie in den letzten 12 Monaten ungewollt Gewicht abgenommen?“*

t1/t2 → *„Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt Gewicht abgenommen?“*

„Falls ja, bitte schätzen Sie wie viel“: kg

13. Ambulante Arztkontakte

Die Erfassung der Anzahl ambulanter Arztkontakte bzw. ambulanter Operationen der letzten 6 Monate zu 3 Zeitpunkten (t0, t1, t2) dient zur späteren Einschätzung gesundheitsökonomischer Aspekte und deren Entwicklung.

Anweisung:

*„Waren Sie **in den letzten 6 Monaten** bei folgenden Ärzten? Gemeint ist jeder Besuch in der Arztpraxis, auch wenn Sie selbst nicht mit dem Arzt gesprochen haben (zum Beispiel Rezepte, Überweisungen oder Krankschreibungen abholen, Blutabnahme). Auch Hausbesuche zählen dazu. Bitte berücksichtigen Sie auch ambulante Behandlungen im Krankenhaus (ausgenommen sind Notfallbehandlungen und Übernachtungen im Krankenhaus).“*

*„Falls **Ja**, geben Sie bitte an, zu welchen Arztpraxen Sie Kontakt hatten und wie häufig?“*

Instruktion:

- Halten Sie einen Zettel bereit, um sich ggf. bereits während der Erzählung des Patienten Notizen machen zu können. Erinnern Sie zwischendurch ggf. an Zeitfenster.
- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum bei den in der Tabelle ausgeführten Ärzten war. Falls zutreffend, fragen Sie nach der Art des Kontaktes und der Anzahl der Kontakte und dokumentieren Sie dies.
- Notieren Sie unklare Nennungen sowie nicht aufgeführte Fachärzte unter „Sonstiger Arzt“ und korrigieren ggf. später.

Erläuterungen zu den verschiedenen Fachärzten:

- Hausarzt = Allgemeinmediziner, hausärztlicher Internist
 - Internist = Facharzt für Innere Medizin, wenn nicht der Hausarzt
 - Diabetologe = Facharzt für Diabetes, , wenn nicht der Hausarzt
- ➔ Falls Ihr Diabetologe bzw. Internist zugleich ihr Hausarzt ist, machen Sie bitte entsprechende Angaben nur einmal.
- Gastroenterologe = Facharzt für Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
 - Rheumatologe = Facharzt für Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen
 - Nephrologe = Facharzt für Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse)
 - Gynäkologe = Facharzt für Frauenheilkunde
 - Urologe = FA für harnbildende u. -ableitende Organe beider Geschlechter, z.B. Niere, Harnblase/-leiter/-röhre sowie für Krankheiten der männl. Geschlechtsorgane
 - Kardiologe = Herzspezialist
 - Pneumologe = Facharzt für Lungenheilkunde
 - Orthopäde = Facharzt für Erkrankungen des Bewegungsapparates
 - Gefäßchirurg = Facharzt für Erkrankungen des Gefäßsystems
 - Radiologe = Röntgenarzt
 - Dermatologe = Hautarzt
 - Neurologe = Facharzt für Erkrankungen des Nervensystems
 - Onkologe = Facharzt für Krebs- und Tumorerkrankungen
 - Ambulante Behandlung im Krankenhaus = Fachärzte in der Krankenhausambulanz

14. Krankenhaus-Aufenthalte

Die Erfassung der Krankenhausaufenthalte der letzten 6 Monate zu 3 Zeitpunkten (t0, t1, t2) dient zur ausführlichen Dokumentation im Studienverlauf. Es können z.B. Veränderungen in der Frequenz aber auch Art und Grund des Aufenthaltes erfasst werden.

Anweisung:

*„Waren Sie in den letzten 6 Monaten stationär im Krankenhaus? Bitte berücksichtigen Sie nur die Aufenthalte, bei denen Sie **mindestens eine Nacht** im Krankenhaus verbracht haben. Rehabilitationen oder Kuren zählen nicht dazu.“*

*„Falls **JA**, geben Sie bitte an „**Wie oft**“.*

*„Falls **JA**, geben sie bitte an in welcher Klinik/Fachabteilung, ob der Aufenthalt geplant oder ungeplant war, ob und falls **JA**, welche OP stattgefunden hat, wie lange der Aufenthalt gedauert hat (**Datum** ODER **Anzahl der Tage**) und den Grund des Aufenthaltes.“*

*„Falls **Nein** bzw. **Weiß nicht** fahren Sie bitte mit der Abfrage zu Aufhalten in der Krankenhaus-Ambulanz/Notaufnahme fort.“*

Instruktion:

- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum stationär im Krankenhaus war. Falls zutreffend, fragen Sie ihn zunächst nach der Anzahl der Aufenthalte und anschließend nach der Klinik/Fachabteilung, der Art des Aufenthaltes, ob und welche Operationen durchgeführt wurden. Fragen Sie außerdem nach dem Aufnahme- bzw. Entlassungsdatum ODER, falls nicht bekannt, nach der Anzahl der Tage. Erfragen Sie zudem den Grund des Krankenhausaufenthaltes. Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben in der Tabelle.
- Nutzen Sie zum Abgleich der Patientenangaben auch das Event-Tagebuch, welches der Patient mit Studienbeginn erhalten hat und begleitend zur Studie führen soll.
- Kann der Patient zu einem Krankenhausaufenthalt keine Angaben in Bezug auf ein bestimmtes Detail bzw. mehrere Details machen, kreuzen Sie bitte „weiß nicht“ für den jeweiligen Aspekt an.

15. Krankenhaus-Ambulanz/Notaufnahme

Anweisung:

*„Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** eine Notaufnahme oder eine Krankenhaus-Ambulanz wegen eines Notfalls aufgesucht (ausgenommen sind Übernachtungen im Krankenhaus)?“*

*„Falls **JA**, bitte geben Sie an wie oft“:*

Instruktion:

- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum eine Krankenhaus-Ambulanz wegen eines Notfalls aufgesucht hat. Falls JA, fragen Sie ihn wie oft der Patient eine Krankenhaus-Ambulanz aufgesucht hat. Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben.

16. Reha-Aufenthalte

Anweisung:

*„Waren Sie in den **letzten 6 Monaten** zur Rehabilitation (Reha, Kur oder Anschlussheilbehandlung)?*

*„Falls **JA**, geben Sie bitte für jeden Aufenthalt an, ob eine ambulante oder stationäre Reha in Anspruch genommen wurde. Geben Sie bitte jeweils die Dauer Ihres Aufenthaltes an.“*

Instruktion:

- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum eine Rehabilitationsmaßnahme (Reha, Kur, AHB) in Anspruch genommen hat. Falls **JA**, fragen Sie, ob der Aufenthalt ambulant oder stationär war. Fragen Sie zudem die Dauer des Aufenthaltes in Wochen (sowie Monat + Jahr) ab. Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben.

17. Behandlung durch Therapeuten

Anweisung:

*„Haben Sie in den **letzten 4 Wochen** einen Physio-, Ergo- oder sonstigen Therapeuten aufgesucht? Bitte geben Sie nur die Besuche bei Therapeuten an, die von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wurden und die nicht während einer Reha, Kur oder eines Krankenhausaufenthaltes stattfanden.“*

*„Falls **JA**, geben Sie an, zu welchem Therapeuten Sie Kontakt hatten und wie oft Sie bei diesem Therapeuten waren.“*

Instruktion:

- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum einen Physio-, Ergo oder sonstigen Therapeuten aufgesucht hat und falls ja, wie häufig. Von Interesse sind hier ausschließlich Besuche bei Therapeuten, die von der Krankenversicherung teilweise oder vollständig bezahlt wurden und nicht während einer Kur, Reha oder eines Krankenhausaufenthaltes stattgefunden haben. Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben.

18. Hilfsmittel

Anweisung:

*„Haben Sie **in den letzten 6 Monaten** eines der folgenden Hilfsmittel erhalten? Bitte geben Sie nur Hilfsmittel an, die Ihnen von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wurden.“*

*„Falls **JA**, geben Sie an, welche der folgenden Hilfsmittel Sie erhalten haben.“*

Instruktion:

- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum eines der genannten Hilfsmittel erhalten hat und falls ja, welches Hilfsmittel. Von Interesse sind hier ausschließlich Hilfsmittel, die von der Krankenversicherung teilweise oder vollständig bezahlt wurden. Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben.
- Es zählen nur Hilfsmittel, die in den letzten 6 Monaten neu hinzugekommen sind bzw. für die Kosten angefallen sind (z. B. neues Rollstuhl- bzw. Brillenmodell). Hilfsmittel, die bereits länger als 6 Monate genutzt werden und für die keine Kosten angefallen sind im betreffenden Zeitraum, zählen nicht dazu, z. B. Brillenträger bzw. Rollator seit 10 Jahren (hier ist relevant, ob ein neues Modell verordnet bzw. erworben wurde).
- Weitere erhaltene Hilfsmittel, die nicht in der Tabelle aufgeführt werden, können unter Sonstiges erfasst werden. Dies betrifft z.B. auch Pflegehilfsmittel, zu denen
 - technische Hilfen wie z.B. Notrufsystem, Pflegebett und
 - Verbrauchsgegenstände wie z.B. Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe zählen, welche oft mit einer 40 Euro Pauschale finanziert werden (Erstattung durch Pflegeversicherung aber auch Krankenversicherung möglich).

19. Haushaltshilfe

Anweisung:

*„Haben Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in den **letzten 4 Wochen** Hilfe für Arbeiten in Anspruch nehmen müssen, die Sie üblicherweise selber ausführen (z.B. im Haushalt oder das Erledigen von Einkäufen) und die von der Krankenkasse finanziert werden?“*

*„Falls **JA**, geben Sie an, welche Art der Hilfe Sie in den letzten 4 Wochen erhalten haben. Geben Sie bitte an, an wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen erhalten haben und für wie viele Stunden am Tag im Durchschnitt.“*

Instruktion:

Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum Hilfen für Arbeiten in Anspruch nehmen musste, die er üblicherweise selber ausführt (Sauber machen oder Kochen im Haushalt, das Erledigen von Einkäufen) und die von der Krankenkasse finanziert werden. Falls ja, welche Art der Hilfe wurde in Anspruch genommen und über welchen Zeitraum (Wochen/Tage pro Woche/Stunden pro Tag). **Bezugsgröße sind die letzten 4 Wochen. Beispiel zur Berechnung der Durchschnittskosten: Eine Patientin hat an 8 Tagen in den letzten 4 Wochen Hilfe erhalten: immer mittwochs für 1,5h und freitags für 1h. Die Durchschnittskosten pro Tag berechnen sich wie folgt: $((1,5+1)/2) = 1,25$.**

- Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben.
- Es zählen alle (Personal-)Kosten, die in den letzten vier Wochen angefallen sind. Wenn der Patient seit 3 Jahren wöchentlich eine Hilfe erhält, dann zählen diese Kosten der letzten vier Wochen. War die Haushaltshilfe jedoch seit vier Wochen oder länger nicht vor Ort und es sind somit keine Kosten angefallen, dann wird die Haushaltshilfe hier nicht berücksichtigt.
- Liegt kein Pflegegrad vor und die Leistung wird durch die Krankenkasse finanziert, dann entsprechend die erste Antwortoption (Haushaltshilfen) wählen.
- Dienstleistungen im Haushalt durch ambulante Pflegedienste (z. B. wohltätige Vereine wie Caritas, AWO oder private Pflegedienste) werden nur dann ausgefüllt bzw. relevant, wenn der Patient einen Pflegegrad von 1 hat.
- Bei unklarer Zuordnung die Option „Sonstiges“ nutzen.
- **Hat ein Studienteilnehmer Pflegegrad 2-5 und erhält er Hilfe im Haushalt, fällt dies unter Frage 21 -Ambulante Pflege. Der ambulante Pflegedienst nach SGB XI leistet hauswirtschaftliche Versorgung (Haushaltshilfe ist per Definition eine Leistung der GKV). Es ist in dem Fall also ausreichend wenn unter Frage 21 nur ambulante Pflege angegeben wird, denn die hauswirtschaftliche Versorgung als Leistung ist im monatlichen Vergütungssatz für ambulante Pflege bei Pflegegrad 2-5 inbegriffen. Die Dauer von bis richtet sich dabei auf die Dauer der bezogenen ambulanten Pflege, also unabhängig der hauswirtschaftlichen Versorgung.**

20. Versicherungsrelevante Angaben

Instruktion:

- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung nach seinem Versicherungsstatus und ob er derzeit als Schwerbehindert anerkannt ist. Falls JA, mit welchem Grad. Lassen Sie sich hierfür den Schwerbehindertenausweis des Patienten zeigen, da dieser eventuell abgelaufen sein könnte. Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben.
- Befragen Sie den Patienten, ob er derzeit einen Pflegegrad hat. Falls JA, welchen und seit wann. Erfragen Sie, ob sich hinsichtlich seines Pflegegrades (Stufe) in den vergangenen 6 Monaten Veränderungen ergeben hätten. Falls JA, fragen Sie nach Änderungen des Pflegegrades sowie dem Zeitpunkt der Änderung. Dokumentieren Sie die entsprechenden Angaben.

21. Leistungen der Pflegeversicherung

Anweisung:

„Haben Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen von Ihrer Pflegeversicherung erhalten?“

„Falls JA, geben Sie an, seit wann Sie Leistungen Ihrer Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben (Datum) bzw. ob Sie diese immer noch in Anspruch nehmen.“

Instruktion:

- Befragen Sie den Patienten entsprechend der Anweisung, ob er im genannten Zeitraum Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen hat. Falls **JA**, welche und seit wann diese Leistungen in Anspruch genommen werden. Dokumentieren Sie die Angaben. Mehrfachnennungen sind hier möglich.
- Es besteht die Möglichkeit, sowohl „Ambulante Pflege“ als auch „Pflegegeld“ anzukreuzen, wenn es sich um eine sog. Kombi-Leistung handelt.
- Stationäre Langzeitpflege bezeichnet die spezielle Versorgung in einer Pflegeeinrichtung und sollte als Antwortoption für t0 aktuell nicht, sondern ausschließlich rückwirkend zutreffen (Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme).
- Bei stationärer Kurzzeitpflege erfolgt die Pflege für eine begrenzte Dauer stationär (z. B. Urlaub des pflegenden Angehörigen).
- Bei teilstationärer Pflege erfolgt ein Teil der Pflege (tagsüber oder nachts) außerhalb der Häuslichkeit.
- Pflegegeld der gesetzlichen/privaten Pflegeversicherung für „selbstbeschaffte Hilfen“.
 - Wird das **Pflegegeld an eine andere Person als die Patientin, z. B. Tochter, ausgezahlt und diese erledigt dafür haushaltsnahe Tätigkeiten, dann wird lediglich das Pflegegeld (unter 21.) erfasst. Wofür konkret das Geld verwendet wird (z. B. haushaltsnahe Tätigkeiten), wird nicht zusätzlich (unter 19.) erfasst. Erhält die Patientin allerdings zusätzlich Haushaltshilfe über die GKV (SGB V § 38), dann erfolgt die Erfassung unter 19.**
- Bei der „Ambulanten Pflege“ handelt es sich hier vorwiegend um pflegerische Dienstleistungen in der Häuslichkeit. Ausschließliche Unterstützungen im Haushalt erfassen Sie bitte unter **19. Haushaltshilfen**.

22. Soziodemographische Daten (Teil B)

Anweisung:

„Abschließend möchte ich Ihnen noch zwei Fragen zu Ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung stellen.“

Instruktion:

- **Abfrage erfolgt nur zu t0 → Angaben zu t1/t2 nicht erneut abfragen!**
- Höchster allgemeinbildender Schulabschluss: ältere Patienten nennen häufig Volksschule bzw. Grundschule (8. Klassen) → 1. bzw. 2. Antwortmöglichkeit
- Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss: Facharbeiter = Lehre

23. Medikamentenanamnese

Anweisung:

*„Können Sie mir bitte abschließend zeigen, wie viele und welche Medikamente Sie **in den letzten 7 Tagen** eingenommen bzw. angewendet haben?“*

Instruktion:

- Notieren Sie zunächst die Patienten-ID, das aktuelle Datum, den Erhebungszeitpunkt sowie Ihren Namen auf dem separaten Medikamentenerfassungsbogen.
- Notieren Sie für alle vom Patienten vorgelegten Medikamente die betreffenden Angaben in der Übersicht.
- Die Erfassung aller eingenommenen Medikamente (inkl. OTCs = selbst erworbene Präparate z. B. im Supermarkt oder der Drogerie) soll den **Ist-Zustand innerhalb der erfragten Woche** darstellen.
- Auch selten eingenommene Arzneimittel (z.B. einmal im Monat) werden NUR erfasst, wenn die Einnahme durch den Patienten bzw. die Gabe durch den Arzt / die Ärztin in der erfragten Woche erfolgte.

Erklärung des Medikamentenplans „Aktuelle Medikation“

- Notieren Sie zuerst die Patienten-ID, das aktuelle Datum sowie den Zeitpunkt der Erhebung auf dem Kopf des Bogens.
- PZN: Die Pharmazentralnummer ist ein in Deutschland bundeseinheitlicher Identifikationsschlüssel für Arzneimittel, Hilfsmittel und andere Apothekenprodukte. Die Nummer steht unter dem Strichcode auf der Verpackung der Medikamente. Auch wenn die PZN vorliegt, notieren Sie bitte alle anderen Angaben, um mögliche Fehlerquellen beim Übertrag der PZN von der Packung in den Medikamentenbogen zu reduzieren.
- Präparatename: Bezeichnung/Handelsname des Medikaments. Dies ist nicht der Wirkstoff, auch wenn dieser sich häufig im Präparatenamen wiederfindet
- Stärke: gibt die eigentliche Wirkstoffmenge der jeweiligen Darreichungsform an (z.B. 200 mg bei einer ggfs. mehrfach täglich eingenommenen 200 mg Ibuprofen-Tablette oder 500 mg/ml bei Novalgin-Tropfen). Die Angabe der Stärke befindet sich auch auf der Umverpackung – bitte nicht verwechseln mit der vom Patienten eingenommenen Gesamtmenge (siehe auch erklärende Abbildung unter „Dosierungshäufigkeit“).
- Darreichungsform: die Form, in der das Medikament verabreicht wird
 - 1 = Tablette (z.B. Brausetabletten, Dragees, Pastillen, Täfelchen, Würfel)
 - 2 = Kapsel (Kapseln zum Einnehmen)
 - 3 = Tropfen (alle flüssige Arzneiformen zur oralen Anwendung wie Emulsion, Suspension, Dilution (= Verdünnung), Elixier, Extrakt, Pumplösung, Lösung, Trinkampullen)
 - 4 = Salbe (Lösungen zur Anwendung auf der Haut wie Creme, Paste, Lotion, Balsam, Gel)
 - 5 = Topika am Auge (wie Augensalbe, Augengel, Augentropfen als Einzeldosispipetten)
 - 6 = Pflaster (transdermales Pflaster)
 - 7 = Spritze (Injektionen, Infusionen, Ampullen, Fertigspritzen, Durchstechflaschen)

8 = Inhalator (für die Bronchien, wie Inhalationsspray , Aerosol, Inhalationsampullen, Inhalationskapseln, Inhalationslösung, Inhalationspulver)

9 = sonstiges* (Bitte notieren Sie, was Sie mit Sonstiges meinen.)

(wie z. B. Granulat, Pulver, Suppositorien (Zäpfchen), Globuli, Ohrentropfen, Ohrensalben, Ovula (Vaginalzäpfchen), Klistiere, Nasengel, Nasentropfen, Nasensalbe, Rektalschaum, Vaginalcreme, Vaginalgel, Vaginalkapseln, Vaginalring, Rektalkapseln.)

99 = keine Angabe

- Dosierungshäufigkeit /Dosierung:
 - Bei täglicher Einnahme: Pro Tag: morgens, mittags, abends, nachts – jeweils die Stückzahl/Dosierung pro Tages-/Nachtzeitpunkt eintragen
 - Wenn keine tägliche Einnahme vorliegt, dann nutzen Sie folgendes Dokumentationsschema:
 - Häufigkeit x Einzeldosis/Stückzahl im zutreffenden Intervall
z. B. in der Spalte pro Woche 4 x 20 Tropfen eintragen
 - Aufrunden von Kommabeträgen auf nächsthöhere Zahl, z.B. Einnahme alle 2 Tage = 3,5 x pro Intervall aufrunden auf 4 x pro Intervall
 - 2 = pro Woche
 - 3 = pro Monat
 - 4 = pro Jahr
 - 5 = sonstiges*, z. B. mehr als vier Mal täglich bzw. alternierende/abwechselnde Dosierungen → Freitext-Eingabe für Häufigkeit und Einzeldosis (z. B. Einnahme alle 4 Stunden 2 Tabletten ODER (als Beispiel für alternierende/abwechselnde Gabe) bei Tablettenaufnahme 2x pro Woche 3 UND 1x pro Woche 2)
 - 99 = keine Angabe
 - Beispiel für unterschiedliche Medikationsregime siehe Medikationsplan am Ende des Kapitels

- Einheit:
 - 1 = Stück (z. B. für Tablette)
 - 2 = Tropfen (für flüssige Medikamente)
 - 3 = I.E. (internationale Einheiten z.B. für Insulin)
 - 4 = ml (für Säfte)
 - 5 = Hub (für Sprays)
 - 6 = sonstiges* (Bitte notieren Sie, was Sie mit Sonstiges meinen.)
 - 99 = keine Angabe

- Besondere Hinweise: Besonderheiten das Medikament betreffend notieren
z.B. „nüchterne Einnahme“

- Einnahmedauer: Wie lange wird das Medikament schon eingenommen?
 - 1= weniger als eine Woche
 - 2 = ≥ eine Woche bzw. < ein Monat ≤
 - 3 = ≥ ein Monat bzw. < zwei Monate
 - 4 = ≥ zwei Monate bzw. < sechs Monate
 - 5 = ≥ sechs Monate bzw. < ein Jahr

6 = ≥ ein Jahr

99 = keine Angabe

• Anwendung:

1 = Dauermedikation (Ein Medikament wie z.B. ein Antibiotikum, dass in dieser Woche regelmäßig auf Anweisung des Arztes eingenommen wird, würde dann für diese Woche als Dauermedikation zählen.)

2 = Bedarfsmedikation (Einnahme nur im Bedarfsfall)

99 = keine Angabe

Beispiel Medikationsplan

Frau Mustermann nimmt die folgenden Medikamente:

- Ibuprofen 400 mg:** 3-mal am Tag eine Tablette als Dauermedikation seit über 1 Jahr
- Novalgine Tropfen 500mg/ml:** jeden zweiten Tag 20 Tropfen abends seit 8 Monaten bei Bedarf
- Dekristol 20000 I.E.:** 1-mal im Monat 1 Kapsel mittags mit fettreicher Nahrung seit 3 Monaten. Sie hat eine Kapsel diese Woche genommen, deswegen wird dieses Medikament in dem Medikationsbogen aufgenommen.
- Aciclovir 800mg:** 5-mal am Tag 1 Tablette für die Gürtelrose seit 3 Tagen
- Lorazepam neurax 1mg:** Diese Woche hat sie Dienstag 2 Tabletten, Donnerstag 1 Tablette und Sonntag 2 Tabletten genommen. Die Tabletten hat sie nach einem Sturz verschrieben bekommen, der vor 1 Monat war. Diese Tabletten nimmt sie immer nach Bedarf.
- Fentanyl-CT 12 µg/h Pflaster:** 1 Pflaster wird alle 3 Tage seit 7 Monaten aufgeklebt
- Simvastatin 80mg:** 1 Tablette täglich zur Nacht seit 20 Jahren

ID-Nr. Patient: 11/12/13/14/15/16 Datum der Erhebung: 10/11.10/11.2.01/13



Aktuelle Medikation (der letzten 7 Tage)

Erfasst durch: Frau Mustermann t0 t1 t2
 Untersuchungsteil wurde: durchgeführt nicht erhoben abgebrochen

PZN	Präparatname	Stärke	Darreichungs-Form	Dosierungshäufigkeit				Einheit	Bes. Hinweise	Einnahmedauer	Anwendung
				Pro Tag	Pro Woche	Pro Monat	Pro Jahr				
06313378	Ibuprofen	400mg	1) Tabletten	1 1 1				1) Stück	z.B. nüchterne Einnahme	1) -1 Woche	1) Dauermedikation
01553758	Novalgine	500mg/ml	3) Tropfen		4x20			2) Tropfen		2) 21 Woche, <1 Monat	2) Bedarfsmedikation
14056702	Dekristol	20000 I.E.	2) Kapsel			1x1		1) I.E.	mittags mit fettreicher Nahrung	3) 21 Monat, <2 Monate	4) 22 Monate, <6 Monate
06873189	Aciclovir	800mg	1) Tablette					1) ml	nach dem Essen	5) 26 Monate, <1 Jahr	6) 21 Jahr

*Bitte notieren Sie, was Sie mit „Sonstiges“ meinen.

ID-Nr. Patient: 11/12/13/14/15/16 Datum der Erhebung: 12.1.2019



PZN	Präparatname	Stärke	Darreichungs-Form	Dosierungshäufigkeit					Einheit	Bes. Hinweise z.B. nüchterne Einnahme	Einnahmedauer	Anwendung
				Pro Tag	Pro Woche	Pro Monat	Pro Jahr	Sonstiges* (z.B. mehr als 4x tgl.)				
5. Medikament: <u>04538216</u>	<u>Lorazepam</u> <u>neurox</u>	<u>1mg</u>	<u>1</u>					<u>0, - 2</u> <u>D₃ - 1</u> <u>50 - 2</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	
6. Medikament: <u>04033411</u>	<u>Fentanyl-</u> <u>CT</u>	<u>12µgH</u>	<u>6</u>	<u>2x1</u>					<u>1</u>	<u>alle</u> <u>3</u> <u>tage</u>	<u>5</u>	<u>1</u>
7. Medikament: <u>03964744</u>	<u>Simvastatin</u> <u>Keumann</u>	<u>80mg</u>	<u>1</u>	<u>1</u>							<u>6</u>	<u>1</u>
8. Medikament:												
9. Medikament:												

*Bitte notieren Sie, was Sie mit „Sonstiges“ meinen.

Vierter Durchgang CERAD-Wortliste

Instruktion:

- Haben Sie die CERAD-Wortliste nach 10 Minuten ein viertes Mal erneut bei dem Patienten abgefragt?
- Dokumentieren Sie das Ergebnis der Durchgänge auf Seite 11 im Fragebogen.

Anlage 17: DropOut-Fragebogen

ID-Nr. Patient: []/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]

T1 [] T2 []

Drop out datum: []/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]

Kontaktinformation

1. Hat die Befragung stattgefunden?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <i>→ weiter mit Frage 4</i>

2. Wurde die Befragung telefonisch durchgeführt?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

3. Konnte der/die Patient/in überwiegend persönlich befragt werden?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> keine Angabe

4. Wenn nein, Gründe für das Nichtzustandekommen der Befragung?
<input type="checkbox"/> Patient möchte nicht mehr an der Studie teilnehmen
<input type="checkbox"/> Hausarztwechsel
<input type="checkbox"/> wiederholt nicht anzutreffen (z.B. Patient/in ist im Krankenhaus)
<input type="checkbox"/> Umzug (z.B. in ein Heim)
<input type="checkbox"/> Tod des/der Patienten/in <i>→ weiter mit Frage 5</i>
<input type="checkbox"/> gesundheitliche Gründe
<input type="checkbox"/> anderen Grund, und zwar: _____
<input type="checkbox"/> keine Angabe

5. Wenn der/die Patient/in verstorben ist, bitte das Todesdatum angeben
[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]/[]
<input type="checkbox"/> keine Angabe

6. Ist der/die Patient/in in der Interventions- oder Kontrollgruppe?
<input type="checkbox"/> Intervention
<input type="checkbox"/> Kontrolle

bevor wir uns von Ihnen verabschieden, möchten wir gern erfahren, ob Ihnen die Fortbildung gefallen hat und welche Erfahrungen Sie daraus mitnehmen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig durchzulesen und Ihre jeweilige Antwort anzukreuzen.

Vielen Dank!

Ihr COFRAIL-Team

I. Den folgenden Aussagen stimme ich:	vollkommen zu		gar nicht zu	
	1	2	3	4
1. Die Fortbildung hat mich fachlich weitergebildet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Inhalte wurden verständlich dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte sind für meine Arbeit relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Das fachliche Niveau der Schulung war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der zeitliche Rahmen der Fortbildung war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich durch die Fortbildung auf die Durchführung der Familienkonferenzen gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich befürchte, dass das Absetzen bzw. die Dosisreduktion von Medikamenten möglicherweise mit negativen Konsequenzen für die Patienten verbunden ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich befürchte, dass das Absetzen bzw. der Dosisreduktion von Medikamenten zu Konflikten mit anderen (Fach-) Ärzten führt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mir ist es wichtig, die Angehörigen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mir ist es wichtig, die Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Wie bewerten Sie die Fortbildung insgesamt? (Schulnote)					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Anmerkungen:



Contents lists available at ScienceDirect

PEC Innovation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pecinn

Development of a shared decision-making intervention to improve drug safety and to reduce polypharmacy in frail elderly patients living at home

E. Drewelow^{a,*}, M. Ritzke^{a,1}, A. Altiner^a, A. Icks^b, J. Montalbo^b, V. Kalitzkus^c, S. Löscher^c, Y. Pashutina^c, S. Fleischer^d, J. Abraham^d, P. Thürmann^e, NK. Mann^e, B. Wiese^f, S. Wilm^c, A. Wollny^a, G. Feldmeier^a, T. Buuck^a, A. Mortsiefer^g, on behalf of the COFRAIL study group

^a Institute of General Practice, University Medical Center Rostock, Doberaner Straße 142, 18057 Rostock, Germany

^b Institute for Health Services and Economics, Centre for Health and Society, Faculty of Medicine, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Germany

^c Institute of General Practice, Medical Faculty, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Germany

^d Institute for Health and Nursing Science, Medical Faculty, Martin Luther University Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle, Germany

^e Department of Clinical Pharmacology, School of Medicine, Faculty of Health, Witten/Herdecke University, Heusnerstraße 40, 42283 Wuppertal, Germany

^f WG Medical Statistics and IT-Infrastructure, Institute of General Practice, Hannover Medical School, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Germany

^g Institute of General Practice and Primary Care, Faculty of Health, Department of Medicine, Witten/Herdecke University, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten, Germany

ARTICLE INFO

Keywords:

Frailty
Polypharmacy
Deprescribing
Family Conference
Primary Care

ABSTRACT

Objectives: For patients with geriatric frailty, reducing inappropriate medication is an important goal to improve patient safety in primary care. GP-side barriers include knowledge gaps, legal concerns, and lack of communication between the actors involved. The aim was to develop a multi-faceted intervention to facilitate deprescribing and shared prioritisation among frail elderlies with polypharmacy living at home.

Methods: Mixed methods study including: 1) scoping review on family conferences, expert panels; 2) group discussions with GPs, mapping of needs and challenges in Primary Care; 3) workshops and expert interviews with GPs, patient advocates, researchers as a basis for a theoretical intervention model; 4) piloting.

Results: A major challenge for GPs is to conduct a productive discussion with patients and family cares on deprescribing and drug safety. A guideline for a structured family conference with a medication check and geriatric assessment was developed and proved to be feasible in the pilot study.

Conclusion: The intervention developed to facilitate deprescribing and shared prioritisation of drug therapy based on family conferences seems suitable to be tested in a subsequent cRCT.

Innovation: Adapting family conferences to primary care for frail patients with polypharmacy.

1. Introduction

Patients aged 65 years and older show a marked increase in multimorbidity and thus in the prevalence of polypharmacy and frailty, which are associated with specific risks for poor health outcomes such as falls, hospitalisation, malnutrition, delirium or mortality [1,2]. The potential progression of the frailty syndrome especially at earlier stages could be countered with diverse interventions [3,4]. To address this, particularly the reduction of polypharmacy is promising [5]. In this context a mindful medication management that considers reducing potentially inappropriate medication (PIMs) in frail patients could help maintain or improve health-related quality of life and increase safety by reducing drug-related negative outcomes [6,7,8].

Despite the existence of studies which investigate the effectiveness of interventions to reduce PIMs, there is still uncertainty about how to stop them safely and effectively in daily routine. Although the majority of patients aged 65 years and older signalled a hypothetical willingness to stop taking medication if their physician deemed it appropriate, the willingness to actively do so may not be as high [9,10]. The process of discontinuing a long-term medication is often complicated by many factors on both sides, e.g. fear, lack of trust or information, perceived pressure, habits, uncertainty regarding medication prescribed by others. As studies have shown, polypharmacy and PIMs are often the result of mis- or non-communication during the doctor-patient interaction. Therefore, communication in the deprescribing process should be more patient-centred [11-13]. A comprehensive approach is needed to address this.

* Corresponding author at: Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Doberaner Straße 142, 18057 Rostock, DE, Germany.

E-mail address: eva.drewelow@med.uni-rostock.de (E. Drewelow).

¹ shared authorship

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100032>

Received 21 October 2021; Received in revised form 3 February 2022; Accepted 19 March 2022

Available online xxx

2772-6282/© 2022 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

There are comprehensive multidisciplinary approaches, e.g. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) that also aim to improve polypharmacy in frail elderly. However, the effectiveness for primary care setting and the degree of patient and GP involvement seems unclear [14]. So, there is a need for further development of concepts facilitating the process of prioritising drug therapy and deprescribing in primary care.

This study corresponds to the first phase of the research project "Family conferences and shared prioritization to improve patient safety in the frail elderly" (COFRAIL) focusing on the development and piloting of a multifaceted intervention in primary care to be tested in a subsequent cluster-randomised controlled trial (cRCT) [15]. The intervention aims to support shared decision-making between GPs, patients and family carers and to promote the process of deprescribing PIMs in frail older patients living at home to improve patient safety by reducing hospitalisations and preventing falls.

2. Methods

This paper outlines the development of a complex intervention in collaboration with two German study sites (03/2018 – 02/2019). This process was conducted according to the first two stages of the Medical Research Council (MRC) framework by Craig [16] and its further development [17,18]. It was also guided by both our own research [19] and by intervention mapping [20,21]. An overview of all methods used can be found in fig. 1.

2.1. Identifying the evidence base (Step 1)

The first step was to identify existing evidence with focus on shared decision-making in the management of polypharmacy and to take into account own research in the development of educational interventions in

primary care. To analyse the effectiveness and applicability of intervention elements a scoping review on family conferences was conducted for its use in primary care (publication in progress).

Decision-making in the research process and discussions of the results of literature reviews were conducted in regular meetings of the study panel and in workshops with participation of various experts from e.g. general practice, pedagogy, health services research and health economy, clinical pharmacology and self-help organisation for caregivers, palliative care, health insurance company.

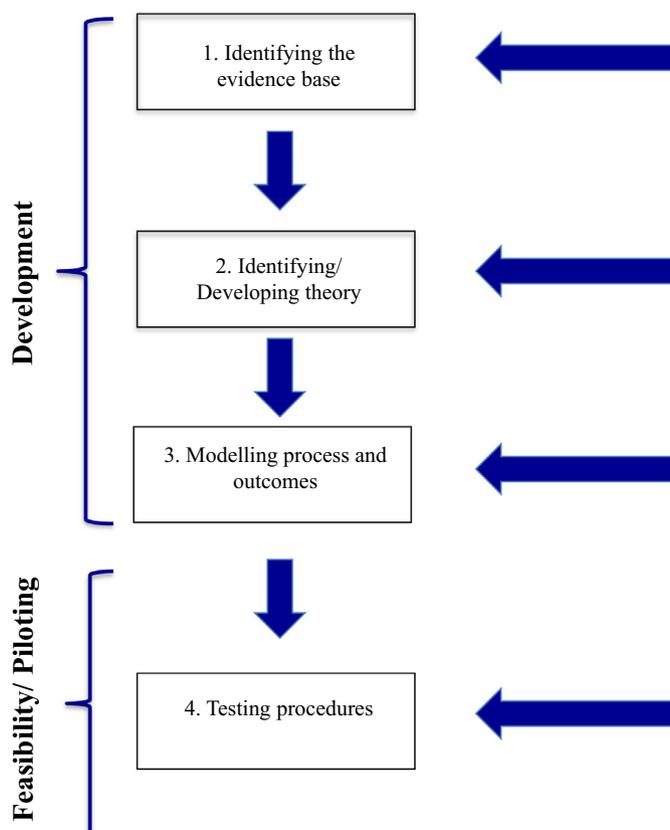
2.2. Identifying and developing a theory (Step 2)

Based on the logic model by Saal et al. [19], for complex interventions, a framework was developed in interdisciplinary brainstorming sessions and by mind mapping as a theoretical basis for conducting family conferences. It was further elaborated on the basis of workshops with GPs and experts. First, barriers and challenges of deprescribing and shared prioritisation in family practice from the perspective of all parties involved were identified and processed. Then, didactic methods and intervention elements were assigned to these and intended learning objectives and effects/outcomes were named. The theoretical model was repeatedly discussed in an expert panel, adapted and agreed between all project partners.

2.3. Modelling process and outcomes (Step 3)

In a consensus meeting it was decided to further develop the following instruments to achieve the study goals: a) Guideline Family Conference, b) Deprescribing Manual, c) Toolbox on Non-Pharmacological interventions.

First stages of the MRC framework (Craig)



Methods used in the COFRAIL study

- Own research on polypharmacy, shared decision-making and doctor-patient communication
 - Literature research (reviews/qualitative studies)
 - Scoping review on family conferences
 - Expert panel
- Workshops with GPs and other experts
 - Analysis of needs and problem areas of frail patients
 - Mind map
- Workshops and expert interviews with GPs
 - Status quo analysis on practical support options for caregiving relatives
 - Guidelines and material for intervention modules
- Submission and approval ethics application
 - Piloting of intervention modules: Family Conference Guideline, Deprescribing Manual, Toolbox on Non-Pharmacological interventions
 - Adjustment after evaluation

Fig. 1. Overview of the intervention development process and piloting.

GPs and health services researchers adapted the Guideline for primary care setting (a). The pharmacological intervention (b) was developed by clinical pharmacologists and pharmacists based on principles of deprescribing in geriatric patients [22-26]. The background of the Deprescribing Manual has been described elsewhere [27]. The non-pharmacological intervention (c) for the target group was based on a literature search, the assessment of existing tools and comprehensive and specific guidelines [28-34]. This was complemented by expert discussions (GPs, nurses) and focus groups with GPs on the care situation respectively problem areas of the target group and caring relatives to elaborate non-pharmacological needs.

These intervention elements were gradually presented and discussed among the project partners. The practicability was checked in trial training courses with GPs.

2.4. Testing procedures (Step 4)

Finally, recruitment strategy and practical implementation of the family conference were piloted with four GPs. Each selected two patients and involved their relatives [15,35] (See Table 1).

Then, GPs conducted one family conference regarding medication. Study staff supported them in recruiting patients and relatives, observed and protocolled the process. In addition, GPs were interviewed face-to-face (semi-structured) on their experiences with the process. Their feedback was categorised and analysed. In addition, feedback from patients and relatives was obtained through semi-structured telephone interviews as part of the process evaluation. Finally, the Non-Pharmacological Toolbox was tested separately by two GPs, for this was planned as topic of the second conference.

In preparation of the piloting, the study has been approved by the ethics committees of the study centres Rostock (no. A2018-0151) and Düsseldorf (no. 2018-283).

3. Results

The research results on topic related findings are presented according to Craig's MRC framework [16].

3.1. Identifying the evidence base

3.1.1. Communication and shared decision-making in the context of polypharmacy

There is strong evidence that the process of deprescribing is not only a question of the pharmacotherapeutic knowledge of the GPs, but also a matter of communication between doctors and patients. Furthermore, inadequate communication between those responsible for the medication management and the lack of awareness of polypharmacy as a problem were identified as another causality for adverse drug events (ADE). Hence, a patient-centred (knowledge, experience, attitude), holistic (non-pharmacological) and collaborative approach (caregivers, professionals, relatives) seems to be promising to reduce polypharmacy, ideally performed step-by-step [6,9,36-39]. From our own research on polypharmacy management, we derive the need to promote structured conversations by integrating sequences of active listening and exploration of patient views and beliefs [40-44].

Many frail elderly patients living at home are not able to manage the ordering and appropriate intake of drugs due to limitations in sensor-motoric functions, sense organs or memory. Very often professional or non-professional carers are involved in the medication management [45]. So, we concluded that all carers have to be included in this comprehensive process. In order to optimise communication processes in deprescribing we evaluated the concept of "family conferences" for its potential.

3.1.2. Framing the concept of family conferences for primary care

Family conferences are defined as a meeting between physician, family members and, if possible, the patient to coordinate care or treatment

Table 1

Patient recruitment: inclusion and exclusion criteria.

Inclusion criteria	Exclusion criteria
<ul style="list-style-type: none"> • frailty level 5-7 (Clinical Frailty Scale) • age \geq 70 years • regular intake of \geq 5 drugs • care dependency or comparable status • receiving nursing care in domestic environment • availability of a trust person 	<ul style="list-style-type: none"> • moderate or severe dementia • legal guardianship • life expectancy \leq 6 months • nursing home resident • insufficient German skills

changes. The concept has been applied and proven in several clinical settings, e.g. in palliative and intensive care. Thus, the reduction of hospitalisations, costs and mortality could be demonstrated. However, in these family conferences patients were less actively involved due to their critical health condition and the focus merely laid on family driven outcomes e.g. satisfaction with care [46,47].

Bangsbo and Gambhir also point out that well-structured family conferences are promising in inpatient setting to improve patient empowerment and satisfaction by including patient preferences. Patients with frailty syndrome could also be more actively involved in decision-making [48,49]. Furthermore, family conferences could effectively contribute to improve communication between doctor, patients and relatives and thus facilitated family satisfaction and the quality of care, e.g. in long-term care [50].

To date, there is a lack of evidence for the effectiveness of family conferences in primary care and with focus on polypharmacy. Its effectiveness could only be assessed in relation to other areas of care. Relevant studies mainly focus on feasibility and acceptance and also on specific process-related outcomes, e.g. improved communication. But also, a benefit for patients and their relatives in terms of strengthening patient autonomy and orientation during further therapy planning could be proven [51,52].

An effective family conference should be well-structured and encourage the involvement of the family. To ensure the greatest possible benefit for all participants it should be tailored to their needs, knowledge and skills. The coordinating doctor should have patient-centred communication skills (empathetic informing and questioning, checking and encouragement of shared decision-making) to promote this. Joint prioritisation of treatment goals could thus also promote the deprescribing process and address the lack of communication in medication management. The theoretical model of family conferences appears to be adaptable to the GP setting. [46,53-59].

3.1.3. Adaptation of the concept of family conferences to primary care

A step-by-step approach is recommended for conducting family conferences consisting of four main phases: Initiation, preparation, implementation and follow-up. First, participants should be identified that could benefit. The second phase includes informing and preparing participants, agreeing on the setting. The third phase is divided in introduction and consideration of communication rules, reassurance of the purpose, assessment of individual needs and goals. In addition, the level of knowledge about the patient's health status should be queried and gaps closed. Joint prioritisation and documentation of discussed needs and the agreement on further treatments mark the last sub-step. The fourth phase includes implementation of agreements and setting of appointments [59].

Qualifying GPs for the implementation of family conferences could be carried out in a tailored training and by providing supportive tools and documents. GPs need to be sensitised for its benefit. This might enable them to convince patients and their families of the advantages of family conferences. In a next step, GPs should learn how to conduct family conferences successfully, taking communication rules, the active involvement of all participants and shared decision-making into account [46,59,60].

Findings of the literature review flowed into a comprehensive concept by intervention mapping (fig. 2).

3.2. Identifying and developing a theory

The theoretical framework (fig. 3) includes barriers and challenges of deprescribing and shared prioritisation in family practice on the level of

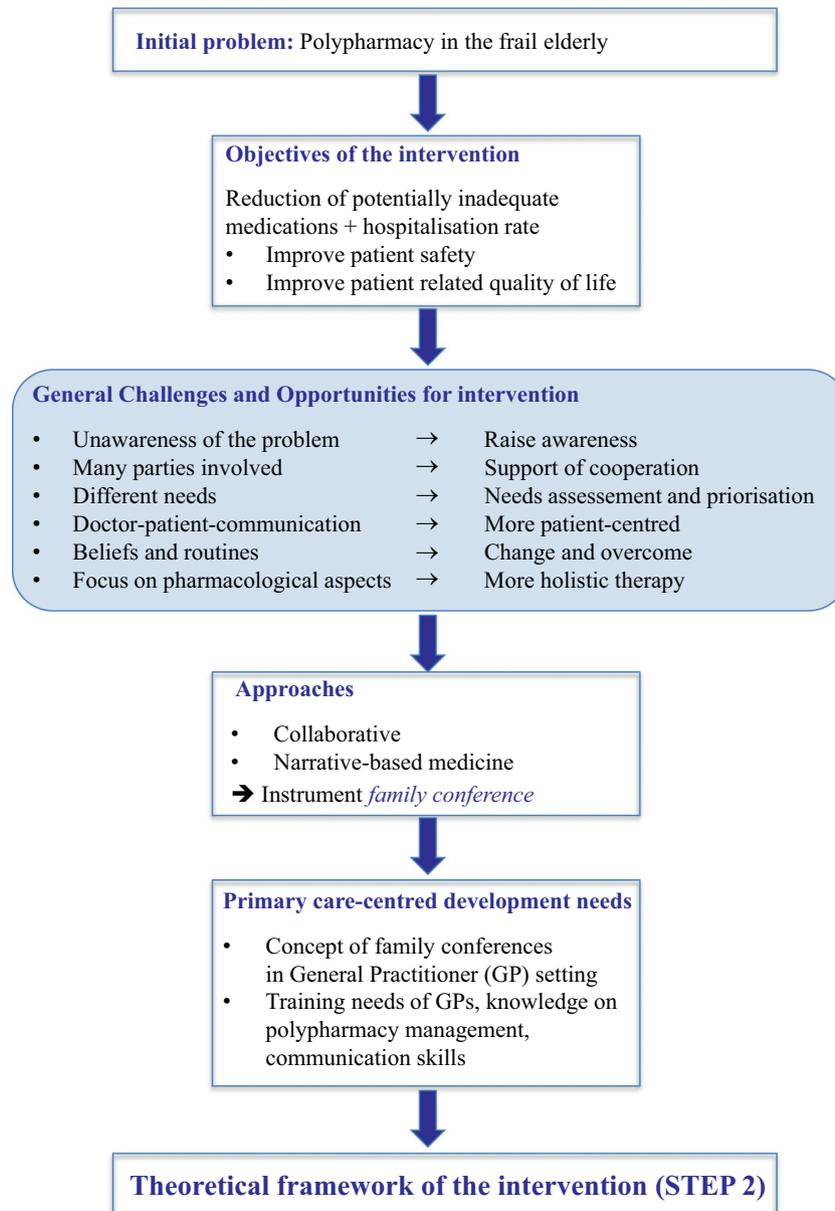


Fig. 2. Overview of results of STEP 1 of the intervention development.

GPs, patients and relatives (e.g. understanding of roles, knowledge gaps, resources, fears). To overcome these obstacles specific intervention elements and didactic methods were integrated. The family conference, as module 1, forms the frame for planning drug management (module 2) and for jointly recording and prioritising non-drug needs (module 3). The content of the modules is to be taught in two consecutive training courses including impulse lectures, group and case discussions. To enable GPs to conduct a family conference, they are provided with a guideline, an instructional video and communication training with simulation patients. Overall objective is to modify GPs behaviour (attitudes, norms) and to introduce them to a more structured approach of deprescribing. Finally, the intended outcomes of all intervention steps in relation to GPs, patients and relatives were integrated in the framework.

3.3. Modelling process and outcomes

3.3.1. COFRAIL family conference guideline

For the intervention, three consecutive family conferences with respective guidelines were designed. Main focus of the first conference is drug

management (module 2). The second family conference offers the opportunity to discuss non-pharmacological needs and treatment options (module 3). The third conference serves to individually deepen the contents of the first and second one. The procedure of each family conference is basically the same, but they differ according to the respective topic in content and tools. The guideline of each conference is divided into three phases: preparation, implementation, follow-up. Each of them is subdivided into further steps. The guideline for the first family conference can be found in fig. 4.

3.3.2. COFRAIL deprescribing manual

In the first training course, GPs are introduced to the concept of family conferences and its conduction in frail elderly patients with polypharmacy. The process of deprescribing is defined as the discontinuation of inappropriate drugs [61], which should be based on an individual risk-benefit assessment [62]. The potential benefit of drug reduction is seen in an improvement in quality of life and survival time [63,64]. Hilmer et al. [65] consider the limitation of the number of drugs, regardless of their possible indication, as a quality goal. Possible discontinuation effects include the rebound effect, the discovery of interactions, the recurrence of

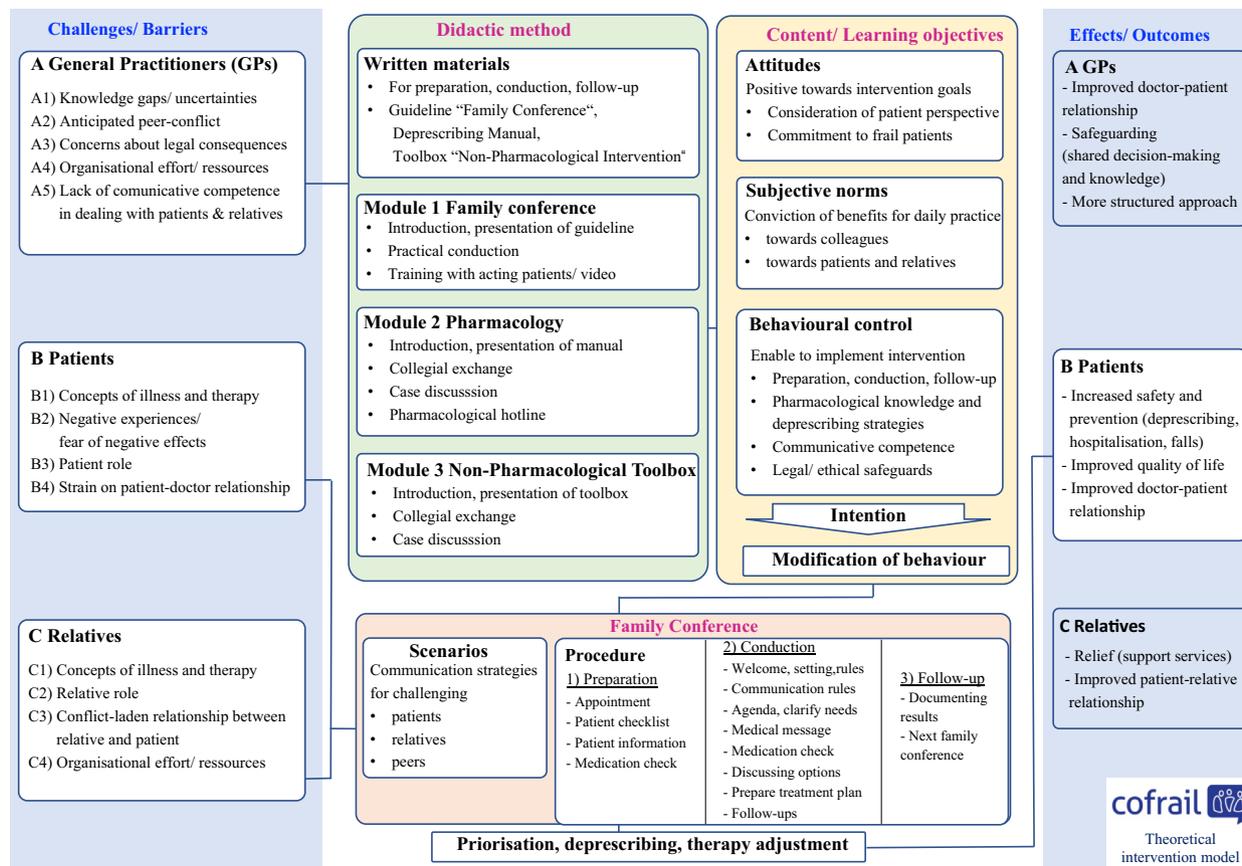


Fig. 3. Theoretical framework of the COFRAIL intervention.

symptoms originally treated and a deterioration in the long-term statistical prognosis.

For preparation and follow-up of the first family conference the GPs are given the Deprescribing Manual in a paper version. It intends to serve as a tool or reference work in drug management and in the reduction of poly-pharmacy (fig. 5).

For optional use a preparation sheet, a table and a short version of the deprescribing algorithm is provided to the GPs. During the COFRAIL study a pharmacological hotline will also be available to support the GPs.

3.3.3. COFRAIL non-pharmacological toolbox

Additionally, a toolbox was developed for needs assessment and non-pharmacological options (fig. 6) and is topic in the second training course. According to literature research the use of brief multidimensional screening instruments to identify commonly overlooked problems in older patients in primary care and to plan further assessments and treatment interventions in a patient-centred manner is recommend [66]. Comprehensive guidelines of the World Health Organization (WHO) and the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM) [28,29], as well as guidelines on specific health problems (e.g. malnutrition) [30,31] have proven to be important here. The WHO provides information on the assessment of problem areas of elderly patients with regard to physical and mental limitations as well as recommendations for their treatment. The DEGAM recommends the use of the MAGIC questionnaire [32-34] to survey patient-related problems. It focuses on nine problem areas of relevance to daily life of older people and provides information on medication review.

Based on these findings, 13 problem areas were considered as relevant. The toolbox is intended as a complement to the Deprescribing Manual and focuses more on the everyday limitations of diagnoses (e.g. falls) and their prevention rather than on indications itself (e.g. cardio-vascular problems). To identify and prioritise non-pharmacological patient-related problems in a structured way, the toolbox contains a preparation sheet, a checklist and

the "COFRAIL Needs Analysis Manual with information on non-drug therapies for patients with geriatric frailty syndrome".

Centrepiece is the checklist for joint problem identification and determination of non-pharmacological actions (supplement 1). Initially, used medical services, aids, check-ups and preventive examinations can be recorded. Afterwards, patient's everyday problems can be assessed. Finally, a joint prioritisation of existing problems should take place, and concrete steps should be defined and documented.

Additionally, the manual can be used for preparation and follow-up of the second family conference. Each problem area is presented in one chapter. Also, a plan for domestic emergencies is attached with the intention to provide important patient information to those present on site (e.g. personal data, diagnoses, telephone numbers, living will, power of attorney for preventive medicine).

3.4. Testing procedures

The piloting results on GP level with focus on adaptation needs, experiences on implementation of family conferences as well as training needs can be found in table 2.

Analysis of the feedback from patients and relatives led to the following results: Due to the health status of frail patients in some cases only their relatives could provide information. Altogether, feedback was obtained from four patients and five relatives (spouse, children). Participants emphasised the trustful relationship to their GP and appreciated the family conference, which they perceived like a "normal home visit". The duration seemed appropriate. All participants were able to discuss and clarify satisfactorily relevant issues and felt involved. They were particularly positive that the GP has taken sufficient time for their concerns in a familiar environment. The main responsibility for medication management often lay with the relatives, decisions on discontinuation were usually made between them and the GP. However, patients and relatives relied on the GPs' assessment.

cofrail Guideline Family Conference No.1

<p>Preparation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Making an appointment with the patient, the relative and if necessary, care service • Update medication plan, print out twice and take it with you <i>(Place a copy in the COFRAIL project folder)</i> • Using the deprescribing guide, decide which medication should be considered for discontinuation (contact the pharmacology hotline if necessary)
<p>Conduction of the 1st family conference</p> <p> Start:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Clarify the setting (e.g. sitting together at the same table) ➢ Explain the agenda: topic drugs, further topic(s) ➢ Determine needs (optional use of the patient preparation sheet) ➢ Agree communication rules (e.g. everyone should have a say) <p> Medical Message on Deprescribing: „With increasing frailty, the tolerability and benefit of many drugs is no longer guaranteed. Stopping medication could stabilise your state of health (e.g. with regard to mobility/ ability to move) and could reduce the risk of emergency events!“</p> <p> Medication Check: Putting all drug packages on the table and discuss them one by one, discuss possible options for change for each drug:</p> <p> Tolerance "How do you tolerate the drug?"</p> <p> Therapeutic Goal "What is our goal with this drug?"</p> <p> Risk "What are the potential risks associated with this drug?"</p> <p> Final organisational steps:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Update the medication plan by hand for the patient / care service ➢ Agree on further follow-up checks and follow-up appointment ➢ Fill in the COFRAIL result sheet and leave a copy with the patient <i>(take the original with you, submit to the study centre and place it to the COFRAIL project folder)</i>
<p>Follow-up</p> <ul style="list-style-type: none"> • Update the medication plan, print out twice, send it to the patient/ if necessary, also to the care service <i>(place a copy in the COFRAIL project folder)</i> • Follow-up checks/ follow-up appointment (as agreed with the patient)

COFRAIL – Guideline Family Conference No. 1

Fig. 4. COFRAIL Guideline Family Conference No. 1.

Patients suggested that further aspects should be addressed (e.g. care, therapies, socio-legal aspects), which was already intended with the "Non-Pharmacological Toolbox" as focus of the second family conference. As the piloting of this toolbox showed it is basically suitable for structured recording of patient needs and gaps in care as well as for further therapy planning. Nevertheless, sufficient time should be planned for narrative questions and a follow-up should be carried out. Based on GPs' feedback, there was no need to adapt the toolbox.

Overall, the procedures of the family conferences proved to be feasible and promising for elderly patients with frailty-syndrome and polypharmacy. There was no necessity for major adjustment of the COFRAIL Family

Conference Guideline. In addition, the need for intensive preparation of GPs for family conferences, e.g. in the form of training, has been confirmed.

4. Discussion and conclusion

4.1. Discussion

The development of an intervention to improve polypharmacy management in frail elderlies results in a collaborative concept promoting family conferences to enhance communication on drug safety and therapeutic goals between GPs, patients and carers.

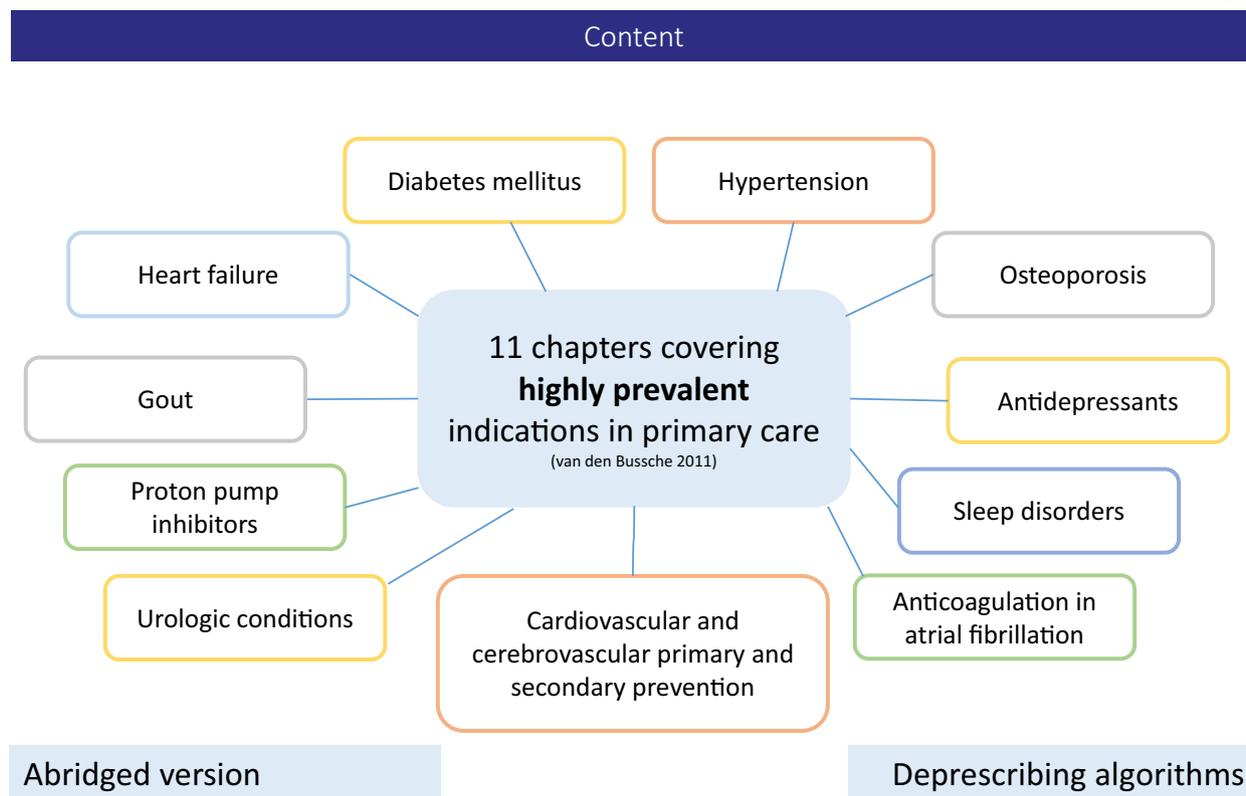


Fig. 5. Content of the COFRAIL Deprescribing Manual.

4.1.1. Implications of findings in context of existing research

Other relevant studies focus mainly on reducing medication without directly involving patients in the decision-making process. Depending on the setting, the studies pursue strategies of delivering relevant information to GPs including case-related advice by pharmacists or implementation of alerting systems in the electronic patient files [6,37,38]. However, regular reviews of the medication actually taken by the patient is an essential part of many interventions on polypharmacy in accordance to our approach of an initial medication check within the family conference [9,36,67,68].

The COFRAIL Family Conference takes a collaborative approach, which has been proven to be effective in other settings and for other target groups [46,48]. Some studies have introduced case conferences mainly under the participation of different professionals [37,39]. Although some approaches (e.g. CGA) aim to take patient needs and preferences into account, degree and manner of patient involvement in the entire process of decision-making remains unclear. Moreover, the importance and potential of a long-term trusting GP-patient relationship does not seem to be sufficiently taken into account. In addition, the effects with regard to patient-relevant outcomes, e.g., reduction of hospitalisation rate and PIMs, seem to be rather low or unclear for primary care [14]. The active involvement of patients and family carers in family conferences on polypharmacy management has to our knowledge not yet been focused on and adapted for primary care. The development of the COFRAIL intervention is intended to close this gap.

The communication process in the COFRAIL Family Conference is supported by a Deprescribing Manual and a Non-Pharmacological Toolbox for further prioritisation and treatment planning. The intervention presented also includes peer-guided workshops for GPs to learn about the content and implementation of family conferences. This is in contrast to

interventions where doctors only received educational material, which had rather little impact on reducing polypharmacy [6].

The GP's safeguarding and the patient's security are provided by additional follow-up appointments after the family conference. This is ensured by the Family Conference Guidelines and by the optional use of a result sheet to note follow-ups for GP and patient (fig. 4). Additionally, two further family conferences are planned to keep up with changes. Moreover, the GPs are given the opportunity for collegial exchange within sequential training courses, that intend to change GPs deeply rooted beliefs and routines [42].

4.1.2. Strengths and limitations of the study

The evidence-based intervention development was done according to Craig's MRC framework [16], which enables quality assurance and comparability with other concepts. This also contributes to the traceability and transparency of the steps taken and the methods used. An interdisciplinary group of researchers consented methods and steps and was continuously accompanied by an international advisory board. Furthermore, the experiences and opinions of GPs regarding the care of the target group and their further needs were collected and considered. All findings were transferred into a theoretical framework. The selection of the intervention elements was based on a comprehensive target group-specific and intervention-related needs analysis taking into account already established instruments.

A detailed survey and analysis of the patients' views was not carried out, because the inclusion of this patient group is fundamentally more difficult and resource-intensive due to their age and existing communication restrictions. Although a representative of family caregivers was included to take their perspective into account in the intervention development, but this access and exchange could be intensified. A more detailed presentation of the

Identification and prioritisation of problem areas for frail patients

1. Performance in everyday life
2. Social environment and emergency plan
3. Mobility and agility
4. Falls
5. Vertigo
6. Chronic pain
7. Restriction in vision
8. Listening restrictions
9. Urinary and fecal incontinence
10. Cognitive impairment/dementia
11. Depressiveness
12. Unwanted weight loss/malnutrition
13. Gastrointestinal symptoms

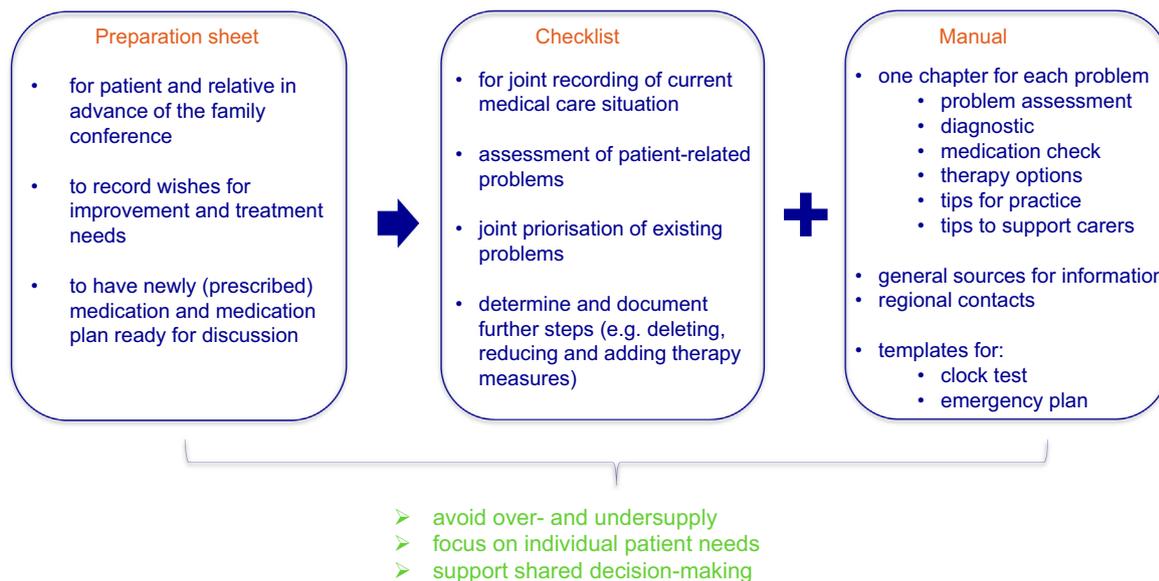


Fig. 6. Elements and objectives of the COFRAIL Non-Pharmacological Toolbox.

Table 2

Procedures Testing of the COFRAIL Family Conference: General Practitioners (GPs) perceptions and analysis results.

Stages	Sub-steps	Feedback of GPs (challenges & benefit)	Derived adjustments/ educational needs
Preparation/ organisation	Recruitment (patients)	- inclusion of unsuitable patients (e. g. with dementia) - inhibitions to invite long-term patients with frailty (fear of stigmatising them and of losing trust)	- raise awareness for importance of inclusion & exclusion criteria among GPs & medical assistant - GP training (empathic communication & motivational/ convincing arguments)
	Recruitment (persons of trust)	- difficulties to recruit persons of trust/ relatives with decision-making authority for participating (lack of time and distance)	- provide flexible approach of conduction (e. g. separate telephone call with them additionally to home visit)
	Content preparation	- underestimated effort for preparation of deprescribing (in terms of identifying needs and potential for optimisation)	- more intensive preparation of the current care situation (laboratory values, treatment plan incl. medication, review & update) by using Deprescribing Manual
Conduction	Communication	- sometimes challenging to communicate with different types of people - overall satisfying and successful communication for all participants	- further communication strategies and rules
	Discussion agenda	- unplanned change of the GPs agenda - perceived pressure to implement a predetermined topic	- predefinition of agenda, purpose, role of participants - to have an alternative topic up one's sleeve
	Process of deprescribing	- successful conduction of the brown bag review - some GPs perceived fundamental barrier to discontinuing medication on patient side, e. g. prescription of other specialists - most patients felt secure and appreciate the time taken	- concrete strategies or arguments to deal with patients' fears (e. g., regular check-ups after medication change) - communication between GP and other specialists
	Application of Deprescribing Manual	- information missing for regional differences in laboratory units - difficult orientation within the guide and between the chapters - lack of consideration of current guidelines	- more user-friendly design/ content/ handling - colour chapter marking - consideration of current guidelines - appendix on medication complexity added incl. communication tips on identification of patient-related problems in medication management and on promotion of adherence and reduction of patient-related problems
Overall aspects	Time	- 60-105 min. required per patient for preparation, conduction & follow-up	- GP training/ routine to reduce amount of time - medical assistant supports with recruitment & appointment
	Comparison with usual care	- added value of family conference vs. usual home visit - chance to deepen knowledge about patients and their needs	

educational training concept for GPs, which has an essential influence on the implementation and possible effectiveness of interventions will be published elsewhere. The piloting was carried out on a reduced scale. It was not possible to assess the feasibility of the entire intervention (e.g. multi-stage training concept, material of second and third family conference), as this would have required a longer follow-up period per patient and thus a more extensive pilot study.

4.2. Innovation

Adapting family conferences for primary care of frail patients with polypharmacy is unique of the COFRAIL intervention. This includes the active involvement of patients and family carers throughout the entire process of polypharmacy management. Furthermore, the stepwise educational intervention consists of several personal training sessions and aims in particular at a sustainable change of routines and attitudes of GPs.

4.3. Conclusion

We conclude, that polypharmacy management of frail elderlies living at home is a major challenge for GPs, not only because of knowledge gaps or concerns about legal consequences deprescribing. Particularly difficult for GPs is initiating a conversation and shared decision-making with patients and family carers about drug safety and potential benefit of deprescribing. This goal could be facilitated within a structured family conference. The COFRAIL intervention not only includes guidelines for improved communication but also for an obligatory medication check and geriatric assessment elements. We expect that a well-prepared deprescribing process will also save costs for health care in a sustainable way. Even if this may initially mean more and longer consultations, in the long term the reduction of PIMs will save costs for these drugs and reduce hospitalisations due to ADE.

However, an intensive and practical training of GPs seems to be necessary to ensure that the COFRAIL Family Conference will be carried according to the defined quality standards. From the procedures piloted we conclude that the COFRAIL intervention is eligible to be tested in a subsequent cRCT with regard to clinical outcomes, cost-effectiveness and GP and patient satisfaction.

If effectiveness has been proven for the care of frail patients with polypharmacy living at home, the concept of family conferences could be implemented in routine care. For this purpose, the applied instruments could be further developed and supplemented by other tools, such as electronic decision aids. Regular refreshing communication trainings may be required for GPs, supplemented by trainings on polypharmacy management. The concept of family conferences may also be adapted for other target groups or clinical issues in primary care.

Funding

This work was supported within the framework of the Innovation Committee at the Federal Joint Committee (G-BA) in Germany [grant number 01VSF17053].

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Appendix A. Supplementary data

Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100032>.

References

- [1] Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, Cooney M. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:61–9. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X700241>.
- [2] Nwadiugwu MC. Frailty and the risk of polypharmacy in the older person: enabling and preventative approaches. *J Aging Res.* 2020;2020. <https://doi.org/10.1155/2020/6759521>.
- [3] Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyere O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health.* 2015;10:19. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0068-x>.
- [4] Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med.* 2013;11. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-65>.
- [5] Flaherty JH, Perry 3rd HM, Lynchard GS, Morley JE. Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55:M554–9. <https://doi.org/10.1093/gerona/55.10.m554>.
- [6] Gnjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med.* 2012;28:237–53. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.006>.
- [7] Garfinkel D, Ilhan B, Bahat G. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf.* 2015;6:212–33. <https://doi.org/10.1177/2042098615613984>.
- [8] Loganathan M, Singh S, Franklin BD, Bottle A, Majeed A. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing.* 2011;40:150–62. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq161>.
- [9] Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub4>.
- [10] Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc.* 2013;6:1508–14. <https://doi.org/10.1111/jgs.12418>.
- [11] Schöpf AC, von Hirschhausen M, Farin E, Maun A. Elderly patients' and GPs' perspectives of patient-GP communication concerning polypharmacy: a qualitative interview study. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19:355–64. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000883>.
- [12] Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open.* 2014;8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006544>.
- [13] Schäfer I, Kaduskiewicz H, Mellert C, Löffler C, Mortsiefer A, Ernst A, et al. Narrative medicine-based intervention in primary care to reduce polypharmacy: results from the cluster-randomised controlled trial MultiCare AGENDA. *BMJ Open.* 2018;23. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017653>.
- [14] Ward KT, Reuben DB. Comprehensive Geriatric Assessment. <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>.
- [15] Mortsiefer A, Wilm S, Santos S, Löscher S, Wolny A, Drewelow E, et al. on behalf of the COFRAIL study group. Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety in the frail elderly (COFRAIL): study protocol of a cluster randomised intervention trial in primary care. *Trials.* 2020;20:285. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4182-x>.
- [16] Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008;29:337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>.
- [17] Skivington K, Matthews L, Craig P, Simpson S, Moore L. Developing and evaluating complex interventions: updating Medical Research Council guidance to take account of new methodological and theoretical approaches. *Lancet.* 2018;392:S2. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32865-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32865-4).
- [18] Craig P, Di Ruggiero E, Frohlich KL, et al. on behalf of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)-National Institute for Health Research (NIHR) Context Guidance Authors Group (listed alphabetically). Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018. <https://doi.org/10.3310/CIHR-NIHR-01https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498645>.
- [19] Saal S, Meyer G, Beutner K, Klingshirn H, Strobl R, Grill E, et al. Development of a complex intervention to improve participation of nursing home residents with joint contractures: a mixed-method study. *BMC Geriatr.* 2018;18:61. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0745-z>.
- [20] Fernandez ME, Ten Hoor GA, van Lieshout S, Rodriguez SA, Beidas RS, Parcel G, et al. Implementation mapping: using intervention mapping to develop implementation strategies. *Front Public Health.* 2019;18:158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00158>.
- [21] Parcel GS. In: Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RAC, Fernández ME, Kok G, editors. *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass Inc. A Wiley Brand; 2016.
- [22] Vögele A, Johansson T, Renom-Guiteras A, Reeves D, Rieckert A, Schlender L, et al. Effectiveness and safety of beta blockers in the management of hypertension in older adults: a systematic review to help reduce inappropriate prescribing. *BMC Geriatr.* 2017;17:224. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0575-4>.
- [23] Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015;71:861–75. <https://doi.org/10.1007/s00228-015-1860-9>.
- [24] Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107:543–51. <https://doi.org/10.3238/arztbl.2010.0543>.

- [25] Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017;63:832–43. PMID: 29138153; PMCID: PMC5685444.
- [26] Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017;63:354–64. PMID: 28500192; PMCID: PMC5429051.
- [27] Mann NK, Schmiedl S, Mortsiefer A, Bencheva V, Löscher S, Ritzke M, et al. Development of a deprescribing manual for use in primary care. *Therapeutic Advances in Drug Safety*; 2022. submitted.
- [28] World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>; 2017. (accessed 21 July 2021).
- [29] DEGAM – Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche S1-Leitlinie. Geriatriches Assessment in der Hausarztpraxis sowie Praxistipps zu geriatrischen Patienten. [Geriatric assessment in general practice and practical tips for geriatric patients.] Version 1.03, 2018; 2021. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-015%20Geriatriches%20Assessment/053-015_LL-Hessen_DEGAM_Geriatriches_Assessment_in_der-Hausarztpraxis_2018-05-08.pdf (accessed 21 July 2021).
- [30] Imoberdorf R, Rühlhlin M, Beerli A, Ballmer PE. Mangelernährung im Alter. [Malnutrition in old age]. *Schweiz. Med Forum*. 2014;14:932–6. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.02092>.
- [31] DEGAM – Leitlinie Nr. 17. Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis. [Acute dizziness in the family practice]. S3-Leitlinie. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-018.html>; 2018. accessed 21 July 2021.
- [32] Barkhausen T, Müller C, Theile G, Bruns A, Heim S, Junius-Walker U, et al. "...it's MAGIC!" – Entwicklung eines kurzen geriatrischen Assessments für die Hausarztpraxis. [it's MAGIC! - Development of a short geriatric assessment for the GP practice]. *Z Allg Med*. 2012;88:103.
- [33] Junius-Walker U, Daether-Kracke B, Krause O. It's MAGIC – Validation of a Simple Geriatric Assessment in Family Medicine. *Z Allg Med*. 2016;92:169–75. <https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0169-0175>.
- [34] Junius-Walker U, Mueller C, Barkhausen T, Hummers-Pradier E, Theile G. Medizinische Hochschule Hannover, Universitätsmedizin Göttingen: Manageable Geriatric Assessment (MAGIC), Version 2016; 2021. (accessed 21 July 2021). www.mhh.de/fileadmin/mhh/allgemeinmedizin/downloads/weitere_Downloadelemente/AllgMed_MAGIC_Assessment.pdf.
- [35] Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489–95. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>.
- [36] Thillainadesan J, Gnjidic D, Green S, Hilmer SN. Impact of deprescribing interventions in older hospitalised patients on prescribing and clinical outcomes: a systematic review of randomised trials. *Drugs Aging*. 2018;35:303–19. <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0536-4>.
- [37] Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open*. 2015;5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009235>.
- [38] Johansson T, Abuzahra ME, Keller S, Mann E, Faller B, Sommerauer C, et al. Impact of strategies to reduce polypharmacy on clinically relevant endpoints: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82:532–48. <https://doi.org/10.1111/bcp.12959>.
- [39] Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Fowler Davis S. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2019;19:15. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1031-4>.
- [40] Drewelow E, Wollny A, Pentzek M, Immecke J, Lambrecht S, Wilm S, et al. Improvement of primary health care of patients with poorly regulated diabetes mellitus type 2 using shared decision-making—the DEBATE trial. *BMC Fam Pract*. 2012;22:88. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-88>.
- [41] Schäfer I, Kaduszkiewicz H, Mellert C, Löffler C, Mortsiefer A, Ernst A, et al. Narrative medicine-based intervention in primary care to reduce polypharmacy: results from the cluster-randomised controlled trial MultiCare AGENDA. *BMJ Open*. 2018;23. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017653>.
- [42] Mortsiefer A, Meysen T, Schumacher M, Abholz HH, Wegscheider K, In der Schmitt J. From hypertension control to global cardiovascular risk management: an educational intervention in a cluster-randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2015;7:56. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0274-1>.
- [43] Thiem U, Wilm S, Greiner W, Rudolf H, Trampisch HJ, Müller C, et al. Reduction of potentially inappropriate medication in the elderly: design of a cluster-randomised controlled trial in German primary care practices (RIME). *Therap Adv Drug Safety*. 2020;2020:11. <https://doi.org/10.1177/2042098620918459>.
- [44] Jaehde U, Thürmann PA. Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. [Drug therapy safety in old people's and nursing homes]. *ZEFQ*. 2012;106:712–6.
- [45] Travis SS, Bernard MA, McAuley WJ, Thornton M, Kole T. Development of the family caregiver medication administration hassles scale. *Gerontologist*. 2003;43:360–8. <https://doi.org/10.1093/geront/43.3.360>.
- [46] Powazki R, Walsh D, Hauser K, Davis MP. Communication in palliative medicine: a clinical review of family conferences. *J Palliat Med*. 2014;17:1167–77. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0538>.
- [47] Curtis JR, White DB. Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest*. 2008;134(4):835–43. <https://doi.org/10.1378/chest.08-0235>.
- [48] Bangsbo A, Duner A, Liden E. Patient participation in discharge planning conference. *Int J Integr Care*. 2014;14:e030. <https://doi.org/10.5334/ijic.1543>.
- [49] Gambhir HS, Goodrick S, Dhamoon A, Kaul V. Impact of structured and scheduled family meetings on satisfaction in patients admitted to hospitalist service. *J Patient Exp*. 2021;8:1–5. <https://doi.org/10.1177/23743735211002748>.
- [50] Ceronosky L, Weissman DE. Helping families in long-term care facing complex decisions: Applying the evidence about family meetings for other settings. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. 2011;19(2):27–32.
- [51] Opie A. "Nobody's asked me for my view": users' empowerment by multidisciplinary health teams. *Qual Health Res*. 1998;8:188–206. <https://doi.org/10.1177/104973239800800204>.
- [52] Donnelly SM, Carter-Anand J, Cahill S, Gilligan R, Mehigan B, O'Neill D. Multiprofessional views on older patients' participation in care planning meetings in a hospital context. *Practice*. 2013;25:121–38. <https://doi.org/10.1080/09503153.2013.786695>.
- [53] Kushner K, Meyer D. Family physicians' perceptions of the family conference. *The J Family Pract*. 1989;28:65–8. PMID: 2913180.
- [54] Singer AE, Ash T, Ochotorena C, Lorenz KA, Chong K, Shreve ST, et al. A systematic review of family meeting tools in palliative and intensive care settings. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33:797–806. <https://doi.org/10.1177/1049909115594353>.
- [55] Ambuel B. Conducting a family conference. In: Weissman DE, Ambuel B, Hallenbeck J, editors. *Improving End-of-Life Care: A resource guide for physician education*. 3rd ed. Milwaukee, WI: The Medical College of Wisconsin; 2001.
- [56] Ambuel B, Weissman DE. Fast Fact and Concept #16: Conducting a Family Conference. <http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/eperc/fastfact/ff16.html>; 2005.
- [57] Moneymaker K. The family conference. *J Palliat Med*. 2005;8:157. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.157>.
- [58] McDaniel SH, Campbell Th L, Hepworth J, Lorenz A. Family oriented primary care. 2nd ed.. Springer; 2005. Edition. 10.1007/b137394.
- [59] Yi TW, Leng LL, Seng TY. Engaging the family, the family conference. *The Singapore Fam Physician*. 2015;41:28–31. <http://wprim.whocc.org.cn/admin/article/articleDetail?WPRIMID=633928&articleId=633928>. (accessed 17. January 2021).
- [60] Marvel MK. Teaching family meeting skills makes a difference. *Fam Med*. 2017;49:734–5. PMID: 29045992.
- [61] Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80:1254–68. <https://doi.org/10.1111/bcp.12732>.
- [62] Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175:827–34. PMID: 25798731.
- [63] Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430–4. PMID: 17642388.
- [64] Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med*. 2010;170:1648–54. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.355>.
- [65] Hilmer SN, Gnjidic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clin Pharmacol Ther*. 2009;85:86–8. <https://doi.org/10.1038/clpt.2008.224>.
- [66] Seematter-Bagnoud L, Büla C. Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Public Health Rev*. 2018;39. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0086-7>.
- [67] Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A, Villani P, Verdoux H, Fortin M, et al. GPs' management of polypharmacy and therapeutic dilemma in patients with multimorbidity: a cross-sectional survey of GPs in France. *Br J Gen Pract*. 2019;69:e270–8. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701801>.
- [68] Rieckert A, Reeves D, Altiner A, Drewelow E, Esmail A, Flamm M, et al. Use of an electronic decision support tool to reduce polypharmacy in elderly people with chronic diseases: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2020;18:m1822. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1822>.



Düsseldorf 08. April 2020

Fortbildung 1 für Hausärzte

Herzlich Willkommen!



Düsseldorf 08. April 2020

Fortbildung 1 für Hausärzte



Programm Fortbildung 1

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Einführung in die COFRAIL - Intervention
50 min	Intervention Teil A
20 min	PAUSE
60 min	Intervention Teil B
	Videodemonstration
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick



Das Geriatriische Frailty-Syndrom

Definition

- **bezeichnet ein Multidimensionales Syndrom,**
gekennzeichnet durch
- **Verlust von Anpassungsfähigkeit und funktioneller Reserve**
mit erhöhtem Risiko für
- **Pflegebedürftigkeit und Tod**

Es existiert noch keine einheitliche und verbindliche Definition von Frailty!



Das Geriatriische Frailty-Syndrom

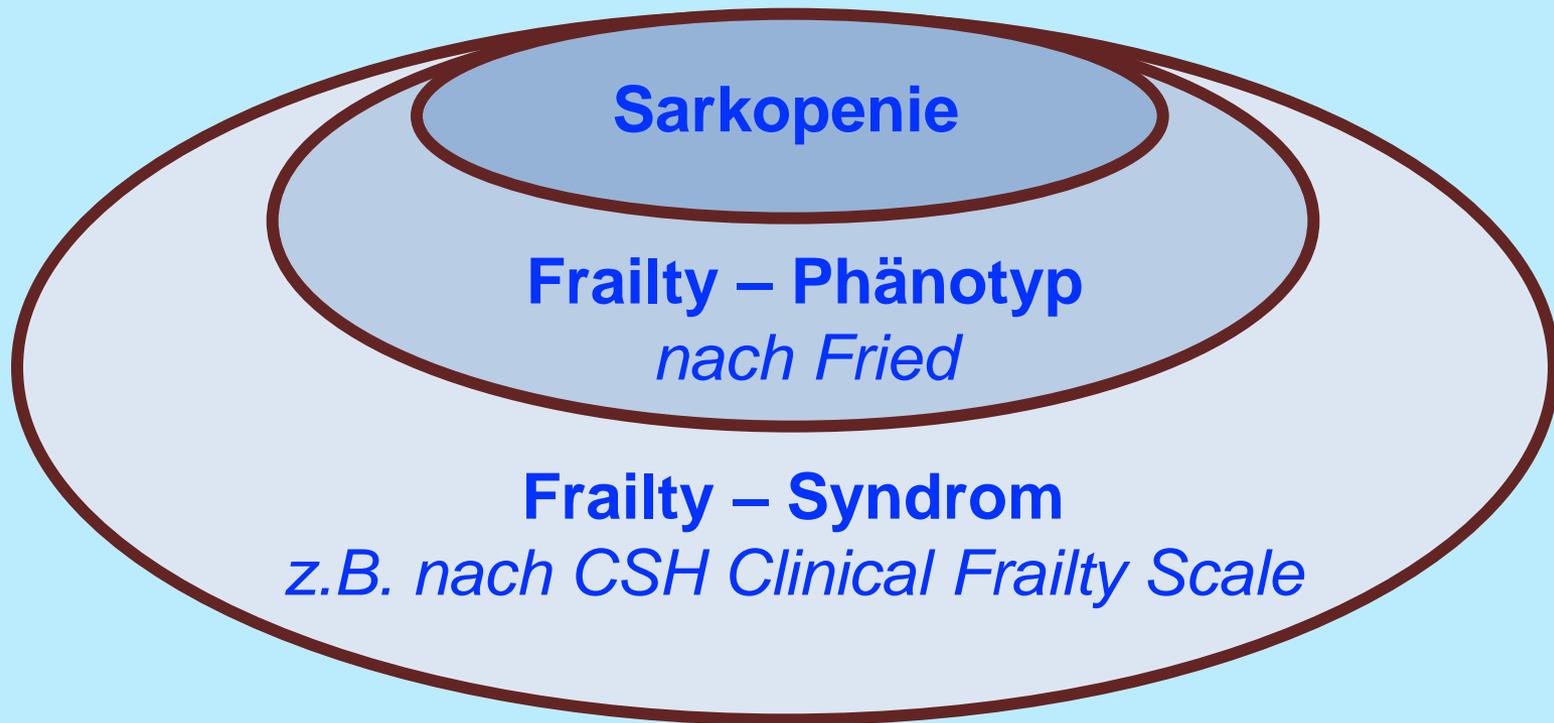
Die 5 Frailty-Kriterien nach Fried 2001

- unfreiwilliger Gewichtsverlust (> 10 % in einem Jahr oder > 5 % in sechs Monaten)
 - objektivierbare Muskelschwäche (z. B. Handkraftmessung)
 - Bericht des Patienten über leichte Erschöpfbarkeit
 - langsames Gehen (die untersten 20 % der Altersgruppe)
 - geringe körperliche Aktivität (die untersten 20 % der Altersgruppe)
- **Frailty: 3 oder mehr Kriterien positiv**
 - **Prä-Frailty: 1-2 Kriterien positiv**



Das Geriatriische Frailty-Syndrom

Unterschiedlich weit gefasste Definitionen



CSHA Clinical Frailty Scale

Rockwood 2005, 2007- 2009

Kategorie	Piktogramme**	Einstufung	Beschreibung
1		sehr fit	robust, aktiv, energisch, gut motiviert und fit: Diese Menschen trainieren regelmäßig und zählen zur fittesten Gruppe in ihrem Alter.
2		gut	ohne aktive Erkrankungen, aber weniger fit als Menschen der Kategorie 1
3		gut mit behandelten Komorbiditäten	Krankheitssymptome sind im Vergleich zur Kategorie 4 gut kontrolliert
4		scheinbar vulnerabel	obwohl nicht offensichtlich abhängig von anderen Menschen, beklagen sie doch, langsam geworden zu sein und Krankheitssymptome aufzuweisen
5		leicht gebrechlich (frail)	mit begrenzter Abhängigkeit von anderen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens
6		mittelgradig gebrechlich	Hilfe ist in den instrumentellen und nicht-instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nötig
7		sehr gebrechlich	komplett abhängig von anderen Menschen in den Aktivitäten des täglichen Lebens oder im Endstadium krank

Frailty

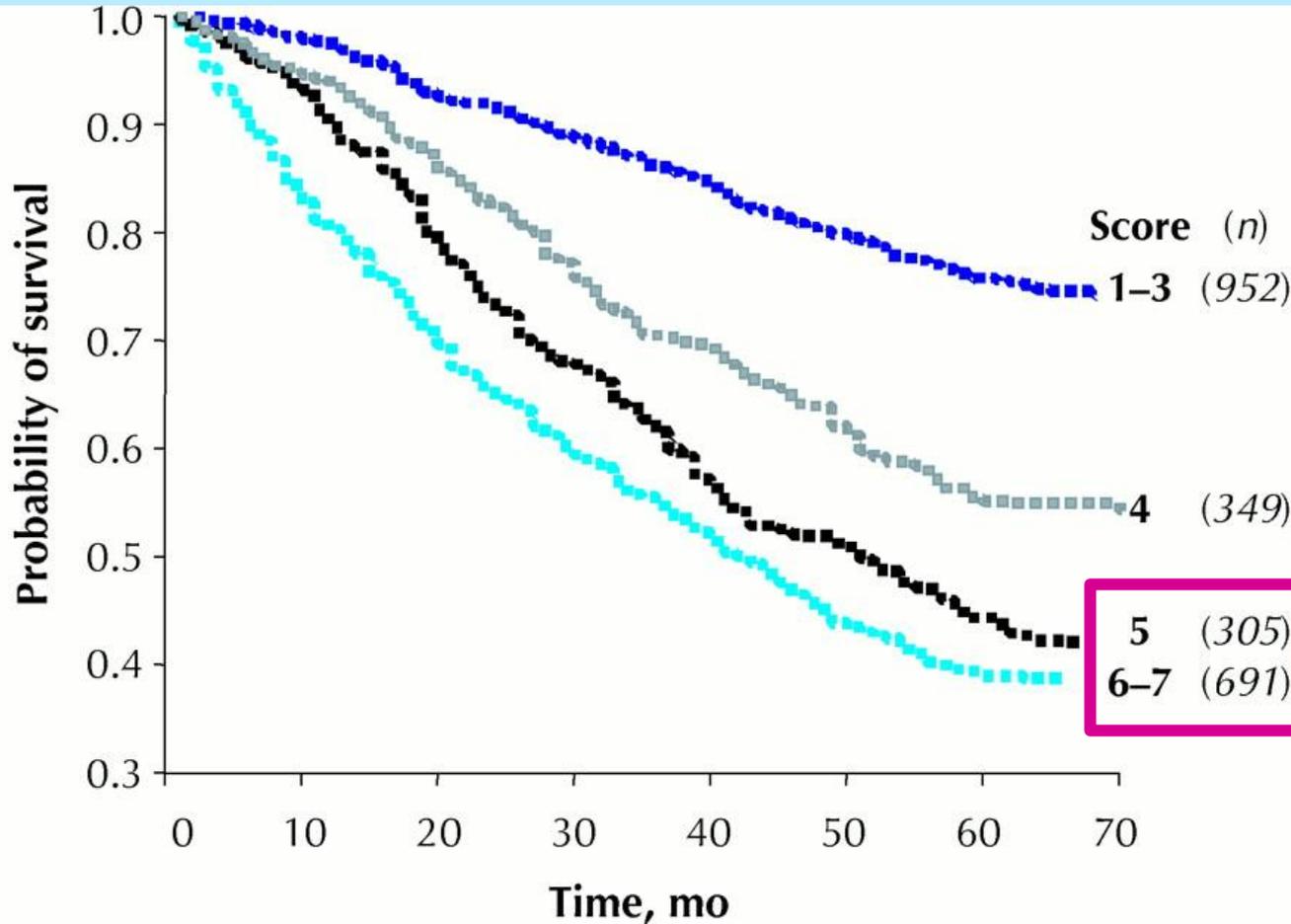
*: CSHA: Canadian Study on Health and Aging

** : <http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/pdf/Clinical%20Frailty%20Scale.pdf>



Frailty / Gebrechlichkeit

Überlebenswahrscheinlichkeit



CSHA Clinical Frailty Scale

Score = Gruppen

1 Sehr fit

2 Fit

3 Fit, Komorbidität

4 Labiler Zustand

5 Leicht gebrechlich

6 Mäßig gebrechlich

7 Sehr gebrechlich

Rockwood, CMAJ 2005

Frailty: noch nicht palliativ, jedoch **reduzierte Lebenserwartung**
mit Infragestellung langfristiger Therapieziele



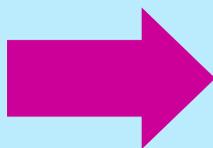
Das Geriatrische Frailty-Syndrom

Polypharmazie

tägliche Einnahme ≥ 5 Wirkstoffen

➤ kann Frailty auslösen / verstärken

➤ Absetzen / Reduktion kann Zustand der Patienten verbessern



Ansatzpunkt für die COFRAIL - Intervention



Das Geriatriische Frailty-Syndrom

Kurze Gruppendiskussion (10 min)

SZENARIO: „Ein geriatrischer Patient mit Frailty wird aus der Klinik mit 12 verschiedenen Medikamenten entlassen.

Patient, Angehöriger und Hausarzt haben das Gefühl, dass es besser wäre, etwas davon abzusetzen“

FRAGE 1: Welche Gründe gibt es, ein Medikament abzusetzen, obwohl formal (d.h. im Hinblick auf die Diagnose) eine Indikation dafür vorliegt?

FRAGE 2: Was sind Gründe dafür, dass die Medikamente trotzdem weiter verordnet werden?

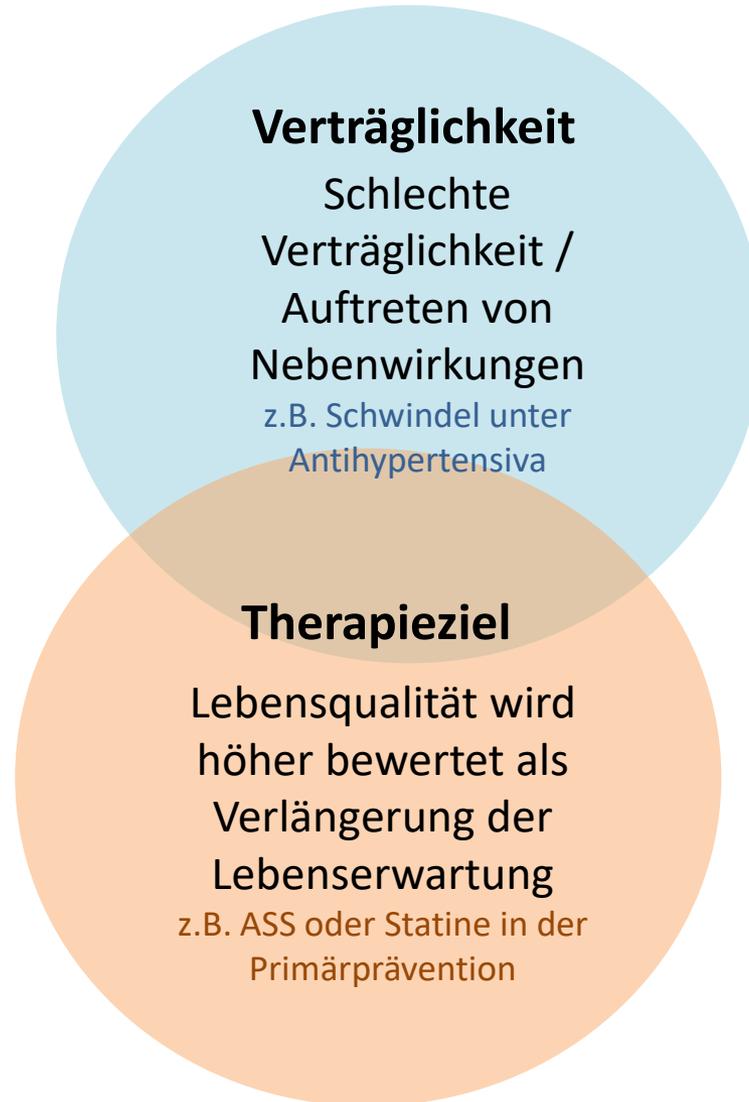
FRAGE 3: Welche Faktoren erleichtern das Deprescribing?

FRAGE 1: Welche Gründe gibt es, ein Medikament abzusetzen, obwohl formal (d.h. im Hinblick auf die Diagnose) eine Indikation dafür vorliegt?

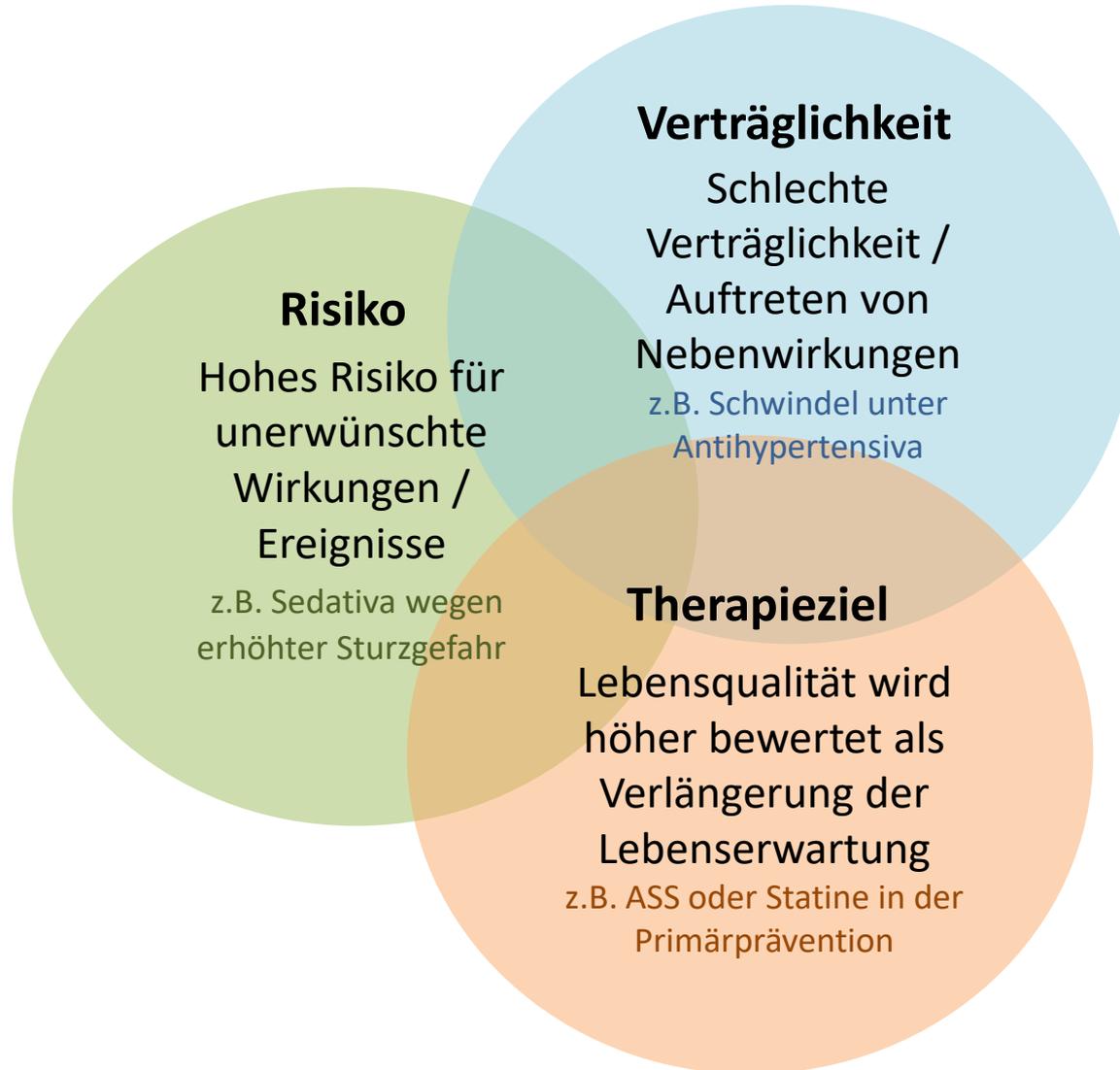
Verträglichkeit

Schlechte
Verträglichkeit /
Auftreten von
Nebenwirkungen
z.B. Schwindel unter
Antihypertensiva

FRAGE 1: Welche Gründe gibt es, ein Medikament abzusetzen, obwohl formal (d.h. im Hinblick auf die Diagnose) eine Indikation dafür vorliegt?



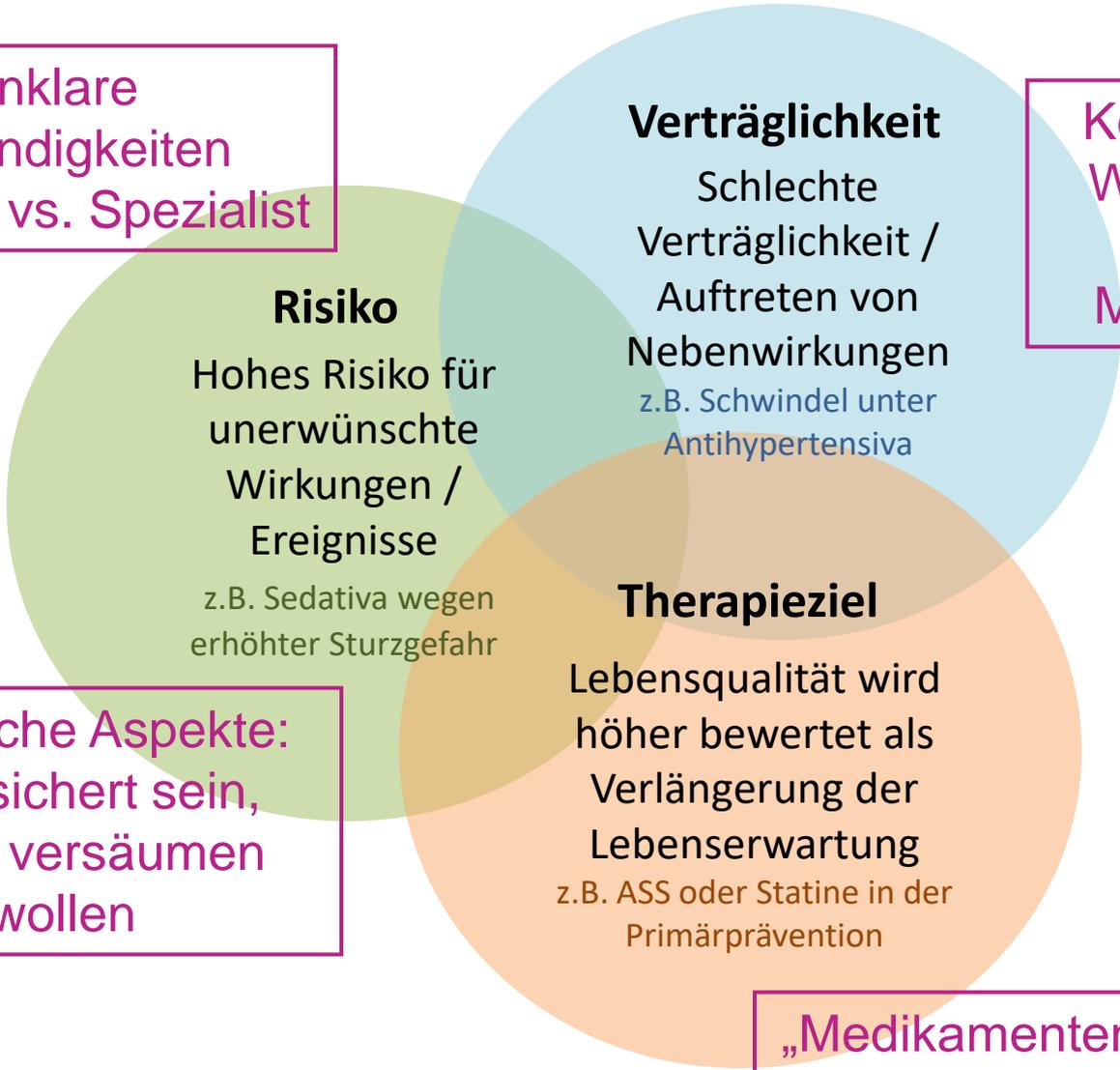
FRAGE 1: Welche Gründe gibt es, ein Medikament abzusetzen, obwohl formal (d.h. im Hinblick auf die Diagnose) eine Indikation dafür vorliegt?



FRAGE 2: Was sind Gründe dafür, dass die Medikamente trotzdem weiter verordnet werden?

Unklare Zuständigkeiten
Hausarzt vs. Spezialist

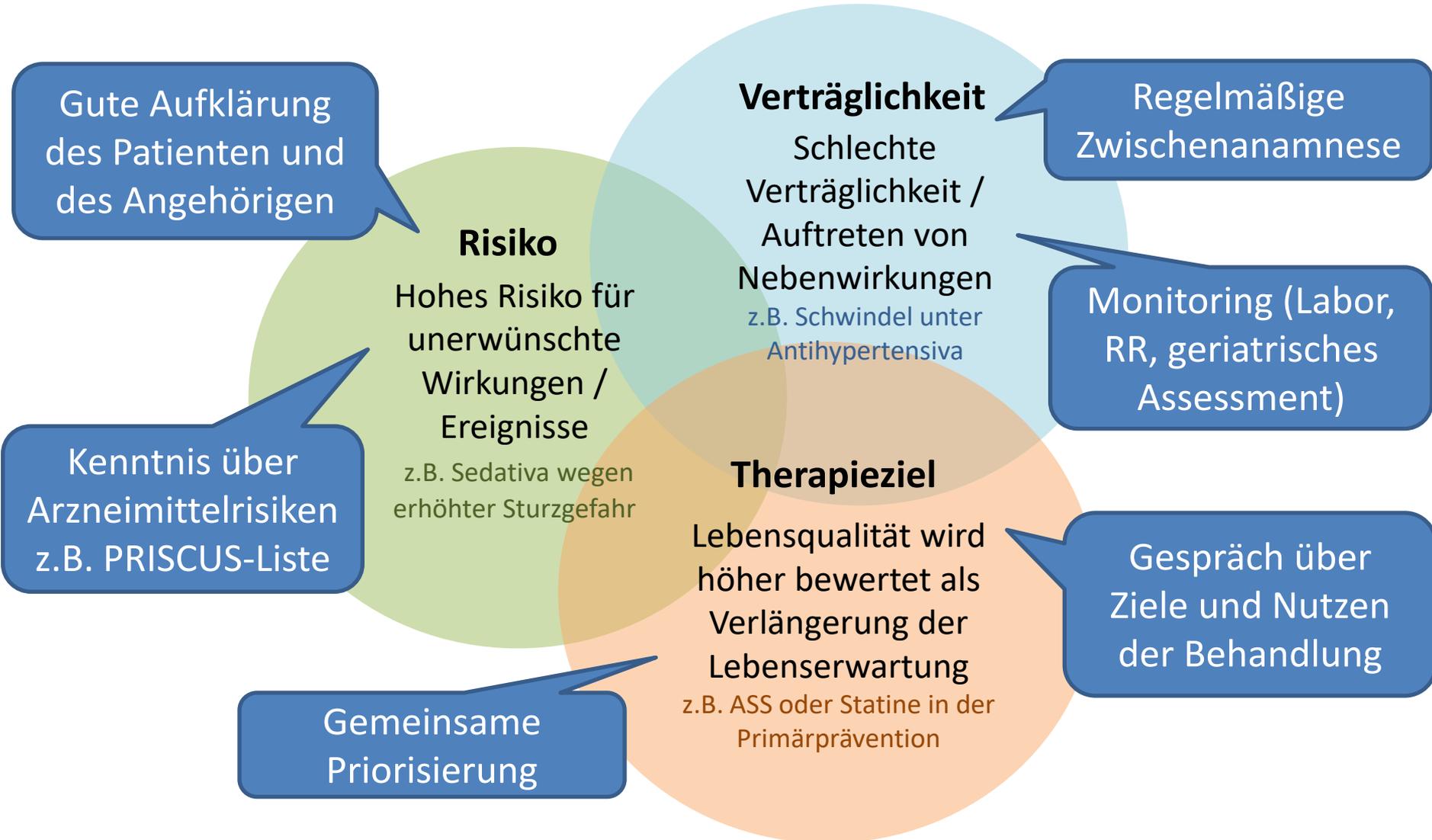
Komplexität der Wirkungen und NW bei Multimorbidität



Rechtliche Aspekte:
Abgesichert sein, nichts versäumen wollen

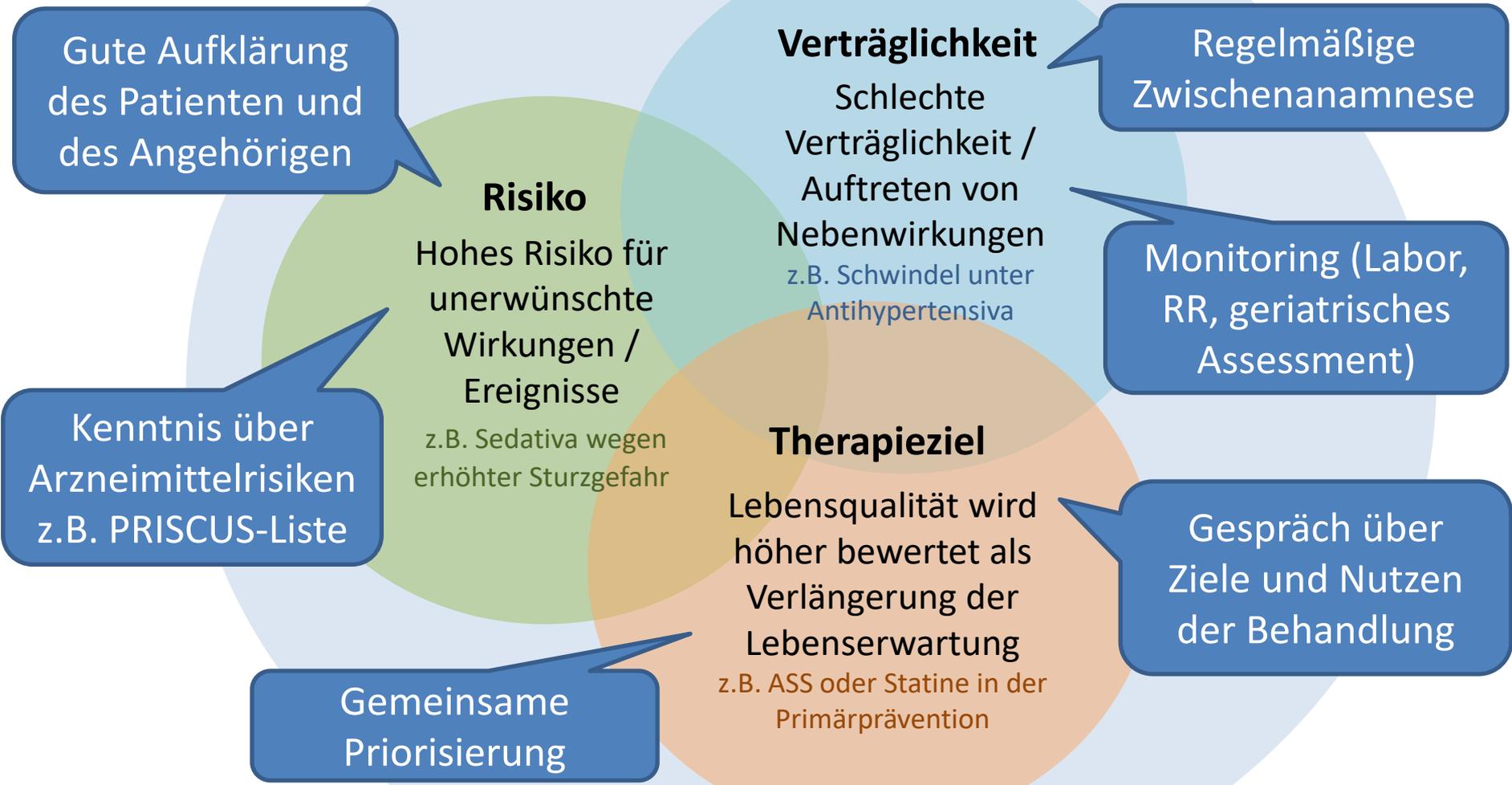
„Medikamentengläubigkeit“ bei Patienten

FRAGE 3: Welche Faktoren erleichtern das „Deprescribing“?



FRAGE 3: Welche Faktoren erleichtern das „Deprescribing“?

Schlüsselfaktor **Kommunikation**



THESE: Absetzen funktioniert am besten, wenn sich alle Beteiligten einig sind – und auch dann noch dazu stehen, wenn ein unglücklicher Verlauf eintritt



cofrail 



Die COFRAIL Intervention

Strukturierte Umsetzung typisch hausärztlicher Arbeitsweisen

Hypothesen

Das Absetzen von Medikamenten /
die Reduktion von Polypharmazie ...

... unter **Einbeziehung des Patienten
und seiner Angehörigen** ...

... führt zu einer **Stabilisierung /
Verbesserung** des gesundheitlichen
Zustands des Patienten mit Frailty

Elemente

Anwendung eines
Deprescribing-Leitfadens

Gespräch mit Patienten,
Angehörigen und ggf. Pflegedienst:
Familienkonferenz

Assessment durch Study-Nurses
(baseline, nach 6 und 12 Monaten)



Worin besteht der Mehrwert einer strukturierten Familienkonferenz im Vergleich zu einem normalen Hausbesuch?

1. Ärzte und Patienten haben oft Bedenken ein Medikament abzusetzen, weil sie im Falle einen ungünstigen Verlaufs nicht dem Vorwurf ausgesetzt sein wollen, etwas versäumt zu haben.

→ z.B. Myokardinfarkt 1 Jahr nach Absetzen des Statins



2. Der dokumentierte Konsens zwischen Arzt, Patient und Angehörigem bildet eine verbindliche Basis („Verantwortungsanker“), worauf sich alle gemeinsam berufen können, wenn ein ungünstiger Verlauf eintritt.

→ z.B: „Wir waren uns vor einem Jahr alle einig, das Statin aus guten Gründen abzusetzen und stehen auch im Nachhinein zu dieser Entscheidung“



Die COFRAIL Intervention Fortbildungsangebote

Fortbildung 1

Teil A Anwendung des
Deprescribing - Leitfaden

Teil B **Familienkonferenz**
mit praktischen Übungen


heute

Fortbildung 2

Erfahrungsaustausch
anhand eigener Fälle

Teil C **Toolbox**
nicht-medikamentöse
Interventionen


in 2-3 Monaten

fakultativ

Pharmakologie-Beratung
Hotline Uni Witten

Fortbildung 3
Sommer/Herbst 2020

Video / Materialien
COFRAIL - Homepage



Programm Fortbildung 1

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Einführung in die COFRAIL - Intervention
50 min	Intervention Teil A Deprescribing-Leitfaden
20 min	PAUSE
60 min	Intervention Teil B Familienkonferenz Praktische Übungen
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick



Programm Fortbildung 1

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Einführung in die COFRAIL - Intervention
50 min	Intervention Teil A Deprescribing-Leitfaden
20 min	PAUSE
60 min	Intervention Teil B Familienkonferenz Praktische Übungen
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick

Medikamente absetzen – aber wie?

Vorstellung eines Deprescribing-Leitfadens
für geriatrische Patienten

Deprescribing (Absetzen)

Definition

Absetzen von ungeeigneter Medikation (Reeve 2015)

Absetzen von Medikation, basierend auf einer patienten-individuellen Nutzen-Risiko-Bewertung (Scott 2015)

Möglicher Nutzen

Reduktion der Medikamentenzahl verbessert **Lebensqualität und Überlebenszeit** (Garfinkel 2007, 2010)

Begrenzung der Anzahl der Medikamente ist – unabhängig von den Indikationen – als **Qualitätsziel** anzusehen (Hilmer 2009)

Mögliche Effekte nach Absetzen von Medikamenten

Rebound Effekte, z.B. Betablocker: Tachykardie

Demaskierung von Arzneimittel-Interaktionen → z.B. erhöhte Plasmaspiegel von CYP3A4-Substraten (z.B. Simvastatin, einige Benzodiazepine) nach Absetzen von Johanniskraut (CYP3A4-Enzyminduktor)

Symptome (die ursprünglich zur Verordnung des Medikaments geführt hatten) treten wieder auf → z.B. Herzinsuffizienz bei Absetzen von Diuretika

Verschlechterung der langfristigen statistischen Prognose
z.B. Erhöhung des Apoplex-Risikos nach Absetzen von ASS

Praktisches Vorgehen beim Deprescribing

1. Schritt: Überprüfung, welche Medikamente des Patienten für ein Absetzen in Frage kommen

- *dazu dient dieser Deprescribing-Leitfaden*

2. Schritt: **Bestandsaufnahme** mit Hilfe von Patienten und Angehörigen

3. Schritt: **Gemeinsame Priorisierung** im Gespräch über a) Verträglichkeit, b) Therapieziele und c) Risiken der Medikamente

4. Schritt: **Vereinbarung** über weitere Medikation / ggf. Absetzen sowie Monitoring / Folgetermine

Praktisches Vorgehen beim Deprescribing

1. Schritt: Überprüfung, welche Medikamente des Patienten für ein Absetzen in Frage kommen
➤ *dazu dient dieser Deprescribing-Leitfaden*

2. Schritt: **Bestandsaufnahme** mit Hilfe von Patienten und Angehörigen

Familienkonferenz

wird in Teil 2 dieser Fortbildung thematisiert

3. Schritt: **Gemeinsame Priorisierung** im Gespräch über a) Verträglichkeit, b) Therapieziele und c) Risiken der Medikamente

4. Schritt: **Vereinbarung** über weitere Medikation / ggf. Absetzen sowie Monitoring / Folgetermine

Entstehung dieses Deprescribing - Leitfadens

➤ Literaturrecherche

- Systematische Reviews (Vögele 2017)
- PIM-Listen
 - PRISCUS und EU-PIM – konsens-basierte Listen mit potentiell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Die PRISCUS-Liste umfasst 83 potentiell ungeeignete Wirkstoffe sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen und therapeutische Alternativen.
- Deprescribing Algorithmen
- Deprescribing guidelines (Farrell 2017)
- Therapie-Leitlinien

➤ **Pilotierung** im Rahmen des COFRAIL - Projekts

Jetzt können Sie sich selber mit dem Deprescribing Leitfaden vertraut machen

➤ Aufbau

- Häufige Indikationen im hausärztlichen Bereich (van den Bussche 2011)
- 11 Themengebiete:

Diabetes mellitus	Osteoporose
Gicht	Protonenpumpenhemmer
Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Primär- und Sekundärprävention	Urologische Indikationen
Hypertonie	Schlafstörung
Herzinsuffizienz	Antidepressiva
Gerinnungshemmung bei Vorhofflimmern	

➤ Weitere Instrumente

- Kurzversion als Karte, Deprescribing Algorithmen

Beispiel
Ausschnitt
aus Kapitel 4
„Gicht“

4. Gicht

4.1. Vorgehen beim Absetzen

Der Patient-Voraussetzungen für das Absetzen

- Multimorbid und gebrechlich und
- Harnsäuresenkende Therapie ohne Gichtanfall in der Anamnese (7) oder
- Gichtanfall in der Historie aber langjährige (>5 Jahre), gut kontrollierte Harnsäuresenkung (20)

Die Medikation

- Überprüfen: Erhöhung der Harnsäurespiegel aufgrund einer UAW (Thiaziddiuretika, Schleifendiuretika)?
→ Absetzen/ Dosisreduktion des Diuretikums möglich?
- Absetzen der harnsäuresenkenden Therapie

Argumente für das Patientengespräch

- Patienten, die noch nie einen Gichtanfall erlitten haben, werden durch die Verordnung einer harnsäuresenkenden Therapie einem unnötigen Risiko für UAW (z.B. Leberfunktionsstörungen, schwere Hautreaktionen) ausgesetzt.
- Bei einem bereits lange zurückliegenden Gichtanfall ist zu hinterfragen, ob weiterhin ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis besteht.

Monitoring

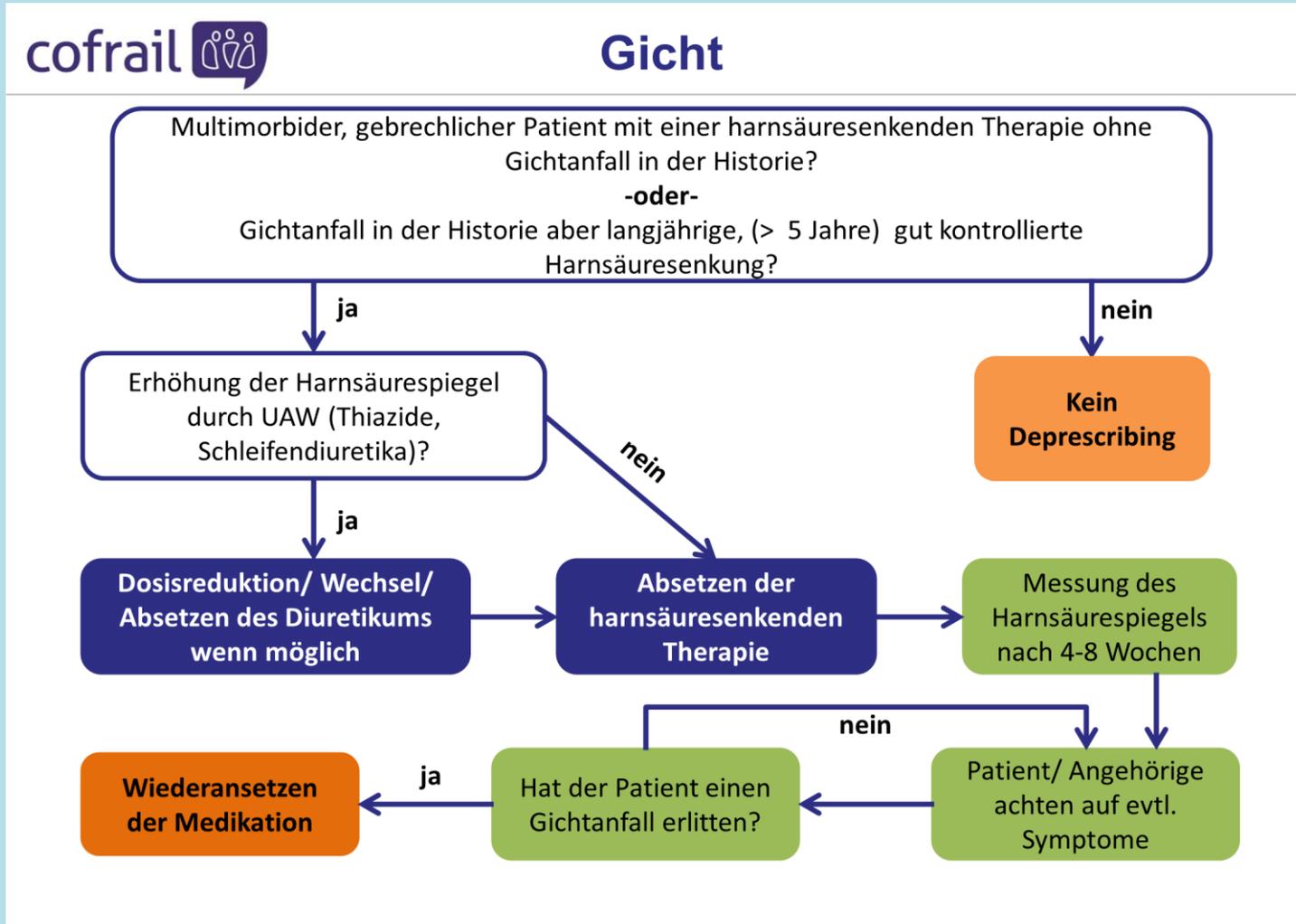
- Nach 4-8 Wochen Messung des Harnsäurespiegels
- Patienten, die bereits einen Gichtanfall erlitten haben, kennen Gichtschmerzen
→Ggf. prophylaktische Verordnung von Ibuprofen.
- Patienten, die noch nie einen Gichtanfall erlitten haben, sollten auf entsprechende Symptome hingewiesen werden

4.2. Hinweise zu einzelnen Wirkstoffen/Wirkstoffklassen

Allopurinol

Kann zu schweren Hypersensitivitätsreaktionen führen (15).

Beispiel für Algorithmus

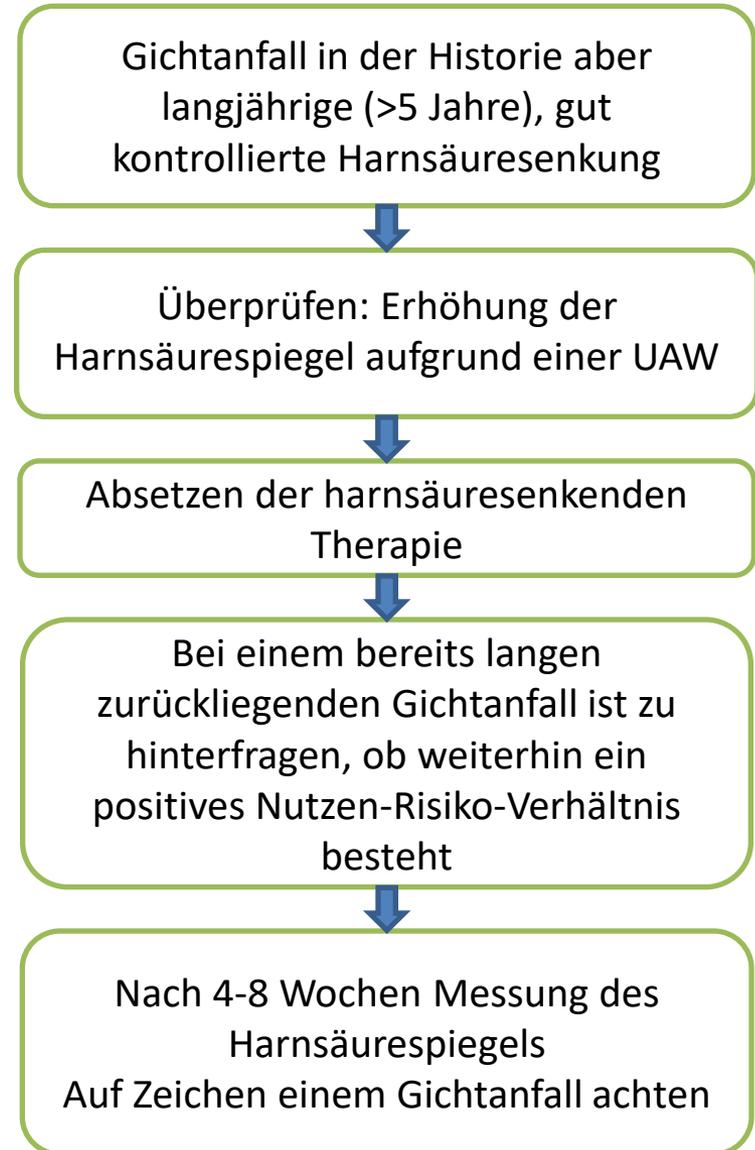
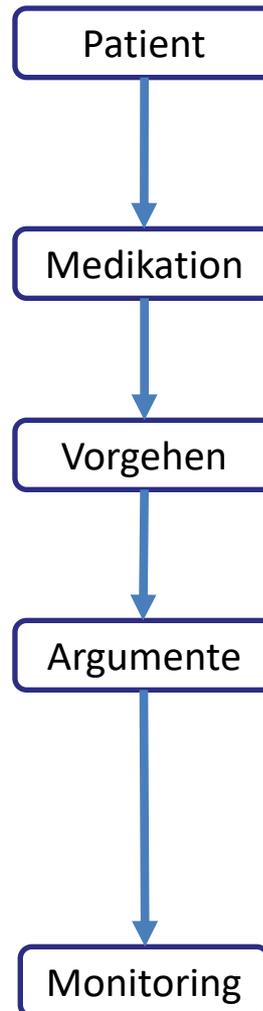


Auszug aus dem Kapitel 4 „Gicht“

- Beispiel:**

Patient: männlich, 83 Jahre alt, lebt allein, 85kg, nimmt Allopurinol seit 6 Jahren, 1 Gichtanfall vor 6 Jahren, keine Einnahme von Diuretika, Harnsäurewert: 5,8 mg/dl

Relevantes Kapitel
Gicht





Leid/**t**liniengerechte Therapie: Patientin, 87 Jahre

Weiblich 87 Jahre, lebt alleine (betreutes Wohnen), 154cm, 60kg, HF 67/Min, Hypertonie (133/82 mmHG), Hypercholesterinämie, z.N. Herzinfarkt (vor 2 Jahren), DES (Drug Eluting Stent vor 2 Jahren), Herzinsuffizienz (NYHA II), Diabetes mellitus Typ 2 (HbA1c 7,8%), Osteoporose, Kniegelenksarthrose, Depression, Gangunsicherheit, Schwäche, GFR 40 ml/min

Medikament	Einnahme	Indikation	<1Monat	>1Monat	>1Jahr
Ramipril 5mg + HCT 12,5mg	1-0-0	Hypertonie, Herzinsuffizienz			x
Torsemid 10mg	0-1-0	Hypertonie, Herzinsuffizienz		x	
Metoprolol 50mg	1-0-1	Hyp., Herzinsuffizienz, Z.n. Infarkt			x
Spirolacton 25mg	1-0-0	Herzinsuffizienz		x	
ASS 100mg	1-0-0	Z.n. Infarkt, DE Stent			x
Clopidogrel 75mg	1-0-0	DAPT nach DE Stent			x
Simvastatin 40mg	0-0-1	Hypercholesterinämie, Z.n. Infarkt			x
Janumet® (Metformin 850mg/ Sitagliptin 50mg)	1-0-1	Diabetes mellitus Typ 2			x
Naproxen 250mg	1-1-1	Kniegelenksarthrose (bei Bedarf)			x
Pantoprazol 20mg	1-0-0	Magenschutz (DAPT + NSAR)			x
Alendronsäure 70mg/Vitamin D 2800 I.E.	1/Woche	Osteoporose			X
Imipramin 25mg	0-0-0-1	Depression			x

Bearbeitung des Patientenfalls

Stellen Sie sich vor, Sie haben in zwei Wochen die erste Familienkonferenz mit dieser Patientin:

Welche Medikamente würden Sie absetzen?

Welche Medikamente würden Sie reduzieren?

Wie würden Sie vorgehen?

Welche Medikamente sind anhand des Leitfadens potentielle Kandidaten für das Absetzen?

- Diskussion in Kleingruppen (3-4 Personen)
- Diskussion im Plenum



Leid/**t**liniengerechte Therapie: Patientin, 87 Jahre

Weiblich 87 Jahre, lebt alleine (betreutes Wohnen), 154cm, 60kg, HF 67/Min, Hypertonie (133/82 mmHG), Hypercholesterinämie, z.N. Herzinfarkt (vor 2 Jahren), DES (Drug Eluting Stent vor 2 Jahren), Herzinsuffizienz (NYHA II), Diabetes mellitus Typ 2 (HbA1c 7,8%), Osteoporose, Kniegelenksarthrose, Depression, Gangunsicherheit, Schwäche, GFR 40 ml/min

Medikament	Einnahme	Indikation	<1Monat	>1Monat	>1Jahr
Ramipril 5mg + HCT 12,5mg	1-0-0	Hypertonie, Herzinsuffizienz			x
Torasemid 10mg	0-1-0	Hypertonie, Herzinsuffizienz		x	
Metoprolol 50mg	1-0-1	Hyp., Herzinsuffizienz, Z.n. Infarkt			x
Spiroinolacton 25mg	1-0-0	Herzinsuffizienz		x	
ASS 100mg	1-0-0	Z.n. Infarkt, DE Stent			x
Clopidogrel 75mg	1-0-0	DAPT nach DE Stent			x
Simvastatin 40mg	0-0-1	Hypercholesterinämie, Z.n. Infarkt			x
Janumet® (Metformin 850mg/ Sitagliptin 50mg)	1-0-1	Diabetes mellitus Typ 2			x
Naproxen 250mg	1-1-1	Kniegelenksarthrose (bei Bedarf)			x
Pantoprazol 20mg	1-0-0	Magenschutz (DAPT + NSAR)			x
Alendronsäure 70mg/Vitamin D 2800 I.E.	1/Woche	Osteoporose			X
Imipramin 25mg	0-0-0-1	Depression			x

Diskussion

Besprechung des Patientenfalls inklusive
Vorstellung des möglichen Vorgehens
„Welche(n) Wirkstoff(e) würden Sie
absetzen/reduzieren?“



Leid/**t**liniengerechte Therapie: Patientin, 87 Jahre

Weiblich 87 Jahre, lebt alleine (betreutes Wohnen), 154cm, 60kg, HF 67/Min, Hypertonie (133/82 mmHG), Hypercholesterinämie, z.N. Herzinfarkt (vor 2 Jahren), DES (Drug Eluting Stent vor 2 Jahren), Herzinsuffizienz (NYHA II), Diabetes mellitus Typ 2 (HbA1c 7,8%), Osteoporose, Kniegelenksarthrose, Depression, Gangunsicherheit, Schwäche, GFR 40 ml/min

Medikament	Einnahme	Indikation	<1Monat	>1Monat	>1Jahr
Ramipril 5mg + HCT 12,5mg	1-0-0	Hypertonie, Herzinsuffizienz			x
Torasemid 10mg	0-1-0	Hypertonie, Herzinsuffizienz		x	
Metoprolol 50mg	1-0-1	Hyp., Herzinsuffizienz, Z.n. Infarkt			x
Spiroinolacton 25mg	1-0-0	Herzinsuffizienz		x	
ASS 100mg	1-0-0	Z.n. Infarkt, DE Stent			x
Clopidogrel 75mg	1-0-0	DAPT nach DE Stent			x
Simvastatin 40mg	0-0-1	Hypercholesterinämie, Z.n. Infarkt			x
Janumet® (Metformin 850mg/ Sitagliptin 50mg)	1-0-1	Diabetes mellitus Typ 2			x
Naproxen 250mg	1-1-1	Kniegelenksarthrose (bei Bedarf)			x
Pantoprazol 20mg	1-0-0	Magenschutz (DAPT + NSAR)			x
Alendronsäure 70mg/Vitamin D 2800 I.E.	1/Woche	Osteoporose			X
Imipramin 25mg	0-0-0-1	Depression			x

Einige Ideen

(Cave: ggfs. patientenindividuelle Anpassungen)

Hypertonie, Herzinsuffizienz

- Patientin erhält mehrere Diuretika. Am ehesten HCT absetzen. Alternativ könnte Spironolacton aufgrund des Hyperkaliämierisikos abgesetzt werden: Auf periphere Ödeme, Gewichtszunahme achten. Kontrolle des Blutdrucks nach 1-2 Wochen (esc heart failure web addenda 2016, Rote Hand Brief HCT 2018)

Z.n. Herzinfarkt, Stent

- Duale Plättchenhemmung hinterfragen. ASS oder Clopidogrel absetzen wenn duale Hemmung >6 Monate (DEGAM neue TAH 2015)
- Nutzen der Statintherapie hinterfragen (StoppFrail 2017, PrimHealthTas 2016, Mallery 2017) Simvastatin reduzieren oder absetzen. Evtl. Messung des Cholesterins nach 4 Wochen

Diabetes

- Dosisreduktion Metformin (GFR), Absetzen Sitagliptin (d.h. Metformin-Monotherapie) (StoppFrail 2017, Farrell 2017). Patientin sollte auf Polyurie und Polydipsie achten. Falls keine Symptome auftreten Kontrolle BZ nach 4 Wochen und HbA1c (<10%) nach 8 Wochen.

Weitere Ideen

(Cave: ggfs. patientenindividuelle Anpassungen)

- **Pantoprazol** nach Absetzen von ASS oder Clopidogrel auch absetzen (Cave: Einnahmehäufigkeit Naproxen bei Bedarf) (Farrell 2017). Patientin sollte auf Symptome wie Magenschmerzen, Sodbrennen achten.
- **Alendronsäure/Vitamin D** bei bereits langjähriger Therapie (Tenni 2016) absetzen . Rückgang evtl. vorhandener UAW.
- **Imipramin** hat anticholinerge Eigenschaften. Indikation hinterfragen. Bei stabiler Verfassung des Patienten in den letzten 6 Monaten (Potter 2016) langsam über 4 Wochen ggfs. länger reduzieren und absetzen. Nach 2-4 Wochen nach eventuellen Absetzerscheinungen, Symptomen einer wiederkehrenden Depression fragen. Ggfs. Umstellung auf z.B. Citalopram

Schlussfolgerungen

- Es gibt kein eindeutiges Richtig oder Falsch beim Absetzen von Medikamenten.
- Es ist eine patientenindividuelle Entscheidung.
- Miteinbeziehung des Patienten, um gemeinsam die Entscheidung zu treffen.
- Sie sind der Experte für Ihren Patienten!

Fakultativ für Sie als Anlage zum Deprescribing Leitfaden: Vorbereitungsblatt Familienkonferenz mit Checkliste und Tabelle

Patient/Patientin _____

Termin: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

1

Bitte drucken Sie den Medikationsplan Ihres Patienten/ Ihrer Patientin aus (2 Exemplare, siehe Leitfaden Familienkonferenz). Überlegen Sie sich anhand des Medikationsplans, wie die weitere medikamentöse Therapie aussehen könnte und welche Medikamente Sie nach Diskussion mit Ihrem Patienten / Ihrer Patientin absetzen würden. Als Unterstützung steht Ihnen den „Deprescribing Leitfaden“ zur Verfügung.

Welche Beschwerden hat Ihr Patient/ Ihre Patientin aktuell? Sind diese möglicherweise auf Arzneimittel zurückzuführen?

Nimmt der Patient/ die Patientin Medikamente ein, die für sein/ ihr Alter möglicherweise ungeeignet sind?

Wie sind die aktuellen Laborwerte Ihres Patienten/ Ihrer Patientin, brauchen Sie vor der Familienkonferenz aktuellere Daten?

Ist der Patient/ die Patientin bei einem Facharzt/einer Fachärztin in Behandlung, möchten Sie mit ihm/ihr Rücksprache halten?

Welche Medikamente möchten Sie absetzen / in der Dosis reduzieren?

Bitte nehmen Sie anschließend den für die Familienkonferenz ausgedruckten Medikationsplan und Ihre soeben erstellten Notizen zur Familienkonferenz mit. Im Rahmen der Familienkonferenz ist geplant, dass Sie im ersten Schritt die vom Patienten mitgebrachte Medikation mit dem in Ihrer Praxis vorliegenden Medikationsplan vergleichen und Sie ggfs. Abweichungen notieren (Medikations-Check). In den zweiten Schritten können Sie dann mit dem Patienten das ggfs. geplante Absetzen von Medikamenten besprechen. Bitte dokumentieren Sie die geplanten Änderungen wie z.B. Absetzen und Dosisreduktionen auf Ihrem Medikationsplan und erstellen Sie für den Patienten einen aktualisierten Medikationsplan. Bitte legen Sie zeitnah alle Dokumente auch einmal im Patientenordner ab.

2

Welche nichtmedikamentösen Maßnahmen würden Sie Ihrem Patienten/ Ihrer Patientin empfehlen?

Pharmakologische Beratung

Pharmakologische Hotline

für den Studienzeitraum

Adresse:

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie
Universität Witten/Herdecke
HELIOS Klinikum Wuppertal
Heusnerstraße 40
42283 Wuppertal



FAKULTÄT FÜR GESUNDHEIT

LEHRSTUHL FÜR KLINISCHE PHARMAKOLOGIE

Wir helfen gerne bei Bedarf!



Programm Fortbildung 1

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Einführung in die COFRAIL - Intervention
50 min	Intervention Teil A Deprescribing-Leitfaden
20 min	PAUSE
60 min	Intervention Teil B Familienkonferenz
	Videodemonstration
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick



Programm Fortbildung 1

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Einführung in die COFRAIL - Intervention
50 min	Intervention Teil A Deprescribing-Leitfaden
20 min	PAUSE
60 min	Intervention Teil B Familienkonferenz
	Videodemonstration
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick



Intervention Teil B

Familienkonferenz

1. Einführung
2. Fallbeispiel
3. Gesprächsszenarien
4. Praktische Übungen



1) Einführung **Familienkonferenz**

Definition:

Gemeinsames Gespräch mit Patient und Angehörigen zur Planung der Versorgung / Diagnostik / Therapie ...

➤ ist klassisches Element der hausärztlichen Tätigkeit

... mit **strukturiertem Vorgehen** (in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung)

➤ in dieser Form bisher noch nicht etabliert

Ziel im Projekt COFRAIL:

Wissenschaftliche Überprüfung der Effekte eines auf diese Weise organisierten Deprescribing – Prozesses ➤ **mit Ihrer Hilfe!**



1) Einführung

Familienkonferenz

Funktion im Deprescribing – Prozess

Überprüfung, welche Medikamente des Patienten für ein Absetzen in Frage kommen

- *Vorbereitung anhand des Deprescribing-Leitfadens*

Medikations-Check mit Patient und Angehörigen (plus ggf. Pflegedienst)

Familienkonferenz

Gemeinsame Priorisierung im Gespräch über a) Verträglichkeit, b) Therapieziele und c) Risiken der Medikamente

Vereinbarung über weitere Medikation / ggf. Absetzen sowie Monitoring / Folgetermine



2) Ablauf

Familienkonferenz

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz“

A) Vorbereitung

- **Terminabsprache** mit Patient(in) und dem/der Angehörigen
- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken und mitnehmen
(1 Exemplar in COFRAIL-Patientenordner heften)
- **Anhand des Deprescribing-Leitfadens vorab überlegen, welche Medikamente für ein Absetzen in Frage kommen** (evtl. Hotline Pharmakologie kontaktieren)

Vorbereitungsblatt für Patienten und Angehörige:

➤ wird von den Study Nurses im Rahmen der Interviews ausgegeben



2) Ablauf

Familienkonferenz

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz“

B) Durchführung



Einstieg:

- **Setting** klären (z.B. alle sitzen an einem Tisch)
- **Agenda** erläutern: Thema Medikamente plus ...
- **Bedarf abfragen** (siehe Vorbereitungsblatt Patient)
- **Kommunikationsregeln** vereinbaren (z.B. jeder soll zu Wort kommen)



Ärztliche Botschaft zum Deprescribing: „Bei zunehmender Gebrechlichkeit ist die Verträglichkeit und der Nutzen vieler Medikamente nicht mehr gesichert. Durch das Absetzen von Medikamenten könnte eine Stabilisierung Ihres Gesundheitszustands (z.B. im Hinblick auf Mobilität / Bewegungsfähigkeit) und eine Senkung des Risikos für notfallartige Ereignisse erreicht werden!“



2) Ablauf

Familienkonferenz

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz“

B) Durchführung



Medikations-Check: Bestandsaufnahme

Aktuelle Medikation

„Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?“
- *Packungen auf den Tisch legen* -

Anwendung

„Gibt es Schwierigkeiten bei der Anwendung der Medikamente?“ (z.B. Halbieren, Vergessen zu nehmen, Inhalativa, besondere Zeiten)

Unterstützungs- bedarf

„Haben / benötigen Sie Unterstützung beim Besorgen, Sortieren oder Einnehmen der Medikamente?“



2) Ablauf

Familienkonferenz

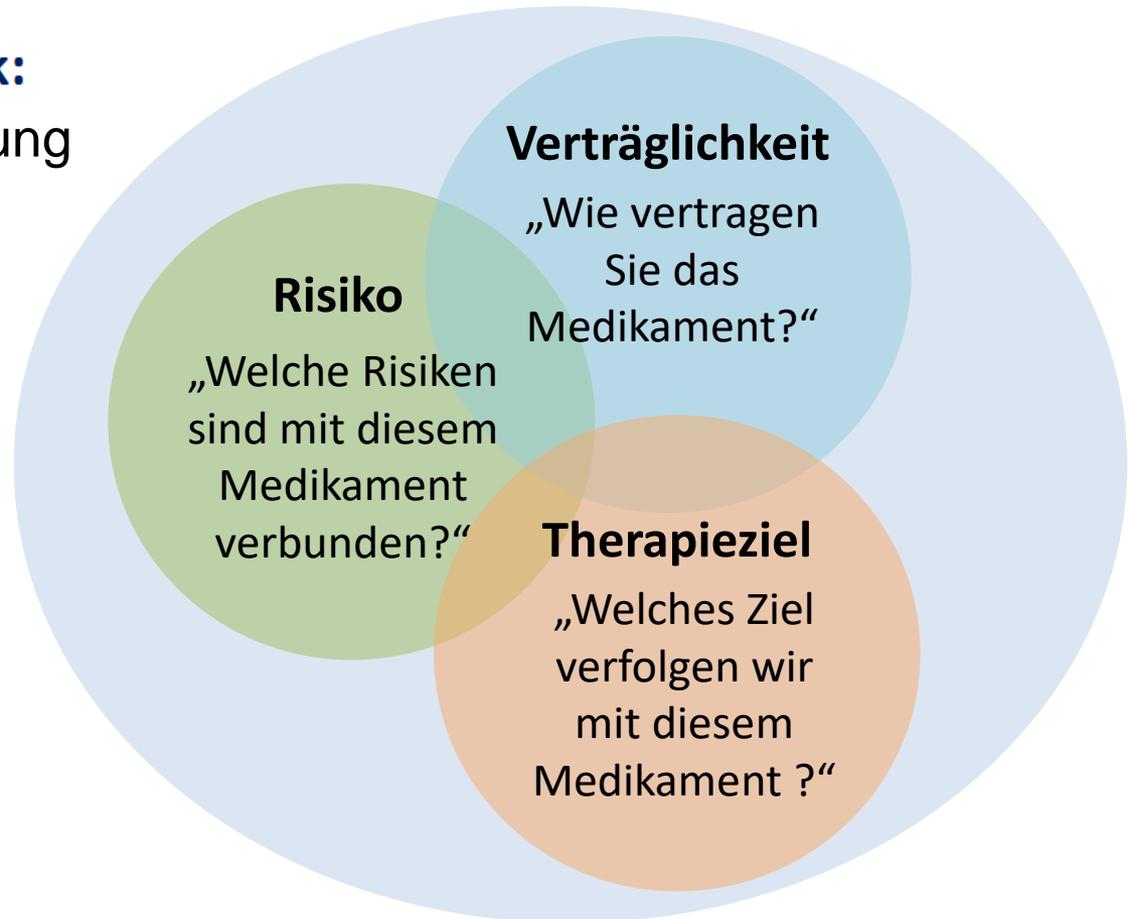
Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz“

B) Durchführung



Medikations-Check:

Gemeinsame Priorisierung





2) Ablauf

Familienkonferenz

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz“

B) Durchführung



Abschluss:

- **Medikationsplan handschriftlich aktualisieren** für den Patienten/Pflegedienst
- **Weiteres Vorgehen / Verlaufskontrolle / Folgetermin** vereinbaren
- **COFRAIL-Ergebnisbogen ausfüllen** und Durchschrift beim Patienten belassen
(*Original mitnehmen, an Studienzentrum faxen und in COFRAIL-Projektordner heften*)

C) Nachbereitung

- **Medikationsplan aktualisieren, 2x ausdrucken, an Patient / ggf. Pflegedienst aushändigen** (*1 Exemplar in COFRAIL Projektordner heften*)
- **Verlaufskontrollen / Folgetermin** (je nach getroffener Absprache mit Patient)



2) Fallbeispiel **Frau/Herr K. Budnick**, 81 Jahre **Familienkonferenz**

Diagnosen:	Gonarthrose bds.; Hypertonie; Hypercholesterinämie; Diabetes mellitus Typ 2			
aktuell:	zunehmende Gebrechlichkeit, rez. Schwankschwindel, RR 115/70			
Laborwerte:	Hämoglobin = 12,7 mg/dl; Kreatinin = 1,1 mg/dl Glukose (nüchtern) = 87 mg/dl; HbA1c = 6,6 %			
Medikation:	Enalapril 20mg	1 – 0 – 0	Metformin 1000 mg	1 – 0 – 1
	Torasemid 10mg	1 – 0 – 0	Glimepirid 3 mg	1/2 – 0 – 0
	Metoprolol 100mg	1 – 0 – 0	Metamizol 500mg	bei Bedarf
	Simvastatin 40mg	0 – 0 – 1		

AUFGABE zur Diskussion zu zweit (5min)

Welche Medikamente sind potenzielle Kandidaten fürs Absetzen?

Welche Fragen der Patienten / Angehörigen erwarten Sie?

Welche Diskussionspunkte könnten entstehen?



3) Gesprächsszenarien

Familienkonferenz



Was ist das Ziel des heutigen Gesprächs?

Das Projekt COFRAIL hat zum Ziel, die Bedürfnisse von älteren Menschen besser zu verstehen und zu unterstützen.

Heute möchte ich mir etwas Zeit nehmen, um mit Ihnen vor allem darüber zu reden, wie Sie mit Ihren Medikamenten zurechtkommen und was dabei evtl. noch besser gemacht werden kann.



3) Gesprächsszenarien

Familienkonferenz



Warum soll ich jetzt auf einmal Medikamente absetzen, die ich jahrelang unbedingt nehmen sollte?

Bei zunehmender Gebrechlichkeit ist die Verträglichkeit und der Nutzen vieler Medikamente nicht mehr gesichert.

Durch das Absetzen von Medikamenten könnte eine Stabilisierung Ihres Gesundheitszustands (z.B. im Hinblick auf Mobilität / Bewegungsfähigkeit) und eine Senkung des Risikos für notfallartige Ereignisse erreicht werden!



3) Gesprächsszenarien

Familienkonferenz



Bin ich noch vor einem Schlaganfall oder Herzinfarkt geschützt, wenn ich kein ASS / kein Statin/ weniger Blutdruckmittel einnehme?*

Bei allen Menschen in Ihrer Altersgruppe ist das Risiko groß, in den nächsten Jahren einen Schlaganfall oder Herzinfarkt zu bekommen.

Diese Medikamente können das Risiko allenfalls etwas absenken. Bei Hochbetagten wurde in wissenschaftlichen Studien kein eindeutiger Nutzen nachgewiesen. Gleichzeitig besteht ein höheres Risiko für Nebenwirkungen.

*gilt für die kardiovaskuläre Primärprävention



3) Gesprächsszenarien

Familienkonferenz



Woran merke ich, ob es mir ohne die Medikamente besser oder schlechter geht?

Im günstigen Falle haben Sie weniger Schwindel / fühlen sich fitter / ...

Manchmal können Beschwerden wieder auftreten, welche zur Verordnung der Tabletten geführt hatten (z.B. hoher Blutdruck, Schmerzen, etc.). Bitte berichten Sie mir in _ Tagen / Wochen wie es Ihnen geht.

Weitere Kommunikationshilfen zum Absetzen

Es gibt Medikamente, die in höherem Alter nicht mehr eindeutig zu empfehlen sind.

Ihr Körper verändert sich und seine Reaktion auf Arzneimittel verändert sich auch. Das heißt, dass Sie empfindlicher gegenüber der Wirkung und auch gegenüber den Nebenwirkungen reagieren als bisher.

Das Medikament zeigt einen höheren Nutzen in jüngeren Jahren, jetzt steht Ihre Lebensqualität im Vordergrund.

Weitere Kommunikationshilfen zum Absetzen

Alle Medikamente müssen regelmäßig überprüft werden. Ihr Körper verändert sich und daher auch Ihr Medikationsbedarf.

Wir sollten uns jetzt darauf konzentrieren, Ihre Lebensqualität und Ihre Selbständigkeit zu erhöhen.

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass das Medikament jetzt mehr Probleme verursacht als in der Vergangenheit. Wenn wir die Dosis reduzieren, können wir mit den Veränderungen in Ihrem Körper Schritt halten.



Programm Fortbildung 1

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Einführung in die COFRAIL - Intervention
50 min	Intervention Teil A Deprescribing-Leitfaden
20 min	PAUSE
60 min	Intervention Teil B Familienkonferenz
	Videodemonstration
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick



4) Praktische Übungen

Fallvignette Frau/Herr K. Budnick 81 Jahre

Diagnosen:	Gonarthrose bds.; Hypertonie; Hypercholesterinämie; Diabetes mellitus Typ 2					
aktuell:	zunehmende Gebrechlichkeit, rez. Schwankschwindel, RR 115/70					
Laborwerte:	Hämoglobin = 12,7 mg/dl; Kreatinin = 1,1 mg/dl Glukose (nüchtern) = 87 mg/dl; HbA1c = 6,6 %					
Medikation:	Enalapril 20mg	1 – 0 – 0	Metformin 1000 mg	1 – 0 – 1		
	Torasemid 10mg	1 – 0 – 0	Glimepirid 3 mg	1/2 – 0 – 0		
	Metoprolol 100mg	1 – 0 – 0	Metamizol 500mg	bei Bedarf		
	Simvastatin 40mg	0 – 0 – 1				

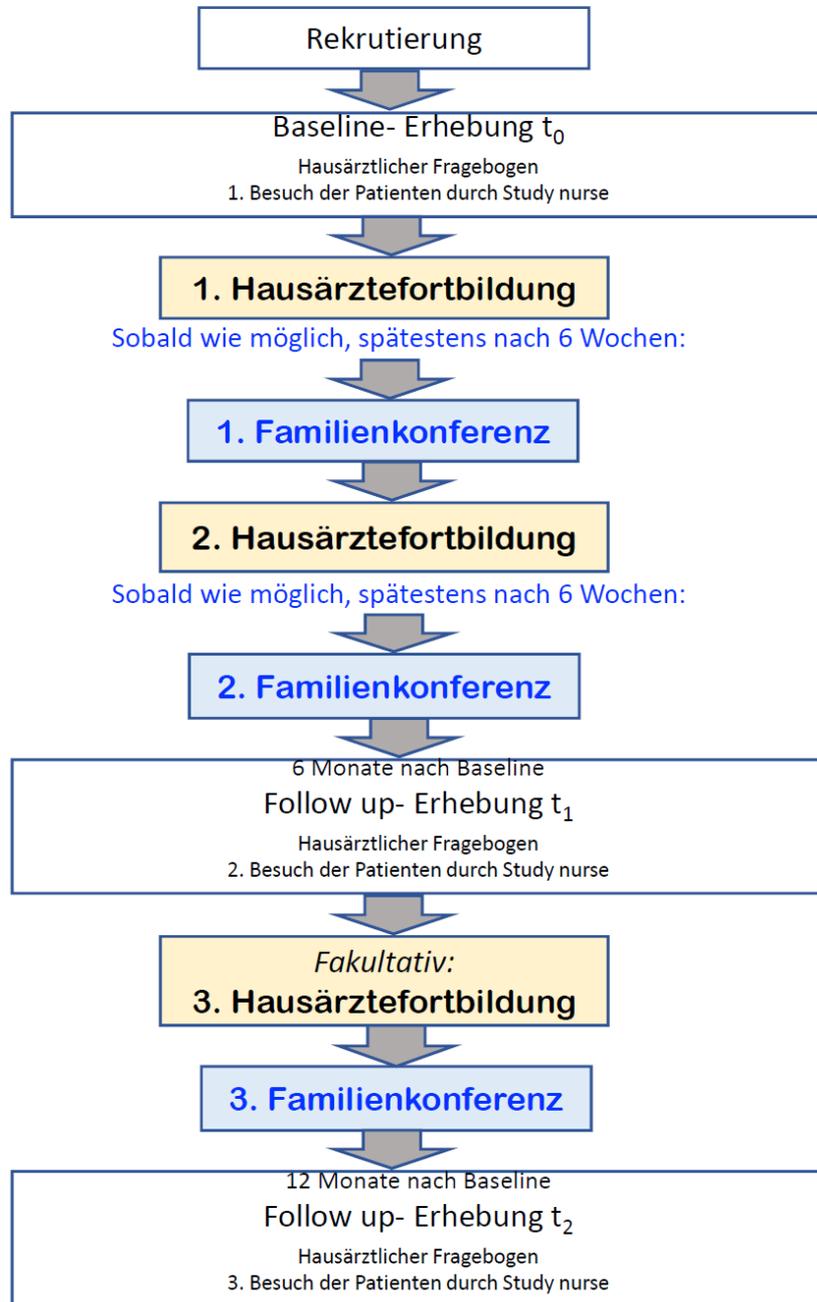
Videodemonstration: Beobachten Sie eine Familienkonferenz im Rollenspiel und folgen Sie dabei dem „Leitfaden Familienkonferenz“!

Beobachter: Bitte notieren Sie sich was Ihnen gut gefällt und welche Verbesserungsvorschläge Sie haben!



Programm Fortbildung 1

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Einführung in die COFRAIL - Intervention
50 min	Intervention Teil A Deprescribing-Leitfaden
20 min	PAUSE
60 min	Intervention Teil B Familienkonferenz Praktische Übungen
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick



Die nächsten Schritte ...

Hausarztfragebögen für alle Patienten ausgefüllt? - *siehe Studienordner* -

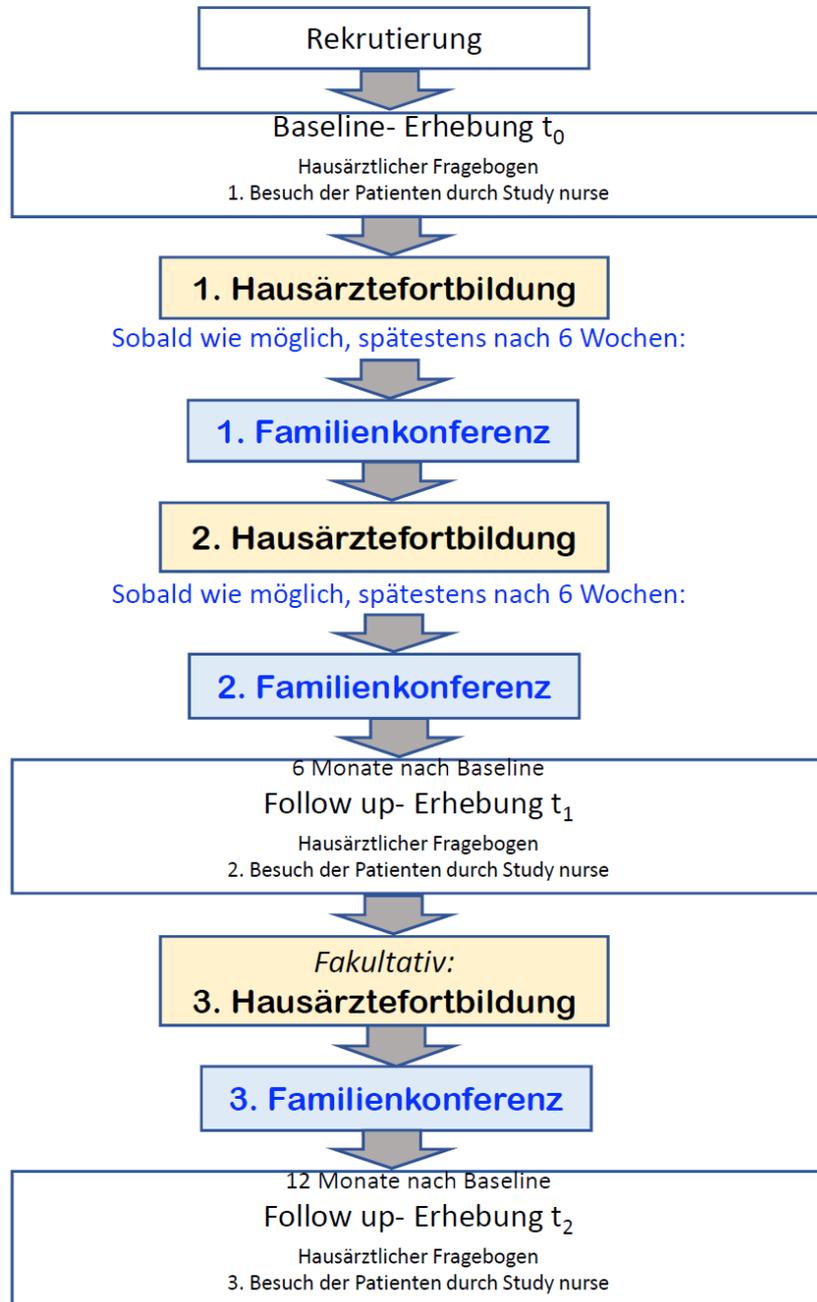
Terminierung der 1. Familienkonferenz
sobald wie möglich, spätestens nach 6 Wo.

Vorbereitung:

- **Vorbereitungsblatt für Patienten**
wurde durch Study Nurses ausgegeben
- **Medikationsplan aktualisieren**
2x ausdrucken und mitnehmen
- **Vorab-Überlegungen zum Absetzen**
siehe Deprescribing-Leitfaden mit fakultativ: Vorbereitungsblatt für Sie

Nachbereitung:

- **Ergebnisblatt Familienkonferenz** *an Studienzentrum faxen und in Studienordner heften*
- **Medikationsplan aktualisieren**
Ausdrucken und in Studienordner heften



Die nächsten Schritte ...

Hausarztfragebögen für alle Patienten ausgefüllt? - siehe Studienordner -

Terminierung der 1. Familienkonferenz sobald wie möglich, spätestens nach 6 Wo.

„Corona-Varianten“

A) Gleichzeitiges Telefonat mit Patient und Angehörigen (Lautsprecher an)

B) Sequenzielle Telefonate:

1. Telefonat mit Patient/in:

- Agenda, Deprescribing-Botschaft
- Medikations-Check
- Optionen diskutieren
- Monitoring vereinbaren

2. Telefonat: mit Angehöriger/m:

- Agenda, Deprescribing-Botschaft
- Medikations-Check
- Optionen diskutieren
- Monitoring vereinbaren

C) Videokonferenz

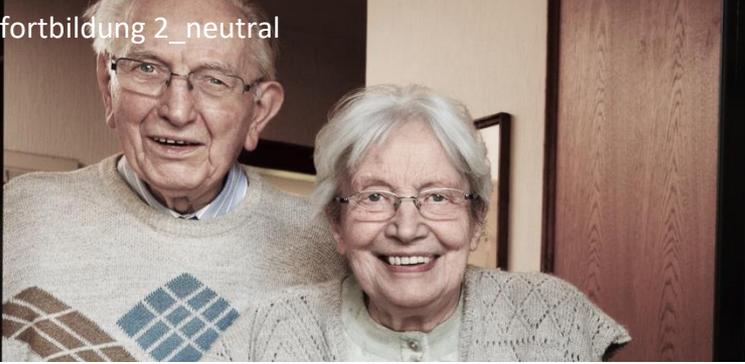


cofrail 

Düsseldorf 08. April 2020

Fortbildung 1 für Hausärzte

**Herzlichen Dank
für Ihre Mitarbeit!**



Düsseldorf 22. April 2020

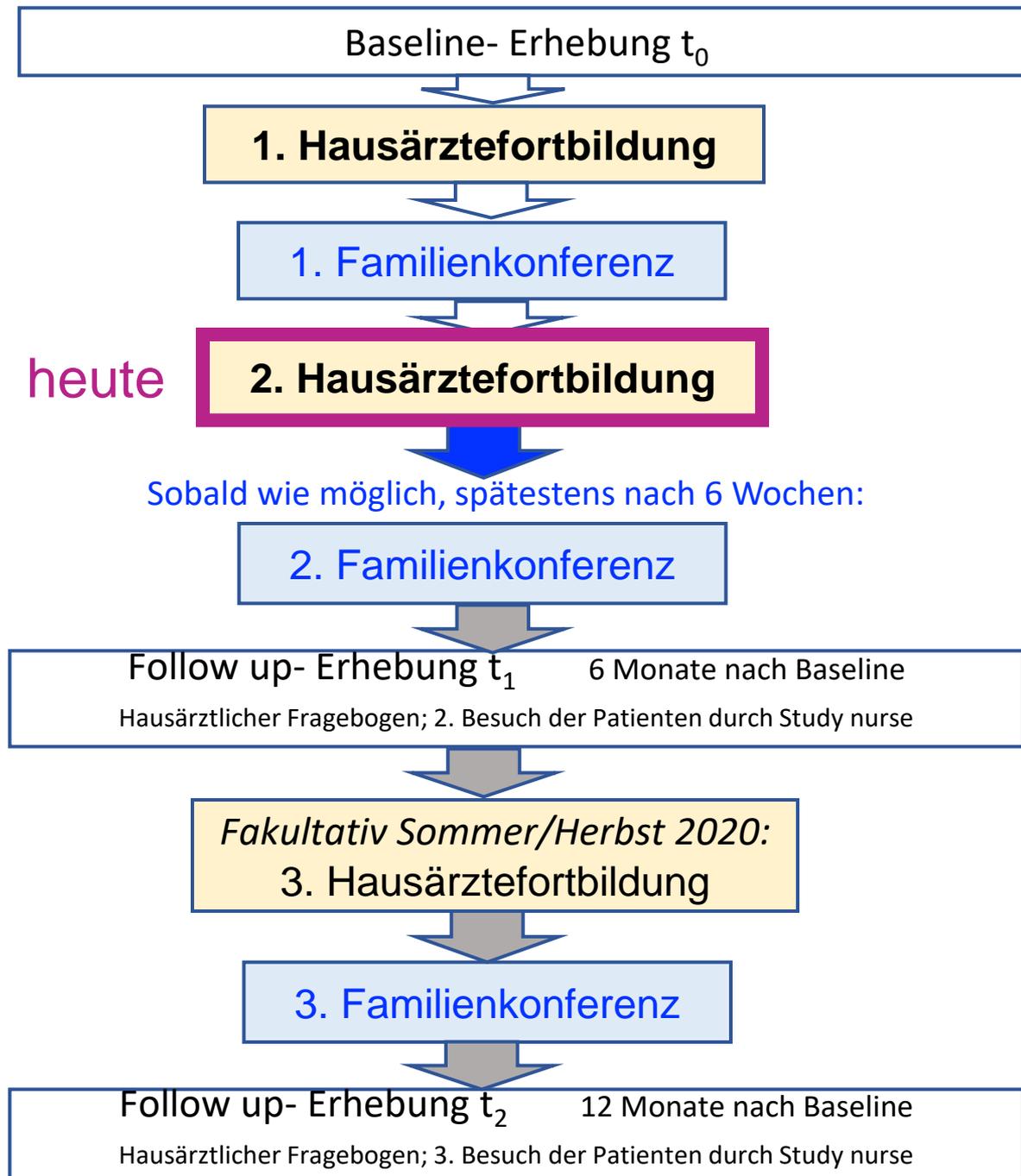
Fortbildung 2 für Hausärzte

Herzlich Willkommen!



Programm Fortbildung 2

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde |
| 10 min | Stand des Projekts |
| 10 min | Input zu Adhärenz und Medikationskomplexität |
| 40 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen und Deprescribing |
| 20 min | PAUSE |
| 45 min | COFRAIL – Bedarfserfassung und Toolbox für Nicht-medikamentöse Interventionen |
| 15 min | Familienkonferenz 2, Abschlussdiskussion |





Die COFRAIL Intervention

Fortbildungsangebote

Fortbildung 1

Teil A Anwendung des
Deprescribing - Leitfaden

Teil B **Familienkonferenz**
mit praktischen Übungen

Familienkonferenz 1

heute

Fortbildung 2

Erfahrungsaustausch
anhand eigener Fälle

Teil C **Toolbox**
nicht-medikamentöse
Interventionen

Familienkonferenz 2

fakultativ

Pharmakologie-Beratung
Hotline Uni Witten

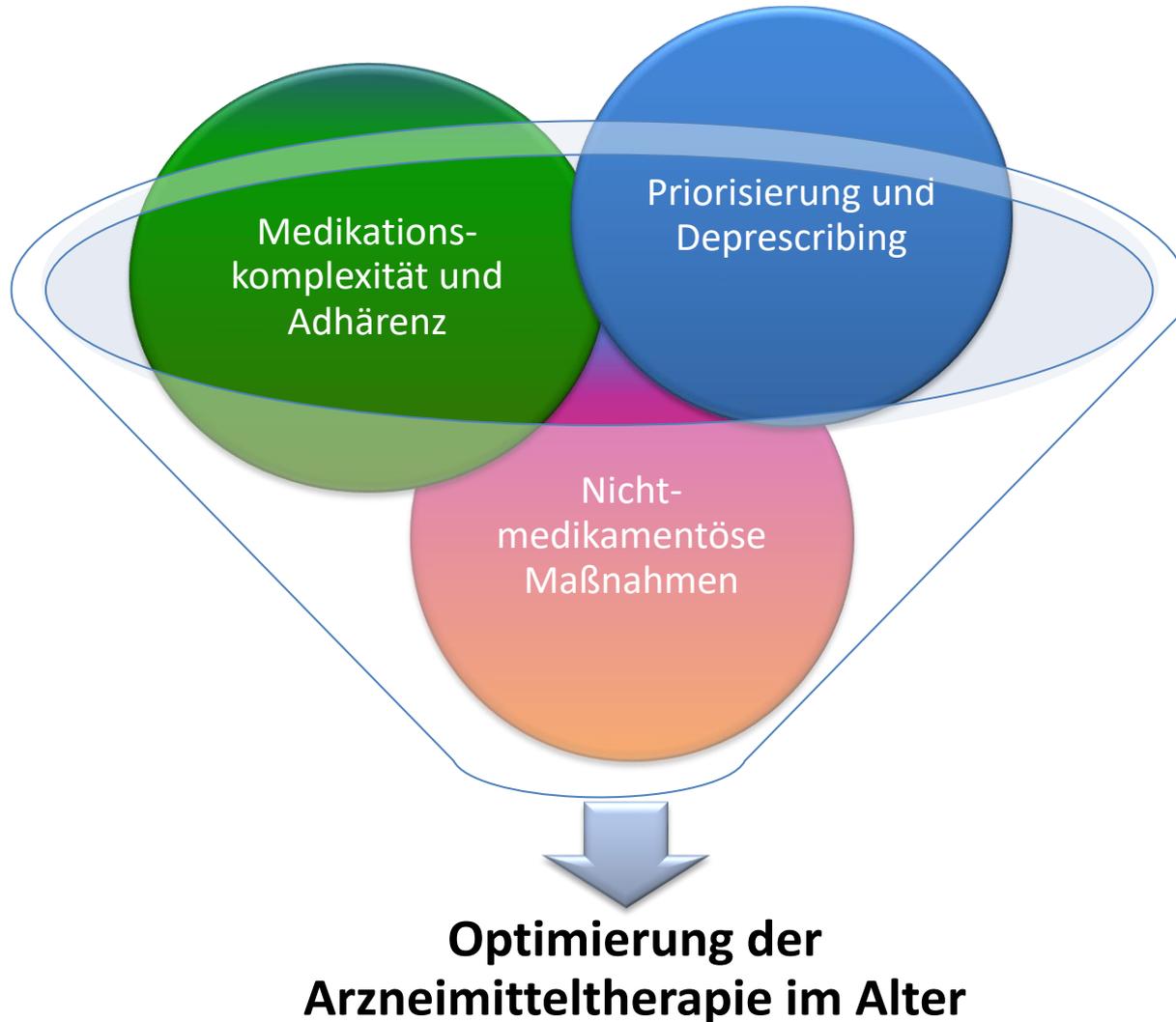
Fortbildung 3
Sommer/Herbst 2020

Video / Materialien
COFRAIL - Homepage



Programm Fortbildung 2

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde |
| 10 min | Stand des Projekts |
| 10 min | Input zu Adhärenz und Medikationskomplexität |
| 40 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen und Deprescribing |
| 20 min | PAUSE |
| 45 min | COFRAIL – Bedarfserfassung und Toolbox für Nicht-medikamentöse Interventionen |
| 15 min | Familienkonferenz 2, Abschlussdiskussion |



Eine suboptimale **Adhärenz** des Patienten kann der Therapieerfolg beeinflussen

Ursachen sind:

- Überforderung des Patienten durch **hohe Komplexität der Medikation**
- Körperliche Einschränkungen
- Kognitive Einschränkungen
- Fehlende Motivation
- Fehlendes Empowerment

Problem: Anwendungsfehler werden häufig nicht erkannt

Eine suboptimale **Adhärenz** des Patienten kann der Therapieerfolg beeinflussen

Ursachen sind:

- Überforderung des Patienten durch **hohe Komplexität der Medikation**
- Körperliche Einschränkungen
- Kognitive Einschränkungen
- Fehlende Motivation
- Fehlendes Empowerment

Problem: Anwendungsfehler werden häufig nicht erkannt

Ziel ist die Arzneimittelanwendung zu vereinfachen

Identifikation der

Komplexitätsfaktoren:

- Einnahme vereinfachen (z.B. Einnahmezeitpunkt)
- Anwendung erklären (z.B. Spritzen, Inhalativa, TTS)
- Patientenspezifische Beschwerden erkennen (z.B. Schluckbeschwerden, Zittern)

Adhärenz verbessern:

- Erklärung der Therapieziele und des erwarteten Nutzens
- Verständnis für die Notwendigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme

Fragen für das Patientengespräch:

1. **Vergessen** Sie gelegentlich, Ihre Medikamente einzunehmen?
2. **Wissen** Sie für jedes Medikament, warum Sie es einnehmen?
3. Haben Sie Schwierigkeiten, den Namen des Arzneimittels auf der Verpackung **zu lesen**?
4. Haben Sie Schwierigkeiten, Verpackungen oder Flaschen zu **öffnen** oder Tabletten zu **teilen**?
5. Haben Sie Schwierigkeiten, die Tabletten auf einmal **einzunehmen**?
6. Falls auch nicht orale Formulierungen eingenommen werden:
Haben Sie Schwierigkeiten in der **Anwendung** dieser
Medikamente wie z.B. beim **Spritzen** von Insulin, Nutzung von
Inhalatoren bei Asthma, Applikation von **Augentropfen**?

RIME Studie

➤ Gemeinsame Therapieoptimierung und Festlegung der Therapieziele



Programm Fortbildung 2

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde |
| 20 min | Stand des Projekts
Input zu Adhärenz und Medikationskomplexität |
| 40 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
und Deprescribing |
| 20 min | PAUSE |
| 45 min | COFRAIL – Bedarfserfassung und Toolbox
für Nicht-medikamentöse Interventionen |
| 15 min | Familienkonferenz 2, Abschlussdiskussion |



Kollegialer Austausch zu Familienkonferenzen und Deprescribing

Vorgehensweise

- Kollegialer Austausch analog zur Qualitätszirkel-Arbeit
- Fallbesprechungen, von denen alle KollegInnen profitieren
- Keine „Richtig“ oder „Falsch“ – Diskussionen; keine „Besserwisserei“
- Konstruktive Anregungen aufnehmen
- Gemeinsam voneinander lernen





Kollegialer Austausch zu Familienkonferenzen und Deprescribing

In 2er Gruppen 15 min

Bitte tauschen Sie sich untereinander zu Ihren Patienten aus:

- Welche Erfahrungen haben Sie bei den Familienkonferenzen gemacht?
- Welche Veränderungen im Medikationsplan wurden umgesetzt?
- Bitte wählen Sie zwei anspruchsvolle / lehrreiche Fälle zur Vorstellung im Plenum aus!

➤ stichwortartige Zusammenfassung auf je 1 Flipchart

Plenum 25 min

Vorstellung der ausgewählten Patientenfälle aus den 2er – Gruppen:

- Wo liegen die Herausforderungen (medizinisch, kommunikativ)?
- Welche Lösungsmöglichkeiten für diese Fälle sind denkbar?



Programm Fortbildung 2

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde |
| 20 min | Stand des Projekts
Input zu Adhärenz und Medikationskomplexität |
| 40 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
und Deprescribing |
| 20 min | PAUSE |
| 45 min | COFRAIL – Bedarfserfassung und Toolbox
für Nicht-medikamentöse Interventionen |
| 15 min | Familienkonferenz 2, Abschlussdiskussion |



cofrail 

Medikamente absetzen – und was kommt danach?

Toolbox zur Bedarfsanalyse und nicht-medikamentösen
Therapieoptionen bei Frailty-Syndrom



Bedingungen bei der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Frailty

- **Komplexität** (viele medizinische Themen gleichzeitig)
- **Primat des Dringlichen** (volles Wartezimmer)
- **Vielfalt der Bedürfnisse** von Patienten und ihren Angehörigen
- ...

-> Möglicher Lösungsbeitrag: Strukturiertes Vorgehen



Ziel der Toolbox

Unterstützung einer besseren Arzneimittelversorgung durch

- **strukturierte Problemerkfassung**
- **symptomorientierte Therapieplanung**
- Bereitstellung einer tragfähigen Ausgangsbasis für die gemeinsame Priorisierung von Optionen

Zur Erinnerung...





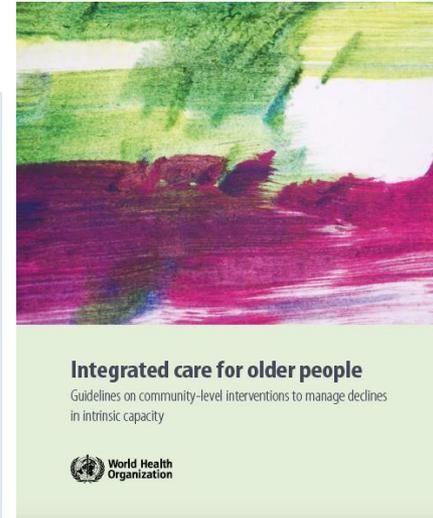
Entwicklung der Toolbox

Literaturrecherche:

- **MAGIC**
(Manageable Geriatric Assessment, Vers. 2013)
- **DEGAM**
(Hausärztliche S1-Leitlinie. Geriatisches Assessment in der Hausarztpraxis. 2017)
- **WHO**
(Integrated care for older people. 2017)

Praktische Bedarfe:

- Experteninterviews mit Hausärzten u. Pflegekräften
- Fokusgruppendifkussionen



Integrated care for older people

Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity



World Health Organization



Hausärztliche Leitlinie Geriatisches Assessment in der Hausarztpraxis

Sowie Praxistipps zu geriatrischen Patienten

Addendum zur Leitlinie: Allgemeine Geriatrie Teil I und Teil II

AWMF-Registernummer: 053 – 015
Klassifikation: S1

Konsolidierung Version 1.00
29. März 2017

Revision bis spätestens
Januar 2020

Version 1.03 vom 08.05.2018

F. W. Beyerl
M. Braun
J. Falber
U. Höfner
B. Kluge
U. Poppert
J. Seifried
G. Vetter
M. Beyerl (DEGAM)
U. Janus-Welker (DEGAM)
C. Muth (DEGAM)
I. Schwabert (PMK)



Mögliche Bedarfe von Patienten mit (potentiellem) Frailty-Syndrom

- 13 häufige **Problemfelder** geriatrischer Patienten im hausärztlichen Bereich:

1. Leistungsfähigkeit im Alltag	8. Einschränkungen beim Hören
2. Soziales Umfeld	9. Harn-/Stuhlinkontinenz
3. Mobilität/ Beweglichkeit	10. Kognitive Beeinträchtigung/ Demenz
4. Stürze	11. Depressivität
5. Schwindel	12. Ungewollter Gewichtsverlust
6. Chronische Schmerzen	13. Gastrointestinale Symptome
7. Einschränkungen beim Sehen	

- Wie können diese Probleme **gezielt erfasst** und **besprochen** werden?



Checkliste: Problemerkfassung u. Therapieplanung



CHECKLISTE zur gemeinsamen Problemerkfassung und Festlegung nicht-pharmakologischer Maßnahmen

I) Notieren Sie bereits bestehende medizinische Leistungen: Heilmittel (z. B. Physio-, Ergotherapie, med. Fußpflege), Hilfsmittel (z. B. Hör-, Seh-, Gehhilfen), Pflegedienst, Kontrolluntersuchungen (z. B. Diabetologe, Schrittmacherkontrolle), Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Krebscreening).

.....

.....

.....

II) Besprechen Sie gemeinsam mit dem Patienten im Alltag vorhandene Probleme. Nutzen Sie zur Problemerkfassung die nachfolgenden Fragen. Zudem stehen Ihnen das Handbuch, ggf. das Vorbereitungsblatt und das Event-Tagebuch zur Verfügung. Notieren Sie die Antworten des Patienten und ob ein Problem vorliegt. Besprechen Sie mit dem Patienten unter Berücksichtigung bereits bestehender medizinischer Leistungen (siehe I) welche Maßnahmen für Probleme mit Handlungsbedarf vereinbart werden sollen.

Problemerkfassung - Problemfeld	Antworten des Patienten/ Problem vorhanden?	Vereinbarte Maßnahmen?
1. Leistungsfähigkeit im Alltag <i>Hatten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Stimmung Schwierigkeiten Ihre alltäglichen Arbeiten innerhalb und außerhalb des Hauses zu erledigen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
2. Soziales Umfeld <i>Haben Sie jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmert, z. B. nach einem Sturz? Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen und dem Sie sich anvertrauen können?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
3. Mobilität/Beweglichkeit <i>Sind Sie körperlich aktiv? Wenn nein, warum nicht? Können Sie körperliche Aktivitäten nicht mehr wie gewohnt (z. B. Intensität, Häufigkeit) ausführen? Wenn ja, warum nicht?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
4. Stürze <i>Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt? Wie oft sind Sie gestürzt?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
5. Schwindel <i>Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Schwindel? Beeinträchtigt Sie der Schwindel im Alltag?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
6. Chronische Schmerzen <i>Haben Sie aktuell Schmerzen? Wenn ja, dauern diese bereits längere Zeit an? Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten vier Wochen? Inwieweit haben die Schmerzen Sie in Ihren Alltagstätigkeiten behindert?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	

Problemerkfassung - Problemfeld	Antworten des Patienten/ Problem vorhanden?	Vereinbarte Maßnahmen?
7. Einschränkungen beim Sehen <i>Haben Sie Probleme mit dem Erkennen von Zeitungsschrift, auch mit Brille? Haben Sie Probleme, Personen auf der anderen Straßenseite zu erkennen, auch mit Brille?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
8. Einschränkungen beim Hören <i>Fällt es Ihnen schwer, Gespräche zu verstehen (ggf. auch mit Hörgerät)?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
9. Harn-/Stuhlinkontinenz <i>Sind beim Husten, Niesen, Lachen, Laufen oder Bücken schon einmal Tropfen aus der Blase abgegangen? Kommt es vor, dass Sie die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen können?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
10. Kognitive Beeinträchtigung/Demenz <i>Bei Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung können Sie mit dem Patienten den Uhrentest durchführen. Nutzen Sie ggf. die Vorlage (Anlage 2) sowie die Hinweise auf der Problemfeldkarte.</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
11. Depressivität <i>Haben Sie sich in den letzten vier Wochen oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt? Hatten Sie in den letzten vier Wochen weniger Interesse oder Freude daran, etwas zu unternehmen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
12. Ungewollter Gewichtsverlust <i>Haben Sie unabsichtlich Gewicht verloren? Falls Sie Gewicht verloren haben, wie viele Kilogramm? Haben Sie wegen reduzierten Appetits wenig gegessen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
13. Gastrointestinale Symptome <i>Leiden Sie unter Übelkeit? Wie oft tritt dies auf? Leiden Sie unter Erbrechen? Wie oft tritt dies auf? Leiden Sie unter Verstopfung? Wie oft tritt dies auf? Leiden Sie unter Durchfall? Wie oft tritt dies auf?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein	
III) Dokumentieren Sie im Ergebnisbogen zur Familienkonferenz, auf welche konkreten Schritte (z. B. Streichen, Reduzieren, Hinzunehmen von (Therapie-)Maßnahmen) Sie sich gemeinsam mit dem Patienten verständigt haben.		
IV) Heften Sie dieses Blatt im Projektordner im Abschnitt des jeweiligen Patienten ab und nutzen es als Gesprächsgrundlage bzw. zur Verlaufskontrolle.		



Aufbau des Handbuchs, Beispiel Kapitel 3

Leitfragen

3. Mobilität und Beweglichkeit

Problemerkfassung:

- „Sind Sie körperlich aktiv? Wenn nein, warum nicht?“
- „Können Sie körperliche Aktivitäten nicht mehr wie gewohnt (z. B. Intensität, Häufigkeit) ausführen? Wenn ja, warum nicht?“

Diagnostik:

- a) Anamnese:
 - Woher kommen die Einschränkungen?
 - Bestehen kardiovaskuläre Risiken?
 - Gibt es Potenzial für die Verbesserung/Stabilisierung der Mobilität und Beweglichkeit?
- b) Differentialdiagnostische Erwägungen:
 - Besteht Sturzgefahr? → Vgl. 4. Stürze
- c) Diagnostische Untersuchungen/ Tests:
 - Basis-Check: körperliche Untersuchung, EKG, Labor
 - Wie sind die motorischen Fähigkeiten (Gang- und Gleichgewichtstests, z. B. Romberg-Test, Tandem-Test, Timed up and go)?

Medikations-Check:

- a) Verschlechterung von Mobilität und Beweglichkeit als mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten wie z. B.:
 - Myalgie und Muskelschwäche durch Statine → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.5, Anhang 14.4)*
 - Exsikkose durch Diuretika → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6, 7)*
 - Ödeme durch Calciumkanalblocker (z. B.: Nifedipin) → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6)*
 - Hypotonie, orthostatische Hypotonie → *Deprescribing-Leitfaden (Kap.6)*
- b) Nutzen- und Risikoabwägung von Medikamenten zur Steigerung der Mobilität und Beweglichkeit:
 - *Analgetika* als Bedarfs- oder Dauermedikation: können einen guten Beitrag leisten, sind effektiver, wenn sie in ein Gesamtkonzept verschiedener Maßnahmen eingebunden sind; regelmäßiges Monitoring erforderlich → Vgl. 6 *chronische Schmerzen*

Therapie/Maßnahmen:

- Ausgewogene gesunde Ernährung: Unterstützung beim Einkaufen, Kochen und Essen
- Patienten informieren durch Gespräche/Informationsmaterial über Folgen von Muskelschwund und Folgen im Alter und Motivation zu altersangepassten Aktivität
- Informationsmaterial mit Empfehlungen zur Bewegung/Ernährung
- Mobilität erhalten durch Training der Muskelkraft, Balance, Standfestigkeit, Beweglichkeit, Ausdauer

Praxistipps:

- Erhöhung der Alltagsaktivität z. B. im Haushalt, Garten, Spaziergänge (mindestens 30 Minuten pro Tag)
- Familie und Freunde für gemeinsame Aktivitäten mit einbeziehen
- 3x pro Woche 30 Minuten Ausdauertraining
- Angeleitetes Übungsprogramm in Gruppen (z. B. Seniorensport, Herzsportgruppen)
- Krafttraining unter fachkompetenter Anleitung (z. B. Physiotherapie)

Hinweise / Tipps
für die Praxis

Medikation
a) UAWs/Nebenwirkungen

Medikation
b) Therapeutische Risiken



Aufbau des Handbuchs, Beispiel Kapitel 2

2. Soziales Umfeld und Notfallplan

Problemerkfassung:

- „Haben Sie jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmert, z. B. nach einem Sturz?“ (MAGIC, Frage 7.1)
- „Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen und dem Sie sich anvertrauen können?“ (MAGIC, Frage 7.2)

Diagnostik:

- Wird soziale Isolation/Einsamkeit als Belastung empfunden?
→ Vgl. *Depressivität*
- Liegt vom Patienten eine Patienten- bzw. Betreuungsverfügung/gesetzliche Betreuung vor bzw. sind diese gewünscht?
- Sind Pflegegrad/Behinderungsgrad vorhanden bzw. werden benötigt bzw. wurden beantragt?

Therapie/Maßnahmen:

- Patient informieren über Möglichkeit der gesetzlichen Betreuung und Betreuung im Alter (z. B. Sozialstation, betreutes Wohnen, Vereine, Kirche)
- Familie/Freunde dazu animieren Patienten stärker in Aktivitäten einzubinden
- Soziale Funktion regelmäßiger Arztkontakte berücksichtigen, z.B. Einblick in Patientenalltag durch Hausbesuch

Praxistipps:

- Kontaktdaten Vertrauensperson erfassen und schriftliche Schweigepflichtentbindung einholen
- Patienten- und Betreuungsverfügung ausfüllen (z. B. Vorlage Patientenverfügung über www.bmjv.de)
- Persönlichen Notfallplan für häuslichen Notfall gemeinsam mit Patienten erstellen und jeweils ein Exemplar für Patient und Hausarzt (Vorlage, Anlage 1)
- Hausnotrufsystem
- Tagespflege, Seniorentreff
- Antrag auf (Neufeststellung) Pflegegrad/Behinderungsgrad

Unterstützung für Pflegende:

- Unterstützungs-/Beratungsangebote vermitteln (z. B. Pflegekurse) abhängig vom Krankheitsbild (z.B. Demenz)
- Identifizieren von Belastung, Stress und Depression bei Pflegenden mit starker Pflegebelastung und vermitteln von Strategien zur Alltags-/Stressbewältigung (Psychotherapie, Selbsthilfegruppen)
- ggf. zusätzliche pflegerische Unterstützung hinzuziehen

cofrail 

Anlage 1

Persönlicher Notfallplan

Personalien

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____ Telefonnummer _____

Diagnosen

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____

Wichtige Telefonnummern

Bezugspersonen:

1. _____ Tel. _____

2. _____ Tel. _____

3. _____ Tel. _____

Betreuende/r Hausärztin/-arzt (Name, Tel.-Nr.): _____

Zuständiger Pflegedienst (Name, Tel.-Nr.): _____

Praxisstempel

Für den Notfall wünsche ich:



Fallbeispiel zur Anwendung der Toolbox

Frau B. Schmitz, 79 Jahre

Sozialanamnese

- Rentnerin
- Verwitwet, allein lebend
- 2-Zimmer-Whg. 1. Stock
- Wohnt in Kleinstadt
- Tochter: 58 Jahre, selbstständig, wohnt 100 km entfernt

Diagnosen

- Herzinsuffizienz
- VHF
- Art. Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Niereninsuffizienz IIIb
- Z.n. HTEP rechts
- Arthrose (Knie und Hand)
- Schlafstörungen

Medikamente

- Mirtazapin 7,5 mg 0-0-0-1
- Amlodipin 5 mg 1-0-0
- Ramipril/HCT 5/25,mg 1-0-0
- Metformin 500 mg 1-0-1
- Carvedilol 12,5 mg 1-0-0
- Phenprocoumon nach INR
- Ibu 600 mg b. B.
- Pantozol 40 mg 1-0-0

Aktueller Zustand:

- Entlassung aus dem Krankenhaus bei Z.n. Sturz mit LWS-Prellung
- Gewichtsabnahme (ca. 3 kg in 2 Mo.)



Fallbeispiel zur Anwendung der Toolbox

Frau B. Schmitz, 79 Jahre

Sozialanamnese

- Rentnerin
- Verwitwet, allein lebend
- 2-Zimmer-Whg. 1. Stock
- Wohnt in Kleinstadt
- Tochter: 58 Jahre, selbstständig, wohnt 100 km entfernt

Diagnosen

- Herzinsuffizienz
- VHF
- Art. Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Niereninsuffizienz IIIb
- Z.n. HTEP rechts
- Arthrose (Knie und Hand)
- Schlafstörungen

Medikamente

- Mirtazapin 7,5 mg 0-0-0-1
- Amlodipin 5 mg 1-0-0
- Ramipril/HCT 5/25,mg 1-0-0
- Metformin 500 mg 1-0-1
- Carvedilol 12,5 mg 1-0-0
- Phenprocoumon nach INR
- Ibu 600 mg b. B.
- Pantozol 40 mg 1-0-0

Aktueller Zustand:

- Entlassung aus dem Krankenhaus bei Z.n. Sturz mit LWS-Prellung
- Gewichtsabnahme (ca. 3 kg in 2 Mo.)

Wünsche der Patientin:

- Kein Umzug – Verbleiben im gewohnten Umfeld
- Mehr Sicherheit (Sturzangst)
- Beweglichkeit erhalten bzw. verbessern
- Absicherung für den Notfall

Hilfen im Alltag:

- Nutzt Rollator außer Haus
- Nachbarin hilft bei Einkäufen
- Kein Pflegegrad
- Keine Vorsorgevollmacht
- Keine Patientenverfügung



Fallbeispiel zur Anwendung der Toolbox

Frau B. Schmitz, 79 Jahre

Fallarbeits in 2er oder 3er Gruppe

15min

1) Problemerkfassung:

- Welche weitere gesundheitlichen Alltagsprobleme erwarten Sie bei dieser Patientin?
- Wie gehen Sie in solchen Fällen nach Klinikentlassung konkret vor? Was hilft dabei, was macht es schwierig?
- Welchen Nutzen könnte die COFRAIL-Checkliste haben?

2) Problembearbeitung von zwei exemplarischen Themen:

a) Sturzneigung → Themenfeld 4

b) Gewichtsabnahme → Themenfeld 12

- Wie gehen sie im Alltag in solchen Fällen konkret vor?
- Wie hilfreich finden Sie Struktur und Hinweise des COFRAIL – Handbuchs?



Take-home Messages & Ausblick

- Bei hoher Komplexität eines Falles kann eine **Strukturierte Problemerkfassung** hilfreich sein
- **Nicht-medikamentöse Therapien** können wichtiger Beitrag zum Deprescribing und zur Patientensicherheit sein
- Patient hat situativ individuelle Bedürfnisse. Fortlaufende **Kommunikation** zwischen allen **Beteiligten** trägt dazu bei, die Therapie kontinuierlich und optimal auf den Patienten abzustimmen.

Was kommt als nächstes?

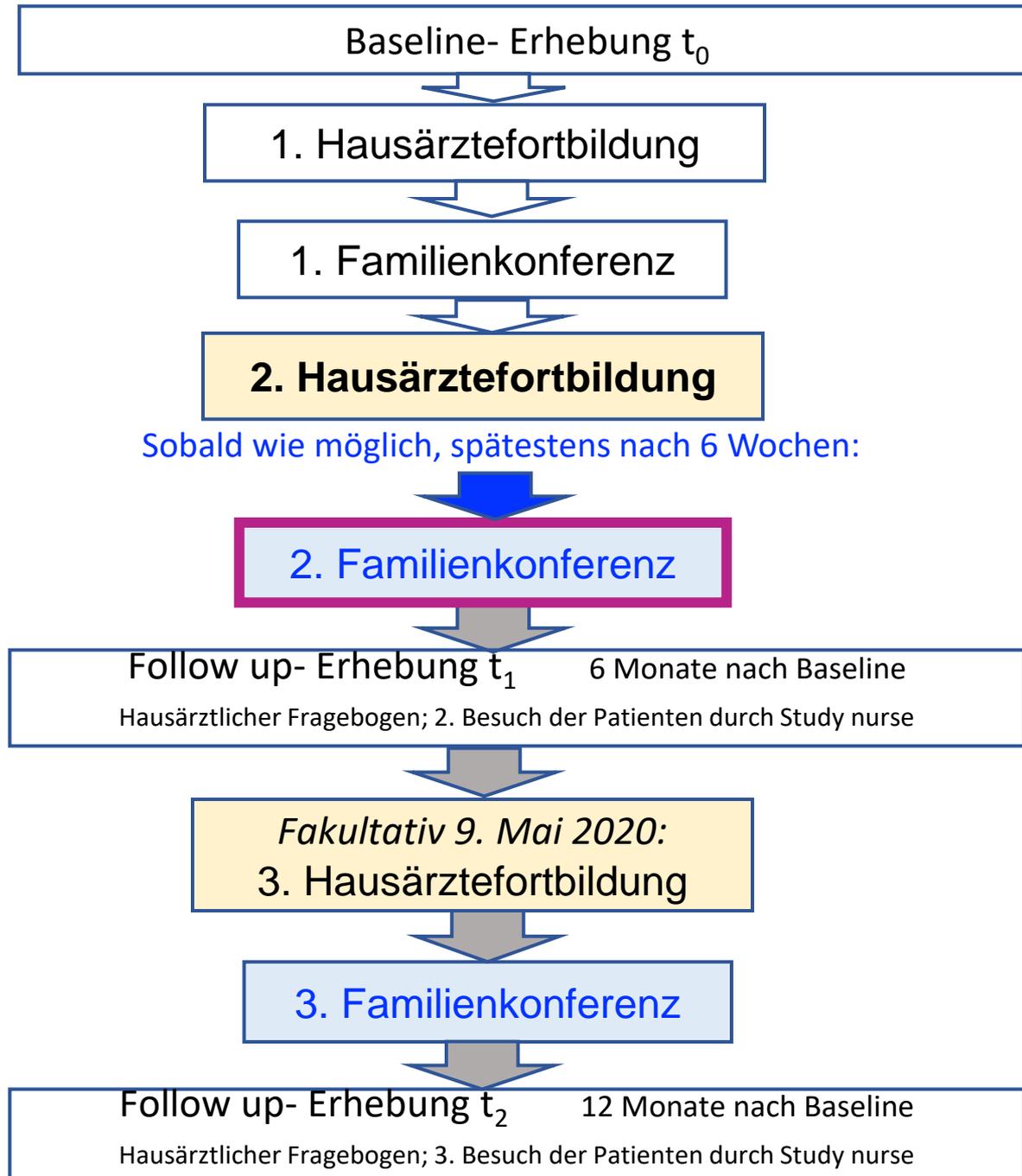
- Durchführung der 2. Familienkonferenz mit Ihren Patienten
- Übermittlung der Ergebnisbögen/ Medikationspläne
- Einladung zur 3. (optionalen) COFRAIL-Fortbildung am 9. Mai 2020

Viel Spaß bei der Nutzung der Toolbox in den nächsten Familienkonferenzen!



Programm Fortbildung 2

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde
20 min	Stand des Projekts Input zu Adhärenz und Medikationskomplexität
40 min	Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen und Deprescribing
20 min	PAUSE
45 min	COFRAIL – Bedarfserfassung und Toolbox für Nicht-medikamentöse Interventionen
15 min	Familienkonferenz 2, Abschlussdiskussion





2) Ablauf

Familienkonferenz 2

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz 2“

A) Vorbereitung

- **Terminabsprache** mit Patient(in) und dem/der Angehörigen
- **Medikationsplan aktualisieren**, 2x ausdrucken und mitnehmen
(1 Exemplar in COFRAIL-Projektordner heften)
- **Anhand des Deprescribing–Leitfadens vorab überlegen, welche Medikamente für ein weiteres Absetzen in Frage kommen** (evtl. Hotline Pharmakologie kontaktieren)
- **Checkliste COFRAIL-Bedarfsanalyse** sichten und mitnehmen / bereitlegen

Vorbereitungsblatt für Patienten und Angehörige:

➤ bitte vorher dem Patienten / der Patientin zuleiten



2) Ablauf

Familienkonferenz 2

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz 2“

B) Durchführung



Einstieg:

- **Setting** klären (z.B. alle sitzen an einem Tisch)
- **Agenda** erläutern: Thema Medikamente plus ...
- **Bedarf abfragen** (*siehe Vorbereitungsblatt Patient*)
- **Kommunikationsregeln** vereinbaren (z.B. jeder soll zu Wort kommen)



Zweite ärztliche Botschaft zum Deprescribing: *„In höherem Alter ist die Verträglichkeit und der Nutzen vieler Medikamente nicht mehr gesichert. Deswegen könnte das Absetzen von Medikamenten sinnvoll sein bzw. ist bereits geschehen. Oft gibt es Alternativen zur Therapie mit Medikamenten – darüber können wir heute sprechen!“*



2) Ablauf

Familienkonferenz 2

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz 2“

B) Durchführung



Medikations-Check

Bestandsaufnahme

Aktuelle Medikation

„Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?“
- *Packungen auf den Tisch legen* -

Anwendung

„Gibt es Schwierigkeiten bei der Anwendung der Medikamente?“ (z.B. Halbieren, Vergessen zu nehmen, Inhalativa, besondere Zeiten)

Unterstützungs- bedarf

„Haben / benötigen Sie Unterstützung beim Besorgen, Sortieren oder Einnehmen der Medikamente?“



2) Ablauf

Familienkonferenz 2

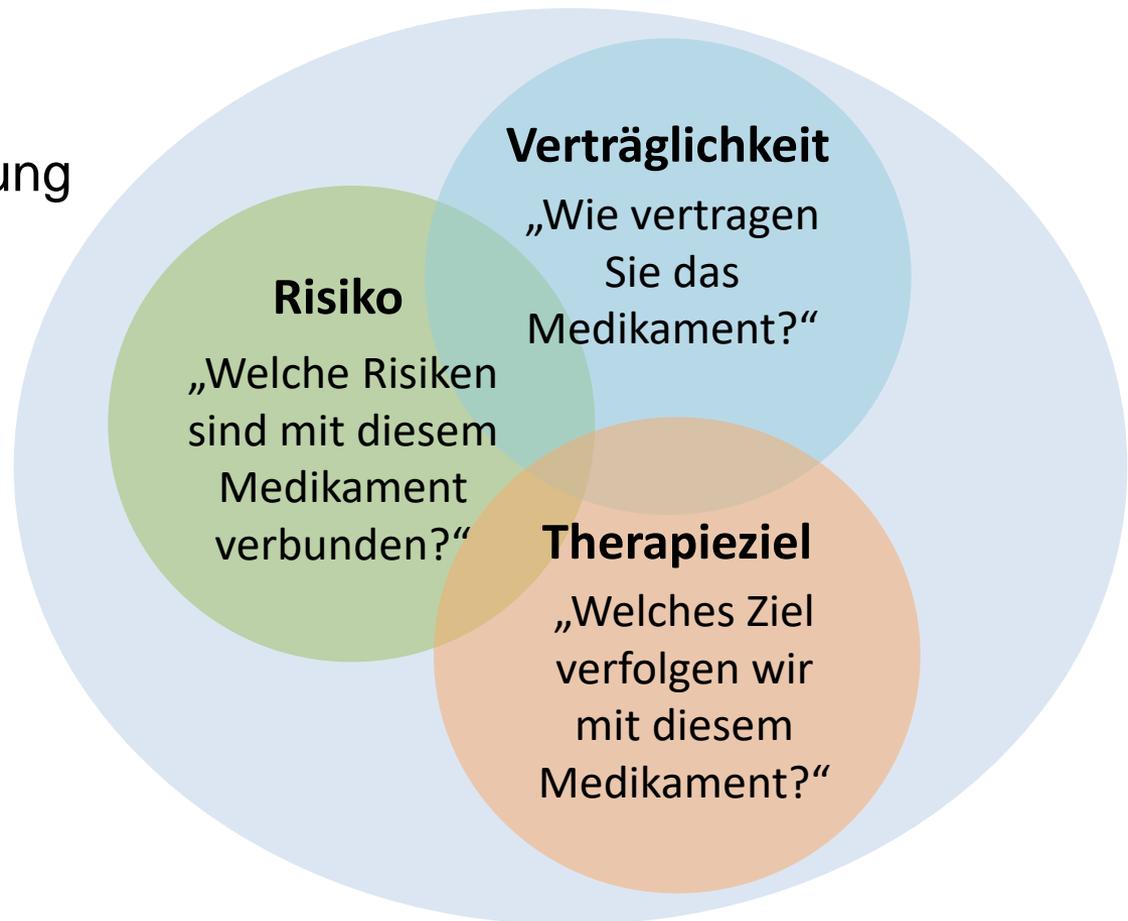
Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz 2“

B) Durchführung



Medikations-Check

Gemeinsame Priorisierung





2) Ablauf

Familienkonferenz 2

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz 2“

B) Durchführung



COFRAIL-Bedarfsanalyse: zu 13 Problemfeldern in der Checkliste;

→ Besprechung von **nicht-medikamentösen Optionen** (siehe HANDBUCH);

→ Gemeinsame **Festlegung von Zielen und Maßnahmen**



cofrail

Die COFRAIL-Forschungsgruppe

**Handbuch COFRAIL - Bedarfsanalyse
mit Hinweisen zu nicht-medikamentösen
Therapien**

für Patienten mit geriatrischem Frailty-Syndrom

**Gemeinsame Problemerkfassung zur Festlegung
nicht-pharmakologischer Maßnahmen**

I) Notieren Sie bereits bestehende medizinische Leistungen: Heilmittel (Fußpflege), Hilfsmittel (z. B. Hör-, Seh-, Gehhilfen), Pflegedienst, Kontrollen (Schrittmacherkontrolle), Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Krebscreening).

.....

.....

.....

II) Besprechen Sie gemeinsam mit dem Patienten im Alltag vorhandene Probleme und erfassen die nachfolgenden Fragen. Zudem stehen Ihnen die Toolbox, das *Event-Tagebuch* zur Verfügung. Notieren Sie die Antworten des Patienten. Besprechen Sie mit dem Patienten unter Berücksichtigung bereits bestehender Maßnahmen (siehe I) welche Maßnahmen für Probleme mit Handlungsbedarf vereinbart werden können.

Problemerkfassung - Problemfeld	Antworten des Patienten Problem vorhanden
1. Leistungsfähigkeit im Alltag <i>Hatten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Stimmung Schwierigkeiten Ihre alltäglichen Arbeiten innerhalb und außerhalb des Hauses zu erledigen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein
2. Soziales Umfeld <i>Haben Sie jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmert, z. B. nach einem Sturz? Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen und dem Sie sich anvertrauen können?</i>	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein
3. Mobilität/Beweglichkeit <i>Sind Sie körperlich aktiv? Wenn nein, warum nicht?</i>



2) Ablauf

Familienkonferenz 2

Siehe auch „Leitfaden Familienkonferenz 2“

B) Durchführung

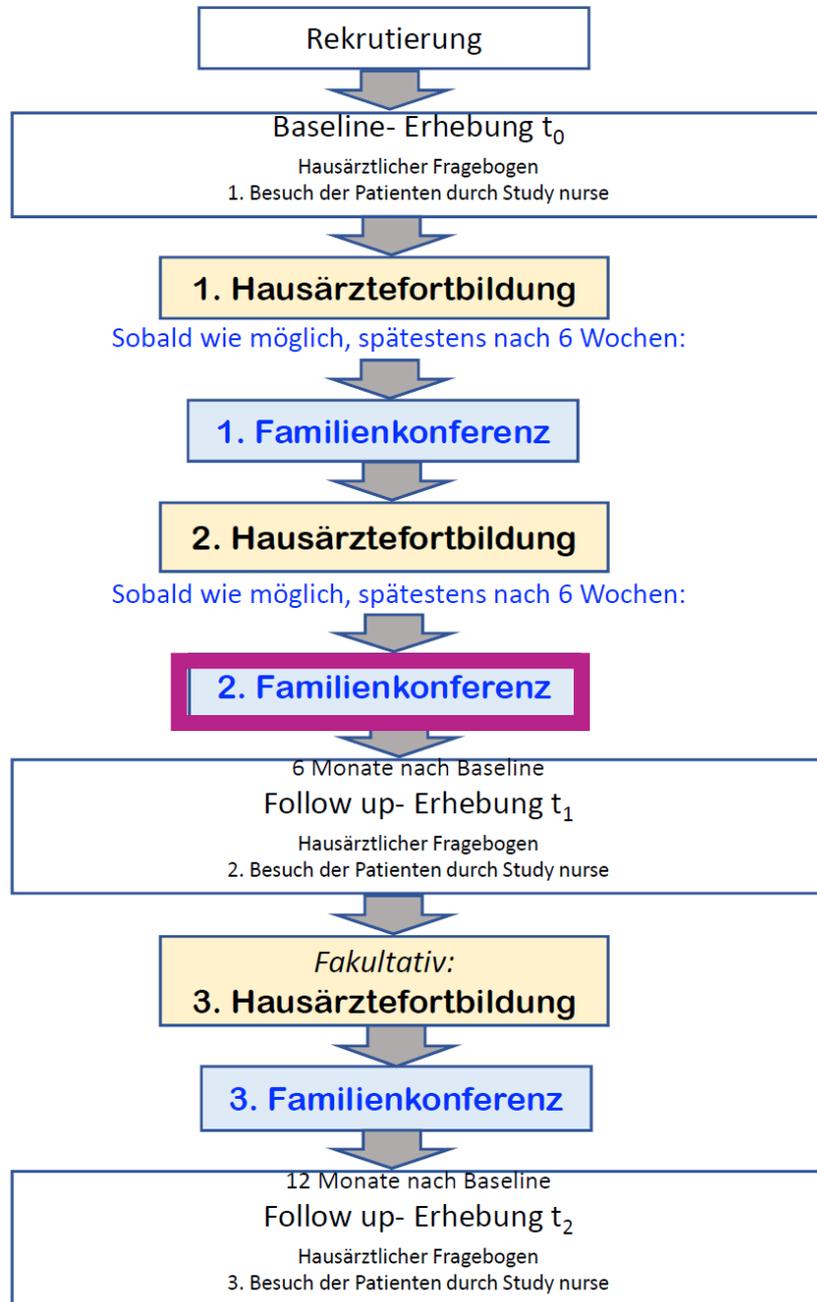


Abschluss:

- **Medikationsplan handschriftlich aktualisieren** für den Patienten /Pflegedienst
- **Weiteres Vorgehen / Verlaufskontrollen / Folgetermin** vereinbaren
- **COFRAIL-Ergebnisbogen ausfüllen** und Durchschrift beim Patienten belassen
(Original mitnehmen, an Studienzentrum faxen und in Projektordner heften)

C) Nachbereitung

- **Medikationsplan aktualisieren, 2x ausdrucken, an Patient /ggf. Pflegedienst aushändigen** *(1 Exemplar in COFRAIL-Projektordner heften)*
- Ggf. vereinbarte nicht-medikamentöse Therapien / Maßnahmen einleiten
- **Verlaufskontrollen / Folgetermin (je nach getroffener Absprache mit Patient)**



Die nächsten Schritte ...

Hausarztfragebögen für alle Patienten ausgefüllt? - siehe Studienordner -

Terminierung der 2. Familienkonferenz
sobald wie möglich, spätestens nach 6 Wo.

„Corona-Varianten“

A) Gleichzeitiges Telefonat mit Patient und Angehörigen (Lautsprecher an)

B) Sequenzielle Telefonate:

1. Telefonat mit Patient/in:

- Agenda, Deprescribing-Botschaft
- Medikations-Check
- Optionen diskutieren
- Monitoring vereinbaren

2. Telefonat: mit Angehöriger/m:

- Agenda, Deprescribing-Botschaft
- Medikations-Check
- Optionen diskutieren
- Monitoring vereinbaren

C) Videokonferenz



cofrail 

Düsseldorf 22. April 2020

Fortbildung 2 für Hausärzte

**Herzlichen Dank
für Ihre Mitarbeit!**



Fortbildung 3

**Herzlich
Willkommen!**



Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- 15 min Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch
- 30 min Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“
- 15 min Fallarbeit 1 in Kleingruppen
- 30 min Fallarbeit 2 in Kleingruppen
- 15 min Pause
- 15 min Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen,
Take Home Messages

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- 30 min Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen



Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- | | |
|--------|---|
| 15 min | Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch |
| 30 min | Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“ |
| 15 min | Fallarbeit 1 in Kleingruppen |
| 30 min | Fallarbeit 2 in Kleingruppen |
| 15 min | Pause |
| 15 min | Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen, Take Home Messages |

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- | | |
|--------|--|
| 30 min | Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen |
|--------|--|



Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- | | |
|--------|---|
| 15 min | Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch |
| 30 min | Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“ |
| 15 min | Fallarbeit 1 in Kleingruppen |
| 30 min | Fallarbeit 2 in Kleingruppen |
| 15 min | Pause |
| 15 min | Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen, Take Home Messages |

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- | | |
|--------|--|
| 30 min | Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen |
|--------|--|



„Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

Impulsvortrag zur
DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige“

Einleitung

Befragungsstudie ZipA 2019 mit pflegenden Angehörigen:

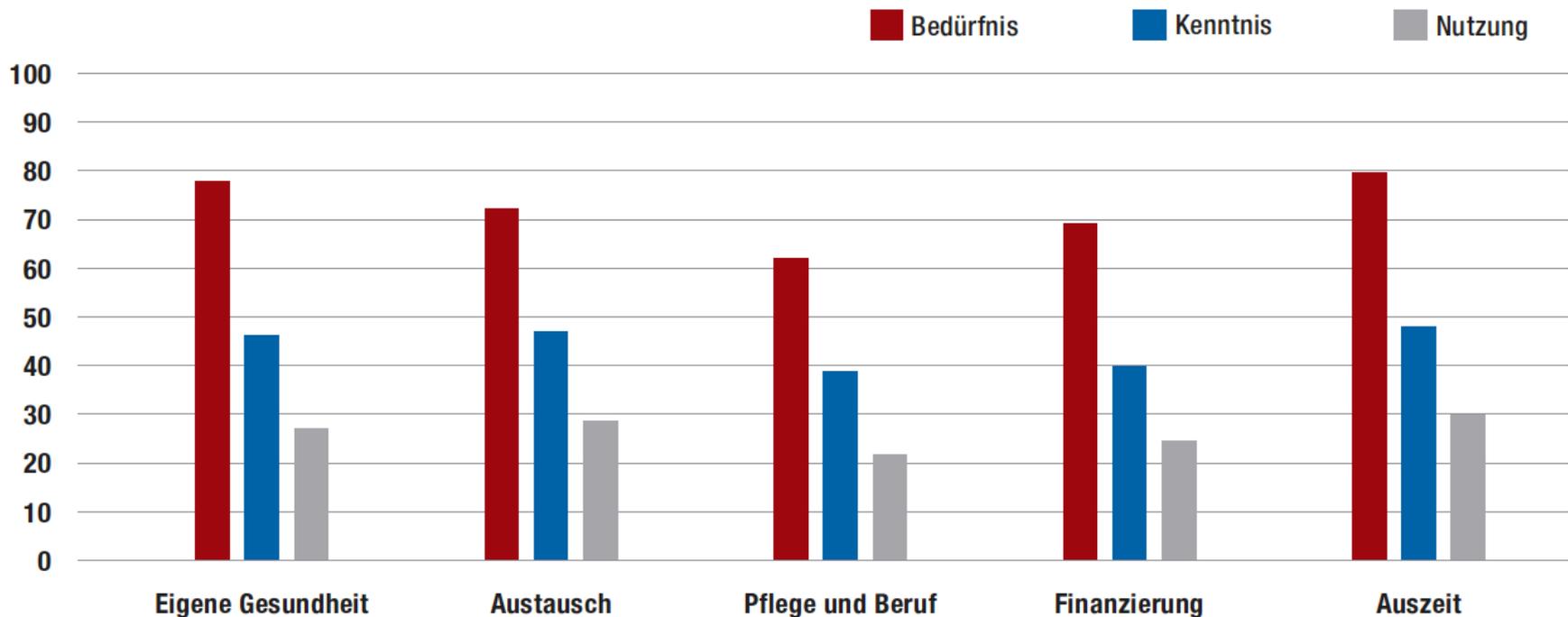
72% fühlen sich psychisch stark belastet

68% sehen sich in ihrer Privatsphäre eingeschränkt

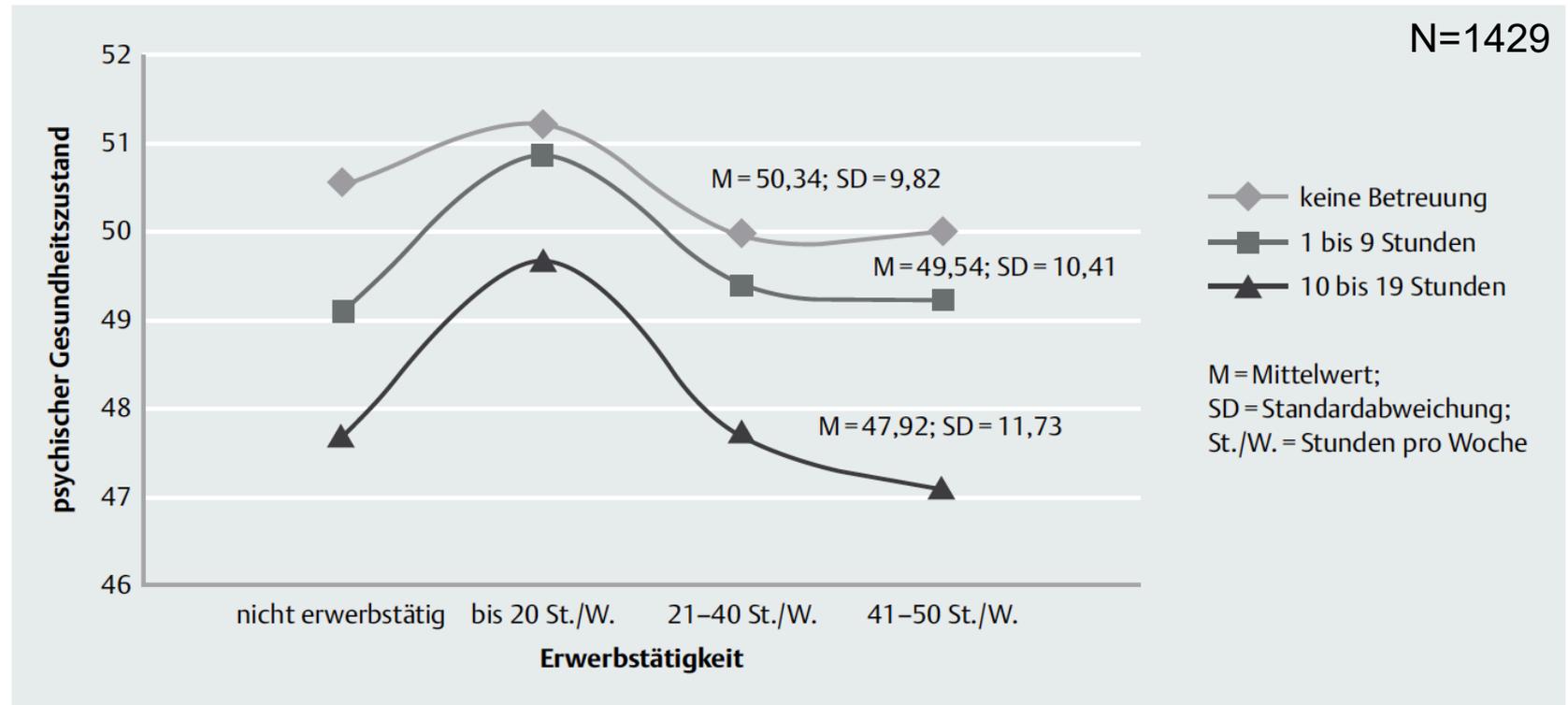
75% sehen sich in ihrem Sozialleben eingeschränkt

N=1429

Bedürfnisbereiche pflegender Angehöriger



Befragungsstudie ZipA 2019 mit pflegenden Angehörigen:



► **Abb. 2** Die Interaktion zwischen informeller Betreuung und Erwerbstätigkeit.

Berufstätige in Teilzeit haben eine bessere psychische Gesundheit als Nicht- oder Vollzeit-Berufstätige

Gesetzliche Möglichkeiten zur Freistellung/Arbeitszeitreduzierung für die Pflege eines Angehörigen (11)

Wie viel Zeit möchte ich mich für die Pflege meines Angehörigen von der Arbeit freistellen lassen?	Voraussetzungen und was ich als Angehöriger unternehmen muss	Finanzielle Absicherung
Kurzfristige Freistellung bis zu 10 Arbeitstage, um Pflege selbst sicherzustellen oder zu organisieren (PflegezeitG) Arbeitsverhinderung	<ul style="list-style-type: none">• Mindestens Pflegegrad 1• In allen Betrieben unabhängig von ihrer Größe• Eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, wenn der Arbeitgeber dies verlangt• Mitteilung an Arbeitgeber, dass kurzfristig Pflege eines nahen Angehörigen organisiert oder sichergestellt werden muss• Wenn der Arbeitgeber Lohn/Gehalt nicht weiter bezahlt, Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse des Angehörigen stellen	Lohn/Gehalt oder Pflegeunterstützungsgeld,* Kündigungsschutz <i>* von Pflegekasse der Pflegeperson</i>

Gesetzliche Möglichkeiten zur Freistellung/Arbeitszeitreduzierung für die Pflege eines Angehörigen (11)

Wie viel Zeit möchte ich mich für die Pflege meines Angehörigen von der Arbeit freistellen lassen?	Voraussetzungen und was ich als Angehöriger unternehmen muss	Finanzielle Absicherung
<p>Kurzfristige Freistellung bis zu 10 Arbeitstage, um Pflege selbst sicherzustellen oder zu organisieren (PflegezeitG)</p> <p>Arbeitsverhinderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens Pflegegrad 1 • In allen Betrieben unabhängig von ihrer Größe • Eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, wenn der Arbeitgeber dies verlangt • Mitteilung an Arbeitgeber, dass kurzfristig Pflege eines nahen Angehörigen organisiert oder sichergestellt werden muss • Wenn der Arbeitgeber Lohn/Gehalt nicht weiter bezahlt, Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse des Angehörigen stellen 	<p>Lohn/Gehalt oder Pflegeunterstützungsgeld,[*] Kündigungsschutz</p> <p><i>* von Pflegekasse der Pflegeperson</i></p>
<p>Vollständige Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung bis zu 6 Monate, um einen Angehörigen zu pflegen (Pflegezeit/PflegezeitG)</p> <p>Pflegezeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens Pflegegrad 1 • Ab 16 Beschäftigten • Dem Arbeitgeber die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen nachweisen (z. B. mit dem Bescheid der Pflegekasse) • Schriftliche Mitteilung an Arbeitgeber 10 Tage vor Beginn der Freistellung/Arbeitszeitreduzierung • Schriftliche Vereinbarung mit Arbeitgeber über die Details der Teilzeitarbeit 	<p>Zinsloses Darlehen,^{**} Kündigungsschutz</p>
<p>Vollständige Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung für bis zu 3 Monate zur Pflege in der letzten Lebensphase (PflegezeitG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Pflegegrad notwendig • Ab 16 Beschäftigten • Ärztliche Bescheinigung erforderlich • Schriftliche Mitteilung an Arbeitgeber 10 Tage vor Beginn der gewünschten Freistellung • Schriftliche Vereinbarung mit Arbeitgeber über die Details der Teilzeitarbeit 	<p>Zinsloses Darlehen,^{**} Kündigungsschutz</p>

Gesetzliche Möglichkeiten zur Freistellung/Arbeitszeitreduzierung für die Pflege eines Angehörigen (11)

Wie viel Zeit möchte ich mich für die Pflege meines Angehörigen von der Arbeit freistellen lassen?	Voraussetzungen und was ich als Angehöriger unternehmen muss	Finanzielle Absicherung
<p>Kurzfristige Freistellung bis zu 10 Arbeitstage, um Pflege selbst sicherzustellen oder zu organisieren (PflegezeitG)</p> <p>Arbeitsverhinderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens Pflegegrad 1 • In allen Betrieben unabhängig von ihrer Größe • Eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, wenn der Arbeitgeber dies verlangt • Mitteilung an Arbeitgeber, dass kurzfristig Pflege eines nahen Angehörigen organisiert oder sichergestellt werden muss • Wenn der Arbeitgeber Lohn/Gehalt nicht weiter bezahlt, Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse des Angehörigen stellen 	<p>Lohn/Gehalt oder Pflegeunterstützungsgeld,* Kündigungsschutz</p> <p><i>* von Pflegekasse der Pflegeperson</i></p>
<p>Vollständige Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung bis zu 6 Monate, um einen Angehörigen zu pflegen (Pflegezeit/PflegezeitG)</p> <p>Pflegezeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens Pflegegrad 1 • Ab 16 Beschäftigten • Dem Arbeitgeber die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen nachweisen (z. B. mit dem Bescheid der Pflegekasse) • Schriftliche Mitteilung an Arbeitgeber 10 Tage vor Beginn der Freistellung/Arbeitszeitreduzierung • Schriftliche Vereinbarung mit Arbeitgeber über die Details der Teilzeitarbeit 	<p>Zinsloses Darlehen,** Kündigungsschutz</p>
<p>Vollständige Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung für bis zu 3 Monate zur Pflege in der letzten Lebensphase (PflegezeitG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Pflegegrad notwendig • Ab 16 Beschäftigten • Ärztliche Bescheinigung erforderlich • Schriftliche Mitteilung an Arbeitgeber 10 Tage vor Beginn der gewünschten Freistellung • Schriftliche Vereinbarung mit Arbeitgeber über die Details der Teilzeitarbeit 	<p>Zinsloses Darlehen,** Kündigungsschutz</p>
<p>Arbeitszeitreduzierung auf eine verbleibende Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden/Woche für bis zu 2 Jahre, um einen Angehörigen zu pflegen (Familienpflege/FamilienpflegezeitG)</p> <p>Familienpflegezeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens Pflegegrad 1 • Ab 26 Beschäftigten • Dem Arbeitgeber die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen nachweisen (z. B. mit dem Bescheid der Pflegekasse) • Schriftliche Mitteilung an Arbeitgeber 8 Wochen vor Beginn der Arbeitszeitreduzierung • Arbeitszeit muss mindestens 15 Stunden/Woche im Jahresdurchschnitt betragen • Schriftliche Vereinbarung mit Arbeitgeber über die Details der Teilzeitarbeit 	<p>Zinsloses Darlehen,** Kündigungsschutz</p> <p><i>** Bundesamt für Familie u. zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)</i></p>

Pflegende Angehörige von Erwachsenen

S3-Leitlinie

AWMF-Register-Nr. 053-006
DEGAM-Leitlinie Nr. 6

© DEGAM 2018

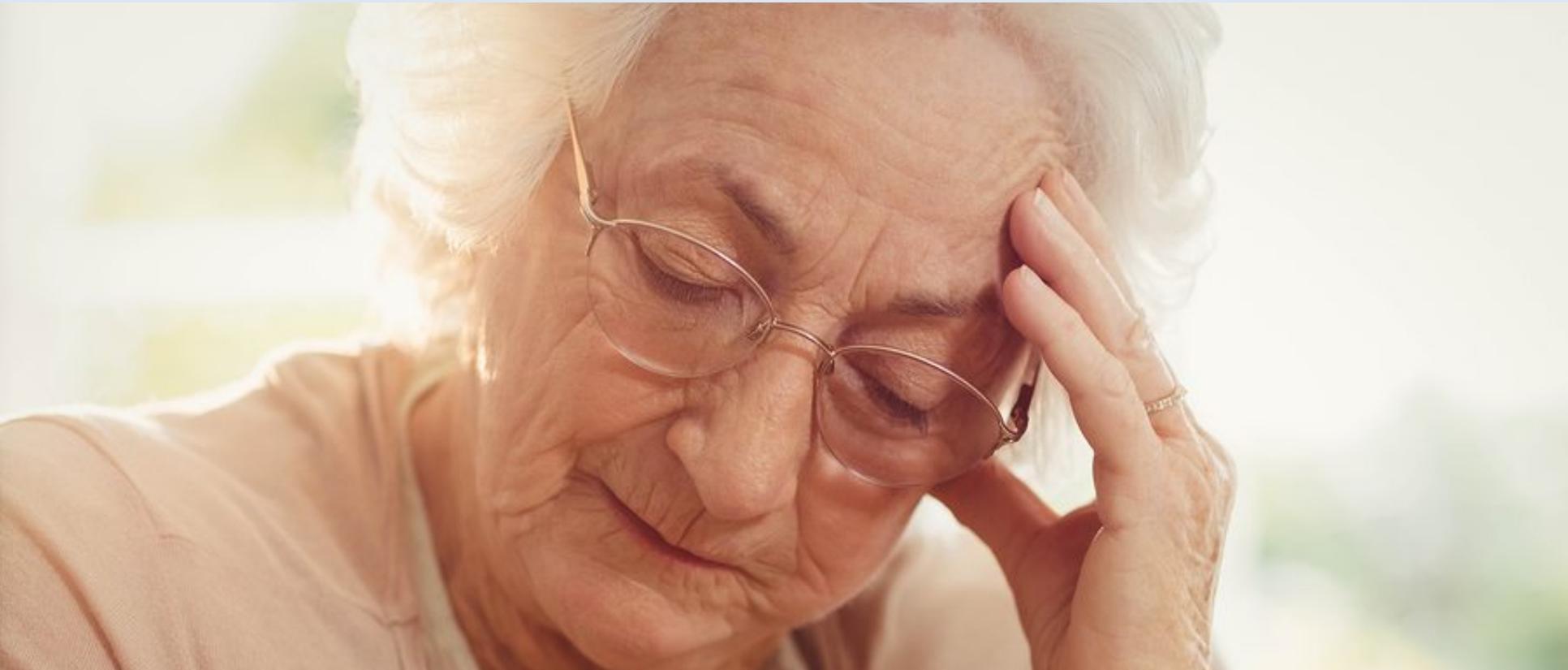
Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



heutiger Fokus:

1. Problemerkennung
2. Information und Unterstützung
3. Umgang mit Demenz
4. Konfliktbewältigung

1. Problemerkennung



Ursachen von Belastung bzw. Überlastung – „Yellow flags“

- Höheres Alter
- Zusammenwohnen mit den Pflegebedürftigen
- höherer Grad von Verhaltensproblemen und kognitiven Einschränkungen der Gepflegten

Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe – „Red flags“

- Akute Dekompensation der pflegenden Angehörigen

1. Problemerkennung

HPS Häusliche Pflegeskala

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1 Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten	3	2	1	0
2 Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	3	2	1	0
3 Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	3	2	1	0
4 Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	3	2	1	0
5 Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	3	2	1	0
6 Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	3	2	1	0
7 Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	3	2	1	0
8 Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	3	2	1	0
9 Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	3	2	1	0
10 Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	3	2	1	0

HPS (nach Gräßel 1993) Übernahme für die DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ April 2002, © DEGAM 2002
Anmerkung: Weitere Skalen können ggf. genutzt werden (Verweis auf Dr. Thiesemann M.Sc.; für DGGG; nach Abstimmung mit Prof. Lüttje).

1. Problemerkennung

Interpretation des HPS - Summenwertes

Punkte: HPS-k- Summen- wert	Häufigkeit in der Eich- stich-probe n (n%)	Interpretation: Die (subjekti- ve) Belastung des/der pfl- genden Ange- hörigen ist	Bedeutung: Das Risiko für eine eingeschränkte subjek- tive Gesundheit des/der pflegenden Angehöri- gen ist ...	Handlungsempfehlung
0-5	44 (10 %)	sehr gering bis gering	sehr gering (d.h. in diesem Bereich hat die überwiegen- de Mehrheit, 86 % ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der durch- schnittlich ist oder unter dem Durchschnitt liegt)	Eventuell den Angehörigen/die Angehörige nach gesundheitlichen Problemen oder Entlastungswunsch fragen Präventives Gespräch mit Hinweis auf Unterstützungsmöglichkeiten und -angebote sowie auf die Notwendig- keit der Selbstpflege (Entspannung, Hobbys, soziale Kontakte...)*
6-14	140 (32 %)	mittel	erhöht (d.h. in diesem Bereich hat die Mehrheit, 64 % ein Ausmaß an körperli- chen Beschwerden, der über dem Durchschnitt liegt)	Körperlichen Beschwerden abklären; Beratungsgespräch zur Entlastung durchführen oder vermitteln
15-30	254 (58 %)	stark bis sehr stark	deutlich erhöht (d.h. in diesem Bereich haben 91% der pfl- genden Angehörigen ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der über dem Durchschnitt liegt)	Dringend körperliche Beschwerden abklären; dringend ein Beratungsge- spräch zur Entlastung durchführen oder vermitteln

1. Problemerkennung

„Hidden Agenda“ bei pflegenden Angehörigen als Patienten

Tab. 1 Mögliche Beratungsanlässe pflegender Angehöriger

<i>möglicher Beratungsanlass</i>	<i>Ursachen, Erklärungen, Abhilfen</i>
<i>Pflegender präsentiert neue Symptome, z. B. Schmerzen</i>	Zusammenhang mit Pflegebelastung bedenken, auch psychoemotionale Situation
<i>Pflegender „verlangt“ z. B. bessere medikamentöse Therapie wegen Unruhe des Pflegebedürftigen</i>	nächtliche Störungen (mit möglichem Schlafdefizit) können mögliche Dekompensation signalisieren
<i>bei Hausbesuch fällt verschlechterter Pflegezustand (z. B. Dekubitus) auf</i>	mögliche Überfordertheit des Pflegenden; Kurzzeitpflege oder zusätzliche ambulante Pflege erwägen
<i>Angehörige beklagen verschlechterten Zustand des Gepflegten</i>	Burn-out oder Depression des Pflegenden
<i>Pflegeorganisationen geben Hinweise auf Überlastung oder auf familiäre Spannungen</i>	klärendes, empathisches Gespräch mit Berücksichtigung von Entlastungen/Veränderung in der Pflegesituation kann auch Pflegezufriedenheit erhöhen

2. Information und Unterstützung

Verminderung Pflegebelastung (somatisch und psychisch)

- Entlastende Einrichtungen
(Stationäre Pflege etc.)
- Involvierung Pflegedienst
oder andere informell
Pflegernde
- Standardisierte multidiszi-
plinäre Entlassplanung
- Case/Care Management-
Interventionen
- Pflegekurse
- Psychoedukation
- Angehörigengruppen

2. Information und Unterstützung

Verminderung Pflegebelastung (somatisch und psychisch)

- Entlastende Einrichtungen (Stationäre Pflege etc.)
- Involvierung Pflegedienst oder andere informell Pflegende
- Standardisierte multidisziplinäre Entlassplanung
- Case/Care Management-Interventionen
- Pflegekurse
- Psychoedukation
- Angehörigengruppen

Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden

- Medizinische Behandlung, Psychotherapie (KVT), symptomatische Therapie
- Physiotherapie
- Rehamaßnahme (allein oder mit Gepflegten)
- Entspannungsmaßnahmen, Interventionen mit körperlicher Aktivität
- Ressourcen aktivieren (Anerkennung, Akzeptanz etc.)

2. Information und Unterstützung

Verminderung Pflegebelastung (somatisch und psychisch)	Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden	Verbesserung der Rahmenbedingungen
<ul style="list-style-type: none">■ Entlastende Einrichtungen (Stationäre Pflege etc.)■ Involvierung Pflegedienst oder andere informell Pflegende■ Standardisierte multidisziplinäre Entlassplanung■ Case/Care Management-Interventionen■ Pflegekurse■ Psychoedukation■ Angehörigengruppen	<ul style="list-style-type: none">■ Medizinische Behandlung, Psychotherapie (KVT), symptomatische Therapie■ Physiotherapie■ Rehamaßnahme (allein oder mit Gepflegten)■ Entspannungsmaßnahmen, Interventionen mit körperlicher Aktivität■ Ressourcen aktivieren (Anerkennung, Akzeptanz etc.)	<ul style="list-style-type: none">■ Externe Pflegeberatung■ Wohnraumanpassung■ Pflegegrad■ Pflegegeld■ Hilfsmittelberatung und -beschaffung■ Pflegeentlastende Maßnahmen (Essen auf Rädern, Haushaltshilfen etc.)

- Psychologische Online-Beratung für pflegende Angehörige: www.pflegen-und-leben.de
- Online-Forum für pflegende Angehörige: www.pflegendeangehoerige.info
- Online Forum für erwachsene pflegende Kinder: www.elternpflege-forum.de
- Online Forum für Menschen mit Demenz und Angehörige: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/foren.html>

2. Information und Unterstützung

- Notfallkarte
- Notfallcheckliste



Achtung! Ich bin verantwortlich für eine hilfebedürftige Person!
Bitte benachrichtigen Sie sofort:

Name & Telefonnummer

Eine Notfallcheckliste befindet sich (genauer Aufbewahrungsort)

Mein Name

Ich habe folgende Erkrankungen und benötige nachstehende Medikamente

Notfallcheckliste für pflegende Angehörige *

Name, Vorname:		Adresse:
Geburtsdatum:		
Familienstand:	Blutgruppe:	Telefonnummer:
Im Notfall benachrichtigen Sie bitte sofort:		
Name:		Name:
Adresse:		Adresse:
Telefonnummer:		Telefonnummer:
Sonstiges: Ich bin verantwortlich für		Mein Hausarzt:
<input type="checkbox"/> __ hilfsbedürftige Person(en) <input type="checkbox"/> __ zu versorgende(s) Kind(er) <input type="checkbox"/> __ zu versorgende(s) Haustier(e) Art:		Weitere Ärzte:
Wichtige Dokumente (Vollmachten, Verfügungen) befinden sich:		Krankenkasse:
		Krankenversicherungsnr:
Ich habe folgende Erkrankungen:		Ich nehme folgende Medikamente:
Ein Wohnungs -/Haustürschlüssel befindet sich bei:		Ich nehme folgende regelmäßige Pflichten und/oder Termine wahr (bitte informieren):
Name:		
Adresse:		
Telefonnummer:		
Weitere Informationen (eigene Notfalltasche etc.):		Sonstiges:

* Notfallscheckliste nach Meckenstock

3. Umgang mit Demenz

Aspekte bezogen auf	Menschen mit Demenz
Analyse des Verhaltens	<ul style="list-style-type: none">■ Kürzliche Veränderungen der Medikation?
Kann das Verhalten erklärt/ verursacht werden durch?	<ul style="list-style-type: none">■ Nicht bzw. unzureichend behandelte Schmerzen?■ Einschränkung der funktionalen Fähigkeiten (z. B. Essen, Ankleiden)?■ Gesundheitliche Beeinträchtigungen (Infekt)?■ Psychiatrische Komorbiditäten?■ Schweregrad der kognitiven Einschränkungen, exekutive Dysfunktionen (komplexe Handlungsabfolgen)?■ Mangelnde Schlafhygiene?■ Sensorische Veränderungen (Sehen, Hören)?■ Angst, Gefühl des Kontrollverlustes, Langeweile?

3. Umgang mit Demenz

Aspekte bezogen auf	Menschen mit Demenz	Pflegende Angehörige
Analyse des Verhaltens Kann das Verhalten erklärt/ verursacht werden durch?	<ul style="list-style-type: none">■ Kürzliche Veränderungen der Medikation?■ Nicht bzw. unzureichend behandelte Schmerzen?■ Einschränkung der funktionalen Fähigkeiten (z. B. Essen, Ankleiden)?■ Gesundheitliche Beeinträchtigungen (Infekt)?■ Psychiatrische Komorbiditäten?■ Schweregrad der kognitiven Einschränkungen, exekutive Dysfunktionen (komplexe Handlungsabfolgen)?■ Mangelnde Schlafhygiene?■ Sensorische Veränderungen (Sehen, Hören)?■ Angst, Gefühl des Kontrollverlustes, Langeweile?	<ul style="list-style-type: none">■ Mangelndes Wissen der Angehörigen über Demenz (z. B. vermeintlich absichtliches Verhalten)■ Negativer Kommunikationsstil (schroff, überkritisch, komplexe Fragen, Überangebot an Wahlmöglichkeiten)?■ Erwartungen sind nicht am Demenzstadium ausgerichtet (Unter-/Überschätzung der Fähigkeiten?)■ Persönlicher Stress/ Depression?■ Familiäre/kulturelle Kontextfaktoren (z. B. Wunsch fremde Hilfe zu vermeiden; befürchtete negative Äußerungen in der Öffentlichkeit; Versprechen den Patienten/ die Patientin in jedem Fall zu Hause zu pflegen?)

3. Umgang mit Demenz

Aspekte bezogen auf	Menschen mit Demenz	Pflegende Angehörige	Umgebung
Analyse des Verhaltens Kann das Verhalten erklärt/ verursacht werden durch?	<ul style="list-style-type: none">■ Kürzliche Veränderungen der Medikation?■ Nicht bzw. unzureichend behandelte Schmerzen?■ Einschränkung der funktionalen Fähigkeiten (z. B. Essen, Ankleiden)?■ Gesundheitliche Beeinträchtigungen (Infekt)?■ Psychiatrische Komorbiditäten?■ Schweregrad der kognitiven Einschränkungen, exekutive Dysfunktionen (komplexe Handlungsabfolgen)?■ Mangelnde Schlafhygiene?■ Sensorische Veränderungen (Sehen, Hören)?■ Angst, Gefühl des Kontrollverlustes, Langeweile?	<ul style="list-style-type: none">■ Mangelndes Wissen der Angehörigen über Demenz (z. B. vermeintlich absichtliches Verhalten)■ Negativer Kommunikationsstil (schroff, überkritisch, komplexe Fragen, Überangebot an Wahlmöglichkeiten)?■ Erwartungen sind nicht am Demenzstadium ausgerichtet (Unter-/Überschätzung der Fähigkeiten?)■ Persönlicher Stress/ Depression?■ Familiäre/kulturelle Kontextfaktoren (z. B. Wunsch fremde Hilfe zu vermeiden; befürchtete negative Äußerungen in der Öffentlichkeit; Versprechen den Patienten/ die Patientin in jedem Fall zu Hause zu pflegen?)	<ul style="list-style-type: none">■ Überstimulation (Unordnung, Lärm, unbekannte Personen) oder Unterstimulation (Fehlen von visuellen Hinweisen; schlechte Lichtverhältnisse)?■ Orientierungsschwierigkeiten in der Umgebung?■ Mangel an vorhersehbaren Alltagsroutinen, die dem zu Pflegenden Wohlbefinden vermitteln■ Mangel an freudigen Aktivitäten, die an Fähigkeiten und früheren Interessen der Person mit Demenz anknüpfen?

4. Konfliktbewältigung



Konfliktbewältigung

- Gespräche im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung
- Cave! Abhängigkeitspotential bei suchterzeugenden Medikamenten
- Beratend auf Bedeutung und Erklärungsansätze zu herausfordernden Verhalten bei gepflegten Menschen mit Demenz eingehen
- Interessen- und sonstige Konflikte beim Einbezug der Angehörigen in die Versorgung berücksichtigen (ggf. Familiengespräch)



Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- 15 min Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch
- 30 min Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“
- 15 min Fallarbeit 1 in Kleingruppen
- 30 min Fallarbeit 2 in Kleingruppen
- 15 min Pause
- 15 min Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen, Take Home Messages

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- 30 min Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen

Fallarbeit 1 in Kleingruppen



Ihre bisherigen Erfahrungen mit den Patient:innen zu dem Thema



Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- 15 min Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch
- 30 min Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“
- 15 min Fallarbeit 1 in Kleingruppen
- 30 min Fallarbeit 2 in Kleingruppen
- 15 min Pause
- 15 min Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen, Take Home Messages

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- 30 min Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen

Fallarbeit 2 in Kleingruppen



*Fotos und Namen geändert

Dieter Gonski*, 84 Jahre

- ehem. Metzger, lebt mit Ehefrau, Raucher
- KHK, Z.n. ACB-OP 2005, Herzinsuffizienz NYHA III
- pAVK St. IV, Z.n. Unterschenkelamputation re. 2016
- Leichtgradige Demenz
- Pflegegrad II, amb. Pflegedienst kommt 1x tgl.

Heidi Gonski*, 78 Jahre

- ehem. Verkäuferin, Nichtraucherin, 1 Tochter aus 1. Ehe
- Chron. Schmerzsyndrom, LWS-Syndrom
- **Pflegefunktionen für den Ehemann:** Einkaufen, Kochen, Putzen, Wäsche, Finanzen, Medikamentengabe



Sie sind die Hausärztin / der Hausarzt von Frau und Herrn Gonski.

Frau Gonski kommt ca. 1x im Monat in die Praxis, klagt oft über die Undankbarkeit und Unbelehrbarkeit ihres Ehemannes, der immer noch raucht.

Sie erhalten einen Anruf der Tochter aus Rosenheim: „Meine Mutter kann das nicht mehr leisten, mein Stiefvater ist ein Despot! Bitte organisieren Sie eine bessere Versorgung!“

➤ Wie reagieren Sie? Welche Handlungsoptionen gibt es?

30 min



Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- 15 min Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch
- 30 min Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“
- 15 min Fallarbeit 1 in Kleingruppen
- 30 min Fallarbeit 2 in Kleingruppen
- 15 min Pause
- 15 min Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen, Take Home Messages

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- 30 min Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen



Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- 15 min Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch
- 30 min Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“
- 15 min Fallarbeit 1 in Kleingruppen
- 30 min Fallarbeit 2 in Kleingruppen
- 15 min Pause
- 15 min Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen, Take Home Messages

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- 30 min Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen



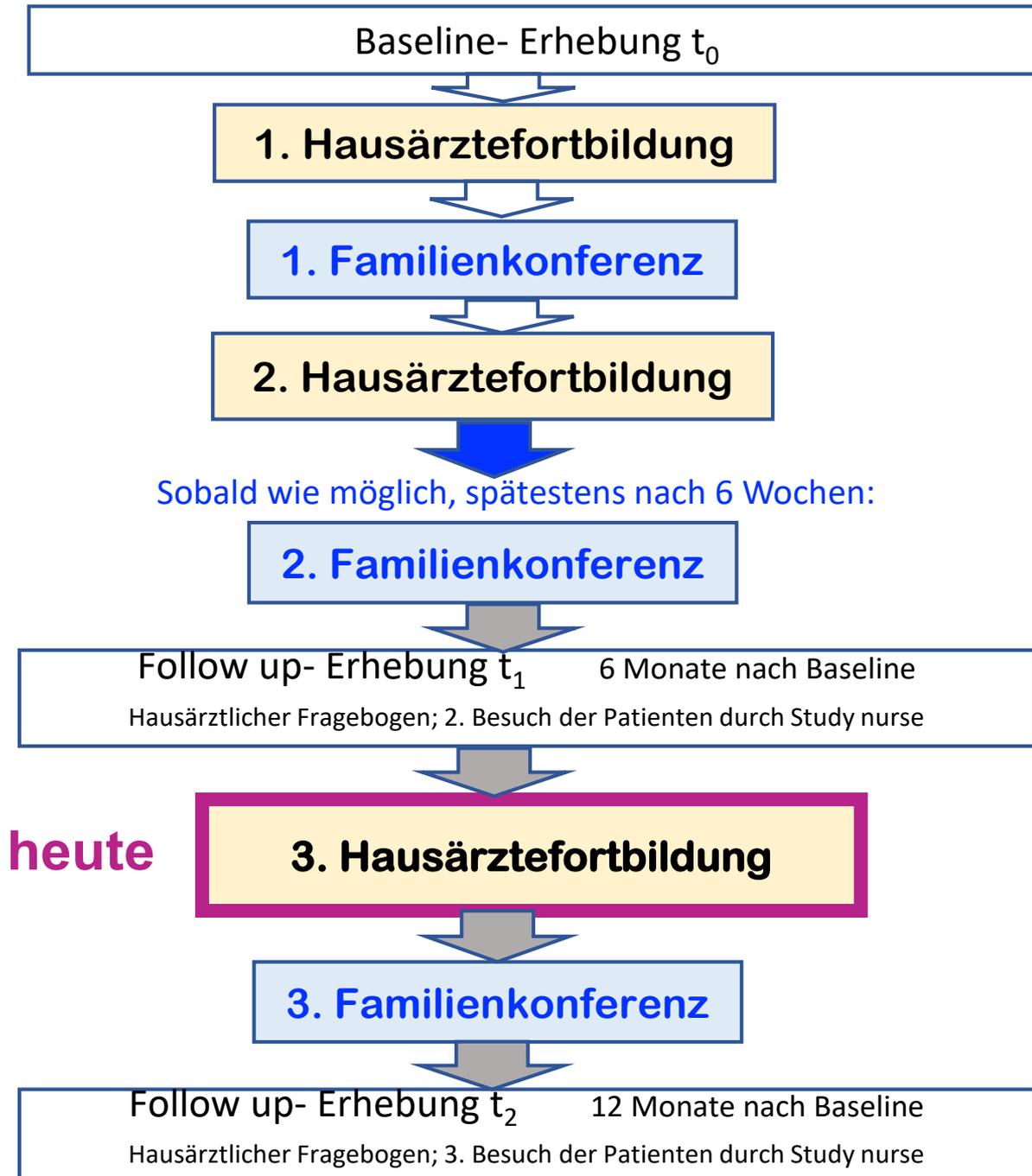
Programm Fortbildung 3

Teil 1) „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“

- 15 min Vorstellungsrunde und Erfahrungsaustausch
- 30 min Impulsvortrag: DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“
- 15 min Fallarbeit 1 in Kleingruppen
- 30 min Fallarbeit 2 in Kleingruppen
- 15 min Pause
- 15 min Diskussion im Plenum, Sammlung von Best Practice - Beispielen, Take Home Messages

Teil 2) „COFRAIL-StudienärztInnentreffen“

- 30 min Austausch zu den Erfahrungen aus den Familienkonferenzen





Die COFRAIL Intervention Fortbildungsangebote

Fortbildung 1

Teil A Anwendung des
Deprescribing - Leitfaden

Teil B **Familienkonferenz**
mit praktischen Übungen

Familienkonferenz 1

heute

Fortbildung 2

Erfahrungsaustausch
anhand eigener Fälle

Teil C **Toolbox**
nicht-medikamentöse
Interventionen

Familienkonferenz 2

fakultativ

Pharmakologie-Beratung
Hotline Uni Witten

Fortbildung 3
z.B. Meeting beim TdA 2020

Video / Materialien
COFRAIL - Homepage



Kollegialer Austausch zu Familienkonferenzen und Deprescribing

In 2er Gruppen 10 min

Bitte tauschen Sie sich untereinander zu Ihren Patienten aus:

- **Welche weiteren Erfahrungen haben Sie bei der Umsetzung der Familienkonferenzen** unter Corona-Bedingungen gemacht?
- **Welche Erfahrungen haben Sie mit der Bedarfsanalyse + Toolbox** zu nicht-medikamentösen Maßnahmen gemacht?

Plenum 15 min

Sammlung der Erfahrungen zu beiden Aspekten aus den 2er – Gruppen

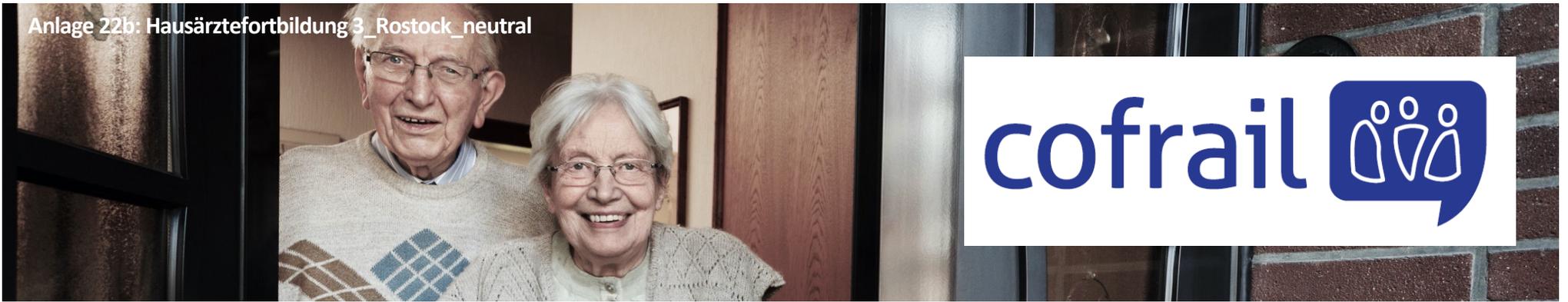
Erörterung offener organisatorischer Fragen



cofrail 

Fortbildung 3

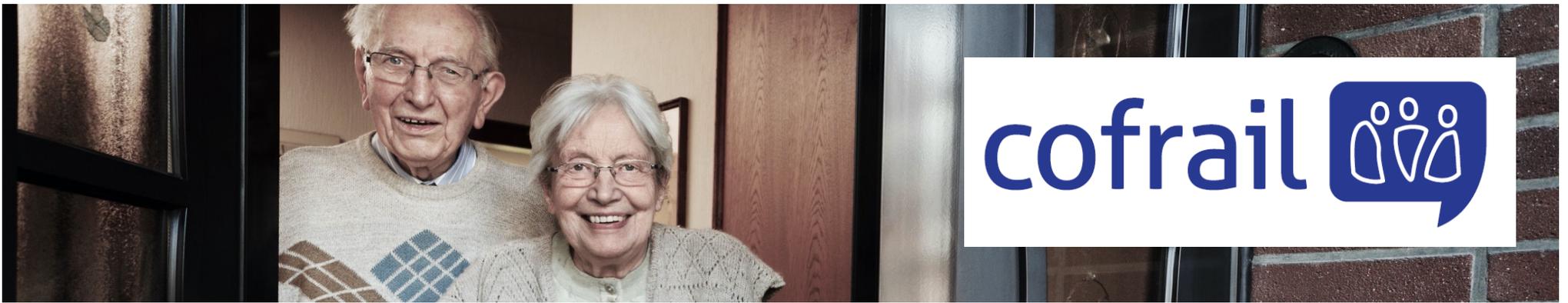
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Rostock 26.08.2020

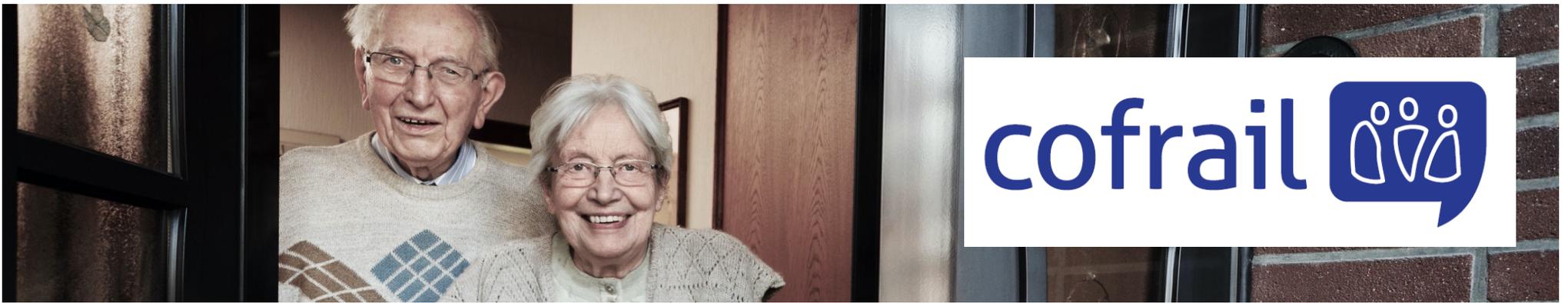
Fortbildung 3 für Hausärzte

Herzlich Willkommen!



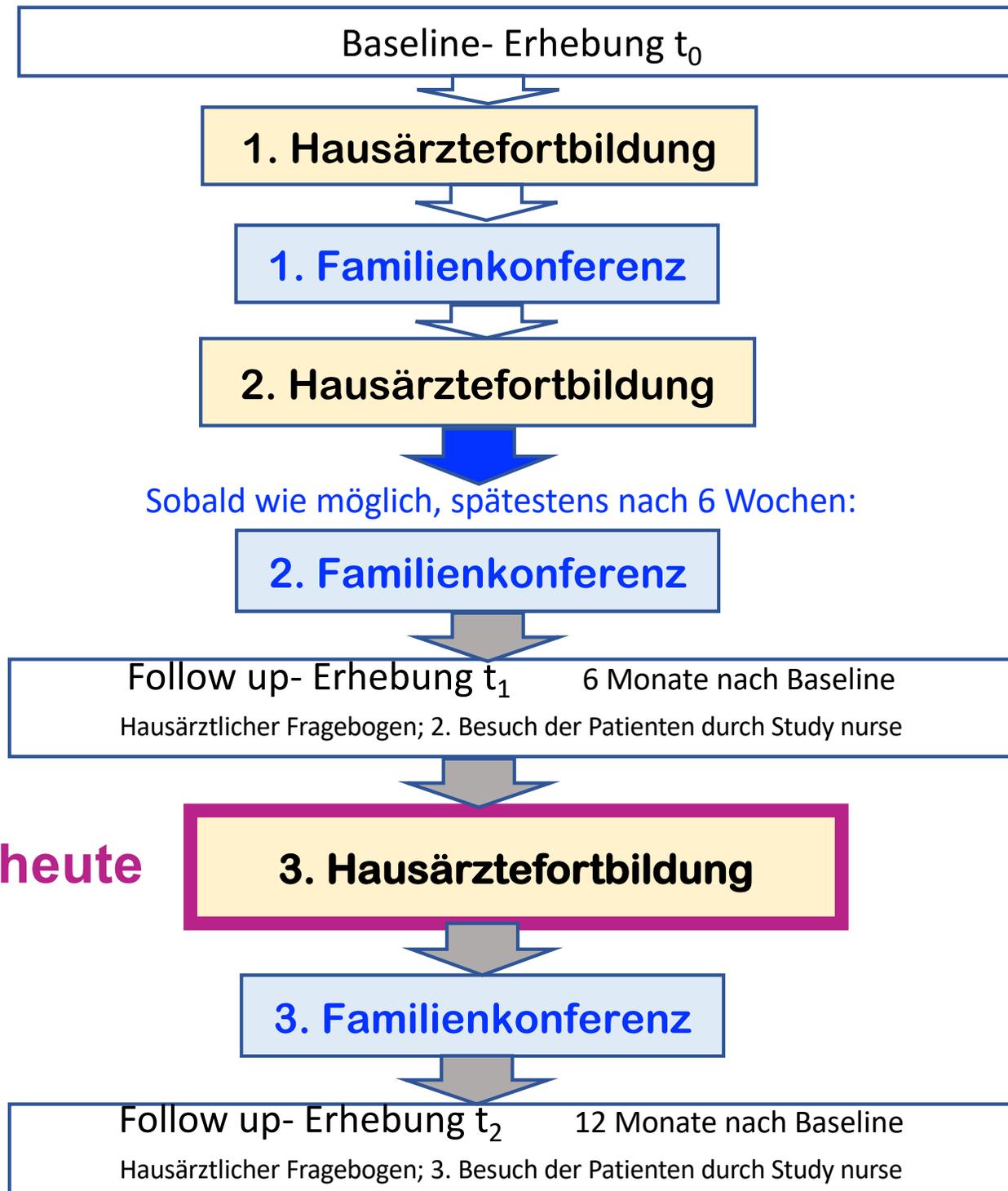
Programm Fortbildung 3

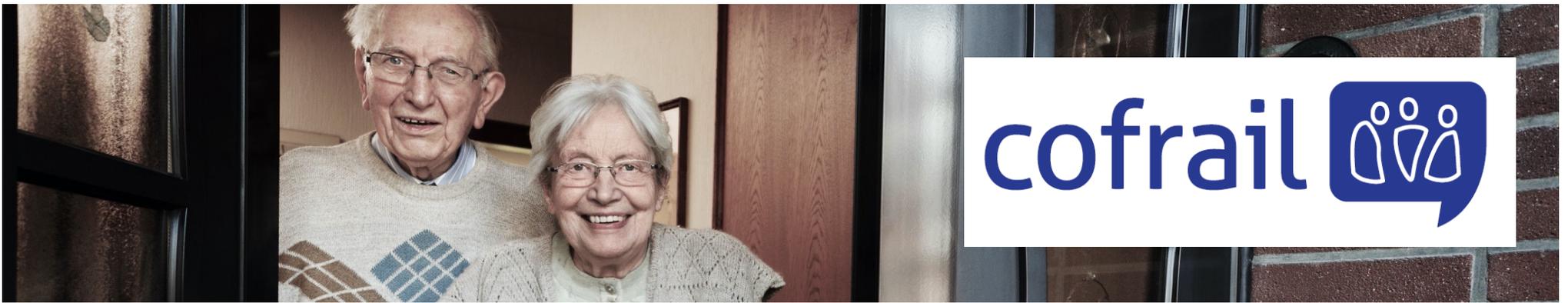
- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts |
| 10 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox |
| 30 min | Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag |
| 15 min | PAUSE |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen |
| 15 min | Bedarfe pflegender Angehöriger |
| 10 min | Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte |



Programm Fortbildung 3

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts
10 min	Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox
30 min	Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag
15 min	PAUSE
15 min	Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit
15 min	Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen
15 min	Bedarfe pflegender Angehöriger
10 min	Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte





Programm Fortbildung 3

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts |
| 10 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox |
| 30 min | Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag |
| 15 min | PAUSE |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen |
| 15 min | Bedarfe pflegender Angehöriger |
| 10 min | Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte |



Kollegialer Austausch zu Familienkonferenzen und Deprescribing

In 2er Gruppen 5 min

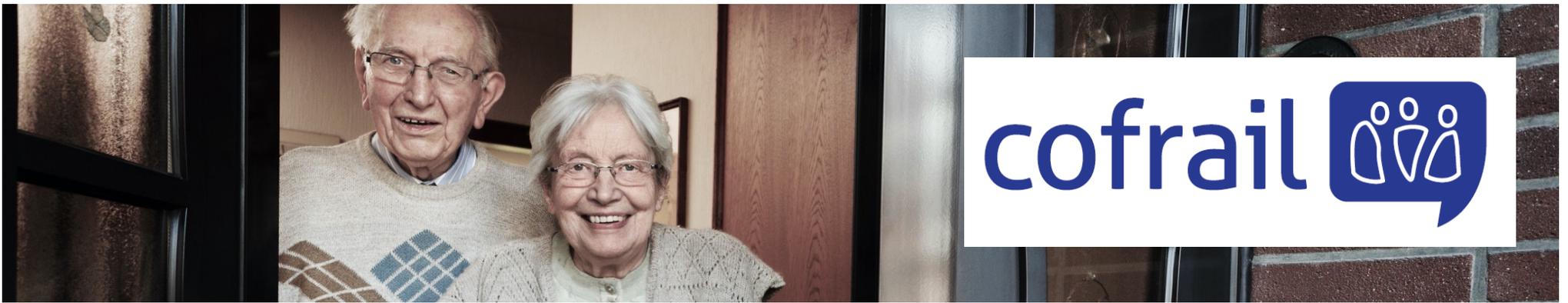
Bitte tauschen Sie sich untereinander zu Ihren Patienten aus:

- **Welche weiteren Erfahrungen haben Sie bei der Umsetzung der Familienkonferenzen** unter Corona-Bedingungen gemacht?
- **Welche Erfahrungen haben Sie mit der Bedarfsanalyse + Toolbox** zu nicht-medikamentösen Maßnahmen gemacht?

Plenum 5 min

Sammlung der Erfahrungen zu beiden Aspekten aus den 2er – Gruppen:

- stichwortartige Zusammenfassung auf je 1 Flipchart



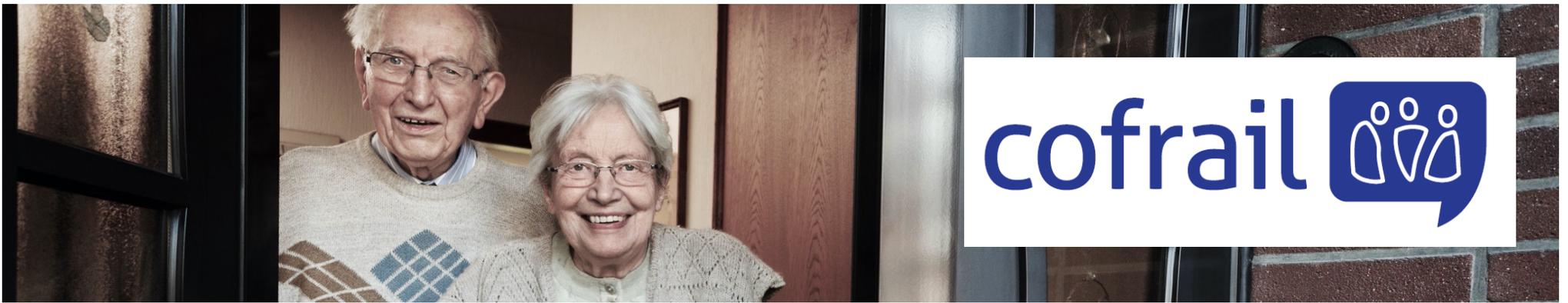
Programm Fortbildung 3

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts
10 min	Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox
30 min	Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag
15 min	PAUSE
15 min	Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit
15 min	Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen
15 min	Bedarfe pflegender Angehöriger
10 min	Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte

**Verknüpfung medizinischer und pflegerischer
Versorgung –
Chancen der Beratung und Unterstützung durch
Pflegerstützpunkte in MV**

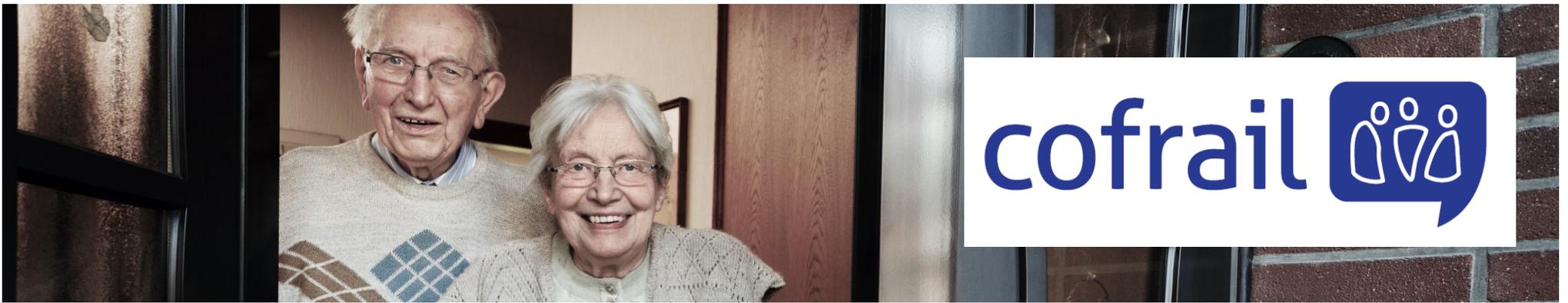
Impulsvortrag

Foliensatz des Pflegerstützpunktes (keine Rechte)



Programm Fortbildung 3

10 min	Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts
10 min	Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox
30 min	Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag
15 min	PAUSE
15 min	Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit
15 min	Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen
15 min	Bedarfe pflegender Angehöriger
10 min	Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte



Programm Fortbildung 3

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts |
| 10 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox |
| 30 min | Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag |
| 15 min | PAUSE |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen |
| 15 min | Bedarfe pflegender Angehöriger |
| 10 min | Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte |

**Verknüpfung medizinischer und pflegerischer
Versorgung –
Chancen der Beratung und Unterstützung durch
Pflegestützpunkte in MV**

Best Practice und Fallarbeit

Foliensatz des Pflegestützpunktes (Keine Rechte)

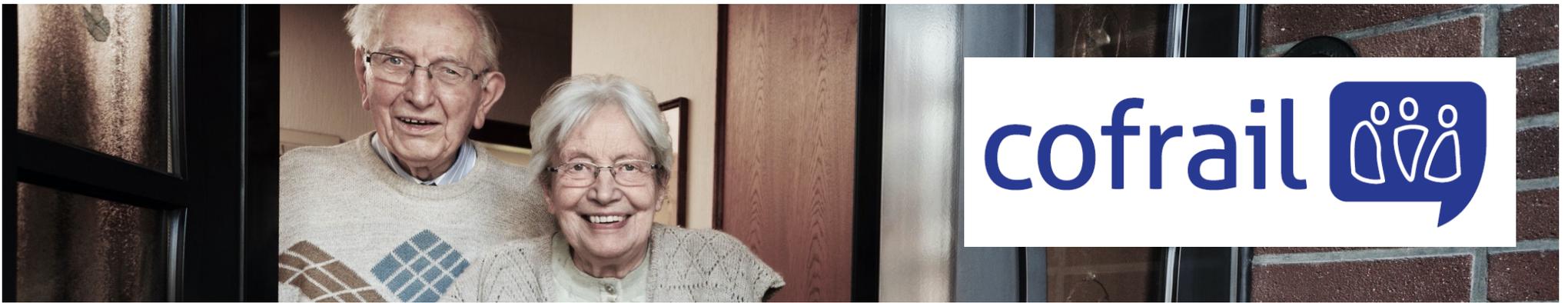


Programm Fortbildung 3

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts |
| 10 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox |
| 30 min | Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag |
| 15 min | PAUSE |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen |
| 15 min | Bedarfe pflegender Angehöriger |
| 10 min | Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte |

Vorstellung des Überleitungsbogens

- Bitte entnehmen Sie der Mappe des Pflegestützpunktes den Überleitungsbogen und machen sich damit vertraut.
- Finden Sie ihn praktikabel oder sehen Sie noch Änderungsbedarf?



Programm Fortbildung 3

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts |
| 10 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox |
| 30 min | Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag |
| 15 min | PAUSE |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen |
| 15 min | Bedarfe pflegender Angehöriger |
| 10 min | Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte |

Erfahrungsaustausch Bedarfe pflegender Angehörige

- Welche Bedarfe von pflegenden Angehörigen nehmen Sie im Praxisalltag wahr?
- Welche Unterstützungsangebote kennen Sie bzw. werden von Angehörigen genutzt?

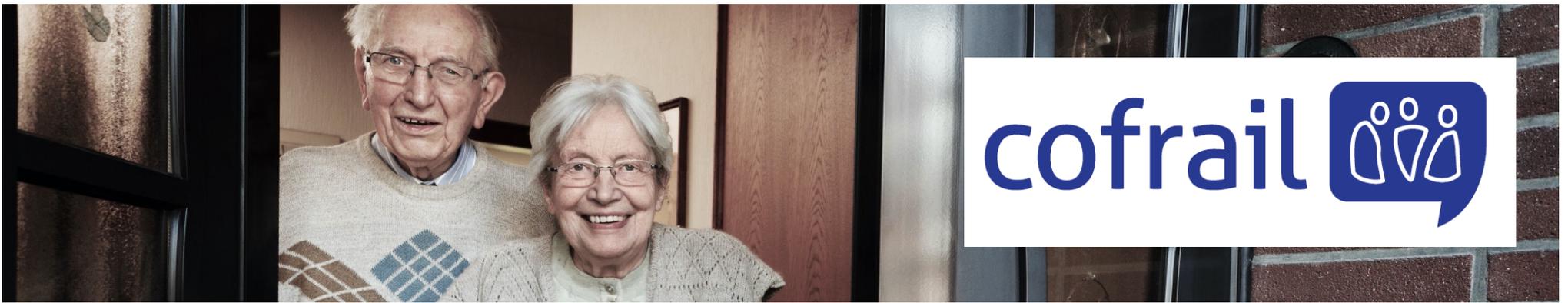
Fachlicher Input

- Vorstellung DEGAM S3-Leitlinie für pflegende Angehörige von Erwachsenen
- Handout, laminierte Kurzversion

Weiterführende Literatur

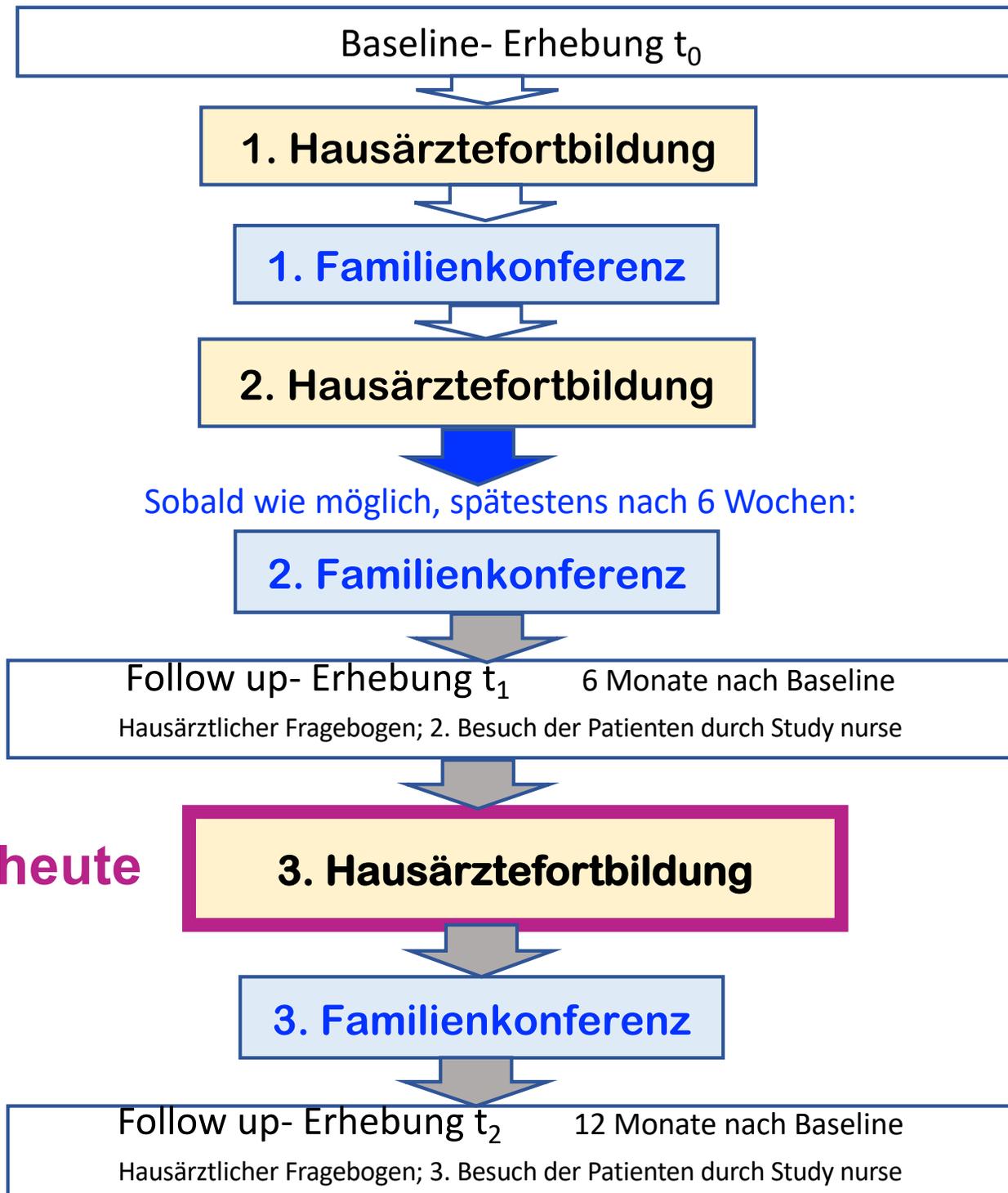
- <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>

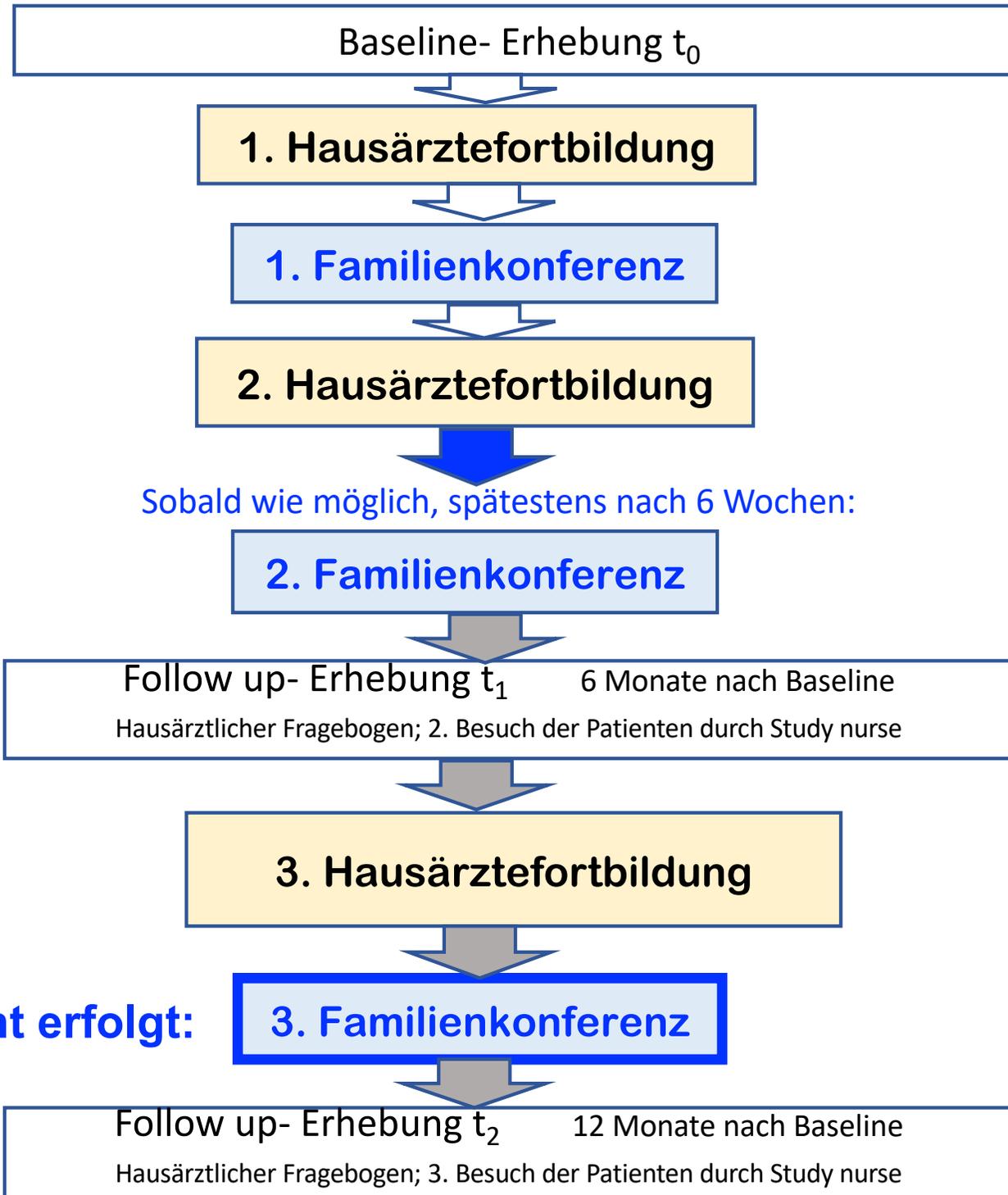
➔ Dort finden Sie die Leitlinie in Kurz- und Langform



Programm Fortbildung 3

- | | |
|--------|--|
| 10 min | Begrüßung, Vorstellungsrunde, Stand des Projekts |
| 10 min | Erfahrungsaustausch zu Familienkonferenzen
Deprescribing und Bedarfsanalyse/Toolbox |
| 30 min | Pflegestützpunkte in MV , Impulsvortrag |
| 15 min | PAUSE |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Fallarbeit |
| 15 min | Pflegestützpunkte in MV , Überleitungsbogen |
| 15 min | Bedarfe pflegender Angehöriger |
| 10 min | Abschlussdiskussion, nächste Projektschritte |







Rostock 26.08.2020

Fortbildung 3 für Hausärzte

**Herzlichen Dank
für Ihre Mitarbeit!**

Identifikation der Pflegenden Angehörigen

Beratungsanlass	Informationszugewinn	Standardisierung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pflegebeginn ■ Veränderung des Pflegebedarfs ■ Veränderung der Beziehung zum Pflegebedürftigen ■ Verschlechterung der Pflege ■ Neue/vermehrte körperliche und/oder seelische Beschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationen aus Beobachtungen und informellen Gesprächen d MFAs nutzen ■ Bei initial abgeschätztem Bedarf weitere Anamnese/ Assessment veranlassen ■ Präventive Untersuchungen für Kontaktaufbau nutzen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ geeignete Maßnahmen zur Identifizierung pflegender Angehöriger festlegen und umsetzen ■ Für praxisinterne Kommunikation mit MFAs Fragebogen entwickeln ■ Screening-Fragen zum Erkennen von Depressions- und Angststörungen ■ Häusliche-Pflegeskala (HPS) – Pflegebelastung

Ursachen von Belastung bzw. Überlastung – „Yellow flags“

- Höheres Alter
- Zusammenwohnen mit den Pflegebedürftigen
- höherer Grad von Verhaltensproblemen und kognitiven Einschränkungen der Gepflegten
- längere Dauer der Pflegetätigkeit
- niedrigeres Einkommen
- Bildungsniveau und formale soziale Unterstützung sowie höhere Belastungs- und Depressionswerte.
- Ungünstig betroffen sind pflegende Angehörige zudem wenn sie weiblichen Geschlechts sind, mit dem zu Pflegenden verheiratet sind oder dieser eine Demenz aufweist.

Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe – „Red flags“

- Akute Dekompensation der pflegenden Angehörigen infolge
 - Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes
 - Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen
 - Zunahme der Pflegebelastung aus anderen Gründen, auch innerfamiliäre Beziehungsstörungen
- Hinweise auf psychische Veränderungen (oft erklärt durch suchtgefährdendes Verhalten)
- Insb. bei Partnern: Erschöpfung, evtl. Depression, möglicherweise Suizidgefahr
 - Wunsch nach korrigierenden Maßnahmen/Medikamenten (für Pflegenden bzw. die Pflegebedürftigen)
- Insb. bei Kindern: Vernachlässigung übriger Bereiche (Ehepartner, Kinder, Beruf)
- Gewalttätige Übergriffe auf den Gepflegten (auch umgekehrt) und Vernachlässigung

→ **Präventiv regelmäßige Hausbesuche und kurzfristig mögliche Gespräche (PSGV) einplanen.**

Konfliktbewältigung

- Gespräche im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung
- Cave! Abhängigkeitspotential bei suchterzeugenden Medikamenten
- Beratend auf Bedeutung und Erklärungsansätze zu herausfordernden Verhalten bei gepflegten Menschen mit Demenz eingehen
- Interessen- und sonstige Konflikte beim Einbezug der Angehörigen in die Versorgung berücksichtigen (ggf. Familiengespräch)

Informationsvermittlung

- Praxis verfügt über Wissen zu regionalem Angebotspektrum und ggf. Weitervermittlung
- Frühzeitiges wertschätzendes Beratungsgespräch, ggf. aktives Einbinden in Versorgung
- Informationsbedarf der pflegenden Angehörigen berücksichtigen
- Nutzungsbarrieren und deren Überwindung analysieren

Unterstützungsangebote

- Pflegesituation, objektive Bedarfe, subjektive Präferenzen berücksichtigen
- Ggf. Kombination verschiedener Hilfs- und Entlastungsangebote

Verminderung Pflegebelastung (soma-tisch und psychisch)	Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden	Verbesserung der Rahmenbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Entlastende Einrichtungen (Stationäre Pflege etc.) ■ Involvierung Pflegedienst oder andere informell Pflegenden ■ Standardisierte multidisziplinäre Entlassplanung ■ Case/Care Management-Interventionen ■ Pflegekurse ■ Psychoedukation ■ Angehörigengruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Behandlung, Psychotherapie (KVT), symptomatische Therapie ■ Physiotherapie ■ RehaMaßnahme (allein oder mit Gepflegten) ■ Entspannungsmaßnahmen, Interventionen mit körperlicher Aktivität ■ Ressourcen aktivieren (Anerkennung, Akzeptanz etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Externe Pflegeberatung ■ Wohnraumanpassung ■ Pflegegrad ■ Pflegegeld ■ Hilfsmittelberatung und -beschaffung ■ Pflegeentlastende Maßnahmen (Essen auf Rädern, Haushaltshilfen etc.)

Anmerkung

Die Kurzversion ist die Zusammenfassung der Langversion und bildet die Inhalte der Empfehlungen ab, ohne differenzierte Aufgliederung nach Subgruppen (z. B. Pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz oder nach Schlaganfall).



Leitfaden / SOP Hausarztrekrutierung

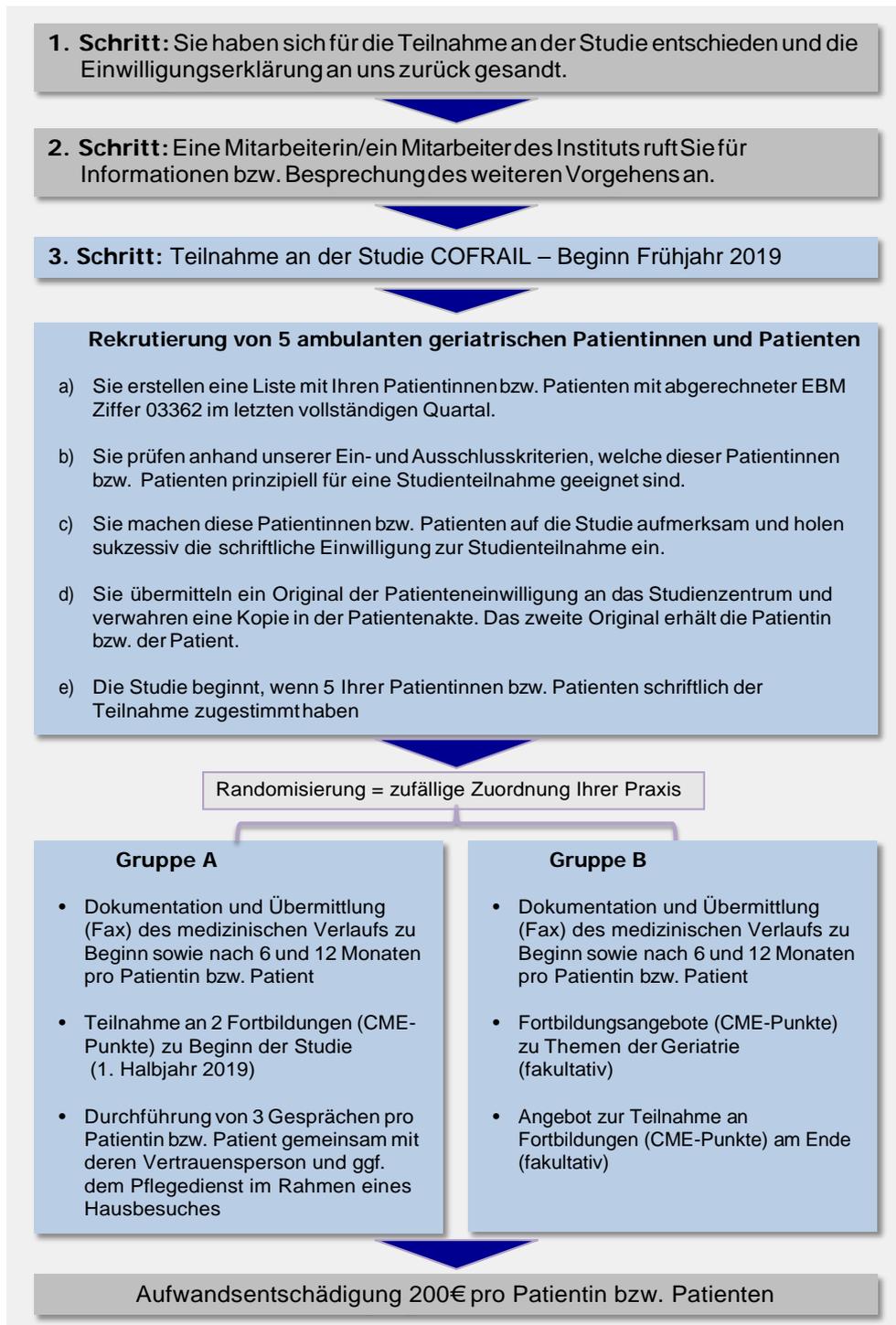
COFRAIL Arbeitspaket / Task	WP 4 / T4.1 - SOP „Rekrutierung“
Version	03.12.2018
Status	
Autoren	Ritzke, Wollny, Drewelow
Zielgruppe / Anwender	Studienzentren
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisierung der Rekrutierung von Hausärzten
Inhalt / Bestandteile	<p>A) Überblick Hausarztrekrutierung</p> <p>B) „Überblick zum Studienablauf“ für Hausärzte</p>

A) Überblick Hausarztrekrutierung

Schritte	Erläuterungen
1. Werbung in KV-Journals	<ul style="list-style-type: none"> • vorbereiteten Text mit Informationen zur Studie an Redaktionen der KV-Journals der Bundesländer der Studienzentren schicken • Ziel: Interesse bei Hausärzten wecken
2. Postalische Einladung Hausärzte	<p>2.1 Einladung zu Diskussionsrunde (Fokusgruppe) an ausgewählte Hausärzte/Hausärztinnen, im Anschluss zur Studie einladen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anschreiben Hausarzt und Faxantwort • Termine vorschlagen + Option Interesse aber keine Zeit <p>2.2 oder direkte Einladung zur Studie (in Wellen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anschreiben Hausarzt, Studieninformation, Grafik Studienablauf, Faxantwort
3. Rückmeldevarianten Diskussionsrunde	<p>3.1 Teilnahme an Diskussionsrunde an einem der Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungsschreiben vor Diskussionsrunde <p>3.2 Interesse an Diskussionsrunde aber keine Zeit (ggf. Alternativtermin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • postalisch zur Studie eingeladen <p>3.3 Kein Interesse an Diskussionsrunde</p> <ul style="list-style-type: none"> • postalisch zur Studie eingeladen <p>3.4 Keine Rückmeldung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungsschreiben vor Diskussionsrunde • postalisch zur Studie eingeladen
4. Rückmeldevarianten Studieneinladung (postalisch, im Anschluss	<p>4.1 Studienteilnahme gewünscht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenschutzerklärung und Einwilligungserklärung zusenden <p>4.2 Wunsch nach weiteren Informationen</p>

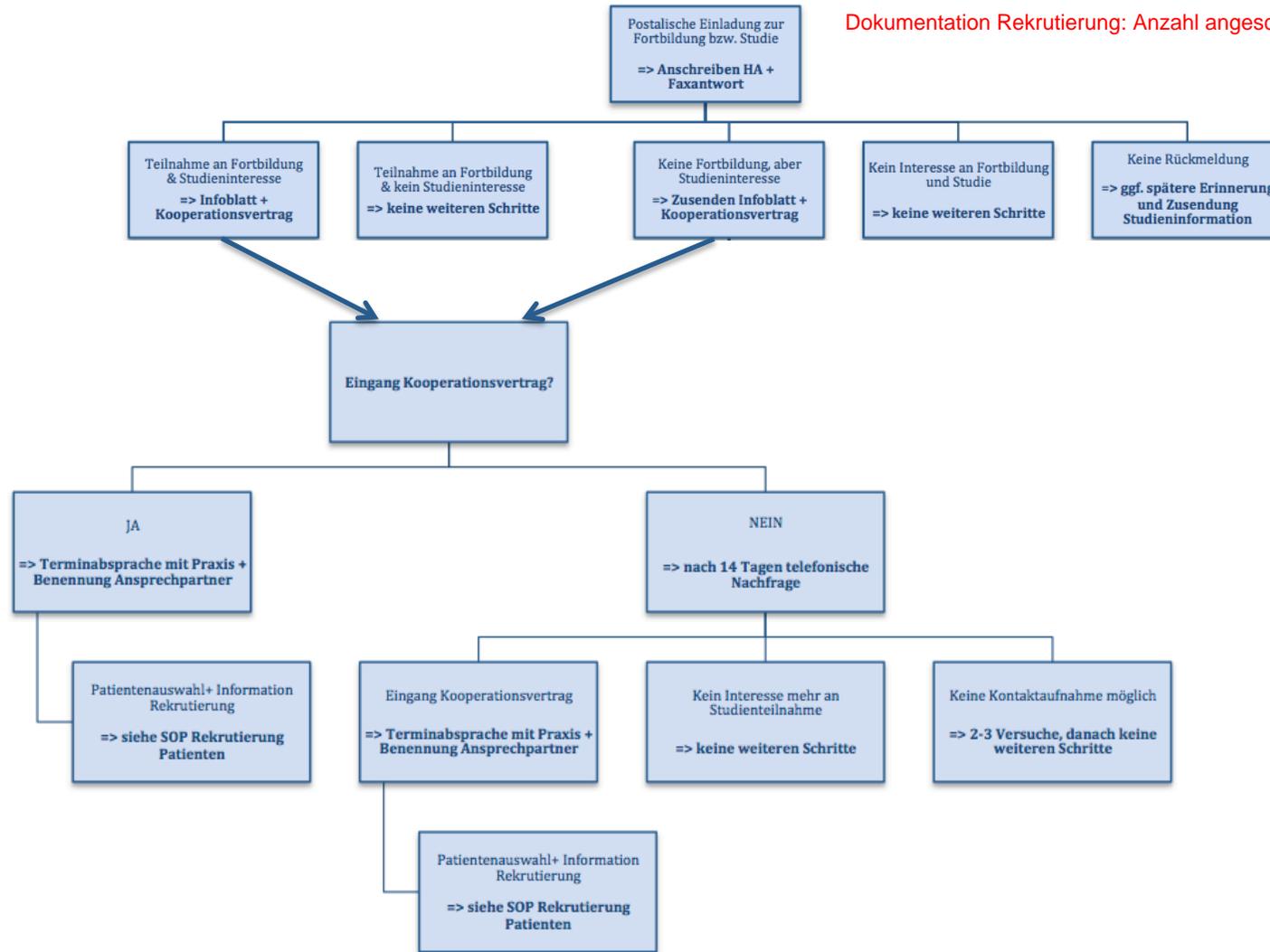
<p>Diskussionsrunde)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonisch kontaktieren (siehe Gesprächsleitfaden Durchführung Telefonate) • Bei späterem Interesse Datenschutzerklärung und Einwilligungserklärung zusenden <p>4.2 kein Interesse an Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine weiteren Schritte <p>4.3 keine Rückmeldung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungsschreiben • Ggf. telefonisch kontaktieren
<p>5. Eingang 1 Exemplar der unterzeichneten Einwilligung im Studienzentrum</p>	<p>5.1. Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminabsprache mit der Praxis und Benennung eines Ansprechpartners (optional: telefonisch oder Praxisbesuch) <p>5.2. Nein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach 14 Tagen telefonische Nachfrage • Geht Einwilligungserklärung nach Erinnerung im Studienzentrum ein siehe 5.1. • Falls keine Kontaktaufnahme möglich, nach drei Versuchen keine weiteren Schritte
<p>6. Studienbeginn</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn der Studie siehe SOP Patientenrekrutierung • Hausarztcharakteristika erheben

Überblick zum Studienablauf



SOP - Rekrutierung Hausärzte

Dokumentation Rekrutierung: Anzahl angeschriebene HÄ, Anzahl Absagen etc.





Telefonisches Rekrutierungsgespräch mit Hausärzten Stichpunkte

Einleitung des Gespräches

MFA

Guten Tag/guten Morgen,
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf
Mein Name ist **eigenen Namen nennen*

Ich hatte Ihnen vor einiger Zeit einen Brief geschrieben (fakultativ: *und zur Erinnerung soeben noch ein identisches Fax geschickt*) und wollte kurz Frau/Herrn (Dr.) sprechen. (Evtl.: Frau/Herr Dr. hatte um Rückruf gebeten.) Geht das?

Bei Nachfrage, um was es geht: **um ein hausärztliches Forschungsprojekt, das die geriatrischen Frailty-Patienten in den Blick nimmt, Start Anfang 2019**

- **Nein:** Wann könnte ich sie/ihn denn am besten erreichen
- **Ja:** Dankeschön!

Arzt

Guten Tag/guten Morgen,
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf
Mein Name ist **eigenen Namen nennen*

Ich hatte Ihnen vor einiger Zeit einen Brief geschrieben (fakultativ: *und zur Erinnerung soeben noch ein identisches Fax geschickt*) und wollte Sie sprechen /bzw. Sie wollten mich sprechen.

Inhalt des Projektes

- **Ziel des Projektes** ist es, die Sicherheit von Patientinnen/Patienten mit Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeit) zu verbessern. Zentrales Element ist die Zusammenarbeit zwischen der Hausärztin/ dem Hausarzt mit der Patientin/ dem Patienten, deren Vertrauensperson und ggf. der ambulanten Pflege, wobei die **patientenseitigen Wünsche** und die **gemeinsame Entscheidungsfindung** im Mittelpunkt stehen.
- **im Rahmen der Versorgungsforschung**, gefördert vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses; Verbundprojekt der Universitäten Düsseldorf, Witten-Herdecke, Halle-Wittenberg, der Universitätsmedizin Rostock und der Medizinischen Hochschule Hannover.
- **Zielgruppe: Patientinnen und Patienten**, geriatrische Patienten, die mindestens 70 Jahre alt sind und mindestens 5 Wirkstoffe erhalten

Zusammenstellung der Ein- und Ausschlusskriterien (nur bei Nachfrage vollständig erklären)

Einschlusskriterien

- Mindestalter 70 und
- regelmäßige Einnahme von mindestens 5 Wirkstoffen
- die pflegebedürftig sind (Pflegestufe 1 oder höher)
- im häuslichen Bereich leben
- Existenz eines Angehörigen oder einer anderen Pflegeperson als Ansprechpartner für den Hausarzt

Ausschlusskriterien

- keine mittelschwere oder schwere Demenz
- keine reduzierte Lebenserwartung
- keine vollstationäre Pflege
- keine Betreuung für den Bereich „Gesundheitssorge“
- ausreichende Deutschkenntnisse

Bedeutung des Projektes für Sie und Ihre Praxis

Ihr/Ihre MFA und/oder Sie als Arzt/Ärztin: *(Rekrutierung von mind. 5 max. 8 Patienten)*

- Überlegung, welche geriatrischen Patienten theoretisch in Frage kommen, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen; Möglichkeit, zunächst die Patienten aus der Praxissoftware anzusehen, bei denen im letzten vollständigen Quartal die EBM-Ziffer 03362 (hausärztlich geriatrischer Betreuungskomplex) abgerechnet wurde
- daraus schreibt der HA Patienten heraus, die er für potentiell geeignet hält
- Überprüfung dieser Liste mit Ein-/ Ausschlusskriterien
- Ziel ist die Rekrutierung von mindestens 5 und maximal 8 Patienten
- gerne kann Studienmitarbeiter/in hierbei unterstützen
- Übermittlung der Einverständniserklärung zunächst per Fax an das Studienzentrum, später dann gesammelt per Post an das Studienzentrum schicken

Sie als Arzt/Ärztin:

- Ansprache (persönlich oder **telefonisch** evtl. auch schriftlich - durch ein vom Studienzentrum erstelltes Schreiben mit dem Hausarzt als Absender) der ersten fünf Patienten Ihrer Liste
 - Einholung der Einverständniserklärung des Patienten
 - Klärung, ob ein Angehöriger/eine Vertrauensperson zur Unterstützung bereit ist
- Beginn der Studie, sobald 5 Patienten (mit Angabe, dass ein Angehörigen/Vertrauensperson da ist) schriftlich eingewilligt haben und diese Einwilligungserklärungen ins Studienzentrum gefaxt wurden
- in einigen Praxen: **Gespräche** mit dem Patienten und Angehörigen im Rahmen von Hausbesuchen (3x) unter Berücksichtigung von **Elementen, die erprobt werden sollen** und Rückmeldung an das Studienzentrum
- Erhebung von Daten (s.u.)

Welche Daten werden erhoben?

- **beim Hausarzt**

- Hausarztfragebogen (Arztcharakteristika) – nur zu Beginn des Projektes = t0)
- Fragebogen zu dem einzelnen Patienten (zu Beginn des Projektes =t0, nach 6 Monaten =t1 und nach 12 Monaten =t2 -> 15 Fragebögen)
- Interventionsgruppe: Vorbereitung der Besuche und Ergebnisse der Besuche nachhalten (Ergebnisblatt)
- Prozessevaluation (Stichprobe: telefonisches Interview – oder Fokusgruppe)
- Gesundheitsökonomie: jeder Interventionsarzt

- **beim Patienten**

- nur Interventionsgruppe: 3 Hausbesuche mit Angehörigen und ggfls. Pflegedienst (Vorbereitungsblatt)
- Führen eines Eventtagebuches
- Durchführung eines Assessments zu Hause beim Patienten durch eine StudyNurse (zu Beginn des Projektes =t0, nach 6 Monaten =t1 und nach 12 Monaten =t2)
- Kontaktinformationsblatt (durch StudyNurse)
- Prozessevaluation (durch Mitarbeiter im Rahmen von einzelnen Interviews)

Wichtiger Hinweise:

- Daten sind pseudoanonymisiert

Dauer und Aufwandsentschädigung

- Dauer der Studie 12 Monate in der einzelnen Praxis
- Aufwandsentschädigung von 200 € pro rekrutierten Patienten - bis zu 1600 € insgesamt.

Aufwand Studienzentrum und Studienteilnehmer

Aufwand StudyNurse

- Übersendung der Einwilligungserklärung (Hausarzt) in die Hausarztpraxis
- Nachhalten der Rücksendung der Einwilligungserklärung des Hausarztes
- Übersendung des Studienordners in die Praxis
- Anruf in der Praxis zur Erläuterung der Studienunterlagen (nur optional)
- Nachhalten der übersendeten Einwilligungserklärung der Patienten (ggfl. telefonische Erinnerungen)
- sobald 5 Einwilligungserklärungen vorliegen: Praxis zur Randomisierung melden
- bei Interventionsgruppe:
 - Nachhalten und Erinnern, ob Besuchstermine zu drei Zeitpunkten vereinbart wurden
- Durchführung der Assessments zu Hause bei dem Patienten zu 3 Zeitpunkten

Aufwand Patient

- Ansprache in Praxis/Anschreiben durch Arzt
- Unterzeichnung der Einwilligungserklärung
- Terminvereinbarung mit Hausarzt für 3 Hausbesuche (nur IG)
- 3 Hausbesuche zusammen mit Angehörigen (je ca. 30-45 min) (nur IG)
- 3 Assessments zu Hause durchgeführt von der StudyNurse (je ca. 1 h) - alle

Aufwand Arzt

- Unterzeichnung der Einwilligungserklärung (Hausarzt) und Übermittlung an das Studienzentrum
Überlegung, welche geriatrischen Patienten theoretisch in Frage kommen, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen; Möglichkeit, zunächst die Patienten aus der Praxissoftware anzusehen, bei denen im letzten vollständigen Quartal die EBM-Ziffer 03362 (hausärztlich geriatrischer Betreuungskomplex) abgerechnet wurde (**dient lediglich als Hilfestellung zur Identifizierung der Patienten, keine Voraussetzung für den Einschluss der Patienten**)
- Herausschreiben der Patienten, die er für potentiell geeignet hält, in eine Liste
- Überprüfung dieser Liste mit Ein-/ Ausschlusskriterien
- Übermittlung der Einwilligungserklärung (Patienten) an das Studienzentrum (MFA?)
- Hausarzt-Fragebogen (Arztcharakteristika) zu t0
- Patientenfragebogen für jeden der eingeschlossenen Patienten zu 3 Zeitpunkten
- nur Interventionsgruppe:
 - Vereinbarung von 3 Terminen für Hausbesuche pro Patient
 - Vorbereitung dieser Termine, die zusammen mit einer Vertrauensperson und/oder ggfl. Pflegedienst stattfinden sollen

- Durchführung dieser 3 Hausbesuche mit Angehörigen und ggf. Pflegedienst
- Nachhalten der Ergebnisse in einem Ergebnisblatt
- Besuch von mindestens 2 Fortbildungen

Aufwand MFA

- Unterstützung des HA bei der Identifizierung geeigneter Patienten
- optional: Ansprache der geeigneten Patienten
- Übermittlung der Einwilligungserklärungen (Patienten) an das Studienzentrum

Durchführung im Einzelnen

nachdem Hausarzt/Hausärztin sich zur Teilnahme bereit erklärt und die Einwilligungserklärung unterschrieben zurückgeschickt hat

1. Schritt: Überreichung/Übersendung des Studienordners

Der Praxis wird ein Studienordner übersandt. Danach (oder bei persönlicher Übergabe gleichzeitig) wird die Praxis durch eine StudyNurse kontaktiert (persönlich oder telefonisch) und erneut detailliert über die Studie aufgeklärt.

2. Schritt: Gewinnung potentieller Studienpatienten

Der Arzt/die Ärztin hat **X Wochen** Zeit, 5 Patienten (+/-1) einschließlich jeweils einem Angehörigen/einer Vertrauensperson zu gewinnen. Hierzu müssen dem Studienzentrum die Einwilligungserklärungen dieser Patienten übersandt werden (**per Fax oder Post; Rücksendeumschlag?**). Da wir keine Daten der Angehörigen/Vertrauenspersonen erheben, ist die Einwilligung der Angehörigen nicht notwendig (Ausnahme: Anruf aufgrund Prozessevaluation). Die zuständige MFA (sonst der Arzt) wird in die Erstellung der Liste, der Hausarzt in die Gewinnung der Studienpatienten eingewiesen und alle Unterlagen aus dem Studienordner werden erläutert.

3. Schritt: Randomisierung

Wenn dem Studienzentrum die Einwilligungserklärungen von mindestens 5 Patienten vorliegen, wird die Praxis zur Randomisierung gemeldet (**noch klären, ob Randomisierung zu diesem Zeitpunkt stattfinden soll oder erst nach der Baseline-Erhebung**).

4. Kontrollgruppe/Interventionsgruppe

Kontrollgruppe: Einladung zu allgemeinen Fortbildungen zum Thema „Gebrechlichkeit und Frailty“ während des Projektes und am Ende

Interventionsgruppe: Einladung zu zwei Fortbildungen zum Thema „Familienkonferenzen“ (verpflichtend); Arzt zur Vereinbarung des ersten „Hausbesuchtermins“ mit dem Patienten, Angehörigen/Vertrauensperson und/oder Pflegedienst auffordern; Termin **muss** nach der Fortbildung liegen

5. Datenerhebung (s.o. „Welche Daten werden erhoben?“)

mögliche Antworten des Arztes und die Reaktion

- **Ja**

- Verbindlichkeit vermitteln.

- Freude über Teilnahme

- übersenden einer Einwilligungserklärung, kommen, sobald diese im Studienzentrum vorliegt, auf ihn/sie zu

- **Bei Zusage Folgendes abfragen:**

- Benennung einer MFA als Ansprechpartnerin (soll diese den Überblick über die Patientenrekrutierung halten oder macht das der Arzt selber?)

- Deutsch als überwiegende Sprache in der Patientenversorgung?

- Urlaubszeiten? => dokumentieren

- **keine Zeit zum Sprechen (wegen Patienten oder ähnlich)**

- neuen Termin vereinbaren oder

- melde mich später nochmals

- **keinen Brief bekommen**

- Brief hatte ich soeben nochmals zugefaxt/faxe ich Ihnen direkt noch einmal zu

- erneutes Fax notwendig – Fax-Nr. abgleichen

- **Direkte Absage**

- Gründe der Ablehnung? => möglichst erfassen für unsere Statistik

- Überzeugungsarbeit leisten

- vielleicht liegt Missverständnis vor

- so spontan hat keiner abgelehnt

- Gründe für die Ablehnung, um in künftigen Studien zu berücksichtigen

- Bei weiterer Ablehnung: **OK, das kann ich verstehen.**

- **Zweifler (Ich weiß nicht..., Wie ist es denn mit...)**

- auf die jeweiligen Einwände und Unsicherheiten eingehen

- Angebot machen: Information und Faxantwort schicken

- nochmals überlegen und dann die Entscheidung per Fax mitteilen

Argumente für Zweifler

Keine Zeit:

- Aufwand für ihr Team nicht enorm, hier stehen die Patienten im Mittelpunkt (???)

Möchte nicht Objekt von Forschung sein:

- es forschen Hausärzte für Hausärzte;
- unter Leitung eines selbst niedergelassenen Hausarztes

Kein Interesse an Forschung:

- Darstellung unsere Arbeit ist wichtig, um nicht von anderen Interessengruppen diskriminiert zu werden
- Alltagsarbeit kann u.U. noch verbessert werden

Bürokratischer Aufwand:

- wir entlasten sie so gut wie es geht;
- alle notwendigen Materialien bekommen Sie von uns gestellt

Thema uninteressant:

- geriatrische Frailty-Patienten nehmen in den HA-Praxen zu
- möglicherweise Schritt nach vorne für alle betroffenen Patienten

Anreize zum Mitmachen zu gering:

- Aufwandsentschädigung von bis zu 1000 Euro (200,-Euro pro Patient)
- geht auch um gute Sache

Das bringt doch alles nichts:

- Im Gegenteil: hier haben Sie selbst die Möglichkeit mit wenig Aufwand die künftige Versorgung mitzugestalten.

Do's und Do not's

Do's	Do not's
Direkt (und ggf. mehrmals) mit Namen ansprechen	Nicht zu lange auf den Brief aufmerksam machen („Sie wissen doch, der mit dem Logo...“), sondern im Zweifel nochmals Fax senden
Betonen (wenn möglich) „Wir Hausärzte...“	Nicht zu viel Druck ausüben, platt reden
Bei Erklärung des Studienablaufs auf 1-2 Sätze beschränken, dann auf weitere Informationen verweisen u. schicken	Nicht sagen „Alle machen bisher mit..“, da unglaubwürdig
Enthusiasmus für das Projekt ausstrahlen	Eigene Unsicherheiten über Projekt vermeiden
Den Arzt stets ausreden/einhaken lassen	Nicht ins Wort fallen oder auf Biegen und Brechen seinen Text runterlesen
Anrufe absprechen und konkret ankündigen	nicht ablesen
Vorschläge vom Arzt „ich rufe sie an“ annehmen, aber nach 4-5 Tagen ohne Anruf selbst anrufen	nicht die Studie oder die Teilnahme schlecht reden/runterspielen (z.B. „ja ich weiß, das ist blöd mit den Studien, aber bitte machen sie trotzdem mit..“)
Bedenken des Arztes aktiv herausfinden, verbalisieren und dann thematisieren (Argumente)	nicht krampfhaft gegen die Grundstimmung ankämpfen
Prägnante, prompte Informationen geben können	keine Widerworte geben („doch, aber..“)
Darauf achten, zum richtigen Zeitpunkt schnell die richtige Aktion zu wählen (z.B. Fax senden vs. weiter argumentieren)	Den Arzt nicht bloßstellen („Das stand doch klipp und klar im Brief...“)
Frei und natürlich reden	Bei definitiven Absagen nicht „Ja, gut..“, sondern „Schade“ sagen
Alle Teilnehmer sind wichtig, da ansonsten Repräsentativität gefährdet ist und uns Hausärzten unsaubere Arbeit vorgeworfen wird	
Pause machen, besonders nach schwierigen Telefonaten	
Anrufe am besten kurz vor Mittag (je nach Praxis 11.00-12.30 Uhr, abhängig von Öffnungszeiten)	Montagsmorgen oder bis 10 Uhr anrufen – zu viel zu tun in der Praxis, Arzt hat montags am wenigsten Zeit und auch am frühen Vormittag

Positive Wortwahl nutzen, negative Wortwahl vermeiden!

Beispiele

POSITIV	NEGATIV
„Patienten sind bei Studien erfahrungsgemäß voll bei der Sache!“	„Patienten sind bei Studien nicht abgeneigt“
„Ich schicke Ihnen die Sachen zu und rufe Sie später wieder an.“	„Versuchen Sie mal...“



SOP Hausärztefortbildung 1

COFRAIL Arbeitspaket / Task	WP 5 / T5.3, T5.4
Version	18.09.2019
Status	Entwurf
Autoren	Mortsiefer
Zielgruppe / Anwender	Trainer für 1. Hausärzte-Fortbildung
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung, Ablauf und Nachbereitung der COFRAIL Hausärztefortbildung 1 zu den Themen „Frailty“, „Deprescribing“ und „Familienkonferenz“
Materialien	<ul style="list-style-type: none"> Diese SOP Foliensatz Hausärztefortbildung 1 Manual für Hausärzte in der Interventionsgruppe Handouts - siehe C) -
Inhalt	<p>A) Organisatorischer Rahmen B) Ablaufplan der Fortbildung C) Benötigte Materialien</p>

A) Organisatorischer Rahmen

cofrail **SOP Fortbildung für Hausärzte** **Organisation**

1. Termine und Orte festlegen (8 Wochen vorher)
2. Fortbildungspunkte Ärztekammer beantragen (6 Wochen vorher)
3. Einladungsscheiben / Fax senden (6 Wochen vorher); ggf. wiederholen, anrufen
4. Catering planen / bestellen (4 Wochen vorher)
5. Präsentation aktualisieren + Ordner mit Materialien erstellen (2 Wochen vorher)
6. Teilnehmerliste und Teilnahmebescheinigungen vorbereiten (1 Woche vorher)
7. Raum und Technik vorbereiten (1 Woche vorher)
8. Ärzte anrufen, an Teilnahme erinnern bzw. Teilnahme erfragen (1 Woche vorher)

Fortbildung

9. Dokumentation für Prozessevaluation, Teilnehmerliste an Ärztekammer faxen

Für Hausärzte, die nicht teilgenommen haben:

- 10a. Peer – Besuch in der Praxis nach telefonischer Vereinbarung - oder -
- 10b. Peer – Telefonat nach vorheriger Zusendung der Materialien

Für Hausärzte, die dadurch auch nicht erreicht wurden :

11. Materialien per Post zuschicken (Anleitung Medikationsreview, AMTS-Karte, Handouts der Präsentation, örtlicher Aktionsplan)

B) Ablaufplan der Fortbildung

Zeitraumen ges. 180min	Thema	Inhalt
15 min	Begrüßung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungsrunde mit Abfrage der Erwartungen • Zeitplan für heutige Veranstaltung
15 min	Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Thema Frailty • Projekt COFRAIL • Überblick über die Elemente der COFRAIL – Intervention: Deprescribing, Priorisierung, Familienkonferenz
50 min	Intervention Teil A Deprescribing	<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmazie bei Frailty, potenzieller Nutzen für Deprescribing • Einführung in die Struktur des Deprescribing-Leitfadens anhand von 2 kurzen Beispielen • Fallarbeit 1 in 3er-Gruppen (10min) <ul style="list-style-type: none"> - Dozent: <i>Liste der Medikamente auf Flipchart schreiben für Plenumsdiskussion</i> • Zusammentragen und Diskussion der Ergebnisse im Plenum (incl. Sammlung potenzieller Deprescribing-Barrieren auf FLIPCHART für die spätere Diskussion)
20 min	PAUSE	
30 min	Intervention Teil B Familienkonferenz	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung in die Familienkonferenz als Instrument zur gemeinsamen Entscheidungsfindung • Vorstellung des Familienkonferenz-Leitfadens • Kurze Fallarbeit 2 in 2er Gruppen (5min) zu möglichen Barrieren mit Formulierungsvorschlägen • Erarbeitung von Gesprächsstrategien im Plenum mit Sammlung auf dem FLIPCHART
30 min	Praktische Übungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung des Ablaufs des standardisierten Rollenspiels • Feedback – Regeln • Fallvignette besprechen + Folie einblenden • Leitfaden „Familienkonferenz“ zur Hand nehmen (Karte) und kurz durchgehen: Wichtigkeit der „ärztlichen Botschaft zum Deprescribing“ betonen • Erste Übung mit einem Teilnehmer in der Arztrolle • Feedback-Runde: 1. „Arzt“, 2. „Schauspieler“, 3. „Teilnehmer“ • Evtl. Zweite Übung mit einem anderen Teilnehmer in der Arztrolle (ggf. mit Unterbrechungen / Mikroteaching) • Feedback-Runde: 1. „Arzt“, 2. „Schauspieler“, 3. „Teilnehmer“ • evtl. weitere Übungsrunden • Abschlussdiskussion, Fragen, Ausblick, Hinweis auf Lehrvideo
15 min	Abschlussdiskussion, Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung • Nächste Schritte (Vorbereitung und Durchführung Familienkonferenz) • Hinweis auf Pharmakologische Beratung durch Witten • Blitzlicht, Verabschiedung

C) Materialien für die Fortbildung:

Formalien:

- Teilnehmerliste
- Teilnahmebescheinigungen

Dokumente:

- Prozessevaluation (Kontaktbogen Prozessevaluation – Dokumente Dozent)
- Dissertation Bencheva (Dokumente Dozent) + Anschreiben
- Gesundheitsökonomie
- Dokument Gesundheitsökonomie „Dozent Fortbildung“
- Dokument Gesundheitsökonomie „Studienzentrum Fortbildung“
- nur 2. Fortbildung: Evaluationsbogen zur Prozessevaluation

Präsentation:

- Foliensatz
- Handouts zum Foliensatz (ggf. in den Manual-Ordner heften)

Materialien für die Fortbildung

- Fallvignette „weiblich , 87 Jahre “ aus Präsentation ausdrucken (für alle)
- Tabelle Medikamente auf Flipchart / Tafel fürs Plenum vorbereiten
- Leitfaden Familien-Konferenz auf DINA-3 Format (als Aushang fürs Rollenspiel)
- Fallvignette „Hr./Fr. Budnik“ ausgedruckt fürs Rollenspiel (Arztrolle und Beobachter)
- Karten mit Kurzleitfaden Deprescribing und Leitfaden Familienkonferenz (für alle – im Manual-Ordner)

Manual für Hausärzte in der Interventionsgruppe

- Deckblatt Vorderklappe (z.B. auf gelbem Papier für unterscheidbarkeit zum Studienordner mit weißem Deckblatt)
- Einsteckblatt links: Überblick Studienverlauf
- Erste Seite: Anschreiben, Inhalt
- Leitfaden Familienkonferenz
- Vorbereitungsblatt für Patienten und Angehörige (zur Ansicht – wird von Study Nurses ausgegeben)
- Ergebnisblatt Familienkonferenz (mit Durchschriftexemplar)
- Laminierte Karte mit Seite 1: Kurzversion Deprescribing-Leitfaden, Seite 2: Leitfaden Familienkonferenz
- Deprescribing – Leitfaden
- Hinweise auf Pharmakologische Beratung



SOP Hausärztefortbildung 2

COFRAIL Arbeitspaket / Task	WP 5 / T5.3, T5.4
Version	20.10.2019
Status	Entwurf
Autoren	Mortsiefer
Zielgruppe / Anwender	Trainer für 2. Hausärzte-Fortbildung
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung, Ablauf und Nachbereitung der COFRAIL Hausärztefortbildung 2 zu dem Thema „COFRAIL – Bedarfserfassung und Toolbox für Nicht-medikamentöse Interventionen“
Materialien	<ul style="list-style-type: none"> Diese SOP Foliensatz Hausärztefortbildung 2 Manual für Hausärzte in der Interventionsgruppe Handouts - siehe C) -
Inhalt	<p>A) Organisatorischer Rahmen B) Ablaufplan der Fortbildung C) Benötigte Materialien</p>

A) Organisatorischer Rahmen

cofrail **SOP Fortbildung für Hausärzte** **Organisation**

1. Termine und Orte festlegen (8 Wochen vorher)
2. Fortbildungspunkte Ärztekammer beantragen (6 Wochen vorher)
3. Einladungsscheiben / Fax senden (6 Wochen vorher); ggf. wiederholen, anrufen
4. Catering planen/ bestellen (4 Wochen vorher)
5. Präsentation aktualisieren + Ordner mit Materialien erstellen (2 Wochen vorher)
6. Teilnehmerliste und Teilnahmebescheinigungen vorbereiten (1 Woche vorher)
7. Raum und Technik vorbereiten (1 Woche vorher)
8. Ärzte anrufen, an Teilnahme erinnern bzw. Teilnahme erfragen (1 Woche vorher)

Fortbildung

9. Dokumentation für Prozessevaluation, Teilnehmerliste an Ärztekammer faxen

Für Hausärzte, die nicht teilgenommen haben:

- 10a. Peer – Besuch in der Praxis nach telefonischer Vereinbarung - oder -
- 10b. Peer – Telefonat nach vorheriger Zusendung der Materialien

Für Hausärzte, die dadurch auch nicht erreicht wurden :

11. Materialien per Post zuschicken (Anleitung Medikationsreview, AMTS-Karte, Handouts der Präsentation, örtlicher Aktionsplan)

B) Ablaufplan der Fortbildung

Zeitraumen <i>ges. 160 min</i>	Thema	Inhalt	verantwortlich
15min	Begrüßung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungsrunde mit Abfrage der Erwartungen • Zeitplan für heutige Veranstaltung 	DÜS / ROS
10 min	Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Überblick zum Stand des Forschungsprojekts • Kurzer Input: Komplexität von Medikationsplänen 	
20 min	Gruppenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Fallarbeit in 3er Gruppen zu den bisherigen Erfahrungen mit den eigenen Patienten 	DÜS
20 min	Erfahrungsaustausch	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung von 3-4 Medikamentenplänen im Plenum (durch die Kleingruppen ausgewählt) • Sammlung der Erfahrungen zur Familienkonferenz <p><i>Ergebnissammlung auf 2 Flowcharts:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Hinweise / Tipps zu Medikamenten</i> 2) <i>Erfahrungen mit den Familienkonferenzen</i> 	WIT
15 min	PAUSE		
40 min	Nicht-pharmakologische Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung in die das COFRAIL Tool „Bedarfsanalyse“ • Praktische Hinweise zur Anwendung 	DÜS
20 min	Gruppenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Fallarbeit in 3er Gruppen: Anwendung des COFRAIL Tools „Bedarfsanalyse“ auf die eigenen Fälle • Sammlung von Anregungen / Rückmeldungen der Hausärzte 	DÜS
15 min	Abschlussdiskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Ergebnisse der Gruppenarbeit zum COFRAIL Tool „Bedarfsanalyse“ • Zusammenfassung • Nächste Schritte (Vorbereitung und Durchführung Familienkonferenz 2) • Hinweis auf Pharmakologische Beratung durch Witten • Blitzlicht, Verabschiedung 	DÜS / ROS

C) Materialien für die Fortbildung:

Formalien:

- Teilnehmerliste
- Teilnahmebescheinigungen

Dokumente:

- Prozessevaluation (Kontaktbogen Prozessevaluation – Dokumente Dozent)
- Dokument Gesundheitsökonomie „Dozent Fortbildung“
- Dokument Gesundheitsökonomie „Studienzentrum Fortbildung“
- nur 2. Fortbildung: Evaluationsbogen zur Prozessevaluation

Präsentation:

- Foliensatz
- Handouts zum Foliensatz (ggf. in den Manual-Ordner heften)

Materialien für die Fortbildung

- Fallvignette „Frau B. Schmitz, 79 Jahre“ zur Anwendung der Toolbox ausgedruckt für die Fallarbeit in 2er oder 3er Gruppen

Manual für Hausärzte in der Interventionsgruppe

- Deckblatt Vorderklappe (z.B. auf gelbem Papier für unterscheidbarkeit zum Studienordner mit weißem Deckblatt)
- Leitfaden Familienkonferenz 2
- Laminierte Karte „Leitfaden Familienkonferenz“
- Vorbereitungsblatt für Patienten und Angehörige
- Ergebnisblatt Familienkonferenz (mit Durchschriftexemplar)
- CHECKLISTE zur gemeinsamen Problemerkennung und Festlegung nicht-pharmakologischer Maßnahmen
- Handbuch COFRAIL – Bedarfsanalyse mit Hinweisen zu nicht-medikamentösen Therapien
- Persönlicher Notfallplan als Anhang 1
- Uhrentest als Anhang 2
- Ergänzung zum Anhang des Deprescribing-Leitfadens „Medikationskomplexität und Adhärenz“



SOP Hausärzterfortbildung 3 (Düsseldorf)

COFRAIL Arbeitspaket / Task	WP 5 / T5.3, T5.4
Version	10.08.2020
Status	Entwurf
Autoren	Mortsiefer
Zielgruppe / Anwender	Trainer für 3. Hausärzte-Fortbildung
Zielsetzung DÜS	<ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung, Ablauf und Nachbereitung der COFRAIL Hausärzterfortbildung 3 zu den Themen „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“ und „COFRAIL-StudienärztInnenentreffen“
Materialien	<ul style="list-style-type: none"> Diese SOP Foliensatz Hausärzterfortbildung 3 Handouts - siehe C) -
Inhalt	<p>A) Organisatorischer Rahmen B) Ablaufplan der Fortbildung C) Benötigte Materialien</p>

A) Organisatorischer Rahmen

cofrail **SOP Fortbildung für Hausärzte** **Organisation**

1. Termine und Orte festlegen (8 Wochen vorher)
2. Fortbildungspunkte Ärztekammer beantragen (6 Wochen vorher)
3. Einladungsscheiben / Fax senden (6 Wochen vorher); ggf. wiederholen, anrufen
4. Catering planen / bestellen (4 Wochen vorher)
5. Präsentation aktualisieren + Ordner mit Materialien erstellen (2 Wochen vorher)
6. Teilnehmerliste und Teilnahmebescheinigungen vorbereiten (1 Woche vorher)
7. Raum und Technik vorbereiten (1 Woche vorher)
8. Ärzte anrufen, an Teilnahme erinnern bzw. Teilnahme erfragen (1 Woche vorher)

Fortbildung

9. Dokumentation für Prozessevaluation, Teilnehmerliste an Ärztekammer faxen

Für Hausärzte, die nicht teilgenommen haben:

- 10a. Peer – Besuch in der Praxis nach telefonischer Vereinbarung - oder -
- 10b. Peer – Telefonat nach vorheriger Zusendung der Materialien

Für Hausärzte, die dadurch auch nicht erreicht wurden:

11. Materialien per Post zuschicken (Anleitung Medikationsreview, AMTS-Karte, Handouts der Präsentation, örtlicher Aktionsplan)

B) Ablaufplan der Fortbildung

Zeitraumen <i>ges. 150 min</i>	Thema	Inhalt
15 min	Vorstellungsrunde, Erfahrungsaustausch	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Vorstellung incl. Erläuterung der eigenen Teilnahmemotivation und -erwartungen • Erstellung einer Liste der individuellen Lernziele • Austausch, Clusterung und Priorisierung der gemeinsam identifizierten Herausforderungen
30 min	Impulsvortrag: Einführung in die DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige“	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung einer persönlichen To-Do-Liste zur Problematik und zum Verbesserungsbedarf im eigenen Umgang mit pflegenden Angehörigen von geriatrischen Patienten
15 min	Gruppenarbeit 1	<ul style="list-style-type: none"> • Fallarbeit in 3er-4er Gruppen zu den bisherigen Erfahrungen mit den Patient:innen • Vorstellung der Ergebnisse der Gruppenarbeit 1 im Plenum
30 min	Gruppenarbeit 2	<ul style="list-style-type: none"> • Fallarbeit in 3er-4er Gruppen mit Bearbeitung von vorbereiteter Fallvignette zu folgenden spezifischen Fragestellungen: <ul style="list-style-type: none"> - Formulierung der medizinischen und psychischen Herausforderungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen wie z.B. Burnout-Syndrom, Orthopädische Überlastungssyndrome - Schweigepflicht/Datenschutz, Umgang mit Interessensgegensätzen und Familienkonflikten, Begleitung der Familie in der Palliativversorgung
15 min	PAUSE	
15 min	Abschlussdiskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Ergebnisse der Gruppenarbeit 2 • Sammlung von „Best Practice“ – Beispielen im Umgang mit den identifizierten Herausforderungen • Zusammentragen der Ergebnisse aus der Gruppenarbeit 2 im Plenum, Take Home Message
30 min	COFRAIL- StudienärztInnen-treffen	<ul style="list-style-type: none"> • Stand des Projekts • Kollegialer Austausch zu Familienkonferenzen, Deprescribing und Tool-Box

C) Materialien für die Fortbildung:

Formalien:

- Teilnehmerliste
- Teilnahmebescheinigungen

Dokumente:

- Protokoll zur Fortbildung 3 mit Info zur Inanspruchnahme für Prozessevaluation

Präsentation:

- Foliensatz
- Handouts zum Foliensatz

Materialien für die Fortbildung

- .../...

Manual für Hausärzte in der Interventionsgruppe

- DEGAM Leitlinien „Pflegerische Angehörige (Kurzversion)
- DEGAM Leitlinien „Pflegerische Angehörige“ (Langversion)



SOP Hausärztefortbildung 3 (Rostock)

COFRAIL Arbeitspaket / Task	WP 5 / T5.3, T5.4
Version	10.08.2020
Status	Entwurf
Autoren	Ritzke, Drewelow
Zielgruppe / Anwender	Trainer für 3. Hausärzte-Fortbildung
Zielsetzung ROS	<ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung, Ablauf und Nachbereitung der COFRAIL Hausärztefortbildung 3 zu den Themen „Chancen der Beratung und Unterstützung durch Pflegestützpunkte in MV“ und „Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis“
Materialien	<ul style="list-style-type: none"> Diese SOP Foliensatz Hausärztefortbildung 3 Handouts - siehe C) -
Inhalt	<p>A) Organisatorischer Rahmen B) Ablaufplan der Fortbildung C) Benötigte Materialien</p>

A) Organisatorischer Rahmen

cofrail **SOP Fortbildung für Hausärzte** **Organisation**

1. Termine und Orte festlegen (8 Wochen vorher)
2. Fortbildungspunkte Ärztekammer beantragen (6 Wochen vorher)
3. Einladungsscheiben / Fax senden (6 Wochen vorher); ggf. wiederholen, anrufen
4. Catering planen/ bestellen (4 Wochen vorher)
5. Präsentation aktualisieren + Ordner mit Materialien erstellen (2 Wochen vorher)
6. Teilnehmerliste und Teilnahmebescheinigungen vorbereiten (1 Woche vorher)
7. Raum und Technik vorbereiten (1 Woche vorher)
8. Ärzte anrufen, an Teilnahme erinnern bzw. Teilnahme erfragen (1 Woche vorher)

Fortbildung

9. Dokumentation für Prozessevaluation, Teilnehmerliste an Ärztekammer faxen

Für Hausärzte, die nicht teilgenommen haben:

- 10a. Peer – Besuch in der Praxis nach telefonischer Vereinbarung - oder -
- 10b. Peer – Telefonat nach vorheriger Zusendung der Materialien

Für Hausärzte, die dadurch auch nicht erreicht wurden :

11. Materialien per Post zuschicken (Anleitung Medikationsreview, AMTS-Karte, Handouts der Präsentation, örtlicher Aktionsplan)

B) Ablaufplan der Fortbildung

Zeitraumen <i>ges. 120 min</i>	Thema	Inhalt
20 min	Vorstellungsrunde, Erfahrungsaustausch	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Vorstellung inkl. Erläuterung der eigenen Teilnahmemotivation und -erwartungen • Zusammenfassung Stand der Studie (Überblick stattgefundene Fortbildungen und Familienkonferenzen) • Austausch zu Erfahrungen mit dem Format Familienkonferenzen und Umsetzung der Inhalte (Deprescribing, Nicht-medikamentöse Toolbox) • Austausch zur Studiendurchführung unter Pandemie-Bedingungen
30 min	Impulsvortrag: „Verknüpfung medizinischer und pflegerischer Versorgung – Chancen der Beratung und Unterstützung durch Pflegestützpunkte in MV“	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation und Aufgaben der Pflegestützpunkte in MV • Vernetzung medizinischer und pflegerischer Versorgung
15 min	PAUSE	
15 min	Gruppenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung des Praxisalltags durch den Pflegestützpunkte am Beispiel Best Practice • Fallarbeit in 2er-Gruppen • Vorstellung der Ergebnisse im Plenum
15 min	Vorstellung Überleitungsbogen	<ul style="list-style-type: none"> • Aushändigen eines Überleitungsbogens (Vermittlung eines Patienten durch den Hausarzt an den Pflegestützpunkt) • Aktuelles aus den Pflegestützpunkten
15 min	Bedarfe pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der DEGAM S3-Leitlinie für pflegende Angehörige • Erfahrungsaustausch zu im Praxisalltag wahrgenommenen Bedarfen von pflegenden Angehörigen und möglichen Unterstützungsangeboten
10 min	Ausblick und Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des anvisierten Zeitrahmens und der anstehenden Schritte • Feedback-Runde und Verabschiedung

C) Materialien für die Fortbildung:

Formalien:

- Vorbereitung Veranstaltungsraum
- Catering
- Hygienekonzept und Desinfektionsspender
- Teilnehmerliste
- Teilnahmebescheinigungen
- Namensschilder

Dokumente:

- Protokoll zur Fortbildung 3

Präsentation:

- Foliensatz des Pflegestützpunktes MV
- Handouts zum Foliensatz

Materialien für die Fortbildung

- laminierte DEGAM Leitlinien „Pflegerische Angehörige“ von Erwachsenen (Kurzversion)

Telefoninterview Hausärztinnen/Hausärzte

Einführung

Zunächst einmal herzlichen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an der Pilotierung einer Familienkonferenz im Rahmen unserer COFRAIL-Studie und zu diesem Interview bereit erklärt haben. In dem Interview möchten wir einen Interviewleitfaden testen, der in der in späteren in Telefoninterviews mit Hausarzt/innen angewendet wird. Uns interessiert dabei besonders, ob die Fragen für Sie verständlich sind und ob der Zeitrahmen für Sie angemessen ist.

Ablauf

Hierfür möchte ich mit Ihnen das Telefoninterview führen, wie wir es auch später in der Studie durchführen werden. Anschließend werde ich Sie noch kurz befragen, ob die Fragen für Sie verständlich waren bzw. inwiefern aus Ihrer Sicht ein Anpassungsbedarf besteht. Unser Telefoninterview heute wird etwa 15 Minuten dauern. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Bei der späteren Datenauswertung werden Ihre Angaben pseudonymisiert, d.h. dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden.

Wenn Sie damit einverstanden sind, möchte ich dieses Gespräch gerne aufzeichnen.

Sind Sie damit einverstanden?

- *Feedback einholen*

Haben Sie noch Fragen?

- *Feedback einholen*

→Aufnahme beginnen

Interviewleitfaden

Einstiegsfrage

1. Beschreiben Sie doch bitte zunächst ganz allgemein, wie die Familienkonferenz aus Ihrer Sicht verlaufen ist?

Ablauf der Familienkonferenz

2. War der zeitliche Rahmen für die Familienkonferenz angemessen? Falls nein, wieso nicht?
3. Welche Vereinbarungen/Ziele haben Sie mit Ihrer Patientin/Ihrem Patient und den Angehörigen abgesprochen?
4. Waren die getroffenen Vereinbarungen aus Ihrer Sicht ausreichend bzw. angemessen? Falls nein, was hätte aus Ihrer Sicht noch vereinbart werden sollen?

5. Gab es unterschiedliche Ansichten zwischen Ihnen und Ihrer Patientin/Ihrem Patient bzw. den Angehörige bzgl. des Absetzens von Medikamenten bzw. einer Dosisreduktion? Falls ja, könnten Sie dies bitte etwas näher ausführen?
6. Gab es Ihrerseits Unsicherheiten bzgl. der vereinbarten Ziele? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte näher!
7. Hatten Sie das Gefühl, dass alle Teilnehmenden ausreichend an der Familienkonferenz beteiligt wurden? Falls nein, könnten Sie dies bitte etwas näher ausführen?
8. Ist der Angehörige ebenfalls bei Ihnen in Behandlung? Wenn ja, hat dies Ihr Handeln beeinflusst?
9. Gab es Faktoren, die den Ablauf der Familienkonferenz negativ beeinflusst haben? Wenn ja, welche waren das?

Nutzen des Leitfadens Familienkonferenz

10. Empfinden Sie den Leitfaden als Unterstützung für die Durchführung der Familienkonferenz? Falls nein, wieso nicht?
11. Konnten Sie die Inhalte des Leitfadens zur Familienkonferenz umsetzen? Falls nein, wieso nicht?
12. Gab es Abweichungen vom Leitfaden? Falls ja, warum?
13. Gab es Aspekte bzw. Situationen, die im Leitfaden nicht thematisiert wurden? Wenn ja, welche waren das?
14. Waren die exemplarischen Patientenszenarien für die Durchführung der Fallkonferenzen hilfreich? Wenn nein, wieso nicht?

Aufwand zur Durchführung der Familienkonferenz

15. Wie viel Zeit ist für die Nachbereitung der Familienkonferenz angefallen? Denken Sie bitte an alle Tätigkeiten, die Sie im Anschluss an die Familienkonferenz erledigen mussten, wie z.B. den Zeitaufwand für die Dokumentation oder Vereinbarung von Folgeterminen (falls nicht schon bereits in der Familienkonferenz berücksichtigt).
16. Wie viele Verlaufskontrollen (Monitoring) haben im Durchschnitt stattgefunden und wie lange haben diese Verlaufskontrollen im Durchschnitt gedauert?
17. Welche Tätigkeiten sind nach der Familienkonferenz noch angefallen (z. B. Kontakt zu Pflegedienst)?
18. Wie schätzen Sie insgesamt den Aufwand für die Durchführung einschließlich der Vor- und Nachbereitung einer Familienkonferenz ein?

Anpassungs-/Veränderungsbedarf

19. Welche Erwartungen hatten Sie vorab an die Familienkonferenz und inwieweit wurden diese erfüllt?
20. Gab es sonst irgendwelche Probleme bei der Durchführung oder der Vor- und Nachbereitung der Familienkonferenz? Falls ja, beschreiben Sie diese bitte näher.
21. Was sollte aus Ihrer Sicht anders gemacht oder verbessert werden?
22. Gibt es noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Fragen zum Interviewleitfaden

23. Waren die Fragen aus Ihrer Sicht verständlich?

24. Gab es Fragen, bei denen Sie Probleme hatten, diese zu beantworten?
25. Gab es Fragen, die Sie eher weglassen würden?
26. Gibt es Fragen bzw. Aspekte, die noch ergänzt werden sollten?
27. Inwiefern war der zeitliche Rahmen für das Interview für Sie angemessen?
28. Haben Sie sonst noch irgendwelche Hinweise oder Rückmeldungen zu dem Interview?

Verabschiedung

Vielen Dank, dass Sie sich an unserer telefonischen Befragung beteiligt haben und auch vielen Dank für Ihre wertvollen Rückmeldungen!

Telefoninterview Patientinnen/Patienten

Einführung

Zunächst einmal herzlichen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an der Entwicklung einer Familienkonferenz im Rahmen unserer COFRAIL-Studie und zu diesem Interview bereit erklärt haben. Mit dem Interview möchten wir erfahren, wie die Familienkonferenz aus Ihrer Sicht verlaufen ist und inwiefern Sie einen Verbesserungsbedarf sehen.

Ablauf

Unser Telefoninterview heute wird etwa 15 Minuten dauern. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Bei der späteren Datenauswertung werden Ihre Angaben pseudonymisiert, d.h. dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden.

Wenn Sie damit einverstanden sind, möchte ich dieses Gespräch gerne aufzeichnen.

Sind Sie damit einverstanden?

- *Feedback einholen*

Ihre Einverständniserklärung zur Teilnahme liegt uns bereits unterschrieben vor.

Haben Sie noch Fragen?

- *Feedback einholen*

→ **Aufnahme beginnen**

Interviewleitfaden

Einstiegsfrage

1. Beschreiben Sie doch bitte zunächst ganz allgemein, wie die Familienkonferenz aus Ihrer Sicht verlaufen ist?

Ablauf der Familienkonferenz

2. Inwiefern war der zeitliche Rahmen für die Familienkonferenz angemessen?
3. Inwieweit waren die Informationen Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt für Sie verständlich dargestellt?
4. Sind alle für wichtigen Themen besprochen wurden? Wenn nein, wo hätten Sie sich mehr Informationen gewünscht?
5. Würden Sie sich ein weiteres Gespräch mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt in dieser Form wünschen?
6. Welche Vereinbarungen/Ziele haben Sie mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt abgesprochen?
7. Inwiefern gibt es aus Ihrer Sicht Bedenken, diese Vereinbarungen/Ziele umzusetzen?

8. Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Wünsche, Vorstellungen oder Bedenken von Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt ausreichend berücksichtigt wurden?
9. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie als Patient/in ausreichend an der Familienkonferenz beteiligt wurden?
10. Inwiefern hatten Sie ausreichend Möglichkeit, Rückfragen zu stellen?
11. Ist Ihre/Ihr Angehörige/r ebenfalls bei Ihrer/Ihrem Hausärztin/Hausarzt in Behandlung?
Wenn ja, hatte dies Ihrer Ansicht nach einen Einfluss auf den Verlauf der Familienkonferenz?
12. Wenn Sie das Gespräch mit eigenen Worten zusammenfassen müssten, was wäre für Sie das wichtigste Ergebnis?

Anpassungs-/Veränderungsbedarf

13. Welche Erwartungen hatten Sie vorab an die Familienkonferenz und inwieweit wurden diese erfüllt?
14. Gab es bei Ihnen im Anschluss an die Familienkonferenz noch Fragen bzw. Unklarheiten?
Wenn ja, welche?
15. Wie schätzen Sie insgesamt den Ansatz der Familienkonferenz ein?
16. Was sollte aus Ihrer Sicht anders gemacht oder verbessert werden?
17. Gibt es noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Verabschiedung

Vielen Dank, dass Sie sich an unserer telefonischen Befragung beteiligt haben und auch vielen Dank für Ihre wertvollen Rückmeldungen!

Telefoninterview Angehörige

Einführung

Zunächst einmal herzlichen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an der Entwicklung einer Familienkonferenz im Rahmen unserer COFRAIL-Studie und zu diesem Interview bereiterklärt haben. Mit dem Interview möchten wir erfahren, wie die Familienkonferenz aus Ihrer Sicht verlaufen ist und inwiefern Sie einen Verbesserungsbedarf sehen.

Ablauf

Unser Telefoninterview heute wird etwa 15 Minuten dauern. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Bei der späteren Datenauswertung werden Ihre Angaben pseudonymisiert, d.h. dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden.

Wenn Sie damit einverstanden sind, möchte ich dieses Gespräch gerne aufzeichnen.

Sind Sie damit einverstanden?

- *Feedback einholen*

Ihre Einverständniserklärung zur Teilnahme liegt uns bereits unterschrieben vor.

Haben Sie noch Fragen?

- *Feedback einholen*

→ **Aufnahme beginnen**

Interviewleitfaden

Einstiegsfrage

1. Beschreiben Sie doch bitte zunächst ganz allgemein, wie die Familienkonferenz aus Ihrer Sicht verlaufen ist?

Ablauf der Familienkonferenz

2. Inwiefern war der zeitliche Rahmen für die Familienkonferenz angemessen?
3. Inwieweit waren die Informationen der Hausärztin/des Hausarztes Ihrer/Ihres Angehörigen für Sie verständlich dargestellt?
4. Sind alle für wichtigen Themen besprochen wurden? Wenn nein, wo hätten Sie sich mehr Informationen gewünscht?
5. Würden Sie sich ein weiteres Gespräch mit der Hausärztin/des Hausarztes Ihrer/Ihres Angehörigen in dieser Form wünschen?
6. Welche Vereinbarungen/Ziele wurden mit der Hausärztin/Ihrem Hausarzt Ihrer/Ihres Angehörigen abgesprochen?

7. Inwiefern gibt es aus Ihrer Sicht Bedenken, diese Vereinbarungen/Ziele umzusetzen?
8. Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Wünsche, Vorstellungen oder Bedenken bzw. die Ihrer/Ihres Angehörigen von der Hausärztin/Ihrem Hausarzt ausreichend berücksichtigt wurden?
9. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie als Angehörige ausreichend an der Familienkonferenz beteiligt wurden?
10. Inwiefern hatten Sie ausreichend Möglichkeit, Rückfragen zu stellen?
11. Wenn Sie das Gespräch mit eigenen Worten zusammenfassen müssten, was wäre für Sie das wichtigste Ergebnis?

Anpassungs-/Veränderungsbedarf

12. Welche Erwartungen hatten Sie vorab an die Familienkonferenz und inwieweit wurden diese erfüllt?
13. Gab es bei Ihnen im Anschluss an die Familienkonferenz noch Fragen bzw. Unklarheiten?
Wenn ja, welche?
14. Wie schätzen Sie insgesamt den Ansatz der Familienkonferenz ein?
15. Was sollte aus Ihrer Sicht anders gemacht oder verbessert werden?
16. Gibt es noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Verabschiedung

Vielen Dank, dass Sie sich an unserer telefonischen Befragung beteiligt haben und auch vielen Dank für Ihre wertvollen Rückmeldungen!

Ansichtsexemplar – wird von Studienmitarbeiter/in
an Patient/in ausgehändigt



Vorbereitungsblatt Familienkonferenz 1

Liebe Patientin / Lieber Patient,
Liebe Angehörige, Lieber Angehöriger,

Sie nehmen an der COFRAIL – Studie teil, die zum Ziel hat, die gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen mit ihren Angehörigen zur medizinischen Behandlung zu unterstützen. Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt möchte in einem gemeinsamen Gespräch (wir nennen es „Familienkonferenz“) eine Bestandsaufnahme der Medikamente machen und mit Ihnen darüber sprechen.

Termin: Uhrzeit: Ort:

Sie können Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin durch die beiden folgenden Vorbereitungsaufgaben unterstützen:

1

Wenn Sie an Ihren aktuellen Gesundheitszustand und die Behandlung mit Medikamenten denken: **Welches sind Ihre wichtigsten Anliegen, für die Sie sich eine Verbesserung / Veränderung wünschen?** Bitte notieren Sie hier Ihre Punkte, damit der Hausarzt / die Hausärztin mit Ihnen darüber sprechen kann:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2

Bitte legen Sie vor dem Gespräch mit dem Hausarzt / der Hausärztin alle Medikamente heraus, die Sie aktuell nehmen.

Damit soll eine gemeinsame Bestandsaufnahme zur Medikation ermöglicht werden. Falls das Gespräch in der Arztpraxis stattfindet, so bringen Sie bitte alle aktuellen Medikamente in einem Beutel mit. Vielen Dank!



Link und QR-Code zum COFRAIL - Lehrvideo

<https://www.cofrail.com/cofrail-lehrvideo>

