



Abschlussbericht

Tele.TAnDem.Tansfer

Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten.

Praxistransfer einer telefonischen Therapie
zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen.

Projektleitung

Prof. Dr. Gabriele Wilz

Prof. Dr. Renate Soellner

Bundesministerium für Gesundheit

Förderkennzeichen

IIA5-2512FSB555

Jena & Hildesheim, Februar 2016

1. Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts	Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten. Praxistransfer einer telefonischen Therapie zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen. Tele.TAnDem.Tansfer
Förderkennzeichen Antragsnummer	IIA5-2512FSB555 ZWDN-320-008
Projektleitung	<p>Prof. Dr. Gabriele Wilz Friedrich-Schiller-Universität Jena Institut für Psychologie Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention</p> <p>Prof. Dr. Renate Soellner Stiftung Universität Hildesheim Institut für Psychologie Arbeitsbereich Forschungsmethoden und Evaluation</p>
Projektmitarbeiterinnen	<p>Dipl.-Psych. Kathi Albrecht, Dipl.-Psych. Tanja Kalytta, Dipl.-Psych. Franziska Meichsner, M.Sc. Christina Reiter, M.Sc. Denise Schinköthe, M.Sc. Psych. Nils Töpfer, M.Sc. Psych. Lisette Weise Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychologie, Abteilung für Klinisch-Psychologische Intervention</p> <p>Dr. Monika Ludwig, M.Sc. Anna Machmer, MPH Maren Reder Stiftung Universität Hildesheim, Institut für Psychologie, Arbeitsbereich Forschungsmethoden und Evaluation</p>
Kooperationspartner	<p>Prof. Dr. Rolf Holle Helmholtz Zentrum München Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), weitere Projektmitarbeiterinnen: Dr. Larissa Schwarzkopf, Monika Murawski</p>

	Sabine Jansen Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
	Bianca Broda Alzheimer Gesellschaft München e.V.
Laufzeit	01.05.2012 – 31.07.2015
Fördersumme	479.007,07 Euro



Jena, den 15.02.2016

Prof. Dr. G. Wilz

Kontakt Daten der Projektleitung

Friedrich Schiller Universität Jena

Prof. Dr. G. Wilz

Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention

Institut für Psychologie

Humboldtstr. 11

07743 Jena

Tel: 03641 – 945 171

Fax: 03641 – 945 172

E-Mail: gabriele.wilz@uni-jena.de

Stiftung Universität Hildesheim

Prof. Dr. R. Soellner

Institut für Psychologie

Universitätsplatz 1

31141 Hildesheim

Tel: 05121 – 883 10916

Fax: 05121 – 883 10901

E-Mail: soellner@uni-hildesheim.de

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche	2
2. Inhaltsverzeichnis.....	5
3. Zusammenfassung.....	12
4. Einleitung	14
4.1 Ausgangslage	14
4.1.1 Entwicklung Tele.TAnDem	15
4.1.2 Hintergrund des Tele.TAnDem-Interventionskonzepts	17
4.1.3 Das telefonische Setting von Tele.TAnDem.....	18
4.1.4 Qualitätssicherung von Tele.TAnDem.....	19
4.1.5 Bedingungen der Inanspruchnahme	19
4.1.6 Effizienzbewertung	20
4.2 Ziele und Fragestellung des Projekts	21
4.3 Projektstruktur.....	23
4.3.1 Projektaufbau	23
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	27
5.1 Methoden und Design	27
5.2 Voraussetzungen für die Studienteilnahme.....	27
5.3 Rekrutierung.....	27
5.4 Ethikantrag und Datenschutz	33
5.5 Durchführung	33
5.6 Die Tele.TAnDem Intervention	36
5.7 Proximale (interventionsnahe) Zielgrößen.....	38
5.8 Distale (globale) Ergebnismaße	40
5.9 Prozessevaluation.....	43
5.9.1 Evaluation psychotherapeutischer Wirkfaktoren im psychotherapeutischen Prozess	44
5.9.1.1 Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000.....	44
5.9.1.2 Fragebogen zur Erwartung und Evaluation psychologischer Unterstützung ...	45
5.9.2 Erfassung der therapeutischen Behandlungsintegrität	45
5.9.2.1 Erfassung der Therapeutischen Kompetenz.....	45
5.9.2.2 Erfassung der Therapeutischen Adhärenz.....	46
5.9.3 Angemessenheit einer 8-stündigen Schulung und der Supervision	47

5.9.4 Umsetzbarkeit des Manuals	48
5.9.5 Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften	48
5.10 Stichprobengröße	48
5.11 Datenauswertung	49
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	50
6.1 Darstellung der Arbeitsschritte.....	50
6.2 Erreichbarkeit der Vorhabensziele	51
7. Ergebnisse	53
7.1 Beschreibung der Stichprobe	53
7.1.1 Beschreibung der Telefoninterventionsgruppe und Kontrollgruppe (randomisierte Stichprobe)	56
7.1.1.1 Pflegende Angehörige	56
7.1.1.2 Betreuung der Person mit Demenz und Inanspruchnahme von Unterstützung	60
7.1.1.3 Personen mit Demenz.....	64
7.1.2 Randomisierungsscheck der randomisierten Stichprobe	65
7.1.2.1 Hintergrundvariablen	66
7.1.2.2 Outcomes.....	71
7.1.3 Beschreibung der Face-to-Face (F2F)-Interventionsgruppe	72
7.1.3.1 Pflegende Angehörige	72
7.1.3.2 Personen mit Demenz.....	78
7.2 Deskriptive Beschreibung der proximalen und distalen Zielgrößen zur Baseline	80
7.2.1 Proximale und distale Zielgrößen der Telefoninterventionsgruppe und Kontrollgruppe	80
7.2.2 Proximale und distale Zielgrößen der Face-to-Face-Interventionsgruppe	81
7.3 Ergebnisevaluation: Effektivität der Tele.TAnDem Intervention zum post- und 6-Monats-Follow-up (Telefonbedingung versus Kontrollgruppe)	83
7.3.1 Effektivität hinsichtlich der proximalen Zielgrößen	83
7.3.1.1 Emotionales Wohlbefinden (Stimmungsthermometer).....	83
7.3.1.2 Depressive Symptome (ADS)	84
7.3.1.3 Pflegebezogene Einstellungen.....	84
7.3.1.4 Bewältigung von Verlust und Trauer	86
7.3.1.5 Trauerprozesse nach dem Tod der Personen mit Demenz	86
7.3.1.6 Stressbewältigung und Ressourcenförderung	87
7.3.1.7 Aggressivität in der Pflege (LEANDER).....	88

7.3.2	Effektivität hinsichtlich der distalen Zielgrößen	89
7.3.2.1	Körperbeschwerden GBB-24	89
7.3.2.2	Lebensqualität - WHO-Qol-Bref	90
7.3.2.3	Ängstlichkeit (HADS)	91
7.3.2.4	Pflegebelastung (Thermometer)	92
7.3.2.5	Inanspruchnahme professioneller und privater Unterstützung	92
7.3.3	Zielerreichung: Veränderung individueller Problembereiche (Goal Attainment Scaling, GAS)	97
7.3.3.1	Zielerreichung (GAS) der telefonischen Interventionsgruppe	97
7.3.3.2	Zielerreichung (GAS) der Face-to-Face (F2F)-Interventionsgruppe	102
7.4	Vergleich der Settingbedingungen: Effektivität von Face-to-Face versus Telefon zum post- und 6-Monats-Follow-up	105
7.4.1	Vergleich der Settingbedingungen hinsichtlich der proximalen Zielgrößen	105
7.4.1.1	Emotionales Wohlbefinden (Stimmungsthermometer)	105
7.4.1.2	Depressive Symptome (ADS)	105
7.4.1.3	Bewältigung von Verlust und Trauer	106
7.4.1.4	Stressbewältigung und Ressourcenförderung	106
7.4.1.5	Aggressivität in der Pflege (LEANDER)	108
7.4.2	Vergleich der Settingbedingungen hinsichtlich der distalen Zielgrößen	108
7.4.2.1	Körperbeschwerden GBB-24	108
7.4.2.2	Lebensqualität - WHO-Qol-Bref	109
7.4.2.3	Ängstlichkeit (HADS)	110
7.4.2.4	Pflegebelastung (Thermometer)	110
7.4.2.5	Inanspruchnahme professioneller und privater Unterstützung	111
7.5	Gesundheitsökonomische Evaluation (Efficiency)	116
7.5.1	Umgang mit fehlenden Werten	116
7.5.1.1	Umfang der Medizinischen Leistungsanspruchnahme	116
7.5.1.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	116
7.5.1.3	Zeitaufwand für Informal Care	117
7.5.2	Statistische Auswertung	117
7.5.2.1	Kosten	117
7.5.2.2	Lebensqualität	117
7.5.2.3	Kosten-Effektivität	118
7.5.3	Kosten und Effekte in der ITT-Analyse	119

7.5.4 Entwicklung der Durchschnittskosten in den einzelnen Gruppen	121
7.5.5 Entwicklung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	122
7.5.6 Kosten-Effektivitätsanalyse	124
7.5.7 Gesellschaftliche Implikationen	126
7.5.8 Indirekte Kosten	126
7.5.9 Finanzieller Gegenwert informeller Pflegeleistungen.....	127
7.5.10 Prognostizierter Budget Impact.....	129
7.5.11 Deskriptive Analyse der Kosten- und Effektparameter in der F2F-Gruppe	131
7.6. Akzeptanz und subjektive Zufriedenheit mit der Tele.TAnDem Intervention	133
7.6.1 Die Teilnehmer/innen-Zufriedenheit zur Post-Befragung	133
7.6.1.1 Das telefonische bzw. persönliche Setting.....	133
7.6.1.2 Anzahl der Interventionssitzungen.....	136
7.6.1.3 Dauer der einzelnen Interventionssitzungen	138
7.6.1.4 Zeiträume zwischen den Interventionssitzungen	141
7.6.1.5 Wahrgenommenes Verständnis durch die Therapeutin	144
7.6.1.6 Wahrgenommene Unterstützung durch die Therapeutin	147
7.6.1.7 Unterstützung bei der Problembewältigung.....	152
7.6.1.8 Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe.....	154
7.6.1.9 Erfüllung von Erwartungen an die Intervention.....	156
7.6.1.10 Passung zu den Bedürfnissen	157
7.6.1.11 Qualität der Intervention	158
7.6.1.12 Gesamtzufriedenheit mit der Unterstützung	159
7.6.1.13 Bereitschaft die Intervention weiterzuempfehlen	160
7.6.1.14 Bereitschaft einer wiederholten Teilnahme einer Intervention	161
7.6.2 Die Teilnehmer/innen-Zufriedenheit zur Follow-up-Befragung.....	162
7.6.2.1 Unterstützung bei der Problembewältigung.....	162
7.6.2.2 Nachhaltiger Einfluss der Unterstützung	164
7.6.2.3 Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe.....	168
7.6.2.4 Gesamtzufriedenheit mit der Unterstützung	168
7.6.2.5 Bereitschaft die Intervention weiterzuempfehlen	170
7.6.2.6 Bereitschaft einer wiederholten Teilnahme einer Intervention	171
7.7 Prozessevaluation	171
7.7.1. Prozessqualität der therapeutischen Beziehung und anderer allgemeiner Wirkfaktoren	171

7.7.1.1 Telefonische Interventionsgruppe	172
7.7.1.2 Face-to-Face-Interventionsgruppe	173
7.7.1.3 Vergleich Telefon- und Face-to-Face-Interventionsgruppe zu den allgemeinen Wirkfaktoren	174
7.7.2 Ergebnisse zu den Erwartungen der psychologischen Unterstützung.....	174
7.7.2.1 Telefonische Interventionsgruppe	175
7.7.2.2 Face-to-Face-Interventionsgruppe	176
7.7.2.3 Vergleich Telefon- und Face-to-Face-Interventionsgruppe zur Erwartung an die Therapie.....	176
7.7.3 Behandlungsintegrität: Bewertung der therapeutischen Kompetenz und Adhärenz	177
7.7.3.1 Beurteilercharakteristika	177
7.7.3.2 Angehörige	177
7.7.3.3 Therapeutinnen.....	178
7.7.3.4 Beurteilerübereinstimmung: Adhärenzskala.....	178
7.7.3.5 Beurteilerübereinstimmung: Kompetenzskala.....	180
7.7.3.6 Qualitätsprüfung der therapeutischen Arbeit: Adhärenz.....	182
7.7.3.7 Qualitätsprüfung der therapeutischen Arbeit: Kompetenz.....	184
7.7.4 Angemessenheit der Schulung und der Supervision.....	185
7.7.4.1 Angemessenheit der Schulung	185
7.7.4.2 Angemessenheit der Supervision	190
7.7.5 Umsetzbarkeit des Manuals	195
7.7.5.1 Manualnutzung.....	196
7.7.5.2 Hilfreiche Inhalte des Manuals	198
7.7.5.3 Therapeutische Besonderheiten.....	199
7.7.5.4 Bewertung des Settings	199
7.7.5.5 Therapeutische Beziehung	202
7.7.5.6 Organisatorische Aspekte.....	203
7.7.5.7 Bevorzugtes Setting.....	203
7.7.5.8 Rahmen der Therapie aus Therapeutinnensicht	205
7.7.6 Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften	206
7.7.6.1 Therapeutinnensicht	206
7.7.6.2 Sicht der Alzheimer Gesellschaften	208
8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....	210

8.1 Ausgangssituation und Einordnung der Stichprobe	210
8.2 Ergebnisse des RCT: Vergleich der telefonischen Intervention versus Regelversorgung	211
8.3 Ergebnisse der Gesundheitsökonomie	212
8.4 Zielerreichung und Zufriedenheit mit der Intervention.....	213
8.5 Vergleich der Settingbedingungen: Telefon versus Face-to-Face	213
8.6 Transfer – Bewertung der Umsetzung der Intervention in bestehenden Versorgungsstrukturen	215
9. Gender Mainstreaming Aspekte	217
10. Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit.....	220
10.1 Publikationen.....	221
10.1.1 Wissenschaftliche Publikationen im Berichtszeitraum	221
10.1.1.1 In Vorbereitung	221
10.1.1.2 Im Druck	221
10.1.1.3 Veröffentlicht	221
10.1.2 Beiträge in Zeitungen und Zeitschriften.....	223
10.2 Beiträge im Radio.....	224
10.3 Beiträge im/per Internet	225
10.4 Vorträge.....	226
10.4.1 Vorträge auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Konferenzen ..	226
10.4.2 Vorträge auf Pflege-Fachtagungen.....	229
10.4.3 Vorträge in Pflegeeinrichtungen, Kliniken und Verbänden.....	229
10.4.4 Projektvorstellung für Angehörige.....	230
11. Verwertung der Projektergebnisse.....	232
12. Publikationsverzeichnis	238
12.1 Wissenschaftliche Publikationen im Berichtszeitraum	238
12.1.1 Under review	238
12.1.2 Im Druck	238
12.1.3 Veröffentlicht	238
12. 2 Wissenschaftliche Abschlussarbeiten	240
12.2.1 Laufende Arbeiten.....	240
12.2.2 Abgeschlossene Arbeiten	241
Literaturverzeichnis	245

Anhang - Ergebnisse	253
----------------------------------	------------

3. Zusammenfassung

Die Intervention „Tele.TAnDem“ hat die Zielsetzung, die pflegebedingten gesundheitlichen Belastungen von Angehörigen zu reduzieren sowie die Gesundheit und das Befinden der pflegenden Angehörigen zu fördern. Die gesundheitsfördernde Wirksamkeit der telefonbasierten kognitiv-behavioralen Intervention „Tele.TAnDem“ ist bereits belegt (Wilz & Soellner, 2015; Wilz, Schinköthe, Söllner, 2011).

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Intervention „Tele.TAnDem“ erstmalig in etablierten Versorgungsstrukturen anzuwenden sowie die Wirksamkeit und Akzeptanz unter praxisnahen Bedingungen zu überprüfen. Zudem sollte die Studie wesentliche quantitative und qualitative Erkenntnisse hinsichtlich der Umsetzung, Anwendbarkeit und Akzeptanz sowie der Verstetigung des Interventionskonzepts in bestehenden Versorgungsstrukturen liefern.

Die Studie wurde als zweiarmige randomisierte Kontrollgruppenstudie mit einer dritten, nicht randomisierten Gruppe konzipiert. Hatten die Angehörigen ihren Lebensmittelpunkt in den Großräumen Berlin, Jena oder München, wurden sie der Face-to-Face-Interventionsgruppe (F2F) zugeordnet. Andernfalls erfolgte eine randomisierte Zuweisung der Teilnehmer zu den Studiengruppen telefonische Interventionsgruppe (TEL) und Kontrollgruppe (KG). Die Teilnehmer der Kontrollgruppe ($n = 134$) nahmen die Regelversorgung in Anspruch und erhielten eine Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an den Assessments. Beide Interventionen, TEL ($n = 139$) und F2F ($n = 49$), umfassten zwölf 50-minütige auf kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) basierende Psychotherapieeinheiten (klassische kognitive VT und Ansätze aus der „Dritten Welle“ der Psychotherapie). Überdies nahmen alle Teilnehmer an Assessments zu drei Zeitpunkten teil (prä, post, 6-Monats-Follow-up).

Die Wirksamkeit der Tele.TAnDem Intervention konnte nach Ende der 12 Therapiesitzungen für die Mehrheit der erhobenen Zielgrößen nachgewiesen werden. So zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante positive gesundheitliche Veränderungen zur Prämessung hinsichtlich der Stimmung, der depressiven Symptomatik und der Körperbeschwerden (Gesamtbeschwerdedruck und Gliederschmerzen). Zudem konnten positive Effekte der Intervention bezüglich der Stressbewältigung und der Verbesserung der Lebensqualität (Globalbeurteilung, physische Befindlichkeit und psychisches Wohlbefinden) nachgewiesen werden. Im Falle des Versterbens der an Demenz erkrankten Person zeigte die TEL in Bezug auf Trauerprozesse nach dem Tod der Erkrankten eine höhere allgemeine Persönlichkeitsentwicklung bzw. Wachstum im Vergleich zur KG. Insgesamt erreichte ein Anteil von 99.1% der Angehörigen positive Veränderungen in den Zielen, welche sie zu Beginn der Intervention definiert hatten. Dies spricht für eine klare Angemessenheit, Passung

und Wirksamkeit des gewählten Interventionsansatzes für die Belastungen und Problemlagen der pflegenden Angehörigen.

Langfristig zeigte sich die Wirksamkeit der Intervention in den Bereichen Stimmung, Veränderung dysfunktionaler Gedanken und der Bewältigung von Verlust und Trauer. In Bezug auf Personen, die zur Follow-up-Befragung noch hauptverantwortlich für die Pflege waren, berichteten die Teilnehmer der TEL im Vergleich zur KG eine höhere Lebensqualität in Bezug auf soziale Beziehungen.

Insgesamt gaben die Teilnehmer beider Interventionsformen (TEL, F2F) eine äußerst hohe Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen und Inhalten der Intervention, der Gestaltung der Therapiebeziehung sowie den wahrgenommenen Interventionseffekten an. Darüber hinaus zeigten sich keine Unterschiede in der Wirksamkeit der beiden Interventionssettings. Zudem äußerten die Teilnehmer eine hohe Akzeptanz beider Interventionssettings (TEL und F2F). Insbesondere in den schriftlichen Rückmeldungen bewerteten die Angehörigen der TEL diese Interventionsform als passend und geeignet für die zeitintensive Pflegesituation.

Im Gegensatz dazu gestaltete es sich als entsprechend schwierig Angehörige zu finden, die es ermöglichen konnten außerhäuslich die therapeutische Intervention aufzusuchen (Face-to-Face Setting). Aus Sicht der Therapeutinnen wurde die 8-stündige Schulung in Tele.TAnDem sowie das Manual überwiegend als angemessen und hilfreich für eine adäquate Umsetzung der Intervention beurteilt. Aufgrund der Berichte der teilnehmenden Alzheimer Gesellschaften sowie der teilnehmenden Therapeutinnen, kann auch die Zusammenarbeit in den Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaften als erfolgreich und zielführend eingeordnet werden. So stellt die Tele.TAnDem Intervention eine sinnvolle und relevante Ergänzung zu dem Beratungsangebot der Alzheimer Gesellschaften dar. Fortführend wird in Kooperation mit dem Weiterbildenden Studium Psychologische Psychotherapie der Universität Jena kontinuierlich eine Fortbildung für ausgebildete Verhaltenstherapeuten im Tele.TAnDem Konzept in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft angeboten werden.

Zusammenfassend ist Tele.TAnDem eine unter Versorgungsbedingungen sehr gut umsetzbare Intervention, die dazu beitragen kann, die Gesundheit und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu erhalten und zu verbessern und somit insgesamt die häusliche Pflege zu stärken.

4. Einleitung

4.1 Ausgangslage

Die Anzahl Personen mit Demenz in Deutschland wird für das Jahr 2050 auf etwa drei Millionen geschätzt (Statistisches Bundesamt, 2009). Damit wird die Gewährleistung der Betreuung der Personen mit Demenz in den nächsten Jahrzehnten zu einer gesundheitspolitischen und familiären Herausforderung. 70% der Menschen mit Demenz werden zu Hause versorgt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frau und Jugend, 2013), wovon rund zwei Drittel ausschließlich von Familienangehörigen, meist Ehefrauen und (Schwieger-)Töchtern, gepflegt werden (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2012).

Die Angehörigen sind in der Regel aufgrund der spezifischen Symptomatik der Demenzerkrankung mit besonders belastenden Problemsituationen konfrontiert, die sich durch den progredienten Krankheitsverlauf stetig verändern können. Die Pflege einer Person mit Demenz kann daher als eine extrem fordernde Aufgabe bezeichnet werden, in der ständig neue Anforderungen im Alltag und Veränderungen der erkrankten Person zu bewältigen sind. Diese Vielzahl an Herausforderungen und Belastungen verursacht häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen. Neben erhöhten Morbiditätsraten (Pinquart & Sörensen, 2006) und Mortalitätsraten (Schulz & Beach, 1999) wurde eine deutlich stärkere Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Gesundheit bei pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz im Vergleich zu gesunden Vergleichspopulationen oder pflegenden Angehörigen anderer chronisch Erkrankter festgestellt (Pinquart & Sörensen, 2003). Vor allem depressive Symptome im klinisch auffälligen Bereich (30-50%, Joling et al., 2010; Wilz, Küssner, & Kalytta, 2005), höhere Prävalenzraten von Angst (25%, Cooper, Balamurali, Selwood, & Livingston, 2007) und eine deutlich geringere Lebensqualität wurden von den Angehörigen berichtet (Thomas et al., 2006).

Erhalten pflegende Angehörige zudem unzureichende Unterstützung, ist das Belastungserleben besonders ausgeprägt (Chappell & Reid, 2002; Holst & Edberg, 2011). Somit besteht zum einen aufgrund der beschriebenen gesundheitlichen Folgen für die pflegenden Angehörigen sowie zum anderen aufgrund des demographischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme an demenziellen Erkrankungen ein dringender Bedarf, die häusliche Pflege der Erkrankten zu erhalten und die Angehörigen in dieser herausfordernden Aufgabe zu unterstützen.

4.1.1 Entwicklung Tele.TAnDem

Um den äußerst belastenden Anforderungen und Lebensveränderungen, mit denen Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung konfrontiert sind, therapeutisch gerecht zu werden, wurde das Interventionskonzept „Tele.TAnDem“ an der Technischen Universität Berlin und der Friedrich-Schiller-Universität Jena unter der Leitung von Prof. Dr. Gabriele Wilz in den Jahren 2008-2009 entwickelt. Bei dem Programm handelt es sich um eine psychotherapeutische Intervention, die sowohl im telefonischen als auch im persönlichen Kontakt durchgeführt werden kann und speziell auf die Bedürfnisse betreuender Angehöriger von Menschen mit Demenz zugeschnitten ist. Wichtige Themen, die im Rahmen der Intervention behandelt werden, sind der Umgang mit herausforderndem Verhalten, Perfektionismus und Schuldgefühlen, Selbstfürsorge, Barrieren der Inanspruchnahme sozialer und professioneller Unterstützung sowie der Umgang mit Trauer- und Verlusterleben, Stress und belastenden Emotionen. Das Interventionskonzept „Tele.TAnDem“ stellt eine Weiterentwicklung der gruppentherapeutischen Arbeit mit pflegenden Angehörigen dar (Wilz et al., 2001, Kalytta & Wilz, 2008). Es wurde in einer Vorstudie - „Tele.TAnDem - Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten - Eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich betreuenden Angehörigen“ (Wilz & Soellner, 2011; LTDEMENZ-44-092) zunächst als Kurzzeitintervention über einen Zeitraum von drei Monaten konzipiert. Dieses bestand aus einem persönlichen bzw. telefonischen Erstgespräch zur Spezifizierung von einem bis zwei Problembereichen aus dem Pflegealltag und sechs einstündigen telefonischen psychotherapeutischen Sitzungen, in denen diese Problembereiche bearbeitet wurden. In der genannten Vorstudie wurde das Konzept erstmals hinsichtlich seiner gesundheitsfördernden Wirkung auf pflegende Angehörige evaluiert. Die psychotherapeutische Intervention wurde durch klinisch erfahrene, in kognitiv-behavioraler Psychotherapie (KVT) ausgebildete Psychologinnen¹ durchgeführt (abgeschlossene oder fortgeschrittene KVT Psychotherapieausbildung). Die Ergebnisse zur Wirksamkeit von „Tele.TAnDem“ zeigen, dass das Interventionskonzept für pflegende Frauen und Männer gleichermaßen wirksam ist. So konnten für die Teilnehmer/innen des Interventionskonzepts eine verbesserte Problemlösefähigkeit, eine hohe Erreichung selbst gesetzter Ziele sowie eine Abnahme latenter und verbaler Gewalt im Pflegealltag nachgewiesen werden. Das Erschöpfungserleben und der subjektiv erlebte Gesundheitszustand der Angehörigen verbesserten sich deutlich (Wilz & Soellner, 2011). Die pflegenden Angehörigen bewerteten

¹ Die Bezeichnungen Psychologinnen und Therapeutinnen schließen die männliche Form mit ein. Aus Gründen der Lesbarkeit und der mehrheitlichen Teilnahme weiblicher Psychologen und Therapeuten in der vorliegenden Studie wurde auf die zusätzliche Nennung der männlichen Form verzichtet.

die telefonische Intervention als äußerst hilfreich und als eine adäquate Unterstützungsform. Nahezu alle Teilnehmer/innen der Intervention (91.0%) gaben an, die Intervention „voll und ganz“ weiterzuempfehlen. Im Gegensatz zu bisherigen Erfahrungen bei Interventionsstudien mit pflegenden Angehörigen (z.B. Studien mit Angehörigengruppen) konnte ein sehr großes Interesse der Angehörigen und geringe Barrieren der Inanspruchnahme festgestellt werden. Offen blieb in der Vorstudie, ob das Programm unter realen Versorgungssituationen implementiert werden kann und ob eine reine telefonische Intervention gleichermaßen wirksam ist, wie eine Intervention, die einen persönlichen Kontakt zwischen Angehörigen und Psychotherapeutinnen beinhaltet. Um dies zu überprüfen, sollte das Interventionskonzept im Projekt „Tele.TAnDem.Transfer“ in Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz und der Alzheimer Gesellschaft München e.V. in der Versorgung implementiert und evaluiert werden.

Die Ergebnisse der Vorstudien zeigten weiterhin, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz durch den hohen Betreuungsbedarf und die demenzbedingten Verhaltensveränderungen sehr stark belastet sind (Kurz & Wilz, 2011; Wilz & Soellner, 2011). Die tägliche Pflegeleistung der Angehörigen betrug im Durchschnitt 11 Stunden pro Tag, wobei mehr als die Hälfte der Befragten (52.0%) eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicherstellen musste (Wilz & Soellner, 2011). Die Körperbeschwerden und die depressiven Beschwerden der befragten Angehörigen lagen bedeutsam über sowie die Lebensqualität bedeutsam unter der Normstichprobe. Trotz des langfristigen und kontinuierlichen Bedarfs der Angehörigen nach Unterstützung, wurden Entlastungsangebote nur wenig genutzt. Schließlich gab die Mehrheit der teilnehmenden Angehörigen an, sehr von dem telefonischen Angebot profitiert zu haben und eine längere Interventionsdauer und eine höhere Anzahl an telefonischen Therapiesprächen zu wünschen. Aus diesem Grund wurde das Interventionskonzept vor der Durchführung der aktuellen Studie „Tele.TAnDem.Transfer“ überarbeitet. Die Intervention wurde von sechs auf 12 Sitzungen erhöht, wesentliche angehörigenspezifische Themen, wie der Umgang mit Verlust und Trauer, der Umgang mit Verhaltensveränderungen des an Demenz erkrankten Familienmitgliedes sowie die Förderung der Selbstfürsorge, wurden überarbeitet und erweitert. Das bereits vorliegende Manual wurde um zahlreiche Beispiele zur Veranschaulichung der Durchführung ergänzt, um eine gute Grundlage für eine hohe Manualtreue und Kompetenz der Therapeutinnen zu erreichen (Schinköthe & Wilz, 2014; Wilz, Schinköthe & Kalytta, 2015).

4.1.2 Hintergrund des Tele.TAnDem-Interventionskonzepts

Interventionen für Angehörige haben wesentliche Vorteile: Sie können Stress und Beanspruchung beim Pflegenden reduzieren und die Verhaltensauffälligkeiten bei den Personen mit Demenz verringern sowie das Befinden und die Lebensqualität beider verbessern (vgl. Gitlin 2012; Pinquart & Sörensen, 2006). Ergebnisse mehrerer Metaanalysen und Einzelstudien belegen die gesundheitsfördernden Effekte für Unterstützungsangebote mit kognitiv-behavioralen psychotherapeutischen Interventionen (Pusey, 2001; Sörensen, 2006; Selwood, Johnston, KaFwiltona, Lyketsos, und Livingston, 2007). Daher können kognitiv-behaviorale Interventionen aufgrund ihrer Methodenvielfalt und Evidenz als geeignete Unterstützungsform für pflegende Angehörige betrachtet werden. Entsprechend beinhaltet „Tele.TAnDem“ individuell einsetzbare problem-, kognitions- und emotionsorientierte psychotherapeutische Interventionsstrategien, die auf den Grundsätzen der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie und deren Weiterentwicklungen beruhen (Wilz et al., 2015). Dabei handelt es sich zum einen um Interventionsstrategien, die bereits in anderen Studien häufig eingesetzt wurden, wie die Verbesserung der Problemlösefähigkeit, die Vermittlung von Wissen und die Förderung der Selbstfürsorge. Zum anderen wurden spezifische Aspekte, wie die Erweiterung des Hilfenetzes sowie die Modifikation von dysfunktionalen Einstellungen, das Umgehen mit belastenden Emotionen und die Auseinandersetzung mit Verlust und Trauer fokussiert, die bisher in den vorliegenden Studien selten berücksichtigt wurden (Kurz & Wilz, 2011). In Deutschland verbreitete manualisierte Interventionskonzepte fokussieren häufig die Informationsvermittlung und Psychoedukation zu demenzspezifischen Themen (z.B. „Hilfe beim Helfen“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2015). Zum aktuellen Zeitpunkt liegen in Deutschland und auch international keine vergleichbar umfassenden kognitiv-behavioralen psychotherapeutischen Manuale für Angehörige von Menschen mit Demenz vor.

Im Folgenden sind die wesentlichen Inhalte des Interventionskonzeptes zusammenfassend dargestellt:

- Förderung des Verstehens und Akzeptierens der Erkrankung;
- Vermittlung von Strategien und Hilfen für den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und die Förderung von Problemlösekompetenzen;
- Bewältigung und Akzeptanz der neuen Rolle als Pflegende/r;

- Unterstützung bei der Verarbeitung des Beziehungswandels und der krankheitsbedingten Verluste sowie hinsichtlich belastender Emotionen wie Trauer, Ärger, Wut, Schuld, Scham und Angst;
- Verbesserung der Wahrnehmung von Belastungsgrenzen und Förderung von Selbstfürsorge und der Berücksichtigung eigener Bedürfnisse;
- Identifikation dysfunktionaler Gedanken und Schemata;
- Abbau von Barrieren der Inanspruchnahme professioneller und sozialer Unterstützung;
- Förderung hilfreicher, positiver familiärer Beziehungen sowie gemeinsamer positiver Aktivitäten mit der Person mit Demenz;
- Wissensvermittlung hinsichtlich Demenz und Unterstützungsangebote;
- Umgang mit hoch belastenden Grenzerfahrungen in der Pflege;
- Vorbereitung auf den Tod der Person mit Demenz und die Zeit nach der Pflege.

4.1.3 Das telefonische Setting von Tele.TAnDem

Telefonische psychotherapeutische Interventionen stellen eine niedrighschwellige und ökonomische Alternative zu gruppen- oder individuellen Interventionsansätzen im klinischen oder häuslichen Umfeld dar (Colantonio, Kositsky, Cohen & Vernich, 2001). Mittels Telekommunikation kann Tele.TAnDem einem großen Nutzerkreis und besonderen Zielgruppen, z.B. bei eingeschränkter Mobilität oder in strukturschwachen Regionen, zugänglich gemacht werden (Wilz & Soellner, 2011). Das telefonische Setting der Intervention wurde in der Vorstudie von allen Teilnehmern/innen äußerst positiv, als gut oder sehr gut bewertet. Persönliche Termine wurden im Vergleich zu telefonischen Terminen von vielen Angehörigen als sehr aufwendig erlebt (Wilz & Soellner, 2011). In den qualitativen Erläuterungen der Bewertungen wurde in der Vorstudie regelmäßig der Vorteil oder die Notwendigkeit einer telefonischen Beratung im Hinblick auf die zeitintensive Betreuung der Person mit Demenz hingewiesen:

„Gerade in meiner Situation (berufstätig mit eigenem Geschäft im Haus und gleichzeitig Pflege- und Bezugsperson für meine Mutter) konnte ich in den Genuss der Beratung kommen, ohne vorher komplizierte Organisationen zur Betreuung meiner Mutter treffen zu müssen. Die Gespräche zu Hause machen zu können, bedeutet eine enorme Zeitersparnis“. (IG1: ID 1026). *„Ich hätte sonst an der Studie nicht teilnehmen können, da ich mich allein um die Pflege meiner Mutter kümmere und sie nur kurzzeitig allein lassen kann“.* (IG1: ID4065).

Studien zu telefonbasierten Interventionen zeigen insgesamt positive Ergebnisse (Glueckauf & Noel, 2011). Die eigenen Studien zur Wirksamkeit von Tele.TAnDem belegen, dass die reine telefonische Intervention keine Nachteile gegenüber einer Intervention mit persönlichen Gesprächen hat (Wilz & Soellner, 2011; Wilz & Soellner, 2015). Weitere Erkenntnisse zur Umsetzung der telefonbasierten Intervention in der Versorgung und zum Zusammenhang zwischen den Settingbesonderheiten und den Interventionseffekten sollten durch die aktuelle Studie gewonnen werden.

4.1.4 Qualitätssicherung von Tele.TAnDem

Durch die im Vorprojekt vorgenommene Qualitätsprüfung der therapeutischen Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Therapeutinnen sehr kompetent (Gesamtkompetenz = 3.5 bis 5.1, Skala von 0 bis 6, steigende Kompetenz) und moderat adhärent arbeiteten, d.h., dass sich die Therapeutinnen am Manual orientiert und damit die Intervention entsprechend des Konzepts umgesetzt haben. Die Therapeutinnen waren im Umgang mit dem Manual flexibel und in der Lage, die Interventionen an die jeweiligen besonderen Bedürfnisse der Angehörigen anzupassen (Schinköthe & Wilz, 2014). Die Untersuchung von Manualtreue und Kompetenz bei telefonischen Interventionen von Angehörigen von Menschen mit Demenz ist in der bisherigen Behandlungsintegritätsforschung relativ neu. Bisher gibt es kaum Studien, die den Zusammenhang zwischen Moderatorvariablen, wie z.B. der Manualtreue und der Kompetenz der Therapeutinnen, und Interventionseffekten analysieren (Forducey et al., 2012; Schinköthe & Wilz, 2014; Schinköthe, Altmann & Wilz, 2015).

4.1.5 Bedingungen der Inanspruchnahme

In Deutschland liegt ein umfangreiches Angebot an Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenz vor (Döhner & Kohler., 2012). In den vergangenen Jahren konnte aufgrund gesetzlicher Neuregelungen in Deutschland eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme an Unterstützungsleistungen (z.B. im Hinblick auf zusätzliche Betreuungsleistungen) verzeichnet werden (vgl. Pflereport, 2010; Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, 2012; Pflegestärkungsgesetz, 2015), insgesamt gesehen werden vorhandene Unterstützungsangebote trotz steigender Tendenz nur unzureichend in Anspruch genommen. Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen (47.0%) wurde 2011 allein, d.h. ohne professionelle Unterstützung, von Angehörigen versorgt (Statistisches Bundesamt, 2014).

Ein Grund für die geringe Inanspruchnahme ist der geringe Bekanntheitsgrad der vielfältigen Unterstützungsleistungen (Döhner & Kohler, 2012; Donath, Luttenberger & Gräbel, 2009).

Informationen über Unterstützungsangebote sind jedoch allein nicht ausreichend (Brodaty et al., 2005). Die Entscheidung zur Nutzung von Hilfe ist ein komplexes Zusammenspiel individueller Einstellungen, subjektiver Bewertungen und Barrieren, bei der vielfältige Faktoren eine Rolle spielen. Unter Berücksichtigung der Barrieren der Inanspruchnahme müssen Angebote dem Bedarf und den Erwartungen von pflegenden Angehörigen entsprechen (Döhner & Kohler, 2012). Zudem leben viele Angehörige in ländlichen und unterversorgten Regionen oder sind aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen nicht mehr mobil, was eine zusätzliche Barriere darstellt. Dementsprechend wurde „Tele.TAnDem“ so konzipiert, dass die Intervention niedrighschwellig sowie zeitlich flexibel und erreichbar ist - auch bei eingeschränkter Mobilität und in strukturschwachen Gebieten. Darüber hinaus verlangt „Tele.TAnDem“ keine regelmäßige häusliche Abwesenheit oder zusätzliche Kosten, z.B. durch Betreuungsleistungen oder Kursgebühren, was einen weiteren Vorteil für die Inanspruchnahme darstellt (Donath et al., 2009). Die telefonische Intervention ermöglicht den Angehörigen eine flexible Verfügbarkeit und einen geringen Zeitaufwand durch das Wegfallen der Anfahrtswege (Forducey et al., 2012). Studien zu telefonbasierten Interventionen zeigen insgesamt positive Ergebnisse (Glueckauf & Noel, 2011) und stellen eine geeignete Möglichkeit dar, um den Bedürfnissen pflegender Angehöriger gerecht zu werden.

4.1.6 Effizienzbewertung

Neben der Effektivität eines Interventionsprogramms spielen mit zunehmender Ressourcenknappheit ökonomische Gesichtspunkte bei der Implementierung einer Intervention in der Versorgung eine wesentliche Rolle. Das Interventionskonzept „Tele.TAnDem“ sollte dementsprechend wissenschaftliche Standards erfüllen. Dieser Anspruch gilt gleichermaßen für die Analyse der ökonomischen Konsequenzen, die mit der Intervention verbunden sind.

Insgesamt gibt es nur wenige Studien, in denen telehealth-basierte Interventionen in Bezug auf Effekte, Kosten und Kosten-Nutzen-Relation mit der Routineversorgung verglichen werden (z.B. Emmons et al., 2005; Rotheram, Borus et al., 2004; Southard, Southard, & Nuckolls, 2003). Auch im Indikationsgebiet Demenz fehlt es an tragfähiger Evidenz (Lee, 2015; Boots, 2014) insbesondere bezüglich ökonomischer Aspekte (Blom, 2013; Wray, 2010). Zusätzlich wird die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse durch unterschiedliche Ansätze zur Nutzenermittlung erschwert.

Da sich der Nutzen einer Intervention häufig erst längerfristig einstellt und zudem seine Erfassung anhand monetärer Effekte oder psychosozialer Kennzahlen methodisch komplex ist (Fritz, 2005a), werden Effizienzmessungen von Interventionen zur Gesundheitsförderung kontrovers diskutiert. Gängige Ansatzpunkte sind hierbei die Analyse der zu erwartenden Kosteneinsparungen, die Ermittlung gewonnener Lebensjahre und die Bewertung von Lebensqualitätseffekten (Forster et al., 2013; Brügger et al., 2004, Ipsen et al., 2006).

Studien von guter methodischer Qualität zur Kostenwirksamkeit non-pharmakologischer Angehörigeninterventionen liegen im Bereich dementieller Erkrankungen bisher kaum vor (Gitlin, 2010; Livingston, 2014; Menn, 2012). Aufgrund der wachsenden Bedeutung dementieller Erkrankungen ist gerade in diesem Indikationsgebiet die Einbeziehung ökonomischer Parameter wichtig, da eine Umsetzung innovativer Interventionskonzepte in der Versorgungspraxis mit komplexen betriebs- und volkswirtschaftlichen Aspekten verbunden ist (Forducey et al., 2012; Spijker et al., 2008; Fritz, 2005b).

Die Tele.TAnDem.Transfer-Studie beinhaltet daher Kosten- und Kosteneffektivitätsanalysen, um festzustellen, inwieweit eine telefonbasierte Intervention für die Gesetzliche Krankenversicherung als Leistungsfinanzierer grundsätzlich einen gesundheitsökonomisch sinnvollen Ansatz darstellt. Zu diesem Zweck wurde ermittelt, wie sich die Intervention auf die medizinische Leistungsanspruchnahme und die subjektive Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen auswirkt und welche Kosten das Therapieangebot an sich verursacht.

4.2 Ziele und Fragestellung des Projekts

Die Intervention „Tele.TAnDem“ hat die Zielsetzung, die pflegebedingten gesundheitlichen Belastungen der Angehörigen zu reduzieren und die Gesundheit und das Befinden der pflegenden Angehörigen zu fördern. Dabei zielt das Konzept zum einen auf eine Verbesserung der Problemlösekompetenz, der Selbstfürsorge und der psychischen Verarbeitung der Pflegesituation ab und zum anderen auf den Abbau von Barrieren der Inanspruchnahme von Unterstützung. Dadurch profitieren nicht nur die Angehörigen, sondern auch die an Demenz erkrankten Familienmitglieder von der Intervention.

Die vorliegende randomisierte und kontrollierte Studie verfolgte das Ziel, die auf gesundheitsfördernde Wirksamkeit überprüfte telefonbasierte psychotherapeutische Intervention „Tele.TAnDem“ (Wilz, Schinköthe & Kalytta, 2015; Wilz & Söllner, 2011; Wilz & Soellner, 2016) erstmalig in etablierten Versorgungsstrukturen anzuwenden und die Wirksamkeit und Akzeptanz unter praxisnahen Bedingungen zu überprüfen. Die Studie sollte

zudem wesentliche quantitative und qualitative Erkenntnisse hinsichtlich der Umsetzung, Anwendbarkeit und Akzeptanz sowie der Verstetigung des Interventionskonzepts in bestehenden Versorgungsstrukturen liefern.

Für die Etablierung von „Tele.TAnDem“ in der Versorgung wurde ein spezifisches Fortbildungskonzept für Verhaltenstherapeutinnen in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz und der Alzheimer Gesellschaft München e.V. entwickelt (Wilz, Schinköthe, Kalytta, 2015). Durch die Erprobung und Evaluation der Fortbildung für Therapeutinnen liegt ein Konzept für die Schulung von qualifiziertem Personal vor.

Darüber hinaus erfolgte die Ermittlung der von den pflegenden Angehörigen verursachten Kosten, der Interventionskosten sowie der Kosten-Effektivität der Intervention aus Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Implementierungsstudie *Tele.TAnDem.Transfer* umfasste folgende Fragestellungen:

Frage 1 (Hauptfragestellung): Werden durch eine telefonbasierte, kognitiv-behaviorale Intervention für Angehörige von Menschen mit Demenz, im Vergleich zur Regelversorgung, das emotionale Wohlbefinden, pflegebezogene Einstellungen, die Bewältigung von Trauer sowie die Stressbewältigung und die Ressourcenrealisierung der Angehörigen verbessert sowie die depressiven Symptome und potentielle Gewalt und Aggressionen in der Pflege verringert? (proximale Zielgrößen)

Frage 2: Inwieweit werden durch eine telefonbasierte, kognitiv-behaviorale Intervention für Angehörige von Menschen mit Demenz, im Vergleich zur Regelversorgung, die körperlichen Beschwerden, Ängstlichkeit und die pflegeassoziierte Belastung reduziert sowie die Lebensqualität, die Problemlösekompetenzen und Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen verbessert? (distale Zielgrößen)

Frage 3: Ist die telefonische Therapie ebenso effektiv wie die Face-to-Face-Therapie?

Frage 4: Ist eine 8-stündige Schulung in *Tele.TAnDem* kombiniert mit anschließender Supervision für ausgebildete Verhaltenstherapeutinnen ausreichend für eine adäquate und effektive Umsetzung der Intervention in einer Beratungsstelle der Alzheimer Gesellschaft?

Frage 5: Ist die *Tele.TAnDem* Intervention im Vergleich zur Routineversorgung eine nach üblichen Maßstäben kosteneffektive Intervention und birgt das telefonische Setting einen Kostenvorteil ggü. des F2F-Settings?

4.3 Projektstruktur

4.3.1 Projektaufbau

An der Studienumsetzung waren zwei Zentren und drei Kooperationspartner beteiligt. Das Projekt wurde von Prof. Dr. G. Wilz (Friedrich-Schiller-Universität Jena) geleitet. Neben dem Studienmanagement und administrativen Aufgaben lag der Schwerpunkt der Arbeit des Teams von Frau Prof. Wilz auf der Interventionsdurchführung, Supervision, Öffentlichkeitsarbeit, der Rekrutierung von Studienteilnehmern/innen, der Akquise von Kooperationspartnern, der qualitativen und quantitativen Prozessevaluation.

Die Datenerhebung und Evaluation wurde zur Qualitätssicherung in einem von der Interventionsdurchführung unabhängigen Methodenzentrum der Stiftung Universität Hildesheim, unter Leitung von Prof. Dr. R. Soellner, durchgeführt. Das Methodenzentrum war verantwortlich für die Datenerhebung, das Datenmonitoring, die Sicherung der Datenqualität der Assessments und die Datenauswertung. Die Netzwerkarbeit und die Zusammenstellung von Erhebungsmaterialien wurden zentrenübergreifend durchgeführt. Die Ermittlung der Kosten und der Effizienz erfolgte durch das Helmholtz-Zentrum München, unter der Leitung von Prof. Dr. R. Holle.

Die Implementierung der Intervention in der Versorgung erfolgte über bereits etablierte Strukturen zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Zum einen wurde die Intervention „Tele.TAnDem“ als zusätzliches Angebot bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz in Berlin durchgeführt. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. wurde 1989 als Dachverband von zurzeit 124 auf Landes- und regionaler Ebene organisierten Alzheimer Gesellschaften sowie weiterer zahlreicher Angehörigen- und Selbsthilfegruppen gegründet (url: <http://www.deutsche-alzheimer.de>). Sie unterhält seit 1997 eine Geschäftsstelle in Berlin, in der dreizehn Mitarbeiter/innen zumeist in Teilzeit tätig sind. Das Hilfsangebot für Angehörige ist breit gefächert, von telefonischer und E-Mail-Beratung mit ggf. Weiterleitung an örtliche Ansprechpartner, Informationsbroschüren, Internetforen und Blogs.

Zum anderen wurde die Intervention in die regionale Beratungsstelle der Alzheimer Gesellschaft München e. V. integriert. In München wurde 1986 die erste regionale Alzheimer Gesellschaft Deutschlands gegründet. Mit ihren über 500 Mitgliedern vereint sie Angehörige

und Experten aus dem psychosozialen, pflegerischen und medizinischen Bereich. Es existiert ein breites Spektrum an Hilfen, wie telefonische Beratung zum Themenfeld Demenz, zu rechtlichen und finanziellen Themen, Angehörigen-Gesprächsgruppen, Betroffenenengruppen, Helferinnen zur Unterstützung der Betreuung, Infobörsen und Weiterbildungsangebote (url: <http://www.agm-online.de>). Ab Beginn der Intervention in den Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaft erfolgte eine enge Zusammenarbeit der an den Standorten zuständigen Psychotherapeutinnen mit den Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen. Es wurde eine enge Kooperation der beteiligten Beraterinnen und Therapeutinnen hergestellt. Wöchentlich fanden Teamsitzungen statt, in denen die Psychotherapeutinnen eingebunden wurden und somit einen guten Einblick in die Arbeit der Alzheimer Gesellschaft bekommen konnten, aber auch direkt gezielte Fragen, zu in den therapeutischen Gesprächen aufkommenden Themen, stellen konnten.

Der dritte Interventionsstandort wurde an der Friedrich-Schiller-Universität Jena etabliert. Die therapeutischen Gespräche fanden hier in den Räumlichkeiten der Ambulanz für Forschung und Lehre des Instituts für Psychologie statt.

Die sechs Projektmeilensteine wurden in konkrete Arbeitsprozesse inkl. Festlegung der Verantwortlichkeiten gegliedert (vgl. Tabelle 1). Zudem gibt die Tabelle 2 einen Überblick über die Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche der Kooperationspartner.

Tabelle 1

Übersicht zu den Projektphasen

1. Meilenstein:	Vorbereitung: Projektkonstituierung, Vorarbeiten, Netzwerk und Öffentlichkeitsarbeit, Vorbereitung der Assessments und der Intervention, Zusammenstellung der Erhebungsmaterialien, Konzeption und Durchführung der Fortbildung (FSU*, Alzheimer Gesellschaften), Studienprotokoll (FSU; UH*), 1. Kick-off Kooperationstreffen
2. Meilenstein:	Rekrutierung: Einschluss der ersten Angehörigen, Rekrutierung (FSU, UH, Alzheimer Gesellschaften), Randomisierung (UH) und Screening der Studienteilnehmer/innen (FSU), Panelpflege (FSU und UH)
3. Meilenstein:	Datenerhebung: Baseline-Erhebung (T0), Post-Erhebung (T1) und 6-Monats-Follow-up-Erhebung (T2) (UH)
4. Meilenstein:	Intervention: Durchführung der Intervention inkl. Supervision (FSU), in enger Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften
5. Meilenstein:	Datenanalyse: Evaluierung der Effektivität der Intervention über 3 Messzeitpunkte (FSU, UH) und der Effizienz (HZM*)
6. Meilenstein:	Publikation: Publikation der Projektergebnisse inkl. Projektbericht (FSU, UH)

* FSU = Friedrich-Schiller-Universität Jena, UH = Stiftung Universität Hildesheim, HZM = Helmholtz Zentrum München

Die Erarbeitung eines ablauforientierten Prozessschemas zur Studiendurchführung stellte eine Basis für die Qualitätssicherung und das Projektcontrolling dar. Darüber hinaus ermöglichte die Gliederung eine eindeutige Zuordnung von Arbeitspaketen zu den beteiligten Zentren.

Tabelle 2

Aufgabenbereiche der Kooperationspartner der Tele.TAnDem Transferstudie

Kooperationspartner	Aufgabenbereich
Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU)	<ul style="list-style-type: none"> • Projektkoordination (Projektplanung und -ausführung, Personal- und Finanzplanung) • Erarbeitung der Fortbildung für Therapeutinnen, Betreuung der Therapeutinnen, • Durchführung der Fortbildung, Intervention und Supervision • Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit • Rekrutierung der Angehörigen • Screening der Angehörigen • Erstellung des Studienprotokolls • Prozessevaluation und Qualitätsmanagement • Erstellung von Publikationen • Berichtswesen
Stiftung Universität Hildesheim (UH)	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung des Studienprotokolls • Panelpflege • Datenerhebung, Datenmonitoring, Sicherung der Datenqualität der Assessments, Datenmanagement, Datenauswertung • Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit • Erstellung von Publikationen • Berichtswesen
Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen (HZM)	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung der Erhebungsinstrumente zur Kosten-Effektivitätsanalyse • Analyse der Interventionskosten
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DAzG)	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeit an der Konzeption der Fortbildung für Tele.TAnDem • Mitarbeit an der Durchführung der Fortbildung • Öffentlichkeitsarbeit und Rekrutierung von interessierten Angehörigen • Zusammenarbeit mit den Tele.TAnDem-Therapeutinnen • Vernetzung und Integration des Projekts in die bestehende Versorgungsstruktur der Einrichtung • Teilnahme an Befragungen zur Evaluation der Maßnahme • Teilnahme an Arbeitstreffen der Kooperationspartner

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Methoden und Design

Die Studie wurde als zweiarmige randomisierte Kontrollgruppenstudie mit einer dritten, nicht randomisierten Gruppe konzipiert. Zu Beginn der Studie wurde bei den Angehörigen erfragt, ob diese ihren Lebensmittelpunkt in den Großräumen Berlin, Jena oder München haben, da die Face-to-Face-Intervention (F2F) ausschließlich in diesen drei Städten angeboten wurde. War dies der Fall, wurden die Teilnehmenden im Anschluss an die Baseline-Befragung (T0) der F2F-Gruppe zugeordnet. Andernfalls erfolgte im Anschluss an die T0 Befragung eine randomisierte Zuweisung der Teilnehmenden zu den beiden anderen Studiengruppen telefonische Interventionsgruppe (TEL) und Kontrollgruppe (KG). Die randomisierte Zuteilung erfolgte im Verhältnis 1:1 getrennt nach Geschlecht

Alle Angehörigen erhielten Informationsmaterial zu den Themen Pflege und Demenz (siehe Kapitel 5.5). Die Datenerhebung erfolgte zu drei Messzeitpunkten: Baseline (T0), nach Abschluss der Intervention (nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen) (T1) und nach einem Follow-up Intervall von sechs Monaten (nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen) (T2). Während die TEL-Gruppe insgesamt 12 telefonische psychotherapeutische Sitzungen erhielt, erfolgten die Sitzungen in der F2F-Gruppe im persönlichen Kontakt direkt vor Ort in einem der teilnehmenden Behandlungszentren.

5.2 Voraussetzungen für die Studienteilnahme

Für die vorliegende Studie wurden pflegende (Ehe-)Partnerinnen/(Ehe-)Partner, Kinder und Schwiegerkinder rekrutiert. Einschlusskriterien waren die Hauptverantwortlichkeit der/des Angehörigen für die Pflege der Person mit Demenz und das Vorliegen einer diagnostizierten Demenz mindestens niedrigen Grades (GDS-Rating) auf Seiten der/des zu Pflegenden. Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme waren die parallele Teilnahme der/des pflegenden Angehörigen an psychotherapeutischen Maßnahmen, akute schwere körperliche Erkrankungen, akute ärztlich diagnostizierte psychiatrische Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis sowie eine geplante institutionelle Unterbringung der Person mit Demenz in den kommenden sechs Monaten.

5.3 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen erfolgte kontinuierlich von Juni 2012 bis Mitte November 2013 im gesamten Bundesgebiet mit einem speziellen Fokus auf Berlin, Jena und

München auf Grund der dortigen Durchführung der F2F-Intervention. Eine äußerst erfolgreiche Rekrutierung und Vernetzung des Tele.TAnDem.Transfer Projektes ist mit Hilfe zahlreicher Kooperationspartner in Thüringen (Schwerpunkt: Standort Jena), München, Berlin und bundesweit gelungen. Dabei konnte auf bereits bestehende Kontakte aus dem Vorprojekt Tele.TAnDem (2008-2010) im Raum Berlin und Thüringen zurückgegriffen werden. Zudem wurde eine sehr große Anzahl neuer Kooperationspartner insbesondere durch persönliche Kontaktaufnahme gewonnen. Die Kooperationspartner wurden persönlich, in einigen Fällen auch im Rahmen von Informationsveranstaltungen mit Vortrag über die Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Forschungsprojekts informiert. Anschließend wurden Faltblätter und Poster für die Information von pflegenden Angehörigen zur Auslage bei den Kooperationspartnern oder bei Veranstaltungen für die Zielgruppe ausgehängt. Insgesamt besteht das Kooperationsnetz derzeit aus über 100 Einrichtungen aus der Praxis und der gesundheitlichen Versorgung. Zusätzlich hat sich der Rekrutierungsweg über Medien als sehr erfolgreich erwiesen (siehe Abb. 1). Neben dem Internet sind hier insbesondere die Printmedien zu nennen. Artikel über das Forschungsprojekt Tele.TAnDem in auflagenstarken Zeitungen führten zu einem großen Rücklauf an interessierten Angehörigen (*Apothekenumschau*: bundesweites, kostenloses Apothekenjournal, *Seniorenratgeber*). Aber auch Projektdarstellungen in themenspezifischen Zeitschriften (z.B. *Pflege Partner*, *Angehörige Pflegen*, *Alzheimer Info*) sowie in regionalen Zeitungen (z.B. *Ostthüringer Zeitung*, *Thüringer Allgemeine*, *Hamburger Abendblatt*) waren erfolgreich. Die Projektdarstellung erfolgte hier einerseits auf gezielte Anfrage der Projektmitarbeiterinnen sowie andererseits als Reaktion auf die zahlreichen Pressemitteilungen (z.B. durch die Pressestellen der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Universität Hildesheim). Einen Überblick über alle Kooperationspartner gibt die Tabelle 3.

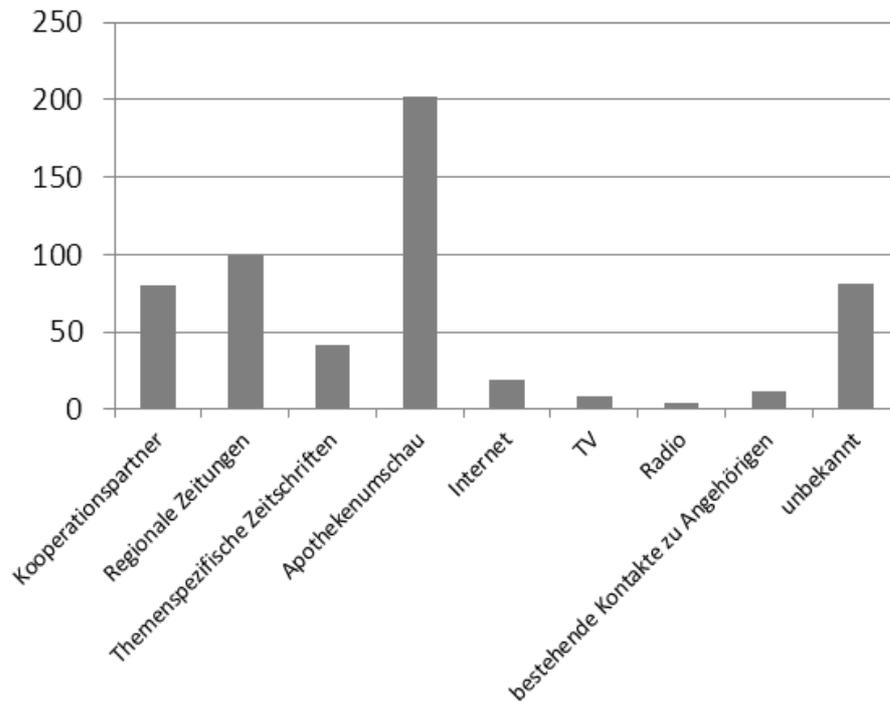


Abbildung 1: Häufigkeit der Rekrutierungswege

Von den 322 in die Studie eingeschlossenen Angehörigen konnten die meisten über Informationsartikel zum Projekt in Printmedien gewonnen werden (71.4%), insbesondere über Artikel in dem kostenlosen, bundesweit erscheinenden Apothekenmagazin „Apotheken Umschau“ (40.7%) sowie in regionalen Zeitungen (22.0%). Die anderen 28.6% Studienteilnehmer/innen erfuhren überwiegend durch die Kooperationspartner (17.4%) oder über das Internet (4.3%) mithilfe einer projekteigenen Homepage (<http://www.teletandem.uni-jena.de/>) vom Projekt. Fernseh- und Radio-Interviews erbrachten hingegen nur einen sehr geringen Zulauf von 1.2 und 0.6%.

Tabelle 3

Liste der Kooperationspartner

Berlin, Brandenburg	
Krankenkassen	- AOK – Nordost – Regionalstelle Potsdam
Kliniken, Praxen	- VIVANTES Wenckebach Klinikum, Zentrum für Altersmedizin
	- Ernst von Bergmann Klinikum, Potsdam
	- Ev. Zentrum für Altersmedizin, Potsdam
	- Zentrum für ambulante Neuropsychologie & Verhaltenstherapie, Berlin
	- CBF Ambulantes Gesundheitszentrum Neurologie
	- Ev. Waldkrankenhaus Spandau, Klinik für Innere Medizin II & Akut-Geriatrie
	- Asklepios Fachklinikum Brandenburg

	<ul style="list-style-type: none"> - Wichernkrankenhaus, Ev. Johannesstift - Hausärztliche Praxisgemeinschaft A. Meinecke und Dr. med. Lennart Göhling - Charitè, Berlin - Median Klinik Berlin Mitte
Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> - Känguru Apotheke, Postdam - Alhorn Apotheke, Potsdam
Einrichtungen/Verbände	<ul style="list-style-type: none"> - Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz - Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. - Haltestelle Diakonie, Berlin - Volkssolidarität Bundesverband e.V. - QVNIA e.V., Berlin
Pflegedienste/ -einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Panke-Pflege, Berlin - Tagespflege Evergreen, Berlin - Johanniter-Quartier, Potsdam
Jena, Thüringen	
Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> - Techniker Krankenkasse Thüringen
Einrichtungen/ Verbände	<ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. - Pflegestützpunkt Jena - Pflegestützpunkt Nordhausen - AGETHUR Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. - Ministerium für Soziales, Familien & Gesundheit, Beauftragter für das Zusammenleben der Generationen Michael Panse – (Weiterleitung der Projektinformation an die 25 Mehrgenerationshäuser in Thüringen) - Sozialamt Eisenach - Sozialpsychiatrischer Dienst Jena - Betreuungsbehörde Jena - Stadtverwaltung Jena, Altenhilfeplanerin - Marie-Seebach-Stiftung Weimar, Ina Jäger, Leiterin der Landesgemeinschaft der Seniorenbüros - Gesundheitsamt/ Landratsamt Wartburgkreis - Jenaer Demenz Informations- und Beratungsverein JeDi e.V. - Tausend Taten e.V., Jena - Pflegeberatung Weimar - Kirchenkreissozialarbeit Bad Lobenstein, Diakoniestiftung Weimar - Selbsthilfegruppe Demenz-Pflaster, Erfurt - Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger, Eisenach - Seniorenbegleiterinnen e.V., Thüringen - DRK Jena - DRK Arnstadt - AWO Jena - Seniorenschutzbund Thüringen, Erfurt - Verein zur sozialen und beruflichen Integration e.V., Erfurt - Selbsthilfegruppe Hartenstein

	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsamt Greiz
Pflegedienste/ -einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Stiftung Carolinenheim Apolda - Linimed, Ambulante Hauspflege und Facharztzentrum, Jena - AWO-Senioren-Tagesstätte Süd, Jena - AWO Begegnungsstätte für Senioren, Jena - AWO ambulanter Pflegedienst (Süd), Jena - AWO ambulanter Pflegedienst (Nord), Jena - Martha-Ida Tagespflege, Meiningen - Heike Schmidt, Hauskrankenpflege und Tagesbetreuung, Jena - Diakonie, Sozialdienst, Jena - Diakoniestation Schmalkalden - Ambulant psychiatrischer Pflegedienst Stadtroda - AWO Pflegedienst und Service GmbH, Mühlhausen - Tagesstätte für Menschen mit demenz-bedingten & psych. Fähigkeitsstörungen, Remptendorf - Ambulante Krankenpflege, Greiz - Pflege-Fee im Eltetal, Förtha - Altenhilfe Sophienhaus, Erfurt - Tagespflege M. Deumer, Quirla
Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> - Semmelweiß Apotheke Jena - Campus-Apotheke Jena - Forst-Apotheke Jena - West-Apotheke Jena
Kliniken/Praxen	<ul style="list-style-type: none"> - Gerontopsychiatrische Tagesklinik, Jena - Klinik für Geriatrie, Uniklinikum Jena - Sozialdienst des Universitätsklinikums Jena - Psychiatrische Institutsambulanz, Uniklinikum Jena - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena, Station Gerontopsychiatrie - Geriatriische Fachklinik „Georgenhaus“, Meiningen - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, „Georgius Agricola“ Saalfeld-Rudolstadt - Ev. Lukas-Stiftung, Altenburg - Hufeland Klinikum, Bad Langensalza - m&i-Fachklinik, Bad Liebenstein - St. Georg Klinikum, Eisenach - Moritz Klinik, Bad Klosterlausnitz - Klinik für Psychiatrie, Altenburg - Asklepios Fachklinikum Stadtroda - Allgemeinarztpraxis Heiko Schneider, Apolda - Praxis für Neurologie Dr. Schütze, Jena - Praxis für Neurologie/Psychiatrie Dr. Angelika Schlichter, Jena - Praxis für Neurologie/Psychiatrie Dr. Both& Dr. Mühlau, Jena - Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie, Jena - Fachärztin für Allgemeinmedizin Antje Bellstedt, Jena - Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Liv Betge, Jena - Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie Dr. Köhler, Jena

	<ul style="list-style-type: none"> - Praxis für Orthopädie Dr. Mempel, Jena - Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Tittel, Jena - Heilbewegungs im Rehasentrum Jena e.V. - Praxisgemeinschaft Ergotherapie und Physiotherapie, Jena - Ergo Fitnest, Praxis für Ergotherapie und Psych. Beratung, Jena - Praxis für Ergotherapie, Greiz - Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Gneist, Jena
München	
Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> - BMW BKK
Einrichtungen/ Verbände	<ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer Gesellschaft München e.V. - Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. - Alten und Service-Zentren der LHM - Caritaszentrum München Nord - Caritaszentrum München Süd-West und Würmtal - Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V., Beratungsstelle für ältere Menschen - Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V., Fachstelle für pflegende Angehörige - AWO Beratungsstelle für pflegende Angehörige - AWO Fachstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen - Hilfe im Alter gGmbH der Inneren Mission München, Fachstelle für pflegende Angehörige - Münchenstift GmbH, Fachstelle für pflegende Angehörige - Gerontopsychiatrischer Dienst München Nord - Gerontopsychiatrischer Dienst München West
Kliniken/Praxen	<ul style="list-style-type: none"> - Städtisches Krankenhaus München-Neuperlach - Krankenhaus der Barmherzigen Brüder - Diakoniewerk München
Pflegedienste / -einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Helferkreis Rosengarten - Linara, München
Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> - SaniPlus Apotheke, München - Wittelsbacher Apotheke, München
Bundesweit	
Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> - Krankenhaus zur Heiligen Familie, Bornheim - Familiäre Pflege, Krankenhaus Merheim, Köln
Einrichtungen/ Verbände	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegestützpunkt Simmern - Alzheimer Gesellschaft Hildesheim e.V. - Alzheimer Gesellschaft Region Harz - Pflegebegleitungsinitiative Alsfeld - Bürgerservice „Leben im Alter“, Stuttgart - Pflegestützpunkt Landkreis Roth

5.4 Ethikantrag und Datenschutz

Der Ethikantrag für diese Studie wurde von der Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität bewilligt (Vorlage-Nr.: 3453-05/12). Die Angehörigen wurden über Inhalte, Zielsetzung und Ablauf der Studie aufgeklärt und unterschrieben eine Einverständniserklärung. Die Personen mit Demenz wurden ebenfalls über die Studie informiert. Grundsätzlich wurde ein indirekter positiver Effekt auf das Wohlbefinden der Person mit Demenz erwartet. In der vorangegangenen Studie (Tele.TAnDem, Laufzeit 2008 bis 2010, Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen LTDEMENZ-44-092) war die durchgeführte Intervention mit keinerlei Risiken verbunden. Negative Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen wurden daher nicht erwartet. Bei Anzeichen für Suizidalität oder bei schwerwiegenden Depressionen wurden die Betroffenen direkt an die zuständigen Stellen der Regelversorgung weitergeleitet.

Personenbezogene Daten und zur wissenschaftlichen Auswertung erhobenes Datenmaterial wurden getrennt voneinander archiviert. Die drei längsschnittlichen Messzeitpunkte (T0, T1 und T2) wurden mit Hilfe von forschergenerierten Identifikationscodes einander zugeordnet. Alle personenbezogenen Daten werden nach Beendigung der Studie gelöscht. Die Studienteilnahme war freiwillig und konnte von Seiten der Teilnehmenden jederzeit beendet werden. Die Studie wurde beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) registriert (DRKS00006355).

5.5 Durchführung

Nach der Kontaktaufnahme der pflegenden Angehörigen mit dem Studiencenter in Jena, erfolgte ein manualgeleitetes, telefonisches Screening, um zu überprüfen, ob die Einschlusskriterien erfüllt waren. Außerdem wurde in diesem Screening erfragt, ob auf Seiten der Angehörigen eine Möglichkeit zur Teilnahme an der F2F-Intervention bestand. Nach einem positiven Screening erhielten die Angehörigen ein schriftliches Informationspaket, welches neben grundlegenden Informationen zur Studie auch Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme, Datenverarbeitung und telefonischen Kontaktaufnahme enthielt. Des Weiteren beinhaltete das Informationspaket Broschüren zu den Themen Demenz und Pflege (BMG Broschüre „Das Pflgeneuaustrichtungs-Gesetz, Stand: nach der 3. Lesung im Bundestag; BMG Broschüre „Pflegen zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege“; BMG Broschüre „Ratgeber zur Pflege. Alles was Sie zur Pflege wissen müssen.“; BMG Broschüre: „Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber für die häusliche Betreuung demenziell erkrankter Menschen“; Aus der Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. „Das

Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen“; Flyer „Alzheimer-Telefon“; Aktuelle Ausgabe der Zeitschrift „Alzheimer Info“; Aufklärungsbroschüre „Demenz“) sowie eine Studieninformation für die Person mit Demenz.

Die erste telefongestützte schriftliche Befragung der pflegenden Angehörigen erfolgte etwa zwei Wochen nach der telefonischen Terminvereinbarung und dem postalischen Versenden der Fragebögen. Die telefongestützte schriftliche Befragung wurde gewählt, um den pflegenden Angehörigen, bei denen es sich um eine Population im höheren Lebensalter handelt, unterstützend beim Verstehen der Fragen zur Seite zu stehen. Des Weiteren wurde erwartet, dass auf diese Weise der Rücklauf erhöht, die Vollständigkeit des Datenmaterials optimiert und die Dropoutquote möglichst gering gehalten werden konnte. Im Rahmen des Telefoninterviews wurden Verständnisfragen besprochen und die Fragebögen zur Vollständigkeitsüberprüfung gemeinsam mit den Angehörigen durchgegangen. Im Anschluss an die Baseline-Befragung erfolgte die Rücksendung der Fragebögen im beigelegten Rückumschlag sowie die Zuweisung der Teilnehmenden zu den drei Studiengruppen.

Um eine ausreichend große Teilnehmer/innen-Zahl in der F2F-Gruppe zu erzielen, wurden alle in Jena, München oder Berlin lebenden Angehörigen, unter der Voraussetzung, dass für diese eine F2F-Unterstützung möglich war, der F2F-Gruppe zugeordnet. Ein Bias wurde dabei nicht erwartet, da diese Angehörigen die Information erhielten, dass eine randomisierte Zuordnung zu einer der drei Studiengruppen erfolgte und sie sich somit zu keinem Zeitpunkt darüber bewusst waren, dass sie ausschließlich der F2F-Gruppe zugeordnet werden konnten.

Für die Randomisierung wurde der Zufallszahlengenerator Random.org verwendet. Nach der Information der Teilnehmenden über ihre Gruppenzugehörigkeit erfolgte die Durchführung der psychotherapeutischen Sitzungen in den beiden Interventionsgruppen (TEL und F2F). Nach einem Zeitintervall von sechs Monaten, nachdem alle Therapiesitzungen beendet waren, fand die T1-Befragung aller pflegenden Angehörigen statt. Nach weiteren sechs Monaten erfolgte die T2-Erhebung, in deren Anschluss die Teilnehmer/innen der Kontrollgruppe eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 40 Euro erhielten. Am Ende der Studie wurden die Teilnehmer/innen über die erzielten Ergebnisse in einem Rundschreiben informiert. Einen Überblick über die Ablaufstruktur der Studie gibt die Abbildung 2.

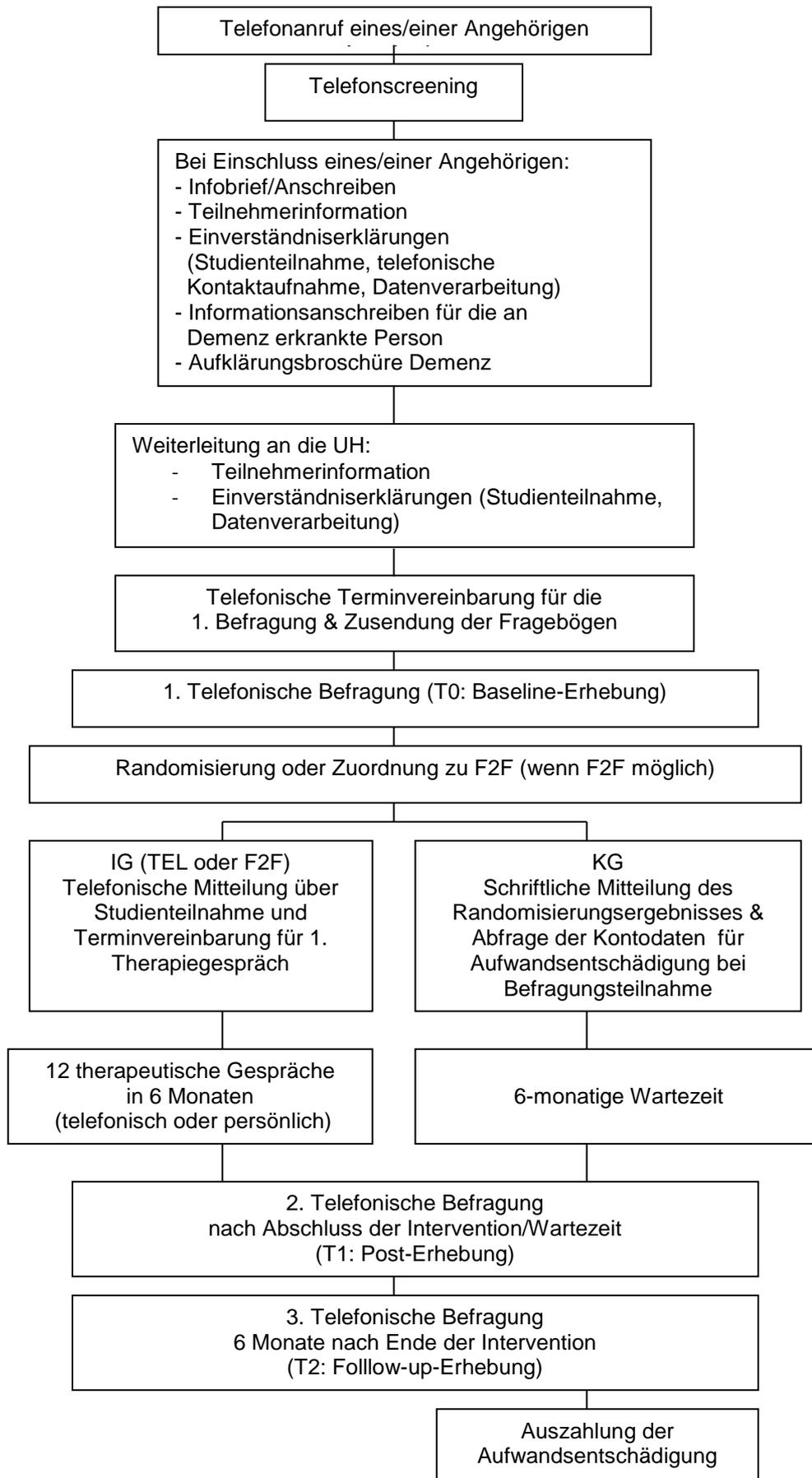


Abbildung 2. Studiendurchführung

5.6 Die Tele.TAnDem Intervention

Alle Teilnehmer/innen der beiden Interventionsgruppen TEL und F2F erhielten insgesamt zwölf 50-minütige auf kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) basierende Psychotherapieeinheiten (klassische kognitive VT und Ansätze aus der „Dritten Welle“ der Psychotherapie) im Einzelsetting, welche von hierfür geschulten Psychotherapeutinnen in einem Zeitintervall von sechs Monaten durchgeführt wurden. Während die ersten vier Sitzungen im wöchentlichem Abstand erfolgten, vergrößerte sich dieser Zeitraum für die darauffolgenden sechs Sitzungen auf zwei Wochen. Die beiden letzten Therapieeinheiten fanden jeweils mit 4-wöchigem Abstand statt. Die beiden Interventionen TEL und F2F wurden von denselben Psychotherapeutinnen durchgeführt, um mögliche Therapeuteneffekte zu minimieren.

Das theoretische Konzept der Intervention basierte auf den Prinzipien und Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie sowie auf neueren Ansätzen der „Dritten Welle der Psychotherapie“. Die therapeutischen Strategien wurden dabei speziell für pflegende Angehörige von Personen mit Demenz angepasst. Die manualbasierte Intervention besteht aus insgesamt 10 unterschiedlichen Therapiemodulen, die von den Therapeutinnen, angelehnt an die jeweiligen Bedürfnisse der Angehörigen, eingesetzt und kombiniert werden können.

(1) *Basiselemente.* Psychotherapeutische Basiselemente wie Beziehungsgestaltung, Empathie, Echtheit, Kongruenz, Wertschätzung, Validierung und Akzeptanz sind für die gesamte therapeutische Arbeit bedeutsam.

(2) *Erstgespräch.* Im Erstgespräch stehen der Beziehungsaufbau und die Klärung der Inhalte und Ziele der therapeutischen Gespräche im Vordergrund. Ziel ist auch das Kennenlernen der Pflegesituation, die Identifikation von Hauptproblembereichen in der Pflege und die Analyse der Veränderungsmotivation seitens der Angehörigen durch die Therapeutin.

(3) *Psychoedukation.* Die Therapeutin bietet Wissen zum Krankheitsbild und Verlauf von Demenzerkrankungen, welches die Angehörigen im Umgang mit der Pflegesituation unterstützt und ihnen dabei hilft, die Konsequenzen der Demenzerkrankung zu verstehen, anzunehmen und zu akzeptieren.

(4) *Förderung von Problemlösefähigkeiten.* Ein Problemlösetraining leitet und unterstützt die Angehörigen bei der Lösung individuell bestehender Probleme in der Pflege.

(5) *Veränderung dysfunktionaler Kognitionen.* Durch Methoden der kognitiven Umstrukturierung können die Angehörigen lernen, lähmende und entmutigende Gedanken zu erkennen und alternative, potentiell stressmindernde Gedanken zu entwickeln. Darüber hinaus

wird den Angehörigen der Einfluss von Gedanken auf ihre emotionale Befindlichkeit und ihr Belastungserleben verdeutlicht. Zugrunde liegt die Annahme, dass die Bewertung eines Ereignisses die eigene Gefühlslage bestimmt. Mit den Angehörigen wird erarbeitet, dass negative Gedanken Reaktionen auslösen, die zu Anspannung und unangenehmen Gefühlen führen, und dass diese Gefühle wiederum bestimmte Verhaltensweisen bedingen. Daher werden inadäquate, nicht hilfreiche Annahmen der Angehörigen hinterfragt, Einflussmöglichkeiten auf diese diskutiert und Gedanken- und Verhaltensalternativen erarbeitet.

(6) *Steigerung der Inanspruchnahme sozialer und/oder professioneller Unterstützung bei der häuslichen Betreuung.* Die Angehörigen erhalten Informationen zu Entlastungsangeboten und wie sie diese in Anspruch nehmen können. Des Weiteren soll den Angehörigen „ein Recht“ auf Unterstützung vermittelt werden, um ihnen Wege und Möglichkeiten der Inanspruchnahme zu eröffnen. Die Angehörigen werden darin bestärkt, sich selbstständig konkrete Hilfe, Ratschläge und/oder emotionale Unterstützung bedarfsorientiert zu suchen und diese anzunehmen. Ziele sind die Verbesserung des Wissens bzw. der Information über Unterstützungsangebote, die Stärkung der Selbsthilfepotentiale und der Selbstfürsorge durch aktive Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten sowie die Klärung von Problemen bzgl. sozialer Unterstützung.

(7) *Umgang mit Veränderung, Trauer und Verlusterleben.* Für die hilfreiche Unterstützung im Umgang mit den Veränderungen der Persönlichkeit der Person mit Demenz und der gemeinsamen Beziehung liegt ein wichtiges Ziel in einer Verbesserung der Akzeptanz neuer, nicht veränderbarer Situationen, die sich durch die Erkrankung ergeben und in einem Annehmen der damit verbundenen Gefühle. Die Angehörigen werden darin unterstützt, die mit der Demenzerkrankung einhergehenden Veränderungen und Verluste zu erkennen und die neue Realität annehmen zu lernen. Zur Erreichung dieser Ziele wird die Auseinandersetzung mit Gefühlen (wie Trauer, Schuld, Zukunftsangst) gefördert und an der Wahrnehmung, Normalisierung und Akzeptanz dieser Gefühle sowie an der Neudefinition der eigenen Rolle gearbeitet. Weiterhin werden mittels kognitiver Techniken belastende Gedanken in Bezug auf aufkommende Gefühle identifiziert und alternative Gedanken erarbeitet. Ziel ist es auch, bislang wenig genutzte oder verloren gegangene Ressourcen zu (re-)aktivieren, um die Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen und Erfahrungen zu erleichtern und gleichzeitig positive Emotionen zulassen zu können. Die Angehörigen sollen außerdem auf die Zeit nach dem Tod der Person mit Demenz vorbereitet und gegebenenfalls in der Trauerarbeit unterstützt werden.

- (8) *Aufbau angenehmer positiver Aktivitäten.* Mit den pflegenden Angehörigen werden die Wichtigkeit selbstfürsorglicher und ausgleichender Aktivitäten für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden erarbeitet und damit eine Veränderungsmotivation geschaffen. Zudem wird besprochen, welche Möglichkeiten zur Selbstfürsorge bereits bestehen und welche angenehmen Aktivitäten die Angehörigen etabliert haben. Daran anknüpfend wird gemeinsam mit den Angehörigen die Planung und Umsetzung neuer Aktivitäten oder Handlungen im Alltag vorbereitet und reflektiert. Ziel ist auch, dass die Aktivitäten zur Selbstfürsorge langfristig aufrechterhalten werden und potentiellen „Rückfällen“ in bekannte Verhaltensmuster vorgebeugt wird.
- (9) *Verbesserung sozialer Fertigkeiten.* Elemente aus dem Sozialen Kompetenztraining, wie beispielsweise Verhaltensbeobachtung, Rollenspiele und Verhaltensexperimente, werden durchgeführt, um zwischenmenschliche Beziehungen der Angehörigen zu verbessern.
- (10) *Abschlussgespräch.* Wahrgenommene Veränderungen und erreichte Ziele werden zusammengefasst und Zukunftspläne diskutiert.

5.7 Proximale (interventionsnahe) Zielgrößen

1. *Emotionales Wohlbefinden und Depressivität.* Zur Erfassung des emotionalen Wohlbefindens und der Depressivität wurden eine selbstentwickelte Thermometerskala (0 = *überhaupt nicht freudig/guter Stimmung* bis 100 = *äußerst freudig/guter Stimmung*, vertikal) sowie die Allgemeine Depressionsskala (ADS) (Hautzinger, 1993) eingesetzt. Die 20 Items der ADS erfragen emotionale, motivationale sowie somatische Aspekte. Durchführung und Auswertung sind standardisiert, Cronbach's α liegt bei .89.
2. *Skalen zu pflegebezogenen Einstellungen.* Die Erfassung der pflegebezogenen Einstellungen der Angehörigen erfolgte mit Hilfe von im Rahmen des Projekts neu entwickelten Skalen (Risch, Mund & Wilz, *in prep.*). 31 Items mit 5-stufigem Antwortformat (1 = *stimme überhaupt nicht zu*, 5 = *stimme sehr zu*) erfassen fünf spezifische Faktoren pflegebezogener Einstellungen: *Aufopferung, Negativismus, Innere Verpflichtung, Abgrenzung und Akzeptanz*. Cronbach's α der einzelnen Skalen weisen eine zufriedenstellende interne Konsistenzen auf (Cronbach's $\alpha = .74 - .63$). Die Test-Retest-Reliabilität ist zufriedenstellend über die drei Messzeitpunkte hinweg: F1 ($r_{01} = .65$; $r_{12} = .76$; $r_{02} = .68$), F2 ($r_{01} = .49$; $r_{12} = .39$; $r_{02} = .50$), F3 ($r_{01} = .59$; $r_{12} = .67$; $r_{02} = .63$), F4 ($r_{01} = .53$; $r_{12} = .58$; $r_{02} = .61$) und F5 ($r_{01} = .42$; $r_{12} = .56$; $r_{02} = .59$), ($ps < .001$).

3. *Bewältigung von Trauer und Verlust.* Die Erfassung der Belastung durch pflegebedingte Trauer und Verlust erfolgte mit Hilfe einer im Rahmen des Projekts neu entwickelten Skala (Meichsner, Schinköthe, & Wilz, 2015). Elf Items mit 5-stufigem Antwortformat (1 = *stimme überhaupt nicht zu*, 5 = *stimme sehr zu*) erfassen spezifische Aspekte des Trauer- und Verlusterlebens pflegender Angehöriger auf vier Faktoren: *Emotionaler Schmerz*, *Beziehungsverlust*, *Endgültiger Verlust* und *Akzeptanz des Verlusts*. Cronbach's α der Gesamtskala liegt bei = .89; die einzelnen Faktoren weisen ebenfalls zufriedenstellende interne Konsistenzen auf (Cronbach's α = .89 - .67). Die Test-Retest-Reliabilität beträgt $r = 0.998$ ($p < .001$).
4. *Trauerprozesse nach dem Tod der Erkrankten.* Verstarb die an Demenz erkrankte Person im Studienverlauf, erfolgte die Erfassung des Trauererlebens der Angehörigen mithilfe des *Würzburger Trauerinventars (WüTI; Wittkowski, 2013)*. 24 Items mit 4-stufigem Antwortformat (1 = *trifft gar nicht zu*, 4 = *trifft weitestgehend zu*) erlauben die differenzierte Abbildung des normalen Trauerprozesses auf fünf Subskalen: *Akute emotionale und kognitive Beeinträchtigungen*, *Allgemeine Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum*, *Schuldgefühle/Selbstvorwürfe*, *Zunahme von Sensibilität/Empathie für andere*, und *Nähe zur verstorbenen Person*. Cronbach's α für die Subskalen liegt zwischen $\alpha = .68$ und $\alpha = .93$.
5. *Stressbewältigung und Ressourcenrealisierung.* Die Erfassung von Stressbewältigung und Ressourcenrealisierung erfolgte mit Hilfe einer gekürzten Fassung des *Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung aus einer Selbsteinschätzungsperspektive für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten (RES; Toepfer & Wilz, in Vorb.)*. Der RES wurde ursprünglich von Trösken (2002) auf Basis der Konsistenztheorie von Grawe (1998) zur Erfassung des Ausmaßes an aktueller Kongruenz erfahrung aufgrund der aktuellen Ressourcenrealisierung entwickelt.² Die Items fragen die Häufigkeit ab (1 = *nie*, 5 = *sehr häufig*)³, mit der bestimmte Verhaltens- und Erlebensweisen in einem konkreten Zeitraum (i.d.R. 4 Wochen) zur Erreichung einer definierten Zielsetzung geführt haben. Mit der

² Von Trösken (2002) wurde weiterhin ein Fragebogen zur Erfassung von Ressourcenpotentialen aus einer Fremdeinschätzungsperspektive (REF) entwickelt. Trösken hat die Abkürzungen RES und REF gewählt, um den zentralen Unterschied zwischen der Selbsteinschätzungs- (Endung S) und Fremdeinschätzungsperspektive (Endung F) deutlich zu machen. Wir übernehmen diese Abkürzungen in der vorliegenden Arbeit.

³ Das ursprünglich siebenstufige Itemformat (0 = *nie*; 6 = *sehr häufig*) wurde aus Gründen der größeren Vereinheitlichung der Darstellung der verschiedenen Fragebögen und damit zur leichteren Bearbeitbarkeit angepasst.

gekürzten Fassung wurde die Ressourcenrealisierung auf den drei Ressourcenbereichsskalen *Wohlbefinden* ($n = 6$, $\alpha = .81$), *Stressbewältigung* ($n = 7$, $\alpha = .65$) und *Unterstützung* ($n = 7$, $\alpha = .86$) erfasst.

6. *Gewalt und Aggressivität in der Pflege*. Die verbale und latente Gewalt sowie die Aggressivität in der Pflegesituation wurden durch ein standardisiertes Erhebungsinstrument ermittelt, welches die Häufigkeit dieser Verhaltensweisen erfasst (Thoma, 2004). Cronbach's α liegt für diese 7-Item Skala bei .80.

5.8 Distale (globale) Ergebnismaße

1. *Körperliche Beschwerden*. Physische Beschwerden wurden mit Hilfe des Gießener Beschwerdeboogens (Brähler, 2008) für die Bereiche *Erschöpfung*, *Magenbeschwerden*, *Gliederschmerzen* und *Herzbeschwerden* erfasst. Neben den Werten auf den vier Subskalen kann ein Gesamtwert über alle 24 Items berechnet werden, der den subjektiven Beschwerdedruck widerspiegelt. Der Gießener Beschwerdebogen ist in Durchführung und Auswertung standardisiert, weist eine gute interne Konsistenz auf (Cronbach's α liegt zwischen .82 und .88 für die Subskalen und bei .94 für die Gesamtskala) und ist normiert.
2. *Lebensqualität*. Der WHOQOL-Bref (Angermeyer, 2000) ist ein standardisiertes und normiertes Erhebungsinstrument mit 26 Items, welche das subjektive physische und psychische Wohlbefinden sowie die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und der Umwelt erfassen. Cronbach's α liegt zwischen .77 und .87, Durchführung und Auswertung sind standardisiert. Für die Studie wurde als Zeitform für alle Items das Präsens verwendet, da der Fokus auf der Einschätzung des Zeitraums der letzten zwei Wochen lag.
3. *Ängstlichkeit*. Zur Erfassung der Angstsymptomatik wurde die Angst-Subskala der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (Herrmann-Lingen, 2011) verwendet. Das Instrument ist standardisiert und normiert und weist eine gute interne Konsistenz auf (Cronbach's α liegt bei .80 für die Angst-Subskala).
4. *Pflegebelastung*. Die Erfassung der Pflegebelastung erfolgte an Hand einer selbstentwickelten Thermometerskala (0 = *gar nicht belastet* bis 100 = *sehr stark belastet*, vertikal).

5. *Inanspruchnahme professioneller und privater Unterstützung.* Zur Erfassung der erhaltenen Unterstützung bei der Pflege wurden die Angehörigen gefragt, ob sie bei der Pflege professionelle Unterstützung, private Unterstützung, beide Unterstützungsformen oder keine Unterstützung erhalten. Zudem schätzten die pflegenden Angehörigen ihre Zufriedenheit mit der erhaltenen professionellen Unterstützung, der Unterstützung durch das private Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Nachbarn) und der emotionalen Unterstützung (z.B. Gespräche) durch das private Umfeld ein. Dazu gaben die Angehörigen ihre Zufriedenheit auf einer 100-stufigen Thermometerskala an. Überdies wurden die pflegenden Angehörigen nach ihrem Bedürfnis nach weiterer Unterstützung gefragt. Hierfür sollten die Angehörigen auf einer fünfstufigen Skala (0 = *nie* bis 4 = *sehr oft*) angeben, inwiefern sie sich mehr professionelle Unterstützung, mehr private Unterstützung und mehr emotionale Unterstützung wünschen. Zur Erfassung der Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote wurde basierend auf den Erfahrungen aus vorangegangenen Studien (Wilz & Soellner, 2011) ein Fragebogen entwickelt, der die Nutzung folgender Unterstützungsangebote dichotom (Nutzer/Nicht-Nutzer) erfragt: *häusliche Krankenpflege, häusliche Pflege, ambulante häusliche Betreuung, Essensdienst, hauswirtschaftliche Hilfe, Tages- und Nachtpflege, Betreuungs- und Gedächtnisgruppen, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege*. Des Weiteren wurden die Angehörigen zur Post- und Follow-up-Befragung gefragt, ob sie in den letzten sechs Monaten (d.h. seit der letzten Befragung) neue oder zusätzliche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen hatten (dichotome Variablen: ja vs. nein).
6. *Zielerreichung in zuvor festgelegten Problembereichen.* Zur Erfassung der Zielerreichung wurde das Goal Attainment Scaling (adaptiert nach Kiresuk & Sherman, 1968) eingesetzt, ein unstandardisiertes, manualbasiertes Instrument, welches prozessorientierte Informationen darüber liefert, inwiefern die Angehörigen ihre individuell festgelegten Therapieziele erreichen. Hierzu erfolgten in den ersten Therapiesitzungen nach einer gemeinsamen Problemanalyse die Zielauswahl und – formulierung sowie die Festlegung einzelner Zielkriterien durch die Angehörigen und Therapeutinnen. Pro Angehörigem/r konnten bis zu vier Ziele definiert werden. Die Angehörigen und Therapeutinnen nahmen jeweils in der letzten Therapiesitzung eine Einschätzung der Zielerreichung auf einer fünfstufigen Skala (-1 = *Verschlechterung*,

0 = *Beibehaltung des Ausgangszustands*, +1 = *Leichte Verbesserung*, +2 = *Erreichung des angestrebten Zielzustands*, +3 = *Extreme Verbesserung*) vor.

7. *Kosteneffektivität*. Die Kosten-Effektivitätsanalyse erfolgte aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Zeithorizont von 6 Monaten. Sie umfasst die von den Angehörigen in Anspruch genommenen Interventionskosten sowie die Kosten für weitere in Anspruch genommene Krankenversicherungsleistungen. Letztere wurden mit Hilfe des FIMA Fragebogens (Seidl et al., 2014) erfasst. Des Weiteren wurde der Zeitaufwand für die informelle Pflege erfasst. Dazu wurde eine modifizierte Version des Resource Utilization in Dementia (RUD) (Wimo et al., 2008) eingesetzt. Als Maß der Effektivität wurden der subjektive Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen sowie die Lebensqualität, erfasst durch den EQ-5D (Rabin, 2001), verwendet.
8. *Zufriedenheit der Angehörigen mit der Intervention*. Die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Intervention wurde mit Hilfe einer für Angehörige modifizierten Fassung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8; Schmidt, Lamprecht, & Wittmann, 1989) erhoben. Dieser Fragebogen erfasst mit acht Items die globale Patienten/innen-Zufriedenheit am Ende einer Intervention. Dabei werden Aspekte wie die *Zufriedenheit mit der Qualität der Intervention* und dem *Ausmaß an erhaltener Hilfe* sowie die *Bereitschaft einer erneuten Teilnahme* und die *Bereitschaft einer Weiterempfehlung der Intervention* erfragt. Aus vorhergehenden Untersuchungen liegen zufriedenstellende interne Konsistenzen (Cronbach's $\alpha = .87 - .93$) vor (Schmidt & Nübling, Steffanowski & Wittmann 2002). Zur umfassenderen und spezifischeren Erfassung der Zufriedenheit der Angehörigen mit der Intervention wurden weitere, für dieses Projekt spezifische Fragen konzipiert. Die Zufriedenheit der Angehörigen mit den Rahmenbedingungen der Intervention wurde mittels vier Items erfasst. Diese Items erheben die *Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Interventionssetting*, der *Anzahl der Gespräche*, dem *zeitlichem Abstand der Gespräche* und der *Gesprächsdauer*. Weitere zwei Items messen die *Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Kontakt zur Psychologin*. Dabei wurden die Angehörigen gefragt, inwieweit sie sich von ihrer Psychologin verstanden und unterstützt gefühlt hatten. Zusätzlich zur Einschätzung der konzipierten Items auf einer drei- bis fünfstufigen Skala wurden die Angehörigen nach einer schriftlichen Begründung ihrer Beurteilung gebeten. Des Weiteren wurden die Angehörigen mittels offener Fragen

nach für sie hilfreichen Aspekten sowie störenden Aspekten der Unterstützung gefragt.

9. *Soziodemografie und pflegebezogene Angaben.* Basierend auf den Erfahrungen aus den vorangegangenen Studien (Wilz & Söllner, 2011) wurde ein Fragebogen verwendet, der neben soziodemografischen Angaben zu den Angehörigen und den Personen mit Demenz auch weitere für pflegende Angehörige wichtige Aspekte, wie die *Rahmenbedingungen der Pflegesituation, vorliegende Erkrankungen, Schlafqualität, körperliche Aktivität und Medikation* erfasst. Für die Person mit Demenz wurden die *Demenzform, weitere Erkrankungen, der Schweregrad der Demenz* (erfasst mittels Global-Deterioration-Scale-Einschätzung durch die Interviewenden) (Reisberg et al., 1982), *Verhaltensauffälligkeiten* (erfasst durch die Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD) (Reisberg et al., 1987) sowie *in Anspruch genommene Pflegeleistungen* erfasst.

5.9 Prozessevaluation

Für die Evaluation des psychotherapeutischen Prozesses wurden verschiedene Instrumente und Verfahren eingesetzt. Zum einen wurde nach jeder der zwölf therapeutischen Sitzungen erhoben, wie sich die Angehörigen in der Sitzung in ihrer Beziehung zur Therapeutin gefühlt haben, bzw. wie sie die Therapiesitzung wahrgenommen haben. Gleichmaßen wurde dies auch aus der Therapeutinnenperspektive erfasst. Außerdem wurden die Erwartungen der Angehörigen an das therapeutische Angebot sowohl vor Beginn der Intervention, als auch nach der 10. Sitzung erhoben. Die Einschätzung der Behandlungsintegrität erfolgte zudem regelmäßig mittels Ton- und Videobänder durch unabhängige Beurteiler. Abschließend wurde nach Ende aller therapeutischen Sitzungen die Angemessenheit der 8-stündigen Schulung und der Supervision seitens der Therapeutinnen erfasst und die Umsetzbarkeit des Manuals evaluiert. Außerdem wurde der Praxistransfer der Intervention seitens der Kooperationspartner Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. und Alzheimer Gesellschaft München e.V. erhoben. Die entsprechenden Messinstrumente und -verfahren werden im Folgenden vorgestellt.

5.9.1 Evaluation psychotherapeutischer Wirkfaktoren im psychotherapeutischen Prozess

5.9.1.1 Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000

Zur Erfassung der Wahrnehmung verschiedener Therapieprozess-Merkmale durch die Angehörigen und Therapeutinnen wurde der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000 (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler, & Caspar, 2010) eingesetzt. Dieser wurde nach jeder Sitzung sowohl von den Angehörigen, als auch von den Therapeutinnen, unabhängig voneinander ausgefüllt. Sowohl die Angehörigen der Telefon- als auch der Face-to-Face-Gruppe wurden aufgefordert die Stundenbögen zu sammeln und erhielten nach der 10. und 12. Sitzung einen frankierten Umschlag mit der Aufforderung die Bögen an das Studienzentrum in Jena zurück zu schicken. Die Therapeutinnen erhielten keinen Einblick in die Angaben der Angehörigen. Die Berner Patienten- bzw. Therapeutenstundenbögen (*PSTB* bzw. *TSTB*) stellen psychotherapieverfahren übergreifende Prozessevaluationsinstrumente dar, welche auf Grundlage der Psychologischen Psychotherapie nach Grawe (2000) entwickelt wurden. Die Version für die Therapeutin (BSTB-T) beinhaltet folgende Subskalen: *Therapiebeziehung*, *Offenheit*, *Therapiefortschritte*, *interaktionelle Schwierigkeit*, *Problembewältigung*, *Bezug zur realen Lebenssituation*, *motivationale Klärung*, *Ressourcenaktivierung*, *Problemaktualisierung*, *Anstrengungsbereitschaft*, *interaktionelle Perspektive*. Die Version für die Angehörigen (BSTB-P) beinhaltet folgende Items: *Therapiebeziehung*, *Selbstwerterfahrungen*, *Bewältigungserfahrungen*, *Klärungserfahrungen*, *Therapiefortschritte*, *Aufgehobensein*, *Direktivität/ Kontrollerfahrungen*, *Problemaktualisierung*. In die aktuelle Untersuchung flossen die Subskalen ein, die korrespondierend sowohl in der Angehörigen-, als auch in der Therapeutinnenversion vorlagen. Diese waren: *Therapiebeziehung*, *Ressourcenaktivierung*, *motivationale Klärung*, *Problemaktualisierung* und *Bewältigungserfahrung*. Die Einschätzung in der Angehörigenversion erfolgt auf einer 7- stufigen Likertskala von -3 = *überhaupt nicht* bis +3 = *ganz genau*. In der Therapeutinnenversion werden die Items zur *Therapiebeziehung* auf derselben Skala, die Items der restlichen Subskalen auf einer 5- stufigen Likertskala von 0 = *überhaupt nicht* bis 5 = *stimmt vollkommen* beantwortet.

Die internen Konsistenzen der Skalen (Cronbachs α) lagen bei der Untersuchung einer Stichprobe ambulant behandelter Psychotherapiepatienten/innen ($n = 1200$) zwischen .69 und .90. Auch weisen die Items der Stundenbögen ausreichend gute Trennschärfen auf (Mestel, 2006). Die Konstruktvalidität der Messinstrumente konnte in verschiedenen Prozessstudien per Videoanalysenvergleich belegt werden (siehe dazu Flückiger et al., 2010).

5.9.1.2 Fragebogen zur Erwartung und Evaluation psychologischer Unterstützung

Die Therapieerwartung der Angehörigen wurde mittels einer für Angehörige modifizierten Fassung des Fragebogens zur Erwartung und Evaluation psychologischer Unterstützung (PATHEV) erhoben (Schulte, 2005). Die aus 10 Items bestehende Version des PATHEV beinhaltet die Subskalen *Hoffnung auf Besserung/Zuversicht*, *Passung* und *Furcht vor Veränderung*. Um eine mögliche Veränderung der Therapieerwartung der pflegenden Angehörigen erfassen zu können, wurde die Skala sowohl vor der Therapie (PATHEV-1) als auch nach der 10. Interventionssitzung (PATHEV-2) erhoben. Die Therapeutinnen erhielten keinen Einblick in die Einschätzungen der Angehörigen. Aus vorhergehenden Untersuchungen liegen zufriedenstellende interne Konsistenzen (Cronbach's $\alpha = .73 - .89$) vor (Schulte, 2005).

5.9.2 Erfassung der therapeutischen Behandlungsintegrität

Die Behandlungsintegrität bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Therapie so implementiert wird, wie es beabsichtigt war (Perepletchikova & Kazdin, 2005) und setzt sich aus den Komponenten Adhärenz und Kompetenz zusammen. Unter *Adhärenz* versteht man das Ausmaß, in dem eine Therapeutin Interventionen anwendet, die sich auf ein Behandlungsmanual zurückführen lassen und manualfremde Techniken nach Möglichkeit minimiert. Ein Synonym für Adhärenz ist die Manualtreue (Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

Als *Kompetenz* wird das Ausmaß an Fähigkeiten verstanden, welches eine Therapeutin in Bezug auf die Durchführung einer bestimmten Behandlung zeigt. Dabei ist es nicht nur wichtig, dass die Interventionen der Therapeutin qualitativ hochwertig sind, sondern auch, dass diese an den Angehörigen und dessen Beeinträchtigungen, die momentane Therapiephase sowie die aktuelle Situation angepasst sind (Waltz et al., 1993).

5.9.2.1 Erfassung der Therapeutischen Kompetenz

Zur Erfassung der therapeutischen Kompetenz erfolgte eine Weiterentwicklung der Kompetenzratingskala des Vorgängerprojekts Tele.TAnDem (CTCS-DC; Schinköthe & Wilz, 2014), da insbesondere die Bedeutsamkeit spezifischer therapeutischer Kompetenzen empirisch belegt werden konnte (Schinköthe, Altmann & Wilz, 2015). Die neu konzipierte Skala zur Erfassung der Kompetenz umfasst insgesamt 13 Items zu verschiedenen Kompetenzbereichen einer Therapeutin, einer Gesamteinschätzung der therapeutischen

Kompetenz und der Schwierigkeit des therapierten Angehörigen. Dabei werden allgemeine Wirkfaktoren mithilfe von vier Items bezüglich der *Ressourcenaktivierung*, *Klärung*, *Bewältigung* und *Problemaktualisierung* erfasst, welche in Anlehnung an das Messinstrument zur Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie entwickelt wurden (WIFA-k; von Consbruch et al., 2013). Verhaltenstherapeutische Kompetenzen werden mit vier Items erfasst (*Geleitetes Entdecken*, *Auswahl relevanter Themen*, *Auswahl angemessener Strategien*, *Angemessene Durchführung von Techniken*). Diese entstammen der Cognitive-Therapy-Scale (CTS, Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010) und werden in adaptierter Form verwendet. Zudem erfassen drei weitere Items (*Wertschätzung*, *Erleichterung* und *Empathie*) die Dimensionen der Beziehungsgestaltung in Anlehnung an das Psychotherapie-Prozess-Q-Sort (PQS; Hofmann, 2007; Jones, 2000). Die neu konzipierte Skala greift einzelne Items der genannten Messinstrumente auf, orientiert sich jedoch stark an den Inhalten des Behandlungsmanuals. Die jeweilige Itemauswahl erfolgte durch ein Expertenteam, wobei der Fokus auf der Passung für den Kontext der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz lag.

Außerdem erfassen zwei weitere Items die globale Kompetenz der Therapeutin in der jeweiligen Sitzung sowie die Schwierigkeit der therapeutischen Arbeit mit dem Angehörigen, welche ebenfalls in Anlehnung an die CTS (Weck et al., 2010) entwickelt wurden. Die einzelnen Items der Kompetenz werden auf einer vierstufigen Likertskala bewertet. Die Kodierungen reichen von 0 = *mangelhaft*, 1 = *mittelmäßig*, 2 = *gut* bis 3 = *sehr gut*.

Durch die Autoren wurde festgelegt, dass bei einem Skalenmittelwert von $> 1,5$ von einer ausreichenden therapeutischen Kompetenz im Sinne der Qualitätssicherung für Studienanforderungen ausgegangen werden kann. In der vorliegenden Studie erfolgte die Einschätzung der therapeutischen Kompetenz durch vier externe Beurteiler.

5.9.2.2 Erfassung der Therapeutischen Adhärenz

Zur Erfassung der therapeutischen Adhärenz wurde die Häufigkeit der Umsetzung der Manualinhalte und Interventionen in den einzelnen Sitzungen erfasst. Dabei handelte es sich, wie an anderer Stelle beschrieben, um Interventionen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie. Ebenso wie die therapeutische Kompetenz wurde auch die Adhärenz durch vier externe Beurteiler eingeschätzt. Für jede Sitzung erfolgte eine Beurteilung, ob ein bestimmtes Thema des Tele.TAnDem-Manuals bearbeitet wurde oder nicht und welche Interventionsstrategien in dieser Sitzung zum Einsatz kamen. Für alle Items wurde hierfür auf einer dichotomen Skala (0 = *nicht zutreffend*, 1 = *zutreffend*) kodiert, ob eine betreffende Dimension in dieser Sitzung

relevant oder nicht relevant gewesen ist. Die behandelten Themen aus dem Manual werden mit sieben Items erfasst (*Dysfunktionale Kognitionen; Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen/Verständnis für Demenzerkrankung und Akzeptanz; Umgang mit eigenem Ärger und Wut/belastenden Emotionen; Selbstfürsorge und Aufbau wertorientierter/angenehmer Aktivitäten; Umgang mit Veränderung, Rollenwechsel, Verlusterleben und Trauer; Förderung der Inanspruchnahme von informeller und professioneller Unterstützung; Übergang/Vorbereitung Pflegeheim*). Die eingesetzten Interventionsstrategien werden mit neun Items erfasst (*Psychoedukation, Problemanalyse, Problembewältigung, Kognitives Arbeiten an dysfunktionalen Gedanken, Techniken zum Stressabbau, Emotionsregulation, Aktivitätsaufbau, Zulassen und Akzeptieren von unangenehmen Gefühlen, Hausaufgaben aufgeben, Hausaufgaben auswerten*). Sowohl für die Manualinhalte als auch die Interventionsstrategien gab es neben den vorgegebenen Items zudem die Möglichkeit sonstige Themen oder Interventionsstrategien zu kodieren.

Die Reihenfolge der Anwendung der einzelnen Module des Manuals war den Therapeutinnen nicht vorgegeben, sondern konnte flexibel, entsprechend den Bedürfnissen der Angehörigen angepasst werden.

5.9.3 Angemessenheit einer 8-stündigen Schulung und der Supervision

In einem leitfadengestützten Interview wurde erfasst, ob aus Sicht der Therapeutinnen die 8-stündige Schulung im Vorfeld sowie die erhaltene Supervision zeitlich und inhaltlich als angemessen und ausreichend wahrgenommen wurden. Zusätzlich wurden die Rahmenbedingungen der Supervision erfasst. Bei der Entwicklung des Leitfadens wurden die Kriterien von Merton und Kendall (1979) berücksichtigt und vor allem auf die Formulierung offener Fragen Wert gelegt. Somit sollte eine größtmögliche Nichtbeeinflussung der Interviewpartner und –partnerinnen gewährleistet werden. Die Interviews wurden mit 14 der 15 Therapeutinnen nach Abschluss aller Therapiesitzungen durchgeführt (eine Therapeutin war zum Befragungszeitraum in Elternzeit). Die Interviewaussagen der befragten Therapeutinnen wurden durch einen mehrstufigen Kategorisierungsprozess qualitativ ausgewertet. Um im Rahmen der qualitativen Analyse eine objektive Anwendbarkeit des Kategoriensystems zu gewährleisten, wurde dieses einer Güteprüfung unterzogen. Dafür fand eine Gegenkodierung von 10% des Textmaterials durch einen anderen Untersucher statt. Darüber hinaus wurden die Supervisionsprotokolle der Therapeutinnen ausgewertet. Diese wurden von den Therapeutinnen vor Beginn und während der Supervisionssitzung ausgefüllt im Hinblick auf die inhaltlichen Themen, Anregungen und Konsequenzen der Supervision.

Zusätzlich zu den Interviews füllten die Therapeutinnen einen Fragebogen aus, der ihnen im Vorfeld per Post mit Rückumschlag zugeschickt wurde. Der Fragebogen (Items mit einer 5-stufigen Skala von 0 bis 4) enthielt wesentliche Aspekte der Schulung, Supervision, Manualumsetzung und Kooperation, die inhaltlich dem Interviewleitfaden entsprachen. Beispielitems sind: „Wie angemessen bewerten Sie den zeitlichen Umfang der Schulung?“ (von 0 = *gar nicht angemessen* bis 4 = *sehr angemessen*) oder „Wie hilfreich bewerten Sie die Supervision als Begleitung der Therapie?“ (von 0 = *gar nicht hilfreich* bis 4 = *sehr hilfreich*). Die 5-stufigen Ratingangaben der Therapeutinnen im Fragebogen wurden deskriptiv ausgewertet.

5.9.4 Umsetzbarkeit des Manuals

In dem leitfadengestützten Interview und dem Fragebogen wurde auch erfasst, wie die Therapeutinnen die praktische Umsetzung des Therapiemanuals und die Settingbedingungen der Intervention bewerteten. Im Einzelnen wurde nach den Modulen der Intervention, den Arbeitsmaterialien, den Rahmenbedingungen der Sitzungen und der Handhabung der Technik gefragt. Ziel dieser Evaluation war es, die angegebenen Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge für die Weiterentwicklung und Optimierung der Implementierung zukünftiger Interventionen einzusetzen. Die 5-stufigen Ratingangaben der Therapeutinnen zu im Fragebogen erfragten Aspekten der Manualumsetzung und Settingbedingungen wurden deskriptiv ausgewertet.

5.9.5 Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften

Im Rahmen des leitfadengestützten Interviews und des Fragebogens (5-stufige Ratingskala) wurde auch erfasst, wie die Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften aus Therapeutinnensicht erfolgte. Zusätzlich wurden die beiden Geschäftsführerinnen der kooperierenden Alzheimer Gesellschaften in einem halbstrukturierten Interview hinsichtlich der Durchführung sowie Möglichkeiten der Verstetigung des Programms in ihren Versorgungsstrukturen befragt. 10% des Textmaterials wurde von zwei Codierern analysiert, um die Übereinstimmung zu prüfen.

5.10 Stichprobengröße

Basierend auf Befunden aus Metaanalysen (Sörensen, Pinqart & Duberstein, 2002) sind für Interventionen bei pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz kleine bis mittlere

Effekte auf die psychische und physische Gesundheit der Angehörigen zu erwarten ($d = .14$ bis $.41$). Die Ergebnisse des Vorprojekts Tele.TAnDem (Wilz & Söllner, 2011) weisen darauf hin, dass durch die durchgeführte telefonische Intervention für Angehörige von Personen mit Demenz kleine bis moderate Effekte erzielt werden können ($f = 0.18$ bis 0.29). Unter der Annahme einer kleinen Effektstärke in einer zweiarmigen Studie mit drei Messzeitpunkten, einem α von $.05$, einer Power ($1 - \beta$) von $.80$ und einem ρ von $.50$ wird eine Stichprobengröße von $n = 82$ pro Gruppe (Bortz, 2006) benötigt. Daher wurde eine Stichprobengröße von insgesamt 164 Personen in den randomisierten Gruppen angestrebt. Ausgehend von einer Dropout-Rate von 30% wurde die Rekrutierung von 118 Personen für jede randomisierte Studiengruppe angestrebt. Zusätzlich wurden so viele Teilnehmer/innen wie möglich für die F2F-Gruppe rekrutiert (mit $n = 118$ als Cut-off Kriterium).

5.11 Datenauswertung

Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS, Version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY) und MPlus, Version 7.0 (Muthén & Muthén, Los Angeles, CA). Die Datenbereinigung und die Analysen wurden mittels SPSS/MPlus Syntax-Operationen durchgeführt. Mögliche Baseline-Unterschiede zwischen den Studiengruppen wurden statistisch überprüft und die weiteren Analysen an mögliche Unterschiede in der Baseline-Messung angepasst. Die primären Analysen wurden als Intention-to-treat-Analysen durchgeführt. Als Sensitivitätsanalysen wurden die Completer aller Erhebungen separat analysiert. Zur Auswertung wurden Varianzanalysen, Regressionsanalysen, χ^2 -Tests und Strukturgleichungsmodelle eingesetzt.

Im Umgang mit fehlenden Werten wurde hier auf die Full-Information-Maximum-Likelihood-Methode zurückgegriffen. Durch die Fixed-Factor-Method wurden alle Modelle skaliert. Die einzelnen Indikatoren wurden je nach Skaleneigenschaften (Länge, Subskalen) in Parcels zusammengefasst. Die Messinvarianz über Zeit und Gruppe wurde zunächst für jede Zielgröße überprüft. Der Effekt des Prädiktors Gruppe auf die latenten Zielgrößen zu T1 und T2 wurde jeweils im Vergleich zur Baseline-Erhebung berechnet (Baseline-Change-Modell). Für die adaptierten Fragebögen wurden Faktor-, Reliabilitäts- und Korrelationsanalysen durchgeführt.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

6.1 Darstellung der Arbeitsschritte

Die Arbeitsschritte folgten dem geltenden Arbeitsplan, wobei eine Aufgabenteilung zwischen den Projektpartnern der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Projektmanagement, Gesamtkoordination, Intervention, Supervision, Prozessevaluation), der Universität Hildesheim (Evaluation), der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (Kooperationspartner - Praxistransfer), der Alzheimer Gesellschaft München e.V. (Kooperationspartner - Praxistransfer) und dem Helmholtz Zentrum München (Gesundheitsökonomie) erfolgte. Die Projektarbeit war geprägt durch einen engen Austausch aller beteiligten Kooperationspartner. Zur Koordination und projektübergreifenden Zusammenarbeit wurden acht Projekttreffen durchgeführt, davon sechs am Standort Jena und zwei an der Universität Hildesheim.

Von April bis August 2012 standen vorbereitende Aufgaben im Vordergrund des Projektes wie die Erstellung von Flyern, Plakaten, Preetexten, Anzeigen und Artikeln in Tageszeitungen; Präsentationen und Vorträge, schriftliche, telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu den Kooperationspartnern aus Vorprojekten und zu neuen Kooperationspartnern (Ärzte, Pflegedienste, Tagesstätten, Kliniken, Selbsthilfegruppen), Entwicklung eines Telefonscreenings zur Überprüfung der Einschlusskriterien, Zusammenstellung der Erhebungsinstrumente und Dokumentationsbögen, Vorbereitung von Therapiematerialien und der Intervention, Vorbereitung und Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen für Therapeutinnen.

Im Juni 2012 wurde mit der Rekrutierung von Studienteilnehmern/innen aus dem gesamten Bundesgebiet begonnen. Die Baseline-Erhebung (T0) und die anschließende Randomisierung zu den drei Studiengruppen konnten im September 2012 begonnen werden. Die Durchführung der telefonischen Interventionen (TEL) und der Face-to-Face-Interventionen (F2F) fand ab Oktober 2012 statt.

Bis Mitte November 2013 wurden kontinuierlich Studienteilnehmer/innen rekrutiert und im Rahmen der einzelnen Studiengruppen von den Projektmitarbeitern betreut. Die angestrebte Stichprobengröße der telefonischen Interventionsbedingung und der Kontrollgruppe wurde erreicht. Während die Nachfrage nach einer Teilnahme an der telefonischen Interventionsbedingung sehr hoch war, war hingegen die Rekrutierung von Studienteilnehmern/innen für die F2F-Interventionsbedingung deutlich schwieriger und zeitintensiver.

Nach der Anpassung der Fragebögen für die Post-Befragung (T1) konnte diese im März 2013 bei den ersten Teilnehmern/innen durchgeführt werden. Um die vorgesehene Follow-up-

Erhebung nach sechs Monaten im Rahmen der Projektlaufzeit zu realisieren, wurden im Dezember 2013 die letzten telefonischen Interventionen und im Januar 2014 die letzten Face-to-Face-Interventionen durchgeführt.

Im Juli 2014 konnten die Post-Befragungen (T1) abgeschlossen werden. Die 6-Monats-Follow-up-Befragungen (T2) wurden von November 2013 bis Januar 2015 durchgeführt.

Parallel zur Durchführung der Assessments und der Intervention erfolgten ein detailliertes Datenmanagement (inkl. Dateneingabe und -ablage) sowie eine umfangreiche Panelpflege. Diese umfasste sowohl postalische Grüße zum Geburtstag, zu Weihnachten und zu Ostern als auch individuelle Beileidskarten bei Versterben des an Demenz erkrankten Angehörigen sowie den Versand eines Dropoutbogens zur Erfassung von Gründen bei vorzeitiger Beendigung der Studienteilnahme.

6.2 Erreichbarkeit der Vorhabensziele

Die Anzahl der Teilnehmer/innen pro Gruppe wurde im Projektantrag auf $n = 40$ vollständige Datensätze festgelegt. Dies erforderte eine initiale Rekrutierung von $n = 90$ Angehörigen pro Gruppe zum Telefonscreening und $n = 60$ Angehörigen pro Gruppe bei Randomisierung.

Somit sollten ursprünglich bei drei Versuchsbedingungen etwa 270 Personen für ein telefonisches Screening rekrutiert und circa 180 Personen randomisiert werden, um als sichere Zielgröße jeweils 40 komplette Datensätze in den drei Versuchsbedingungen ($N = 120$ vollständige Datensätze zu allen drei Messzeitpunkten) zu erzielen.

Allerdings gestaltete sich dabei die Rekrutierung für die F2F-Bedingung problematisch. Die von den Gutachtern empfohlene Stichprobenerhöhung (von ursprünglich geplanten $n = 31$ kompletten Datensätzen pro Bedingung auf $n = 40$) war für die F2F-Bedingung im Rahmen eines *randomisierten Designs* nicht erreichbar. Von den pflegenden Angehörigen wurde eindeutig das telefonische Setting bevorzugt. Häufig genannte Barrieren für eine Teilnahme an der F2F-Interventionsbedingung waren der erhöhte zeitliche Aufwand für die Anreise sowie mangelnde Betreuungsmöglichkeiten für den erkrankten Angehörigen. Daher wurde nach Absprache mit dem Projektträger diesbezüglich eine Designänderung vorgenommen, um trotzdem die angestrebte Anzahl von 40 kompletten Datensätzen in der F2F-Bedingung erreichen zu können: So wurde die F2F-Gruppe nicht mehr in die Randomisierung einbezogen und alle Angehörigen, die eine persönliche Therapie zum Zeitpunkt des Screenings realisieren konnten, wurden in diese Gruppe aufgenommen. Folglich besteht die Studie nun aus einem randomisierten 2-Gruppen-Design (telefonische Therapie versus Kontrollgruppe) und der zusätzlichen Vergleichsgruppe F2F. Im November wurde die

Rekrutierung von pflegenden Angehörigen für das Forschungsprojekt Tele.TAnDem.Transfer beendet, um die vollständige Durchführung aller Befragungen innerhalb des Projektzeitraums gewährleisten zu können.

Aufgrund der sehr hohen Nachfrage von pflegenden Angehörigen bundesweit und regional (an den drei Standorten) konnte die im Projektantrag geplante Rekrutierungsanzahl deutlich überschritten werden. Statt der angestrebten Anzahl von 270 konnten 548 Angehörige für ein telefonisches Screening rekrutiert werden. Von diesen 548 Interessierten wurden 423 Angehörige in die Studie eingeschlossen. Durch die Erhöhung der Anzahl der Studienteilnehmer/innen wurden differenzierte Subgruppenanalysen ermöglicht.

Nach der Baseline-Befragung wurden insgesamt 273 Teilnehmer/innen per Randomisierung der TEL bzw. der KG zugeordnet, womit das Vorhabenziel von 120 Teilnehmern/innen bei Randomisierung (mit $n = 60$ Angehörige pro Gruppe) deutlich übererfüllt wurde. Somit konnten in der TEL und in der KG deutlich höhere Fallzahlen als geplant erreicht werden.

Die Vergrößerung der Stichprobe hatte eine Verlängerung des Erhebungs- und Auswertungszeitraumes zur Folge, wodurch eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung notwendig war. Da die letzten 6-Monats-Follow-up-Befragungen Anfang 2015 durchgeführt wurden, konnten die anschließenden Auswertungen der Projektdaten ab Februar 2015 begonnen werden. Durch eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung um drei Monate konnte somit die Erhebung und Auswertung eines vollständigen sowie zahlenmäßig aussagekräftigen Datensatzes gewährleistet werden.

7. Ergebnisse

7.1 Beschreibung der Stichprobe

Im folgenden Abschnitt werden die drei Stichproben der Tele.TAnDem Studie dargestellt. Zunächst werden die deskriptiven Daten der Telefoninterventionsgruppe und der Kontrollgruppe sowie die Ergebnisse des Randomisierungschecks vorgestellt. Anschließend erfolgt die Darstellung der deskriptiven Daten der Face-to-Face-Interventionsgruppe. Dabei werden jeweils die gültigen Prozente berichtet.

In Abbildung 3 ist das Flow-chart der Studie dargestellt. 548 Personen kontaktierten die Studienzentrale in Jena, um Interesse an der Studie zu bekunden (die Rekrutierungswege wurden bereits in Kapitel 5.3 beschrieben). 125 Personen erfüllten nicht die Einschlusskriterien. Weitere 79 gaben kein schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme ab. 18 Personen entschieden sich noch vor der Baselin-Erhebung nicht weiter an der Studie teilzunehmen. Weitere 4 Personen teilten während des Telefonats zur Baseline-Erhebung mit, dass Sie zwar noch diese Befragung durchführen würden, jedoch nicht an einer weiteren Studienteilnahme interessiert wären. Für 49 Personen war eine Teilnahme an der F2F möglich. Die übrigen Teilnehmenden wurden randomisiert entweder der TEL ($n = 139$) oder der KG ($n = 134$) zugewiesen.

In der F2F schieden zwischen T0 und T1 neun Personen aus folgenden Gründen aus: Versterben der Person mit Demenz ($n = 2$), keine Zeit ($n = 2$) und Vorliegen einer physischen oder psychischen Erkrankung ($n = 1$). Keine Informationen zu den Gründen lagen bei 4 Personen vor. In der TEL schieden zwischen T0 und T1 18 Personen aus folgenden Gründen aus: keine Zeit ($n = 6$), anderweitig Hilfe gesucht ($n = 1$), keine Kraft und Energie für die Intervention ($n = 1$), Belastung durch die Intervention ($n = 1$), institutionelle/anderweitige Betreuung der Person mit Demenz ($n = 1$), keine Betreuung für die Person mit Demenz während der Sitzungen möglich ($n = 1$) und Vorliegen einer physischen oder psychischen Erkrankung ($n = 1$). Keine Informationen zu den Gründen lagen bei 3 Personen vor. Bei 3 Personen war keine weitere Erreichbarkeit (weder telefonisch noch per Post über Monate hinweg) gegeben. In der KG beendeten zwischen T0 und T1 18 Personen die Studienteilnahme aus folgenden Gründen: Zuweisung zur Kontrollgruppe ($n = 8$), physische oder psychische Erkrankung ($n = 3$), Versterben des pflegenden Angehörigen ($n = 2$), Versterben der Person mit Demenz ($n = 2$) und institutionelle/anderweitige Betreuung der Person mit Demenz ($n = 1$). Keine Information zu den Gründen lag bei einer Person vor. Keine weitere Erreichbarkeit (weder telefonisch noch per Post über Monate hinweg) war bei einer Person gegeben.

In der F2F schied zwischen T1 und T2 eine Person aus, weil die Person mit Demenz verstorben war. In der TEL beendeten zwischen T1 und T2 zwei Personen die Studienteilnahme aufgrund des Versterbens der Person mit Demenz. In der KG schieden zwischen T1 und T2 fünf Personen aus folgenden Gründen aus: Zuweisung zur Kontrollgruppe ($n = 1$), Person mit Demenz längere Zeit im Krankenhaus ($n = 1$), Versterben der Person mit Demenz ($n = 1$), Fragebögen konnten nicht zurück geschickt werden ($n = 1$) sowie keine weitere Erreichbarkeit (weder telefonisch noch per Post über Monate hinweg; $n = 1$).

In die Analyse der Ergebnisse mit Strukturgleichungsmodellen wurden entsprechend des Intention-to-treat-Prinzips alle randomisierten Teilnehmenden (TEL: $n = 139$ und KG: $n = 134$) bzw. alle, die der F2F zugewiesen worden waren ($n = 49$), einbezogen.

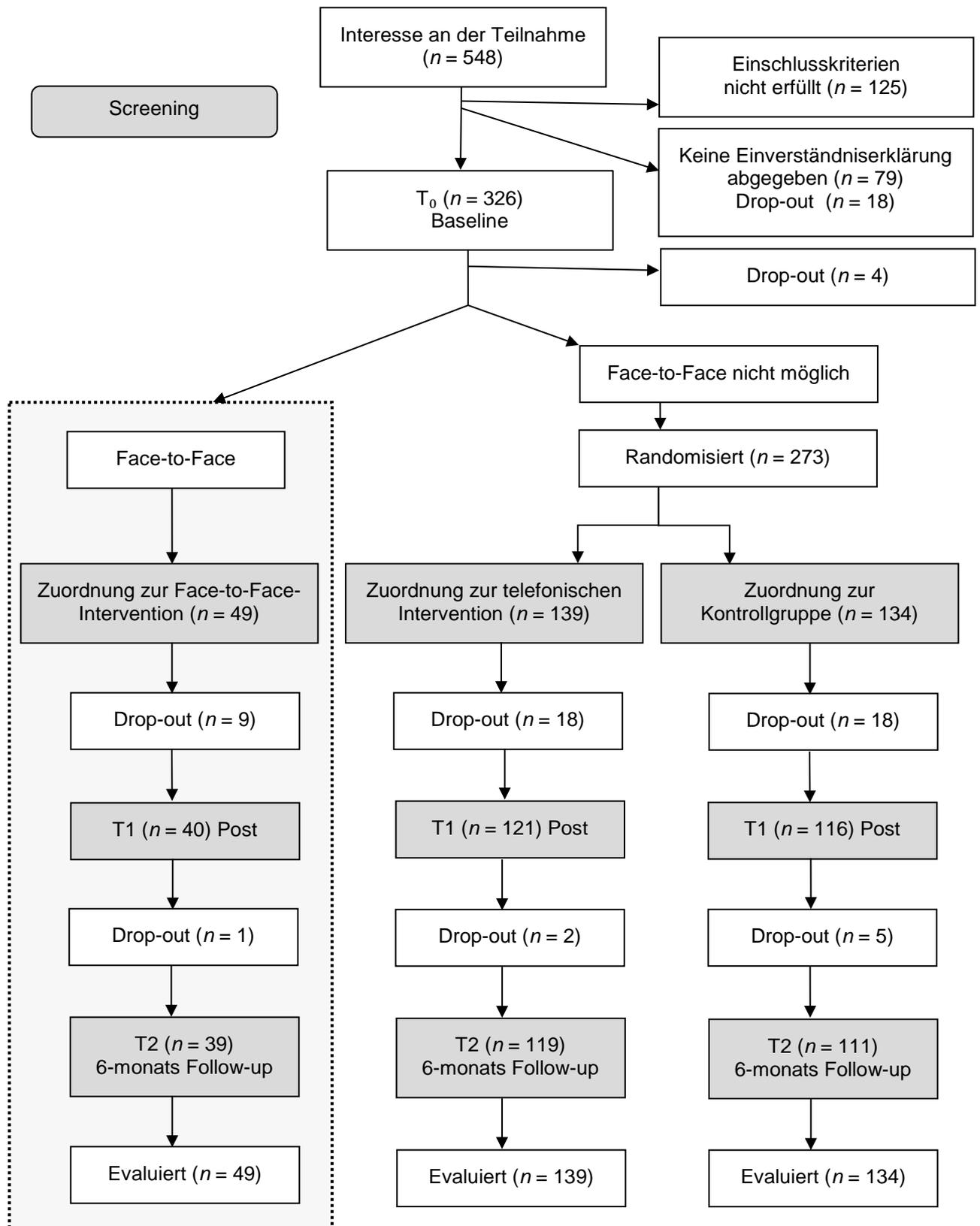


Abbildung. 3. Flow-chart der Studie.

7.1.1 Beschreibung der Telefoninterventionsgruppe und Kontrollgruppe (randomisierte Stichprobe)

Die aus insgesamt 273 pflegenden Angehörigen bestehende randomisierte Stichprobe, setzt sich aus der Telefoninterventions- und Kontrollgruppe zusammen und wird im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

7.1.1.1 Pflegende Angehörige

Alter, Geschlecht, Wohnort, Familienstand und Beziehung zur Person mit Demenz.

Von den 273 randomisierten Angehörigen war die Mehrheit weiblich 220 (80.6%). Das durchschnittliche Alter (siehe Tabelle 4) betrug 64.19 Jahre ($SD = 11.04$; Range 23 bis 91). 269 (98.9%) hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Die meisten Angehörigen kamen aus Nordrhein-Westfalen (siehe Tabelle 5) und waren Ehefrauen/Lebenspartnerinnen (45.1%) und Töchter/Schwiegertöchter (33.7%) (siehe Tabelle 6).

Tabelle 4

Alter der pflegenden Angehörigen

Alter	<i>n</i>	(%)
20-29	2	(0.7)
30-39	4	(1.5)
40-49	20	(7.4)
50-59	63	(23.2)
60-69	89	(32.7)
70-79	75	(27.6)
80-89	18	(6.6)
90-99	1	(0.4)

Tabelle 5

Bundesland des Hauptwohnsitzes der pflegenden Angehörigen

Bundesland	<i>n</i>	(%)
Baden-Württemberg	19	(7.1)
Bayern	20	(7.4)
Berlin	5	(1.9)
Brandenburg	8	(3.0)
Bremen	1	(0.4)
Hamburg	5	(1.9)
Hessen	21	(7.8)
Mecklenburg-Vorpommern	2	(0.7)
Niedersachsen	30	(11.2)
Nordrhein-Westfalen	73	(27.1)
Rheinland-Pfalz	13	(4.8)
Saarland	1	(0.4)
Sachsen	18	(6.7)
Sachsen-Anhalt	6	(2.2)
Schleswig-Holstein	11	(4.1)
Thüringen	36	(13.4)

Tabelle 6

Angehörigenstatus der pflegenden Angehörigen

Angehörigenstatus	<i>n</i>	(%)
Ehefrau/Lebenspartnerin	123	(45.1)
Tochter/Schwiegertochter	92	(33.7)
Ehemann/Lebenspartner	42	(15.4)
Sohn/Schwiegersohn	12	(4.4)
Enkeltochter	1	(0.4)
Schwester	2	(0.7)
Bekannte	1	(0.4)

Die Mehrheit der pflegenden Angehörigen (81.6%) war verheiratet und lebte mit ihrem Partner zusammen (Tabelle 7). Die übrigen 49 pflegenden Angehörigen wurden gefragt, ob sie in einer festen Partnerschaft leben, 21 (41.2%) bejahten dies. Alle Angehörigen, die entweder verheiratet waren oder in einer festen Partnerschaft lebten, wurden gefragt, ob es sich bei der (Ehe-)Partnerin/dem (Ehe-)Partner um die Person mit Demenz handelt, diesbezüglich stimmten 161 (67.9%) zu. Die Partnerschaft zur Person mit Demenz bestand im Durchschnitt seit 42.22 Jahren ($SD = 13.69$; Range 3.25 bis 64.50).

Tabelle 7

Familienstand der pflegenden Angehörigen und der Personen mit Demenz

Familienstand	Pflegender Angehöriger		Person mit Demenz	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
verheiratet	218	(81.6)	173	(64.8)
verheiratet in Trennung lebend	9	(3.4)	5	(1.9)
ledig	21	(7.9)	3	(1.1)
geschieden	11	(4.1)	8	(3.0)
verwitwet	8	(3.0)	78	(29.2)

In einem Haushalt mit der dementen Person lebten 218 (80.7%) Angehörige. Die durchschnittliche gemeinsame Wohndauer betrug 33.25 Jahre ($SD = 19.83$; Range 0.25 bis 70.75). Im Durchschnitt hatten die Angehörigen 1.84 Kinder ($SD = 1.19$; Range 0 bis 5). Im Haushalt der pflegenden Angehörigen lebten, sie selbst eingeschlossen, im Durchschnitt 2.34 Personen ($SD = 0.86$; Range 1 bis 6).

Schule, Ausbildung, berufliche Tätigkeit und Einkommen

Die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen hatte einen Realschulabschluss (siehe Tabelle 8). Mehr als ein Drittel hatte eine betriebliche Ausbildung absolviert (siehe Tabelle 9).

Tabelle 8

Höchster Schulabschluss der pflegenden Angehörigen

Schulabschluss	<i>n</i>	(%)
kein Abschluss	4	(1.5)
Haupt-/Volksschule	58	(21.3)
Realschule	93	(34.2)
Fachhochschulreife	34	(12.5)
Abitur	74	(27.2)
anderer	9	(3.3)

Tabelle 9

Höchster Ausbildungsabschluss der pflegenden Angehörigen

Ausbildungsabschluss	<i>n</i>	(%)
keinen Abschluss	9	(3.3)
Betriebliche Ausbildung	105	(38.7)
Berufsschulische Ausbildung	54	(19.9)
Fachhochschulabschluss	44	(16.2)
Universitätsabschluss	40	(14.8)
anderer	19	(7.0)

Berufstätig waren 71 Angehörige (26.3%). Von diesen gaben 39 Angehörige (56.5%) an, flexible Arbeitszeiten zu haben und 30 (43.5%) feste Arbeitszeiten. Die wöchentliche Stundenzahl betrug im Durchschnitt 24.32 Stunden ($SD = 12.49$; Range 4 bis 50). 17 Angehörige (24.6%) hatten ihre Arbeitszeit auf Grund der häuslichen Pflege reduziert. Die durchschnittliche Reduktion betrug 12.31 Stunden ($SD = 9.56$; Range 3 bis 40). Von den 199 Nicht-Berufstätigen (73.7%) wurden folgende Gründe hierfür angegeben: 15 (7.6%) waren Hausfrau/-mann, 125 (64.1%) hatten das Rentenalter erreicht, 9 (4.6%) waren vorzeitig berentet, 17 (8.7%) erhielten eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente, 2 (1.0%) hatten eine Kündigung erhalten, 7 (3.6%) hatten gesundheitliche Probleme, 33 (16.8%) wollten für den Angehörigen sorgen und 7 (3.6%) hatten andere Gründe. Weniger als 10% hatten ein Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.000 EUR (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10

Haushaltsnettoeinkommen der pflegenden Angehörigen

Haushaltsnettoeinkommen in EUR	<i>n</i>	(%)
Bis 499	3	(1.1)
500 - 999	21	(7.8)
1.000 - 1.499	38	(14.1)
1.500 - 1.999	40	(14.9)
2.000 - 2.499	57	(21.2)
2.500 - 2.999	42	(15.6)
3.000 - 3.999	38	(14.1)
Ab 4.000	30	(11.2)

Erkrankungen, Wohlbefinden und Krankenversicherungsstatus

232 pflegende Angehörige (86.2%) waren gesetzlich versichert, 23 (8.6%) erhielten Beihilfe und waren privat versichert (Beamtenstatus) und 14 (5.2%) waren ausschließlich privat versichert. Eine körperliche Erkrankung hatten 199 Angehörige (72.9%). Von diesen 199 Personen gaben 36 (18.1%) an, Diabetes zu haben, 80 (40.2%) Herz-/Kreislaufkrankungen, 29 (14.6%) Atemwegserkrankungen, 128 (64.3%) Erkrankung des Bewegungsapparates, 27 (13.6%) gastrointestinale Erkrankungen 80 (40.2%) andere Erkrankungen und 8 (4.1%) berichteten einen Schlaganfall erlitten zu haben.

Eine psychische Erkrankung hatten 57 pflegende Angehörige (21.1%). Von diesen 57 Personen gaben 35 Angehörige (61.4%) an, eine Depression zu haben, 12 (21.1%) eine Angsterkrankung, 18 (31.6%) eine psychosomatische Erkrankung, 6 (10.5%) eine Psychose in der Vergangenheit, 3 (5.3%) eine Suchterkrankung und 10 (17.5%) eine andere psychische Erkrankung.

Die Schlafqualität hatte sich bei 192 pflegenden Angehörigen (70.8%) seit der Pflege verschlechtert, bei 78 (28.8%) war sie unverändert und bei einem Angehörigen (0.4%) hatte sie sich verbessert. Körperlich aktiv waren 26 Angehörige (9.6%) nie, 17 (6.3%) weniger als einmal im Monat, 30 (11.1%) weniger als einmal pro Woche und 198 (73.1%) mindestens einmal pro Woche.

7.1.1.2 Betreuung der Person mit Demenz und Inanspruchnahme von Unterstützung

Die durchschnittliche Betreuungsdauer der Person mit Demenz betrug 4.89 Jahre ($SD = 3.68$; Range 0 bis 19).

An 11.35 Tagen ($SD = 12.09$; Range 0 bis 31) pro Monat konnten die Angehörigen die Person mit Demenz für durchschnittlich 5.21 Stunden ($SD = 7.22$; Range 0 bis 24) pro Tag ohne Beaufsichtigung allein lassen. 0.85 Stunden ($SD = 1.37$; Range 0 bis 8) verbrachten die Angehörigen durchschnittlich mit der Pflege in der Nacht. Zudem gaben die Angehörigen im Durchschnitt 1.70 ($SD = 1.65$; Range 0 bis 10) Unterbrechungen des Nachtschlafes an.

Erhaltene Unterstützung bei der Pflege zu T0

Bei der Erstbefragung gaben 48 Angehörige (17.8%) an, keine Unterstützung bei der Pflege zu erhalten. Nur private Unterstützung erhielten 57 Angehörige (21.2%) und nur professionelle Unterstützung 68 Angehörige (25.3%). Etwa ein Drittel der Angehörigen (35.7%) berichtete zur Erstbefragung von sowohl privater als auch professioneller Unterstützung bei der Pflege. Tabelle 11 gibt eine Übersicht zur erhaltenen Unterstützung zur Baseline-Befragung.

Tabelle 11

Erhaltene Unterstützung bei der Pflege zur Erstbefragung (T0)

	<i>n</i>	(%)
keine Unterstützung	48	(17.8)
nur private Unterstützung	57	(21.2)
nur professionelle Unterstützung	68	(25.3)
professionelle & private Unterstützung	96	(35.7)

Zufriedenheit mit der erhaltenden Unterstützung zu T0

Zudem sollten die Angehörigen beurteilen, wie zufrieden Sie mit der erhaltenen professionellen, privaten und emotionalen Unterstützung sind. Hierfür schätzten die Angehörigen auf einer 100-stufigen Thermometerskala (0 = *gar nicht* bis 100 = *sehr zufrieden*) ihre Zufriedenheit mit der professionellen, privaten und emotionalen Unterstützung ein. Am höchsten schätzten die Angehörigen ihre Zufriedenheit mit der professionellen Unterstützung ein, welche mit einem Mittelwert von 75.46 insgesamt hoch ausgeprägt war ($SD = 23.97$; Range 0 bis 100). Deutlich niedriger ausgeprägt war die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit der privaten Unterstützung ($M = 56.32$, $SD = 31.30$; Range 0 bis 100) und die Zufriedenheit mit der emotionalen Unterstützung durch das private Umfeld ($M =$

54.36, $SD = 28.87$; Range 0 bis 100). Die Tabelle 12 fasst die Ergebnisse zur Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit den Unterstützungsangeboten zusammen.

Tabelle 12

Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit der erhaltenen Unterstützung zu T0

	<i>M</i>	<i>SD</i>
professionelle Unterstützung	75.46	23.97
private Unterstützung	56.32	31.30
emotionale Unterstützung	54.36	28.87

Bedürfnis nach Unterstützung zu T0

Des Weiteren sollten die Angehörigen angeben, wie häufig sie sich mehr professionelle, private und emotionale Unterstützung wünschen (siehe Tabelle 13).

Etwa ein Viertel der pflegenden Angehörigen wünschte sich jeweils nie oder selten mehr professionelle (24%), private (24.7%) und emotionale (22.7%) Unterstützung. Dass sie sich manchmal mehr professionelle (42.1%), mehr private (37.5%) und mehr emotionale (34.7%) Unterstützung wünschen, berichteten jeweils mehr als ein Drittel der Angehörigen. Zudem wünschten sich 33.9% der Angehörigen oft oder sehr oft mehr professionelle Unterstützung. Mehr private Unterstützung wünschten sich oft oder sehr oft 37.8% der pflegenden Angehörigen und 42.6% wünschten sich oft oder sehr oft mehr emotionale Unterstützung.

Tabelle 13

Bedürfnis nach Unterstützung der pflegenden Angehörigen zur Erstbefragung (T0)

	mehr professionelle Unterstützung		mehr Unterstützung durch privates Umfeld		mehr emotionale Unterstützung durch privates Umfeld	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
nie	20	(7.5)	19	(7.1)	18	(6.7)
selten	44	(16.5)	47	(17.6)	43	(16.0)
manchmal	112	(42.1)	100	(37.5)	93	(34.7)
oft	72	(27.1)	77	(28.8)	87	(32.5)
sehr oft	18	(6.8)	24	(9.0)	27	(10.1)

Inanspruchnahme professioneller Unterstützung zu T0

Des Weiteren wurde erfragt, welche professionellen Unterstützungsangebote von den Angehörigen genutzt werden. Am häufigsten wurden zur Erstbefragung eine stundenweise ambulante Einzelbetreuung im Hause der Person mit Demenz (31.8%), die häusliche Pflege (29.2%) und die Tagespflege (27.7%) in Anspruch genommen. 21.1% der Angehörigen nahmen eine häusliche Krankenpflege und weitere 21.1% eine hauswirtschaftliche Hilfe zur Unterstützung in Anspruch. Betreuungsgruppen für die Person mit Demenz wurden von 13.7% der pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen. Selten hingegen wurden Gedächtnisgruppen von den Personen mit Demenz besucht (4.9%). Ebenfalls geringfügig wurden Essensdienste (8.6%) und die Nachtpflege (1.1%) in Anspruch genommen.

Zur Erstbefragung hatten 29.2% der Angehörigen eine Verhinderungspflege bereits erhalten. Weitere 14.6% der Angehörigen hatten eine Verhinderungspflege zur Erstbefragung bewilligt erhalten und 8.6% hatten eine Verhinderungspflege beantragt.

Eine Kurzzeitpflege hatten zur Erstbefragung 13.8% der pflegenden Angehörigen erhalten. Zudem hatten 10.3% der Angehörigen eine Kurzzeitpflege bewilligt erhalten und weitere 4.5% hatten zur Erstbefragung diese beantragt. Die Häufigkeiten der Inanspruchnahme der einzelnen Unterstützungsangebote zur Erstbefragung (T0) sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14

Häufigkeiten der Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote zu T0

	<i>n</i>	(%)
Innerhäusliche Angebote		
Häusliche Krankenpflege	56	(21.1)
Häusliche Pflege	78	(29.2)
Hauswirtschaftliche Hilfe	56	(21.1)
Ambulante häusliche Betreuung	84	(31.8)
Essensdienst	23	(8.6)
Verhinderungspflege*		
beantragt	20	(8.6)
bewilligt	34	(14.6)
erhalten	68	(29.2)
Außerhäusliche Angebote		
Tagespflege	74	(27.7)
Nachtpflege	3	(1.1)
Betreuungsgruppe	36	(13.7)
Gedächtnisgruppe	13	(4.9)
Kurzzeitpflege		
beantragt	10	(4.5)
bewilligt	23	(10.3)
erhalten	31	(13.8)

* Bei der Verhinderungspflege wird in der Regel die erkrankte Person z.B. durch einen Pflegedienst oder eine nahe stehende Person zu Hause versorgt, wenn die Hauptpflegeperson (z.B. durch Krankheit oder Erholungsurlaub) verhindert ist. Jedoch kann die Verhinderungspflege auch in einer Kurzzeitpflege-Einrichtung durchgeführt werden.

7.1.1.3 Personen mit Demenz

Von den Personen mit Demenz waren 140 (51.3%) Frauen und 133 (48.7%) Männer. Das durchschnittliche Alter der Person mit Demenz betrug 78.76 Jahre ($SD = 9.35$; Range 44 bis 104). 266 (98.2%) Personen mit Demenz hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. 173 Personen mit Demenz (64.8%) waren verheiratet und lebten mit ihrem Partner zusammen, 78 (29.2%) waren verwitwet.

38 Angehörige (14.0%) konnten die Demenzform des zu Pflegenden nicht benennen. 123 Personen (45.2%) hatten eine Demenz vom Alzheimertyp, 30 (11.0%) eine vaskuläre

Demenz, 14 (5.1%) eine frontotemporale Demenz, 35 (12.9%) eine Demenz im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, 10 (3.7%) eine andere Form und 22 (8.1%) eine Mischform. Durchschnittlich lag die Diagnosestellung 4.28 Jahre ($SD = 3.39$; Range 0 bis 19) zurück. Weitere Erkrankungen neben der Demenzerkrankung hatten 200 Personen (73.8%). Am häufigsten war die Pflegestufe II mit 33.2% vertreten (Tabelle 15). Pflegestufe I lag bei 29.3% der Personen mit Demenz vor. Weitere 17.9% Personen mit Demenz hatten die höchste Pflegestufe und nur bei 10.9% lag noch keine Pflegestufe vor.

Tabelle 15

Pflegestufe der Person mit Demenz

Pflegestufe	<i>n</i>	(%)
keine	25	(10.9)
Pflegestufe 0	20	(8.7)
Pflegestufe I	67	(29.3)
Pflegestufe II	76	(33.2)
Pflegestufe III	41	(17.9)

Für die Global Deterioration Scale (GDS) lagen Angaben von 272 Angehörigen vor (Tabelle 16). Die GDS-Stufe 5 lag bei 105 Personen vor (38.6%), die GDS-Stufe 6 hatten 101 (37.1%) und GDS-Stufe 7 56 (20.6%) Personen mit Demenz. Die GDS-Stufen 1 und 2 wurden in dieser Stichprobe nicht vergeben.

Tabelle 16

Global Deterioration Scale Stufe der Person mit Demenz

GDS-Stufe	<i>n</i>	(%)
3	1	(0.4)
4	9	(3.3)
5	105	(38.6)
6	101	(37.1)
7	56	(20.6)

7.1.2 Randomisierungsscheck der randomisierten Stichprobe

In diesem Abschnitt wird dargestellt, inwiefern die Randomisierung der Stichprobe erfolgreich war, d.h. Hintergrund- und Zielvariablen in beiden Gruppen gleich verteilt sind.

Die Hintergrundvariablen und Zielvariablen wurden dabei getrennt betrachtet. Die Hintergrundvariablen beziehen sich auf die soziodemographischen Angaben der pflegenden Angehörigen und der Personen mit Demenz sowie auf Angaben zur Pflege und zum Schweregrad der Demenz. Diese wurden in den späteren Analysen als Kovariaten berücksichtigt. Die Zielvariablen hingegen beziehen sich auf die Messinstrumente, die zur Überprüfung der Intervention erfasst wurden.

7.1.2.1 Hintergrundvariablen

Die Hintergrundvariablen wurden jeweils einzeln entsprechend ihrem Skalenniveau getestet. Demnach wurden nominalskalierte Variablen mit dem χ^2 -Test überprüft, ordinalskalierte Variablen mit dem Mann-Whitney-Test und intervallskalierte Variablen mit dem t-Test. Berichtet wird im Folgenden immer die exakte zweiseitige Signifikanz. Konnte die exakte Signifikanz nicht berechnet werden (Speicherkapazität nicht ausreichend), wurde die asymptotische Signifikanz angegeben. Bei der Überprüfung der Randomisierung ist die Nullhypothese (kein Unterschied zwischen den Gruppen) die favorisierte Hypothese, was dazu führte, dass der β -Fehler kontrolliert werden muss. Dies kann indirekt über die Erhöhung des α -Fehlers erfolgen. Daher wurde $\alpha = .15$ gesetzt. Dies war notwendig, da aufgrund der Diversität der einzelnen Items, eine multivariate Überprüfung der Randomisierung bei den Hintergrundvariablen nicht möglich war. Bei den χ^2 -Tests fand sich häufig eine sehr kleine Zellenbesetzung. Die Ergebnisse wurden vollständigshalber unter Angabe der erwarteten Zellengrößen berichtet. Aufgrund der hohen Stichprobengröße kann für die folgenden Berechnungen aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes der t-Test als robust auf Verletzungen der Normalverteilung angesehen werden (Eid, 2013).

In der Tabelle 17 sind die Ergebnisse der Testung auf Unterschiede zwischen der TEL und der KG bezüglich der kategorialen Hintergrundvariablen der pflegenden Angehörigen dargestellt. Ein Großteil der Variablen wies keine Unterschiede zwischen den randomisierten Gruppen auf. Folgende Variablen zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen der TEL und der KG: Bundesland des Hauptwohnsitzes der pflegenden Angehörigen (nicht interpretierbar, da erwartete Zellenanzahl zu gering), Vorliegen körperlicher Erkrankungen (KG: 78.9% Zustimmung; TEL: 68.1% Zustimmung), andere körperliche Erkrankungen (KG: 37.1% Zustimmung; TEL: 22.6% Zustimmung) und Überlegungen zur Unterbringung in einem Pflegeheim (KG: 30.6% Zustimmung; TEL: 19.4% Zustimmung).

Tabelle 17

 χ^2 -Tests der kategorialen Hintergrundvariablen der pflegenden Angehörigen

Variable	χ^2	df	p
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	0.00	1	1.000
Staatsbürgerschaft des pflegenden Angehörigen	4.06	6	.922
(für 9 Zellen / 75.0% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Bundesland des Hauptwohnsitzes der pflegenden Angehörigen	126.46	30	.001 _a *
(für 28 Zellen / 58.3% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Familienstand des pflegenden Angehörigen	7.95	8	.441
(für 6 Zellen / 40.0% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Partnerschaftsstatus	2.26	2	.324
Partnerschaft/Ehe mit der Person mit Demenz	1.56	2	.453
Gemeinsamer Haushalt mit der Person mit Demenz	0.14	1	.759
Pflegebeziehung	4.39	6	.723
(für 6 Zellen / 42.9% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Höchster Schulabschluss des pflegenden Angehörigen	1.46	5	.929
(für 4 Zellen / 33.3% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Höchster Ausbildungsabschluss des pflegenden Angehörigen	1.71	5	.893
(für 2 Zellen / 16.7% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Berufstätigkeit des pflegenden Angehörigen	1.37	1	.270
Flexibilität der Arbeitszeiten	2.10	1	.221
Reduktion von Arbeitszeit	0.13	1	.784
Vorliegen körperlicher Erkrankungen	4.07	1	.054*
Vorliegen von Diabetes	0.823	1	.377
Vorliegen von Herz-/Kreislaufkrankungen	1.075 ^a	1	.351
Vorliegen von Atemwegerkrankungen	0.55	1	.556
Vorliegen eines Schlaganfalls	0.41	1	.723
(für 2 Zellen / 50.0% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Vorliegen von Erkrankung des Bewegungsapparates	1.299	1	.273
Vorliegen von gastrointestinale Erkrankungen	0.73	1	.424
Andere körperliche Erkrankungen	6.76	1	.011*

Vorliegen psychischer Erkrankungen	0.65	1	.458
Vorliegen einer Depression	0.87	1	.371
Vorliegen einer Angsterkrankung	0.00	1	1.000
Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung	0.99	1	.341
Vorliegen einer Suchterkrankung	0.35	1	.622
<i>(für 2 Zellen / 50.0% ist die erwartete Anzahl < 5)</i>			
Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen	0.39	1	.749
<i>(für 1 Zelle / 25.0% ist die erwartete Anzahl < 5)</i>			
Ersatzpflege bei Abwesenheit/Krankheit	4.71	3	.196
Unterstützung bei Betreuung/Pflege			
keine	1.08	1	.30
private Unterstützung	0.06	1	.81
professionelle Unterstützung	0.03	1	.87
professionelle & private Unterstützung	0.78	1	.38
Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten			
Häusliche Krankenpflege	0.23	1	.64
Häusliche Pflege	0.00	1	.97
Hauswirtschaftliche Hilfe	0.44	1	.51
Ambulante häusliche Betreuung	0.63	1	.43
Essensdienst	0.43	1	.51
Tagespflege	0.13	1	.91
Nachtpflege	0.35	1	.55
Betreuungsgruppe	0.42	1	.52
Gedächtnisgruppe	0.09	1	.77
Verhinderungspflege	1.87	1	.17
Kurzzeitpflege	0.00	1	.97
Überlegungen zur Unterbringung in einem Pflegeheim	4.48	1	.048*
Art der Krankenversicherung	1.43	2	.512

Anmerkung.^a bedeutet asymptotische Signifikanz. * bedeutet signifikant.

In der Tabelle 18 sind die Ergebnisse der Testung auf Unterschiede zwischen der TEL und der KG bezüglich der ordinalen Hintergrundvariablen der pflegenden Angehörigen und der Personen mit Demenz dargestellt. Alle Variablen wiesen keine Unterschiede zwischen den randomisierten Gruppen auf.

Tabelle 18

Mann-Whitney-Tests der ordinalen Hintergrundvariablen der pflegenden Angehörigen und der Personen mit Demenz

Variable	<i>U</i>	<i>p</i>
Haushaltsnettoeinkommen	8499.50	.388
Veränderung der Schlafqualität seit der Pflege	8586.00	.260
Ausmaß der körperlichen Aktivität	8864.00	.527
Bedürfnis nach mehr professioneller Unterstützung	8547.50	.621
Bedürfnis nach mehr Unterstützung durch das private Umfeld	8600.50	.615
Bedürfnis nach mehr emotionaler Unterstützung durch das private Umfeld	8292.00	.263
Global Deterioration Scale	8848.50	.516
Pflegestufe	6213.00	.493

In der Tabelle 19 sind die Ergebnisse der Testung auf Unterschiede zwischen der TEL und der KG bezüglich der intervallskalierten Hintergrundvariablen der pflegenden Angehörigen und der Personen mit Demenz dargestellt. Ein Großteil der Variablen wies keine Unterschiede zwischen den randomisierten Gruppen auf. Folgende Variablen zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen der TEL und der KG: Anzahl der Personen im Haushalt (KG: $M = 2.24$, $SD = 0.85$; TEL: $M = 2.43$, $SD = 0.85$) und Zufriedenheit mit der professionellen Unterstützung (KG: $M = 72.04$, $SD = 27.53$; TEL: $M = 78.45$, $SD = 20.04$).

Tabelle 19

t-Tests der intervallskalierten Hintergrundvariablen der pflegenden Angehörigen und der Personen mit Demenz

Variable	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Alter des pflegenden Angehörigen	0.432	270	.666
Partnerschaftsdauer mit der Person mit Demenz	0.280	149	.780
Wohndauer mit der Person mit Demenz	0.108	197	.914
Anzahl der Kinder	-0.314	267	.754
Anzahl der Personen im Haushalt	-1.871	269	.062*
Wöchentlicher Umfang der Arbeitszeit	0.374	65	.710
Umfang der Reduktion von Arbeitszeit	-0.890	15	.388
Betreuungsbeginn	0.464	252	.643
Tage ohne Beaufsichtigung	0.901	247	.368
Stunden pro Tag ohne Beaufsichtigung	-0.912	245	.363
Pflegezeit in der Nacht	0.144	232	.885
Anzahl Unterbrechung des Nachtschlafes	-0.047	184	.963
Zufriedenheit mit professioneller Unterstützung	-1.678	135.23	.096*
Zufriedenheit mit privater Unterstützung	-1.424	212	.156
Zufriedenheit mit emotionaler Unterstützung	-1.130	209	.260
Alter der Person mit Demenz	0.374	264	.709
Diagnosezeitpunkt	-1.321	259	.188

*Anmerkung.** bedeutet signifikant.

In der Tabelle 20 sind die Ergebnisse der Testung auf Unterschiede zwischen der TEL und der KG bezüglich der kategorialen Hintergrundvariablen, die die Personen mit Demenz betreffen, dargestellt. Alle Variablen wiesen keine Unterschiede zwischen den randomisierten Gruppen auf.

Tabelle 20

 χ^2 -Tests der kategorialen Hintergrundvariablen der Personen mit Demenz

Variable	χ^2	df	p
Geschlecht der Person mit Demenz	0.01	1	1.000
Staatsbürgerschaft der Person mit Demenz	4.97	4	.498
(für 8 Zellen / 80.0% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Familienstand der Person mit Demenz	5.30	4	.277
(für 6 Zellen / 60.0% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Partnerschaftsstatus der Person mit Demenz	2.18	1	.165
Form der Demenz	4.75	6	.585
(für 1 Zelle / 7.1% ist die erwartete Anzahl < 5)			
Vorliegen weiterer Erkrankungen neben der Demenz	0.27	1	.679

7.1.2.2 Outcomes

Um die erfolgreiche Randomisierung hinsichtlich aller Outcomes zu überprüfen, wurde eine MANOVA durchgeführt. So konnte das zuvor beschriebene Problem der multiplen Testung umgangen werden und eine Korrektur des α -Fehlers war daher nicht notwendig. Im Folgenden wurden zunächst die Voraussetzungen der MANOVA überprüft.

Um die Annahme multivariater Normalität zu überprüfen, wurde zunächst die univariate Normalität der Outcomes überprüft, da univariate Normalität eine notwendige (wenn auch nicht hinreichende) Bedingung für multivariate Normalität ist. Die Kolmogorov-Smirnov-Tests zeigten signifikante Abweichungen von der Normalverteilung für fast alle Outcomes in beiden Gruppen (Siehe Anhang 1; Tabelle 129). Nur Körperbeschwerden in der TEL und depressive Symptome in der KG wichen nicht signifikant ab.

Es zeigten sich signifikante Abweichungen von der Normalverteilung für fast alle Maße in beiden Gruppen. Nur Körperbeschwerden in der TEL und depressive Symptome in der KG wichen nicht signifikant ab.

Um die Annahme der Homogenität der Kovarianzmatrizen zu überprüfen, wurde der *Box-Test* durchgeführt. Der *Box-Test* zeigte, dass die Kovarianzmatrizen homogen waren ($F(28, 253566) = 0.836, p = .712$).

Unter Verwendung der Pillai-Spur (diese ist bei gleicher Stichprobengröße am robustesten gegenüber Verletzungen der Annahmen (Field, 2009) zeigte sich, dass die Gruppenzugehörigkeit keinen signifikanten Effekt auf *Körperbeschwerden*, *depressive*

Symptome, Stimmung, Pflegebelastung, Lebensqualität, Ängstlichkeit und Aggressivität in der Pflege hatte, $V = 0.02$, $F(7,264) = 0.90$, $p = .51$.

7.1.3 Beschreibung der Face-to-Face (F2F)-Interventionsgruppe

Die F2F-Interventionsgruppe bestand aus 49 pflegenden Angehörigen, die im folgenden Abschnitt näher beschrieben werden.

7.1.3.1 Pflegende Angehörige

Alter, Geschlecht, Wohnort, Familienstand und Beziehung zur Person mit Demenz.

Von 49 Angehörigen war die Mehrheit weiblich ($n = 38$, 77.6%). Das durchschnittliche Alter (siehe Tabelle 21) betrug 62.24 Jahre ($SD = 11.37$; Range 26 bis 84). Alle 49 Angehörigen (100.0%) hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Die meisten Angehörigen kamen aus Thüringen (siehe Tabelle 23). Der Großteil der pflegenden Angehörigen waren Ehefrauen/Lebenspartnerinnen (38.8%) und Töchter/Schwiegertöchter (38.8%) (Tabelle 22).

Tabelle 21

Alter der pflegenden Angehörigen

Alter	<i>n</i>	(%)
20-29	1	(2.0)
30-39	2	(4.1)
40-49	4	(8.2)
50-59	5	(10.2)
60-69	27	(55.1)
70-79	7	(14.3)
80-89	3	(6.1)

Tabelle 22

Angehörigenstatus der pflegenden Angehörigen

Angehörigenstatus	<i>n</i>	(%)
Ehefrau/Lebenspartnerin	19	(38.8)
Tochter/Schwiegertochter	19	(38.8)
Ehemann/Lebenspartner	6	(12.2)
Sohn/Schwiegersohn	5	(10.2)

Tabelle 23

Bundesland des Hauptwohnsitzes der pflegenden Angehörigen

Bundesland	<i>n</i>	(%)
Bayern	6	(12.8)
Berlin	15	(31.9)
Brandenburg	3	(6.4)
Sachsen	2	(4.3)
Thüringen	21	(44.7)

Die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen (68.8%) waren verheiratet und lebte mit ihrem Partner zusammen (Tabelle 24). Die übrigen 15 pflegenden Angehörigen wurden gefragt, ob sie in einer festen Partnerschaft lebten, davon bejahten 5 (31.3%) diese Frage.

Bei den Angehörigen, die entweder verheiratet waren oder in einer festen Partnerschaft lebten, handelte es sich bei der (Ehe-)Partnerin/dem (Ehe-)Partner bei 67.6% um die Person mit Demenz. Die Partnerschaft zur Person mit Demenz bestand im Durchschnitt seit 39.76 Jahren ($SD = 12.56$; Range 5 bis 55).

In einem Haushalt mit der an Demenz erkrankten Person lebten 36 (73.5%) Angehörige. Die durchschnittliche gemeinsame Wohndauer betrug 30.93 Jahre ($SD = 18.47$; Range 0 bis 55 Jahre). Im Durchschnitt hatten die Angehörigen 1.43 Kinder ($SD = 1.06$; Range 0 bis 5). Im Haushalt der pflegenden Angehörigen lebten, sie selbst eingeschlossen, im Durchschnitt 2.12 Personen ($SD = 0.67$; Range 1 bis 4).

Tabelle 24

Familienstand der pflegenden Angehörigen und der Personen mit Demenz

Familienstand	Pflegender Angehöriger		Person mit Demenz	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
verheiratet	33	(68.8)	27	(57.4)
verheiratet in Trennung lebend	4	(8.3)	1	(2.1)
ledig	5	(10.4)	1	(2.1)
geschieden	5	(10.4)	2	(4.3)
verwitwet	1	(2.1)	16	(34.0)

Schule, Ausbildung, berufliche Tätigkeit und Einkommen

Die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen hatte die allgemeine Hochschulreife (siehe Tabelle 25) und 30.6% wiesen einen Universitätsabschluss auf (siehe Tabelle 26).

Tabelle 25

Höchster Schulabschluss der pflegenden Angehörigen

Schulabschluss	<i>n</i>	(%)
Haupt-/Volksschule	5	(10.2)
Realschule	17	(34.7)
Fachhochschulreife	2	(4.1)
Abitur	25	(51.0)

Tabelle 26

Höchster Ausbildungsabschluss der pflegenden Angehörigen

Ausbildungsabschluss	<i>n</i>	(%)
noch in Ausbildung	1	(2.0)
Betriebliche Ausbildung	12	(24.5)
Berufsschulische Ausbildung	11	(22.4)
Fachhochschulabschluss	8	(16.3)
Universitätsabschluss	15	(30.6)
Anderer	2	(4.1)

Berufstätig waren 11 Angehörige (22.4%). Von diesen gaben 8 Personen (72.7%) an, flexible Arbeitszeiten zu haben und 3 (27.3%) feste Arbeitszeiten. Die wöchentliche Stundenzahl betrug im Durchschnitt 34.05 Stunden ($SD = 14.51$; Range 7 bis 60). Zwei Angehörige (18.2%) hatten ihre Arbeitszeit reduziert. Die durchschnittliche Reduktion der Arbeitszeit betrug 17.50 Stunden ($SD = 3.54$; Range 15 bis 20). Von den 38 Nicht-Berufstätigen (77.6%) wurden folgende Gründe angegeben: 3 (7.9%) waren Hausfrau/-mann, 1 (2.6%) war in Ausbildung, 21 (55.3%) hatten das Rentenalter erreicht, 6 (15.8%) waren vorzeitig berentet, 3 (7.9%) erhielten eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente, 1 (2.6%) hatte eine Kündigung erhalten, 6 (15.8%) hatten gesundheitliche Probleme, 6 (15.8%) wollten für den Angehörigen sorgen und 4 (10.5%) hatten andere Gründe. 10.4% hatten ein Haushaltsnettoeinkommen von unter 1000 EUR (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27

Haushaltsnettoeinkommen der pflegenden Angehörigen

Haushaltsnettoeinkommen in EUR	<i>n</i>	(%)
Bis 499	0	(0.0)
500 - 999	5	(10.4)
1.000 - 1.499	8	(16.7)
1.500 - 1.999	8	(16.7)
2.000 - 2.499	11	(22.9)
2.500 - 2.999	6	(12.5)
3.000 - 3.999	6	(12.5)
Ab 4.000	4	(8.3)

Erkrankungen, Wohlbefinden und Krankenversicherungsstatus

44 pflegende Angehörige (91.7%) waren gesetzlich versichert, 4 (8.3%) erhielten Beihilfe und waren privat versichert (Beamtenstatus).

Eine körperliche Erkrankung hatten 36 Angehörige (73.5%). Von diesen 36 Personen gaben 4 (11.1%) an Diabetes zu haben, 13 (36.1%) Herz-/Kreislauferkrankungen, 3 (8.3%) Atemwegserkrankungen, 2 (5.6%) einen Schlaganfall, 20 (55.6%) Erkrankung des Bewegungsapparates, 5 (13.9%) gastrointestinale Erkrankungen und 19 (52.8%) andere Erkrankungen.

Eine psychische Erkrankung hatten 11 pflegende Angehörige (22.9%). Von diesen 11 Personen gaben 7 Angehörige an, eine Depression zu haben, 2 eine Angsterkrankung, 4 eine psychosomatische Erkrankung und 2 eine andere psychische Erkrankung.

Die Schlafqualität hatte sich bei 31 pflegenden Angehörigen (63.3%) seit der Pflege verschlechtert und bei 18 (36.7%) war sie unverändert. Körperlich aktiv waren 5 Angehörige (10.2%) nie, 4 (8.2%) weniger als einmal im Monat, 2 (4.1%) weniger als einmal pro Woche und 38 (77.6%) mindestens einmal pro Woche.

Betreuung der Person mit Demenz und Inanspruchnahme von Unterstützung

Die durchschnittliche Betreuungsdauer der Person mit Demenz betrug 5.52 Jahre ($SD = 4.01$; Range 0 bis 21).

An 13.49 Tagen ($SD = 12.16$; Range 0 bis 30) pro Monat konnten die Angehörigen die Person mit Demenz für durchschnittlich 5.30 Stunden ($SD = 7.79$; Range 0 bis 24) pro Tag ohne

Beaufsichtigung allein lassen. In der Nacht verbrachten die Angehörigen durchschnittlich 0.76 Stunden ($SD = 1.41$; Range 0 bis 8) mit Pflegeaufgaben. im Durchschnitt hatten die Angehörigen 1.33 ($SD = 1.46$; Range 0 bis 5) Unterbrechungen des Nachtschlafes pro Nacht.

13 pflegende Angehörige (27.1%) hatten Überlegungen zur Unterbringung der Person mit Demenz in einem Pflegeheim angestellt.

Bei der Erstbefragung gaben 5 der Angehörigen (10.2%) an, keine Unterstützung bei der Pflege zu erhalten. 11 Angehörige (22.4%) erhielten nur private, 14 (28.6%) nur professionelle und 19 (38.8%) sowohl private als auch professionelle Unterstützung (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28

Erhaltene Unterstützung bei der Pflege zur Erstbefragung (T0)

	<i>n</i>	(%)
keine Unterstützung	5	(10.2)
nur private Unterstützung	11	(22.4)
nur professionelle Unterstützung	14	(28.6)
professionelle & private Unterstützung	19	(38.8)

Zudem gaben die pflegenden Angehörigen auf Thermometerskalen ihre Zufriedenheit mit professioneller Unterstützung ($M = 73.73$, $SD = 17.69$; Range 20 bis 100), mit privater Unterstützung ($M = 59.88$, $SD = 32.16$; Range 0 bis 100) und mit emotionaler Unterstützung durch das private Umfeld ($M = 60.21$, $SD = 28.77$; Range 0 bis 100) an. Tabelle 29 fasst die Ergebnisse zur Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit den Unterstützungsformen zusammen.

Tabelle 29

Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit der erhaltenen Unterstützung zur Erstbefragung (T0)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
professionelle Unterstützung	73.73	17.69
private Unterstützung	59.88	32.16
emotionale Unterstützung	60.21	28.77

Des Weiteren sollten die Angehörigen angeben, wie häufig sie sich mehr professionelle, private Unterstützung und mehr emotionale Unterstützung wünschen (siehe Tabelle 30). 24.4% der Angehörigen wünschten sich oft oder sehr oft mehr professionelle, 34.7% wünschten sich mehr private und 51.0% mehr emotionale Unterstützung.

Tabelle 30

Bedürfnis nach Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Antwortoptionen	mehr professionelle Unterstützung		mehr Unterstützung durch ihr privates Umfeld		mehr emotionale Unterstützung durch ihr privates Umfeld	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
nie	4	(8.2)	5	(10.2)	4	(8.2)
selten	7	(14.3)	10	(20.4)	10	(20.4)
manchmal	26	(53.1)	17	(34.7)	10	(20.4)
oft	6	(12.2)	13	(26.5)	13	(26.5)
sehr oft	6	(12.2)	4	(8.2)	12	(24.5)

Überdies wurde erfragt, welche professionellen Unterstützungsangebote von den Angehörigen genutzt werden. Am häufigsten wurden zur Erstbefragung eine stundenweise ambulante Einzelbetreuung im Hause der Person mit Demenz (36.2%), die häusliche Pflege (33.3%) und häusliche Krankenpflege (26.5%) in Anspruch genommen. 25% der Angehörigen nahmen die Tagespflege und weitere 14.3% eine hauswirtschaftliche Hilfe zur Unterstützung in Anspruch.

Essensdienste wurde von 10.2% und die Nachtpflege von 2.1% der pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen. Betreuungsgruppen für die Personen mit Demenz wurden von 14.3% der pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen und Gedächtnisgruppen von zwei Personen mit Demenz besucht (4.3%).

Zur Erstbefragung hatten 27.9% der Angehörigen bereits eine Verhinderungspflege erhalten. Weiteren 25.6% der Angehörigen war eine Verhinderungspflege zur Erstbefragung bewilligt worden.

Eine Kurzzeitpflege hatten zur Erstbefragung 4.5% der pflegenden Angehörigen erhalten. Zudem war 9.1% der Angehörigen eine Kurzzeitpflege bewilligt worden und weitere 6.8% hatten zur Erstbefragung eine Kurzzeitpflege beantragt. Die Häufigkeiten der

Inanspruchnahme der einzelnen Unterstützungsangebote zur Erstbefragung (T0) sind in Tabelle 31 dargestellt.

Tabelle 31

Häufigkeiten der Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote zur Erstbefragung (T0)

	<i>n</i>	(%)
Innerhäusliche Angebote		
Häusliche Krankenpflege	13	(26.5)
Häusliche Pflege	16	(33.3)
Hauswirtschaftliche Hilfe	7	(14.3)
Ambulante häusliche Betreuung	17	(36.2)
Essensdienst	5	(10.2)
Verhinderungspflege *		
beantragt	0	-
bewilligt	11	(25.6)
erhalten	12	(27.9)
Außerhäusliche Angebote		
Tagespflege	12	(25.0)
Nachtpflege	1	(2.1)
Betreuungsgruppe	7	(14.3)
Gedächtnisgruppe	2	(4.3)
Kurzzeitpflege		
beantragt	3	(6.8)
bewilligt	4	(9.1)
erhalten	2	(4.5)

* Bei der Verhinderungspflege wird in der Regel die erkrankte Person z.B. durch einen Pflegedienst oder eine nahe stehende Person zu Hause versorgt, wenn die Hauptpflegeperson (z.B. durch Krankheit oder Erholungsurlaub) verhindert ist. Jedoch kann die Verhinderungspflege auch in einer Kurzzeitpflege-Einrichtung durchgeführt werden.

7.1.3.2 Personen mit Demenz

Von den Personen mit Demenz waren 25 (51.0%) Frauen und 24 (49.0%) Männer. Das durchschnittliche Alter der Person mit Demenz betrug 78.63 Jahre ($SD = 11.00$; Range 47 bis 98). 49 (100.0%) Personen mit Demenz hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Verheiratet

waren 27 Personen mit Demenz (57.4%) und lebten mit ihrem Partner zusammen, 16 (34.0%) Personen mit Demenz waren verwitwet. Von den Personen mit Demenz, die nicht verheiratet und zusammenlebend waren, lebten 8 (29.6%) in einer festen Partnerschaft.

Die Demenzform kannten 11 Angehörige (22.9%) nicht. Bei 19 Personen mit Demenz (39.6%) lag eine Demenz vom Alzheimertyp, bei 3 (6.3%) eine vaskuläre Demenz, bei 3 (6.3%) eine frontotemporale Demenz, bei 3 (6.3%) eine Demenz im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, bei 4 (8.3%) eine andere Form und bei 5 (10.4%) eine Mischform vor. Durchschnittlich waren 3.62 Jahre ($SD = 2.75$; Range 0 bis 11) seit der Diagnose vergangen. Weitere Erkrankungen neben der Demenzerkrankung hatten 36 Personen (73.5%). Am häufigsten lag die Pflegestufe II (30.0%) vor (Tabelle 32). Weitere 17.5% Personen mit Demenz hatten die höchste Pflegestufe und ebenfalls 17.5% hatten noch keine Pflegestufe.

Tabelle 32

Pflegestufe der Person mit Demenz

Pflegestufe	<i>n</i>	(%)
Keine	7	(17.5)
Pflegestufe 0	3	(7.5)
Pflegestufe I	11	(27.5)
Pflegestufe II	12	(30.0)
Pflegestufe III	7	(17.5)

Die GDS-Stufe 3 hatten nur zwei Personen mit Demenz (Tabelle 33). Bei weiteren 53.1% Personen mit Demenz lag die GDS-Stufe 5 vor, bei 32.7% die GDS-Stufe 6 und bei 10.2% die GDS-Stufe 7. Die anderen Stufen waren in dieser Stichprobe nicht vorhanden.

Tabelle 33

Global Deterioration Scale Stufe der Person mit Demenz

GDS-Stufe	<i>n</i>	(%)
3	2	(4.1)
4	0	(0.0)
5	26	(53.1)
6	16	(32.7)
7	5	(10.2)

7.2 Deskriptive Beschreibung der proximalen und distalen Zielgrößen zur Baseline

Im folgenden Abschnitt wird die deskriptive Beschreibung der proximalen und distalen Zielgrößen dargestellt. Dies erfolgt zunächst für die randomisierte Stichprobe (TEL und KG) und anschließend für die F2F.

7.2.1 Proximale und distale Zielgrößen der Telefoninterventionsgruppe und Kontrollgruppe

Die T0-Ergebnisse der proximalen und distalen Zielvariablen der Telefoninterventionsgruppe und der Kontrollgruppe sind in Tabelle 34 dargestellt.

Im Vergleich zu Stichproben der Allgemeinbevölkerung hatten die pflegenden Angehörigen mehr depressive Symptome (Normwert für ≥ 50 Jahre: $M = 13.2$ ($SD = 9.6$) (Hautzinger, 2012) und körperliche Beschwerden (Normwert für > 60 Jahre: $M = 19.3$ ($SD = 13.2$) (Brähler, 2008). Besonders auf den Subskalen *Erschöpfung* und *Gliederschmerzen* lagen körperliche Beschwerden vor. Die Lebensqualitätswerte der pflegenden Angehörigen waren ebenfalls deutlich geringer für psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und die Globalbeurteilung (Normwert Globalbeurteilung für 56 bis 65 Jahre: $M = 63.2$ ($SD = 18.2$) (Angermeyer, 2000). Die mittlere Pflegebelastung war mit 72.68 ($SD = 19.02$) auf einer Skala von 0 bis 100 hoch. Die mittlere Stimmung war mit 48.02 ($SD = 23.40$) auf einer Skala von 0 bis 100 eher niedrig ausgeprägt.

Das mittlere Trauerempfinden lag zur Baseline mit 3.70 ($SD = 0.83$, Range 1 bis 5) auf einer Skala von 1 bis 5 im mittleren bis erhöhten Bereich.

Die Subskalen der Stressbewältigung und Ressourcenförderung waren zur Baseline im mittleren Bereich ausgeprägt

Tabelle 34

T0-Daten der Telefoninterventions- und Kontrollgruppe

Zielvariablen	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	Range
Depressive Symptome (ADS)	22.49	(9.62)	3 bis 51
Lebensqualität (WHO-Qol-Bref)			
Globalbeurteilung	48.86	(17.98)	0 bis 100
Physische Befindlichkeit	62.42	(18.66)	7 bis 100
Psychisches Wohlbefinden	55.48	(17.22)	8 bis 100
Soziale Beziehungen	48.49	(19.38)	0 bis 92
Umwelt	69.72	(13.80)	25 bis 97
Körperbeschwerden (GBB-24)			
Gesamtskala Beschwerdedruck	25.62	(13.94)	0 bis 64
Subskala Erschöpfung	9.11	(5.67)	0 bis 23
Subskala Magenbeschwerden	3.14	(3.60)	0 bis 23
Subskala Gliederschmerzen	9.20	(4.93)	0 bis 22
Subskala Herzbeschwerden	4.17	(3.72)	0 bis 17
Pflegebelastung (Thermometer 0 bis 100)	72.68	(19.02)	0 bis 100
Stimmung (Thermometer 0 bis 100)	48.02	(23.40)	0 bis 100
Ängstlichkeit (HADS)	9.61	(4.15)	0 bis 20
Aggressivität in der Pflege (LEANDER)	0.94	(0.67)	0 bis 3
Verlust und Trauer	3.70	(0.83)	1 bis 5
Stressbewältigung & Ressourcenförderung			
Wohlbefinden	2.44	(0.68)	1 bis 5
Stressbewältigung	2.82	(0.63)	1 bis 5
Unterstützung	2.46	(0.75)	1 bis 5

7.2.2 Proximale und distale Zielgrößen der Face-to-Face-Interventionsgruppe

Die T0-Ergebnisse der primären und sekundären Zielvariablen der F2F-Stichprobe sind in Tabelle 35 dargestellt.

Im Vergleich zu Stichproben der Allgemeinbevölkerung hatten die pflegenden Angehörigen der F2F-Stichprobe mehr depressive Symptome (Normwert für ≥ 50 Jahre: $M = 13.2$ ($SD = 9.6$) (Hautzinger, 2012) und körperliche Beschwerden (Normwert für > 60 Jahre: $M = 19.3$ ($SD = 13.2$) (Brähler, 2008). Besonders auf den Subskalen *Erschöpfung* und *Gliederschmerzen* lagen körperliche Beschwerden vor. Die Lebensqualitätswerte der

pflegenden Angehörigen waren ebenfalls deutlich geringer für *psychisches Wohlbefinden*, *soziale Beziehungen* und die Globalbeurteilung (Normwert Globalbeurteilung für 56 bis 65 Jahre: $M = 63.2$ ($SD = 18.2$) (Angermeyer, 2000). Die mittlere Pflegebelastung war mit 73.55 ($SD = 19.84$) auf einer Skala von 0 bis 100 hoch. Die mittlere Stimmung war mit 49.53 ($SD = 24.46$) auf einer Skala von 0 bis 100 eher niedrig ausgeprägt. Das mittlere Trauerempfinden lag zur Baseline mit 3.63 ($SD = 0.73$, Range 1 bis 5) auf einer Skala von 1 bis 5 ebenfalls im mittleren bis erhöhten Bereich. Die Subskalen der Stressbewältigung und Ressourcenförderung waren zur Baseline im mittleren Bereich ausgeprägt

Tabelle 35

T0-Daten der F2F-Stichprobe

Zielvariablen	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	Range
Depressive Symptome (ADS)	21.22	(10.49)	3 bis 47
Lebensqualität (WHO-Qol-Bref)			
Globalbeurteilung	54.59	(20.36)	13 bis 100
Physische Befindlichkeit	67.57	(14.99)	25 bis 100
Psychisches Wohlbefinden	55.36	(19.62)	13 bis 96
Soziale Beziehungen	47.62	(23.14)	0 bis 83
Umwelt	73.72	(14.19)	34 bis 100
Körperbeschwerden (GBB-24)			
Gesamtskala Beschwerdedruck	24.86	(13.04)	2 bis 53
Subskala Erschöpfung	9.76	(5.19)	0 bis 21
Subskala Magenbeschwerden	3.24	(3.35)	0 bis 11
Subskala Gliederschmerzen	8.45	(4.46)	1 bis 20
Subskala Herzbeschwerden	3.41	(3.35)	0 bis 13
Pflegebelastung (Thermometer 0 bis 100)	73.55	(19.84)	15 bis 100
Stimmung (Thermometer 0 bis 100)	49.53	(24.46)	10 bis 100
Ängstlichkeit (HADS)	9.53	(4.43)	1 bis 20
Aggressivität in der Pflege (LEANDER)	0.94	(0.60)	0 bis 3
Verlust und Trauer	3.63	(0.73)	1 bis 5
Stressbewältigung & Ressourcenförderung			
Wohlbefinden	2.66	(.61)	1 bis 4
Stressbewältigung	2.99	(.61)	1 bis 5
Unterstützung	2.54	(.62)	1 bis 4

7.3 Ergebnisevaluation: Effektivität der Tele.TAnDem Intervention zum post- und 6-Monats-Follow-up (Telefonbedingung versus Kontrollgruppe)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zur Effektivität der Tele.TAnDem Intervention zum Post- und 6-Monats-Follow-up für die telefonische Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe dargestellt. Dabei werden zunächst die Ergebnisse zu den proximalen (interventionsnahen) Zielgrößen und anschließend zu den distalen (globalen) Zielgrößen berichtet.

Zur Veranschaulichung ist in Abbildung 4 das vereinfachte Prädiktor-Modell dargestellt. Zwischen den latenten Variablen werden keine Kovarianzen mehr angenommen sondern autoregressive Pfade, also direktionale Regressionspfade bei denen ein Konstrukt sich selbst zu einem anderen Messzeitpunkt vorhersagt. Der autoregressive Pfad zwischen T1 und T2 wurde auf 0 fixiert um jeweils einen Vergleich zur Baseline-Messung zu ermöglichen. Die Kovariate Geschlecht wurde als Prädiktor für die Baseline-Messung inkludiert, da diese Kovariate über die Zeit stabil ist. Gruppe wurde erst zum Messzeitpunkt T1 inkludiert, da erst hier eine Wirkung angenommen werden kann. Das statistische Vorgehen ist im Anhang unter Punkt 2 ausführlich dargestellt.

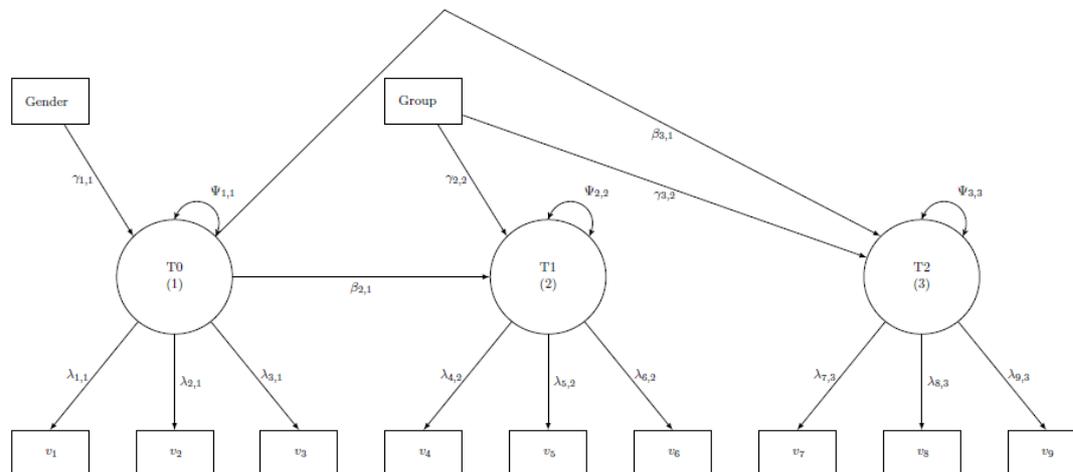


Abbildung 4. Prädiktor-Modell zur Überprüfung des Interventionseinflusses.

7.3.1 Effektivität hinsichtlich der proximalen Zielgrößen

7.3.1.1 Emotionales Wohlbefinden (Stimmungsthermometer)

In Tabelle 36 sind die Ergebnisse zum emotionalen Wohlbefinden dargestellt. Das entsprechende Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf (siehe Anhang 3.1).

Die TEL wies zu T1 eine bessere Stimmung auf als die KG im Vergleich zur T0-Befragung ($\gamma = 9.59, p = .001$). Somit wirkte sich die Intervention signifikant positiv auf die Stimmung der pflegenden Angehörigen zu T1 aus. Die TEL zeigte auch zu T2 eine bessere Stimmung als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = 7.61, p = .007$). Demnach besteht bezüglich des emotionalen Wohlbefindens ein nachhaltiger Interventionseffekt.

Tabelle 36

Skalenergebnisse des Stimmungsthermometers.

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
KG	47.13	(22.89)	49.02	(22.08)	48.98	(24.09)
TEL	48.88	(23.93)	57.73	(24.21)	55.61	(23.72)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.1.2 Depressive Symptome (ADS)

In Tabelle 37 sind die Skalenergebnisse der ADS dargestellt. Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf. Eine starke Messinvarianz kann angenommen werden (siehe Anhang 3.2).

Die TEL zeigte zu T1 eine signifikant geringere depressive Symptomatik als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.22, p = .048$). Somit führte die Intervention zu einer signifikanten Abnahme der depressiven Symptomatik der pflegenden Angehörigen zu T1 in der Interventionsgruppe. Die TEL hatte zu T2 keine geringere depressive Symptomatik als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.16, p = .22$).

Tabelle 37

Skalenergebnisse der ADS

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
KG	23.27	(9.54)	20.92	(9.16)	20.10	(10.57)
TEL	21.73	(9.66)	18.94	(9.61)	19.08	(10.12)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.1.3 Pflegebezogene Einstellungen

Zur Untersuchung der Gruppenunterschiede zwischen der TEL und der KG in den pflegebezogenen Einstellungen zu T1 wurde eine MANCOVA mit der Variable „Gruppe“

(TEL vs. KG) als festem Faktor, den Skalen *Aufopferung*, *Negativismus*, *Innere Verpflichtung*, *Abgrenzung und Akzeptanz* zu T1 als abhängigen Variablen und den Variablen *Aufopferung*, *Negativismus*, *Innere Verpflichtung*, *Abgrenzung und Akzeptanz* zu T0 als Kovariaten berechnet. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in den pflegebezogenen Einstellungen der Angehörigen zwischen den beiden Gruppen [$F(1,199)= 0.456, p = .808$].

Zur Untersuchung der Gruppenunterschiede zwischen der Interventionsgruppe (TEL) und der Kontrollgruppe (KG) in den pflegebezogenen Einstellungen zu T2 wurde eine MANCOVA mit der Variable „Gruppe“ (TEL vs. KG) als festem Faktor, den Skalen *Aufopferung*, *Negativismus*, *Innere Verpflichtung*, *Abgrenzung und Akzeptanz* zu T2 als abhängigen Variablen und den Variablen *Aufopferung*, *Negativismus*, *Innere Verpflichtung*, *Abgrenzung und Akzeptanz* zu T0 als Kovariaten berechnet. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den pflegebezogenen Einstellungen der Angehörigen zwischen den beiden Gruppen [$F(1,156)= 2.254, p = .05$] zum Zeitpunkt T2. Des Weiteren wurden signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf den Skalen *Aufopferung* und *Akzeptanz* identifiziert. Zum Zeitpunkt T2 wies die Interventionsgruppe eine signifikant geringere Aufopferung [$F(1,156)= 4.453, p < .05$] und eine signifikant höhere Akzeptanz [$F(1,156)= 5.506, p < .05$] auf als die Kontrollgruppe (siehe Tabelle 38 für Mittelwerte und Standardabweichungen).

Tabelle 38

Mittelwerte und Standardabweichungen auf den Skalen pflegebezogener Einstellungen zu T0, T1 und T2

Skala	Gruppe	T0	T1	T2
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Aufopferung	TEL	1.96 (0.94)	1,77 (0.85)	1,66 (0.89)
	KG	1.91 (0.94)	1,82 (0.87)	1,89 (0.96)
Negativismus	TEL	0.86 (0.69)	0.72 (0.61)	0.63 (0.50)
	KG	0.87 (0.63)	0.72 (0.57)	0.70 (0.64)
Innere Verpflichtung	TEL	2.62 (0.67)	2.43 (0.74)	2.40 (0.64)
	KG	2.50 (0.66)	2.41 (0.75)	2.41 (0.75)
Abgrenzung	TEL	2.22 (0.71)	2,28 (0.79)	2.25 (0.67)
	KG	2.26 (0.70)	2,24 (0.71)	2.22 (0.71)
Akzeptanz	TEL	2.46 (0.63)	2.56 (0.71)	2.58 (0.66)
	KG	2.48 (0.62)	2.51 (0.63)	2.45 (0.66)

7.3.1.4 Bewältigung von Verlust und Trauer

Das Latent Change Modell (siehe Anhang 3.3) weist einen akzeptablen Modell-Fit auf. Eine starke partielle Messinvarianz kann angenommen werden (siehe Anhang 3.3).

In Tabelle 39 sind die Ergebnisse zur Veränderung des Belastungserlebens durch Trauer und Verlust in der KG und TEL zu T0, T1 und T2 dargestellt. Die TEL zeigte von T0 zu T1 keine signifikant stärkere Veränderung im Trauererleben als die KG ($\gamma = -0.13$, $p = .19$), jedoch reduzierte sich das Belastungserleben durch Trauer und Verlust zwischen T0 und T2 in der TEL stärker als in der KG ($\gamma = -0.88$, $p = .008$). Somit führte die Intervention zu einer signifikanten Abnahme der Belastung durch Trauer und Verlust bei den pflegenden Angehörigen in der Interventionsgruppe zum 6-Monats-Follow-up.

Tabelle 39

Skalenergebnisse Trauer

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
KG	3.67	(0.80)	3.50	(0.93)	3.60	(0.89)
TEL	3.71	(0.85)	3.42	(0.91)	3.32	(0.94)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.1.5 Trauerprozesse nach dem Tod der Personen mit Demenz

Trauerprozesse nach dem Tod der Personen mit Demenz wurden mittels multiplen hierarchischen Regressionsanalysen untersucht. Neben der Zugehörigkeit zur Studiengruppe wurden soziodemographische (Geschlecht, Alter der Erkrankten, Pflegebeziehung, Zeitspanne seit dem Todesfall), pflegespezifische (subjektive Pflegebelastung, Zurechtkommen mit der Pflegesituation, Zurechtkommen mit Verhaltensweisen der Erkrankten), und psychologische Variablen (Depressivität, pflegebedingte Trauer) zur Baseline-Befragung als Prädiktoren in den Modellen berücksichtigt.

Die Berechnung der Werte auf allen Subskalen des *WüTI* erfolgte nach Vorgaben des Manuals (Wittkowski, 2013, p. 46) durch Summenbildung und Ergänzung fehlender Werte durch Schätzungen.

Zugehörigkeit zur TEL erwies sich als signifikanter Prädiktor für höhere Werte auf der Subskala *Allgemeine Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum* zu T1 ($\beta = .573$, $p = .001$). Die Variable Studiengruppe klärte zudem 13.4% der Gesamtvarianz auf. Der Effekt blieb jedoch nicht bis zu T2 bestehen. Allerdings muss die Signifikanz zu T1 unter Vorbehalt der geringen

Stichprobengröße interpretiert werden. Weiterhin konnten keine Effekte auf den verbleibenden Subskalen des *WüTI* nachgewiesen werden (alle $p > .05$). Die Ergebnisse der Subskala *Allgemeine Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum* sind in Tabelle 40 dargestellt.

Tabelle 40

Skalenergebnisse der WüTI-Subskala Allgemeine Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum

	T0	T1 ^a	T2 ^b
Gruppe	M (SD)	M (SD)	M (SD)
KG	n.a.	8.80 (3.85)	8.95 (3.12)
TEL	n.a.	10.09 (3.18)	9.09 (3.91)

Anmerkung: ^a $n_{TEL} = 11$, $n_{KG} = 10$; ^b $n_{TEL} = 22$, $n_{KG} = 22$.

7.3.1.6 Stressbewältigung und Ressourcenförderung

Realisierung von Wohlbefinden

In Tabelle 41 sind die Ergebnisse zur Realisierung von Wohlbefinden dargestellt. Das Latent Change Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf; eine starke Messinvarianz kann angenommen werden (siehe Anhang 3.4). In beiden Gruppen stieg das Wohlbefinden von T0 zu T2 an. Obwohl das Wohlbefinden in der TEL zu allen drei Erhebungszeitpunkten höher als in der KG war, unterschieden sich die beiden Gruppen weder zur Post- ($\gamma = 0.18$, $p = .13$) noch zur Follow-Up-Messung ($\gamma = -0.10$, $p = .43$) signifikant voneinander.

Tabelle 41

Skalenergebnisse der RES-Skala Wohlbefinden

	T0		T1		T2	
Gruppe	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
KG	2.38	(0.65)	2.59	(0.73)	2.75	(0.75)
TEL	2.50	(0.71)	2.88	(0.72)	2.78	(0.73)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

Realisierung von Stressbewältigung

In Tabelle 42 sind die Ergebnisse zur Realisierung von Stressbewältigung dargestellt. Das Latent Change Modell weist einen akzeptablen bis guten Modell-Fit auf; eine starke Messinvarianz kann angenommen werden (siehe Anhang 3.4). Die TEL realisierte zu T1

signifikant mehr Ressourcen zur Stressbewältigung als die KG ($\gamma = 0.27, p = .01$). Somit wirkte sich die Intervention signifikant positiv auf die Nutzung von Ressourcen zur Stressbewältigung der pflegenden Angehörigen unmittelbar nach Ende der Intervention aus. Dieser Gruppenunterschied blieb jedoch nicht bis zu T2 bestehen ($\gamma = -0.06, p = .57$).

Tabelle 42

Skalenergebnisse der RES-Skala Stressbewältigung

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
KG	2.77	(0.61)	2.90	(0.61)	3.01	(0.64)
TEL	2.87	(0.65)	3.16	(0.58)	3.05	(0.58)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

Realisierung von Unterstützung

In Tabelle 43 sind die Ergebnisse zur Realisierung von Unterstützung dargestellt. Das Latent Change Modell weist einen akzeptablen bis guten Modell-Fit auf; eine starke Messinvarianz kann angenommen werden (siehe Anhang 3.4). Die Nutzung von Ressourcen zur Unterstützung nahm in beiden Gruppen zu T1 zu und dann zu T2 wieder leicht ab, wobei die Ressourcenrealisierung in beiden Gruppen zum Follow-up über dem Mittelwert der Baseline-Befragung lag. Obwohl die Mittelwerte der TEL durchgängig über denen der KG lagen, waren die Gruppenunterschiede weder zum Post- ($\gamma = 0.04, p = .72$) noch zum Follow-Up-Zeitpunkt ($\gamma = 0.01, p = .93$) signifikant.

Tabelle 43

Skalenergebnisse der RES-Skala Unterstützung

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
KG	2.42	(0.79)	2.65	(0.70)	2.61	(0.76)
TEL	2.51	(0.71)	2.79	(0.80)	2.71	(0.76)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.1.7 Aggressivität in der Pflege (LEANDER)

In Tabelle 44 sind die Skalenergebnisse des LEANDER Fragebogens zur Aggressivität in der Pflege dargestellt. Starke Messinvarianz kann angenommen werden. Das Prädiktor-Modell

weist einen akzeptablen Modell-Fit auf (siehe Anhang 3.5). Die TEL wies zu T1 keine geringere Aggressivität in der Pflege auf als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.09, p = .27$). Die TEL wies auch zu T2 keine geringere Aggressivität in der Pflege auf als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.03, p = .78$).

Tabelle 44

Skalenergebnisse des LEANDER

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
KG	1.00	(0.68)	0.80	(0.55)	0.79	(0.61)
TEL	0.87	(0.66)	0.71	(0.57)	0.74	(0.60)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.2 Effektivität hinsichtlich der distalen Zielgrößen

7.3.2.1 Körperbeschwerden GBB-24

In Tabelle 45 sind die Ergebnisse des GBB-24-Beschwerdedruck und der Subskalen dargestellt. Starke Messinvarianz kann angenommen werden. Die Prädiktor-Modelle weisen einen akzeptablen Modell-Fit auf (Anhang 3.6).

Die TEL hatte zu T1 einen geringeren Beschwerdedruck als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.25, p = .01$). Somit wirkte sich die Intervention signifikant positiv auf den Beschwerdedruck der pflegenden Angehörigen zu T1 aus. Zu T2 wies die TEL keinen geringeren Beschwerdedruck als die KG im Vergleich zu T0 auf ($\gamma = -0.01, p = .92$). Die TEL hatte zu T1 geringere Gliederschmerzen als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.27, p = .008$). Somit wirkte sich die Intervention signifikant positiv auf die Gliederschmerzen der pflegenden Angehörigen zu T1 aus. Dieser Effekt zeigte sich jedoch nicht zu T2 ($\gamma = -0.03, p = .82$).

Die TEL hatte weder zu T1 eine geringere Erschöpfung als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.17, p = .09$) noch zu T2 ($\gamma = 0.06, p = .56$). Auch für Herzbeschwerden (T1: $\gamma = -0.15, p = .16$; T2: $\gamma = -0.06, p = .63$) und Magenbeschwerden (T1: $\gamma = -0.10, p = .26$; T2: $\gamma = -0.10, p = .40$) konnten keine Gruppenunterschiede nachgewiesen werden.

Tabelle 45

Skalenergebnisse des GBB-24

Domäne	Gruppe	T0		T1		T2	
		<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
Gesamtskala Beschwerdedruck	KG	25.51	(13.62)	26.01	(13.11)	25.25	(14.12)
	TEL	25.55	(14.33)	24.10	(14.39)	26.98	(14.93)
Subskala Erschöpfung	KG	9.31	(5.76)	10.05	(5.65)	9.25	(5.85)
	TEL	8.91	(5.60)	9.10	(5.79)	9.84	(5.60)
Subskala Magenbeschwerden	KG	3.07	(3.45)	2.85	(3.01)	3.17	(3.49)
	TEL	3.12	(3.42)	2.91	(3.47)	3.31	(3.97)
Subskala Gliederschmerzen	KG	9.11	(5.02)	9.28	(4.81)	8.77	(4.84)
	TEL	9.19	(4.83)	8.33	(4.80)	9.33	(4.87)
Subskala Herzbeschwerden	KG	4.01	(3.37)	3.82	(3.61)	4.11	(3.90)
	TEL	4.32	(4.03)	3.76	(3.76)	4.50	(4.10)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.2.2 Lebensqualität - WHO-Qol-Bref

In Tabelle 46 sind die deskriptiven Ergebnisse der Domänen des WHO-Qol-Bref dargestellt. Starke Messinvarianz kann angenommen werden und die Prädiktor-Modelle weisen einen akzeptablen Modell-Fit auf (Anhang 3.7).

Im Gesamtmodell der vier Domänen (ohne Einzelitems zur Globalbeurteilung) hatte die TEL zu T1 eine signifikant höhere Lebensqualität als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = 0.26, p = .01$). Damit führt die Intervention zu einer signifikanten Zunahme der Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu T1. Zu T2 berichtete die TEL jedoch keine höhere Lebensqualität als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = 0.08, p = .47$).

In der Globalbeurteilung wies die TEL zu T1 eine signifikant höhere Lebensqualität auf als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = 0.42, p = .005$). Dieser Effekt zeigte sich nicht zu T2 ($\gamma = 0.07, p = .64$).

Des Weiteren hatte die TEL zu T1 eine signifikant bessere physische Befindlichkeit als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = 0.30, p = .003$). Zu T2 berichtete die TEL jedoch keine bessere physische Befindlichkeit als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = 0.04, p = .73$). Überdies hatte die TEL zu T1 ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = 0.24, p = .03$). Dieser Effekt zeigte sich nicht zu T2 ($\gamma = 0.06, p = .62$). Demnach führt die Intervention zu einer signifikanten Zunahme des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der pflegenden Angehörigen zu T1.

Die TEL zeigt weder signifikant besseren sozialen Beziehungen (T1: $\gamma = 0.07$, $p = .64$; T2: $\gamma = 0.26$, $p = .11$) noch signifikant bessere Umweltbedingungen als die KG im Vergleich zu T0 (T1: $\gamma = 0.16$, $p = .15$; T2: $\gamma = 0.01$, $p = .90$).

Im Rahmen einer Subgruppenanalyse wurde der Pflegestatus zu T2 (weiter bestehende häusliche Pflegesituation im Vergleich zu in der Zwischenzeit erfolgter Heimunterbringung bzw. Versterben der Person mit Demenz) berücksichtigt. Dabei zeigte sich in einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (Studiengruppe*Pflegestatus) mit T0-Wert als Kovariate ein Effekt der Studiengruppe: Die TEL berichtete über signifikant bessere soziale Beziehungen als die KG ($F(1,224) = 4.493$, $p = .035$).

Tabelle 46

Skalenergebnisse der Domänen des WHO-Qol-Bref

Domäne	Gruppe	T0		T1		T2	
		<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
Globalbeurteilung	KG	47.48	(17.93)	50.00	(18.37)	53.35	(18.91)
	TEL	50.18	(17.99)	55.58	(17.75)	54.20	(19.55)
Physische Befindlichkeit	KG	61.26	(18.58)	63.90	(18.77)	65.07	(17.90)
	TEL	63.54	(18.74)	68.43	(16.76)	65.55	(16.02)
Psychisches Wohlbefinden	KG	54.12	(17.12)	56.81	(17.39)	57.91	(17.91)
	TEL	56.80	(17.27)	60.87	(16.31)	59.15	(18.36)
Soziale Beziehungen	KG	47.02	(18.54)	51.51	(16.55)	48.10	(20.29)
	TEL	49.91	(20.12)	53.89	(21.55)	53.75	(20.08)
Umwelt	KG	69.07	(14.28)	71.86	(14.05)	72.06	(13.99)
	TEL	70.35	(13.35)	73.29	(13.69)	71.77	(13.19)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.2.3 Ängstlichkeit (HADS)

In Tabelle 47 sind die Skalenergebnisse der HADS dargestellt. Es kann eine starke Messinvarianz angenommen werden und das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf (siehe Anhang 3.8). Die TEL wies weder zu T1 eine geringere Ängstlichkeit auf als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.16$, $p = .12$) noch zu T2 ($\gamma = -0.04$, $p = .71$). Damit konnte im Rahmen der Intervention keine signifikante Reduktion der Ängstlichkeit erreicht werden.

Tabelle 47

Skalenergebnisse der HADS

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
KG	9.95	(4.03)	8.62	(3.93)	8.21	(4.22)
TEL	9.28	(4.25)	8.03	(4.14)	8.00	(4.36)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.2.4 Pflegebelastung (Thermometer)

In Tabelle 48 sind die Ergebnisse der Auswertungen der Thermometerskala der Pflegebelastung dargestellt. Das Prädiktor-Modell (siehe Anhang 3.9) weist einen akzeptablen Modell-Fit auf. Die TEL hatte weder zu T1 eine geringere Pflegebelastung als die KG im Vergleich zu T0 ($\gamma = -1.36$, $p = .61$) noch zu T2 ($\gamma = -1.36$, $p = .65$). Damit konnte durch die Intervention keine Reduktion der Pflegebelastung, gemessen mittels Thermometerskala, erreicht werden.

Tabelle 48

Skalenergebnisse des Pflegebelastungsthermometers

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
KG	72.65	(18.05)	69.06	(19.83)	70.45	(22.44)
TEL	72.70	(19.98)	67.84	(21.93)	69.54	(20.91)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.3.2.5 Inanspruchnahme professioneller und privater Unterstützung***Erhaltene Unterstützung bei der Pflege***

Um Veränderungen der erhaltenen Unterstützung zur Post- und Follow-up-Befragung zu untersuchen, wurden in Bezug auf die dichotomen Variablen der erhaltenen privaten, professionellen, professionellen und privaten Unterstützung sowie keiner Unterstützung binär logistische Regressionen berechnet. Hierzu wurden für jede dichotome Variable und jeden Messzeitpunkt separate Regressionsanalysen berechnet. Dabei gingen als abhängige Variable der Post- bzw. Follow-up-Wert der dichotomen Variablen erhaltene Unterstützung und als unabhängige Variablen der entsprechende Prä-Wert der jeweiligen dichotomen Variablen und die Gruppenzugehörigkeit ein. In Tabelle 49 sind die Odds Ratios und p-Werte für die unabhängige Variable Gruppenzugehörigkeit zusammenfassend dargestellt. Der Tabelle 50

kann entnommen werden, dass die Gruppenzugehörigkeit weder zur Post-Befragung noch zur Follow-up-Befragung für die dichotomen Variablen der erhaltenen Unterstützung ein bedeutsamer Prädiktor ist. Dies deutet darauf hin, dass es zur Post- und Follow-up-Befragung keine Unterschiede in Bezug auf den Erhalt von Unterstützung aufgrund der Gruppenzugehörigkeit gibt.

Tabelle 49

Binär logistische Regressionen, in denen die dichotomen Variablen der erhaltenen Unterstützung als aV und die Gruppenzugehörigkeit als uV eingingen

Erhaltene Unterstützung	Post-Befragung		Follow-up-Befragung	
	OR	p	OR	p
keine	17.95	.18	1.49	.49
private Unterstützung	0.75	.53	0.69	.46
professionelle Unterstützung	1.75	.13	0.89	.76
professionelle & private Unterstützung	0.58	.10	1.20	.61

OR = Odds-Ratio; p = Signifikanz

Zufriedenheit mit der erhaltenden Unterstützung

Zur Untersuchung von Veränderungen der Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung wurden Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet (Tabelle 50). Die Analysen sowohl zur Post- als auch Follow-up-Befragung ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Inanspruchnahme neuer Angebote. Dabei konnten keine signifikanten Interaktionseffekte (Gruppenzugehörigkeit x Zeit) und keine signifikanten Haupteffekte der Zeit identifiziert werden. Demnach unterscheiden sich die TEL und KG nicht signifikant bezüglich der Veränderung ihrer Zufriedenheit mit der erhaltenen professionellen, privaten und emotionalen Unterstützung.

Tabelle 50

Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung für die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung

Unterstützung	KG			TEL			Haupteffekt Zeit		Interaktion Gruppe x Zeit	
	<i>M (SD)</i>			<i>M (SD)</i>			<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	T0	T1	T2	T0	T1	T2				
professionell	76.88 (26.00)	85.91 (11.84)	82.28 (15.90)	78.16 (20.16)	79.22 (20.09)	79.49 (21.86)	2.3 9	.10	1.43	.24
privat	56.20 (27.79)	53.80 (29.08)	57.76 (28.74)	66.34 (30.53)	67.69 (28.61)	71.15 (28.03)	1.0 2	.35	0.26	.74
emotional	57.33 (27.89)	60.81 (26.30)	59.77 (25.16)	64.07 (25.07)	69.00 (25.71)	66.10 (26.70)	1.5 0	.28	0.08	.92

M = Mittelwert; (*SD*) = Standardabweichung; *F* = F-Wert; *p* = Signifikanz; * 0.01 < *p* < 0.05; ** 0.001 < *p* < 0.01; *** *p* < 0.001.

Bedürfnis nach Unterstützung

Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung wurden auch zur Analyse von Veränderungen des Bedürfnisses nach mehr Unterstützung durchgeführt. In Tabelle 51 sind die Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung, bei der alle drei Messzeitpunkte berücksichtigt wurden, dargestellt. Bei dem Item *Bedürfnis nach mehr professioneller Unterstützung* konnte ein marginal signifikanter Interaktionseffekt (Gruppenzugehörigkeit x Zeit; $F = 2.82$, $p = .06$) identifiziert werden. Deskriptiv ist in der KG ein Anstieg des Bedürfnisses nach mehr professioneller Unterstützung von T0 bis T2 zu beobachten. In der TEL hingegen nimmt das Bedürfnis nach mehr professioneller Unterstützung von T0 zu T1 ab und bleibt von T1 zu T2 konstant.

Für das Item *Bedürfnis nach mehr privater Unterstützung* ließen sich weder Interaktionseffekte noch Haupteffekte der Zeit finden.

Bei dem Item *Bedürfnis nach mehr emotionaler Unterstützung* zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt. Jedoch konnte ein marginal signifikanter Haupteffekt der Zeit identifiziert werden. Deskriptiv nimmt das Bedürfnis nach mehr emotionaler Unterstützung sowohl in der KG als auch in der TEL von der T0- zur T2-Befragung ab.

Tabelle 51

Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung für das Bedürfnis nach weiterer Unterstützung

Bedürfnis nach Unterstützung	KG			TEL			Haupt- effekt Zeit		Interaktion Gruppe x Zeit	
	<i>M (SD)</i>			<i>M (SD)</i>			<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	T0	T1	T2	T0	T1	T2				
mehr professionelle	2.01 (0.97)	1.99 (1.08)	2.08 (1.10)	2.04 (1.03)	1.72 (0.88)	1.72 (0.92)	2.21	.11	2.82	.06 ⁺
mehr private	2.10 (1.00)	2.18 (1.11)	2.18 (1.02)	2.15 (1.00)	2.05 (0.93)	1.94 (0.93)	0.49	.61	1.90	.15
mehr emotionale	2.25 (1.06)	2.10 (1.20)	2.03 (1.11)	2.17 (0.97)	2.06 (1.02)	2.06 (1.02)	2.34	.09 +	0.23	.79

M = Mittelwert; (*SD*) = Standardabweichung; *F* = F-Wert; *p* = Signifikanz; +0.05 < *p* < 0.10; * 0.01 < *p* < 0.05;

Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Zur Untersuchung von Veränderungen der Inanspruchnahme zur Post- und Follow-up-Befragung wurden in Bezug auf die dichotomen Variablen (Nutzer vs. Nichtnutzer) binär logistische Regressionen berechnet. Hierfür wurden für jedes Unterstützungsangebot und jeden Messzeitpunkt separate Regressionsanalysen berechnet, bei denen als abhängige Variable die Inanspruchnahme der jeweiligen Unterstützungsleistung (Nutzer vs. Nichtnutzer) zur Post- bzw. Follow-up-Befragung und als unabhängige Variablen der entsprechende Prä-Wert der Inanspruchnahme und die Gruppenzugehörigkeit eingingen. In Tabelle 52 werden die Odds Ratios und der *p*-Wert für die unabhängige Variable Gruppenzugehörigkeit berichtet. Der Tabelle 52 kann entnommen werden, dass die Gruppenzugehörigkeit weder für die Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebotes zur Post-Befragung noch zur Follow-up-Befragung ein bedeutsamer Prädiktor ist. Dies deutet darauf hin, dass es zur Post- und Follow-up-Befragung keine Unterschiede in der Inanspruchnahme auf Grund der Gruppenzugehörigkeit gibt.

Tabelle 52

Binär logistische Regressionen, in der die dichotomen Variablen der Inanspruchnahme (Nutzer vs. Nichtnutzer) als abhängige Variablen und die Gruppenzugehörigkeit als unabhängige Variable eingingen

Unterstützungsangebot	Post-Befragung		Follow-up-Befragung	
	OR	p	OR	p
Häusliche Krankenpflege	1.07	.87	0.88	.76
Häusliche Pflege	0.68	.30	0.65	.25
Hauswirtschaftliche Hilfe	0.73	.38	0.98	.97
Ambulante häusliche Betreuung	0.76	.42	1.22	.60
Essensdienst	0.60	.53	0.57	.42
Tagespflege	0.20	.98	0.76	.50
Nachtpflege	1.04	.98	1.24	.83
Betreuungsgruppe	0.58	.23	1.37	.52
Gedächtnisgruppe	1.05	.94	1.55	.58
Verhinderungspflege	0.50	.07	0.53	.12
Kurzzeitpflege	1.21	.65	0.74	.49

OR = Odds-Ratio; p = Signifikanz

Inanspruchnahme neuer bzw. zusätzlicher Unterstützungsangebote

Die Teilnehmer/innen wurden zur Post- und Follow-up-Erhebung gefragt, ob sie seit der letzten Befragung, d.h. in den letzten 6 Monaten neue bzw. weitere Unterstützungsangebote in Anspruch genommen hatten. Diese dichotome Variable der Inanspruchnahme neuer Unterstützungsangebote (ja vs. nein) wurde mittels χ^2 -Tests auf Gruppenunterschiede getestet (Tabelle 53). Die Analysen sowohl zur Post- als auch Follow-up-Befragung ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Inanspruchnahme neuer Angebote. Jedoch lassen sich deskriptiv Gruppenunterschiede zur Follow-up-Befragung in Bezug auf die Inanspruchnahme neuer Unterstützungsangebote seit der letzten Befragung erkennen. Während in der KG 22.2% der Teilnehmer/innen (neue bzw. zusätzliche Unterstützungsangebote zur Follow-up-Befragung in Anspruch nahmen, nutzen in der TEL 27.9% der Teilnehmer/innen neue Unterstützungsangebote seit der letzten Befragung.

Tabelle 53

χ^2 -Tests der Inanspruchnahme von neuen Unterstützungsangeboten zur Post- und Follow-up-Befragung

	KG		TEL		χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)			
Inanspruchnahme neuer Unterstützungsangebote zur Post-Befragung	34	(29.83)	31	(26.72)	0.27	1	.62
Inanspruchnahme neuer Unterstützungsangebote zur FU-Befragung	24	(22.22)	33	(27.97)	0.99	1	.36

n = Häufigkeit; χ^2 = Chi-Quadrat; *df* = Freiheitsgrade; *p* = Signifikanz; FU-Befragung = Follow-up-Befragung

7.3.3 Zielerreichung: Veränderung individueller Problembereiche (Goal Attainment Scaling, GAS)

In den meisten Fällen gelang eine problemlose Umsetzung des GAS mit entsprechender Problemanalyse, Zielauswahl und -formulierung sowie Festlegung einzelner Zielkriterien in den ersten Sitzungen. Die am häufigsten genannten Problembereiche waren Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen der Personen mit Demenz, soziale Isolation der pflegenden Angehörigen, ein erhöhtes Stresslevel und emotionale Belastungen sowie die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse.

In einigen wenigen Fällen (TEL: *n* = 12, F2F: *n* = 7) war es den Angehörigen auch mit therapeutischer Unterstützung nicht möglich, konkrete individuelle Ziele mit entsprechenden Zielkriterien zu formulieren. Hier entschieden sich die Therapeutinnen entweder dazu, auf das GAS zu verzichten (TEL: *n* = 6, F2F: *n* = 5) oder aber die Therapieziele wurden ausschließlich durch die Therapeutinnen definiert und beurteilt (TEL: *n* = 6, F2F: *n* = 2). Die ausgewählten Ziele fokussierten in diesen Fällen auf eines der Hauptziele der Intervention (Problemlösung, Inanspruchnahme informeller und formeller Unterstützung, Selbstfürsorge, Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedanken oder Emotionsregulation).

7.3.3.1 Zielerreichung (GAS) der telefonischen Interventionsgruppe

Die Einschätzung der Zielerreichung erfolgte sowohl durch die Angehörigen als auch durch die Therapeutinnen zum Ende der Intervention. Von den 139 Teilnehmern/innen der TEL lagen von 110 Angehörigen Angaben zur subjektiven Zielerreichung vor. Neben der Selbsteinschätzung der Angehörigen lag in 116 Fällen eine Beurteilung der Zielerreichung durch die behandelnde Therapeutin vor, denn in sechs Fällen wurde ausschließlich eine

Fremdeinschätzung der Zielerreichung durch die Therapeutin vorgenommen. In weiteren 23 Fällen konnte keine Einschätzung der Zielerreichung erfolgen, da in den meisten dieser Fälle die Angehörigen die Intervention vorzeitig abbrachen.

Insgesamt konnte der Grad der Zielerreichung von bis zu vier Zielen erfasst werden. Für alle Teilnehmer/innen wurden somit mindestens ein ($n = 26$), zwei ($n = 52$), drei ($n = 29$) oder maximal vier ($n = 9$) Zielsetzungen vorgenommen, die ein/e Teilnehmer/in im Rahmen der Intervention parallel verfolgte. Insgesamt wurden 253 Ziele definiert.

Inhaltlicher Fokus der meisten Ziele war mit 43.1% eine Problembewältigung ($n = 109$) und mit 37.9% Stressabbau und Emotionsregulation ($n = 96$), während bei 10.3% der Ziele eine Veränderung dysfunktionaler Gedanken ($n = 26$) und in 8.7% andere Themen ($n = 22$) fokussiert wurden. Beispiele für häufig formulierte Ziele befinden sich in Tabelle 54.

Tabelle 54

Beispiele für individuelle Ziele bezüglich unterschiedlicher Themen von Zielen.

Thema des Ziels	Beispiele für individuelle Ziele
Problembewältigung	Besserer Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten (z.B. aggressives Verhalten) der Person mit Demenz. Mehr Zeit für eigene Bedürfnisse und angenehme Aktivitäten einplanen. Mehr Unterstützung in Anspruch nehmen.
Veränderung dysfunktionaler Gedanken	Umgang mit Schuldgefühlen bei angenehmen Aktivitäten ohne die Person mit Demenz. Mit dem schlechten Gewissen bei Abgabe von Pflegeaufgaben an andere besser umgehen können. Veränderung perfektionistischer Ansprüche bzgl. der Pflege.
Stressabbau und Emotionsregulation	Gelassener werden im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten der Person mit Demenz wie Misstrauen und Aggressionen. Umgang mit und Akzeptanz von Trauer- und Verlusterleben. Emotionale Entlastung durch die Therapiegespräche erfahren. Die Erkrankung akzeptieren lernen. Umgang mit Ängsten bzgl. der Zukunft und des bevorstehenden Todes der Person mit Demenz.

Die Zielerreichung wurde über alle definierten Ziele hinweg pro Studienteilnehmer/in gemittelt, jeweils für das Angehörigen- sowie das Therapeutinnenurteil. Einschätzt wurde die Zielerreichung auf einer fünfstufigen Skala von -1 bis 3 (-1 = *Verschlechterung*, 0 = *Beibehaltung des Ausgangszustands*, +1 = *Leichte Verbesserung*, +2 = *Erreichung des angestrebten Zielzustands*, +3 = *Extreme Verbesserung*). Die durchschnittliche Zielerreichung, eingeschätzt durch die Angehörigen ($N = 110$), lag bei 1.69 ($SD = 0.67$,

Range -0.5 bis 3) und für das Urteil der Therapeutinnen ($N = 116$) bei 1.56 ($SD = 0.60$, Range 0 bis 3). Die Angehörigen schätzten die Erreichung ihrer Ziele im Mittel positiver ein als die Therapeutinnen. Die Kongruenz zwischen Angehörigen- und Therapeutinnenurteil war dabei jedoch hoch ($r = .73$, $p = .00$).

Männer und Frauen der telefonischen Interventionsgruppe unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Auch der Angehörigenstatus zum Menschen mit Demenz und der Bildungsstand waren nicht systematisch mit der subjektiven Zielerreichung assoziiert.

Einschätzung der Zielerreichung durch die Angehörigen der telefonischen Interventionsgruppe

Zur Darstellung der Zielerreichung wurde ein zusammengefasster Index errechnet, der sich aus dem höchsten erreichten subjektiven Zielzustand ergab. Hierbei zeigte sich, dass 77.3% der Angehörigen ($n = 85$) der telefonischen Interventionsgruppe eine vollständige Zielerreichung oder Übererreichung der von ihnen gesetzten Ziele angaben. Im Einzelnen zeigt der Gesamtüberblick über den Grad der Zielerreichung der Studienteilnehmer/innen der TEL (Abbildung 5), dass 20.9% der Angehörigen eine Übererreichung der von ihnen gesetzten Ziele berichteten ($n = 23$) und die Mehrheit der Interventionsteilnehmer/innen eine vollständige Erreichung ihrer festgelegten Ziele wahrgenommen haben ($n = 62$; 56.4%). Eine positive Veränderung ihres Ausgangszustandes, was als eine partielle Erreichung der von ihnen angestrebten Zielkriterien eingeschätzt wurde, gaben weitere 24 Angehörige an (21.8%). Ein Interventionsteilnehmer (0.9%) gab an, dass sich seine Situation in Bezug auf die persönlichen Zielsetzungen weder verschlechtert noch verbessert hatte, d.h. der Ausgangszustand stabilisiert werden konnte. Eine Verschlechterung der Gesamtsituation im Hinblick auf eine konkrete Zielsetzung wurde von keinem/r Teilnehmer/in wahrgenommen. Somit konnten 99.1% der teilnehmenden pflegenden Angehörigen der TEL positive Veränderungen hinsichtlich der zu Beginn formulierten Probleme erreichen.

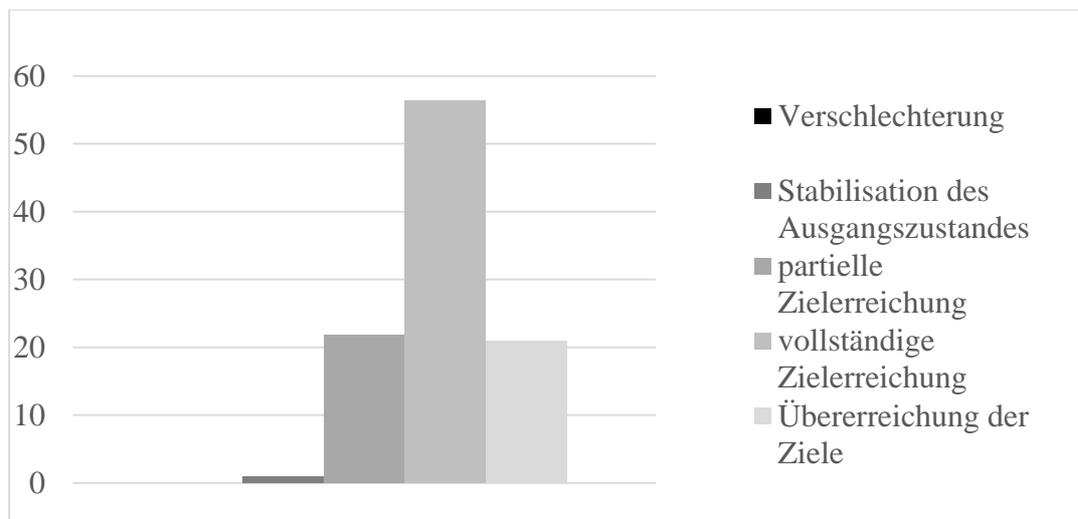


Abbildung 5. Subjektive Einschätzung der Zielerreichung durch die Angehörigen in der TEL (Angaben in Prozent).

Die Ergebnisse zur Zielerreichung der einzelnen Ziele, eingeschätzt durch die Angehörigen der TEL, befinden sich in Tabelle 55.

Tabelle 55

Einschätzung der Zielerreichung der einzelnen Ziele durch die Angehörigen (TEL).

Ziel	Verschlechterung	Stabilisation des Ausgangszustandes	Leichte Verbesserung	Erreichung angestrebter Zielzustand	Übererreichung des Ziels
Erstes <i>N</i> = 109	0% <i>n</i> = 0	1.8% <i>n</i> = 2	33.9% <i>n</i> = 37	49.5% <i>n</i> = 54	14.7% <i>n</i> = 16
Zweites <i>N</i> = 80	1.3% <i>n</i> = 1	3.8% <i>n</i> = 3	37.5% <i>n</i> = 30	43.8% <i>n</i> = 35	13.8% <i>n</i> = 11
Drittes <i>N</i> = 33	0% <i>n</i> = 0	18.2% <i>n</i> = 6	45.5% <i>n</i> = 15	30.3% <i>n</i> = 10	6.1% <i>n</i> = 2
Viertes <i>N</i> = 7	0% <i>n</i> = 0	14.3% <i>n</i> = 1	57.1% <i>n</i> = 4	14.3% <i>n</i> = 1	14.3% <i>n</i> = 1

Einschätzung der Zielerreichung durch die Therapeutinnen der telefonischen Interventionsgruppe

Auch für die Einschätzung der Zielerreichung durch die Therapeutinnen (*N* = 116) wurde ein zusammengefasster Index errechnet, der sich aus dem höchsten erreichten Zielzustand ergab. Abbildung 6 gibt einen Gesamtüberblick über den Grad der Zielerreichung der TEL, eingeschätzt durch die Therapeutinnen. Die Mehrheit der Therapeutinnen haben eine vollständige Erreichung der festgelegten Ziele wahrgenommen (*n* = 64; 55.2%). In 14.7% der

Fälle ($n = 17$) gaben die Therapeutinnen eine Übererreichung der gesetzten Ziele an. Eine partielle Erreichung der angestrebten Zielkriterien wurde für weitere 35 Angehörige angegeben (30.1%). Eine Veränderung des Ausgangszustandes oder eine Verschlechterung der Gesamtsituation im Hinblick auf eine konkrete Zielsetzung wurde von keiner Therapeutin wahrgenommen. Somit konnten laut Therapeutinnenurteil in 100% der Fälle der TEL positive Veränderungen im Hinblick auf die zu Beginn formulierten Probleme erzielt werden. Tabelle 56 zeigt die Ergebnisse zur Zielerreichung der einzelnen Ziele, eingeschätzt durch die Therapeutinnen der TEL.

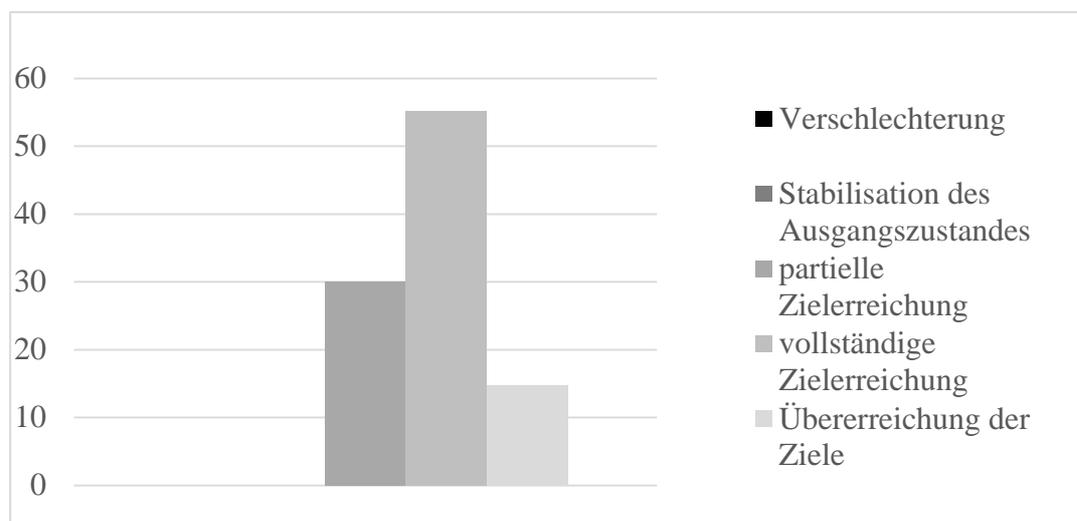


Abbildung 6. Einschätzung der Zielerreichung durch die Therapeutinnen in der TEL (Angaben in Prozent).

Tabelle 56

Einschätzung der Zielerreichung der einzelnen Ziele durch die Therapeutinnen (TEL).

Ziel	Verschlechterung	Stabilisation des Ausgangszustandes	Leichte Verbesserung	Erreichung angestrebter Zielzustand	Übererreichung des Ziels
Erstes $N = 116$	0% $n = 0$	2.6% $n = 3$	43.1% $n = 50$	44.0% $n = 51$	10.3% $n = 12$
Zweites $N = 90$	1.1% $n = 1$	4.4% $n = 4$	42.2% $n = 38$	43.3% $n = 39$	8.9% $n = 8$
Drittes $N = 38$	0% $n = 0$	7.9% $n = 3$	60.5% $n = 23$	28.9% $n = 11$	2.6% $n = 1$
Viertes $N = 9$	0% $n = 0$	11.1% $n = 1$	77.8% $n = 7$	11.1% $n = 1$	0% $n = 0$

7.3.3.2 Zielerreichung (GAS) der Face-to-Face (F2F)-Interventionsgruppe

Von den 49 Studienteilnehmern/innen der F2F-Interventionsgruppe lagen für 35 Angehörige Angaben zur Zielerreichung vor. Zudem erfolgte in 36 Fällen eine Fremdeinschätzung der Zielerreichung durch die behandelnde Therapeutin.

Für alle Teilnehmer/innen wurden mindestens ein ($n = 37$), zwei ($n = 26$), drei ($n = 11$) oder maximal vier ($n = 5$) Zielsetzungen vorgenommen, die ein/e Teilnehmer/in im Rahmen der Intervention parallel verfolgte. Insgesamt wurden 79 Ziele definiert.

Inhaltlicher Fokus der meisten formulierten Ziele war analog zur TEL mit 48.1% eine Problembewältigung ($n = 38$) und mit 35.5% Stressabbau und Emotionsregulation ($n = 28$), während bei 10.1% der Ziele eine Veränderung dysfunktionaler Gedanken ($n = 8$) und in 6.3% andere Themen ($n = 5$) im Fokus standen.

Auch in der F2F wurde die Zielerreichung über alle definierten Ziele hinweg pro Studienteilnehmer/in gemittelt jeweils für das Angehörigen- sowie das Therapeutinnenurteil. Die durchschnittliche Zielerreichung, eingeschätzt durch die Angehörigen ($n = 35$), lag bei 1.63 ($SD = 0.72$, Range -0.5 bis 3) und für das Urteil der Therapeutinnen ($n = 36$) bei 1.53 ($SD = 0.72$, Range 0 bis 3). Somit zeigten sich auch hier ähnliche Ergebnisse wie in der TEL. Männer und Frauen unterschieden sich ebenfalls nicht hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Auch der Angehörigenstatus zu der Person mit Demenz und der Bildungsstand waren nicht systematisch mit der subjektiven Zielerreichung assoziiert.

Einschätzung der Zielerreichung durch die Angehörigen der Face-to-Face-Interventionsgruppe

Abbildung 7 liefert einen Überblick der Ergebnisse zur höchsten subjektiven Zielerreichung der Angehörigen in der F2F. Ähnlich wie in der TEL konnten auch in der F2F die deutliche Mehrheit der pflegenden Angehörigen (94.3%) positive Veränderungen hinsichtlich der zu Beginn formulierten Probleme erreichen.

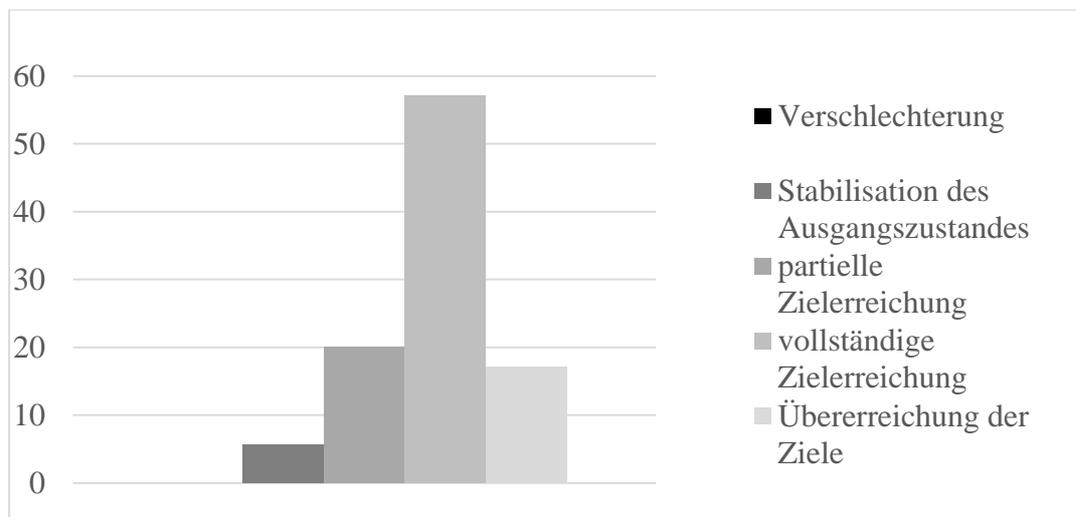


Abbildung 7. Subjektive Einschätzung der Zielerreichung durch die Angehörigen in der F2F (Angaben in Prozent).

Die Ergebnisse zur Zielerreichung der einzelnen Ziele, eingeschätzt durch die Angehörigen der F2F, sind in Tabelle 57 dargestellt.

Tabelle 57

Einschätzung der Zielerreichung der einzelnen Ziele durch die Angehörigen (F2F).

Ziel	Verschlechterung	Stabilisation des Ausgangszustandes	Leichte Verbesserung	Erreichung angestrebter Zielzustand	Übererreichung des Ziels
Erstes <i>N</i> = 35	2.9% <i>n</i> = 1	2.9% <i>n</i> = 1	31.3% <i>n</i> = 11	60.0% <i>n</i> = 21	2.9% <i>n</i> = 1
Zweites <i>N</i> = 25	0% <i>n</i> = 0	12.0% <i>n</i> = 3	28.0% <i>n</i> = 7	44.0% <i>n</i> = 11	16.0% <i>n</i> = 4
Drittes <i>N</i> = 8	0% <i>n</i> = 0	12.5% <i>n</i> = 1	37.5% <i>n</i> = 3	25.0% <i>n</i> = 2	25.0% <i>n</i> = 2
Viertes <i>N</i> = 4	0% <i>n</i> = 0	0% <i>n</i> = 0	25.0% <i>n</i> = 1	75.0% <i>n</i> = 3	0% <i>n</i> = 0

Einschätzung der Zielerreichung durch die Therapeutinnen der Face-to-Face-Interventionsgruppe

Abbildung 8 gibt einen Gesamtüberblick über den Grad der höchsten Zielerreichung in der F2F, eingeschätzt durch die Therapeutinnen. Laut Therapeutinnenurteil konnten in 97.2% der Fälle der F2F positive Veränderungen im Hinblick auf die zu Beginn formulierten Probleme erzielt werden.

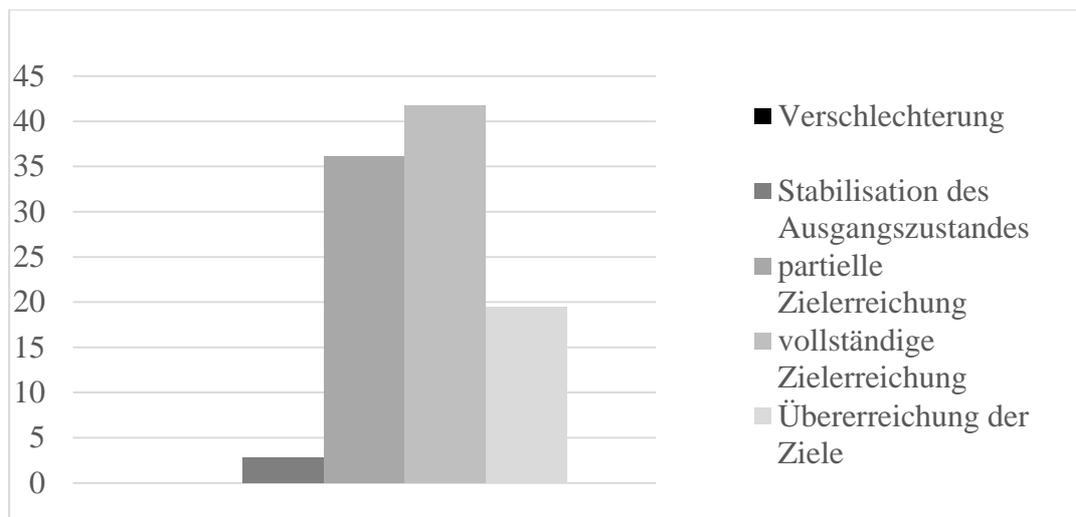


Abbildung 8. Einschätzung der Zielerreichung durch die Therapeutinnen in der F2F (Angaben in Prozent).

Tabelle 58 zeigt die Ergebnisse zur Zielerreichung der einzelnen Ziele, eingeschätzt durch die Therapeutinnen der F2F.

Tabelle 58

Einschätzung der Zielerreichung der einzelnen Ziele durch die Therapeutinnen (F2F).

Ziel	Verschlechterung	Stabilisation des Ausgangszustandes	Leichte Verbesserung	Erreichung angestrebter Zielzustand	Übererreichung des Ziels
Erstes <i>N</i> = 36	2.8% <i>n</i> = 1	8.3% <i>n</i> = 3	36.2% <i>n</i> = 13	44.4% <i>n</i> = 16	8.3% <i>n</i> = 3
Zweites <i>N</i> = 26	0% <i>n</i> = 0	7.6% <i>n</i> = 2	38.5% <i>n</i> = 10	38.5% <i>n</i> = 10	15.4% <i>n</i> = 4
Drittes <i>N</i> = 11	0% <i>n</i> = 0	0% <i>n</i> = 0	45.5% <i>n</i> = 5	45.5% <i>n</i> = 5	9.0% <i>n</i> = 1
Viertes <i>N</i> = 5	0% <i>n</i> = 0	0% <i>n</i> = 0	20.0% <i>n</i> = 1	80.0% <i>n</i> = 4	0% <i>n</i> = 0

Insgesamt ergaben sich sowohl aus Sicht der Angehörigen als auch aus Sicht der Therapeutinnen in beiden Interventionsgruppen (TEL und F2F) hohe Werte für die Zielerreichung. Es konnten demnach für die Mehrheit der teilnehmenden pflegenden Angehörigen (94.3% bis 100.0% der Fälle) positive Veränderungen hinsichtlich der zu Beginn formulierten Probleme erzielt werden. Dabei unterscheiden sich die positiven Ergebnisse zur Zielerreichung nicht zwischen der telefonischen und der Face-to-Face-Interventionsgruppe.

7.4 Vergleich der Settingbedingungen: Effektivität von Face-to-Face versus Telefon zum post- und 6-Monats-Follow-up

Im Folgenden Abschnitt wird der Vergleich der Face-to-Face-Interventionsgruppe mit der telefonischen Interventionsgruppe dargestellt und geprüft, inwieweit Unterschiede in den Ergebnissen zwischen den beiden Gruppen bestehen. Auch die Messinvarianz wurde aufgrund der Ergebnisse in der randomisierten Stichprobe als gegeben betrachtet.

7.4.1 Vergleich der Settingbedingungen hinsichtlich der proximalen Zielgrößen

7.4.1.1 Emotionales Wohlbefinden (Stimmungsthermometer)

In Tabelle 59 sind die Ergebnisse zum emotionalen Wohlbefinden dargestellt. Das Prädiktor-Modell wies einen akzeptablen Modell-Fit auf (siehe Anhang 4.1).

Beide Interventionsgruppen verbesserten sich gleichermaßen sowohl von T0 zu T1 ($\gamma = 3.75$, $p = .33$) als auch von T0 zu T2 ($\gamma = 2.19$, $p = .57$). Demnach wirken beide Interventionsformen in Bezug auf das emotionale Wohlbefinden gleichermaßen.

Tabelle 59

Skalenergebnisse des Stimmungsthermometers.

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
TEL	48.88	(23.93)	57.73	(24.21)	55.61	(23.72)
F2F	49.53	(24.46)	62.80	(20.39)	59.50	(21.33)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.1.2 Depressive Symptome (ADS)

In Tabelle 60 sind die Skalenergebnisse der ADS dargestellt. Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf (siehe Anhang 4.2).

Im Vergleich zu T0 entwickelte sich die depressive Symptomatik sowohl zu T1 ($\gamma = -0.14$, $p = .31$) als auch zu T2 ($\gamma = -0.02$, $p = .90$) in beiden Interventionsgruppen ähnlich. Dies bedeutet, dass die beiden Interventionsformen bezüglich einer Reduktion der depressiven Symptomatik bei den pflegenden Angehörigen gleichermaßen wirksam sind.

Tabelle 60

Skalenergebnisse der ADS

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
TEL	21.73	(9.66)	18.94	(9.61)	19.08	(10.12)
F2F	21.22	(10.49)	17.33	(8.91)	18.50	(9.10)

Anmerkung. Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.1.3 Bewältigung von Verlust und Trauer

Das Latent Change Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf (siehe Anhang 4.3). In Tabelle 61 sind die Ergebnisse zur Veränderung des Belastungserlebens durch Trauer und Verlust in der F2F und TEL zu T0, T1 und T2 dargestellt. In beiden Gruppen reduzierte sich das Belastungserleben sowohl zwischen T0 und T1 ($\gamma = -0.25, p = .05$) als auch zwischen T0 und T2 ($\gamma = -0.44, p = .00$). Dabei zeigte die F2F weder zwischen T0 und T1 ($\gamma = 0.05, p = .73$) noch zwischen T0 und T2 ($\gamma = 0.20, p = .21$) eine signifikant stärkere Veränderung der Belastung durch Trauer und Verlust als die TEL. Das bedeutet, dass in beiden Gruppen gleichermaßen eine Reduktion des Belastungserlebens durch Trauer und Verlust nachgewiesen werden konnte.

Tabelle 61

Skalenergebnisse Trauer

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
TEL	3.71	(0.85)	3.42	(0.91)	3.32	(0.94)
F2F	3.63	(0.71)	3.32	(0.73)	3.11	(0.73)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.1.4 Stressbewältigung und Ressourcenförderung***Realisierung von Wohlbefinden***

In Tabelle 62 sind die Ergebnisse zur Realisierung von Wohlbefinden dargestellt. Weder zu T1 ($\gamma = .17, p = .17$) noch zu T2 ($\gamma = .13, p = .43$) unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander hinsichtlich der Realisierung von Wohlbefinden.

Tabelle 62

Skalenergebnisse der RES-Skala Wohlbefinden

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
F2F	2.66	(0.61)	2.90	(0.61)	2.85	(0.65)
TEL	2.50	(0.71)	2.88	(0.72)	2.78	(0.73)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

Realisierung von Stressbewältigung

In Tabelle 63 sind die Ergebnisse zur Realisierung von Stressbewältigung dargestellt. Die TEL zeigte zu T1 signifikant mehr Ressourcen zur Stressbewältigung als die F2F-Gruppe ($\gamma = 0.34, p = .03$). Dieser signifikante Gruppenunterschied blieb jedoch nicht bis zu T2 bestehen ($\gamma = .07, p = .63$).

Tabelle 63

Skalenergebnisse der RES-Skala Stressbewältigung

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
F2F	2.99	(0.61)	3.02	(0.55)	3.00	(0.51)
TEL	2.87	(0.65)	3.16	(0.58)	3.05	(0.58)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

Realisierung von Unterstützung

In Tabelle 64 sind die Ergebnisse zur Realisierung von Unterstützung dargestellt. Zu keinem Zeitpunkt unterschieden sich die beiden Interventionsgruppen hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung signifikant voneinander (T1: $\gamma = -.08, p = .52$; T2: $\gamma = -.06, p = .65$).

Tabelle 64

Skalenergebnisse der RES-Skala Unterstützung

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
KG	2.54	(0.62)	2.90	(0.69)	2.75	(0.61)
TEL	2.51	(0.71)	2.79	(0.80)	2.71	(0.76)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.1.5 Aggressivität in der Pflege (LEANDER)

In Tabelle 65 sind die Skalenergebnisse des LEANDER Fragebogen zur Aggressivität in der Pflege dargestellt. Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf (siehe Anhang 4.4).

Die F2F zeigte weder zu T1 eine geringere Aggressivität in der Pflege als die TEL im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.22$, $p = .12$) noch zu T2 ($\gamma = -0.03$, $p = .87$). Diese Ergebnisse belegen, dass sich die beiden Interventionsgruppen nicht unterschiedlich auf die Reduktion der Aggressivität in der Pflege bei den Angehörigen auswirken und diesbezüglich vergleichbar sind.

Tabelle 65

Skalenergebnisse des LEANDER

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
TEL	0.87	(0.66)	0.71	(0.57)	0.74	(0.60)
F2F	0.94	(0.60)	0.58	(0.50)	0.65	(0.62)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.2 Vergleich der Settingbedingungen hinsichtlich der distalen Zielgrößen

7.4.2.1 Körperbeschwerden GBB-24

In Tabelle 66 sind die Ergebnisse des GBB-24-Beschwerdedruck und der Subskalen dargestellt. Die Prädiktor-Modelle weisen einen akzeptablen Modell-Fit auf (Anhang 4.5).

Beide Gruppen zeigten eine ähnliche Veränderung hinsichtlich des *Beschwerdedrucks* von T0 zu T1 ($\gamma = -0.01$, $p = .94$) und von T0 zu T2 ($\gamma = -0.24$, $p = .11$). Dies zeigte sich auch für die Subskalen *Gliederschmerzen* (T1: $\gamma = -0.07$, $p = .64$; T2: $\gamma = -0.12$, $p = .47$). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass bezogen auf Beschwerdedruck und Gliederschmerzen der Angehörigen, sich beide Interventionsformen nicht unterscheiden.

Des Weiteren zeigten sich weder Gruppenunterschiede zu T1 in Bezug auf die Erschöpfung ($\gamma = -0.08$, $p = .58$) noch zu T2 ($\gamma = -0.23$, $p = .11$). Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen ließen sich auch nicht für die Subskalen *Herzbeschwerden* (T1: $\gamma = 0.08$, $p = .56$; T2: $\gamma = -0.18$, $p = .27$) und *Magenbeschwerden* (T1: $\gamma = 0.11$, $p = .40$; T2: $\gamma = -0.10$, $p = .53$) finden. Somit lag für keine der Subskalen ein Unterschied zwischen den Interventionsgruppen vor. Demnach wirken beide Interventionsformen hinsichtlich des Beschwerdedrucks nicht unterschiedlich.

Tabelle 66

Skalenergebnisse des GBB-24

Domäne	Gruppe	T0		T1		T2	
		<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
Gesamtskala Beschwerdedruck	TEL	25.55	(14.33)	24.10	(14.39)	26.98	(14.93)
	F2F	24.86	(13.04)	23.70	(12.87)	23.15	(12.66)
Subskala Erschöpfung	TEL	8.91	(5.60)	9.10	(5.79)	9.84	(5.60)
	F2F	9.76	(5.19)	9.40	(5.10)	9.13	(4.92)
Subskala Magenbeschwerden	TEL	3.12	(3.42)	2.91	(3.47)	3.31	(3.97)
	F2F	3.24	(3.35)	3.28	(3.83)	2.93	(3.63)
Subskala Gliederschmerzen	TEL	9.19	(4.83)	8.33	(4.80)	9.33	(4.87)
	F2F	8.45	(4.46)	7.90	(4.69)	8.23	(5.05)
Subskala Herzbeschwerden	TEL	4.32	(4.03)	3.76	(3.76)	4.50	(4.10)
	F2F	3.41	(3.35)	3.13	(2.75)	2.88	(3.21)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.2.2 Lebensqualität - WHO-Qol-Bref

In Tabelle 67 sind die deskriptiven Ergebnisse der Domänen des WHO-Qol-Bref dargestellt. Die Prädiktor-Modelle weisen einen akzeptablen Modell-Fit auf (Anhang 4.6).

Die F2F hatte im Gesamtmodell der vier Domänen (ohne Einzelitems zur Globalbeurteilung) zu T1 keine signifikant höhere Lebensqualität als die TEL im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.11$, $p = .37$). Dies zeigte sich auch zu T2 ($\gamma = -0.00$, $p = .98$). In der Globalbeurteilung hatte die F2F weder zu T1 eine signifikant höhere Lebensqualität als die TEL im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.03$, $p = .84$) noch zu T2 ($\gamma = -0.06$, $p = .74$). Dies zeigte sich auch für die Domänen *physische Befindlichkeit* (T1: $\gamma = -0.24$, $p = .05$; T2: $\gamma = -0.12$, $p = .41$), *psychisches Wohlbefinden* (T1: $\gamma = -0.09$, $p = .47$; T2: $\gamma = -0.06$, $p = .69$), *soziale Beziehungen* (T1: $\gamma = 0.10$, $p = .55$; T2: $\gamma = 0.10$, $p = .54$) und *Umwelt* (T1: $\gamma = -0.04$, $p = .77$; T2: $\gamma = 0.18$, $p = .23$). Somit unterscheiden sich beide Interventionsbedingungen im Hinblick auf die Wirkung auf die Lebensqualität bzw. die Domänen der Lebensqualität der Angehörigen nicht voneinander.

Tabelle 67

Skalenergebnisse der Domänen des WHO-Qol-Bref

Domäne	Gruppe	T0		T1		T2	
		<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
Globalbeurteilung	TEL	50.18	(17.99)	55.58	(17.75)	54.20	(19.55)
	F2F	54.59	(20.36)	58.75	(17.95)	58.33	(20.75)
Physische Befindlichkeit	TEL	63.54	(18.74)	68.43	(16.76)	65.55	(16.02)
	F2F	67.57	(14.99)	66.79	(18.29)	65.57	(18.55)
Psychisches Wohlbefinden	TEL	56.80	(17.27)	60.87	(16.31)	59.15	(18.36)
	F2F	55.36	(19.62)	59.42	(17.21)	57.63	(17.96)
Soziale Beziehungen	TEL	49.91	(20.12)	53.89	(21.55)	53.75	(20.08)
	F2F	47.62	(23.14)	54.79	(19.23)	55.73	(21.94)
Umwelt	TEL	70.35	(13.35)	73.29	(13.69)	71.77	(13.19)
	F2F	73.72	(14.19)	75.13	(14.45)	76.36	(13.10)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.2.3 Ängstlichkeit (HADS)

In Tabelle 68 sind die Skalenergebnisse der HADS dargestellt. Das Prädiktor-Modell (Abbildung siehe Anhang 4.7) weist einen akzeptablen Modell-Fit auf.

Die F2F wies zu T1 keine geringere Ängstlichkeit auf als die TEL im Vergleich zu T0 ($\gamma = -0.16$, $p = .23$). Dies zeigt sich auch zu T2 ($\gamma = 0.09$, $p = .55$). Damit wirkten sich die beiden Interventionsgruppen nicht unterschiedlich auf die Ängstlichkeit der Angehörigen aus.

Tabelle 68

Skalenergebnisse der HADS

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
TEL	9.28	(4.25)	8.03	(4.14)	8.00	(4.36)
F2F	9.53	(4.43)	7.85	(3.74)	8.50	(4.11)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.2.4 Pflegebelastung (Thermometer)

In Tabelle 69 sind die Skalenergebnisse des Pflegebelastungsthermometers dargestellt. Das Prädiktor-Modell (Anhang 4.8) weist einen akzeptablen Modell-Fit auf.

In beiden Interventionsgruppen zeigte sich keine signifikante Verringerung der Pflegebelastung sowohl von T0 zu T1 als auch von T0 zu T2. Dabei zeigte die F2F weder zu T1 ($\gamma = 1.48, p = .70$) noch zu T2 ($\gamma = -3.01, p = .48$) eine geringere Pflegebelastung als die TEL im Vergleich zu T0. Das bedeutet, dass sich die unterschiedlichen Gruppen nicht unterschiedlich auf die Pflegebelastung auswirkten.

Tabelle 69

Skalenergebnisse des Pflegebelastungsthermometers

Gruppe	T0		T1		T2	
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
TEL	72.70	(19.98)	67.84	(21.93)	69.54	(20.91)
F2F	73.55	(19.84)	69.10	(19.24)	64.91	(23.97)

Anmerkung. Mittelwerte aus SPSS; Fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

7.4.2.5 Inanspruchnahme professioneller und privater Unterstützung*Erhaltene Unterstützung bei der Pflege*

Zur Untersuchung von Gruppenunterschiede in der Veränderung beim Erhalt von Unterstützung wurden binär logistische Regressionen gerechnet. In diese gingen der Post- bzw. Follow-up-Wert der dichotomen Variablen der erhaltenen Unterstützung als abhängige Variable (aV) und als unabhängige Variable (uV) der entsprechende Prä-Wert der jeweiligen dichotomen Variablen und die Gruppenzugehörigkeit ein. Der Tabelle 70 kann entnommen werden, dass die Gruppenzugehörigkeit weder zur Post-Befragung noch zur Follow-up-Befragung für eine der dichotomen Variablen der erhaltenen Unterstützung ein bedeutsamer Prädiktor ist. Dementsprechend gibt es keine Unterschiede in Bezug auf den Erhalt von Unterstützung aufgrund der Gruppenzugehörigkeit zur Post- und Follow-up-Befragung.

Tabelle 70

Binär logistische Regressionen, in denen die dichotomen Variablen der erhaltenen Unterstützung als aV und die Gruppenzugehörigkeit als uV eingingen

Erhaltene Unterstützung	Post-Befragung		Follow-up-Befragung	
	OR	p	OR	p
keine	0.79	.79	2.28	.29
private Unterstützung	0.96	.95	0.63	.53
professionelle Unterstützung	1.25	.68	0.97	.95
professionelle & private Unterstützung	0.99	.99	0.97	.96

OR = Odds-Ratio; p = Signifikanz

Zufriedenheit mit der erhaltenden Unterstützung

Zur Untersuchung von Veränderungen der Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung wurden Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet (Tabelle 71). Sowohl die Analysen zur Post- als auch zur Follow-up-Befragung ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung. Es konnten keine signifikanten Interaktionseffekte (Gruppenzugehörigkeit x Zeit) und keine signifikanten Haupteffekte der Zeit identifiziert werden. Demnach unterschieden sich beide Interventionsgruppen nicht signifikant bezüglich der Veränderung ihrer Zufriedenheit mit der erhaltenen professionellen, privaten und emotionalen Unterstützung.

Tabelle 71

Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung für die Zufriedenheit mit Unterstützung

Unterstützung	F2F			TEL			Haupteffekt Zeit		Interaktion Gruppe x Zeit	
	M (SD)			M (SD)			F	p	F	p
	T0	T1	T2	T0	T1	T2				
professionell	70.89 (18.50)	80.00 (14.36)	80.00 (11.18)	78.16 (20.16)	79.22 (20.09)	79.49 (21.86)	1.57	.21	0.92	.40
private	64.58 (31.08)	67.50 (32.51)	57.25 (39.92)	66.34 (30.53)	67.69 (28.61)	71.15 (28.03)				
emotionale	68.50 (24.89)	72.86 (25.55)	70.93 (24.17)	64.07 (25.07)	69.00 (25.71)	66.10 (26.70)				

M = Mittelwert; (SD) = Standardabweichung; F = F-Wert; p = Signifikanz;

Bedürfnis nach Unterstützung

Zur Analyse von Veränderungen des Bedürfnisses nach mehr Unterstützung wurden Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. In Tabelle 72 sind die Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung, bei der alle drei Messzeitpunkte berücksichtigt wurden, dargestellt. Bei dem Item *Bedürfnis nach mehr professioneller Unterstützung* konnte ein Haupteffekt der Zeit ($F = 4.43, p = .01$), der sich auf die Messzeitpunkte T0 und T1 bezieht, identifiziert werden. In der TEL und F2F nimmt das Bedürfnis nach mehr professioneller Unterstützung von T0 zu T1 signifikant ab.

Für das Item *Bedürfnis nach mehr privater Unterstützung* zeigten sich weder Interaktionseffekte noch Haupteffekte der Zeit.

Bei dem Item *Bedürfnis nach mehr emotionaler Unterstützung* wurde ein signifikanter Haupteffekt der Zeit identifiziert ($F = 4.37, p = .02$). Das Bedürfnis nach mehr emotionaler Unterstützung nimmt sowohl in der F2F als auch in der TEL von der T0- zur T1-Befragung ab. Es zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt bezüglich des Bedürfnisses nach mehr emotionaler Unterstützung.

Tabelle 72

Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung für das Bedürfnis nach weiterer Unterstützung

Bedürfnis nach Unterstützung	F2F			TEL			Haupt- effekt Zeit		Interaktion Gruppe x Zeit	
	<i>M (SD)</i>			<i>M (SD)</i>			<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	T0	T1	T2	T0	T1	T2				
mehr professionelle	2.19 (1.21)	1.76 (1.04)	2.24 (1.09)	2.04 (1.03)	1.72 (0.88)	1.72 (0.92)	4.43	.01*	1.93	.15
mehr private	1.90 (1.14)	2.14 (1.11)	2.14 (1.28)	2.15 (1.00)	2.05 (0.93)	1.94 (0.93)	0.22	.78	2.25	.11
mehr emotionale	2.29 (1.23)	1.76 (0.99)	2.10 (1.26)	2.17 (0.97)	2.06 (1.02)	2.06 (1.02)	4.37	.02*	2.08	.13

M = Mittelwert; *(SD)* = Standardabweichung; *F* = F-Wert; *p* = Signifikanz; +0.05 < *p* < 0.10; * 0.01 < *p* < 0.05;

Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Tabelle 73 fasst die Ergebnisse der binär logistische Regressionen (Nutzer vs. Nichtnutzer) zusammen, bei denen als abhängige Variable die Inanspruchnahme der jeweiligen Unterstützungsleistung (Nutzer vs. Nichtnutzer) zur Post- bzw. Follow-up-Befragung und als unabhängige Variablen der entsprechende Prä-Wert der Inanspruchnahme und die Gruppenzugehörigkeit eingingen. Der Tabelle 73 kann entnommen werden, dass die Gruppenzugehörigkeit weder für die Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebotes zur Post-Befragung noch zur Follow-up-Befragung ein bedeutsamer Prädiktor ist. Demnach, gibt es keine Unterschiede in der Inanspruchnahme auf Grund der Gruppenzugehörigkeit zur Post- und Follow-up-Befragung.

Tabelle 73

Binär logistische Regressionen, in der die dichotomen Variablen der Inanspruchnahme (Nutzer vs. Nichtnutzer) als abhängige Variablen und die Gruppenzugehörigkeit als unabhängige Variable eingingen

Unterstützungsangebot	Post-Befragung		Follow-up-Befragung	
	<i>OR</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>p</i>
Häusliche Krankenpflege	1.40	.54	0.46	.25
Häusliche Pflege	1.37	.50	0.70	.53
Hauswirtschaftliche Hilfe	2.04	.18	1.83	.32
Ambulante häusliche Betreuung	0.83	.66	0.65	.48
Essensdienst	0.89	.87	1.08	.94
Tagespflege	1.18	.72	1.13	.84
Nachtpflege	1.74	.99	0.00	.99
Betreuungsgruppe	0.80	.67	1.08	.92
Gedächtnisgruppe	0.71	.69	0.90	.94

OR = Odds-Ratio; *p* = Signifikanz

Inanspruchnahme neuer bzw. zusätzlicher Unterstützungsangebote

Mittels χ^2 -Tests wurde auf Gruppenunterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme neuer Unterstützungsangebote zur Post- und Follow-up-Erhebung getestet (Tabelle 74). Die Analysen sowohl zur Post- als auch Follow-up-Befragung ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Inanspruchnahme neuer Angebote.

Tabelle 74

χ^2 -Tests der Inanspruchnahme von neuen Unterstützungsangeboten zur Post- und Follow-up-Befragung

	F2F		TEL		χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)			
Inanspruchnahme neuer Unterstützungsangebote zur Post-Befragung	9	(23.1)	31	(26.7)	0.20	1	.83
Inanspruchnahme neuer Unterstützungsangebote zur FU-Befragung	6	(15.0)	33	(27.9)	2.70	1	.14

n = Häufigkeit; χ^2 = Chi-Quadrat; *df* = Freiheitsgrade; *p* = Signifikanz

7.5 Gesundheitsökonomische Evaluation (Efficiency)

7.5.1 Umgang mit fehlenden Werten

7.5.1.1 Umfang der Medizinischen Leistungsanspruchnahme

Der FIMA erfragt zunächst die grundsätzliche Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung und in einem zweiten Schritt den Umfang der Leistungsanspruchnahme. Für jeden der drei Beobachtungszeitpunkte (T0, T1, T2) wurden einzelne Fehlwerte bezüglich der grundsätzlichen Leistungsanspruchnahme als nein (d.h. keine Inanspruchnahme) interpretiert. Fehlwerte bezüglich des Inanspruchnahmevolumens bei grundsätzlicher Leistungsanspruchnahme wurden über den MCMC-Ansatz einfach imputiert (10). Hierbei dienten die Angehörigencharakteristika Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Art der Krankenversicherung (zu Studienbeginn) sowie somatische und psychische Gesundheit (zu Studienbeginn) zusammen mit den übrigen Leistungskategorien als Kovariaten.

Im Falle von Studienabbrechern wurde für die Zeitpunkte T1 und T2 die komplette Leistungsanspruchnahme analog zum beschriebenen Vorgehen für Einzelwerte imputiert.

7.5.1.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im Falle von Fehlwerten in Einzeldomänen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ 5D), wurden die beobachteten Werte aus den vorangegangenen bzw. nachfolgenden Erhebungen im Sinne eines Last Observation Carried Forward (LOCF) respektive Last Observation carried Backward („LOCB“-Ansatzes fortgeschrieben. Dieses Verfahren wurde sowohl bei einzelnen Fehlwerten, als auch im Fall komplett fehlender EQ-5D Informationen bei den Studienabbrechern angewandt.

Weiterhin wurde bei den Studienabbrechern der Gesamttarif des EQ-5Ds unter Annahme eines linearen Verlaufs bis zum Datum des Austritts aus der Studie fortgeschrieben. Dabei wurden Tarifwerte größer 1 auf 1 gedeckelt, was der Maximalausprägung des EQ-5D Tarifs entspricht. Zur Fortschreibung wurden zunächst basierend auf den komplett beobachteten Personen (Nachfolgend Complete Cases) die Steigungskoeffizienten unter Berücksichtigung der Kovariablen Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Art der Krankenversicherung (at baseline) sowie somatische und psychische Gesundheit (zu Studienbeginn) ermittelt und anschließend die Steigungskoeffizienten für die Studienabbrecher entsprechend ihrer individuellen Kovariablenstruktur geschätzt. Abschließend wurde der EQ-5D-Tarif über Steigungskoeffizient, Beobachtungsdauer und Vorwert kalkuliert.

7.5.1.3 Zeitaufwand für Informal Care

Für die Baseline-Erhebung wurden fehlende Angaben zum Zeitaufwand für ADL, IADL und Überwachung mit Hilfe der MCMC-Methode imputiert, wobei Alter und Geschlecht der Person mit Demenz, der gemeinsame Haushalt von Erkranktem und Pflegeperson, die Dauer der Pflegesituation sowie die Anzahl der unterstützten IADL und ADL-Bereiche als Kovariaten berücksichtigt wurden.

Der Zeitaufwand für informelle Pflege wurde bei Tod bzw. Pflegeheimübertritt der Person mit Demenz in der Folgewelle nicht mehr erfragt. In diesem Fall wurde der Zeitaufwand vom Zeitpunkt der letzten Befragung bis zum Tag des Events analog zum Vorgehen beim EQ-5D Gesamttarif linear interpoliert. Hierbei wurden die Kovariaten Alter und Geschlecht der Person mit Demenz, der gemeinsame Haushalt von Erkranktem und Pflegeperson, die Dauer der Pflegesituation sowie die Anzahl der unterstützten IADL- und ADL-Bereiche berücksichtigt.

7.5.2 Statistische Auswertung

Die Hauptanalyse bezieht sich im Sinne einer Intention-to-Treat-Analyse auf einen Vergleich aller randomisierten Studienteilnehmer/innen (134 Personen Kontrollgruppe, 139 Personen Interventionsgruppe). Im Rahmen einer sekundären Analyse wurden alle Auswertungen auch für die 230 Personen durchgeführt, die die Studie und die Nachbeobachtungszeit vollständig absolviert haben. Diese Complete Case Analyse umfasst 119 Interventionsteilnehmer/innen und 111 Kontrollen. Ergänzend wurden die 39 Teilnehmer/innen der Face-to-Face-Gruppe, die an allen Befragungswellen teilgenommen hatten, deskriptiv untersucht.

7.5.2.1 Kosten

In einer ersten deskriptiven Auswertung wurden zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe die unadjustierten Durchschnittskosten in den einzelnen Leistungsbereichen der GKV für die Zeitpunkte T0, T1 und T2 gegenübergestellt. Hierbei wurden auch gruppenspezifische Zeittrends betrachtet.

7.5.2.2 Lebensqualität

Für den Gesamttarif, sowie die QALYs erfolgte eine deskriptive Untersuchung der gruppenspezifischen Entwicklungstrends über den Beobachtungszeitraum sowie der Gruppenunterschiede zu den einzelnen Beobachtungszeitpunkten.

Gruppenunterschiede innerhalb der EQ-5D Einzeldomänen für die Befragungswellen wurden über Chi²-Tests bewertet. Um die Entwicklung in den Einzeldomänen zwischen T0 und T1 bzw. T2 zu beschreiben, wurden die Selbstangaben zu beiden Zeitpunkten vergleichend gegenüber gestellt und in die Kategorien Verbesserung, keine Veränderung und Verschlechterung eingeteilt. Die entsprechenden Kategorieausprägungen wurden erneut mit Hilfe des Chi²-Tests verglichen.

7.5.2.3 Kosten-Effektivität

Zur Ermittlung der Kosten-Effektivität wurden Kosten pro QALY als Quotient aus inkrementellen Kosten und inkrementellen Effekten für den 12 Monatszeitraum (T2) ermittelt.

Die Inkrementellen Kosten ergeben sich als Differenz aus den Leistungsausgaben der GKV zu T1 und T2 in der Interventionsgruppe zuzüglich patientenindividueller Programmkosten und den Leistungsausgaben der GKV zu T1 und T2 in der Kontrollgruppe.

Die inkrementellen Effekte entsprechen dem QALY-Unterschied zu T2 in beiden Gruppen.

Die Kosten-Effektivität wurde zunächst unter Verwendung unadjustierter Werte deskriptiv beschrieben.

Anschließend wurde im Rahmen der konfirmatorischen Analyse die Kosten-Effektivität adjustiert für Geschlecht und Ausgangswerte (EQ-5D Tarif zu T0, bzw. GKV-Ausgaben zu T0) ermittelt. In diesem Zusammenhang wurde die Lebensqualität über ein generalisiertes lineares Modell errechnet. Die Kosten wurden über ein Verallgemeinertes Lineares Modell unter Annahme einer Gamma-Verteilung modelliert (11). Die exakten Ausgabenbeträge wurden dabei über den „Recycled Predictions“-Ansatz kalkuliert (12). Um die Unsicherheit der Schätzung abzubilden wurden 1000 nicht parametrische Bootstrap-Replikationen für die Kosten- und die QALY-Differenz durchgeführt und die entsprechenden 95%-Konfidenzintervalle betrachtet.

7.5.3 Kosten und Effekte in der ITT-Analyse

Tabelle 75

Baseline Charakteristika der Interventions- und der Kontrollgruppe

	KG		IGT	
<i>n</i>	134		139	
Abitur (in %)	41.0		38.1	
Berufstätig (in %)	23.1		29.2	
GKV-versichert (in %)	84.1		88.3	
gemeinsamer Haushalt (in %)	79.9		81.3	
EQ-5D (<i>SD</i>)	82.1	(22,1)	83.0	(20,9)
EQ1, Mobilität, keine Probleme (in %)	79.9		81.3	
EQ2, Selbstversorgung, keine Problem (in %)	97.8		96.4	
EQ3, allg. Tätigkeiten, keine Probleme (in %)	61.9		64.8	
EQ4, Schmerzen, keine Probleme (in %)	29.1		24.5	
EQ5, Depression, keine Probleme (in %)	39.6		46.8	
GKV-Kosten im Halbjahr vor Studienbeginn in € Ø (<i>SD</i>)	1275	(2137)	1247	(2302)

Wie aus Tabelle 75 ersichtlich bestehen keine systematischen Baseline-Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe im Hinblick auf gesundheitsökonomisch relevante Parameter. In beiden Gruppen findet sich ein vergleichsweise hoher Anteil an höher gebildeten Personen (13). Etwa 4/5 der Pflegepersonen leben mit der Person mit Demenz im gleichen Haushalt und nur eine Minderheit ist (noch) berufstätig. Hinsichtlich der selbsteingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen sich in beiden Gruppen, insbesondere in den Bereichen Schmerzen, Depression und Allgemeine Tätigkeiten deutliche Einschränkungen (13).

Tabelle 76

Baseline Charakteristika der Studienabbrecher

	KG		IGT	
<i>n</i>	23		20	
Abitur (in %)	56.5		30	
kein Schulabschluss (in %)	0		5.3	
Berufstätig (in %)	8.7		26.3	
GKV-versichert (in %)	91.3		89.5	
gemeinsamer Haushalt (in %)	78.3		89.5	
EQ-5D (<i>SD</i>)	68.9	(29.8)	80.4	(26.0)
EQ1, Mobilität, keine Probleme (in %)	69.6		70.0	
EQ2, Selbstversorgung, keine Problem (in %)	91.3		100.0	
EQ3, allg. Tätigkeiten, keine Probleme (in %)	43.5		55.0	
EQ4, Schmerzen, keine Probleme (in %)	13.0		40.0	
EQ5, Depression, keine Probleme (in %)	26.1		50.0	
GKV-Kosten im Halbjahr vor Studienbeginn in € Ø (<i>SD</i>)	1672.3	(2286.7)	1343.5	(2043.7)

Tabelle 77

Baseline Charakteristika der Complete Cases

	KG		IGT	
<i>n</i>	111		119	
Abitur (in %)	37.8		39.5	
Berufstätig (in %)	8.7		26.3	
GKV-versichert (in %)	81.1		87.4	
gemeinsamer Haushalt (in %)	80.2		79.0	
EQ-5D (<i>SD</i>)	84.8	(19,2)	83.4	(20.0)
EQ1, Mobilität, keine Probleme (in %)	82.0		83.2	
EQ2, Selbstversorgung, keine Problem (in %)	99.1		95.8	
EQ3, allg. Tätigkeiten, keine Probleme (in %)	65.8		66.4	
EQ4, Schmerzen, keine Probleme (in %)	32.4		21.8	
EQ5, Depression, keine Probleme (in %)	42.3		46.2	
GKV-Kosten im Halbjahr vor Studienbeginn in € Ø (<i>SD</i>)	1193	(2105)	1230	(2350)

Die in Tabellen 76 und 77 dargestellten Auswertungen belegen, dass die Studienabbrecher (Tabelle 76) tendenziell morbider sind als diejenigen Personen, die die Studie vollständig (Tabelle 77) absolviert haben. Dies lässt sich aus den höheren GKV-Ausgaben in T0 ableiten. Darüber hinaus schätzen die Studienabbrecher ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität deutlich schlechter ein. Die beobachteten Unterschiede zwischen Studienabbrechern und Personen, die die Studie vollständig absolviert haben, betreffen die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe gleichermaßen. Aufgrund der kleinen Fallzahl beeinflusst der Ausschluss der Studienabbrecher (Complete Case Analyse) die Strukturgleichheit in beiden Beobachtungsgruppen nur unwesentlich. Die Ausprägung der Baseline-Charakteristika ist mit denen der ITT Analyse weitgehend vergleichbar.

7.5.4 Entwicklung der Durchschnittskosten in den einzelnen Gruppen

Wie in Abbildung 9 zu sehen ist, steigen die GKV-Ausgaben über die Zeit geringfügig an. Dieser Anstieg ist innerhalb der jeweiligen Beobachtungsgruppen jedoch nicht signifikant. Weiterhin besteht zu keinem der Beobachtungszeitpunkte ein signifikanter Ausgabenunterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Der zu T1 beobachtbare Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe lässt sich dabei im Wesentlichen auf einen einzigen Hochkostenfall (KH-Aufenthalt mit Intensivstation und Reha) in der Kontrollgruppe zurückführen.

In beiden Gruppen sind die Krankenhausausgaben gefolgt von Hausarzt- und Medikamentenausgaben über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg die wesentlichen Kostentreiber. Die Ausgaben in den einzelnen Leistungskategorien sind dabei über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg weitgehend stabil.

Die Analyse der Complete Cases bestätigt die für die Intention-to-Treat-Analyse beobachteten Kostenverläufe in beiden Gruppen, wobei die Durchschnittskosten jeweils geringer sind (maximaler Unterschied:16%).

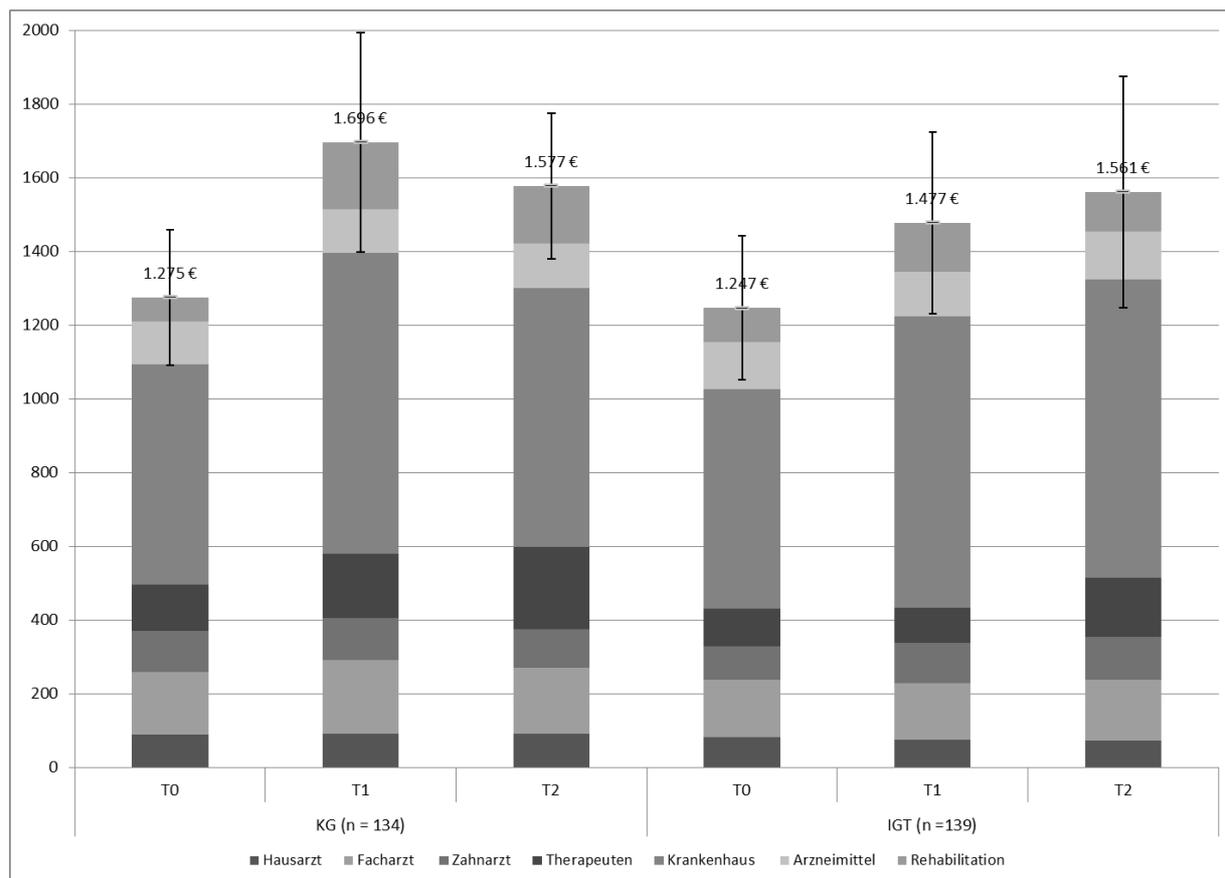


Abbildung 9: Entwicklung der unadjustierten Durchschnittsausgaben

7.5.5 Entwicklung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Betrachtung der gruppenspezifischen Lebensqualität im Verlauf der Studie (Tabelle 78) zeigt, dass die Probanden der Kontrollgruppe zu Studienbeginn auf geringfügig niedrigerem Niveau liegen. Unmittelbar nach der Intervention (T1) wird in beiden Gruppen höhere Lebensqualität gemessen, wobei der Anstieg in der Interventionsgruppe größer ausfällt. Dieser Vorsprung nivelliert sich allerdings in der folgenden Welle. Ein positiver Langzeiteffekt gegenüber der Kontrollgruppe ließ sich somit nicht feststellen.

In der Complete Case Analyse, ergab sich ein ähnliches Profil, wobei sich die Tarife für beide Gruppen jeweils auf einem höheren Ausgangsniveau bewegten. Hierbei war der Unterschied zwischen Complete Cases und ITT-Population in der Kontrollgruppe deutlich stärker ausgeprägt als in der Interventionsgruppe

Tabelle 78

Entwicklung des unadjustierten EQ-5D Tarifs

EQ-5D-Index	KG (n = 134)		IGT (n = 139)	
Ø zu T0 (SD)	82.1	(22.1)	83.0	(20.9)
Ø zu T1 (SD)	84.3	(17.8)	86.8	(15.8)
Ø zu T2 (SD)	84.5	(15.7)	84.5	(18.1)

Die Betrachtung der Einzeldomänen des EQ-5D (Abbildung 10) belegt, dass sich bei der Mehrzahl der Studienteilnehmer/innen keine Veränderung zu den Baseline-Werten beobachten ließ. Weiterhin ist in beiden Gruppen tendenziell eher eine Verbesserung der Ausgangswerte zu beobachten. Hierbei lassen sich keine Unterschiede zwischen Interventionsteilnehmern/innen und Kontrollen beobachten, was den Anteil der Personen in den Gruppen Verbesserung bzw. Verschlechterung angeht. Somit lässt sich kein Effekt der Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität beobachten.

Dieses Bild bestätigt sich in der Complete Case Analyse. Allerdings findet sich hier in beiden Gruppen für alle EQ-5D Einzeldomänen ein geringfügig höherer Prozentsatz, der Veränderungen (positiv wie negativ) im Vergleich zum Ausgangswert berichtet.

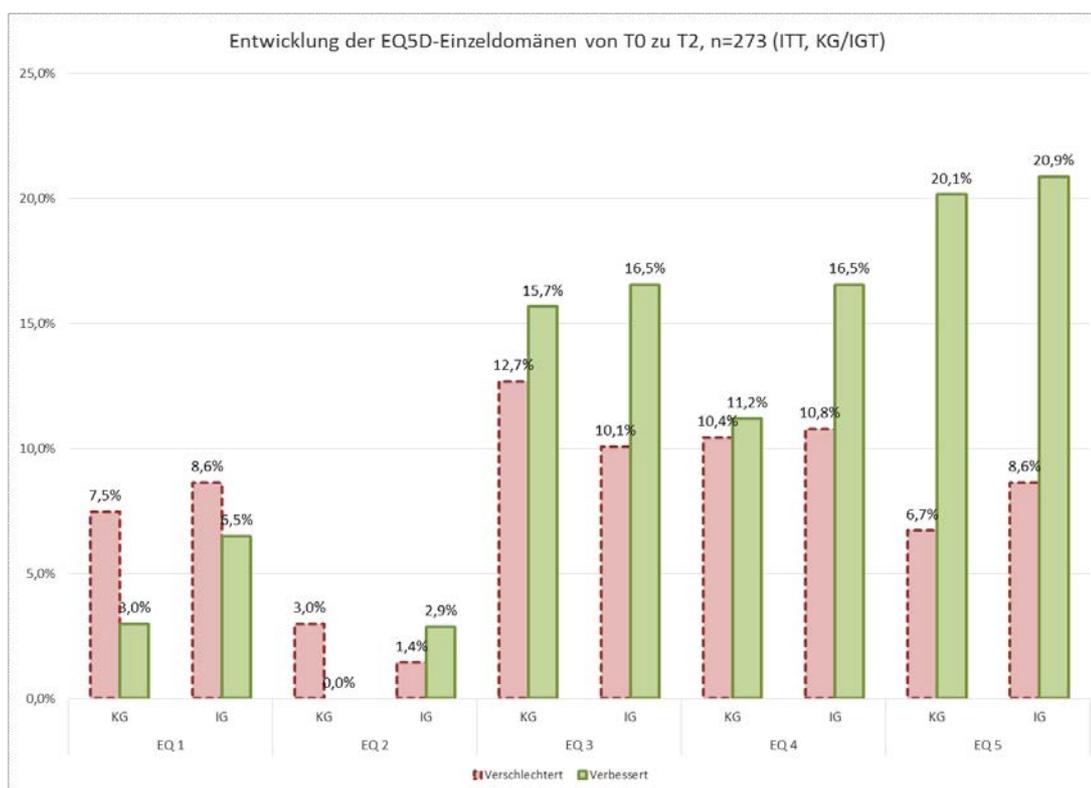


Abbildung 10. Anteil der Studienteilnehmer/innen mit Veränderung in den EQ-5D Einzeldomänen zwischen T0 und T2 -unadjustiert

7.5.6 Kosten-Effektivitätsanalyse

Die Kosteneffektivität der Intervention ist definiert als Relation des Unterschieds der Kosten (inkrementelle Kosten) zum Unterschied der Lebensqualität in QALYs (inkrementeller Effekt) zwischen den zwei Gruppen. Im Laufe der Studie fallen bei der Interventionsgruppe geringfügig weniger Ausgaben der GKV für medizinische Leistungen an. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Interventionskosten ergeben sich jedoch insgesamt höhere Kosten. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität liegt in der Interventionsgruppe ebenfalls höher, so dass die Intervention in einem inkrementellen Kosten-Effektivitätsverhältnis von ca. 34.500€ resultiert.

Berücksichtigt man die Stratifizierungsvariable Geschlecht sowie die Ausgangswerte bei den GKV-Leistungsausgaben bzw. dem EQ-5D-Tarif im Rahmen einer adjustierten Analyse, erhöhen sich die inkrementellen Kosten und parallel sinkt der inkrementelle Effekt. Diese Verschiebungen führen dazu, dass in der adjustierten Analyse mit ca. 69.400€ rund doppelt so hohe Kosten pro QALY anfallen wie in der Ausgangsanalyse. Sowohl der adjustierte Kosten- als auch der adjustierte Effektunterschied sind dabei statistisch nicht signifikant, da die jeweiligen 95%-Konfidenzintervalle die Null überdecken.

Tabelle 79

Kosten-Effektivitätsratio zu T2

	KG (n = 134)	IGT (n = 139)
GKV-Kosten T1	1.695,82 €	1.477,32 €
GKV-Kosten T2	1.577,36 €	1.561,08 €
Programmkosten	0,00 €	735,50 €
Gesamtkosten T2	3.273,18 €	3.773,90 €
Inkrementelle Kosten (unadjustiert)		500,72 €
<i>Adjustiert für Geschlecht und Ausgangswerte</i>		641,44 [-470,15;2.127,75]
QALY T1	0,4160	0,4244
QALY T2	0,4221	0,4282
QALY gesamt	0,8381	0,8526
Inkrementeller Effekt (unadjustiert)		0,0145
<i>Adjustiert für Geschlecht und Ausgangswerte</i>		0,0092 [-0,0106;0,0293]
Kosten pro zusätzlichem QALY (unadjustiert)		34.532,14 €
<i>Adjustiert für Geschlecht und Ausgangswerte</i>		69.404,49 €

Für die Complete Case Analyse ergeben sich in der adjustierten Analyse mit 966,38 € höhere inkrementelle Kosten und mit 0,0120 höhere inkrementelle Effekte, wobei das inkrementelle Kosten-Effektivitätsverhältnis (ca. 80.500 €) insgesamt ungünstiger ausfällt.

Im Rahmen von 1000 non-parametrischen Bootstraps wurde die Unsicherheit bezüglich der adjustierten Kosten-Effektivitätsschätzung im ITT-Sample untersucht. Das Ergebnis ist in Abbildung 11 visualisiert, wobei die rote Raute den Punktschätzer [+570,72€ +0,0093 QALYs] markiert. Dieser weicht aufgrund des iterativen Bootstrap-Prozesses geringfügig von dem in Tabelle 79 präsentierten Mittelwert über alle Replikationen ab. Punkte im Süd-Ost-Quadranten der Kosten-Effektivitätsebene sprechen für die Dominanz der Intervention, Punkte im Nord-West-Quadranten für ihre Unterlegenheit. Werte im Nord-Ost-Quadranten beschreiben höhere Kosten bei höheren Effekten, während Werte im Süd-West-Quadranten geringere Kosten bei geringeren Effekten markieren, sodass hier eine Entscheidung für oder gegen die Intervention von zusätzlichen externen Kriterien abhängig zu machen ist. Für die Intervention fallen 14,5% der Bootstrap-Replikationen in den Süd-Ost und 66,4% in den Nord-Ost-Quadranten. Damit ist eine Abwägungsentscheidung erforderlich, inwieweit die Zusatzkosten durch den beobachtbaren QALY-Gewinn gerechtfertigt sind.

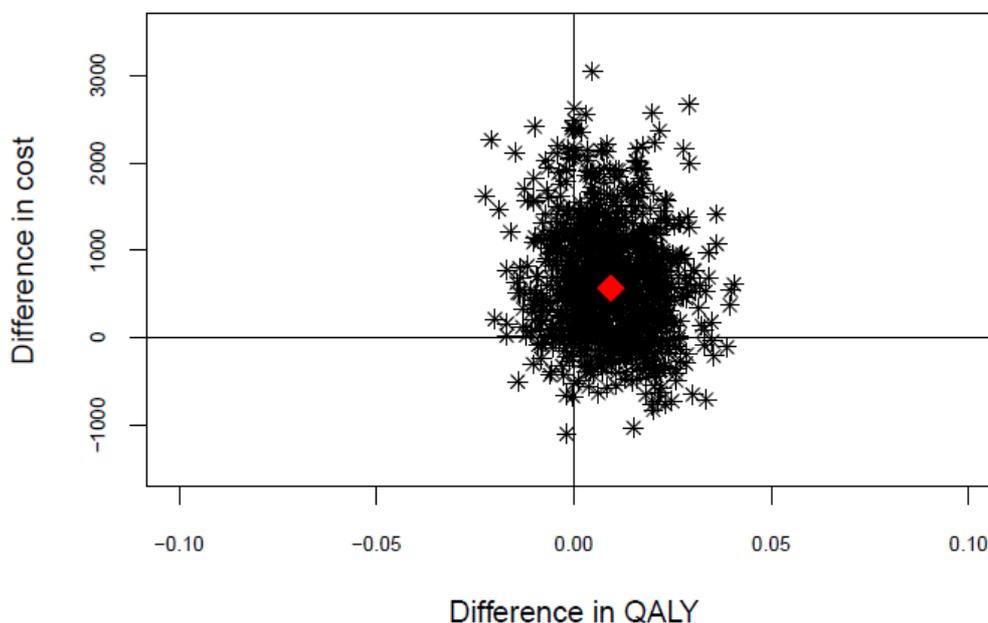


Abbildung 11. Kosten-Effektivitäts-Ebene für die ITT-Population adjustiert für Geschlecht und Baseline-Performance unter Berücksichtigung der Kosten- und QALY-Differenzen bei 1000 non-parametrischen Bootstrap-Replikationen

7.5.7 Gesellschaftliche Implikationen

Zur Abbildung der gesamtgesellschaftlichen Implikationen wurden für das Complete Case Sample ($n = 230$) die Kosten pflegebedingter Arbeitszeitausfälle, sowie der monetäre Gegenwert informeller Pflegeleistungen geschätzt. Diese Komponenten verursachen für die Gesetzliche Krankenversicherung (Perspektive der primären Analyse) keine Ausgaben, stellen aber volkswirtschaftlich betrachtet einen wichtigen Kostenfaktor dar.

7.5.8 Indirekte Kosten

Die Tabelle 80 zeigt auf, dass nur rund 30% der pflegenden Angehörigen berufstätig sind. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 24.3 Stunden zeigt auf, dass die Mehrheit der berufstätigen Angehörigen einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht, außerdem sind flexible Arbeitszeiten weitverbreitet.

Etwa ein Viertel der Pflegepersonen hat kurz vor dem Studieneintritt die Arbeitszeit reduziert, wobei der Umfang der Arbeitszeitreduktion in etwa 25.0% einer Vollzeitstelle ausmacht. Zusätzlich nehmen pflegebedingte Fehlzeiten einen bedeutenden Raum ein. Unmittelbar vor Studienbeginn kam es bei mehr als 1/3 der Studienteilnehmer/innen zu Minusstunden bzw. bei mehr als 1/4 zu Fehltagen.

Von Studieneintritt bis zum 12-Monats-Follow-up kommt es bei 35 Personen zu einer Veränderung der Erwerbstätigkeit, wobei die Mehrheit nicht mehr ($n = 11$) oder weniger arbeitet ($n = 11$). Jeweils 6 Personen berichten hingegen von einer Erhöhung der Stundenzahl bzw. vom Wiedereinstieg ins Berufsleben. Dies betrifft gerade in der Nachbeobachtungsphase (T2) tendenziell eher Studienteilnehmer/innen, bei denen der zu betreuende Angehörige verstorben war.

Tabelle 80

Arbeitsumfeld zu T0; %-Angaben und Mittelwerte beziehen sich auf die Berufstätigen, soweit nicht anders vermerkt

	KG		IGT		Gesamt	
	(n = 111)		(n = 119)		(N = 230)	
Berufstätigkeit, n (% Gesamt)	29	(26.1)	35	(29.7)	64	(28.0)
Flexible Arbeitszeit, n (%)	13	(46.4)	23	(67.7)	36	(58.1)
Wochenarbeitszeit, Ø in h (SD)	24.6	(12.9)	24.0	(12.8)	24.3	(12.8)
Arbeitszeitreduktion im letzten Monat, n (%)	7	(24.14)	9	(27.3)	16	(25.8)
Arbeitszeitreduktion, Ø in h (SD)	9.5	(4.8)	12.5	(7.8)	11.3	(6.7)
Minusstunden letzter Monat, n (%)	6	(26.1)	12	(44.4)	18	(36.0)
Minusstunden pro Woche, Ø in h (SD)	2.0	(6.3)	2.4	(5.0)	2.2	(5.6)
Arbeitstag versäumt letzter Monat, n (%)	8	(32.0)	6	(24.0)	14	(28.0)
Anzahl versäumter Arbeitstage, Ø (SD)	0.6	(1.3)	0.6	(1.1)	0.6	(1.2)

Geht man davon aus, dass der Monat vor Studienbeginn einen repräsentativen Monat darstellt, ist dies in der Gesamtgruppe mit indirekten Kosten von 1.197 € ($SD = 4.38$) pro Jahr gleichzusetzen, wobei 284 € ($SD = 1.30$) auf Fehltage und 913 € ($SD = 1.30$) fallen. Betrachtet man die indirekten Kosten nur innerhalb der berufstätigen Population, ergeben sich indirekte Kosten von etwa 4.300 €, von denen etwa 75% auf Arbeitszeitreduktionen zurückzuführen sind.

Tabelle 81

Jährliche indirekte Kosten durch pflegebedingte Arbeitszeitausfälle

	KG		IGT		Gesamt	
	(n = 111)		(n = 119)		(N = 230)	
Kosten durch Fehltage Ø in €(SD)	314	(1.402)	256	(1.207)	284	(1.302)
Kosten durch Arbeitszeitreduktion Ø in h (SD)	605	(2.818)	1.201	(4.657)	913	(3.883)
Indirekte Kosten, Ø in h (SD)	918	(3.409)	1.457	(5.121)	1.197	(4.378)

7.5.9 Finanzieller Gegenwert informeller Pflegeleistungen

Abbildung 12 zeigt, dass sich der Zeitaufwand für informelle Pflege im Zeitverlauf leicht erhöht, wobei sich ein „Einbruch“ beobachten lässt, sofern der betreute Mensch mit Demenz

verstirbt bzw. in ein Pflegeheim übersiedelt. Der Großteil der informellen Pflegezeit entfällt dabei auf reine Überwachungszeiten. Der Zeitaufwand für Unterstützung in Aktivitäten des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung etc.) und der für Unterstützung in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Haushaltsführung, Einkäufe, Finanzverwaltung) nehmen eine vergleichbare Größenordnung ein. Berücksichtigt man alle drei Komponenten informeller Pflgetätigkeit, so zeigt sich der „Rund um die Uhr“-Charakter informeller Pflgetätigkeit, da im Schnitt mehr als die Hälfte des Tages auf Unterstützung und Überwachung des an Demenz erkrankten entfallen. Auch wenn man die mit einer größeren Unsicherheit behafteten Überwachungszeiten außer Acht lässt, entspricht der Zeitaufwand für informelle Pflege dem eines Vollzeit-Jobs.

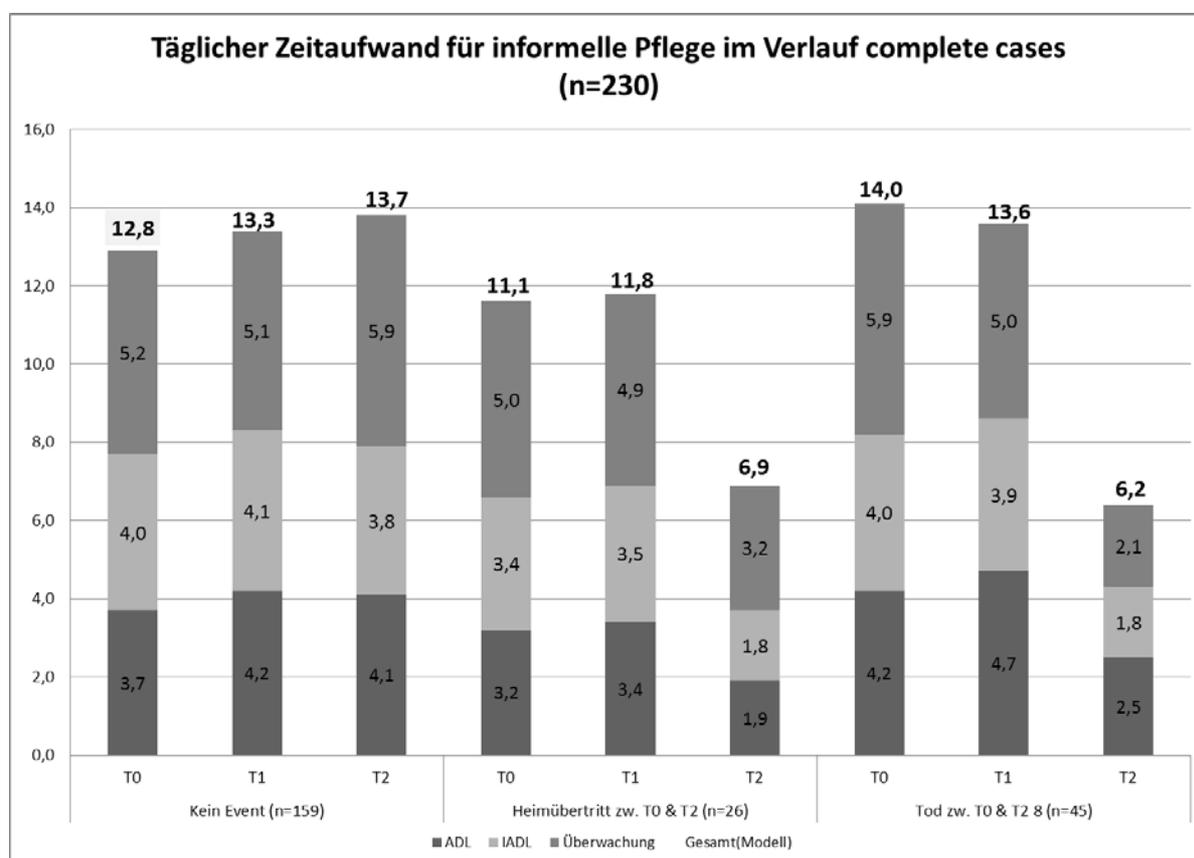


Abbildung 12. Zeitaufwand für informelle Pflgetätigkeiten stratifiziert nach Event

*Die Ergebnisse für den Gesamtaufwand entstammen der Modellberechnung und weichen geringfügig von den Werten ab, die sich bei einer Addition der Werte aus den Unterkategorien ergeben

Dies zeigt sich auch im finanziellen Gegenwert informeller Pflege (Tabelle 82), der exemplarisch auf Basis des Opportunitätskostenansatzes ermittelt wurde. Pro Tag entstehen Kosten von ca. 90 € Damit entfallen auf unentgeltlich erbrachte Pflegeleistungen pro Jahr Kosten von ca. 33.000 €

Tabelle 82

Monetärer Gegenwert informeller (I)ADL Unterstützung pro Tag gemäß Opportunitätskostenansatz

	KG (n = 111)		IG (n = 119)		Gesamt (N = 230)	
	T0		T0		T0	
Ø ADL (SD)	44 €	(44€)	45 €	(42 €)	44 €	(43 €)
Ø IADL (SD)	45 €	(31 €)	47 €	(31 €)	46 €	(31 €)
Ø Summe (SD)	89 €	(66 €)	92 €	(62 €)	90 €	(63 €)

7.5.10 Prognostizierter Budget Impact

Um abschätzen zu können, mit welchem finanziellen Aufwand bei einer flächendeckenden Implementierung der Tele.TAnDem.Transfer Intervention zu rechnen ist, wurde eine grobe Kalkulation des für die Gesetzliche Krankenversicherung zu erwartenden Budget-Impact durchgeführt. Die Berechnung stützte sich dabei auf folgende Annahmen: 1) Das Programm wird vollständig absolviert (d.h. 12 Sitzungen), zusätzlich werden die Einmal Kosten für die Angehörigen-Mappe übernommen. 2) das Programm richtet sich zunächst nur an die Betreuer von neuerkrankten Menschen mit Demenz (Inzidenzfälle). 3) Alle Demenzinzidenzfälle werden zunächst informell betreut. 4) Unter allen Inzidenzfällen befinden sich 85% GKV-versicherte Personen. 5) 15% der pflegenden Angehörigen nehmen das Programm in Anspruch.

Tabelle 83

Budget Impact bei Programm-Roll-Out

	Kosten	Anzahl
Kosten pro Sitzung	60,44 €	12
Mappe	15 €	1
<i>a) Therapiekosten pro Patient/in</i>	<i>740,28 €</i>	
Demenzinzidenz pro Jahr(14)	270.000	
GKV_versichert	85.0%	
Potentielle Adressaten	229.500	
Teilnahme Rate 15%	15.0%	
<i>b) Zu Versorgende Patienten/innen pro</i>		
<i>Jahr</i>	<i>34.425</i>	
<i>Budget Impact GKV(a+b)</i>	<i>25.484.139</i>	

Tabelle 83 zeigt auf, dass bei einem flächendeckenden Roll-Out einer ersten groben Schätzung zu Folge rund 34.400 pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz die Tele.TAnDem.Transfer Intervention in Anspruch nehmen würden. Damit kann von einem jährlichen Budget Impact von ca. 25,5 Millionen für die Gesetzliche Krankenversicherung ausgegangen werden.

Nimmt man weiterhin an, dass pro Sitzung inklusive Vor- und Nachbereitung ein Zeitaufwand von 1 Stunde anfällt, beträgt die therapeutenbezogenen Arbeitszeit je Angehörigem 12 Stunden. Geht man von etwa 210 Arbeitstagen pro Jahr (15) und einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 7.5 Stunden aus, ergeben sich ca. 1.575 Arbeitsstunden pro Therapeut in einem Jahr. Demnach könnte ein Therapeut jedes Jahr etwa 132 Angehörige betreuen, wenn er sich ausschließlich auf die Tele.TAnDem.Transfer Intervention spezialisiert. Dies bedeutet, dass zu Deckung der Nachfrage (ca. 34.400 Personen) etwa 260 entsprechend geschulte Therapeuten benötigt werden. Allerdings ist in der Praxis eher eine größere Zahl zu erwarten, da eine ausschließlich Fokussierung eines Therapeuten auf die Tele.TAnDem.Transfer Intervention unwahrscheinlich erscheint.

7.5.11 Deskriptive Analyse der Kosten- und Effektparameter in der F2F-Gruppe

Tabelle 84 zeigt, dass die nicht randomisierte Face-to-Face-Interventionsgruppe tendenziell höher gebildet ist als das randomisierte Sample und seltener mit der zu betreuenden Person in einem Haushalt lebt. Die eigene Lebensqualität wird insgesamt etwas besser eingeschätzt als im randomisierten Sample, die Leistungsausgaben der GKV (als Indikator für Morbidität) sind zugleich deutlich geringer. Weiterhin ist die Dropout-Rate mit etwa 20.0% fast 2.5-mal so hoch wie in der randomisierten Kontrollgruppe (8.3%) bzw. der randomisierten Telefon-Interventionsgruppe (8.6%).

Tabelle 84

Baseline-Charakteristika der Face-to-Face-Gruppe

	F2F	
<i>n</i>	49	
Abitur (in %)	55.1	
kein Schulabschluss (in %)	0	
Berufstätig (in %)	22.5	
GKV-versichert (in %)	91.7	
gemeinsamer Haushalt (in %)	73.5	
EQ-5D (<i>SD</i>)	83.9	(18.9)
EQ1, Mobilität, keine Probleme (in %)	83.7	
EQ2, Selbstversorgung, keine Problem (in %)	100.0	
EQ3, allg. Tätigkeiten, keine Probleme (in %)	61.2	
EQ4, Schmerzen, keine Probleme (in %)	24.5	
EQ5, Depression, keine Probleme (in %)	40.8	
GKV-Kosten zu T0, Ø in €(<i>SD</i>)	716.7	(757.2)
Dropouts im Laufe der Studie	10	

Wie aus Tabelle 85 ersichtlich lassen sich in der Face-to-Face-Gruppe tendenziell geringere Leistungsausgaben und eine höhere Lebensqualität als in der Telefongruppe (Complete Cases) beobachten. Die Ausgaben steigen in der Face-to-Face-Gruppe über den Zeitverlauf leicht an, bei der Lebensqualität ist ein Anstieg im Interventionszeitraum mit anschließender Stabilisierung in der Nachbeobachtungsphase zu beobachten. Ein direkter Vergleich mit der Telefongruppe ist aufgrund der fehlenden Randomisierung sowie der geringen Fallzahl allerdings nicht angemessen.

Tabelle 85

Entwicklung von Kosten und Effekten

	T0		T1		T2	
GKV-Ausgaben, Ø	648.41	(712.80)	770.79	(1118.39)	853.27	(1114.47)
in €(SD)						
Programmkosten,			740.28			
in €						
EQ-5D Tarif	82.80	(19.71)	86.59	(15.88)	86.39	(19.09)
QALYs			0.42	(0.08)	0.43	(0.08)

7.6. Akzeptanz und subjektive Zufriedenheit mit der Tele.TAnDem Intervention

Zur Evaluation der Teilnehmer/innen-Zufriedenheit wurden im Rahmen einer Intention-to-Treat-Analyse alle Fälle einbezogen, die den Bewertungsfragebogen ausgefüllt zurückgesendet hatten. Die Ergebnisse zur Zufriedenheit werden chronologisch berichtet. Zuerst werden die Ergebnisse der Post-Befragung und anschließend die Ergebnisse der Follow-up-Befragung dargestellt. Die Gruppenvergleiche erfolgten mittels Mann-Whitney U-Test (U-Test).

7.6.1 Die Teilnehmer/innen-Zufriedenheit zur Post-Befragung

Zur Post-Befragung lagen von 155 pflegenden Angehörigen (96.9%) Rückmeldungen zur Teilnehmer/innen-Zufriedenheit vor. In der TEL gaben 118 (97.5%) und in der F2F 37 (94.9%) Teilnehmer/innen eine Rückmeldung zur Zufriedenheit mit der Intervention. Es werden zunächst die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Intervention und der Therapiebeziehung berichtet. Daran anschließend werden die Einschätzungen zu subjektiven Interventionseffekten und verschiedenen Aspekten der Zufriedenheit mit der Intervention (Gesamtzufriedenheit, Bereitschaft zur Weiterempfehlung, Bereitschaft zur erneuten Teilnahme) vorgestellt.

7.6.1.1 Das telefonische bzw. persönliche Setting

Das telefonische Setting der Intervention wurde von der Mehrheit der Teilnehmer/innen der TEL als *sehr gut* (61.0%) und *gut* (34.7%) bewertet. Als *mittelmäßig* (3.4%) oder *schlecht* (0.9%) wurde das telefonische Interventionssetting nur von wenigen Teilnehmern/innen beurteilt. Als *nicht so gut* bezeichnete keiner der Teilnehmenden das telefonische Setting.

Die Interventionsgruppe mit persönlichem Kontakt (F2F) beurteilte das persönliche Setting ähnlich positiv. 73.0% der Teilnehmer/innen bezeichneten das persönliche Setting als *sehr gut* und weitere 24.3% als *gut*. Von keinem/r Teilnehmer/in wurde die persönliche Unterstützung als *schlecht* oder *nicht so gut* bewertet, lediglich ein/e Teilnehmer/in empfand diese als *mittelmäßig* (2.7%).

Der Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Bewertung des Interventionssettings ($z = -1.32$; $p = .19$).

Tabelle 86

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen des Interventionssettings

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Telefonisches bzw. persönliches Setting	sehr gut	61.0	72	73.0	27
	gut	34.7	41	24.3	9
	mittelmäßig	3.4	4	2.7	1
	nicht so gut	-	-	-	-
	schlecht	0.9	1	-	-

Diese positiven Bewertungen spiegeln sich auch in den qualitativen Erläuterungen der pflegenden Angehörigen wieder. Besonders vor dem Hintergrund der zeitintensiven Betreuung der Person mit Demenz wurde das telefonische Setting von den Angehörigen als vorteilhaft bewertet. So schätzten die Teilnehmer/innen der TEL am meisten, keine Betreuung für den Erkrankten während der Gespräche organisieren zu müssen sowie die zeitliche und örtliche Unabhängigkeit der telefonischen Intervention:

„Da die Zeit, in der man das Haus verlassen kann, zeitlich sehr begrenzt ist, ist es wunderbar, Hilfe von zu Hause aus zu bekommen.“ (TEL: ID 143)

„War für mich ideal, durch die Krankheit meiner Frau bin ich sehr ans Haus gebunden.“ (TEL: ID 325)

„In meinen engen Zeitrahmen passte eine telefonische Unterstützung am ehesten. Kein Zeitverlust bei Anfahrtswegen.“ (TEL: ID 57)

„Ich lebe in einem Dorf. Die nächsten Städte, in denen eventuell Hilfe angeboten wird, sind 30-40km entfernt. Auto fahre ich nicht. Mein Mann braucht rund um die Uhr Pflege. Für mich war es die einzige Möglichkeit, Hilfe zu bekommen.“ (TEL: ID 93)

„Für mich ist es sehr schwer, jemanden für die Verhinderungspflege meiner Schwiegermutter zu organisieren, vor allem vormittags und nachmittags wären meine Kinder ebenfalls anwesend.“ (TEL: ID 156)

„Wenn der zu pflegende Angehörige nicht alleine sein kann, dann ist die Unterstützung am Telefon sehr hilfreich, weil man die Umgebung und den Kranken nicht verlassen muss, aber auch keinen "Aufpasser" bestellen muss.“ (TEL: ID 41)

Zudem scheint die Anonymität der telefonischen Gespräche einen großen Stellenwert für die pflegenden Angehörigen zu haben:

„Durch den nicht persönlichen Kontakt, fiel mir das sprechen leichter und ich war freier.“ (TEL: ID 66)

„Außerdem ist mir die gewisse Anonymität per Telefon angenehm gewesen.“ (TEL: ID 177)

„Es entstand ein Vertrauensverhältnis und ich konnte offen über meine Probleme sprechen.“ (TEL: ID 24)

Nur in wenigen Fällen ($n = 3$) wurden das telefonische Setting und der fehlende direkte Kontakt als Nachteil empfunden:

„Es wäre eine persönliche Beratung schöner gewesen.“ (TEL: ID 114)

„Das ist oft besser zu organisieren, trotzdem wäre ein persönliches Gespräch oft besser gewesen.“ (TEL: ID 330)

„Telefonische Beratung ist nur die zweitbeste Lösung. Persönliche Beratung führt zu einer noch vertrauteren Beziehung. Auch Rückmeldungen (Gesten, Mimik) sind dann möglich.“ (TEL: ID 97)

In nur einem Einzelfall kam es vor, dass die Betreuungssituation zum Problem für das Setting einer telefonischen Intervention wurde:

„Ich musste zusehen, dass während der Telefonstunde mein Mann schlief, da man sonst nicht Klartext hätte reden können.“ (TEL: ID 318)

Während die Teilnehmer/innen der TEL die Anonymität der Interventionsumsetzung als Vorteil schätzten, bewerteten die Teilnehmer/innen der F2F den direkten und persönlichen Kontakt als vorteilhaft, was an folgenden Zitaten ersichtlich wird:

„Dem "Gegenüber" in die Augen sehen zu können, Gestik und Mimik zu sehen; dadurch ist es nicht so anonym.“ (F2F: ID 153)

„Es ist nicht so anonym und daher auch effektiver. Man kann sich nicht so verstecken, wie z.B. bei einer telefonischen Beratung.“ (F2F: ID 68)

Ein pflegender Angehöriger berichtete in diesem Zusammenhang eine bessere Kommunikationsfähigkeit. Andere Teilnehmer/innen der F2F empfanden den Ortswechsel und die damit einhergehende Distanz zum Pflegealltag als angenehm:

*„In einem persönlichen Gespräch kann ich besser kommunizieren als z.B. am Telefon.“
(F2F: ID 167)*

„Die persönliche Beratung/Therapie ermöglicht das bestmögliche Ergebnis, die bestmögliche Hilfe. Die telefonische Beratung/Therapie kann das nicht annähernd leisten. Wesentlich dabei ist die Beziehung zur Therapeutin und Hilfesuchendem, auch der andere Ort und die Entscheidung des Pflegenden, sich diese Unterstützung ganz persönlich für sich selbst zu gönnen.“ (F2F: ID 166)

„... die räumliche Änderung gibt Distanz zur häuslichen Situation.“ (F2F: ID 75)

Vereinzelte Kritik am persönlichen Interventionssetting bezog sich auf den damit verbundenen Aufwand durch Fahrtwege und die Organisation einer alternativen Betreuung für den erkrankten Angehörigen.

„Eine telefonische Beratung würde ich im Nachhinein bevorzugen, da der zeitliche Aufwand für die persönlichen Sitzungen doch recht hoch war (3 Std. pro Gesprächstermin, Vorsorge für die Zeit der Abwesenheit).“ (F2F: ID 285)

*„Gestört hat mich die räumliche Ferne und die damit verbundene Anfahrt von 95 km.“
(F2F: ID 286)*

7.6.1.2 Anzahl der Interventionssitzungen

Die Gesamtzahl von 12 Interventionssitzungen wurde von 74.2% der TEL als *genau richtig* bewertet. 22.4% der Teilnehmer/innen der TEL empfanden die Gesamtzahl an Interventionssitzungen als *zu wenig* und nur 3.4% als *zu viel*.

Auch die Mehrheit der Teilnehmer/innen der F2F bewertete die Anzahl der Interventionssitzungen ebenfalls als *genau richtig* (73.0%). Ähnlich wie in der TEL wünschten sich 24.3% der pflegenden Angehörigen der F2F *mehr Interventionssitzungen*. Lediglich ein/e Teilnehmer/in (2.7%) der F2F empfand die 12 Gespräche als *zu viel*.

Mittels Mann-Whitney U-Test konnte gezeigt werden, dass sich die Bewertungen beider Interventionsgruppen bezüglich der Anzahl der Interventionssitzungen nicht signifikant voneinander unterscheiden ($z = -.29, p = .77$).

Tabelle 87

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen der Anzahl der Interventionssitzungen

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Anzahl Interventionssitzungen	zu wenig	22.4	26	24.3	9
	genau richtig	74.2	86	73.0	27
	zu viel	3.4	4	2.7	1

Die hohe Zufriedenheit mit der Anzahl der Interventionssitzungen beider Interventionsgruppen wird an folgenden Zitaten deutlich:

„Die Beratungsgespräche haben mir sehr viel gebracht. Ich finde auch die Anzahl war richtig.“ (TEL: ID 93)

„In 12 Gesprächen kann man gut die Probleme ohne Zeitdruck erörtern. Es bleibt auch Zeit, um auf persönliche Gegebenheiten des Pflegenden einzugehen.“ (TEL: ID 79)

„Die Anzahl und der Abstand waren genau richtig, so lernt man, sein Gegenüber besser kennen und vertraut ihr, auch schwierige Situationen anzusprechen.“ (TEL: ID 289)

„Die Anzahl entsprach meinen Bedürfnissen, verteilt über 6 Monate war auch gut.“ (F2F: ID 243)

„Für meine persönliche Situation war es ausreichend und optimal.“ (F2F: ID 73)

Der vermehrt geäußerte Wunsch ($n = 23$) nach einer höheren Anzahl an therapeutischen Gesprächen, besonders einer kontinuierlichen therapeutischen Begleitung und zusätzlich bedarfsorientierten Gesprächen kommt in den Erläuterungen der Angehörigen beider Interventionsgruppen zum Ausdruck:

„Es könnten noch mehr unterstützende Gespräche stattfinden.“ (TEL: ID 222)

„Die Gespräche hätten ruhig ein ganzes Jahr dauern können. Es war beruhigend, über Probleme zu reden.“ (TEL: ID 141)

„Die Gespräche waren sehr zielführend und sehr entlastend. Es wäre gut und wichtig je nach Situation regelmäßige oder bedarfsgerechte Gespräche über die ganze Pflegezeit anzubieten.“ (TEL: ID 225)

„Eine regelmäßig weiterführende Beratung ist wünschenswert. Die Pflege geht schließlich auch weiter und somit ist auch weiterer Austauschbedarf vorhanden.“ (TEL: ID 358)

„Regelmäßige Gespräche sind wichtig, allerdings denke ich, dass es manchmal besser gewesen wäre, wenn auch bei Bedarf ein Gespräch zusätzlich stattfindet oder wenn nichts anliegt auch verschoben wird. Ist aber wahrscheinlich schwer zu organisieren.“ (TEL: ID 330)

„Im Fall einer akut steigenden Pflegebelastung eventuell die Option eines außerplanmäßigen Gespräches im Konzept integrieren.“ (TEL: ID 88)

„Beratungen könnten im Anschluss noch in größeren Zeitabständen erfolgen, da sich in der Pflege ständig Probleme auftun.“ (F2F: ID 418)

„Ich empfand die Anzahl der Gespräche etwas wenig, es verbleibt noch einiger Beratungsbedarf.“ (F2F: ID 68)

Im Gegensatz dazu wurde eine Reduktion der Gesprächsanzahl nur vereinzelt ($n = 2$) vorgeschlagen:

„Die Probleme sind meistens dieselben. Meines Erachtens können sie um 2/3 gekürzt werden.“ (TEL: ID 117)

„6-8 Gespräche wären ausreichend gewesen. Die letzten Gespräche waren nicht total unnütz - man hatte einen Gesprächspartner, der sich gut in die Situation hineinversetzen konnte, aber wesentlich neue Dinge wurden nicht mehr besprochen.“ (F2F: ID 285)

7.6.1.3 Dauer der einzelnen Interventionssitzungen

Die Dauer der einzelnen Interventionssitzungen wurde von nahezu allen Teilnehmern/innen der TEL als *genau richtig* (92.2%) bewertet. Lediglich 6.9% der Teilnehmer/innen empfanden die Dauer der Gespräche als *zu lang* und nur ein/e Teilnehmer/in empfand diese als *zu kurz* (0.9%).

Auch die Mehrheit der Teilnehmer/innen der F2F bewertete die Dauer der Beratungsgespräche als *genau richtig* (86.5%). Weitere 13.5% der Teilnehmer/innen schätzten die Dauer als *zu kurz* ein.

Der Mann-Whitney U-Test ergab einen signifikanten Unterschied in der Bewertung der Gesprächsdauer zwischen der F2F und der TEL ($z = -3.41$; $p = .00$).

Tabelle 88

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen der Dauer der Interventionssitzungen

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Dauer Interventionssitzungen	zu kurz	0.9	1	13.5	5
	genau richtig	92.2	107	86.5	32
	zu lang	6.9	8	-	-

Die positive Beurteilung der Gesprächsdauer kommt auch in den Erläuterungen der Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen zum Ausdruck:

„Ich konnte mich gut auf den vorgegebenen Zeitraum einstellen. Für mich war es so gut.“ (TEL: ID 96)

„Probleme konnten genau angegangen werden und eine Lösung gefunden werden, nicht unter Zeitdruck.“ (TEL: ID 231)

„Obwohl mir die Stunde oft sehr kurz vorkam, war die Konzentration auf eine Stunde zu halten. Das Gespräch konnte verarbeitet werden!“ (TEL: ID 183)

„Es wäre bei längeren Gesprächen zu anstrengend geworden.“ (TEL; ID 45)

„In einer Stunde kann man sehr viel über Probleme reden, wenn es länger gehen würde, fehlt einem wieder die Zeit für die Familie. Man braucht hinterher auch Zeit, um das Gespräch zu verarbeiten.“ (TEL: ID 190)

„In der angesetzten Stunde konnten alle bestehenden Fragen besprochen werden.“ (F2F: ID 262)

„Eine Stunde ist die optimale Zeiteinheit.“ (F2F: ID 136)

Die Teilnehmer/innen schätzten dabei insbesondere die zeitliche Flexibilität der Therapeutinnen:

„Es ging nicht 100%ig nach der Uhr. Es gab auch Gespräche - durch den Gesprächsstoff bedingt - die länger gedauert haben. Das empfand ich als angenehm, ich war nicht nur eine Telefonnummer.“ (TEL; ID 258)

„Sehr häufig genau richtig; es kam aber auch vor, dass die Zeit zu lang war (persönliche Befindlichkeiten), dann haben wir etwas früher abgebrochen.“ (F2F: ID 243)

Zudem wurde die erlebte Strukturierung der Gespräche mit Hilfe der vorgegebenen Dauer von einigen Teilnehmern/innen gelobt:

„Die Gespräche waren von der Psychologin gut vorbereitet und strukturiert, sodass die Zeitvorgabe passte. Dennoch hatte ich nicht den Eindruck, dass jemand mit der Uhr im Nacken arbeitet. Prima! Professionelle Arbeit!“ (TEL: ID 103)

„Dadurch keine Verzettelung auf alles, sondern Konkretisierung einzelner Themen. Gute Spezialisierung möglich in der Zeit.“ (F2F: ID 75)

Vereinzelt wurde ein Wunsch nach längeren oder kürzeren Gesprächen von Teilnehmern/innen der TEL geäußert:

„Manchmal wäre noch etwas Zeit nötig gewesen.“ (TEL: ID 17)

„War erschöpft, so lange das Telefon zu halten und sich zu konzentrieren.“ (TEL: ID 261)

„Ich denke, dass mir persönlich 30-40 min ausgereicht hätten.“ (TEL: ID 117)

Auch wenn weiterer Gesprächsbedarf bei Teilnehmern/innen der F2F vorlag, wurde meistens die Gesprächsdauer von 50 Minuten aufgrund verschiedener Gründe als praktikabel und angenehm beurteilt:

„Die Zeit war immer sehr schnell vorbei, dennoch sollte sie nicht länger sein, denn durch die Anfahrtszeit war es doch ein halber Tag.“ (F2F; ID 423)

„Man muss ja drüber nachdenken, reflektieren und verarbeiten und da ist mehr als 50 Minuten - denke ich - zu viel.“ (F2F: ID 394)

„Ich habe die Dauer zu kurz empfunden, bin aber immer gelöst aus den Gesprächen gegangen.“ (F2F: ID 14)

„Nur in wenigen Fällen war die Zeit etwas knapp, was aber nicht dazu führte, dass offene Probleme zurückblieben.“ (F2F: ID 68)

In beiden Interventionsgruppen wurde eine noch höhere Flexibilität der Gesprächsdauer je nach Gesprächsbedarf vereinzelt gewünscht:

„Je nach Bedarf sollte es auch hier idealerweise flexibler sein, ist aber wohl sehr schwer zu organisieren, sowohl für die Therapeuten, als auch für die Angehörigen.“
(TEL: ID 330)

„Die Dauer sollte von der Notwendigkeit und dem Verlauf des Gesprächs abhängen und nicht sklavisch eine Stunde.“ (TEL: ID 58)

„Die Dauer der Beratungsgespräche hat oft nicht ausgereicht. Hier sollte der Therapeut individuell entscheiden können, ob ein Beratungsgespräch länger dauern soll.“ (F2F: ID 73)

7.6.1.4 Zeiträume zwischen den Interventionssitzungen

Die Teilnehmer/innen der TEL bezeichneten die Abstände zwischen den Gesprächen vorwiegend als *sehr gut* (73.7%). Als *mittelmäßig* wurden die Abstände zwischen den Gesprächen von 25.4% der TEL beurteilt und lediglich von einem/r Teilnehmer/in als *nicht so gut* (0.9%) empfunden.

Von den Teilnehmern/innen der F2F wurden die Zeiträume zwischen den Interventionssitzungen ähnlich positiv bewertet. 75.7% der Teilnehmer/innen schätzen die Abstände zwischen den Gesprächen als *sehr gut* und 24.3% als *mittelmäßig* ein.

Es ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied für die Bewertung der Gesprächsabstände ($z = -0.26$; $p = 0.8$).

Tabelle 89

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen der Abstände zwischen den Gesprächen

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Abstand der Gespräche	sehr gut	73.7	87	75.7	28
	gut	-	-	-	-
	mittelmäßig	25.4	30	24.3	9
	nicht so gut	0.9	1	-	-
	schlecht	-	-	-	-

Diese überwiegend zufriedene Einstellung mit den Gesprächsabständen spiegelt sich in den Erläuterungen der Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen wider:

„In meinem Fall waren die Gesprächstermine vom zeitlichen Ablauf 100% passend.“
(TEL: ID 50)

„Es war zwischen den Beratungsgesprächen genügend Zeit zur Verarbeitung und Aufarbeitung der Thematik.“ (TEL: ID 45)

„Zu Beginn dachte ich, dass die wöchentlichen Treffen in Stress ausarten würden, was aber nicht so war; sondern gut, um den "Faden nicht zu verlieren". Und dann sind ja die Abstände größer geworden. Ich fand's einfach toll so.“ (F2F: ID 153)

Besonders positiv wurde von Teilnehmern/innen die Möglichkeit zur Verarbeitung der besprochenen Gesprächsinhalte durch die zeitlichen Gesprächsabstände empfunden:

„Die Zeit zwischen den Anrufen konnte genutzt werden, das Gespräch zu reflektieren oder zu überprüfen, ob Anregungen/Ermutigungen in die Taten umgesetzt werden können.“ (TEL: ID 183)

„Die Zeit zwischen den Terminen ist ausreichend, um sich mit dem Gesprächsinhalt ohne Druck zu beschäftigen.“ (TEL: ID 133)

„Den zeitlichen Abstand fand ich in Ordnung. Es war genug Zeit, die besprochenen Dinge noch einmal Revue passieren zu lassen und zu überdenken.“ (F2F: ID 68)

„Es war stets ein angenehmer Abstand zwischen den Terminen, die richtige Zeit gewesen zum Überdenken des letzten Gesprächsinhaltes und der Gesamtsituation.“ (F2F: ID 279)

Auch die Aufteilung mit den zunächst intensiveren Gesprächsintervallen und den zunehmend größeren Gesprächsabständen im Laufe des sechsmonatigen Interventionszeitraums wurde von den Teilnehmern/innen beider Interventionsgruppen überwiegend als angenehm bewertet:

„Anfangs häufiger/ später mit größerem Abstand entsprach in etwa meinem Lerntempo, sodass anfangs mehr Gesprächsbedarf war und später mehr Routine einkehrte bei dem Umgang mit dem Kranken.“ (TEL: ID 103)

„Die erste Zeit ist "Kennenlernzeit", deshalb können die Abstände auch kürzer sein, aber danach muss man die Ratschläge in die Tat umsetzen, deshalb braucht man auch mehr Zeit dafür.“ (TEL: ID 252)

„Die anfänglichen kurzen Zeitabstände waren nötig, um die Sache "in Fluss" kommen zu lassen und Vertrauen aufzubauen.“ (TEL: ID 258)

„Der Beginn mit einem Gespräch pro Woche war sehr gut und für mich wichtig. Ich kam mit der Verlängerung der zeitlichen Abstände gut zurecht, weil ich mir die vorherigen Gespräche in Gedanken als Hilfe holen konnte.“ (F2F: ID 174)

Vereinzelt wurden die Gesprächsabstände als zu gering oder zu groß bewertet:

„Die Abstände der letzten Gespräche (monatlich) waren mir zu lang, es war oft eine ganz neue Situation oder Problematik entstanden, die dann erstmal erklärt werden musste.“ (TEL: ID 255)

„Wöchentliche Gespräche sind gut. Vierwöchentlich ist ein zu langer Abstand, vor allem wenn man alleine einen Alzheimerpatienten pflegt.“ (TEL: ID 52)

„Zu Beginn waren mir die Gespräche einmal die Woche zu viel.“ (TEL: ID 393)

„Teilweise für mich zu kurze Abstände, in denen keine neuen Gesichtspunkte erörtert werden mussten.“ (TEL: ID 111)

Die Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen schilderten verschiedene Vorschläge zur Verbesserung der Gesprächsabstände. Während einige Teilnehmer/innen einen monatlichen oder vierzehntägigen Rhythmus vorschlugen, präferieren andere Teilnehmer/innen einen wöchentlichen Gesprächsabstand:

„Ich glaube, einmal monatlich wäre genug. Die Veränderungen in kurzer Zeit sind zu gering.“ (TEL: ID 393)

„Zwei Mal im Monat wäre genau richtig.“ (TEL: ID 222)

„Es darf auch nicht zu viel Zeit zwischen den Gesprächen vergehen. Zwei Wochen fand ich in Ordnung, längere Pausen fände ich nicht so gut.“ (TEL: ID 41)

„Mir persönlich wäre ein Wochenrhythmus lieber gewesen.“ (F2F: ID 16)

„Manchmal hätte ich mir die Gespräche wöchentlich gewünscht. Aber im Allgemeinen denke ich, dass ein Abstand von 2 Wochen optimal ist.“ (F2F: ID 394)

Zusätzlich wünschen sich weitere Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen ($n = 8$) mehr Flexibilität bezüglich der Gesprächsabstände:

„Allerdings wären die Abstände in den unterschiedlichen Phasen den Umständen anzupassen, je nach Absprache.“ (TEL: ID 17)

„Dennoch sollte der zeitliche Abstand von der gegebenen Situation und der Notwendigkeit eines Gesprächs mitbestimmt werden.“ (TEL: ID 58)

„Ideal finde ich einen variablen Abstand von 2-4 Wochen, je nach Situation.“ (F2F: ID 166)

Andererseits wurde auch der Wunsch nach regelmäßigen Gesprächsabständen geäußert ($n = 4$):

„Regelmäßig ist besser, egal ob 4 oder 6 Wochen Abstand.“ (TEL: ID 149)

„Der Zeitabstand sollte gleichmäßig sein.“ (TEL: ID 289)

„Alle zwei Wochen oder auch einmal im Monat regelmäßig wäre schön.“ (TEL: ID 358)

7.6.1.5 Wahrgenommenes Verständnis durch die Therapeutin

Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer/innen der TEL gab an, sich *meistens* von ihrer Therapeutin verstanden gefühlt zu haben (82.2%). Weitere 16.9% der TEL fühlten sich *oft* von der Therapeutin verstanden und nur ein/e Teilnehmer/in berichtete, sich *selten* verstanden gefühlt zu haben (0.9%).

Auch der Großteil der Teilnehmer/innen der F2F fühlte sich *meistens* von der Therapeutin verstanden (89.2%). Lediglich 8.1% der Teilnehmer/innen fühlten sich *oft* und nur ein/e Teilnehmer/in *teilweise* (2.7%) verstanden.

Bezüglich des wahrgenommenen Verständnisses der Therapeutin ergab sich zwischen den beiden Interventionsgruppen kein signifikanter Unterschied ($z = -.95, p = .34$).

Tabelle 90

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen des wahrgenommenen Verständnisses durch die Therapeutin

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Verständnis der Therapeutin	meistens	82.2	97	89.2	33
	oft	16.9	20	8.1	3
	teilweise	0.9	1	2.7	1
	selten	-	-	-	-
	nie	-	-	-	-

Die qualitativen Erläuterungen beider Interventionsgruppen belegen das positiv erlebte Verständnis der Therapeutinnen für die schwierige und belastende Lebenssituation der pflegenden Angehörigen:

„Hilfreich war das Interesse an meiner Lebenssituation und das Verständnis für meine Situation als pflegende Angehörige.“ (TEL: ID 111)

„Wichtig war auch, dass die Therapeutin Verständnis dafür hatte, wie schwer es manchmal für einen ist.“ (TEL: ID 190)

„Die Psychologin hat mir immer das Gefühl vermittelt, dass sie meine Probleme versteht (...).“ (F2F: ID 73)

Darüber hinaus schätzten die Angehörigen das Verständnis der Therapeutin für negativ besetzte Emotionen wie Wut und Angst, sowie das Verständnis für das Auftreten von Fehlern in der Pflege:

„Sehr hilfreich war auch das Verständnis dafür, dass man als pflegender Angehöriger auch mal Fehler machen und auch „ausrasten“ darf.“ (TEL: ID 255)

„Sie hat meine Gedanken und Ängste verstanden und ich habe mich entlastet und verstanden gefühlt.“ (TEL: ID 45)

Neben der Erfahrung, dass negativ besetzte Gedanken und Emotionen empathisch verstanden und nachvollzogen werden, war auch die Vermittlung, dass derartige Gedanken und Gefühle normale Reaktionen auf eine außergewöhnliche Belastungs- und Stresssituation sind, für die pflegenden Angehörigen entlastend und hilfreich:

„Die Zustimmung bzw. das Verständnis für das Vorhandensein meiner manchmal schlechten Gemütsverfassung war sehr gut. Und auch die Erklärung, dass dies normale Empfindungen sind, erklärbar aus der Pflegesituation.“ (TEL: ID 231)

„Hilfreich war vor allem die Ehrlichkeit und das Einfühlungsvermögen mir gegenüber und das Verständnis, wenn ich meinem Angehörigen gegenüber böse, gereizt und aggressiv reagiert habe (...) und nicht die Verurteilung, warum ich eben so reagiert habe.“ (F2F: ID 153)

Dementsprechend wurde besonders das Einfühlungsvermögen der Therapeutinnen von den pflegenden Angehörigen als hilfreich und unterstützend erlebt:

„Meine Psychologin konnte geduldig zuhören und sich in die Gefühle ihres Gesprächspartners gut einfühlen. Dadurch konnte sie meine Gefühle gut in die richtige Richtung lenken.“ (TEL: ID 13)

„Sie hat mit viel Einfühlungsvermögen die bestehen Probleme analysiert und mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden.“ (TEL: ID 258)

„Meine Psychologin habe ich als sehr empathisch und einfühlsam gefunden. Sie hat mich auch sehr geschickt auf die Punkte gelenkt, die ich oft nicht genug beachte.“ (F2F: ID 166)

Zudem betonten die Angehörigen, wie positiv die Erfahrung war, dass die Therapeutinnen die Angehörigen und deren hohe Pflegebelastung wahrgenommen und ernstgenommen haben:

„Besonders hilfreich war, dass ich persönlich ernst- und wahrgenommen wurde. Denn im Alltag geht es hauptsächlich um den Demenzerkrankten und man selbst und die eigenen Bedürfnisse werden allzu oft vernachlässigt und wenig gewürdigt.“ (TEL: ID 327)

„Als positiv und hilfreich habe ich empfunden, dass die Therapeutin mich und meine belastende Situation ernst genommen hat.“ (F2F: ID 394)

Insgesamt wertschätzten die Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen die therapeutische Beziehung und das entstandene vertrauensvolle Verhältnis, welches es den Angehörigen ermöglichte sich zu öffnen und auch schwierige Themen anzusprechen. Die Erläuterungen der Teilnehmer/innen der TEL bringen deutlich zum Ausdruck, dass eine positiv erlebte therapeutische Beziehung und ein damit einhergehendes Vertrauensverhältnis auch im Rahmen des telefonischen Kontakts aufgebaut werden konnte:

„Volles Vertrauen war in kurzer Zeit aufgebaut! (...) Hier möchte ich betonen, dass dies alles nur funktionieren kann, wenn die Chemie zur Psychologin sehr gut passt. Ich hatte das große Glück, denn die Chemie stimmte zwischen uns.“ (F2F: ID 174)

„Wir hatten sehr schnell eine Vertrauensbasis aufgebaut und ich war selber erstaunt, wie sehr ich mich geöffnet habe. Dies hätte ich so nicht erwartet.“ (TEL: 177)

„Aus meiner Sicht hat sich das notwendige Vertrauensverhältnis eingestellt, um auch tiefergehende und sehr persönliche Gespräche zu führen.“ (TEL: ID 88)

„Wir hatten einen guten Draht zueinander, sodass ich mich ihr gegenüber öffnen konnte und z.B. über meine Aggressionen im Pflegebereich sprechen konnte.“ (TEL: ID 289)

„Ich fühlte mich verstanden und konnte mich deshalb öffnen.“ (TEL: ID 305)

7.6.1.6 Wahrgenommene Unterstützung durch die Therapeutin

Die Mehrheit der Teilnehmer/innen der TEL gab an, sich *meistens* durch die Therapeutin unterstützt gefühlt zu haben (74.4%). Weitere 22.2% fühlten sich *oft* von der Therapeutin unterstützt. Nur wenige Teilnehmer/innen berichteten, sich *teilweise* (1.7%) und *selten* (1.7%) unterstützt gefühlt zu haben.

Von den Teilnehmern/innen der F2F wurde die wahrgenommene Unterstützung ähnlich positiv bewertet. 78.4% der Teilnehmer/innen fühlten sich *meistens* und 10.8% *oft* unterstützt. *Teilweise* unterstützt fühlten sich 10.8% der Teilnehmer/innen der F2F.

Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung wurden zwischen den beiden Interventionsgruppen nicht gefunden ($z = -.26, p = .79$).

Tabelle 91

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen der wahrgenommenen Unterstützung durch die Therapeutin

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Unterstützung der Therapeutin	meistens	74.4	87	78.4	29
	oft	22.2	26	10.8	4
	teilweise	1.7	2	10.8	4
	selten	1.7	2	-	-
	nie	-	-	-	-

Bezüglich der therapeutischen Haltung erlebten die pflegenden Angehörigen die Bestätigung ihrer Pflegekompetenz, das ressourcenorientierte Vorgehen, die Wertschätzung und Anerkennung der Pflegeleistung sowie die emotionale Unterstützung der Therapeutinnen als unterstützend und hilfreich:

In den Rückmeldungen der Teilnehmer/innen beider Gruppen wird deutlich, dass besonders die Bestätigung Ihrer Pflegekompetenz und die Zustimmung für bisherige Verhaltensweisen durch die Therapeutin als unterstützend und hilfreich von den Angehörigen erlebt wurden:

„Die Therapeutin hat mir aufgezeigt, was ich schon alles gut mache und mich in meiner Vorgehensweise bestärkt.“ (TEL: ID 283)

„Ich hatte nach den Gesprächen das Gefühl, dass ich die Pflege schon richtig angehe und ausführe.“ (Tel: ID 409)

„Da ich manchmal unsicher bin, ob ich mich richtig verhalte und ob ich genug für meinen Mann mache, war es sehr wichtig für mich, eine Bestätigung zu bekommen, dass mein Verhalten für meinen Mann und mich richtig waren.“ (TEL: ID 370)

„Mir wurden öfters Zweifel über bestimmte Verhaltensweisen meinerseits genommen, ich wurde bestätigt.“ (TEL: ID 177)

„Am Anfang der Beratungsgespräche war ich durch die Pflegesituation sehr beansprucht. Daher habe ich mich auf den Zuspruch bei der Beratung immer gefreut. (...) Nach den Telefonaten hatte ich immer wieder mehr Mut und Zuversicht meinen Pflegealltag zu meistern.“ (TEL: ID 359)

Die positiven und bestätigenden Rückmeldungen der Therapeutinnen führten zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens der pflegenden Angehörigen:

„Ich fühlte mich nach den Gesprächen nicht mehr als Versagerin und so hilf- und machtlos.“ (TEL: 106)

„Durch die Gespräche sind meine Selbstzweifel zerstreut worden.“ (TEL: 415)

„Ich selber bin stärker und sicherer geworden durch die Gespräche.“ (TEL: ID 419)

„Ich habe gelernt an sich selbst und das, was man täglich leistet zu glauben und stolz darauf zu sein.“ (TEL: ID 1179)

Dabei wurden auch die wertschätzenden Rückmeldungen und die Anerkennung der Pflegeleistung durch die Therapeutin von den Angehörigen als unterstützend wahrgenommen:

„Ich habe das Lob erfahren, dass ich sonst nicht hören konnte.“ (TEL: ID 41)

„Ich fühlte mich besonders unterstützt indem mir große Wertschätzung der Leistung „Pflege“ und der Alltagsbewältigung entgegengebracht wurde.“ (TEL: ID 130)

„Es tat gut, dass endlich Lob und Anerkennung für die häusliche Leistung zum Ausdruck gekommen ist.“ (TEL: ID 154)

„...die Stärkung des Selbstwertgefühls, indem die Arbeiten Wertschätzung erfahren haben und die vielen kleinen und großen Errungenschaften und Leistungen Aufmerksamkeit erfahren.“ (F2F: ID 166)

„Der Zuspruch der Therapeutin hat dazu geführt, dass ich meine Mutter weiter pflege und nicht in ein Altenheim bringe.“ (TEL: ID 321)

Die Teilnehmer/innen erlebten zudem die emotionale Unterstützung durch die Therapeutin unterstützend und entlastend:

„Im Gespräch wurde ich an einer emotional schwierigen Situation „abgeholt“ und wieder auf die Beine gestellt.“ (TEL: ID 271)

„Ich wurde emotional unterstützt. Dadurch wurde der Umgang mit dem Pflegenden leichter und emotional nicht mehr so belastend. Die Situationen werden jetzt gelassener wahrgenommen.“ (TEL: 271)

Darüber hinaus wurden in vielfältiger Weise konkrete Themen genannt, in denen die Angehörigen sich von der Therapeutin unterstützt gefühlt hatten. Die am häufigsten genannten Themenbereiche waren der Aufbau selbstfürsorglicher Aktivitäten, die Akzeptanz der Erkrankung, die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und Problembewältigung.

Bedeutsame Unterstützung nahmen die Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen bezüglich der Entwicklung einer selbstfürsorglichen Haltung und der Etablierung dieser im Pflegealltag wahr:

„Besonders hilfreich war auch die Unterstützung hinsichtlich der Achtsamkeit sich selbst gegenüber.“ (F2F: 166)

„Weiterhin wurde an mein Wohl gedacht. Ich war wichtig und mir wurde das immer wieder bewusst.“ (TEL: ID 17)

„Die Therapeutin hat mir dabei geholfen auch darüber nachzudenken, wie ich mir im Pflegealltag eine Auszeit einplane.“ (TEL: ID 341)

„Die Therapeutin hat mich immer wieder darauf hingewiesen, auch an mich selbst zu denken.“ (F2F: ID 243)

„Hilfreich war für mich die Aufforderung nach meinen Bedürfnissen zu schauen. Zu suchen, wo ich meine Bedürfnisse einordnen kann.“ (F2F: ID 379)

„Die Therapeutin hat mich auch darin unterstützt, dass ich mich um mich selbst kümmern sollte.“ (F2F: ID 166)

Aufgrund der Progredienz der Demenzerkrankung schätzten einige Angehörige die therapeutische Unterstützung bei der Entwicklung einer akzeptierenden Haltung gegenüber der Erkrankung:

„Die Gespräche mit der Therapeutin haben mir sehr geholfen mich mit dieser Krankheit auseinanderzusetzen und sie zu akzeptieren anstatt dagegen anzukämpfen.“ (TEL: ID 341)

„Ich habe durch die Gespräche eine Akzeptanz der Situation gelernt und mache jetzt das Beste daraus.“ (TEL: ID 415)

„Für mich war es wichtig, dass ich durch die Gespräche den Verfall des Angehörigen begreifen, verarbeiten und annehmen konnte.“ (TEL: ID 121)

Viele Angehörige nahmen es als sehr hilfreich wahr, durch die Therapeutin darin unterstützt worden zu sein, die Pflegeverantwortung durch Einbezug anderer Personen und durch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zeitweise abzugeben:

„Hilfreich war, dass ich gelernt habe die Verantwortung der Betreuung abzugeben, zumindest für Stunden oder auch Tage, an denen andere Familienmitglieder die Möglichkeit der Betreuung haben.“ (TEL: ID 106)

„Ich habe gelernt, dass es wichtig ist als Betreuende auch Aufgaben zu verteilen, Hilfen bei Institutionen oder Freunden/Familie zu suchen.“ (TEL: 306)

„Hilfreich war zu erkennen, dass ich nicht alles alleine meistern muss.“ (TEL: 106)

„Ich habe gelernt die Verantwortlichkeit für die demente Angehörige mit anderen Nahestehenden aufzuteilen.“ (TEL: ID 67)

In diesem Zusammenhang wurde auch die Förderung und Bestärkung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten als hilfreich und entlastend von den Teilnehmern/innen beider Interventionsgruppen erlebt:

„Die Therapeutin hat sich sehr bemüht mir Hilfsmöglichkeiten außerhalb unserer Treffen anzubieten und aufzuzeigen. Das war sehr hilfreich.“ (F2F: ID 394)

„Es wurde mir klargemacht, dass ich um Unterstützung bitten – ja sie auch einfordern kann.“ (TEL: 47)

„Es war wirklich hilfreich, dass mir gezeigt wurde, dass ich ein Recht habe Hilfe zu organisieren und auch zu fordern.“ (TEL: 47)

„Hilfreich war die Bestärkung verschiedene Betreuungs- und Unterstützungsangebote anzunehmen, auch gegen den Willen meiner Mutter, die nur von mir betreut werden möchte. Nur so kann ich Freiräume für mich und meine Familie haben.“ (F2F: ID 68)

„Durch die Unterstützung ist es mir gelungen jetzt einen weiteren Tag Tagesbetreuung durchzusetzen und auch die gelegentliche Unterbringung in der Pflegeeinrichtung für eine kürzere Zeit.“ (F2F: ID 68)

Des Weiteren betonten Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen, sich von der Therapeutin in der Bewältigung von aktuellen Problemsituationen und in der Förderung ihrer Problembewältigungsfähigkeit sehr unterstützt gefühlt zu haben:

„Die Psychologin hat mich dabei unterstützt selbst auf Problemlösungen zu kommen und mit mir Wege erarbeitet, wie ich meine Situation verbessern kann und mich ermutigt und angeregt diese neuen Wege auch zu gehen und zu üben.“ (TEL: ID 283)

„Ich hatte das Gefühl, dass die Psychologin mir wirklich helfen wollte und zeigen wollte, wie ich mit der Situation am besten zu Recht kommen.“ (F2F: ID 262)

„Die Psychologin machte konstruktive Vorschläge zur Bewältigung von Problemen.“ (TEL: ID 111)

„Meine Psychologin hat mich erheblich darin unterstützt, die sehr schwierige Situation, in der ich mich befand zu bewältigen. Sie hat mir Wege aufgezeigt, die ich erfolgreich gehen konnte. Sie hat mir immer Optionen aufgezeigt, aber die Wahl hatte ich.“ (F2F: ID 166)

7.6.1.7 Unterstützung bei der Problembewältigung

Der Großteil der Teilnehmer/innen der TEL schätzte die Intervention mit *ja, eine ganze Menge* als sehr hilfreich für die Bewältigung von Problemen ein (76.3%). Weitere 20% bewerteten die Intervention mit *ja, etwas* ebenfalls als hilfreich für die Problembewältigung. Als *nicht hilfreich* beurteilten nur 1.7% der TEL die Intervention.

Auch die Mehrheit der Teilnehmer/innen F2F schätzten die Intervention mit *ja, eine ganze Menge* (73%) und mit *ja, etwas* (24.3%) als hilfreich für die Problembewältigung ein. Lediglich ein/e Teilnehmer/in (2.7%) gab an, die Intervention *nicht hilfreich* für die Problembewältigung empfunden zu haben. Von einem negativ erlebten Interventionseffekt, indem die psychologische Unterstützung die Dinge schwerer gemacht habe, berichtete kein/e Teilnehmer/in beider Gruppen.

Der Gruppenvergleich mittels U-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen hinsichtlich der Einschätzung der Nützlichkeit der Intervention für die Problembewältigung ($z = -.22, p = .83$).

Tabelle 92

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen bezüglich der Problembewältigung

Evaluationskriterium	TEL		F2F	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
ja, eine ganze Menge	76.3	90	73.0	27
ja, etwas	22.0	26	24.3	9
nein, eigentlich nicht	1.7	2	2.7	1
nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht	-	-	-	-

Die Teilnehmer/innen beider Gruppen berichteten, dass die Aufklärung über das Krankheitsbild der Demenz sowie die gemeinsame Problembearbeitung mit der Therapeutin hilfreich für ein besseres Verständnis und besseren Umgang mit der Demenzerkrankung waren:

„Im täglichen Umgang mit meinem an Parkinson erkrankten Mann waren mir viele Dinge nicht so klar, sodass ich durch die Gespräche viele Dinge klären konnte.“
(TEL: ID 357)

„Mir wurden ausgeprägte Kenntnisse über die Verhaltensweisen bzw. Symptome der Demenz vermittelt und den Umgang damit, sowie die im Alltag auftretenden Probleme.“ (TEL: ID 130)

„Ich habe ein Verständnis für die Krankheit entwickelt wodurch Veränderungen vorhersehbar gemacht wurden, was auch erlaubt, vor Auftreten der Probleme schon Lösungen parat zu haben.“ (TEL: IG 103)

„Die Beratungsgespräche waren für mich eine gute Möglichkeit professionelle Unterstützung im Pflegealltag zu bekommen um mit krankheitsbedingten Defiziten wie starke Inkontinenz und Umgang in der Öffentlichkeit umzugehen. Weiterhin auch mit depressiven Verstimmungen des erkrankten Angehörigen.“ (TEL: ID 341)

„Ich habe ein wesentlich besseres Verständnis über die Erkrankung bekommen und kann gelassener auf die Probleme reagieren.“ (F2F: ID 221)

„Ich konnte bestimmte Verhaltensweisen meines Mannes durch die psychologische Beratung als krankheitsbedingt einstufen. Das erleichterte mir den Umgang mit meinem Mann sehr!“ (F2F: ID 418)

„Die Therapeutin hat mich dahingehend unterstützt, indem ich eine verbesserte Einstellung und daher einen besseren Umgang mit dem Erkrankten habe.“ (F2F: ID 421)

Des Weiteren bewerteten die Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen äußerst positiv sowohl konkrete Lösungs- und Hilfestellungen von der Therapeutin erhalten zu haben als auch diese gemeinsam mit der Therapeutin erarbeitet zu haben. Dies habe zu einer verbesserten Bewältigungsfähigkeit von Problemsituationen geführt:

„Für konkrete kritische Situationen wurden praktische Hilfestellungen gegeben und emotional unterstützt. Dadurch wurde der Umgang mit dem zu Pflegenden leichter und emotional nicht mehr so belastend, die Situation wird jetzt gelassener wahrgenommen.“ (TEL: ID 271)

„Ich denke im Nachhinein noch oft an die Gespräche und manche Lösungswege bzw. Möglichkeiten eine Lösung zu finden. Das ist immer noch sehr hilfreich für mich.“ (TEL: ID 143)

„Die Psychologin hat mich dabei unterstützt selbst auf Problemlösungen zu kommen und mit mir Wege erarbeitet, wie ich meine Situation verbessern kann.“ (TEL: ID 283)

„Insbesondere gab sie mir wertvolle Tipps, wie ich meine Verhaltensweisen bei bestimmten Situationen verändern muss, z.B. Eskalation bei Aggressivität des Pflegenden.“ (TEL: 289)

„Des Weiteren war die Erarbeitung persönlicher Schwerpunkte (Probleme) und die Möglichkeiten zur Lösung dieser sehr hilfreich.“ (TEL: ID 154)

„Hier wurden mir Lösungsmöglichkeiten vermittelt, die zu einer absoluten Verbesserung der Situation führten.“ (TEL: ID 231)

„Die Hilfestellungen führten zu einer Verbesserung meines persönlichen Wohlbefindens.“ (TEL: ID 329)

„Ich kann gelassener auf Probleme reagieren, weil ich Methoden und Hilfsmittel an die Hand bekommen habe.“ (F2F: ID 221)

„Die Therapeutin verstand es, versteckte Probleme zu erkennen und mich zu Lösungswegen zu führen. Dieses Anstupsen zur Erarbeitung von Lösungswegen und meine Auseinandersetzung mit diesen war für mich sehr hilfreich.“ (F2F: ID 136)

„Für mich war es sehr hilfreich zu erfahren wie man sich in bestimmten Situationen anders/besser verhalten kann.“ (TEL ID 327)

7.6.1.8 Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe

Mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe zeigte sich die Mehrheit der Teilnehmer/innen der TEL *sehr zufrieden* (59.3%) und die restlichen Teilnehmer/innen als *weitgehend zufrieden* (40.7%). In der F2F schätzten sich 62.2% als *sehr zufrieden* und 29.7% als *weitgehend zufrieden* mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe ein. Ausschließlich in der F2F gaben drei Teilnehmer/innen (8.1%) an, *leicht unzufrieden* mit der erhaltenen Hilfe zu sein. Der Gruppenvergleich zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen TEL und F2F in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe ($z = -.05, p = .96$).

Tabelle 93

Häufigkeitsverteilung zur Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	n	%	n
Ausmaß an erhaltener Hilfe	sehr zufrieden	59.3	70	62.2	23
	weitgehend zufrieden	40.7	48	29.7	11
	leicht unzufrieden	-	-	8.1	3
	ziemlich unzufrieden	-	-	-	-

Die hohe Zufriedenheit beider Interventionsgruppen mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe wird in Ihren zahlreichen Ausführungen zu hilfreichen Aspekten der Intervention deutlich:

„Sehr gut finde ich die Infoblätter und Arbeitsblätter, da kann man immer mal wieder reinschauen.“ (TEL: ID 186)

„Zuerst die moralische Unterstützung und das Zuhören. Dann die Beschäftigung mit eigenen Strategien und das Bemühen sie besser anzugehen. Auch die Hartnäckigkeit bei der Nachfrage, ob und wie Vorschläge umgesetzt werden konnten. Das Aufzeigen und Durchsprechen zusätzlicher Verhaltensweisen im Umgang mit der betreuenden Person.“ (TEL: ID 58)

„Besonders unterstützend und hilfreich empfand ich: Lob und Anerkennung, Einordnung der Empfindungen in das Krankheitsbild und/ oder in die Erfahrungen anderer pflegender Angehöriger, Tipps und Ratschläge, jemanden zu haben, dem man seine Gedanken und Zweifel erzählen kann. um sich selber klarer zu werden.“ (TEL: ID 97)

„Alles das Aussprechen können/dürfen, was einen in der Situation als pflegender Angehöriger beschäftigt; Reflexion der Situation und gemeinsames Erarbeiten von Verhaltens-/Handlungsalternativen, einschließlich Erhalten von ganz konkreten Tipps und Hinweisen von außen.“ (TEL: ID 120)

„Aspekte des Zuhörens; Aspekte des Verstanden Werdens; Motivation; Problemlösungen; Vorschläge und Tipps für best. Vorgehen.“ (TEL: ID 115)

„Zuhören, auf mich eingehen, ernst- und wahrgenommen werden, Problemlösungen wurden erarbeitet, Emotionen wurden aufgefangen, wurden ernst genommen, andere Sichtweisen zu Situationen haben mir geholfen, Stärkung meiner Person.“ (TEL: ID 324)

„Die Unterstützung bei der Lösungsfindung; die Unterstützung hinsichtlich der Achtsamkeit sich/mir selbst gegenüber; die Stärkung des Selbstwertgefühls, indem die Arbeiten Wertschätzung erfahren und die vielen kleinen und großen Errungenschaften & Leistungen, Aufmerksamkeit erfahren; den Raum zu erhalten, über alles reden zu können und dies auch noch gemeinsam reflektieren zu können; die schöne menschliche Beziehung; die Therapie als ein freudiges Ereignis zu erleben.“ (F2F:ID 166)

Teilnehmer/innen, die sich ein größeres Ausmaß an Unterstützung wünschten, äußerten vor allem den Wunsch nach einer stärkeren Informationsvermittlung ($n = 5$) und einer längerfristigen Unterstützung ($n = 7$):

„Vielleicht noch stärker die spezifischen Probleme der Erkrankung (z.B. hier Parkinson – was steckt dahinter? Wie äußert es sich? Wie ist der Verlauf?) in den Mittelpunkt stellen. Dazu gibt es auch wenig Aufklärung seitens der Kassen. Es wäre schön, wenn auch Literatur (außer dem Hefter) zur Verfügung gestellt werden würde.“ (TEL: ID 289)

„Ich fände eine vorgeschaltete Phase, z.B. in Form eines Workshops hilfreich, um zum einen Informationen zur Demenzsituation zu vermitteln und auch eventuell Strategien im Umgang mit dem Demenzerkrankten einzuüben.“ (TEL: ID 355)

„Eine Nachbetreuungsphase mit vergrößerten Abständen zwischen den Gesprächen fände ich positiv.“ (TEL: ID 355)

„Es hätte einfach länger sein dürfen, weil es so gut und hilfreich war.“ (TEL: ID 12)

Vereinzelt wurden von den Teilnehmern/innen konkrete Vorschläge für ein noch größeres und intensiveres Ausmaß an Unterstützung genannt:

„Ich bräuchte live eine moralische Unterstützung beim Ämtergang.“ (TEL: ID 17)

„Noch besser als eine telefonische Beratung wäre eine Beratung zuhause als Hausbesuch der Psychologin.“ (TEL: ID 384)

7.6.1.9 Erfüllung von Erwartungen an die Intervention

Ihre Erwartungen an die Intervention sahen in der TEL 58.5% der Teilnehmer/innen als eindeutig und 41.5% als im Allgemeinen erfüllt an.

54.1% der Teilnehmer/innen der F2F schätzten ihre Erwartungen als *eindeutig* und weitere 45.1% als *im Allgemeinen* erfüllt an. Weder Teilnehmer/innen der TEL noch der F2F schätzten ihre Erwartungen hinsichtlich der Unterstützung durch die Intervention als *eigentlich nicht* oder *eindeutig nicht erfüllt* ein.

Mittels U-Test ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen hinsichtlich der Erfüllung der Interventionserwartungen ($z = -.47$, $p = .64$)

Tabelle 94

Häufigkeitsverteilung der Rückmeldungen zur Erfüllung der Erwartungen an die Intervention

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Erwartungen erfüllt	eindeutig ja	58.5	69	54.1	20
	im Allgemeinen ja	41.5	49	45.9	17
	eigentlich nicht	-	-	-	-
	eindeutig nicht	-	-	-	-

7.6.1.10 Passung zu den Bedürfnissen

Des Weiteren wurden die Angehörigen gefragt, inwieweit die Intervention ihren individuellen Bedürfnissen entsprochen hat. Dabei gab über die Hälfte der Teilnehmer/innen der TEL an, dass die Intervention *fast allen Bedürfnissen* entsprochen hat (57.3%). Eine Passung der Intervention zu *den meisten Bedürfnissen* nahmen 41.0% der Teilnehmer/innen wahr. Lediglich zwei Teilnehmer/innen der TEL gaben an, dass die Intervention nur *wenigen* ihrer Bedürfnisse entsprochen hat (1.7%).

In der F2F gaben 64.9% der Teilnehmer/innen an, dass die Intervention *fast allen* ihrer Bedürfnisse und weitere 27.7% den *meisten ihrer Bedürfnisse* entsprach. Nur 8.1% der TEL nahm eine Passung zu *wenigen Bedürfnisse* wahr.

Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen TEL und F2F in der Einschätzung, inwieweit die Intervention den eigenen Bedürfnissen entsprach ($z = -.5$, $p = .61$).

Tabelle 95

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen des Interventionssettings

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Passung zu Bedürfnissen	fast allen	57.3	67	64.9	24
	den meisten	41.0	48	27	10
	nur wenigen	1.7	2	8.1	3
	keinen	-	-	-	-

7.6.1.11 Qualität der Intervention

Die Hälfte der Teilnehmer/innen der TEL bezeichnete die Qualität der Intervention als *ausgezeichnet* (52.1%). Die restlichen Teilnehmer/innen der TEL (47.9%) bewerteten die Qualität der Intervention als *gut*, womit die Qualität ausschließlich positiv eingeschätzt wurde.

Auch die Hälfte der Teilnehmer/innen der F2F bezeichnete die Qualität der Intervention als *ausgezeichnet* (51.4%). Als *gut* wurde die Qualität von 45.9% Teilnehmern/innen beurteilt. Lediglich drei Teilnehmer/innen der F2F schätzten die Qualität der Intervention als *weniger gut* ein (2.7%).

Mittels U-Test konnte gezeigt werden, dass sich die Bewertung der Qualität in den beiden Interventionsgruppen nicht signifikant voneinander unterscheidet ($z = -.22, p = .83$).

Tabelle 96

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen der Qualität der Intervention

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Qualität	ausgezeichnet	52.1	61	51.4	19
	gut	47.9	56	45.9	17
	weniger gut	-	-	2.7	1
	schlecht	-	-	-	-

Aus den qualitativen Erläuterungen der Teilnehmer/innen wird deutlich, dass die Angehörigen das Gespräch mit einer fachlich ausgebildeten Psychologin schätzten, die mit der Situation pflegender Angehöriger und deren Belastungserleben vertraut ist:

„Die Therapeutin war für mich spürbar mit den Problemen von pflegenden Angehörigen vertraut. Auf Schilderungen von problematischen Alltagssituationen

konnte die Therapeutin hilfreicher reagieren als z.B. wohlgemeinte nicht professionelle Gesprächspartner aus dem Freundeskreis.“ (TEL: ID 57)

„Für mich war es das erste Mal in meinem Leben, dass ich meine Probleme einer Psychologin erzählen konnte – eine ganz neue Erfahrung. Aber sehr hilfreich, da es wirklich professionell war.“ (TEL: ID 330)

„Die Beratungsgespräche waren für mich eine gute Möglichkeit professionelle Unterstützung im Pflegealltag zu bekommen.“ (TEL: ID 341)

„Mit jemanden reden zu können, der mit den Problemen von Demenzerkrankungen umgehen kann und Verständnis dafür hat, wie schwer es manchmal für einen ist.“ (TEL: ID 190)

7.6.1.12 Gesamtzufriedenheit mit der Unterstützung

Das Gesamturteil hinsichtlich der Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung viel in der TEL äußerst positiv aus. Dabei berichteten 70.3% der Teilnehmer/innen *sehr zufrieden* und 29.7% *weitgehend zufrieden* mit der erhaltenen Unterstützung zu sein.

Auch in der F2F war die Mehrheit *sehr zufrieden* (62.2%) mit der erhaltenen Unterstützung. Weitere 32.4% gaben an, mit der Intervention insgesamt *weitgehend zufrieden* zu sein. Mit der Intervention *leicht unzufrieden* waren nur zwei Teilnehmer/innen der F2F (5.4%).

Hinsichtlich des Gesamturteils zur Zufriedenheit mit der Intervention ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied ($z = -1.11, p = .27$).

Gefragt nach Verbesserungsansätzen der Intervention brachten einige Teilnehmer/innen ihre Gesamtzufriedenheit zum Ausdruck, in dem sie Veränderungen der Intervention nicht als notwendig ansahen:

„Ich war mit dem gesamten Verlauf der psychologischen Unterstützung zufrieden.“ (TEL: ID 96)

„Es hat mich nichts gestört, weil ich mit der psychologischen Unterstützung insgesamt sehr zufrieden war.“ (TEL: ID 345)

„Ich war alles in allem mit der Unterstützung zufrieden.“ (TEL: ID 117)

„Die psychologische Unterstützung war perfekt! Bitte nichts ändern!“ (TEL: ID 341)

„Aus meiner Sicht wäre nichts zu verbessern. Ich habe Hilfe haben wollen und mich auf diese Studie eingelassen und konnte dadurch offen an meine Probleme rangehen.“
(TEL: ID 231)

Tabelle 97

Häufigkeitsverteilung der Rückmeldungen zur Gesamtzufriedenheit

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Gesamtzufriedenheit	sehr zufrieden	70.3	83	62.2	23
	weitgehend zufrieden	29.7	35	32.4	12
	leicht unzufrieden	-	-	5.4	2
	ziemlich unzufrieden	-	-	-	-

7.6.1.13 Bereitschaft die Intervention weiterzuempfehlen

Die Bereitschaft die Intervention weiterzuempfehlen wurde als Ausdruck einer besonderen Zufriedenheit mit der Intervention betrachtet, mit der in Erfahrung gebracht werden sollte, ob unabhängig von den persönlichen Erfahrungen diese Form der Intervention auch hilfreich für andere Betroffene eingeschätzt wird.

Nahezu alle Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen würden die erhaltene Intervention weiterempfehlen. So gaben 72.6% der Teilnehmer/innen der TEL an, die Intervention *ja, eindeutig* und weitere 26.5% mit *ich glaube ja* weiterzuempfehlen. Lediglich ein Teilnehmer/innen der TEL (0.9%) äußerte Zweifel bezüglich einer Empfehlung der Intervention und gab an die Intervention eher nicht weiterzuempfehlen (*ich glaube nicht*).

Alle Teilnehmer/innen der F2F berichteten, die Intervention weiterzuempfehlen, wobei 78.4% der Teilnehmer/innen dies mit *eindeutig ja* und 21.6% mit *ich glaube ja* bekräftigten.

Die beiden Interventionsgruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Bereitschaft einer Weiterempfehlung der Intervention ($z = -.71, p = .48$).

Tabelle 98

Häufigkeitsverteilung der Bereitschaft der Weiterempfehlung

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Weiterempfehlung	eindeutig ja	72.6	85	78.4	29
	ich glaube ja	26.5	31	21.6	8
	ich glaube nicht	0.9	1	-	-
	eindeutig nicht	-	-	-	-

7.6.1.14 Bereitschaft einer wiederholten Teilnahme einer Intervention

Die Bereitschaft einer wiederholten Teilnahme an der Intervention wurde als Ausdruck betrachtet, wie sehr die Studienteilnehmer/innen in ihrer persönlichen Situation von der Intervention profitiert hatten. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen sprach sich für eine wiederholte Teilnahme an der Intervention aus. In der TEL gaben 74.6% an, *eindeutig ja* und weitere 22% tendenziell (*ich glaube ja*) wiederholt an der Intervention teilzunehmen. Nur 3.4% der Teilnehmer/innen der TEL berichteten vermutlich nicht erneut an der Intervention teilzunehmen (*ich glaube nein*).

Auch in der F2F sprach sich die Mehrheit der Teilnehmer/innen mit *eindeutig ja* (73%) und *ich glaube ja* (24.3%) für eine erneute Teilnahme aus. Nur ein/e Teilnehmer/in der F2F beantwortete die Frage nach einer wiederholten Teilnahme mit *ich glaube nein* (2.7%).

Der Gruppenvergleich ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen in Bezug auf die Bereitschaft einer wiederholten Studienteilnahme ($z = -.17, p = .87$).

Tabelle 99

Häufigkeitsverteilung der Bereitschaft einer wiederholten Teilnahme

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Wiederholte Teilnahme	eindeutig ja	74.6	88	73.0	27
	ich glaube ja	22.0	26	24.3	8
	ich glaube nicht	3.4	4	2.7	1
	eindeutig nicht	-	-	-	-

Die Bereitschaft an einer erneuten Teilnahme an der Intervention kommt durch den geäußerten Wunsch nach einer Fortführung der psychologischen Unterstützung zum Ausdruck:

„Ich fühlte mich durch nichts gestört! Es war eine wunderbare Erfahrung. Es wäre schön und ein Geschenk, mehr davon zu erhalten.“ (F2F: ID 166)

Einige Teilnehmer/innen nutzten die Möglichkeit zur schriftlichen Rückmeldung zum Ausdruck ihrer Dankbarkeit für die Teilnahme an der Studie:

„Ich fand es sehr schade als die Aktion vorbei war. Ohne diese telefonische Unterstützung finde ich die Betreuung meiner Mutter wesentlich schwerer. Vielen Dank für Ihre Hilfe!“ (TEL: ID 201)

„Es war ein Segen, dass ich mich für diese Studie gemeldet habe und die einzig wirksame Hilfe. Dafür bin ich unendlich dankbar!“ (TEL: ID 105)

„Ich bin sehr dankbar, dass ich an der Studie teilnehmen konnte. Ich weiß nicht, in welcher Verzweiflung ich sonst gelandet wäre!“ (TEL: ID 231)

„Zur Bewältigung der zukünftigen Pflegeanforderung (vermutlich stärker belastend) erwäge ich, Kontakt zur Psychologin vor Ort aufzunehmen.“ (TEL: ID 88)

7.6.2 Die Teilnehmer/innen-Zufriedenheit zur Follow-up-Befragung

Zur Follow-up-Befragung lagen von 152 (96.8%) pflegenden Angehörigen Rückmeldungen zur Teilnehmer/innen-Zufriedenheit vor. Davon gaben 116 (97.5%) Teilnehmer/innen der TEL und 36 (94.7%) Teilnehmer/innen der F2F eine Rückmeldungen zur Zufriedenheit mit der Intervention. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den nachhaltigen subjektiven Interventionseffekten sowie zur rückblickenden Gesamtbeurteilung der Intervention dargestellt.

7.6.2.1 Unterstützung bei der Problembewältigung

Sechs Monate nach Abschluss der Intervention sollten die Teilnehmer/innen rückblickend einschätzen, inwieweit die Intervention hilfreich für ihre Problembewältigung war.

Die Mehrheit der Teilnehmer/innen der TEL schätze die Intervention mit *ja, eine ganze Menge* (61.4%) und mit *ja, etwas* (36.8%) als hilfreich für die Bewältigung von Problemen ein. Als *nicht hilfreich* beurteilten nur 1.8% der TEL die Intervention ($n = 2$).

Auch der Großteil der Teilnehmer/innen F2F schätze die Intervention mit *ja, eine ganze Menge* (69.4%) und mit *ja, etwas* (27.8%) als hilfreich für ihre Problembewältigung ein. Lediglich ein/e Teilnehmer/in (2.8%) gab an, die Intervention *nicht hilfreich* für die Problembewältigung empfunden zu haben. Von einem negativ erlebten Interventionseffekt, indem die psychologische Unterstützung die Dinge schwerer gemacht habe, berichtete kein/e Teilnehmer/in beider Gruppen.

Der Gruppenvergleich mittels U-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen hinsichtlich der Einschätzung der Nützlichkeit der Intervention für die Problembewältigung zur Follow-up-Befragung ($z = -.61, p = .54$).

Tabelle 100

Häufigkeitsverteilung der Bewertungen bezüglich der Problembewältigung zur Follow-up-Befragung

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Problembewältigung	ja, eine ganze Menge	61.4	70	69.4	25
	ja, etwas	36.8	42	27.8	10
	nein, eigentlich nicht	1.8	2	2.8	1
	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht	-	-	-	-

Auch in den qualitativen Erläuterungen bringen die Teilnehmer/innen zum Ausdruck, dass sie durch die Intervention hilfreiche Strategien für den Umgang mit schwierigen und stressigen Situationen erlernt haben:

„Tipps zum Verhalten des Pflegenden gegenüber der zu pflegenden Person; Strategien, wie man sich verhält, wenn die Situation zwischen beiden Parteien eskaliert und Verhaltensregeln zur Deeskalation, wie es gelingt, dass man positiv denkt; wie man sich bei Stresssituationen (Gewalt, Aggression) verhält. Schritte zur Problembewältigung und Lösungsvorschläge; Besprechen der Probleme mit Problemanalyse bei der häuslichen Situation [...], Stressbewältigung bei Belastung.“
(TEL: ID 289)

„Durch die Gespräche habe ich unangenehme Situationen reflektieren können und konnte mit Hilfe der Psychologin Strategien entwickeln, in immer wiederkehrenden Situationen besser zu reagieren und diese für alle Beteiligten "stressfreier" zu lösen.“(TEL: ID 12)

„Besprechen und analysieren von belastenden Situationen, wenn ich am Ende meiner Nerven aus der Haut gefahren bin und z.B. meinen daran unschuldigen, weil kranken Mann, angebrüllt habe. Gemeinsames Erarbeiten, wie diese Gefühle zu bewältigen waren, ohne Auswirkungen auf meinen Mann. Wie ich Dampf ablassen konnte! (TEL: ID 231)

„Positiv: die Möglichkeit über die speziellen Probleme bei der Pflege meiner demenzkranken Mutter zu sprechen und gemeinsam mit der Therapeutin eine angemessene Verhaltensweise in besonders belastenden Situationen zu erarbeiten.“
(TEL: ID 283)

„Ich gehe meine Probleme überlegter an. Gerade nicht mehr in Panik.“ (TEL: ID 50)

Ein/e Teilnehmer/in der F2F drückt seine erfolgreiche Problembewältigung mit Hilfe der Intervention folgendermaßen aus:

„Die damaligen Probleme sind heute keine Probleme mehr! Dies habe ich der psychologischen Beratung durch Frau [xx] zu verdanken.“ (F2F: ID 136)

7.6.2.2 Nachhaltiger Einfluss der Unterstützung

Zur Follow-up-Befragung sollten die Teilnehmer/innen einschätzen, inwieweit die Intervention einen nachhaltigen Einfluss auf ihr Leben und ihren Umgang mit Problemen hat. In der TEL nahmen 36.2% mit *eindeutig ja* und weitere 54.3% mit *ich glaube ja* eine nachhaltige Wirksamkeit der Intervention wahr. Lediglich 7.8% nahmen mit *ich glaube nicht* und weitere 1.7% mit *eindeutig nicht* keinen nachhaltigen Interventionseinfluss wahr.

Auch in der F2F nahm die Mehrheit einen nachhaltigen Einfluss der Intervention mit *eindeutig ja* (40.0%) und *ich glaube ja* (45.7%) wahr. Weitere 11.4% beantworteten die Frage nach dem nachhaltigen Interventionseinfluss mit *ich glaube nicht* und nur ein/e Teilnehmer/in wählte die Antwortmöglichkeit *eindeutig nicht* (1.7%).

Bezüglich der nachhaltigen Wirksamkeit der Intervention ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen TEL und F2F ($z = -.62, p = .95$).

Tabelle 101

Häufigkeitsverteilung der Rückmeldungen zum nachhaltigen Interventionseinfluss

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Nachhaltiger Einfluss	eindeutig ja	36.2	42	40.0	14
	ich glaube ja	54.3	63	45.7	16
	ich glaube nicht	7.8	9	11.4	4
	eindeutig nicht	1.7	2	2.9	1

Gefragt nach dem nachhaltigen Einfluss der Intervention, berichteten einige Angehörige, dass sie sich bewusst die Gespräche und mit der Psychologin gemeinsam erarbeitete Strategien in Erinnerung rufen, um belastende Situationen zu bewältigen:

„Ich besinne mich noch heute oft auf die "Telefonsitzungen" und rufe mir Sachen wieder ins Gedächtnis. Z.B. Achtsamkeitsübungen oder Verhalten bei "peinlichen" Situationen.“ (TEL: ID 156)

„Um eine schwere Situation zu meistern, „spiele“ ich sie vorher ab: wie, wann und was ich sagen werde. So, wie ich es mit meiner Therapeutin gemacht habe.“ (TEL: ID 252)

„Wir haben bei der Therapie einen Satz erarbeitet, der lautet: „Ich bin nicht für die Gefühle meiner Mutter verantwortlich. Ich hab alles richtig gemacht!“ Ich versuche, mir diesen Satz immer dann ins Gedächtnis zu rufen, wenn ich wieder dazu neige, mich verantwortlich für ihre zum Teil negative Stimmung zu fühlen“. (TEL: ID 327)

Zur Follow-up-Befragung berichteten die Angehörigen auch durch die Intervention gelernt zu haben, Unterstützung zu suchen und in Anspruch zu nehmen:

„Es ist mir nach den Gesprächen leichter geworden für anstehende Schwierigkeiten Hilfe zu suchen, zu finden und anzunehmen, bei häuslicher Pflege.“ (TEL: ID 154)

„Heute würde ich in einer stark belastenden Situation professionelle Hilfe suchen, das Gespräch mit einer neutralen Person suchen. Das hatte ich in schwierigen Lebenssituationen vor Teilnahme an der Studie nie getan.“ (TEL: ID 57)

„Ich lernte, dass ich um Hilfe bitten darf.“ (TEL: ID 47)

„Ich habe durch die Telefonate die ganze Vielfalt der Pflegehilfe durch die Pflegedienste, Pflegekasse und Hilfsmittel erfragt, beantragt und bekommen.“ (TEL: ID 184)

Als positiven nachhaltigen Einfluss der Intervention sahen die Angehörigen auch ihre bessere Abgrenzungsfähigkeit und Selbstfürsorge an:

„Ich kann mich besser einschätzen und durch abgrenzen z.B. innerhalb der Familie. Hinsichtlich der Pflegesituation vertrete ich gegenüber meinen Kindern meine Position und lasse ihre Meinung zu, entscheide aber alleine.“ (TEL: ID 177)

„Ich nehme mich selbst besser als Person wahr, die auch eigene Bedürfnisse hat und ein Recht auf Zukunftsplanung. Ich habe noch 5 Geschwister und die sind auch in der Pflicht sich um ihre Mutter zu kümmern.“ (TEL: ID 330)

„Ich achte mehr auf mein Wohlbefinden und spreche Probleme an. Ich setze mich mehr durch und verfolge meine Ziele.“ (TEL: ID 321)

„Ich gebe mir Mühe, Freiräume für mich zu erhalten; Englischkurs; Chor und gelegentlich Schwimmen. Die Erkenntnis, dass ich mich nicht völlig aufgeben darf, wenn ich durchhalten will, dass das sogar zwingend ist.“ (TEL: ID 111)

„Durch die Beratung habe ich gelernt, mehr auf mich zu achten und etwas für mich zu tun. Das versuche ich auf keinen Fall aus dem Blick zu verlieren. Das Wort Achtsamkeit hat für mich eine ganz besondere Bedeutung bekommen!“ (TEL: ID 96)

Des Weiteren brachten die Angehörigen zum Ausdruck, dass die Intervention zu einem besseren Verständnis der Demenzerkrankung, deren Akzeptanz und einem besseren Umgang mit der Erkrankung beigetragen hat:

„Ich kann nun die Krankheit einordnen mit dem Verständnis wie ich in der Lage [bin], mein Verhalten gegenüber meinem Vater zu ändern.“ (F2F: ID 14)

„Es hat mir geholfen den Beginn der Krankheit besser einzuschätzen, mich einzustellen und auch mein Leben dadurch zu verändern.“ (TEL: ID 324)

„Akzeptiere die Krankheit meines Mannes besser.“ (TEL: ID 318)

„Ich habe gelernt, das Bild meines Vaters zu erhalten und gleichzeitig ein neues „Denken“ über das Jetzt aufzubauen.“ (F2F: ID 14)

„Ich habe gelernt die Demenz mit allen Folgen als Krankheit anzunehmen und zu „behandeln“. Mir fällt es jetzt leichter mit bestimmten Symptomen (z.B. grunzenden und quietschenden Geräuschen) umzugehen. Fordere ihn soweit er es noch begreift (z.B. Brot schmieren) zum Selbst machen auf. (TEL: ID 395)

„In den Gesprächen wurde mir Mut gemacht auch das jetzige Leben mit meinem Mann anzunehmen, zu gestalten und lebenswert zu finden.“ (TEL: ID 183)

„Ich musste lernen und begreifen, dass die Vokabeln des täglichen Lebens immer mehr verschwinden, dass meine Frau oft nicht etwas nicht hören wollte, sondern dass sie einfach NICHTS mit der Frage oder dem Auftrag anfangen konnte. Und wenn ja, dann nicht reagieren konnte. Mein Fazit: nicht aufregen bzw. lauter werden, sondern akzeptieren, dass sie das alles nicht mehr begreift und: RUHIGER WERDEN.“ (TEL: ID 405)

„Besserer Umgang mit der Krankheit und meiner zu pflegenden Mutter.“ (TEL: ID 407)

Auch ein sicherer Umgang mit Stress und schwierigen Situationen wurde von den Angehörigen als nachhaltige Wirkung der Intervention beschrieben:

„In Stresssituationen denke ich daran, wie ich doch versuchen soll, mich zu verhalten z. B. wenn Vater plötzlich stur ist und nicht mehr trinken will (aus der Situation gehen, ihn einfach erst mal in Ruhe lassen) oft klappt es später dann wieder besser; und dann sollte ich was für mich tun und ich gehe seit dem Herbst zum Yoga-Kurs (mit langen Unterbrechungen).“ (F2F: ID 153)

„Bei der Pflege meines Mannes war ich total verunsichert. Mit vielen Situationen bin ich ganz schlecht zu Recht gekommen. Die schlimmen Halluzinationen und seine Aggressivität haben mir sehr zu schaffen gemacht. Durch die Gespräche bin ich sicherer geworden und habe bis heute davon profitiert.“ (TEL: ID 93)

Damit im Zusammenhang schildern die Angehörigen auch durch die Intervention einen besseren Umgang mit Emotionen erlernt zu haben:

„Ich kann mich in problematischen Situationen emotional ziemlich gut zurückziehen. Aber ohne meine Emotionen ganz zu verdrängen oder abzuwürgen. Sie sind da, aber ich kann sie in den Hintergrund schieben und später mit z.B. meiner Tochter darüber sprechen. Außerdem bereite ich mich, wenn es denn geht, auf problematische Situationen innerlich besser vor.“ (TEL: ID 167)

Zudem berichten Angehörige, durch die Intervention besser mit Schamgefühlen im Zusammenhang mit der Demenzerkrankung umgehen zu können:

„Wo mir vorher der Mut zu gemeinsamen Aktivitäten fehlte, gehe ich heute gelassener damit um; z.B. Einladungen mit meinem Mann annehmen und „Fehlverhalten“ seinerseits nur wenn nötig zu erklären. Fremdschämen oder Entschuldigen weglassen!“ (TEL: ID 183)

„Dass ich die Alzheimererkrankung meines Mannes nicht mehr als eine Schande, deren man sich schämen muss, empfinde. Sondern, dass man offen darüber sprechen kann und lernen muss damit im Alltag umzugehen. Denn ich denke, so lange es

irgendwie möglich ist, will ich meinen Mann noch am Leben teilhaben lassen.“ (TEL: ID 370)

7.6.2.3 Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe

Das Ausmaß an erhaltener Hilfe bewertete die Mehrheit der Teilnehmer/innen der TEL als *genau richtig* (81.9%). 12.9% schätzten die erhaltene Hilfe als *zu gering* und weitere 5.2% als *zu umfangreich* ein.

Auch die F2F zeigte sich sehr zufrieden mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe. So bewerteten 85.3% das Ausmaß an erhaltener Hilfe als *genau richtig* und nur 14.7% beurteilten das Ausmaß als *zu gering*.

Der Gruppenvergleich zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen TEL und F2F in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe ($z = -1.10, p = .27$).

Tabelle 102

Häufigkeitsverteilung Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe zur Follow-up-Befragung

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>N</i>	%	<i>n</i>
Ausmaß an erhaltener Hilfe	zu gering	12.9	15	14.7	5
	genau richtig	81.9	95	85.3	29
	zu umfangreich	5.2	6	-	-

7.6.2.4 Gesamtzufriedenheit mit der Unterstützung

Das Gesamturteil hinsichtlich der Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung viel in der TEL äußerst positiv aus. Dabei berichteten 56.0% der Teilnehmer/innen *sehr zufrieden* und 44% *weitgehend zufrieden* mit der erhaltenen Unterstützung zu sein.

In der F2F schätzten sich 57.1% als *sehr zufrieden* und 37.1% als *weitgehend zufrieden* mit der erhaltenen Unterstützung insgesamt ein. Ausschließlich in der F2F gaben zwei Teilnehmer/innen (5.8%) an, *leicht unzufrieden* mit der Intervention zu sein.

Hinsichtlich des Gesamturteils zur Zufriedenheit mit der Intervention ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied ($z = -.3, p = .76$). Beide Interventionsgruppen gaben eine äußerst hohe Gesamtzufriedenheit in Bezug auf die Intervention an, wobei in der TEL 100.0% der Teilnehmer/innen und in der F2F 94.2% angaben, insgesamt mit der Intervention zufrieden zu sein.

Tabelle 103

Häufigkeitsverteilung der Rückmeldungen zur Gesamtzufriedenheit zur Follow-up-Befragung

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Gesamtzufriedenheit	sehr zufrieden	56	65	57.1	20
	weitgehend zufrieden	44	51	37.1	13
	Leicht unzufrieden	-	-	5.8	2
	Ziemlich unzufrieden	-	-	-	-

Die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer/innen zur Follow-up-Befragung spiegelt sich auch in den qualitativen Erläuterungen wider, in denen Teilnehmer/innen ihre Dankbarkeit für die Interventionsteilnahme ausdrücken:

„Herzlichen Dank für die gute Unterstützung, ohne die ich sicherlich mehr unter der Aufgabe gelitten hätte, insbes. unter schlechtem Gewissen. Ich bin mir sicher, dass sich alles zum Guten wenden wird. Danke.“ (TEL: ID 271)

„Alle Themen, die besprochen wurden waren wichtig für mich. Danke!!!“ (TEL: ID 87)

„Es war sehr hilfreich ein Gegenüber zu haben, der Verständnis für die Situation hat und nachvollziehen und erkennen kann wo die Probleme liegen. Das Aufzeigen von Strategien zur psychologischen Bewältigung der Situation war essentiell wichtig. Die Form des Einzelgesprächs ist meines Erachtens die beste Möglichkeit dem Pflegenden in seiner individuellen Situation zu helfen. Nochmals ganz herzlichen Dank für die Hilfe!“ (F2F: ID 225)

„Danke, dass ich an der Studie mitmachen konnte. Ich werde es wieder tun, wenn es die Möglichkeit gibt. Dankeschön.“ (TEL: ID 190)

Vereinzelt wurden zur Follow-up-Befragung auch Kritik und Verbesserungsvorschläge genannt wie beispielsweise der Wunsch nach einer langfristigeren Unterstützung ($n = 3$):

„Darüber hinaus wäre es hilfreich, auch nach Abschluss der Therapie bei Bedarf einzelne Gespräche/einen Ansprechpartner zu haben.“ (TEL: ID 384)

„Wenig hilfreich ist die Kürze der Unterstützung, da Probleme mit demenzerkrankten Angehörigen ja nicht einfach nach Wochen oder Monaten verschwinden. Außerdem glaube ich, dass man erst nach ein paar Gesprächen genug Vertrauen gefasst hat, um

dann wirklich dahin zu kommen gemeinsam mit der Therapeutin an Lösungen zu arbeiten.“ (F2F: ID 394)

„Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass die psychologische Unterstützung mehr kontinuierlich sein müsste anstatt episodenhaft. Benötigt wird ein ständiges Coaching beispielsweise einmal im Monat – zumindest als Option! Wie bei jeder psychologischen Unterstützung verbessert sich der Einfluss mit der Zeit. Die Pflegesituation wird jedoch mit fortschreitender Zeit schwieriger und nicht einfacher, neue Themen kommen im Zeitablauf auf!“ (F2F: ID 166)

„Wenig hilfreich: Das Drängen der Therapeutin, Pflegeaufgaben an den Bruder abzugeben.“ (TEL: ID 57)

„Wenig hilfreich ist es, dass bei gesundheitlichen Problemen keine Ratschläge gegeben wurden.“ (TEL: ID 141)

7.6.2.5 Bereitschaft die Intervention weiterzuempfehlen

Zur Follow-up-Befragung gab die deutliche Mehrheit der TEL an, die erhaltene Intervention weiterzuempfehlen. So würden 62.1% der Teilnehmer/innen der TEL die Intervention *ja, eindeutig* und weitere 36.2% mit *ich glaube ja* weiterempfehlen. Lediglich zwei Teilnehmer/innen der TEL (1.7%) äußerte Zweifel bezüglich einer Empfehlung der Intervention und gab an die Intervention eher nicht weiterzuempfehlen (*ich glaube nicht*).

Alle Teilnehmer/innen der F2F berichteten, die Intervention weiterzuempfehlen, wobei 65.7% der Teilnehmer/innen dies mit *eindeutig ja* und 34.3% mit *ich glaube ja* bekräftigten.

Die beiden Interventionsgruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Bereitschaft einer Weiterempfehlung der Intervention ($z = -.25, p = .80$).

Tabelle 104

Häufigkeitsverteilung der Bereitschaft der Weiterempfehlung zur Follow-up-Befragung

Evaluationskriterium	TEL		F2F		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
Weiterempfehlung	eindeutig ja	62.1	72	65.7	23
	ich glaube ja	36.2	42	34.3	12
	ich glaube nicht	1.7	2	-	-
	eindeutig nicht	-	-	-	-

7.6.2.6 Bereitschaft einer wiederholten Teilnahme einer Intervention

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen sprach sich für eine wiederholte Teilnahme an der Intervention aus. In der TEL gaben 64.7% an, *eindeutig* und weitere 33.6% tendenziell (*ich glaube ja*) wiederholt an der Intervention teilzunehmen. Lediglich zwei Teilnehmer/innen der TEL (1.7%) berichteten vermutlich nicht erneut an der Intervention teilzunehmen (*ich glaube nein*).

Auch in der F2F sprach sich die Mehrheit der Teilnehmer/innen mit *eindeutig ja* (82.4%) und *ich glaube ja* (14.7%) für eine erneute Teilnahme aus. Nur ein/e Teilnehmer/in der F2F beantwortete die Frage nach einer wiederholten Teilnahme mit *ich glaube nein* (2.9%).

Der Gruppenvergleich ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen in Bezug auf die Bereitschaft einer wiederholten Studienteilnahme ($z = -1.59, p = .11$). Zusammenfassend gaben die Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen eine äußerst hohe Bereitschaft zur wiederholten Teilnahme an (TEL 98.3% und F2F 97.1%).

Tabelle 105

Häufigkeitsverteilung der Bereitschaft einer wiederholten Teilnahme zur Follow-up-Befragung

Evaluationskriterium		TEL		F2F	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Wiederholte Teilnahme	eindeutig ja	64.7	75	82.4	28
	ich glaube ja	33.6	39	14.7	5
	ich glaube nicht	1.7	2	2.9	1
	eindeutig nicht	-	-	-	-

7.7 Prozessevaluation

7.7.1. Prozessqualität der therapeutischen Beziehung und anderer allgemeiner

Wirkfaktoren

Für die Auswertung Allgemeiner Wirkfaktoren der Therapie wie Therapiebeziehung, Ressourcenaktivierung, Klärung, Problemaktualisierung und Problembewältigung (nach Grawe) wurde der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000 (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler & Caspar, 2010) für beide Interventionsgruppen (Telefon und Face-to-Face) ausgewertet. Hier lagen sowohl die Einschätzungen der Angehörigen, als auch der Therapeutinnen nach jeder der 12 Sitzungen vor. Die Analysen wurden im Statistikprogramm Mplus Version 6.1 durchgeführt. Dabei wurde der full-information-maximum-likelihood

(FIML) Schätzer verwendet, der mit einer Imputation unter der Annahme missing-at-random vergleichbar ist. Die Ergebnisse beziehen sich somit auf die Intention-to-Treat-Stichprobe.

7.7.1.1 Telefonische Interventionsgruppe

In Tabelle 106 sind die Mittelwerte der eingeschätzten Wirkfaktoren über alle zwölf Sitzungen der Angehörigen in der telefonischen Interventionsbedingung dargestellt. Es wird sowohl die Therapeutinnen- als auch die Angehörigenperspektive der Telefoninterventionsgruppe abgebildet.

Tabelle 106

Mittelwerte der Allgemeinen Wirkfaktoren, eingeschätzt durch Therapeutin (T) und Angehörige (A) für die telefonische Interventionsbedingung (n = 139)

Allgemeine Wirkfaktoren	<i>M</i>	<i>SE</i>
<i>Therapeutinneneinschätzung</i>		
T_Beziehung (Range -3 bis +3)	1.7	(0.1)
T_Ressourcenaktivierung (Range 0 bis 4)	2.7	(0.1)
T_Klärung (Range 0 bis 4)	2.0	(0.0)
T_Problemaktualisierung (Range 0 bis 4)	1.6	(0.0)
T_Problembewältigung (Range 0 bis 4)	2.0	(0.1)
<i>Angehörigeneinschätzung (Range -3 bis +3)</i>		
A_Beziehung	2.2	(0.0)
A_Ressourcenaktivierung	1.9	(0.1)
A_Klärung	1.4	(0.1)
A_Problemaktualisierung	1.2	(0.1)
A_Problembewältigung	1.2	(0.1)

Anmerkung. *M* = Mittelwert; *SE* = Standardfehler. Therapeutinneneinschätzung: 5- stufige Likertskala von 0 = *überhaupt nicht* bis 5 = *stimmt vollkommen* bzw. 7- stufige Likertskala von 3 = *überhaupt nicht* bis +3 = *ganz genau*. Angehörigeneinschätzung: 7- stufige Likertskala von 3 = *überhaupt nicht* bis +3 *ganz genau*.

Die Einschätzung der einzelnen Wirkfaktoren war sowohl aus der Therapeutinnen-, als auch der Angehörigenperspektive sehr positiv. Die höchste Einschätzung konnte aus der Perspektive der Therapeutinnen für den Wirkfaktor Ressourcenaktivierung ermittelt werden.

Aus der Angehörigenperspektive wurde die Gestaltung der Beziehung durch die Therapeutin am besten beurteilt.

7.7.1.2 Face-to-Face-Interventionsgruppe

Tabelle 107 zeigt die Mittelwerte der eingeschätzten Wirkfaktoren über alle zwölf Sitzungen der Angehörigen in der Face-to-Face-Interventionsgruppe. Es wird sowohl die Therapeutinnen- als auch die Angehörigenperspektive der Telefoninterventionsgruppe abgebildet.

Tabelle 107

Mittelwerte der Allgemeinen Wirkfaktoren, eingeschätzt durch Therapeutin (T) und Angehörige (A) für die Face-to-Face-Interventionsbedingung (n = 49)

Allgemeine Wirkfaktoren	M	SE
<i>Therapeutinneneinschätzung (Range -3 bis +3 bzw. 0 bis 4)</i>		
T_Beziehung (Range -3 bis +3)	1.7	(0.1)
T_Ressourcenaktivierung (Range 0 bis 4)	2.8	(0.1)
T_Klärung (Range 0 bis 4)	2.1	(0.1)
T_Problemaktualisierung (Range 0 bis 4)	1.8	(0.1)
T_Problembewältigung (Range 0 bis 4)	2.0	(0.1)
<i>Angehörigeneinschätzung (Range -3 bis +3)</i>		
A_Beziehung	2.0	(0.1)
A_Ressourcenaktivierung	1.7	(0.1)
A_Klärung	1.2	(0.1)
A_Problemaktualisierung	1.1	(0.2)
A_Problembewältigung	1.0	(0.1)

Anmerkung. *M* = Mittelwert; *SE* = Standardfehler.

Therapeutinneneinschätzung: 5- stufige Likertskala von 0 = *überhaupt nicht* bis 5 = *stimmt vollkommen* bzw. 7- stufige Likertskala von 3 = *überhaupt nicht* bis +3 = *ganz genau*.

Angehörigeneinschätzung: 7- stufige Likertskala von 3 = *überhaupt nicht* bis +3 = *ganz genau*.

Die Einschätzung der einzelnen Wirkfaktoren gestaltete sich auch für die Face-to-Face-Interventionsgruppe, sowohl aus der Therapeutinnen-, als auch der Angehörigenperspektive als sehr positiv. Vergleichbar mit der Einschätzung in der Telefonintervention schätzten die

Therapeutinnen die Ressourcenaktivierung am höchsten ein. Die Angehörigen schätzten ebenfalls die Gestaltung der Beziehung durch die Therapeutin am höchsten ein.

7.7.1.3 Vergleich Telefon- und Face-to-Face-Interventionsgruppe zu den allgemeinen Wirkfaktoren

Für den Vergleich der Einschätzung der psychotherapeutischen Wirkfaktoren in den beiden Interventionsgruppen wurden Gruppenanalysen mittels t-Test durchgeführt. Dabei konnte ein signifikanter Unterschied für die Einschätzung der Problemaktualisierung aus Sicht der Therapeutinnen ermittelt werden. Die Therapeutinnen schätzten das Ausmaß der Problemaktualisierung in der Face-to-Face-Gruppe signifikant höher ein, als in der telefonischen Interventionsgruppe ($p = .04$; Cohen's $d = .40$). Hierbei handelt es sich um einen mittleren Effekt. Für alle anderen Wirkfaktoren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Zusammenfassend kann betont werden, dass die Therapeutinnen beider Interventionsgruppen die Allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie sehr gut umsetzten und sich bis auf die Problemaktualisierung keine Unterschiede in beiden Bedingungen zeigten. Besonders interessant ist dieser Befund für die Therapeutische Beziehung. So konnte diese in der telefonischen Intervention genauso gut aufgebaut werden wie in der Face-to-Face-Bedingung.

7.7.2 Ergebnisse zu den Erwartungen der psychologischen Unterstützung

Um die Erwartungen der pflegenden Angehörigen an das Therapieangebot beurteilen zu können, wurde der Fragebogen zur Erwartung und Evaluation psychologischer Unterstützung (PATHEV) ausgewertet. Dieser wurde sowohl vor Beginn der Intervention, als auch nach der 10. Sitzung in Bezug auf die letzten beiden Gespräche (11 und 12) eingesetzt.

Tabelle 108 zeigt die Anzahl der vorliegenden PATHEV-Bögen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt, getrennt für die beiden Interventionsgruppen. Insgesamt konnte eine hohe Rücklaufquote der Bögen verzeichnet werden

Tabelle 108

Häufigkeiten des Fragebogenrücklaufs für den ersten (PATHEV 1) und zweiten (PATHEV 2) Messzeitpunkt.

	Telefonische Interventionsgruppe	Face-to-Face Interventionsgruppe
PATHEV 1	132 (von 139)	49 (von 49)
PATHEV 2	106 (von 121)	34 (von 40)

7.7.2.1 Telefonische Interventionsgruppe

Die Ergebnisse in Tabelle 109 zeigen die Veränderungen der Erwartung an die Therapie in der telefonischen Interventionsgruppe vom Zeitpunkt vor der Therapie bis nach der 10. Sitzung. Zunächst wird deutlich, dass die Angehörigen bereits vor Therapiebeginn die Hoffnung auf Besserung durch die Intervention und die Passung des Angebots als sehr hoch einschätzten. Die Furcht vor Veränderung wurde als eher gering beurteilt. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zeigt sich eine signifikante Zunahme der Hoffnung auf Besserung ($p < .001$). Die Furcht vor Veränderung zeigte durch die Intervention keine Veränderungen. Dagegen kommt es zu einer signifikanten Zunahme des Gefühls, das richtige Angebot für eigene Problematik gefunden zu haben (Passung: $p < .001$).

Tabelle 109

Mittelwerte und Gruppenvergleich der Erwartungen der Angehörigen an das Therapieangebot zu zwei Messzeitpunkten in der telefonischen Interventionsgruppe

Subskalen PATHEV <i>Range (0 bis 5)</i>	PATHEV 1		PATHEV 2		<i>t</i> -Test <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Hoffnung auf Besserung/ Zuversicht	3.75	0.75	3.99	0.71	< .001
Furcht vor Veränderung	1.83	0.66	1.84	0.75	.946
Passung	3.88	1.04	4.25	0.64	< .001

Anmerkung: PATHEV-1 = Therapieerwartung vor der Intervention; PATHEV 2 = Therapieerwartung nach der 10. Sitzung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

7.7.2.2 Face-to-Face-Interventionsgruppe

In Tabelle 110 sind die Ergebnisse der Face-to-Face-Interventionsgruppe dargestellt. Es zeigen sich äquivalent zur telefonischen Interventionsgruppe, hohe Einschätzungen der Hoffnung auf eine Verbesserung durch das Therapieangebot und eine hohe Passung des Angebots an die eigenen Bedürfnisse. Die Furcht vor Veränderung ist auch in der Face-to-Face-Gruppe niedrig. Eine deskriptive Veränderung über die Zeit ist für die Passung festzustellen. Nach der 10. Sitzung haben die Angehörigen der Face-to-Face-Gruppe noch stärker das Gefühl, die richtige Unterstützungsform gefunden zu haben ($p = .06$).

Tabelle 110

Mittelwerte und Gruppenvergleich der Erwartungen der Angehörigen an das Therapieangebot zu zwei Messzeitpunkten in der Face-to-Face-Interventionsgruppe

Subskalen PATHEV Range (0 bis 5)	PATHEV 1		PATHEV 2		t-Test
	M	SD	M	SD	p
Hoffnung auf Besserung/ Zuversicht	4.02	0.68	4.11	0.82	.450
Furcht vor Veränderung	1.68	0.67	1.68	0.63	1.000
Passung	4.24	0.49	4.40	0.61	.057

Anmerkung: PATHEV-1 = Therapieerwartung vor der Intervention; PATHEV 2 = Therapieerwartung nach der 10. Sitzung; M = Mittelwert; SD= Standardabweichung.

7.7.2.3 Vergleich Telefon- und Face-to-Face-Interventionsgruppe zur Erwartung an die Therapie

Für den Vergleich der beiden Interventionsgruppen mittels t-Test-Analysen zeigt sich ein marginal signifikanter Unterschied für die Subskala *Hoffnung auf Verbesserung* zum ersten Messzeitpunkt ($p = .05$). Die Angehörigen der Face-to-Face-Gruppe hatten somit vor Therapiebeginn eine höhere Erwartung an die Besserung ihrer eigenen Problematik, als die Angehörigen der Telefongruppe. Zum zweiten Messzeitpunkt zeigt sich dieser Unterschied nicht mehr. Bei den Subskalen *Furcht vor Veränderung* und *Passung* zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Interventionsgruppen.

Zusammenfassend kann betont werden, dass die Angehörigen beider Interventionsgruppen eine hohe Erwartung an das Angebot hatten und zudem den Eindruck äußerten, die richtige

Unterstützung für sich gefunden zu haben und eine geringe Furcht vor Veränderung zu empfinden.

7.7.3 Behandlungsintegrität: Bewertung der therapeutischen Kompetenz und Adhärenz

Zur Evaluation der Behandlungsintegrität wurde sowohl die therapeutische Kompetenz als auch die Adhärenz mittels einer Ratingskala durch externe Beurteiler erfasst. Anschließend erfolgte die Ermittlung der Beurteilerübereinstimmung sowie die Qualitätsprüfung der therapeutischen Arbeit bezüglich Manualtreue und Kompetenz.

7.7.3.1 Beurteilercharakteristika

Die Beurteilung der therapeutischen Kompetenz und Adhärenz wurde von vier klinisch-tätigen Psychologinnen (Diplom- oder Masterabschluss) durchgeführt. Im Mittel waren diese 30.75 Jahre alt ($SD = 6.40$ Jahre). Ein erstes unabhängiges Raterpaar bildeten zwei bereits approbierte Verhaltenstherapeutinnen, welche im Rahmen des Tele.TAnDem.Transfer-Projektes Therapien durchgeführt hatten. Das zweite unabhängige Raterpaar bestand aus zwei weiteren Psychologinnen, die sich in psychotherapeutischer Ausbildung (Kognitive Verhaltenstherapie) befanden und bisher keine eigene Therapieerfahrung in Tele.TAnDem.Transfer aufwiesen, dafür jedoch zahlreiche theoretische Kenntnisse und Vertrautheit mit den Therapiebausteinen des Tele.TAnDem-Manuals.

Die vier Beurteilerinnen erhielten ein umfassendes, zwölfstündiges Ratertraining. Zudem wurden fünf Proberatings durchgeführt. Während der eigentlichen Beurteilungsphase wurde nach jedem fünften Gespräch die Beurteilerübereinstimmung überprüft und die beurteilten Gespräche hinsichtlich der Einschätzungen verglichen, um größeren Abweichungen entgegen zu wirken.

7.7.3.2 Angehörige

Für die 49 Angehörigen der Face-to-Face-Interventionsgruppe und die 139 Angehörigen der telefonischen Interventionsbedingung lagen insgesamt 439 Videoaufzeichnungen und 1557 Tonbandaufnahmen vor. Zur Beurteilung der Kompetenz und Adhärenz wurden jeweils 25% der Angehörigen pro Therapeutin zufällig ausgewählt ($n = 41$). Von diesen 41 Angehörigen wurden jeweils drei Sitzungen zufällig ausgewählt, so dass insgesamt 123 Therapiegespräche durch die externen Beurteiler hinsichtlich der therapeutischen Kompetenz und Adhärenz eingeschätzt wurden. 32 der Angehörigen waren weiblich (78.0%) und neun männlich (22.0%). Von den 41 pflegenden Angehörigen waren 22 (Ehe-)Partner/innen (53.7%) und 18

(Schwieger-)Kinder (43.9%) sowie eine pflegende Schwester. Das durchschnittliche Alter der Angehörigen betrug 63.54 Jahre ($SD = 11.20$ Jahre; Range 23 bis 83). Die Dauer der Pflegeverantwortung lag im Schnitt bei 3.85 Jahren ($SD = 3.05$; Range 0 bis 14). Zehn der ausgewählten Angehörigen (24.4%) erhielten die therapeutische Unterstützung im persönlichen Kontakt (F2F) und 31 der Angehörigen (75.6%) befanden sich in der telefonischen Interventionsgruppe (TEL).

Die ausgewählten Aufnahmen entstammten aus den Therapiesitzungen 2 bis 11 (von insgesamt 12 Sitzungen). Das Erst- und Abschlussgespräch wurde nicht zur Beurteilung ausgewählt, da in diesen vorwiegend organisatorische Aspekte und die Durchführung des Goal Attainment Scalings im Vordergrund standen. Die im Manual relevanten Techniken und Strategien kamen demnach in der Regel in diesen deutlich weniger zur Anwendung und somit wäre eine Überprüfung der therapeutischen Adhärenz nicht in angemessener Form möglich gewesen. Die Therapiesitzungen 2 bis 11 stellen hierfür das repräsentativere Material dar.

7.7.3.3 Therapeutinnen

Die pflegenden Angehörigen wurden von 14 Psychologinnen und einem Psychologen mit Diplom- bzw. Masterabschluss behandelt, wovon vier bereits approbierte Psychotherapeutinnen waren und sich die anderen in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Ausbildung befanden. Das Durchschnittsalter der Therapeutinnen betrug zum Behandlungszeitpunkt $M = 31.47$ Jahre ($SD = 4.17$). Im Durchschnitt wiesen die Therapeutinnen 4.27 Jahre ($SD = 3.41$) Therapieerfahrung auf.

7.7.3.4 Beurteilerübereinstimmung: Adhärenzskala

Zur Überprüfung der Beurteilerübereinstimmung hinsichtlich der Adhärenzskala (behandelte Themen und angewandte Interventionstechniken) wurde überprüft, wie hoch die Übereinstimmung der jeweiligen Raterpaare – im Sinne der Häufigkeit gleich angekreuzter Beurteilungskategorien der dichotomen Skala – ist. Zu diesem Zweck wurde das zufallskorrigierte Übereinstimmungsmaß Cohens Kappa für jedes einzelne Item berechnet, welches das Verhältnis der beobachteten zu der bei Zufall zu erwartenden Übereinstimmung berücksichtigt (Wirtz & Caspar, 2002). Nach Fleiss und Cohen (1973) gilt ein $\kappa > .75$ als Indikator für eine sehr gute, ein κ zwischen $.60$ und $.75$ als Indikator für eine gute Übereinstimmung. Da Kappa teilweise wegen mangelnder Varianz nicht ermittelt werden konnte, wurde neben Kappa auch die Prozentuale Übereinstimmung (PÜ) berechnet. Die PÜ

gibt den prozentualen Anteil der Fälle an, in denen zwei Rater das gleiche Urteil abgegeben haben (Fleiss, 1973).

Für die Items der Adhärenzskala lagen die Werte der Prozentualen Übereinstimmung beim 1. Raterpaar (therapieerfahren) zwischen 73.3% und 95.0% und die Cohens Kappa Werte lagen zwischen .37 und .83. Für das 2. Raterpaar (therapieunerfahren) ergaben sich Werte der Prozentualen Übereinstimmung zwischen 88.9% und 100.0% und Cohens Kappa lag zwischen .30 und 1.00 (siehe Tabelle 111 und 112).

Tabelle 111

Prozentuale Übereinstimmung und Cohens Kappa für die Items der Adhärenzskala (behandelte Themen) zur Prüfung der Beurteilerübereinstimmung der Rater

Item	Raterpaar 1		Raterpaar 2	
	PÜ in %	κ	PÜ in %	κ
Dysfunktionale Kognitionen z.B. belastende Normen und Pflichtgefühle	78.3	.49***	95.2	.86***
Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen/Verständnis für Demenzerkrankung und Akzeptanz	76.7	.53***	98.4	.97***
Umgang mit eigenem Ärger und Wut/belastenden Emotionen	88.4	.47***	92.1	.71***
Selbstfürsorge und Aufbau wertorientierter/angenehmer Aktivitäten	88.3	.72***	100	1.00***
Umgang mit Veränderung, Rollenwechsel, Verlusterleben und Trauer	78.3	.53***	88.9	.75***
Förderung der Inanspruchnahme von informeller und professioneller Unterstützung	83.4	.60***	90.5	.79***
Übergang/Vorbereitung Pflegeheim	95.0	.77***	95.2	.74***
Sonstige Themen	90.0	---	90.5	.71***

PÜ = prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa. * $0.01 < p < 0.05$; ** $0.001 < p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Tabelle 112

*Prozentuale Übereinstimmung und Cohens Kappa für die Items der Adhärenzskala
(angewandte Interventionstechniken) zur Prüfung der Beurteilerübereinstimmung der Rater*

Item	Raterpaar 1		Raterpaar 2	
	PÜ in %	κ	PÜ in %	κ
Psychoedukation	76.7	.53***	92.0	.84***
Problemanalyse	81.6	.37**	93.7	.79***
Problembewältigung	73.3	.40**	88.9	.75***
Kognitives Arbeiten an dysfunktionalen Gedanken	88.3	.72***	90.5	.79***
Techniken zum Stressabbau, Emotionsregulation	86.7	.52***	88.9	.53***
Aktivitätsaufbau	93.3	.56***	98.4	.94***
Zulassen und Akzeptieren von unangenehmen Gefühlen	90.0	.52***	92.1	.80***
Hausaufgaben aufgeben	93.3	.83***	93.6	.86***
Hausaufgaben auswerten	90.0	.64***	95.3	.83***
Sonstige Techniken	91.7	---	93.7	.30**

PÜ = prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa. * $0.01 < p < 0.05$; ** $0.001 < p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Die durch die PÜ angegebene hohe Übereinstimmung wird durch die zufallsbereinigten Kappa-Werte relativiert. Wegen ungleicher Randsummenverteilungen ist jedoch anzunehmen, dass der Wert von Kappa durch unterschiedliche Grundwahrscheinlichkeiten reduziert wird, so dass die Werte der prozentualen Übereinstimmung die wahre Übereinstimmung am besten abbilden. Diese kann als gut interpretiert werden. Die Rater wiesen demnach eine hohe Übereinstimmung dahingehend auf, bewerten zu können, ob ein bestimmtes Thema behandelt wurde oder nicht bzw. ob eine bestimmte Interventionstechnik in einer Sitzung Anwendung fand oder nicht.

7.7.3.5 Beurteilerübereinstimmung: Kompetenzskala

Hinsichtlich der Kompetenzeinschätzungen auf einer 4-stufigen Likert-Skala wurde die Beurteilerübereinstimmung mittels Intraklassenkorrelationen (ICC) berechnet, um herauszufinden, wie gut die Werte eines Raters mit dem Urteil des anderen Raters

korrelierten. Aufgrund theoretischer Vorüberlegungen wurde auf das Modell 2 (Shrout & Fleiss, 1979) zurückgegriffen. Die Berechnung der ICCs beruht dabei auf den Einschätzungen von je zwei Beurteilern (ICC2, 2). Es wurde das unjustierte Maß der ICC zugrunde gelegt, das Mittelwertsunterschiede zwischen den Ratern als Fehler verrechnet. Die ICC fallen damit niedriger aus als im justierten Modell (Wirtz & Caspar, 2002). Die Modellwahl begründet sich darin, dass die Ratingwerte unabhängig von den Ratern zu weiteren Berechnungen verwendet werden. Da eine zufällige Auswahl der Rater gegeben war, wurden diese als *random-factor* angenommen, wodurch die ICC als Reliabilitätsmaß angesehen werden kann (Wirtz & Caspar, 2002). Es wurde das zweifaktorielle Modell der ICC berechnet, da jeweils die Hälfte der Therapiegespräche von denselben zwei Ratern eingeschätzt wurde. Nach Fleiss (1981) und Cicchetti und Sparrow (1981) gilt ein ICC $>.74$ als sehr gut, zwischen $.60$ und $.74$ als gut, zwischen $.40$ und $.59$ als befriedigend, $<.40$ als schlecht.

Tabelle 113 zeigt die Ergebnisse der ICC-Berechnungen der Kompetenzskala für die Gesamtstichprobe aller vier Rater sowie für die beiden Raterpaare. Dabei werden bei den ICC Einzelwerten die Einschätzungen beider Beurteiler einzeln miteinander verglichen, bei den ICC Mittelwerten handelt es sich um einen Vergleich der gemittelten Einschätzungen beider Beurteiler.

Für die Stichprobe aller Rater ergaben sich Einzelwerte der ICCs zwischen $.50$ und $.82$ mit einem Gesamtwert von $.82$. Die Mittelwerte der ICCs in Bezug auf alle Rater hatten Werte zwischen $.66$ und $.90$. Der Gesamtwert der ICC für den Mittelwert der Rater lag bei $.90$.

Die mittlere Kompetenzeinschätzung der beiden Raterpaare unterschied sich nicht signifikant ($t = -1.81, p = .07$).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl die Items der Adhärenzskala als auch der Kompetenzskala gute Übereinstimmungen aufwiesen.

Tabelle 113

ICC der Einzel- und Mittelwerte der Kompetenzskala

Item	alle Rater ($N = 123$)		Raterpaar 1 ($n = 60$)		Raterpaar 2 ($n = 63$)	
	ICC Einzelwert	ICC Mittelwert	ICC Einzelwert	ICC Mittelwert	ICC Einzelwert	ICC Mittelwert
Ressourcenaktivierung	.66***	.79***	.41***	.58***	.82***	.90***
Klärung	.79***	.88***	.59***	.75***	.91***	.95***
Bewältigung	.75***	.86***	.64***	.78***	.80***	.89***
Problemaktualisierung	.82***	.90***	.73***	.85***	.89***	.94***
Geleitetes Entdecken	.72***	.84***	.57***	.72***	.85***	.92***
Auswahl relevanter Themen	.75***	.85***	.63***	.78***	.83***	.91***
Auswahl angemessener Strategien	.73***	.84***	.68***	.81***	.80***	.89***
Angemessene Durchführung von Techniken	.76***	.86***	.70***	.82***	.82***	.90***
Wertschätzung	.59***	.74***	.32**	.48**	.77***	.87***
Erleichterung	.50***	.66***	.35**	.52**	.67***	.80***
Empathie	.59***	.74***	.44***	.61***	.76***	.86***
Gesamteinschätzung Kompetenz	.70***	.82***	.61***	.76***	.76***	.87***
Schwierigkeit des Angehörigen	.76***	.86***	.75***	.86***	.77***	.87***
Gesamtwert (Items 1 - 11)	.82***	.90***	.72***	.84***	.90***	.95***

* $0.01 < p < 0.05$; ** $0.001 < p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

7.7.3.6 Qualitätsprüfung der therapeutischen Arbeit: Adhärenz

Die deskriptive Analyse der Adhärenz ergab, dass das Manual in den Therapiesprachen eingesetzt wurde, sich die Therapeutinnen an diesem orientierten und damit die Intervention entsprechend des Konzepts umgesetzt haben. Damit ist davon auszugehen, dass die Effekte der Intervention auf das Interventionskonzept zurückzuführen sind.

Tabelle 114 und Tabelle 115 geben einen Gesamtüberblick zu den Häufigkeiten der behandelten Themen und der angewandten Interventionstechniken.

Am häufigsten wurde in den Gesprächen das Thema Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen, Verständnis für die Demenzerkrankung und Akzeptanz sowie das Thema Selbstfürsorge fokussiert. Besonders häufig eingesetzte Interventionstechniken waren die Problemanalyse und Problembewältigung, Psychoedukation und kognitives Arbeiten an dysfunktionalen Gedanken sowie der Einsatz von Hausaufgaben.

Tabelle 114

Häufigkeit der behandelten Themen

Thema	Raterpaar 1		Raterpaar 2	
	Häufigkeit		Häufigkeit	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dysfunktionale Kognitionen z.B. belastende Normen und Pflichtgefühle	12	20.0	12	19.0
Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen/ Verständnis für Demenzerkrankung und Akzeptanz	24	40.0	21	33.3
Umgang mit eigenem Ärger und Wut/ belastenden Emotionen	4	6.7	8	12.7
Selbstfürsorge und Aufbau wertorientierter/ angenehmer Aktivitäten	14	23.3	23	36.5
Umgang mit Veränderung, Rollenwechsel, Verlusterleben und Trauer	15	25.0	17	27.0
Förderung der Inanspruchnahme von informeller und professioneller Unterstützung	13	21.7	19	30.2
Übergang/Vorbereitung Pflegeheim	6	10.0	5	7.9
Sonstige Themen	0	0	10	15.9

Tabelle 115

Häufigkeit der angewandten Interventionstechniken

Interventionstechnik	Raterpaar 1		Raterpaar 2	
	Häufigkeit		Häufigkeit	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Psychoedukation	19	31.7	29	46.0
Problemanalyse	44	73.3	49	77.8
Problembewältigung	33	55.0	38	60.3
Kognitives Arbeiten an dysfunktionalen Gedanken	14	23.3	19	30.2
Techniken zum Stressabbau, Emotionsregulation	6	10.0	5	7.9
Aktivitätsaufbau	3	5.0	9	14.3
Zulassen und Akzeptieren von unangenehmen Gefühlen	4	6.7	15	23.8
Hausaufgaben aufgeben	14	23.3	20	31.7
Hausaufgaben auswerten	7	11.7	9	14.3
Sonstige Techniken	0	0	1	1.6

7.7.3.7 Qualitätsprüfung der therapeutischen Arbeit: Kompetenz

Die deskriptive Analyse der Kompetenz ergab, dass die 15 Therapeutinnen im Mittel auf einer Skala von 0-3 jeweils eine sehr gute Kompetenz aufwiesen ($M = 2.44$, $SD = 0.55$), wobei Therapeutin 10 besonders gut ($M = 3.00$) und Therapeutin 2 gut ($M = 1.61$) abschnitt (Tabelle 116).

Tabelle 116

Durchschnittswerte der Kompetenz der einzelnen Therapeutinnen

	Kompetenz	
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Therapeutin 1	1.78	.80
Therapeutin 2	1.61	.42
Therapeutin 3	2.21	.60
Therapeutin 4	2.48	.68
Therapeutin 5	2.56	.27
Therapeutin 6	2.76	.23
Therapeutin 7	2.72	.20
Therapeutin 8	2.19	.50
Therapeutin 9	2.71	.18
Therapeutin 10	3.00	.00
Therapeutin 11	2.87	.11
Therapeutin 12	2.54	.38
Therapeutin 13	2.61	.03
Therapeutin 14	1.92	.37
Therapeutin 15	2.38	.53

Anmerkungen: Die Werte der Kompetenzskala reichen von 0-3. 0 = *mangelhaft*, 1 = *mittelmäßig*, 2 = *gut*, 3 = *sehr gut*.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapeutinnen kompetent (Gesamtkompetenz = 1.61 bis 3.00) arbeiteten und damit die zuvor festgelegten Anforderungen an kognitiv-verhaltenstherapeutische Studienbedingungen erfüllt wurden.

Es zeigen sich dabei keine signifikanten Unterschiede in der mittleren Kompetenzbeurteilung zwischen der telefonischen und Face-to-Face-Interventionsgruppe ($t = -1.03$, $p = .31$).

7.7.4 Angemessenheit der Schulung und der Supervision

7.7.4.1 Angemessenheit der Schulung

Die Bestimmung der Inter-Coder-Reliabilität für das verwendete Kategoriensystem zur Analyse der Interviews erfolgte über die Berechnung des Krippendorff's α nach Hayes und Krippendorff (2007). Mit einem α von .85 wird diese als zufriedenstellend beurteilt.

Rahmen der Schulung

Vor Beginn der Therapien fand eine durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) zertifizierte Ganztagesfortbildung zur Vorbereitung der Therapeutinnen auf die Arbeit mit den Angehörigen von Menschen mit Demenz statt. Die ganztätige Schulung bestand aus drei Schwerpunkten: Im ersten Teil wurden von Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz) und von Dipl.-Soz.päd. Bianca Broda (Alzheimer Gesellschaft München e.V.) eine Schulung zu den Themen Krankheitsbild Demenz und Kommunikation mit Menschen mit Demenz gegeben. Der zweite Teil, referiert von Prof. Dr. Gabriele Wilz, Dipl.-Psych. Tanja Kalytta und M.Sc. Psych. Denise Schinköthe, bezog sich auf die psychotherapeutischen Interventionsstrategien und orientierte sich an den einzelnen Modulen des Tele.TAnDem-Behandlungsmanuals (Wilz, Schinköthe & Kalytta, 2015). Neben präsentationsgestützten Informationsvermittlungen, wurden praktische Übungen (z.B. Rollenspiele) unter Verwendung von Fallbeispielen zur Vertiefung des Wissens durchgeführt. Abschließend wurden die Rahmenbedingungen der Umsetzung, technische Besonderheiten sowie die Dokumentation, Prozessevaluation und Supervision thematisiert. Eine im Projektverlauf zusätzlich rekrutierte Therapeutin (aufgrund der Elternzeit einer anderen Therapeutin) wurde in einem Einzeltreffen mit der Projektleitung, Frau Prof. Dr. Gabriele Wilz, in der Durchführung des Behandlungsprogrammes geschult.

Bewertung der Schulung aus Therapeutinnensicht

Im Folgenden werden die Fragebogenergebnisse der Therapeutinnen berichtet, die an der Fortbildung teilnahmen ($N = 13$) (vgl. auch Tabelle 117 und 118). Den zeitlichen Umfang bewerteten 58.3% der Therapeutinnen als eher bis sehr angemessen ($M = 2.75$, $SD = 0.75$). Den thematischen Umfang der Schulung schätzten 66.7% Therapeutinnen als eher bis sehr angemessen ein ($M = 2.83$, $SD = 0.94$). Die Vorträge zum Thema Demenz bewerteten 83.3% der Therapeutinnen mit eher bis sehr hilfreich ($M = 3.42$, $SD = 0.79$), die Vorträge zum Manual wurden von 75% als eher bis sehr hilfreich bewertet ($M = 3.17$, $SD = 0.83$). Die praktischen Übungen wurden von 63.7% als eher bis sehr hilfreich eingestuft ($M = 2.55$, $SD = 1.21$).

Tabelle 117

Statistische Kennwerte zur Bewertung der Schulung mittels Fragebogen

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum
Zeitlicher Umfang der Schulung ^a	12	2.75	0.75	2	4
Thematischer Umfang der Schulung ^a	12	2.83	0.94	1	4
Vorträge Demenz ^b	12	3.42	0.79	2	4
Vorträge Manual ^b	12	3.17	0.83	2	4
Praktische Übungen ^b	11	2.55	1.21	0	4

Anmerkungen: *n* = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; ^a5-stufige Likert-Skala von *gar nicht angemessen* (0), *eher nicht angemessen* (1), *teilweise angemessen* (2), *eher angemessen* (3) bis *sehr angemessen* (4); ^b5-stufige Likert-Skala von *gar nicht hilfreich* (0), *eher nicht hilfreich* (1), *teilweise hilfreich* (2), *eher hilfreich* (3) bis *sehr hilfreich* (4)

Tabelle 118

Häufigkeiten und Prozentangaben zur Bewertung der Schulung mittels Fragebogen

		<i>n</i>	Prozent
Zeitlicher Umfang der Schulung	gar nicht angemessen	-	-
	eher nicht angemessen	-	-
	teilweise angemessen	5	41.7%
	eher angemessen	5	41.7%
	sehr angemessen	2	16.6 %
Thematischer Umfang der Schulung	gar nicht angemessen	-	-
	eher nicht angemessen	1	8.3%
	teilweise angemessen	3	25.0%
	eher angemessen	5	41.7%
	sehr angemessen	3	25.0%
Vorträge Demenz	gar nicht hilfreich	-	-
	eher nicht hilfreich	-	-
	teilweise hilfreich	2	16.7%
	eher hilfreich	3	25.0%
	sehr hilfreich	7	58.3%
Vorträge Manual	gar nicht hilfreich	-	-
	eher nicht hilfreich	-	-
	teilweise hilfreich	3	25.0%
	eher hilfreich	4	33.3%
	sehr hilfreich	5	41.7%
Praktische Übungen	gar nicht hilfreich	1	9.1%
	eher nicht hilfreich	1	9.1%
	teilweise hilfreich	2	18.2%
	eher hilfreich	5	45.5%
	sehr hilfreich	2	18.2%

Im Interview gaben vier Therapeutinnen eine Gesamtbewertung zur Schulung an: Die Schulung wurde als „*super hilfreich*“ (ID 14, Abs.: 142) und „*insgesamt sehr gelungen*“ (ID 13, Abs. 137) bezeichnet. Eine Therapeutin sagte, es sei „*alles sehr passend*“ (ID 7, Abs. 461) gewesen, und eine weitere gab zur Schulung „*ein klares Ja*“ (ID 4, Abs. 198) an.

Hilfreiche Inhalte der Schulung

Die Therapeutinnen bewerteten in den Interviews insbesondere die Informationen zu Demenz als hilfreich (insgesamt 27 Nennungen in den Interviews). Dabei wurden sowohl allgemeine Informationen zu Demenz ($n = 10$), zu den verschiedenen Formen von Demenz ($n = 5$), den verschiedenen Symptomen ($n = 3$), demenzbedingten Schwierigkeiten ($n = 3$) sowie hinsichtlich der Definition von Demenz ($n = 2$) hervorgehoben, als auch Informationen zur Kommunikation bei Demenz ($n = 2$), zu Besonderheiten bei Demenz ($n = 1$) und zu der Bedeutung einer Demenzerkrankung ($n = 1$).

Wichtig waren darüber hinaus Informationen zu pflegenden Angehörigen, insbesondere bisherige Erfahrungen in der Angehörigentherapie ($n = 9$), die Beschreibung der Situation pflegender Angehöriger ($n = 8$) und Besonderheiten im psychotherapeutischen Prozess mit pflegenden Angehörigen ($n = 5$). Als hilfreich bewerteten die Therapeutinnen ebenfalls Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten der Angehörigen und pflegespezifischen Themen ($n = 10$). Der Schwerpunkt lag dabei auf Informationen zur Inanspruchnahme von Hilfen. Informationen zum Manual und zum therapeutischen Vorgehen wurden ebenfalls von vielen Therapeutinnen benannt ($n = 14$). Zusätzlich wurden das Vorgehen der Dozentinnen ($n = 7$) und die Methoden sowie Rahmenbedingungen der Schulung ($n = 10$) von den Therapeutinnen positiv hervorgehoben.

Hilfreiche Themen, die in zukünftigen Schulungen noch intensiver besprochen werden sollten, waren aus Therapeutinnensicht: das Thema Umgang mit Gewalt in der Pflege ($n = 3$), Informationen zu Hilfsangeboten ($n = 2$), Demenz und ihre Formen ($n = 2$), Umgang mit Trauer um Verstorbene ($n = 1$), rechtliche Aspekte der Pflege und Betreuung ($n = 1$), Rechte und Pflichten der Therapeutin ($n = 1$) sowie Gesprächstechniken zum Umgang mit hohem Gesprächsbedarf der Angehörigen ($n = 1$).

Weiterer Informationsbedarf bestand darüber hinaus zu den Themen: Informationen zur Weiterleitung an andere Dienste, Beratungsstellen und Anlaufstellen, wie die Alzheimer Gesellschaften ($n = 3$) und der Umgang mit Sexualität ($n = 1$).

Notwendige Kompetenzen aus Therapeutinnensicht

Aus Therapeutinnensicht ist die Balance zwischen Zuhören bzw. Akzeptieren und Veränderungsorientierung ($n = 6$) eine wesentliche Notwendigkeit bei der psychotherapeutischen Arbeit mit pflegenden Angehörigen, wie die Interviews zeigten. Darüber hinaus sind ein Verständnis für die Situation der Angehörigen ($n = 5$) und Geduld ($n = 4$) wichtige therapeutische Basiskompetenzen. Weitere hilfreiche psychotherapeutische Kenntnisse und Fähigkeiten sind aus Therapeutinnensicht:

- Gesprächstechniken, wie Validieren und Paraphrasieren ($n = 3$),
- Interventionstechniken zur Akzeptanz der Lebenssituation ($n = 3$),
- die Beachtung von Besonderheiten beim Beziehungsaufbau ($n = 3$),
- kognitive Techniken ($n = 1$),
- eine respektvolle Haltung gegenüber den Angehörigen ($n = 1$),
- das Wertschätzen der Leistung der Angehörigen ($n = 1$),
- ein langsames Vorgehen, z.B. bei der Problem- und Zielanalyse ($n = 1$),
- ein höherer Stellenwert der Biographie des Angehörigen in der therapeutischen Arbeit ($n = 1$),
- die stärkere therapeutische Fürsorglichkeit ($n = 1$) und
- der Einbezug psychoedukativer Elemente ($n = 1$).

Darüber hinaus sollte die Therapeutin mit dem Setting und den Besonderheiten im Telefonkontakt ($n = 1$) vertraut sein.

Vorschläge zur Schulungsgestaltung aus Therapeutinnensicht

Befragt nach ihren Vorschlägen zur Schulungsgestaltung äußerten die Therapeutinnen in den Interviews den Wunsch nach einer Nachschulung ($n = 3$), einer Einzelschulung ($n = 1$) bzw. einer Bedarfsschulung ($n = 1$) durch erfahrene Dozenten ($n = 2$). Eine längere, zeitlich nicht auf einen Tag begrenzte Schulung wurde häufig thematisiert ($n = 7$). Einige Therapeutinnen äußerten sich auch konkret zur zeitlichen Gestaltung der Schulung: Das Spektrum der Vorschläge reichte dabei von einer Schulungsdauer von einem Tag ($n = 2$), eineinhalb Tage ($n = 1$), zwei Tage ($n = 3$), zwei Tage mit einer Woche Pause dazwischen ($n = 1$), zwei bis drei Tage ($n = 2$) und bis zu drei Tagen ($n = 2$). Insgesamt favorisierte die Mehrzahl eine zeitliche Ausdehnung der Schulung.

Grundsätzlich sollte die Schulung zeitnah zum Therapiebeginn erfolgen ($n = 1$). Darüber hinaus wurde der Wunsch nach einer ortsnahen Schulung zweimal hervorgehoben. Als

inhaltliche Ideen wurden eingebracht, dass medizinische ($n = 1$) und sozialrechtliche Themen ($n = 1$) sowie Informationen zu Demenz ($n = 1$) mehr Raum einnehmen sollten.

Die Schulung sollte an einem Tag das Thema Demenz und an einem anderen Tag das Manual fokussieren ($n = 1$). Gewünscht wurden darüber hinaus ein Nachschlagwerk für nicht-psychotherapeutische Themen ($n = 1$), mehr Zeit zum praktischen Üben ($n = 2$) und Besprechen der Interventionstechniken ($n = 1$) sowie ein stärkerer Fokus auf Gesprächstechniken ($n = 1$).

7.7.4.2 Angemessenheit der Supervision

Ziele und Rahmen der Supervision

In den Supervisionssitzungen wurden konkrete Fallbeispiele anhand von Video- bzw. Tonaufzeichnungen besprochen mit dem Ziel der Qualitätssicherung, Kontrolle der manualgetreuen Durchführung sowie Kompetenzentwicklung der Therapeutinnen. Zu den Supervisionssitzungen wurden von den Therapeutinnen Supervisionsprotokolle angefertigt. Diese umfassten eine kurze Beschreibung der Angehörigen, der Supervisionsfragestellung, relevante Informationen des Therapieverlaufs und die Reflexion bezüglich der Umsetzung der Anregungen aus der vorherigen Supervisionssitzung sowie die Möglichkeit, ein Fazit der aktuellen Supervisionssitzung zu verfassen.

Es wurden überwiegend ganztägige Gruppen-Supervisionsveranstaltungen in Jena durchgeführt. Darüber hinaus erfolgten Gruppen-Supervisionen am Standort Berlin. Zusätzlich zu den Gruppen-Supervisionen wurden im Bedarfsfall Einzel-Supervisionen im Face-to-Face-Setting sowie im Telefonsetting durchgeführt. Die meisten Therapeutinnen nahmen an Supervisionen in Jena teil ($n = 10$; 71.4%), vier Therapeutinnen gaben an, sowohl in Jena als auch in Berlin an Supervisionen teilgenommen zu haben ($n = 4$; 28.6%). Neun (64.3%) Therapeutinnen gaben an, nur die Gruppen-Supervisionen genutzt zu haben. Drei (21.4%) nahmen an Gruppen-Supervision und Einzel-Supervision im Telefonsetting teil, eine weitere an Gruppen-Supervisionen und Einzel-Supervision Face-to-Face (7.1%). Eine Therapeutin gab an, an allen Settingformen teilgenommen zu haben (7.1%).

Befragt nach der bevorzugten Supervisionsform gaben sechs (42.9%) Therapeutinnen im Fragebogen an, alle Settings gleichermaßen zu bewerten. Vier (28.6) Therapeutinnen bevorzugten das Gruppensetting. Zwei Therapeutinnen bevorzugten das Gruppen- und Einzelsetting Face-to-Face (14.3%), während sich eine Therapeutin das Einzelsetting per Telefon und eine andere das Gruppensetting (und eine andere, nicht näher bezeichnete Form) wünschte (je 7.1%).

Tabelle 119

Wunschsetting zur Supervision (n = 14)

Wunsch	n	(%)
Alle Settings	6	(42.9%)
Gruppen-SV	4	(28.6%)
Gruppen-SV & Einzel-SV F2F	2	(14.3%)
Einzel-SV TEL	1	(7.1%)
Gruppen-SV & Anderes	1	(7.1%)

Im Interview wurde von den Therapeutinnen das Gruppensetting ($n = 12$) mit den folgenden Begründungen am häufigsten präferiert: Es biete Anregungen und Austausch ($n = 6$) und man könne von ähnlichen Problemlagen profitieren ($n = 5$).

Bewertung der Supervision aus Therapeutinnensicht

Die Supervision als Begleitung der Therapie wurde von knapp 92.9% der Therapeutinnen im Fragebogen als eher hilfreich bis sehr hilfreich bewertet ($M = 3.50$, $SD = 0.65$). Der zeitliche Umfang wurde von 57.1% der Therapeutinnen als eher bis sehr angemessen bewertet ($M = 2.79$, $SD = 1.12$) (siehe Tabelle 120 und 121).

Tabelle 120

Statistische Kennwerte zur Bewertung der Supervision im Rahmen von Tele.TAnDem.Transfer

	n	M	SD	Minimum	Maximum
Supervision als Begleitung der Therapien ^a	14	3.50	0.65	2	4
Zeitlicher Umfang der Supervision ^b	14	2.79	1.12	1	4

Anmerkungen: n = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, ^a5-stufige Likert-Skala von *gar nicht hilfreich* (0), *eher nicht hilfreich* (1), *teilweise hilfreich* (2), *eher hilfreich* (3) bis *sehr hilfreich* (4), ^b5-stufige Likert-Skala von *gar nicht angemessen* (0), *eher nicht angemessen* (1), *teilweise angemessen* (2), *eher angemessen* (3) bis *sehr angemessen* (4)

Tabelle 121

Häufigkeiten und Prozentangaben zur Bewertung der Supervision

		<i>n</i>	Prozente
Supervision zur Begleitung der Therapie	gar nicht hilfreich	-	-
	eher nicht hilfreich	-	-
	teilweise hilfreich	1	7.1%
	eher hilfreich	5	35.7%
	sehr hilfreich	8	57.1%
zeitlicher Umfang der Supervision	gar nicht angemessen	-	-
	eher nicht angemessen	2	14.3%
	teilweise angemessen	4	28.6%
	eher angemessen	3	21.4%
	sehr angemessen	5	35.7%

Obwohl keine Frage direkt dazu aufforderte, haben im Interview zwei Therapeutinnen eine Gesamtwertung der Supervision abgegeben. So sagte eine Therapeutin, dass sie an der Supervision „alles gut“ fände (ID 14, Abs. 162) und eine Therapeutin meinte, „dass es hilfreich war“ (ID 09, Abs. 138).

Hilfreiches Vorgehen bei der Supervision

Aus den Therapeutinnen-Interviews wurde extrahiert, welche Vorgehensweisen während der Supervision als hilfreich bewertet wurden. Am häufigsten wurde die Arbeit mit Gesprächssequenzen/Ton-/Videoaufnahmen ($n = 7$) als hilfreiches Vorgehen angesprochen. Die Therapeutinnen gaben an, dass die mediengestützte Arbeit an den Fällen konkret war, neue Ideen brachte, und eine direkte Rückmeldung zum Angehörigen, zur Beziehungsgestaltung sowie zum eigenen therapeutischen Verhalten ermöglichte. Des Weiteren führten die Therapeutinnen an, dass die Supervisionen einen Einblick in die Therapien anderer Therapeutinnen gab und eine objektivierbare Außenmeinung ermöglichte. Als hilfreiche Vorgehensweise bei der Supervision wurden darüber hinaus der Austausch mit anderen Kolleginnen, die Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme bei Fragen sowie Ideen und Alternativen von der Gruppe als hilfreich bewertet. Zudem ermöglichte die Supervision Raum für Reflexionen. Als hilfreich wurde von den Therapeutinnen auch erlebt, dass die Supervisorin freundlich und kompetent war und sie konkrete Rückmeldung sowie Hilfen und Anregungen in der Supervision vermittelte. Als förderlich wurde ebenfalls die Möglichkeit der zeitnahen Einzel-Supervision, der „Blick von außen“ auf die Fälle, das

Verständnis und die Empathie für schwierige Situationen mit Angehörigen, der Raum für emotionale Entlastung sowie die Beispiele der anderen Therapeutinnen und die Supervisionsprotokolle als Schema/Rahmen angesprochen.

Supervisionsthemen und Fragestellungen

Die Auswertung der Anliegen der Supervision wurden auf Grundlage der Supervisionsprotokolle ermittelt ($n = 52$ verfügbare Protokolle).

Aus den Supervisionsprotokollen wurden insgesamt 71 therapeutische Anliegen extrahiert, die folgenden Themenkomplexen zugeordnet wurden:

- Selbstfürsorge der Angehörigen ($n = 17$),
- Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen der Angehörigen ($n = 10$),
- praktischen Fragen zur Pflege ($n = 8$),
- Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige ($n = 7$),
- Umgang mit Emotionen der Angehörigen ($n = 6$),
- Aufbau der therapeutischen Beziehung ($n = 6$),
- Belastung/Stresserleben der Angehörigen ($n = 6$),
- therapeutisches Vorgehen und therapeutische Ziele ($n = 5$),
- Gewalt in der Pflege ($n = 4$) und
- zwischenmenschliche Konflikte ($n = 2$).

Neben der Analyse der Supervisionsanliegen wurden die Therapeutinnen im Interview befragt, welche Supervisionsthemen für die Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit Demenz hilfreich waren. Die Therapeutinnen äußerten dazu verschiedene Aspekte, die in Tabelle 122 zu Themenkomplexen zusammengefasst dargestellt sind.

Tabelle 122

Hilfreiche Themen der Supervision aus Therapeutinnensicht

Beziehungs- gestaltung	Beziehungsgestaltung zum Angehörigen ($n = 3$) Beziehungsaufbau ($n = 1$) Förderung der Therapiemotivation ($n = 1$)
Basistechniken	Besonderheiten im Umgang mit pflegenden Angehörigen ($n = 1$) Balance zwischen Zuhören bzw. Akzeptieren und Veränderungsorientierung ($n = 3$) Normalisieren ($n = 1$) Gesprächsstrategien ($n = 1$) Umgang mit „Ja-Aber-Tendenzen“ ($n = 1$) Umgang mit großem Redebedarf ($n = 1$) Umgang mit wenig Veränderungsmöglichkeiten ($n = 1$) Umgang mit schwierigen Fällen ($n = 3$) Umgang mit fordernden Angehörigen ($n = 1$)
Angehörigen- spezifische Themen	Umgang mit Verlust ($n = 3$) Umgang mit demenz-unabhängigen Probleme des Angehörigen ($n = 3$) Unterstützungsmöglichkeiten ($n = 2$) Umgang mit der Überforderungssituation ($n = 1$) Umgang mit einer Heimeinweisung ($n = 1$) Konzept der filialen Reife ($n = 1$)
Therapeutische Techniken	Wertschätzen/Bestätigen/Validieren ($n = 2$) Metaphern und Bilder ($n = 1$) Bekräftigung im bisherigen Weg ($n = 1$) Problemlösen ($n = 1$) Ideen für andere Interventionen ($n = 1$)
Demenzspezifische Themen	Unsicherheit im Umgang mit der Diagnose vor Freunden ($n = 1$) Halluzinationen und Wahnvorstellungen ($n = 1$) Umgang mit Inkontinenz ($n = 1$) Lebensüberdruß ($n = 1$) rechtliche Fragen ($n = 1$) Gewalt in der Pflege ($n = 1$)
Manualumsetzung/ Vorgehen in der Therapie	Festlegung von Therapiethemen ($n = 3$) Prozessgestaltung der Therapie ($n = 1$) Umsetzung von Manualinhalten ($n = 1$), Frage, was weggelassen werden kann ($n = 1$) Motto „weniger ist mehr“ ($n = 2$) Erlaubnis, sich in best. Situationen vom Manual zu lösen ($n = 2$)

Anmerkung: n = Anzahl der relevanten Aussagen in den Interviews.

Schwierigkeiten bei der Supervision

Die meisten Nennungen bzgl. Supervisionsschwierigkeiten bezogen sich auf die Rahmenbedingungen. Am häufigsten wurde der lange Anfahrtsweg ($n = 6$) von den Therapeutinnen genannt, gefolgt von der Schwierigkeit Termine zu finden bzw. diese einzuhalten ($n = 4$). Darüber hinaus wurde erwähnt, dass die Ton-/Videoausschnitte die besprochen werden konnten, zu kurz waren ($n = 2$). Weitere Schwierigkeiten wurden in folgenden Aspekte gesehen: die Möglichkeit, weitere eigene Themen einbringen zu können ($n = 1$), das Fehlen der Gruppe bei Telefonsupervisionen ($n = 1$), keine Vergütung der Supervision wegen Honorartätigkeit ($n = 1$), ein Rollenkonflikt zwischen dem Forschungsinteresse von Tele.TAnDem und dem natürlichen Therapieprozess ($n = 1$), wenig Zeit ($n = 1$), viel Gesprächsbedarf ($n = 1$), zu viele Ideen für die verbleibende Therapiezeit ($n = 1$), Rechtfertigungsdruck bei Fallbesprechungen ($n = 1$) und die ungewohnte Arbeit mit Ton-/Videoausschnitten ($n = 1$). Eine Therapeutin erwähnte den Umgang mit vielen bzw. gegensätzlichen Vorschlägen in der Supervision ($n = 1$). Eine weitere Therapeutin sagte explizit, sie habe keine inhaltlichen Schwierigkeiten gehabt ($n = 1$).

Erwartungen an die Supervision

Am häufigsten wurde von den Therapeutinnen im Interview der Wunsch nach regelmäßigeren Supervisionsterminen geäußert ($n = 7$). Konkret wurde der Wunsch nach einer einmal pro Monat stattfindenden Supervision angebracht ($n = 2$) bzw. nach einer Supervision per Skype ($n = 2$). Darüber hinaus wurden folgende Wünsche geäußert: längere Supervision ($n = 1$), aktives Nachfragen/Gesprächsangebote der Supervisorin ($n = 1$), Bedarfssupervision ($n = 1$), Informationen zur Rechtslage ($n = 1$), Unterstützung bei Recherchen zur Rechtslage ($n = 1$), eine Zusammenfassung der gesamten Prozessgestaltung der Therapie am Ende der Supervisionssitzung ($n = 1$), eine ressourcenstärkende Orientierung in der Supervision ($n = 1$) sowie kürzere Termine ($n = 1$). Zwei Therapeutinnen hatten keine Wünsche ($n = 2$) in Bezug auf die Supervision.

7.7.5 Umsetzbarkeit des Manuals

Die Güte des angewendeten Kategoriensystems (Gegenkodierung von 10% des Textmaterials) zur Analyse der Interviews wurde mit einem Krippendorff's Alpha von .84 (α nach Hayes und Krippendorff, 2007) als zufriedenstellend beurteilt.

7.7.5.1 Manualnutzung

Alle Therapeutinnen nutzten während der Therapie das Manual, die Arbeitsmaterialien und die Möglichkeit Hausaufgaben aufzugeben. Zusätzlich gaben 12 (85.7%) Therapeutinnen an, Materialien anderer Anbieter, wie z.B. Broschüren der Deutschen Alzheimer Gesellschaft oder Entspannungs-CDs, zu nutzen.

Das Manual und die Arbeitsmaterialien wurden von allen Therapeutinnen als hilfreich eingestuft. Die zum Manual gehörende Arbeitsmappe für die Angehörigen schätzten 12 (85.7%) Therapeutinnen als hilfreich ein (Tabelle 123).

Das Manual wurde von 11 (78.6%) Therapeutinnen als sehr bzw. eher hilfreich für die Therapiedurchführung bewertet. Die Arbeitsmaterialien beschrieben neun (64.3%) Therapeutinnen als sehr bzw. eher hilfreich. Die verfügbaren Arbeitsmaterialien wurden sowohl im Gespräch mit den Angehörigen als auch in Form von Hausaufgaben eingesetzt.

Tabelle 123

Häufigkeiten und Prozentangaben zur Frage „Wie hilfreich waren folgende Aspekte des Manuals für die Therapiedurchführung?“ N = 14

		<i>n</i>	Prozent
Manual	sehr hilfreich	6	42.9 %
	eher hilfreich	5	35.7 %
	teilweise hilfreich	3	21.4 %
	eher nicht hilfreich	-	-
	gar nicht hilfreich	-	-
Arbeitsmaterialien	sehr hilfreich	1	7.1 %
	eher hilfreich	8	57.1 %
	teilweise hilfreich	5	35.7 %
	eher nicht hilfreich	-	-
	gar nicht hilfreich	-	-
Arbeitsmappe	sehr hilfreich	3	21.4 %
	eher hilfreich	6	42.9 %
	teilweise hilfreich	3	21.4 %
	eher nicht hilfreich	2	14.3 %
	gar nicht hilfreich	-	-

Anmerkungen: *N* = Anzahl der Therapeutinnen; *n* = Anzahl der Nennungen

Im qualitativen Interview schilderten alle Therapeutinnen, dass sie die einzelnen Bestandteile des Manuals flexibel und den Bedürfnissen der Angehörigen entsprechend einsetzten, im

Sinne eines Baukastensystems (*„Also ich finde insgesamt am Manual gut, dass es im Prinzip etwas ist, was aus Bausteinen besteht, und was ich je nach Situation im Prinzip anwenden kann und nicht, was eins ist, was so durchgeplant ist, im Sinne von: `Jetzt Stunde 1-12... muss ich das sozusagen der Reihenfolge nach durch machen.` Das bildet aus meiner Sicht die Situation nicht ab, wie sie pflegende Angehörige mitbringen. Also, dass ich es flexibel einsetzen kann, je nach Bedarf.“ ID 4, Abs. 122; „... Das fand ich auch gut, dass es so baukastenmäßig war. Man konnte sich es sozusagen rauspicken, was gerade auf den Angehörigen gepasst hat.“ ID 5, Abs. 180*). Das Manual fungierte als Ideengeber, bot Orientierung ($n = 4$) und unterstützte die Vorbereitung auf angehörigenspezifische Themen und Inhalte der Intervention ($n = 2$).

Zur Frage nach der Verständlichkeit des Manuals äußerten sich 13 Therapeutinnen in den Interviews. Davon beschrieben insgesamt 11 (78.6%) Therapeutinnen die Manualinhalte als gut bis sehr verständlich (*„Also ich fand es gut. Ich fand es gut verständlich. Ich fand es schön anschaulich.“ ID 1, Abs. 73*). Zwei Therapeutinnen merkten an, dass die Beschreibungen zwar verständlich, aber nicht ausreichend waren.

Die anschauliche Darstellung des Manuals wurde mehrfach betont: Fünf Therapeutinnen hoben die Beispieldialoge im Manual hervor (*„Also gerade die Bausteine, wo es wirklich um Beispieldialoge ging, das fand ich total hilfreich. Also um auch erst mal eine Idee zu haben, wie kann ich das jetzt machen als Therapeut. [...] Die fand ich auch sehr anschaulich und sehr griffig. Also nicht irgendwie übertheoretisiert oder schwer verständlich. Das fand ich sehr gut handhabbar.“ ID 1, Abs. 73-77*). Die Beschreibungen des Manuals seien praxis- und angehörigennah gewesen, betonten zwei Therapeutinnen. Weiterhin wurden hilfreiche Durchführungshinweise ($n = 1$) und die ansprechende Gestaltung des Manuals erwähnt ($n = 1$).

Fünf Therapeutinnen lobten den Zuschnitt des Manuals auf die Zielgruppe: Das Manual bezog sich mit seinen Themen speziell auf den Umgang mit pflegenden Angehörigen ($n = 4$; *„Aber ich glaube am besten war auch wirklich noch mal der spezifische Bezug auf die Situation der Angehörigen im Manual.“ ID 11, Abs. 180*) und gab hilfreiche Hinweise zur therapeutischen Beziehung mit diesem Klientel ($n = 1$).

Ebenfalls positiv erwähnt wurde, dass das Manual eine übersichtliche Zusammenfassung der wichtigsten Punkte ($n = 3$; *„Das Wesentliche war ziemlich auf den Punkt gebracht dargestellt. Das war hilfreich. Sonst hätte ich mich wahrscheinlich beim Gespräch auch verheddert.“ ID 3, Abs. 73*) sowie viel Struktur für die Arbeit mit Angehörigen bot ($n = 11$).

Auch die generelle Integration von Arbeitsmaterialien in das Manual ($n = 2$) und die Betonung einer einfühlsamen und wertschätzenden Haltung der Therapeutin ($n = 1$) wurden von den Therapeutinnen als gut am Manual beschrieben.

7.7.5.2 Hilfreiche Inhalte des Manuals

Als besonders hilfreich für die Arbeit mit Angehörigen bewerteten die Therapeutinnen die Module zur Psychoedukation (von 71.4% als eher bis sehr hilfreich bewertet), zur Förderung der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung (von 71.5% als eher bis sehr hilfreich bewertet) und zum Umgang mit Veränderung, Trauer und Verlusterleben (von 71.4% als eher bis sehr hilfreich empfunden). Die Analyse der Häufigkeitsverteilungen zeigt darüber hinaus, dass die Module Selbstfürsorge/angenehme Aktivitäten von 78.6% der Therapeutinnen und Problemanalyse und Problemlösefähigkeiten von 71.4% als eher bis sehr hilfreich bewertet wurden (siehe Tabelle 124).

Tabelle 124

Hilfreiche Beschreibungen des Manuals für die Therapie $N = 14$

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
Erstgespräch ^a	14	2.86	1.17	1	4
Problemanalyse und Problemlösefähigkeiten ^a	14	2.71	0.914	1	4
Angenehme Aktivitäten ^a	14	2.64	0.93	1	4
Dysfunktionale Kognitionen ^a	14	2.50	0.941	1	4
Veränderung, Trauer, Verlust ^a	14	2.93	1.07	1	4
Inanspruchnahme von Unterstützung ^a	14	2.93	0.92	1	4
Psychoedukation ^a	12	3.25	0.75	2	4
Soziale Fertigkeiten ^a	12	1.92	0.90	0	3
Abschlussgespräch ^a	12	2.42	1.08	0	4

Anmerkungen: *n* = Anzahl der Therapeutinnen; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

^a 5-stufige Likert-Skala mit den Ausprägungen *gar nicht hilfreich* (0), *eher nicht hilfreich* (1), *teilweise hilfreich* (2), *eher hilfreich* (3) und *sehr hilfreich* (4)

Die Fragebogenergebnisse entsprechen den Interviewantworten. Vor allem bezüglich der Psychoedukation und des Umgangs mit Veränderung, Trauer und Verlusterleben betonten jeweils neun von 14 Befragten, wie hilfreich und relevant die Module für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen seien.

7.7.5.3 Therapeutische Besonderheiten

Im Hinblick auf das therapeutische Vorgehen bei pflegenden Angehörigen im Vergleich zu ambulanten Psychotherapiepatienten/innen sahen 42.9% der Therapeutinnen „*eher starke Unterschiede*“ ($M = 2.29$; $SD = 0.73$). 92.9% der Therapeutinnen sahen eine eher mittlere bis hohe Therapiemotivation bei pflegenden Angehörigen im Vergleich zu ambulanten Patienten/innen ($M = 2.29$ ($SD = 0.61$)). Für 7.1% der Therapeutinnen unterschied sich die Therapiemotivation im Vergleich zu ambulanten Patienten/innen nur gering. Als Besonderheit wurde in Interviews in dem Zusammenhang jedoch angesprochen, dass die Teilnahmemotivation der Angehörigen sich z.T. nur wenig auf das eigene Verhalten oder die Situation der Angehörigen bezog, sondern stärker auf den zu Pflegenden oder sonstige Umstände.

Als spezifische Therapiethemen bei pflegenden Angehörigen wurden von den Therapeutinnen am häufigsten Trauer, Verlust und Lebensbilanz hervorgehoben, gefolgt von Selbstfürsorge, Verantwortung abgeben und um Hilfe bitten, Beachtung der hohen Belastung und Beachtung körperlicher Beschwerden.

Als Spezifika im therapeutischen Vorgehen wurde von den Therapeutinnen vor allem festgestellt, dass die Therapie langsamer, erklärender und angepasst an die individuellen Ressourcen der Angehörigen durchgeführt werden musste. Als spezifische therapeutische Elemente wurde die Förderung der Akzeptanz der Situation am häufigsten genannt.

Im Hinblick auf die therapeutische Beziehung wurden von den Therapeutinnen die Anerkennung der Lebenserfahrung der meist älteren Angehörigen und die Beachtung der Altersdifferenz zur Therapeutin herausgestellt.

7.7.5.4 Bewertung des Settings

Telefonsetting

Den wesentlichen Vorteil des telefonischen Settings sahen die Therapeutinnen im geringeren Aufwand (kein Anfahrtsweg, geringerer Zeitaufwand, keine zu organisierende Pflegeaufsicht, $n = 10$; „*Ich finde die telefonische Beratung hat ganz klare Vorteile für die Angehörigen. Im Sinne von Erreichbarkeit, organisatorischem Aufwand, vielleicht auch finanziellem Aufwand. Die Angehörigen müssten keine extra Betreuung organisieren, könnten zu Hause bleiben, müssten nicht erst rausgehen, sich vorher anziehen oder was auch immer oder irgendwo hinfahren. Also der Aufwand sei doch deutlich geringer.*“ ID 7, Abs. 264). Darüber hinaus betonten die Therapeutinnen die bessere Erreichbarkeit der Angehörigen ($n = 6$; „*Also ganz klar natürlich die Erreichbarkeit in Regionen, wo weniger Therapeuten zur Verfügung stehen.*“

In kleinen Dörfern insbesondere eben bei pflegenden Angehörigen, die besser zu erreichen, die auch teilweise kaum das Haus verlassen konnten, weil sie 24 Stunden für die Angehörigen da sein mussten.“, ID 8, Abs. 676). Auch die „Anonymität“ durch das Telefon sprachen sie an: Die Hälfte der Therapeutinnen sagte, dass es den Angehörigen dadurch leichter falle, sich zu öffnen und über unangenehme Themen zu sprechen ($n = 7$; „Dann den zweiten Vorteil, den haben mir zumindest auch Angehörige rückgemeldet, war, dass sie das Gefühl hatten, dadurch, dass sie mich gar nicht gesehen haben, konnten sie viel schneller zu Themen kommen, die ihnen eigentlich sonst unangenehm gewesen wären oder zu intim gewesen wären. Und sie haben sich eigentlich über sich selber gewundert, wie schnell sie sich öffnen konnten.“ ID 9, Abs. 88). Auch sei dadurch die Hemmschwelle, an einer Therapie teilzunehmen, geringer ($n = 4$; „Aber ich glaube für manche war, und das haben auch manche Angehörige berichtet, war es fast leichter telefonisch die Beratung in Anspruch zu nehmen, weil ja viele gerade älter waren und gesagt haben: Ich hätte niemals irgendwie eine Art von Beratung oder Therapie so gemacht, weil ich das nicht kenne und auch in meinem Bekanntenkreis so nicht kenne.“ ID 11, Abs. 338). Des Weiteren sei die telefonische Beratung kostengünstiger für Angehörige sowie Durchführende ($n = 1$) mit telefonischen Terminausfällen ginge weniger Verlust für die Therapeutin einher ($n = 1$), Angehörige würden sich sehr zuverlässig an Terminabsprachen halten ($n = 1$) und ein weniger schlechtes Gewissen gegenüber ihren zu Pflegenden berichten, da sie während der Beratung noch in deren Nähe sein könnten.

Der von den Therapeutinnen am häufigsten genannte Nachteil ist das Fehlen von non-verbale Informationen am Telefon, ($n = 11$; „Was mir als Therapeutin fehlt, sind die ganzen Informationen sozusagen auf der Beziehungsebene. Ich habe, wenn ich telefoniere nur die Stimme, den Tonfall und das gesprochene Wort. Und die ganze Mimik, Gestik, das Äußere, was auch sehr viele Botschaften beinhaltet, diese Informationen fehlen mir.“ ID 7, Abs. 276). Des Weiteren kämen Störungen und Ablenkungen auf Seiten der Angehörigen eher vor als im persönlichen Gespräch ($n = 5$; „Das ist aber gleichzeitig auch ein Problem, dass die Angehörigen da eventuell, leichter ablenkbar sind. Wenn sie zuhause sind. Oder vielleicht der erkrankte Angehörige im Raum nebenan ist. Das hatte ich öfter mal, dass, wenn dann da irgendwie ein Geräusch war, dass dann doch der ein oder andere Angehörige einfach aufstehen musste, um zu schauen „Was ist da jetzt los?“ ID 15, Abs. 101). Fünf Therapeutinnen empfanden die Bearbeitung der Arbeitsmaterialien telefonisch schwieriger als im persönlichen Gespräch („In den Telefon-Therapien fand ich das manchmal eher schwierig mit den Arbeitsmaterialien zu arbeiten. Es ist schon etwas Anderes, wenn man es gemeinsam

vor sich hat auf dem Blatt Papier, anstatt dass die Angehörigen es aufgeschrieben haben und ich mir alles vorlesen lasse. Das fand ich teilweise ein bisschen schwierig.“ ID 13, Abs. 53), zwei Therapeutinnen gaben an, Arbeitsblätter aus diesem Grund teilweise nicht genutzt zu haben. Auch sei die Nutzung bestimmter methodischer Möglichkeiten über das Telefon schwierig ($n = 2$) und der Angehörige könne unter Umständen nicht frei über seine Probleme sprechen, wenn er zu Hause ist ($n = 1$). Außerdem wurden ein unverbindlicherer Kontakt als im Face-to-Face Setting ($n=1$) sowie mögliche technische Probleme als Nachteile des Telefonsettings angesprochen ($n = 1$).

Drei Therapeutinnen berichteten, dass sie nach anfänglicher Skepsis das Telefonsetting insgesamt sehr positiv bewerten (*„Und ich muss sagen am Anfang war ich so ein bisschen skeptisch gegenüber der telefonischen Therapie und danach, also jetzt im Nachhinein, mochte ich das total gerne.“ ID 5, Abs. 340).*

Face-to-Face Setting

Der von den Therapeutinnen am häufigsten genannte Vorteil des Face-to-Face Settings war, non-verbale Informationen besser nutzen zu können ($n = 5$; *„Und ein Vorteil ist eben tatsächlich der, dass man über Blickkontakt und Körpersprache, auch therapeutisch einiges bewirken kann, was am Telefon nicht so gut geht.“ ID 2, Abs. 74).* Die Vielfalt an möglichen Methoden im persönlichen Gespräch, wie z.B. Rollenspiele und Visualisierungen durch die Therapeutin, wurden ebenfalls angesprochen ($n = 3$; *„Also Vorteile wären dann eben, dass ich reagieren kann und eben den Gesprächspartner direkt gegenüber habe. Dass ich auch zum Teil andere Möglichkeiten hatte wie mal ein Rollenspiel zu machen so einen Stühle-Dialog, wo eine Angehörige sich dann noch mal in die Sicht ihres demenzkranken Vaters hineinversetzt hat. Und das konnte ich so viel besser begleiten. Das hab ich am Telefon nicht gemacht.“ ID 5, Abs. 352).* Positiv herausgestellt wurde ebenfalls, dass die Angehörigen durch den Ortswechsel und den Fokus auf sich eine kurze Auszeit von der Betreuungssituation erhalten ($n = 3$; *„Und so ein bisschen auch dieses, „Ich darf mir auch die Zeit nehmen, mal mich für eine Stunde sozusagen, nur die Zeit für mich zu nehmen. Ich muss nicht zuhause bleiben.“. Also auch ich finde das ist nochmal eine andere Wertschätzung für dieses Gespräch.“ ID 15, Abs. 105).* Zwei Therapeutinnen sprachen eine stärkere Verbindlichkeit der Termine und weniger Störungen im Ablauf an.

Allerdings wurde auch betont, dass viele Angehörige durch den erheblich größeren Aufwand keine Face-to-Face Therapie in Anspruch nehmen konnten ($n = 8$; *„Der Angehörige muss erst mal herkommen, also das heißt, der muss die zeitlichen Ressourcen haben und die sonstigen*

Möglichkeiten. Und wenn ich unter Umständen jetzt nicht da, wo die Beratung stattfindet, wohne, nehme ich unter Umständen die Beratung nicht in Anspruch, weil ich denke: Okay, also für einen halben Tag mir extra jemanden zu organisieren, der meinen zu Pflegenden betreut, mache ich nicht.“ ID 4, Abs. 186), und die Erreichbarkeit der Angehörigen schlechter ist (n = 3; „Also, ein Nachteil ist ganz klar der, es ist für die Angehörigen schwer zu organisieren und schwer zu erreichen. Gerade jetzt für diejenigen, die ein wenig abgelegen wohnen.“ ID 2, Abs. 74). Zwei Therapeutinnen gaben an, dass Angehörige Termine im persönlichen Setting eher nicht oder zu spät wahrgenommen hätten. Für Angehörige sei die Hemmschwelle, eine Therapie im persönlichen Kontakt in Anspruch zu nehmen, höher als im Telefonsetting, meinte eine Therapeutin. Auch die Notwendigkeit eines passenden Raumes wurde als Nachteil genannt. Eine Therapeutin sagte, dass sie keine Nachteile des Face-to-Face Settings sehe, da Personen, die sich für diese Bedingung anmelden, diese auch organisieren könnten. Für Angehörige sei es positiv, zwischen unterschiedlichen Therapiesettings wählen zu können, berichteten zwei Therapeutinnen.

7.7.5.5 Therapeutische Beziehung

Bezüglich des Beziehungsaufbaus gaben sechs Therapeutinnen an, keinen Unterschied zwischen den beiden Bedingungen Telefon und Face-to-Face wahrgenommen zu haben, Schwierigkeiten lägen eher an einzelnen Angehörigen (*„Ich glaube, dass der Kontakt am Telefon sich nicht von Face-to-Face unterschieden hat. Abhängig von den jeweiligen Angehörigen ist der Beziehungsaufbau natürlich verschieden verlaufen. Jede Person ist anders, und dann klappt das mal so und mal so. Aber bei beiden konnte man einfühlsam sein, die Menschen haben sich geöffnet, auch mal Kritik geübt. [...] Es hat sich nicht unterschieden, im Endeffekt, finde ich.“ ID 3, Abs. 118*). Der Beziehungsaufbau sei in beiden Bedingungen gut bis sehr gut verlaufen (n = 6; *„Ich fand gut, dass man einen guten Kontakt hatte, eine gute Beziehung. Sowohl im telefonischen, als auch im Face-to-Face Kontakt.“ ID 9, Abs. 97*). Vier Therapeutinnen beschrieben, dass sich ihre Vorannahmen eines telefonisch schlechteren Beziehungsaufbaus nicht bestätigten (*„Meine Befürchtung war, dass das sich irgendwie negativ auf die Beziehung auswirkt, wenn die [Angehörigen] mich nicht sehen, aber – ich konnte das nicht so bestätigen.“ ID 14, Abs. 127*). Allerdings wurde auch von zwei Therapeutinnen angesprochen, dass der Beziehungsaufbau durch non-verbale Informationen wie Mimik und Gestik im Face-to-Face Setting erleichtert oder sogar besser sei, und eine Therapeutin sagte, dass sie den Beziehungsaufbau in der Face-to-Face Bedingung intensiver erlebte.

7.7.5.6 Organisatorische Aspekte

In den Interviews wurde angemerkt, dass die Termingestaltung in beiden Bedingungen gut organisierbar und flexibel gewesen sei ($n = 1$), es keinen Unterschied hinsichtlich Intensität und Effekt zwischen den Settings gäbe ($n = 1$), Arbeitsmaterialien aber je nach Bedingung unterschiedlich eingesetzt wurden ($n = 1$). Eine Therapeutin bemerkte, dass sie im Telefonsetting eher Ehepartner, im Face-to-Face Setting eher Kinder der zu pflegenden Personen begleitete. Hinsichtlich der Verlässlichkeit bei Terminabsprachen mit Angehörigen und bezüglich der Handhabung der Technik zur Therapiedurchführung zeigten sich für das Face-to-Face-Setting Vorteile.

In den Interviews äußerten einige Therapeutinnen zusätzliche, allgemeine Anmerkungen zu den Rahmenbedingungen. Vier Therapeutinnen sprachen von insgesamt guten bis sehr guten Rahmenbedingungen („*Insgesamt hab ich die Rahmenbedingungen ja als gut empfunden, sowohl am Telefon als auch Face-to-Face.*“, ID 8, Abs. 624), auch eine gute Vereinbarkeit der Therapien mit der psychologischen Tätigkeit der Therapeutin wurde angesprochen ($n = 1$). Organisatorisch habe die Absprache unter den Therapeutinnen gut funktioniert ($n = 2$). Die Möglichkeit der Gesprächsaufzeichnung wurde positiv hervorgehoben ($n = 1$).

7.7.5.7 Bevorzugtes Setting

Die Hälfte der Therapeutinnen gab im Fragebogen an, keine Settingvariante zu bevorzugen. Vier Therapeutinnen (28.6%) favorisierten den telefonischen Kontakt zu den Angehörigen, lediglich eine Therapeutin (7.1%) gab an, den Face-to-Face Kontakt für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen zu favorisieren. Zwei Therapeutinnen machten keine Angabe dazu, weil sie nicht über ausreichende Face-to-Face Kontakte verfügten (siehe Tabelle 125).

Tabelle 125

Bevorzugte Kontaktart N = 12

	<i>n</i>	%
Face-to-Face	1	8.3
telefonisch	4	33.3
beides	7	58.3

Anmerkungen: N = Anzahl der Therapeutinnen

Befragt nach den Gründen für das bevorzugte Setting, gab die Face-to-Face-bevorzugende Therapeutin im Fragebogen an, besser beobachtbare non-verbale Reaktionen und eine

leichtere Anwendbarkeit der Arbeitsmaterialien, während für die telefonische Beratung Gründe wie eine bessere Erreichbarkeit, kein Zuspätkommen der Angehörigen, ein geringerer Aufwand und eine größere Offenheit der Angehörigen aufgezählt wurden. Vor- und Nachteile auf beiden Seiten, die individuelle Entscheidung der Angehörigen, gute Erfahrungen und vorhandener Nutzen in beiden Bedingungen gehörten zu den genannten Gründen, keine Bedingung zu bevorzugen (siehe Tabelle 126).

Tabelle 126

Gründe für die bevorzugte Settingbedingung n = 13

	Angegebener Grund
Face-to-Face (n = 1)	„Non-verbale Reaktionen der Klienten besser beobachtbar; Arbeitsmaterialien besser anwendbar.“
Telefonisch (n = 4)	„Bessere Erreichbarkeit, telefonisch eher möglich; allerdings schlechtere Anwendbarkeit der Arbeitsmaterialien.“ „Kein Zuspätkommen der Angehörigen; häufiger einfacher zu realisieren (wegen Betreuung).“ „Für die Angehörigen meist besser umzusetzen im Pflegealltag, keine langen Anfahrtswege (v.a. da die AGM [Alzheimer Gesellschaft München] sehr dezentral liegt).“ „Gute Erfahrung gemacht, leichter für Angehörige. Eventuell niedrigste Schamgrenze? Befürchtungen bezüglich Problemen mit der Beziehung haben sich nicht bewahrheitet (ich fand die Beziehung zu den Angehörigen gut).“
Keine Präferenz, Beides (n = 6)	„Individuelle Entscheidung.“ „Face-to-Face: Verbindlicher, Angehörige waren sehr zuverlässig, weniger Störungen. Telefonisch: Bekannte Vorteile für Angehörige (flexibel, Angehörigen nicht allein lassen, Angehörige unabhängig von der Entfernung erreichbar...).“ „Beides war für Angehörige von Nutzen.“ „Bei beiden Kontaktarten gute Erfahrungen gemacht.“ „Beide Kontaktarten sollten möglich sein.“ „Noch eher telefonisch, da es für die Angehörigen leichter zu integrieren ist in den Alltag.“
Gründe für keine Präferenz ^c (n = 2)	„Prinzipiell erachte ich Face-to-Face besser, da dies aber nicht immer realisierbar ist, ist telefonisch immer noch besser als gar nichts.“

Anmerkungen: ^c = Keine Angabe zur Frage nach der bevorzugten Kontaktart

7.7.5.8 Rahmen der Therapie aus Therapeutinnensicht

Der praktische Nutzen des Programms für pflegende Angehörige wurde von 92.3% der Therapeutinnen als eher hoch bis sehr hoch eingestuft ($M = 3.08$; $SD = 0.49$).

71.4% der Therapeutinnen werteten die Sitzungsanzahl im Fragebogen als eher bis sehr angemessen hinsichtlich der Sitzungsdauer sogar 92.9%. Die Dauer der Therapie über sechs Monate empfanden 78.6% als eher bis sehr angemessen. In den Interviews beschrieben drei Therapeutinnen die zeitliche Gestaltung als positiv und angemessen und eine weitere Therapeutin merkte an, dass die klare zeitliche Strukturierung der Intervention Entlastung für sie biete.

In Bezug auf die Interventionsdauer äußerten sich acht Therapeutinnen positiv: Vier meinten, dass 12 Sitzungen im Rahmen der Situation pflegender Angehöriger ausreichend seien, weitere zwei Therapeutinnen gaben jeweils an, dass die Länge generell gut gewesen sei und der Zeitraum von sechs Monaten genug Raum für Veränderungen bei den Angehörigen biete. Vier Therapeutinnen äußerten den Wunsch, die Sitzungsanzahl flexibel an den Bedarf der Angehörigen anpassen zu können. Zwei Therapeutinnen berichteten, dass 12 Stunden zu wenig gewesen seien und sie mehr Zeit für die anfängliche Anamnese und Exploration der Biographie der Angehörigen benötigten. Die Sitzungslänge von 50 Minuten wurde in den Interviews von zwei Therapeutinnen als angemessene Zeitspanne hervorgehoben. Zwei weitere meinten, die Dauer sei gut und hätte in einigen Fällen noch verlängert werden können. Zwei Therapeutinnen meinten, dass 30 Minuten eine Alternative darstellen könnte.

Im Fragebogen berichteten alle Befragten, dass die ausschleichende Frequenz der Sitzungen eher bis sehr angemessen sei, davon werteten 78.6% diese als sehr angemessen.

Die ausschleichende Frequenz der Intervention wurde auch in den Interviews von insgesamt 13 Therapeutinnen als gut bewertet. Unter anderem, da sie zum Ende der Therapie das Loslösen der Angehörigen von der Therapeutin unterstütze ($n = 7$) sowie dadurch, dass sie mit dem intensiven Beginn Beziehungsaufbau und Entlastung der Angehörigen fördere und ihnen gleichsam zum Ende hin genug Zeit gäbe, Neues auszuprobieren und in der Therapie zu besprechen ($n = 4$, „Also ich glaube am Anfang ist die höhere Frequenz denke ich wichtig, um quasi überhaupt zum Beispiel die Beziehung aufbauen zu können, um vielleicht auch zu entlasten und um in den Prozess reinzukommen, aber ich denke, es braucht auch Zeit, dass ich bestimmte Dinge, die kognitiv angegangen werden, bis die sich im Verhalten umsetzen können. Und ich glaube, da muss der Angehörige auch ein bisschen Zeit haben, das auszuprobieren. Und ich sage jetzt mal, im Pflegedienst jemanden ranholen oder jetzt mal sich organisieren, dass man mal ins Theater geht oder so was, das ist auch was, oder Leute

fragen, ob sie sie mal unterstützen, um überhaupt den Abend zu ermöglichen zum Beispiel, da kann ich ja auch nicht immer davon ausgehen, dass das innerhalb von einer Woche umsetzbar ist. Also von daher, die ausschleichende Frequenz finde ich gut.“ ID 4, Abs. 190).

7.7.6 Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften

Die Bestimmung der Inter-Coder-Reliabilität für das verwendete Kategoriensystem zur Analyse der Interviews erfolgte über die Berechnung des Krippendorff's Alpha nach Hayes und Krippendorff (2007). Die Krippendorff-Koeffizienten lagen über den empfohlenen Schwellenwerten von $\geq .80$ und wurden somit als gut beurteilt werden. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften wurde ein Krippendorff's Alpha von .89, für die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen ein Krippendorff's Alpha von .87 und für die Experteninterviews ein Krippendorff α von .89 ermittelt.

7.7.6.1 Therapeutinnensicht

Die Mehrheit der Therapeutinnen (57.1%) gestaltete den Kontakt zu den Alzheimer Gesellschaften individuell nach Bedarf. Der Kontakt erfolgte überwiegend persönlich (42.9%) Die Anzahl der Kontakte wurde von allen Therapeutinnen als eher bis sehr angemessen bewertet (siehe Tabelle 127). 70.0% Therapeutinnen bewerten den fachlichen Austausch insgesamt als sehr hilfreich. Im Hinblick auf demenzspezifische Themen bewerteten die Therapeutinnen den Austausch als eher bis sehr hilfreich. Für 60% der Therapeutinnen stellte die Zusammenarbeit einen eher großen bis sehr großen Gewinn dar (siehe Tabelle 128). In den qualitativen Interviews betonten die Therapeutinnen vor allem die Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen der Alzheimer Gesellschaften bei konkreten fachlichen Fragen. Die Fragebogenergebnisse dazu zeigten, dass es sich dabei um drei Themenkomplexe handelte: Zum einen ging es um Fragen und Informationen zu Hilfsangeboten und zur Unterstützung bei der Pflege, zu Pflegeeinrichtungen, Ortsgruppen für Demenz, zur Anbindung an örtliche Alzheimer Gesellschaften, zu betreuten Urlauben und zu technischen Hilfen im Alltag. Zum anderen wurden praktische Fragen zu Pflege und Demenz, zu Wahn/Halluzination bei Demenz, zu Hilfen bei Inkontinenz und zur Gewalt in der Pflege besprochen. Darüber hinaus konnten Fragen zur Pflegeversicherung, zu finanziellen Hilfen und zu rechtlichen Aspekten geklärt werden.

Der Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Mitarbeiterinnen von Tele.TAnDem und den Alzheimer Gesellschaften zeigte, dass das Projekt als Ergänzung zu den bestehenden Angeboten der Alzheimer Gesellschaft wahrgenommen wurde.

Tabelle 127

Art der Zusammenarbeit mit Alzheimer Gesellschaften aus Therapeutinnensicht

		<i>n</i>	Prozent
Häufigkeit des Kontakts der Therapeuten zur AG	sehr häufig	-	-
	eher häufig	3	21.4%
	zeitweise	4	28.6%
	eher selten	3	21.4%
	nie	4	28.6%
Angemessenheit der Kontakthäufigkeit	sehr angemessen	6	60.0%
	eher angemessen	4	40.0%
	teilweise angemessen	-	-
	eher nicht angemessen	-	-
	gar nicht angemessen	-	-
Art der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und AG	persönlich	6	42.9%
	Email und Persönlich	2	14.2%
	telefonisch und Email	1	7.1%
	telefonisch	1	7.1%
	keine Zusammenarbeit	4	28.6%
Turnus der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und AG ⁴	wöchentlich	2	14.3%
	individuell nach Bedarf	8	57.1%
	keine Zusammenarbeit	4	28.6%

Anmerkung: n=Anzahl der Therapeutinnen

Tabelle 128

Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften aus Therapeutinnensicht

		<i>n</i>	Prozent
Bewertung des fachlichen Austauschs mit den Alzheimer Gesellschaften insgesamt	sehr hilfreich	7	70.0%
	eher hilfreich	1	10.0%
	teilweise hilfreich	2	20.0%
	eher nicht hilfreich	-	-
	gar nicht hilfreich	-	-
Bewertung des fachlichen Austauschs mit den Alzheimer Gesellschaften bezogen auf demenzspezifische Themen	sehr hilfreich	4	50.0%
	eher hilfreich	4	50.0%
	teilweise hilfreich	-	-
	eher nicht hilfreich	-	-
	gar nicht hilfreich	-	-
Einschätzung des Gewinns durch die Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft für die Therapiedurchführung	sehr groß	3	30.0%
	eher groß	3	30.0%
	teilweise	3	30.0%
	weniger groß	-	-
	gar nicht groß	1	10.0%

Anmerkungen: n=Anzahl der Therapeutinnen

7.7.6.2 Sicht der Alzheimer Gesellschaften

Die Interviewergebnisse mit den beiden Praxispartnern, Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz und der Alzheimer Gesellschaft München e.V., bei denen die Therapeutinnen direkt angebunden waren, zeigten, dass aus Sicht der Praxispartner die Förderung von Selbstfürsorge, die Bestätigung bisheriger Strategien im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung sowie Anregungen von Veränderungen wesentliche Aspekte des Programms sind. Bedeutsame Unterschiede zu den bereits bestehenden Angeboten der Alzheimer Gesellschaften sahen die Praxispartner in der kontinuierlichen Begleitung der Angehörigen, einem strukturierten und festen Ablauf sowie einem verbindlichen Charakter der Begleitung. Die Anzahl der Sitzungen, die ausschleichende Frequenz und die Dauer der Sitzungen wurden als sinnvoll und angemessen betrachtet.

Als Vorteile des Face-to-Face-Settings nannten sie den Ortswechsel für die Angehörigen und die Möglichkeit ungestört, ohne Unterbrechungen durch den Erkrankten, das Programm durchzuführen. Das telefonische Setting biete jedoch aus ihrer Sicht mehr Anonymität und

einen geringerer Zeitaufwand für die Angehörigen; gleichzeitig ist die Versorgung der Person mit Demenz gewährleistet.

Die Konzeption und Inhalte der Schulung zum Programm wurde von beiden Praxispartnern, die daran aktiv mitgewirkt haben, als gut bewertet. Empathie und Bereitschaft zum Mitfühlen sind aus Sicht der Praxispartner wichtige Basiskompetenzen der Therapeutinnen für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen.

Im Hinblick auf eine Fortführung des Programms wünschten sich die Praxispartner eine Anbindung des Angebots an ihre bestehenden Strukturen, z.B. über festangestellte Psychologen/innen. Für die weitere Zusammenarbeit wäre dementsprechend eine klare Definition von psychotherapeutischen und sozial-pädagogischen Themen und Aufgabengebieten aus ihrer Sicht von Bedeutung.

Um das Programms in den bestehenden Versorgungsstrukturen zu verstetigen, wurden die Praxispartner auch nach dem Bedarf, Vorteilen und Teilnahmebarrieren befragt. Die Praxispartner sahen einen hohen Bedarf und Nutzen des Programms zum einen bei schwerwiegenden Problemen oder/und im späteren Verlauf der Demenz, zum anderen in strukturschwachen Regionen, die kaum Unterstützungsangebote anbieten und für Angehörige, die die Pflege allein, ohne Unterstützung leisten. Als Vorteil stellten sie vor allem den geringen zeitlichen Umfang der telefonischen Intervention heraus. Für wichtig erachten Sie, dass die Therapeutinnen fach- und demenzspezifisch geschult sind.

Als Teilnahmebarrieren nannten die Praxispartner vor allem einen geringen Bedarf bei guter Einbindung in andere Unterstützungsangebote, die Scham, sich therapeutische Hilfe zu suchen und sich mit sich selbst auseinander zu setzen sowie allgemeine Zugangsschranken für psychotherapeutischen Maßnahmen und die Einstellung der Angehörigen, die Pflege allein schaffen zu wollen. Eine Anbindung an die Alzheimer Gesellschaften kann aus ihrer Sicht die Hemmschwelle einer Teilnahme am psychotherapeutischen Angebot reduzieren.

Um Angehörige bei einer Verstetigung des Programms in der Versorgung zu rekrutieren, schlugen die Praxispartner verschiedene Wege vor, zum einen eine individuelle Teilnehmerrekrutierung durch direkte Ansprache über die Mitarbeiter/innen der Alzheimer Gesellschaften, zum anderen durch eine Breitband-Teilnehmerrekrutierung über verschiedene Medien und Newsletter. Ein weiterer Rekrutierungsweg besteht aus Ihrer Sicht in der Informationsweitergabe an Fachkollegen.

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Im Folgenden wird eine zusammenfassende Übersicht und Diskussion der Tele.TAnDem-Transfer Ergebnisse vorgenommen. Im ersten Teil erfolgt die Darstellung der Ausgangssituation und Einordnung der Stichprobe. Im zweiten Teil erfolgt die Bewertung der Ergebnisse der randomisiert kontrollierten Studie: telefonische Intervention versus Regelversorgung. Im dritten Teil wird die Bewertung des Vergleichs der beiden Settingbedingungen Telefon versus Face-to-Face fokussiert. Im fünften Abschnitt wird die Bewertung der Umsetzung in die Versorgung diskutiert.

8.1 Ausgangssituation und Einordnung der Stichprobe

Die in dieser Studie untersuchte Stichprobe pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz kann als repräsentativ für dieses Klientel eingeordnet werden. Wie auch in der Grundgesamtheit pflegender Angehöriger besteht die Stichprobe vor allem aus pflegenden Frauen, insbesondere pflegenden Ehefrauen/Lebenspartnerinnen (45.1%) und pflegenden Töchtern/Schwiegertöchtern (33.7%). Pflegende Ehemänner/Lebenspartner sind mit einem Anteil von 15.4% vertreten, pflegende Söhne/Schwiegersöhne mit 4.4%. Die teilnehmenden Angehörigen sind im Mittel über 60 Jahre alt, wohnen überwiegend (80.7%) mit den an Demenz Erkrankten in einem gemeinsamen Haushalt und sind sehr stark in die Pflege eingebunden. Hervorzuheben ist die enorme gesundheitliche Belastung der teilnehmenden Angehörigen. Diese zeigt sich insbesondere in einem hohen Anteil von Personen mit einer klinisch auffälligen depressiven Symptomatik (50.2%). Neben depressiven Symptomen, sind auch Körperbeschwerden deutlich höher ausgeprägt als die altersentsprechenden Normwerte der Vergleichsgruppe der Normalbevölkerung. Darüber hinaus sind deutlich niedrige Lebensqualitätswerte als in der altersvergleichbaren Normstichprobe festzustellen.

Die an Demenz erkrankten Personen weisen mehrheitlich eine mittelschwere (42.3%) bis schwere Symptomatik (57.7%) auf und erhalten zu einem Großteil die Pflegestufen I (29.3%) und II (33.2%).

Die hier realisierte Stichprobe pflegender Angehöriger kann somit als repräsentativ für pflegende Angehörige in Deutschland gelten und weist sehr ausgeprägte gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie eine äußerst geringe Lebensqualität auf.

8.2 Ergebnisse des RCT: Vergleich der telefonischen Intervention versus Regelversorgung

Die Wirksamkeit der Tele.TAnDem Intervention konnte nach Ende der 12 Therapiesitzungen für die Mehrheit der erhobenen Zielgrößen nachgewiesen werden. So zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante positive gesundheitliche Veränderungen zur Prämessung hinsichtlich der Stimmung, der depressiven Symptomatik und der Körperbeschwerden (Gesamtbeschwerdedruck und Gliederschmerzen). Zudem konnten positive Effekte der Intervention bezüglich der Stressbewältigung und der Verbesserung der Lebensqualität (Globalbeurteilung, physische Befindlichkeit und psychisches Wohlbefinden) nachgewiesen werden.

Für ein breites Spektrum an Zielgrößen konnte somit in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Wirksamkeit der Intervention belegt werden. Dies spricht für den Einsatz des kognitiv-therapeutischen Interventionskonzeptes (Tele.TAnDem) durch qualifizierte Klinische Psychologinnen. National ist dieses therapeutische Vorgehen für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen und der berichtete Wirksamkeitsnachweis bisher einzigartig, international finden sich vergleichbare Interventionsstudien mit einem KVT Ansatz (Gallagher-Thompson & Coon, 2007; Selwood et al., 2007), jedoch in der Regel in einem Gruppen- oder gemischten Setting und nicht ausschließlich per Telefon. Zudem konnte bisher keine internationale Studie die Effektivität für ein vergleichbar breites Spektrum an Zielgrößen nachweisen (Mittelman, 2007; Pinquart & Sörensen, 2006; Chien et al., 2011; Losada et al., 2015; Williams et al., 2010).

Langfristig zeigte sich die Wirksamkeit der Intervention in den Bereichen Stimmung, Veränderung dysfunktionaler Gedanken und der Bewältigung von Verlust und Trauer. Da insbesondere die Aspekte negative Stimmung und dysfunktionale Gedanken als Hauptrisikofaktoren für die Auslösung von depressiven Symptomen angenommen werden (Teasdale, 1997), ist dieses Ergebnis hinsichtlich der langfristigen Prävention von Depression als besonders relevant einzuordnen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Stichprobe zu Beginn der Studie einen hohen Anteil (50.2%) an Angehörigen mit klinisch auffälliger depressiver Symptomatik aufwies. Die Bedeutung der Verarbeitung von Verlusterfahrungen und die Bewältigung von Trauergefühlen spielt für das gesundheitliche Befinden und die Lebensqualität bereits während der Pflege sowie auch nach dem Tod der Person mit Demenz eine bedeutsame Rolle. Daher ist das Ergebnis, dass die Angehörigen der Interventionsgruppe diesbezüglich hilfreiche Bewältigungsmöglichkeiten langfristig aufbauen konnten, als besonders relevant zu werten. Die bessere Verarbeitung der Verluste zeigt sich entsprechend

auch in dem Befund, dass Angehörige von im Studienzeitraum verstorbenen Person mit Demenz besser den Tod akzeptieren und verarbeiten konnten, wenn sie an der Intervention teilgenommen hatten.

Darüber hinaus konnte für diejenigen Angehörigen, die zur Follow-up-Befragung noch hauptverantwortlich pflegten, eine höhere Lebensqualität hinsichtlich der Subskala soziale Beziehungen für die Teilnehmer der telefonischen Intervention im Vergleich zur KG nachgewiesen werden.

Für den langfristigen Erhalt der positiven Effekte hinsichtlich der Zielgrößen Körperbeschwerden, depressive Symptomatik und Lebensqualität sind möglicherweise Booster Sitzungen notwendig. Da die Pflegesituation langfristig eine hohe Belastung darstellt und aufgrund des progredienten Verlaufs der Erkrankung wiederholt neue Herausforderungen und zusätzliche Belastungen entstehen, ist das Angebot von Krisengesprächen und/oder einer kontinuierlichen therapeutischen Unterstützung wünschenswert und notwendig. Dieser Aspekt der kontinuierlichen Unterstützung durch eine Therapeutin sowie die Erreichbarkeit in Krisensituationen wurden von der Mehrheit der Angehörigen als wichtiges, bedarfsorientiertes Versorgungsangebot hervorgehoben.

8.3 Ergebnisse der Gesundheitsökonomie

In der gesundheitsökonomischen Analyse aus der Perspektive der Krankenkassen zeigten sich weder zu Therapieende noch im Follow-up signifikante Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme und Kosten medizinischer Leistungen durch die pflegenden Angehörigen. In den qualitätsadjustierten Lebensjahren als Outcome-Maß ließen sich geringfügige nicht-signifikante Unterschiede zugunsten der Intervention zeigen, wobei zu berücksichtigen ist, dass der eingesetzte EQ-5D Fragebogen weniger sensitiv ist als spezifische Einzelparameter. Aus gesundheitsökonomischer Sicht bleibt somit eine Abwägung vorzunehmen, inwieweit die anhand der verschiedenen Zielparameter aufgezeigten positiven Effekte der Intervention die zusätzlichen Interventionskosten rechtfertigen, die etwa halb so hoch sind wie die mittleren jährlichen Behandlungskosten der pflegenden Angehörigen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass aus gesellschaftlicher Perspektive die von den Angehörigen erbrachten Betreuungs- und Pflegeleistungen einen hohen ökonomischen Wert darstellen. Zudem muss einschränkend erwähnt werden, dass diese Studie auf die pflegenden Angehörigen fokussiert war und daher Einflüsse der Intervention auf Lebensqualität und medizinische Versorgung der Menschen mit Demenz unberücksichtigt blieben.

8.4 Zielerreichung und Zufriedenheit mit der Intervention

Ein Anteil von 99.1% der Angehörigen, erreichte positive Veränderungen in den, zu Beginn der Intervention definierten Zielen. Dies spricht für die Angemessenheit, Passung und Wirksamkeit des gewählten Interventionsansatzes für die Belastungen und Problemlagen der pflegenden Angehörigen. Kein Angehöriger gab eine Verschlechterung an und nur eine Angehörige eine unveränderte Situation. Dieses Ergebnis kann insbesondere auch vor dem Hintergrund der geringen Drop-out-Rate als richtungsweisend eingeordnet werden, da die Ergebnisse auf den Einschätzungen fast aller teilnehmenden Angehörigen und den jeweils zugeordneten Therapeutinnen beruhen.

Die Angaben der Angehörigen zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention korrespondieren sowohl mit den quantitativen Ergebnissen der oben genannten Zielgrößen wie auch hinsichtlich der Zielerreichung. So betonen die Angehörigen in den Interviews nach Therapieende die Wichtigkeit der unterschiedlichen Interventionsstrategien, die Bedeutsamkeit der therapeutischen Kompetenz und Beziehungsgestaltung der Therapeutinnen sowie das professionelle Verhalten und die hilfreichen, konstruktiven Problemlösungen. Beide Interventionsgruppen gaben eine äußerst hohe Gesamtzufriedenheit in Bezug auf die Intervention an, wobei in der TEL 100.0% der Teilnehmer/innen und in der F2F 94.6% angaben, insgesamt mit der Intervention zufrieden zu sein. Zudem gaben die Teilnehmer/innen beider Interventionsgruppen eine äußerst hohe Bereitschaft zur wiederholten Teilnahme an (TEL 96.6% und F2F 97.3%).

Die positive Wertung der therapeutischen Arbeit durch die teilnehmenden Angehörigen kann zudem auf dem Hintergrund der Ergebnisse zur therapeutischen Integrität eingeordnet werden. So zeigen die Ergebnisse zur therapeutischen Kompetenz, dass insgesamt eine hohe Kompetenz des therapeutischen Teams vorlag bei gleichzeitiger geringer Varianz. Dies bedeutet, dass die Mehrheit der therapeutischen Sitzungen mit hoher professioneller therapeutischer Qualität durchgeführt wurde. Weiterhin gelang es den Therapeutinnen mit einer erwünschten mittleren Adhärenz flexibel mit den Handanweisungen des Therapiemanuals umzugehen und die jeweiligen therapeutischen Strategien an die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen anzupassen.

8.5 Vergleich der Settingbedingungen: Telefon versus Face-to-Face

Insgesamt konnten keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit der Intervention für die zwei verschiedenen Settingbedingungen nachgewiesen werden. Das telefonische Setting

eignet sich somit ebenso gut wie ein herkömmliches face-to-face Setting, um das Interventionskonzept Tele.TAnDem therapeutisch umzusetzen.

Beide Interventionsgruppen äußerten eine hohe Zufriedenheit mit dem jeweiligen Interventionssetting (TEL: 95.7% und F2F: 97.3%). Insbesondere in den inhaltlichen Rückmeldungen der pflegenden Angehörigen wurde die hohe Akzeptanz und Eignung des telefonischen Settings für die Pflegesituation deutlich. Dabei bewerteten Angehörigen das telefonische Setting aufgrund der zeitlichen und örtlichen Flexibilität als vorteilhaft für die zeitintensive Betreuungssituation.

Im Gegensatz dazu gestaltete es sich als entsprechend schwierig Angehörige zu finden, die es ermöglichen konnten außerhalb der therapeutischen Intervention aufzusuchen (Face-to-Face Setting).

Die Ergebnisse der Settingbewertung spiegeln aus der Forschungsliteratur bekannte Befunde wieder. Von Mohr et al. (2008) genannte Barrieren für pflegende Angehörige, eine Face-to-Face-Therapie in Anspruch zu nehmen, wie der finanzielle, zeitliche und organisatorische Aufwand oder die schlechtere örtliche Erreichbarkeit der Angehörigen, fanden sich in den genannten Vorteilen des Telefonsettings und Nachteilen des Face-to-Face-Settings wieder. Wie Tremont et al. (2008) zeigten, berichteten auch die Therapeutinnen des Tele.TAnDem-Projektes, dass die Niedrigschwelligkeit des Angebots, wie auch die einfachere Integration der Therapie in ihren Alltag, vielen Angehörigen überhaupt erst möglich macht, diese in Anspruch zu nehmen. Auch die mit dem Telefonsetting einhergehende Anonymität scheint ein großer Vorteil zu sein: Die Therapeutinnen berichteten, dass Angehörige telefonisch leichter über unangenehme Themen sprechen konnten und durch die Anonymität weniger Hemmungen hatten, überhaupt an einem Therapieprogramm teilzunehmen. Letzteres geht mit der ebenfalls von Mohr et al. (2008) genannten Angst vor Stigmatisierung einher. Ein Nachteil des Telefonsettings sei für die Therapeutinnen allerdings das Fehlen der non-verbaler Informationen. Weiterhin berichteten die Therapeutinnen, wie bereits im ersten Tele.TAnDem Schlussbericht beschrieben (Wilz & Soellner, 2011), auch hier, dass Ablenkungen der Angehörigen telefonisch eher ein Problem darstellten als im persönlichen Gespräch und die Bearbeitung von Arbeitsmaterialien telefonisch komplizierter sei. Aus diesem Grund hätten einige Therapeutinnen teilweise auf die Nutzung von Arbeitsmaterialien verzichtet, die sie im Face-to-Face-Setting hingegen eingesetzt hätten. Trotz der fehlenden non-verbaler Informationen im Telefonsetting sah der Großteil der Therapeutinnen keinen Unterschied im Beziehungsaufbau zu den Angehörigen, der in beiden Bedingungen sehr gut

gestaltet werden konnte. Dies korrespondiert mit den Befunden zur Beziehungsgestaltung der ersten Prozessevaluation von Tele.TAnDem (Wilz & Soellner, 2011).

Aus den Fragebögen ergab sich insgesamt, dass der Großteil der Therapeutinnen kein Setting bevorzugte. Der geringere Aufwand für die Angehörigen im telefonischen Setting stellt einen eindeutigen Vorteil dar, wenngleich die Möglichkeit, je nach Bedarf beide Bedingungen anbieten zu können, aus Therapeutinnensicht ideal wäre.

8.6 Transfer – Bewertung der Umsetzung der Intervention in bestehenden Versorgungsstrukturen

Aufgrund der Berichte der teilnehmenden Alzheimer Gesellschaften sowie der teilnehmenden Therapeutinnen, kann die Zusammenarbeit in den Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaften als erfolgreich und zielführend eingeordnet werden. So stellt die Tele.TAnDem Intervention eine sinnvolle und relevante Ergänzung zu dem Beratungsangebot der Alzheimer Gesellschaften dar. Die Form der kontinuierlichen, psychotherapeutischen, vorwiegend telefonischen Unterstützung gehört nicht zu den bisherigen Beratungsangeboten und ist daher als ein wichtiges, hilfreiches und notwendiges ergänzendes Angebot zu betrachten. Zudem stellt der Austausch der Tele.TAnDem Therapeutinnen mit dem interdisziplinären Expertenteam der Alzheimer Gesellschaften für die therapeutische Unterstützung eine gewinnbringende und sehr hilfreiche Kooperation dar.

Die Fortbildung in Tele.TAnDem erwies sich als sehr gut und ökonomisch durchführbar. Die in KVT qualifizierten Therapeutinnen konnten das Therapiemanual in kurzer Zeit einordnen und umsetzen und profitierten sehr von der Schulung zu demenzspezifischen Themen durch die Vertreterinnen der Alzheimer Gesellschaften. Somit können perspektivisch durch 1-2tägige Fortbildungsveranstaltungen für kognitive Verhaltenstherapeuten ausgebildete Tele.TAnDem Therapeutinnen für diese Intervention gewonnen werden. Ab Oktober 2016 wird in Kooperation mit dem Weiterbildenden Studium Psychologische Psychotherapie der Universität Jena kontinuierlich eine Fortbildung für ausgebildete Verhaltenstherapeuten im Tele.TAnDem Konzept in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft angeboten werden.

Aufgrund der hohen Akzeptanz des telefonischen Settings ist eine bundesweite Erreichbarkeit der Intervention für interessierte Angehörige sehr gut umsetzbar. Die ausgebildeten Therapeutinnen könnten beispielsweise der Beratungsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zugeordnet werden und von dort aus im Austausch mit dem interdisziplinären Expertenteam die psychotherapeutischen Telefonate durchführen.

Zusammenfassend ist Tele.TAnDem eine unter Versorgungsbedingungen sehr gut umsetzbare Intervention, die dazu beitragen kann, die Gesundheit und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu erhalten und zu verbessern und somit insgesamt die häusliche Pflege zu stärken.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Bei der Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde darauf geachtet sowohl pflegende Frauen als auch pflegende Männer zu erreichen. Dies sollte sicherstellen, dass eine hinreichend große Anzahl von männlichen Pflegenden in der Stichprobe enthalten ist, um auch für sie Aussagen zur Wirksamkeit der Intervention treffen zu können. Bei der Randomisierung wurde die Variable Geschlecht mit berücksichtigt, um einen Mindestanteil von Männern in beiden Studiengruppen zu gewährleisten.

In allen Analysen wurden sowohl pflegende Frauen als auch pflegende Männer einbezogen. Mit 79.8% nahmen vor allem Frauen ($n = 257$) an der Studie teil, was die bereits bekannten Zahlen zur familiären Pflege, die nach wie vor überwiegend von Frauen geleistet wird, bestätigt. So bestand die Stichprobe überwiegend aus Ehefrauen/Lebenspartnerinnen (44.1%) und (Schwieger-)Töchtern (34.5%). Etwa ein Fünftel der Studienteilnehmer/innen (20.2%) waren pflegende Männer ($n = 65$). Diese teilten sich in 14.9% Ehemänner/Lebenspartner und 5.3% (Schwieger-)Söhne auf.

Weiterhin erfolgte eine statistische Überprüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen Daten. Um bei diesen multiplen Vergleichen mittels t - und χ^2 -Tests die Kumulierung des Alpha-Fehlers zu vermeiden, wurde eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen und $\alpha = .001$ gesetzt. Bei diesen Analysen zeigten sich nur wenige geschlechtsspezifische Unterschiede: Pflegende Männer lebten länger mit der Person mit Demenz in einem gemeinsamen Haushalt als pflegende Frauen. Außerdem waren bei Männern Universitäts- und Fachhochschulabschlüsse die häufigsten Ausbildungsabschlüsse, während Frauen am häufigsten betriebliche Ausbildungen absolviert hatten. Bezüglich des körperlichen Befindens war der Anteil der Personen, die unter Diabetes litten, bei pflegenden Männern höher, während sich bei pflegenden Frauen die Schlafqualität seit Beginn der Pflegetätigkeit eher verschlechtert hatte als bei pflegenden Männern.

Belastungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen (d.h. Körperbeschwerden, depressive Symptome, Stimmung, Pflegebelastung, Lebensqualität und Ängstlichkeit) waren zu Studienbeginn bei pflegenden Frauen stärker ausgeprägt als bei pflegenden Männern. Gegenüber der deutschen Allgemeinbevölkerung erhöhte Werte auf diesen Maßen zeigten sich jedoch sowohl bei Frauen als auch Männern. Hinsichtlich der Aggressivität in der Pflege konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede nachgewiesen werden.

Bei der Analyse der Interventionseffekte auf den primären und sekundären Outcomevariablen wurde die Variable Geschlecht als Kovariate mit aufgenommen. Das therapeutische Vorgehen wurde durchweg an die individuellen Probleme und Ziele der Angehörigen angepasst. Damit

einhergehend wurden auch die z. T. unterschiedlichen Lebenssituationen und Herangehensweisen an die Pflege von Frauen und Männern bei der Planung und Umsetzung der Therapien mit berücksichtigt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen und Ergebnissen der Intervention sowie der therapeutischen Beziehung wurden durch statistische Vergleiche ermittelt. Dabei erfolgte erneut eine Bonferroni-Korrektur ($\alpha = .0025$). Eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Intervention, der therapeutischen Beziehung und den Ergebnissen berichteten sowohl die teilnehmenden Männer als auch die teilnehmenden Frauen. Ein Unterschied konnte lediglich sechs Monate nach der Intervention bezüglich der Einschätzung identifiziert werden, ob die psychologische Unterstützung dabei geholfen habe mit den Problemen besser umzugehen [$t(151) = 3.40, p < .001$]. Abbildung 13 zeigt, dass die Mehrheit (48.3%) der Männer angab, dass ihnen die Intervention etwas geholfen habe mit ihren Problemen umzugehen, während bei den Frauen die Mehrheit (68.5%) berichtete, dass Ihnen die Intervention eine ganze Menge geholfen habe.

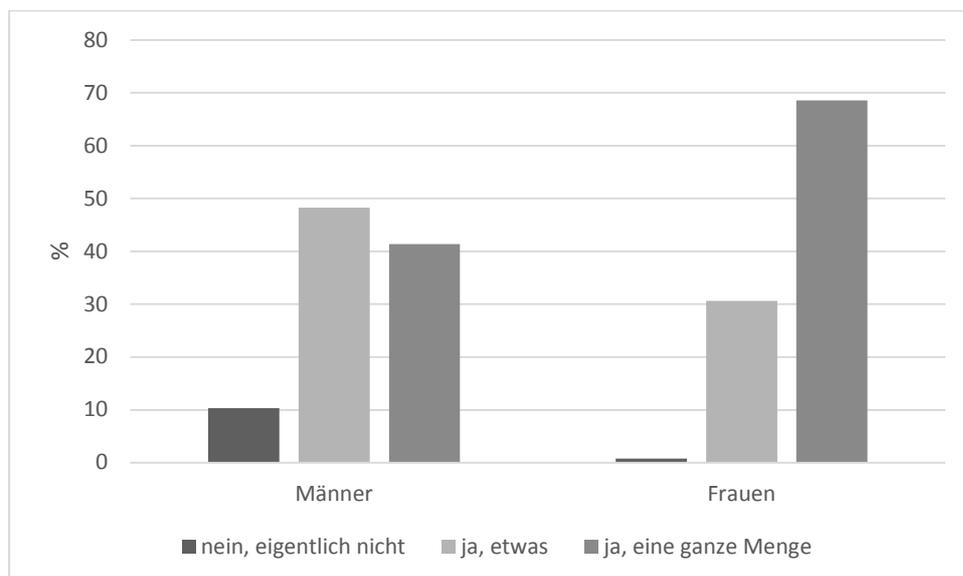


Abbildung 13. Hat die psychologische Unterstützung Ihnen dabei geholfen, mit Ihren (damaligen) Problemen besser umzugehen?

Frauen und Männer gaben gleichermaßen an, dass sie auch erneut an der Intervention teilnehmen würden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund bedeutsam, dass Männer im Vergleich zu Frauen meist seltener Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse und Erfahrungen der Studie, dass die Intervention für Männer und Frauen wirksam ist. Auch die vergleichbar positive Bewertung durch Frauen und Männer unterstreicht die Passung der Intervention für beide Geschlechter. Dennoch ist hervorzuheben, dass bei der Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörigen pflegende Frauen besonders berücksichtigt werden sollten, da sie den zahlenmäßig weitaus größeren Anteil der Pflege eines Angehörigen übernehmen und stärker belastet sind.

10. Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

Die Zielsetzungen und Hintergründe des Projekts wurden bereits im Projektverlauf fortwährend regional und bundesweit einer breiten Öffentlichkeit im Rahmen von Veröffentlichungen in verschiedenen Printmedien, Internetseiten, Radio- und Fernsehbeiträgen vorgestellt. Aufgrund der großen Resonanz auf diese Veröffentlichungen konnten viele Multiplikatoren und pflegende Angehörige auf das Projekt aufmerksam gemacht werden. Dadurch war es möglich eine hohe Anzahl an Studienteilnehmern/innen zu rekrutieren.

Die am Projekt beteiligten Kooperationspartner fungierten als Multiplikatoren zur Verbreitung des Projekts in der Öffentlichkeit. Daher wurden sie persönlich und vielfach im Rahmen von Vorträgen über die Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Forschungsprojekts informiert. Anschließend wurden ihnen Faltblätter und Poster für die Information von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ausgehändigt. Eine weiterführende Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern erfolgt im Zusammenhang mit der Verbreitung der Projektergebnisse (eine Liste der Kooperationspartner ist in Kapitel 4.3.1 dargestellt).

Der Zugang der Öffentlichkeit zu den Ergebnissen wird durch die Veröffentlichung der Projektergebnisse gewährleistet werden. Es sind nationale und internationale Publikationen in einschlägiger Fachliteratur bereits publiziert sowie in Vorbereitung. Bisher erfolgten bereits mehrere Publikationen zum Interventionskonzept in der Fachliteratur (vgl. Kapitel 12 Publikationsverzeichnis). Zudem ist eine Darstellung der Hauptergebnisse auf der projekteigenen Homepage sowie im Rahmen einer Ergebnisbroschüre für Projektteilnehmer/innen und Kooperationspartner vorgesehen.

Überdies erfolgte die Veröffentlichung des Tele.TAnDem Interventionskonzepts in Form eines Manuals durch den Hogrefe Verlag (Wilz, Schinköthe & Kalytta, 2015). Damit wird für Praxiseinrichtungen (ambulante niedergelassene Therapeutinnen, Beratungsstellen, Alzheimer-Gesellschaften, Gedächtnissprechstunden etc.) eine differenzierte Anleitung zur Durchführung der Intervention bereitgestellt.

Die einzelnen Beiträge zur Verbreitung des Projekts im Studienverlauf sowie der Veröffentlichung der Projektergebnisse werden im Folgenden in zeitlich absteigender Reihenfolge dargestellt. Hierbei finden auch Veröffentlichungen zu Tele.TAnDem, die aus der ersten Studie resultierten Berücksichtigung.

10.1 Publikationen

10.1.1 Wissenschaftliche Publikationen im Berichtszeitraum

10.1.1.1 In Vorbereitung

Meichsner, F. & Wilz, G. (under review). Dementia Caregivers' Coping with Pre-Death Grief: Effects of a CBT-based Intervention.

Risch, A., Mund, M. & Wilz, G. (in Vorbereitung). Validierung der Skalen zu pflegebezogenen Einstellungen.

Schinköthe, D., Altmann, U., Weise, L., Möller, B., & Wilz, G. (in prep.). Mechanisms of change and their impact on outcome in telephone cognitive-behavioral therapy. Results from a multiperspective assessment and comparison to face-to-face-therapy in family caregivers of dementia.

Wilz, G., Meichsner, F. & Soellner, R. (under review). Are psychotherapeutic intervention effects sustainable? Two-year long term effects of a Cognitive Behavioral Intervention by Telephone for Caregivers of People with Dementia.

Wilz, G., Weise, L., Reiter, C., Reder, M., Machmer, A. & Söllner, R. (in prep.). Do family caregivers of people with dementia reach their goals in a psychotherapeutic telephone intervention? Evaluation of Goal Attainment, treatment compliance and participant's satisfaction.

10.1.1.2 Im Druck

Wilz, G. & Pfeiffer, K. (im Druck). *Pflegende Angehörige. Fortschritte der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Albrecht, K. & Wilz, G. (im Druck). Interventionskonzepte für pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung. In: Hilse, Opielka, Walpuski (Hrsg.), *Demenz und Politik. Koproductive Hilfen bei Demenz – Möglichkeiten politischer Unterstützung*. Springer.

Kalytta, T. & Wilz, G. (im Druck). Prospektive Beobachtungsstudie zur Evaluation angeleiteter Gruppen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. *Die Pflegezeitschrift*.

Wilz, G. & Meichsner, F. (im Druck). Angehörigeninterventionen bei somatischer Krankheit. In U. Koch & J. Bengel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Medizinische Psychologie, Band 2: Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe.

10.1.1.3 Veröffentlicht

2015

Wilz, G., & Soellner, R. (2015). Evaluation of a short-term telephone-based cognitive

Behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 39 (1), 25-47. doi:10.1080/07317115.2015.1101631

Meichsner, F., Schinköthe, D., & Wilz, G. (2015a). The Caregiver Grief Scale: Development, exploratory and confirmatory factor analysis, and validation. *Clinical Gerontologist*. doi:10.1080/07317115.2015.1121947.

Meichsner, F., Schinköthe, D., & Wilz, G. (2015b). Managing loss and change: CBT-based grief interventions for dementia caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. doi: 10.1080/07317115.2015.1121947.

Schinköthe, D., Altmann, U. & Wilz, G. (2015). The Effects of Treatment Adherence, Therapist Competencies, and Treatment-Specific CBT Techniques on Outcome and Goal Attainment in Telephone-Based Therapy with Dementia Caregivers. *Aging and Mental Health*, 19(9), 808-817.

Soellner, R., Reder, M., Machmer, A., Holle, R. & Wilz, G. (2015). The Tele.TAnDem intervention: study protocol for a psychotherapeutic intervention for family caregivers of people with dementia. *BMC Nursing*, 14 (11). doi:10.1186/s12912-015-0059-9.

Wilz, G. & Meichsner, F. (2015). Unterstützende Interventionen für Angehörige. In W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Schattauer.

Wilz, G., Schinköthe, D. & Kalytta, T. (2015). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.

2014

Schinköthe, D. & Wilz, G. (2014). The Assessment of Treatment Integrity in a Cognitive Behavioral Telephone Intervention Study with dDementia Caregivers. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 37 (3), 211-234.

Töpfer, N.F., Foster, J.L.H. & Wilz, G. (2014). "The Good Mother and Her Clinging Child": Patterns of Anchoring in Social Representations of Dementia Caregiving. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24 (3), 234-248.

2013

Meichsner, F., Schinköthe, D. & Wilz, G. (2013). Trauer bei Angehörigen Demenzerkrankter. Was können psychotherapeutische Interventionen leisten? Eine Falldarstellung. *Psychotherapie im Alter*, 10 (4), 505-514.

2012

- Kalytta, T. & Wilz, G. (2012). Benötigen Angehörige von Demenzerkrankten Psychotherapie? Ergebnisse einer telefonischen Kurzzeittherapie für Angehörige von Demenzerkrankten. *Psychotherapie Aktuell*, 4 (1), 29–31.
- Wilz, G. (2012). Familie und somatische Krankheit. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.). *Band D/VIII/1: Grundlagen der Medizinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie*. S. 487-512. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G. & Brähler, E. (2012). Mitbetroffen – Angehörige akut und chronisch Erkrankter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)*, 62, 333-334.
- Wilz, G. & Kalytta, T. (2012). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Gruppenkonzepts für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)*, 62, 359-366.
- Wilz, G. & Meichsner, F. (2012). Einbezug von Familienangehörigen chronisch Kranker in einer Arzt-Patient-Kommunikation. *Bundesgesundheitsblatt*, 55 (9), 1125-1131.

10.1.2 Beiträge in Zeitungen und Zeitschriften

- Berliner Woche: Anzeige für die gezielte Rekrutierung für die Face-to-Face-Bedingung (16.10.2013)
- Carekonkret: „Teilnehmer fürs Projekt Teletandem gesucht!“ (13.09.2013)
- NTC Impulse: „Pflegerische Angehörige. Psychologische Hilfe annehmen!“ Artikel inklusive Interview mit K. Albrecht (09/2013)
- Seniorenratgeber: „Teilnahme erwünscht. Bei Studien mitmachen.“ (08/2013)
- Apothekenumschau: „Wut ist völlig normal. Wer demente Angehörige pflegt, überlastet sich oft. Gabriele Wilz über ein neues Projekt zur Hilfe per Telefon“ (01.03.2013)
- Frau aktuell: Info zur Studie (05.02.2013)
- Hallo Thüringen: Verweis auf das Forschungsprojekt im Rahmen des Beitrags „Pflege kann zermürben“ (26.01.2013)
- PflegePartner: Info zur Studie (18.01.2013)
- Carekonkret: „Psychologische Hilfe. Studie prüft Wirksamkeit“ (18.01.2013)

Angehörige pflegen: „Telefonische Unterstützung für Angehörige von Demenzkranken – Freiwillige für Studie gesucht“ (1/2013)

TKspezial Thüringen: „Psychologische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung“ (12/2012)

Ostthüringer Zeitung: „Damit das eigene Leben nicht auf der Strecke bleibt“ (11/2012)

Seniorenratgeber: „Familiensache!? Wie Familien mit der Belastung umgehen und wie es zu schaffen ist, die Aufgabe zu bewältigen“ (9/2012)

Kölner Stadtanzeiger: „Eine Lobby für die Laien“ Artikel, Interview mit Prof. Gabriele Wilz (04.09.2012)

Alzheimer Info: „Angehörige für Teilnahme an einer Studie gesucht“ (09/2012)

Alzheimer Aktuell: Projektvorstellung in Nr. 59 der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg (09/2012)

Beiträge in zahlreichen Tageszeitungen (Aufruf zur Studienteilnahme) als Reaktion auf die Pressemitteilungen seitens

- Pressestelle FSU Jena am 30.07.2013 (bundesweit)

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 06.02.2013

(Raum Berlin)

- Pressestelle FSU Jena am 02.01.2013 (bundesweit)

- Pressestelle Uni Hildesheim am 02.01.2013

- Pressestelle FSU Jena am 05.12.2012 (Thüringen)

-Pressestelle FSU Jena 08.10.2012 (Berlin, Brandenburg)

10.2 Beiträge im Radio

Radio Dreieckland Freiburg: Life-Interview mit Gabriele Wilz über das Manual „Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige“ (22.01.2014)

Antenne Thüringen „Studie untersucht Wirksamkeit psychologischer Unterstützung“, Interview Kathi Albrecht (03.01.2013)

SWR2Wissen: „Hilfe für pflegende Angehörige“, Interview Gabriele Wilz (17.10.2012)

10.3 Beiträge im/per Internet

ALZG: Newsletter 2/2014 (März) Erneuter Hinweis auf Projektweiterführung

http://www.bmwbk.de/inner_index.php?cID=859 : Hinweis auf Projekt (06/2013)

„Psychologie macht die Pflege leichter“ Ärzte Zeitung online (08.01.2013), Link:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=829247&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20130108-_-Pflege

Rundfunk Berlin Brandenburg Projektvorstellung (04.01.2013)

Forum Pflegerecht und Gesundheitswesen; Titel: „Entlastung für Angehörige, die Demenzkranke pflegen“ (02.01.2013)

http://www.rbb-online.de/rbbpraxis/rbb_praxis_news/demenz.html

„Alt werden Zuhause“ <http://www.awz-hahnbach.de>: Projektvorstellung (01/2013)

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=18291&start=0&postdays=0&postorder=asc&highlight=> (02.01.2013)

Projekthinweis/Verlinkung mit der Tele.TAnDem-Homepage auf der Homepage der Alzheimer Gesellschaft Thüringen (12/2012)

Erneute Projektvorstellung im Newsletter der Alzheimer Gesellschaft München e.V. (12/2012)

Erneute Projektvorstellung im Newsletter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (13.12.2012)

<http://www.tk.de/tk/thueringen/pressemitteilungen-2013/pressemitteilungen-2012/495516>“

Titel: „Psychologische Unterstützung für pflegende Angehörige“ (12/2012)

http://www.volkssolidaritaet.de/cms/vs_media/Downloads/Bundesverband/Newsletter/1208_NL/NL_Aug_12_Pressemitteilung+TeleTAnDem.pdf;

Titel: „Hilfe für Angehörige von Demenzkranken“ (09/2012)

<http://www.alzheimerblog.de/2012/08/22/forschungsprojekt-fur-pflegende-angehörige/>

Projektvorstellung im Newsletter der Alzheimer Gesellschaft München e.V. (500 Adressaten) (18.06.2012)

Veröffentlichung auf Homepage der Alzheimer Gesellschaft München e.V. unter Aktuelles mit Verlinkung Flyer (15.06.2012)

Projektvorstellung im Newsletter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (über 6000 Adressaten) (12.06.2012)

<http://demenz-pflaster.blogspot.de/> Über Blog Projektankündigung (7/2012) sowie Verlinkung mit der Tele.TanDem-Homepage (11/2012)

10.4 Vorträge

10.4.1 Vorträge auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Konferenzen

2015

Meichsner, F. (2015). *CBT-based Grief Interventions for Dementia Caregivers: A Case Study*. Vortrag auf der Qualitative Health Research Conference, Toronto, Kanada.

Meichsner, F. (2015). *Psychotherapy in Later Life*. Symposium auf der EABCT Conference of Behavioural and Cognitive Therapies, Jerusalem, Israel.

Meichsner, F. (2015). *Grief-specific interventions for dementia caregivers: Results from a randomized-controlled trial*. Vortrag auf der EABCT Conference of Behavioural and Cognitive Therapies, Jerusalem, Israel.

Meichsner, F. (2015). „Wir hatten noch so viel vor in unserem Leben“: *Umsetzung und Ergebnisse einer manualisierten, trauerspezifischen Intervention für Angehörige Demenzerkrankter*. Vortrag auf dem 33. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Dresden.

Weise, L., Schinköthe, D. & Wilz, G. (2015). *Psychotherapeutische Kompetenzerfassung und Zusammenhang mit dem Therapieerfolg in einer telefonischen Intervention für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten*. Vortrag auf dem 33. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Dresden.

2014

Kalytta, T. & Wilz, G. (2014). *Telefonbasierte Psychotherapie für pflegende Angehörige von Demenzpatienten*. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress, Berlin.

Meichsner, F. (2014). *Grief-specific Interventions for Dementia Caregivers within a Cognitive-Behavioral Intervention Study. Preliminary Results from Qualitative and Quantitative Analyses*. Vortrag auf der "Perspectives in Caregiver Research" Konferenz, Berlin.

Meichsner, F., Schinköthe, D. & Wilz, G. (2014). *Trauer und Verlusterleben bei Angehörigen von Demenzerkrankten - Entwicklung einer deutschen Trauerskala und erste Ergebnisse*. Poster auf dem 32. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Braunschweig.

Reder, M., Soellner, R., Machmer, A. & Wilz, G. (2014). *How effective is telephone-based psychotherapy for family-caregivers of people with dementia? A randomised controlled trial*. Poster auf der 28th Conference of the European Health Psychology Society, Innsbruck, Austria.

Töpfer, N. (2014). *Dementia care in the age of individualization: An analysis of social representations of dementia caregiving among baby boomers and their children. Paper presented at Perspectives in Caregiver Research: From Research to Implementation*. Vortrag auf der "Perspectives in Caregiver Research" Konferenz, Berlin.

Wilz, G. (2014). *Psychotherapy on telephone for dementia caregivers: Effects and implications for practice and future research*. Vortrag auf der "Perspectives in Caregiver Research" Konferenz, Berlin.

2013

Meichsner, F., Schinköthe, D. & Wilz, G. (2013). *Development of a CBT-based Grief Intervention for Dementia Caregivers*. Vortrag auf dem 43. Kongress der European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Marrakech, Marokko.

Schinköthe, D., Altmann, U. & Wilz, G. (2013). *Was beeinflusst den Therapieerfolg und die Zielerreichung bei Angehörigen von Demenzerkrankten? Die Rolle von Adhärenz, therapeutischen Kompetenzen und KVT Techniken*. Vortrag auf dem 8. Workshopkongress der DGPs Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Trier.

2012

Kalytta, T. & Wilz, G. (2012). *The impact of a short-term telephone based psychological intervention on encouraging family caregivers to identify their needs for support (Tele.TAnDem)*. Vortrag auf der 22nd Alzheimer Europe Conference, Wien, Österreich.

Meichsner, F., Schinköthe, D., Schug, F. & Wilz, G. (2012). *Trauer- und Verlusterleben bei Angehörigen von Demenzerkrankten – Wie intervenieren Therapeuten? Eine qualitative Untersuchung im Rahmen einer kognitiv-behavioralen Interventionsstudie*. Vortrag auf der 30. Fachgruppentagung der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Luxemburg.

Meichsner, F., Schinköthe, D., Schug, F. & Wilz, G. (2012). *Trauerspezifische Interventionen bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten: Eine qualitative Untersuchung im Rahmen einer kognitiv-behavioralen Interventionsstudie*. Vortrag auf dem 11. Workshop zur Qualitativen Inhaltsanalyse, Velden am Wörthersee, Österreich.

Schinköthe, D., Sengewald, M.A. & Wilz, G. (2012). *Grief in dementia caregivers. German validation of the Marwit Meuser Grief Inventory. Benefits for research and practice*. Vortrag auf dem Kongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Genf, Schweiz.

Schinköthe, D. & Wilz, G. (2012). *Prädiktoren für Trauerspezifische Belastungen und depressive Symptome bei pflegenden Angehörigen nach dem Tod des Demenzerkrankten*. Vortrag auf der 30. Fachgruppentagung der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Luxemburg.

Wilz, G. (2012). *Entspannung versus kognitiv-behaviorale Therapie: differentielle Effekte einer telefonischen Kurztherapie bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten*. Vortrag auf der 30. Fachgruppentagung der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Luxemburg.

Wilz, G. & Schinköthe, D. (2012). *Trauer & Psychotherapie – aktuelle Befunde*. Chair-Symposium auf der 30. Fachgruppentagung der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Luxemburg.

Wilz, G. & Schinköthe, D. (2012). *Aging and Dementia – Psychotherapy in the elderly*. Chair-Symposium auf der EABCT Conference of Behavioural and Cognitive Therapies, Genf, Schweiz.

Wilz, G. & Schinköthe, D. (2012). *Two-year-follow-up of a randomized-controlled telephone therapy for family caregivers of persons with dementia*. Vortrag auf der EABCT Conference of Behavioural and Cognitive Therapies, Genf, Schweiz.

10.4.2 Vorträge auf Pflege-Fachtagungen

Schinköthe, D. (06. 11. 2015). *Therapeutische Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Demenz. Anforderungen an hilfreiche Angehörigeninterventionen*. Vortrag auf der Fachtagung der Hanns-Seidel-Stiftung: DEMENZ – Pflege von Demenzkranken und Unterstützung pflegender Angehöriger, München.

Kalytta & Wilz (11.09.2015). *Tele.TAnDem: A psychotherapeutic telephone intervention for informal caregivers of people with dementia in Germany*. Vortrag auf dem internationalen Workshop `Support of Informal Caregivers` des "Fund of Further Education" at the Ministry of Labour and Social Affairs, Prag, Tschechische Republik.

Wilz, G. (27.09.2014). *Psychotherapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige – Das Tele.TAnDem Interventionskonzept*. Vortrag auf der Jahrestagung der Alzheimer Gesellschaft Thüringen, Weimar.

Meichsner, F. (10.10.2013). *Fachliche Einführung in das Thema psychische Belastungen bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten*. Vortrag im Rahmen der Tagung des "Dialogforum Depression", Thema: "Hilfsangebote für pflegende Angehörige mit psychischen Belastungen", Berlin.

Albrecht, K. (12.06.2012). *Die Situation pflegender Angehöriger und deren psychologische Unterstützung*. Workshop im Rahmen der Demenztagung, FH Jena.

Wilz, G. (12.06.2012). *Familien als Ressource bei Demenz*. Vortrag im Rahmen der Demenztagung, FH Jena.

10.4.3 Vorträge in Pflegeeinrichtungen, Kliniken und Verbänden

Broda, B., Projektvorstellung/Vortrag in einer Apotheke, München (19.02.2013)

Albrecht, K. Projektvorstellung beim Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Betreuungsbehörde der Stadt Jena (05.12.2012)

Broda, B., Projektvorstellung bei der Münchner Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie (13.11.2012)

Broda, B., Projektvorstellung bei einer Veranstaltung ehrenamtlicher Betreuer in München im Rathaus (18.10.2012)

Albrecht, K., Projektvorstellung vor dem Sozialdienst-Team des Universitätsklinikums Jena (27.09.2012)

Albrecht, K., Projektvorstellung bei der Altenhilfeplanerin, Stadtverwaltung Jena, Gabriele Pippart (14.08.2012)

Kalytta, T. & Albrecht, K., Durchführung eines ganztägigen Fachtags „Telefonische Beratung und Unterstützung älterer Menschen“ für die Telefonseelsorge Thüringen (30.06.2012)

10.4.4 Projektvorstellung für Angehörige

Jansen, S., Projektvorstellung bei der BMG-Tagung „Zukunftswerkstatt Demenz“, Bonn (28.1.2014)

Albrecht, K., Projektvorstellung im Rahmen einer Angehörigenschulung des DRK Jena (23.10.2013)

Heese, Ch., Projektvorstellung im Rahmen des Demenztags am Asklepiosklinikum Stadtroda (28.09.2013)

Albrecht, K. & Heese, Ch., Projektvorstellung im Rahmen des Demenztags in Jena (21.09.2013)

Albrecht, K., Projektvorstellung vor Angehörigen im Rahmen einer Angehörigenschulung der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. (11.04.2013)

Broda, B., erneute Projektvorstellung in bestehenden Angehörigengruppen und in Arbeitskreisen (Facharbeitskreis der Beratungsstelle und des Münchner Helfernetzwerkes Demenz), München (02-03/2013)

Ludwig, M., Angehörigengruppe für Schwieger-/Kinder bei FRIDA e.V. – Freiwilligeninitiative für demenzerkrankte Menschen und ihre pflegenden Angehörigen (07.01.2013)

Ludwig, M., Projektvorstellung in Angehörigengruppen bei der Alzheimer Gesellschaft Hildesheim (01/2013)

Machmer, A., Angehörigengruppe für Schwieger-/Kinder bei FRIDA e.V. – Freiwilligeninitiative für demenzerkrankte Menschen und ihre pflegenden Angehörigen (10.12.2012)

Heese, Ch., Projektvorstellung/Stand zum Jenaer Demenztag (17.11.2012)

Reiter, Ch. & Rother, D., Projektvorstellung/Stand zum Jenaer Gesundheitstag (17.11.2012)

Broda, B., Flyer/Plakat zum Welt-Alzheimer-Tag (09/2012)

Albrecht, K., Projektvorstellung vor Angehörigen im Rahmen einer Angehörigenschulung der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. (12.07.2012)

Broda, B., Verteilung Flyer Gedächtnismobil des Instituts für Schlaganfall- und Demenzforschung in der Münchner Innenstadt (21.06.2012)

Broda, B., Projektvorstellung im Rahmen der Vortragsveranstaltung der SaniPlus Apotheke und Siemens Betriebskrankenkasse. (20.06.2012)

11. Verwertung der Projektergebnisse

Verstetigungskonzept für die nachhaltige psychotherapeutische Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz durch Tele.TAnDem

Hintergrund

Die telefonische Therapie Tele.TAnDem zur Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz wurde zwischen 2008 und 2010 entwickelt und hinsichtlich ihrer Effektivität positiv evaluiert. Im Rahmen des aktuellen Projekts Tele.TAnDem.Transfer wurde untersucht, ob eine Durchführung unter Versorgungsbedingungen umsetzbar, effektiv und wirtschaftlich ist. Neben der Evaluation des Interventionskonzeptes zielte die Studie auf die Verbesserung der Versorgung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz ab. Grundlage für die Umsetzung der Intervention „Tele.TAnDem“ bildet ein manualisiert vorliegendes Konzept (Wilz, Schinköthe und Kalytta, 2015). Bei der Studienplanung wurden die drei Standorte Berlin, München und Jena gewählt, bei denen Tele.TAnDem in die bestehenden Strukturen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und der Alzheimer Gesellschaft München integriert werden konnte. Durch diesen integrativen Ansatz und die enge Kooperation konnte Tele.TAnDem mit bestehenden Angeboten der Alzheimer Gesellschaften erfolgreich vernetzt werden.

Die Intervention „Tele.TAnDem – Psychologische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz“ bietet damit eine wesentliche und individualisierte Ergänzung zu den derzeit bestehenden Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, wie z.B. Pflegekurse, Angehörigengruppen und Angehörigenberatung, und kann mit diesen gut verzahnt werden. Die telefonische Intervention Tele.TAnDem ermöglicht zudem einen bundesweiten und niedrigschwelligen Zugang zu pflegenden Angehörigen.

Nach Beendigung der Förderung in 2015 und positiver Analyse der Intervention ist nun zu prüfen, wie das Interventionskonzept in der Versorgung etabliert werden kann. Dazu ist es erforderlich festzustellen, an welchen Standorten und in welchen Regionen die Maßnahme in die Versorgungsstrukturen eingebettet und wie die Maßnahme finanziert werden kann. Auf der Grundlage dieser Überlegungen sollten Ansätze zur Sicherung des erreichten Standes (Durchführung der Intervention an zwei Standorten der Alzheimer Gesellschaften) und zur Weiterentwicklung nachhaltiger Strukturen erarbeitet werden.

Aktuelle Handlungserfordernisse

Bei der Verstetigung der Intervention Tele.TAnDem zur Förderung der familiären Pflege von Menschen mit Demenz sind zwei Aspekte zu differenzieren:

I) die Sicherung und langfristige Fortführung der geförderten Intervention Tele.TAnDem in den bestehenden Strukturen der Alzheimer Gesellschaften und

II) die Verbreitung der Interventionsmaßnahme für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in weitere Versorgungsstrukturen

I) Sicherung und Fortführung der Intervention Tele.TAnDem

Fortführung der Intervention

Voraussetzung – Akzeptanz der Zielgruppe

Die aktuelle Studie bestätigt die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention bei den pflegenden Angehörigen (siehe Kapitel 7.6). Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für die dauerhafte Integration der Intervention in die Versorgung gegeben.

Eine weitere Voraussetzung für die Fortführung der Intervention ist durch den Wirksamkeitsnachweis der Intervention gegeben (siehe Kapitel 7).

Schritt 1 – Fortführung in bestehenden Versorgungsstrukturen

Unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte sollte entweder ein überregionaler Standort voraussichtlich über die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. in Berlin und/oder regionale Unterstützungspunkte in den regionalen Alzheimer Gesellschaften aufgebaut werden, um die bisherigen Erfolge und die Verbesserung der Versorgungssituation zu sichern. Es wird empfohlen, die erprobte erfolgreiche Zusammenarbeit fortzuführen und dafür Zuständigkeiten festzulegen. Als Voraussetzung dafür müssten weiterführende Kooperationsvereinbarungen geschlossen und Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden.

Schritt 2 – Qualifizierung und Qualitätssicherung

Wie im Antrag formuliert, wurde zur langfristigen Sicherstellung von qualifizierten Therapeutinnen für die Tätigkeit als Tele.TAnDem.-Therapeutin ein Fortbildungsangebot etabliert (Wilz, Schinköthe & Kalytta, 2015). Insgesamt wurden 15 psychologische Psychotherapeutinnen (mit Approbation oder in fortgeschrittener Ausbildung) qualifiziert.

Diese Fortbildung wird auch zukünftig angeboten und durchgeführt werden. Die Teilnahme an dieser Fortbildung zertifiziert Therapeutinnen mit Approbation und Ausbildung in Verhaltenstherapie zur Durchführung von Tele.TAnDem und ist bereits durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannt. Dass die Intervention durch approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie durchgeführt wird, ist eine wesentliche Interventionsbedingung. Um zu gewährleisten, dass diese Berufsgruppe die Intervention für Angehörige von Personen mit Demenz übernimmt, ist eine entsprechende Vergütung, gemäß eines psychotherapeutischen Einzelgesprächs oder einer psychotherapeutischen Sitzung empfehlenswert (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung, Orientierungspunktwert für 2015 liegt bei 10,2718 Cent, 108 Punkte, 11,09 €je 10 min, EBM).

Schritt 3 - Qualitätsmanagement

Die qualifizierten Therapeutinnen können die Intervention selbständig ambulant im persönlichen Kontakt oder telefonisch durchführen. Um die Qualität der Intervention sicherzustellen, werden im Rahmen der Fortbildung zu Beginn Supervisionen angeboten. Die aktuelle Studie zeigt, dass Fortbildung und Supervision von den Therapeutinnen positiv bewertet werden und für die Kompetenzentwicklung der Therapeutinnen von Nutzen sind (Kapitel 7.7.3).

Langfristige Verstetigung der Intervention

Die Kosten der Intervention sind in Kapitel 7.5 dargestellt. Im nächsten Schritt ist es notwendig, Finanzierungsmodelle für die Intervention zu finden. Bisher gibt es kein zu bevorzugendes Finanzierungsmodell dieser neuartigen telehealth-basierten Intervention, da die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen keine eindeutige Zuordnung der Intervention zu einem Leistungsbereich ermöglichen. Die konkreten Umsetzungsmöglichkeiten sind daher zu prüfen.

Im Zuge der Pflegereform 2016 - 2017 / Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) könnte möglicherweise ein Rahmen für die Verstetigung der Leistung in der Versorgung geschaffen werden. Die Intervention fokussiert - wie im Sinne des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes gefordert - die Förderung der Selbständigkeit, die Reduktion von Beeinträchtigungen bzw. die Bewältigung von psychischen Problemlagen und den selbständigen Umgang mit krankheitsbedingten Verhaltensweisen, Anforderungen und Belastungen sowie die Förderung

der aktiven Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte. Finanzierungsmöglichkeiten als besondere Leistungen im Rahmen der Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45, SGB XI sind zu prüfen. Voraussetzung dafür ist die Anerkennung von Tele.TAnDem als förderungsfähig im Rahmen von §45 SGB XI. Die Zielgruppe sind familiär Pflegende von Menschen mit Demenz mit einem Pflegegrad 1 – 5 (PSG II). Das Setting (Telefon, individuell) ist niedrighschwellig und adäquat auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten. Wesentliche Kriterien zur Anerkennung der Leistung sollten die Durchführung per Telefon von einer Fachkraft (in Tele.TAnDem zertifizierte Verhaltenstherapeutinnen) und der Leistungsumfang von 12 Gesprächen über einen Zeitraum von sechs Monaten sein. Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass darüber hinaus bei den meisten Angehörigen der Wunsch nach therapeutischen Gesprächen im Bedarfsfall besteht.

Neben einer Finanzierung über die Pflegekasse sind verschiedene Finanzierungsmodelle über die Krankenkassen denkbar. Für eine Finanzierung über die GKV müsste eine gesundheitsökonomische Evaluation ein akzeptables inkrementelles Kosten-Effektivitätsverhältnis zeigen; dies ist in dieser Studie nur zum Teil gelungen (die Bootstrap samples fielen in unterschiedliche Quadranten). Der Vorteil eines Finanzierungsmodells über die Krankenkassen könnte darin bestehen, dass die Barrieren der Inanspruchnahme für Angebote der Krankenkassen im Sinne der eigenen Gesundheitsförderung geringer sein könnten. Möglicherweise werden Angebote über die Pflegeversicherung seltener in Anspruch genommen, da diese eher mit der „Pflegesituation“ assoziiert werden und viele pflegende Angehörige ihre Rolle nicht als „Pflegende“ erleben, da die Pflegeverantwortung für sie selbstverständlich ist. Dementsprechend sollten neben einer Finanzierung über die Pflegekasse auch folgende Alternativen diskutiert werden:

- (1) Abrechnung als psychotherapeutische Leistung gemäß der Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) - Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung).
- (2) Übernahme der Kosten im Rahmen der Rehabilitation gemäß § 40 SGB V - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder gemäß § 43 SGB V- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

II) Weiterentwicklung der Interventionsmaßnahme für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

Neben der Sicherung der bestehenden Versorgungsstrukturen wird bereits seit 2014 an der Weiterentwicklung der Intervention gearbeitet. An der Friedrich-Schiller-Universität Jena wird im Rahmen des Folgeprojekts „Tele.TAnDem – Online“ die Interventionsdurchführung mittels neuer Medien (Blog, Email) hinsichtlich Effektivität und Akzeptanz durch die pflegenden Angehörigen analysiert. Überprüft wird dabei auch, ob durch diesen Zugang spezifische Zielgruppen, wie z.B. pflegende Männer, die derzeit noch selten an Unterstützungsangeboten teilnehmen, besser erreicht werden können .

Darüber hinaus wurden die Interventionsstrategien weiterentwickelt. Die bisher erfolgreich eingesetzten verhaltenstherapeutischen Techniken wurden mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien und mit Interventionen zur Wertklärung kombiniert (Akzeptanz- und Commitmenttherapie - „Tele.TAnDem – ACT“). Erste Ergebnisse zeigen, dass diese Intervention „Tele.TAnDem – ACT“ ebenso effektiv ist und somit die Intervention um adäquate therapeutische Strategien bereichert.

Im Rahmen beider Folgeprojekte wurden die bereits bestehenden Verstetigungs- und Versorgungsstrukturen bei den Alzheimer Gesellschaften und das umfassende Netzwerk bestehend aus regionalen Kooperationspartnern genutzt. Dadurch können auch nach der Förderung von „Tele.TAnDem.Transfer“ den pflegenden Angehörigen weitere psychotherapeutische Unterstützungsmöglichkeiten schnell und niedrigschwellig angeboten werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Rahmenbedingungen zur Projektverstetigung (Effektivität und Kosten der Intervention, Akzeptanz und Nutzen der Intervention für die Angehörigen, Nutzerzahlen, Entwicklung von Versorgungsstrukturen, Publikation der Intervention und Qualitätssicherung) gegeben sind. Insofern haben sich durch das Projekt nachhaltige Strukturen entwickelt, die einen wesentlichen Beitrag zur Förderung und Stabilisierung der familiären Pflege leisten könnten, sobald die Frage der nachhaltigen Finanzierung geklärt ist.

Die derzeit laufenden Folgeprojekte und das im Rahmen des geförderten Projekts aufgebaute Netzwerk zwischen verschiedenen Akteuren aus dem Pflege- und Gesundheitssektor belegen das hohe Maß an Verstetigung.

Die zukünftige Finanzierung in die Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems muss unter dem Aspekt des langfristigen und steigenden Bedarfs der pflegenden Angehörigen

geplant und realisiert werden. Es wird vorgeschlagen, dazu einen gemeinsamen Workshop mit Akteuren aus der Politik sowie dem Pflege- und Gesundheitssektor durchzuführen.

Verwertung der Forschungsergebnisse

Die aus dem Projekt gewonnenen Forschungsergebnisse wurden zur Verwertung bereits in einigen Fachbüchern und nationalen wie internationalen Journalen sowie im Rahmen von Vorträgen und Postern auf Konferenzen und Kongressen veröffentlicht (siehe Kapitel 10). Zudem sind weitere Veröffentlichungen in unterschiedlichen Medien und für unterschiedliche Zielgruppen (Fachkräfte, wie Psychotherapeutinnen, pflegende Angehörige und professionell Pflegetende) in Vorbereitung.

Die Aufnahme der Forschungsergebnisse in die Lehre sowie in Abschlussarbeiten und Promotionen (vgl. Kapitel 12.2) stellt einen weiteren Verwertungsaspekt dar. Zusätzlich werden die Forschungsergebnisse in die Qualifikation von Psychologischen Psychotherapeutinnen im Weiterbildungsstudiengang der Friedrich-Schiller-Universität Jena integriert.

12. Publikationsverzeichnis

12.1 Wissenschaftliche Publikationen im Berichtszeitraum

12.1.1 Under review

Meichsner, F. & Wilz, G. (under review). Dementia Caregivers' Coping with Pre-Death Grief: Effects of a CBT-based Intervention.

Risch, A., Mund, M. & Wilz, G. (in Vorbereitung). Validierung der Skalen zu pflegebezogenen Einstellungen.

Schinköthe, D., Altmann, U., Weise, L., Möller & Wilz, G. (in prep.). Mechanisms of change and their impact on outcome in telephone cognitive-behavioral therapy. Results from a multiperspective assessment and comparison to face-to-face-therapy in family caregivers of dementia.

Wilz, G., Meichsner, F. & Soellner, R. (under review). Are psychotherapeutic intervention effects sustainable? Two-year long term effects of a Cognitive Behavioral Intervention by Telephone for Caregivers of People with Dementia.

Wilz, G., Weise, L., Reiter, C., Reder, M., Machmer, A. & Söllner, R. (under review). Do family caregivers of people with dementia reach their goals in a psychotherapeutic telephone intervention? Evaluation of Goal Attainment, treatment compliance and participant's satisfaction.

12.1.2 Im Druck

Albrecht, K. & Wilz, G. (im Druck). Interventionskonzepte für pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung. In: Hilse, Opielka, Walpuski (Hrsg.), *Demenz und Politik. Koproductive Hilfen bei Demenz – Möglichkeiten politischer Unterstützung*. Springer.

Wilz, G. & Pfeiffer, K. (im Druck). *Pflegende Angehörige. Fortschritte der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Kalytta, T. & Wilz, G. (im Druck). Prospektive Beobachtungsstudie zur Evaluation angeleiteter Gruppen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. *Die Pflegezeitschrift*.

Wilz, G. & Meichsner, F. (im Druck). Angehörigeninterventionen bei somatischer Krankheit. In U. Koch & J. Bengel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Medizinische Psychologie, Band 2: Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe.

12.1.3 Veröffentlicht

2015

Wilz, G. & Soellner, R. (2015). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy (CBT) for family caregivers of people with dementia: Does a short term intervention on telephone work? *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2015.1101631

- Meichsner, F., Schinköthe, D., & Wilz, G. (2015a). The Caregiver Grief Scale: Development, exploratory and confirmatory factor analysis, and validation. *Clinical Gerontologist*. doi:10.1080/07317115.2015.1121947.
- Meichsner, F., Schinköthe, D., & Wilz, G. (2015b). Managing loss and change: CBT-based grief interventions for dementia caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. doi: 10.1080/07317115.2015.1121947.
- Soellner, R., Reder, M., Machmer, A., Holle, R. & Wilz, G. (2015). The Tele.TAnDem intervention: study protocol for a psychotherapeutic intervention for family caregivers of people with dementia. *BMC Nursing*, 14 (11).
- Wilz, G. & Meichsner, F. (2015). Unterstützende Interventionen für Angehörige. In W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Wilz, G., Schinköthe, D. & Kalytta, T. (2015). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.

2014

- Schinköthe, D., Altmann, U. & Wilz, G. (2014). The effects of treatment adherence and treatment-specific therapeutic competencies on outcome and goal attainment in telephone-based therapy with caregivers of people with dementia. *Aging Ment Health*, 1-10.
- Schinköthe, D. & Wilz, G. (2014). The assessment of treatment integrity in a cognitive behavioral telephone intervention study with dementia caregivers. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 37 (3), 211-234.
- Töpfer, N.F., Foster, J.L.H. & Wilz, G. (2014). "The Good Mother and Her Clinging Child": Patterns of Anchoring in Social Representations of Dementia Caregiving. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24 (3), 234-248.
- Sullivan, K. A., Beattie, N., Khawaja, N., Wilz, G. & Cunningham, L. (2014). The Thoughts Questionnaire (TQ) for family caregivers of people with dementia. *Dementia*, doi: 1471301214553038, first published online 10/ 2014.

2013

- Meichsner, F., Schinköthe, D. & Wilz, G. (2013). Trauer bei Angehörigen Demenzerkrankter. Was können psychotherapeutische Interventionen leisten? Eine Falldarstellung. *Psychotherapie im Alter*, 10 (4), 505-514.

2012

- Kalytta, T. & Wilz, G. (2012). Benötigen Angehörige von Demenzerkrankten Psychotherapie? Ergebnisse einer telefonischen Kurzzeittherapie für Angehörige von Demenzerkrankten. *Psychotherapie Aktuell*, 4 (1), 29–31.

- Wilz, G. (2012). Familie und somatische Krankheit. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg). *Band D/VIII/1: Grundlagen der Medizinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie*. S. 487-512. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G. & Brähler, E. (2012). Mitbetroffen – Angehörige akut und chronisch Erkrankter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)*, 62, 333-334.
- Wilz, G. & Kalytta, T. (2012). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Gruppenkonzepts für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)*, 62, 359-366.
- Wilz, G. & Meichsner, F. (2012). Einbezug von Familienangehörigen chronisch Kranker in einer Arzt-Patient-Kommunikation. *Bundesgesundheitsblatt*, 55 (9), 1125-1131.

12. 2 Wissenschaftliche Abschlussarbeiten

Unterschiedlichste wissenschaftliche Fragestellungen zu den Projekten Tele.TAnDem und Tele.TAnDem.Transfer wurden bislang in zahlreichen wissenschaftlichen Abschlussarbeiten unter Betreuung der Projektmitarbeiter/innen bzw. der Projektleiterinnen bearbeitet.

12.2.1 Laufende Arbeiten

- Jeschag, A. (in Vorbereitung). *Tele.TAnDem.Transfer – Therapeutische Besonderheiten und Gestaltung der Zusammenarbeit mit Alzheimer Gesellschaften*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Kalytta, T. (in Vorbereitung). *Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Gruppenkonzepts für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten*. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Lackmann, V. (in Vorbereitung). *Soziodemographische und pflegebezogene Prädiktoren der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch pflegende Angehörige Demenzerkrankter*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Meichsner, F. (in Vorbereitung). *Trauerspezifische Interventionen bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten im Rahmen einer kognitiv-behavioralen Therapie*. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Moskalski, M. (in Vorbereitung). *Der Einfluss der Ressourcenrealisierung auf den Zusammenhang zwischen fortschreitender Demenz und der Lebensqualität pflegender Angehöriger*. Masterarbeit, Universität Hildesheim.
- Schinköthe, D. (in Vorbereitung). *Die Bedeutung psychotherapeutischer Wirkmechanismen in kognitiv-behavioralen Interventionsstudien mit Angehörigen von Menschen mit Demenz*. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Wehder, L. (in Vorbereitung). *Prädiktoren der Therapiezufriedenheit-Ergebnisse einer kognitiv-behavioralen Interventionsstudie mit Angehörigen von Menschen mit Demenz*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

12.2.2 Abgeschlossene Arbeiten

Bachmann, D. (2013). *Liebevoll, selbstlos und überlastet – eine Analyse sozialer Repräsentationen der bestmöglichen familiären Demenzpflege mittels Free Association Task und halbstrukturierter Interviews*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Bell, B. (2015). *Tele.TAnDem.Transfer – Begleitende Supervision und Schulung aus Therapeutesicht bewertet*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Brokop, A. (2015). *Die subjektive Zufriedenheit pflegender Angehöriger von Demenzerkrankten mit den Rahmenbedingungen einer telefonischen Intervention*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Gichie, S.E. (2014). *Verbessert eine telefonische kognitiv-behaviorale Intervention das psychische Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen?* Bachelorarbeit, Universität Hildesheim.

Haas, M. (2013). *Begünstigende Faktoren der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsangebote bei Demenz: eine qualitative Analyse der Anbietersichtweise*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Hahner, R. (2015). *Therapieerwartung im Rahmen einer Intervention für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Veränderung im therapeutischen Prozess und Zusammenhang mit dem Therapieerfolg*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Hauf, T. (2015). *Über die Akzeptanz der vorweggenommenen Trauer bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz*. Bachelorarbeit, Universität Hildesheim.

Herold, C. (2015). *Die Zufriedenheit von pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter mit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Kurzzeitintervention im Telefon- und face-to-face-Setting – Ergebnisse eines sechs-Monats-Follow-ups*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Jeschag, A. (2013). *Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote pflegender Ehefrauen von Demenzerkrankten – eine qualitative Interviewanalyse*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Killenberg, T. (2012). *Strategien der Angehörigen im Umgang mit Verhaltensproblemen demenziell Erkrankter: Eine qualitative Analyse*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Knösing, A. (2012). *Untersuchung der Langzeiteffekte einer telefonischen Therapie*. Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Köhler, S. (2014). *A grief-specific qualitative analysis of selected cases from a telephone-based intervention study*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

- Kresse, H. (2012). *Psychometrische Überprüfung des Anbieterfragebogens „Befragung zu niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Demenzerkrankte in Thüringen“*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Kuhn, A. (2015). *Die Zufriedenheit von pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter mit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Kurzzeitintervention im Telefon- und face-to-face-Setting*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Langlotz, T. (2013). *Idealvorstellung von familiärer Demenzpflege: Eine Analyse Sozialer Repräsentationen anhand von Fokusgruppen*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Marco, M. (2012). *Beurteilung psychotherapeutischer Kompetenz durch Novizen und Experten: Ein Vergleich*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Matthias, S. (2015). *Tele.TAnDem.Transfer – Eine Bewertung von Manualumsetzung und Settingbedingungen aus Therapeutesicht*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Meier, S. (2014). *Geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausdruck verlustbedingter Emotionen bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Miksch, A.F. (2013). *Der Einsatz von Ressourcenaktivierung zur Bearbeitung von Trauer und Verlust bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten – eine Qualitative Analyse im Rahmen einer telefonbasierten Interventionsstudie*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Mirau, A. (2012). *Weiterbildungskonzepte zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzerkrankten: Eine Analyse des aktuellen Forschungsstands*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Mohlau-Haun, J. (2012). *Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Demenzerkrankte*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Möller, B. (2014). *Die Etablierung der therapeutischen Beziehung in telefonbasierter vs. Face-to-Face-Psychotherapie - Ergebnisse aus einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention mit pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Möller, M. (2012). *Psychotherapeutische Kompetenz bei der Aufgabe und Auswertung von Hausaufgaben – Untersuchung des Zusammenhangs zum Therapieergebnis im Rahmen einer kognitiv-behavioralen telefonischen Therapie für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Norden van, R. (2013). *Trauer und Verlusterleben bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten. Eine qualitative Analyse kognitiver Interventionen*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Oswald, T. (2013). *Der Einfluss der Behandlungsintegrität und der therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis in einer kognitiven-behavioralen Interventionsstudie*. Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

- Petzholdt, C. (2015). *Professionelle Unterstützungsangebote für Angehörige Demenzerkrankter – psychologische Prädiktoren und Veränderung der Inanspruchnahme im Rahmen einer Interventionsstudie*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Renas, S. (2012). *Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens für Angehörige von Demenzerkrankten*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Rieforth, E. (2012). *Wer kann psychotherapeutische Adhärenz einschätzen? Ein Vergleich zwischen Studenten- und Expertensicht*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Rogerson, L. (2014). *Der emotionale Ausdruck von Verlust und Trauer bei Angehörigen von Demenzerkrankten: Ein Vergleich zwischen pflegenden Kindern und pflegenden Partnern im Rahmen einer telefonbasierten Interventionsstudie*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Rother, D. (2013). *Unterstützende Angebote für Pflegende Demenzerkrankter – Veränderungen durch psychotherapeutische Intervention*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Saffer, T. (2012). *Hausaufgaben in der kognitiven Verhaltenstherapie – Entwicklung und Validierung einer Kompetenzskala. Untersucht im Rahmen einer Telefon-Intervention für Angehörige Demenzerkrankter*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Schmidt, C.A.-L. (2013). *Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeitern für Betreuungsangebote von Demenzerkrankten: Eine qualitative Analyse aus Anbietersicht*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Schmidt, S. (2013). *Die Bedeutung psychologischer Faktoren für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch pflegende Angehörige von Demenzerkrankten*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Schneegaß, N. (2012). *Niedrigschwellige Betreuungsangebote: Barrieren der Inanspruchnahme und Kriterien der Nutzung von Einzelbetreuung und Betreuungsgruppen aus Angehörigenperspektive*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Schünemann, J. (2012). *Barrieren formeller Unterstützung bei pflegenden Partnerinnen Demenzerkrankter – Qualitative Analyse einer kognitiv-behavioralen Interventionsstudie*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Szagarus, A. (2012). *Eine qualitative Analyse zu Veränderungen der Depressivität bei Demenz: Wirksamkeit eines therapeutischen Gruppenprogramms für pflegende Angehörige*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Valentin, T. (2015). *Die therapeutische Beziehung im Onlinekontakt- Eine qualitative Analyse der internetbasierten Beziehungsgestaltung im Rahmen von Tele.TAnDem.Online*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Weisbach, S. (2013). *Mehrperspektivenanalyse der therapeutischen Beziehung – Ergebnisse einer telefonischen Therapie für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

- Weise, L. (2013). *Zusammenhang zwischen Therapieerwartung, Therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg – Ergebnisse einer telefonischen Intervention für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten*. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Weise, C. (2013). *Akzeptanz von Handlungsempfehlungen für Anbieter von zusätzlichen Betreuungsleistungen bei Demenz – Eine Analyse von halbstrukturierten Interviews*. Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Wieder, L. (2014). *Angehörige mit Demenz zuhause pflegen – Hat der Angehörigenstatus einen Einfluss auf das Belastungsempfinden?* Masterarbeit, Universität Hildesheim.
- Wittmann, L. (2013). *Internetbasierte Intervention für pflegende Angehörige mit dem Fokus auf pflegende Angehörige von Demenzerkrankten. Ein Review*. Bachelorarbeit, Friedrich-Schiller- Universität Jena.

Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100, WHOQOL-BREF (WHO-QOL): Handbuch für die deutschsprachigen Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- BARMER GEK (Hrsg.) *Pflegereport 2010*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5, Asgard-Verlag.
- Blom, M. M., Bosmans, J. E., Cuijpers, P., Zarit, S. H., & Pot, A. M. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, *13*(1), 17-24.
- Boots, L. M., de Vugt, M. E., van Knippenberg, R. J., Kempen, G. I., & Verhey, F. R. (2014). A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*(4), 331-344.
- Bortz, J. (2006). *Statistik: Für Human-und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Brähler, E., Hinz, A., & Scheer, J. W. (2008). *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 51. *Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung* (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz PNG) ausgegeben zu Bonn am 29. Oktober 2012, S. 2246 [www.bgbl.de, Zugriff am 21.01.16].
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014 Teil I Nr. 61. *Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften* (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I), ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 2014, S. 2222 [www.bgbl.de, Zugriff am 21.01.16].
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 54. *Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften* (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2015, S. 2424 [www.bgbl.de, Zugriff am 21.01.16].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013). <http://www.wegweiser-demenz.de/betreuung-und-pflege.html>. Zugriff am 28.08.2015.
- Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*(6), 537-546.
- Chappell, N. L., & Reid, C. R. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *The Gerontologist*, *42* (6), 772-780.
- Chien, L.Y., Chu, H., Guo, J.L., Liao, Y.M., Chang, L.I., Chen, C.H., et al. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*, 1089–1098
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing

- measurement invariance. *Structural equation modelin* , 9 (2), 233–255.
- Cicchetti, D. V., & Sparrow, S. A. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: applications to assessment of adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(2), 127-137.
- Colantonio, A., Kositsky, A., Cohen, C., & Vernich, L. (2001). What support do caregivers of elderly want? Results from the Canadians Study of Health and Aging. *Canadian Journal of Public Health*, 92(5), 376-379.
- von Consbruch, K., Flückiger, C., Stangier, U., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hoyer, J., Leibing, E., Leichsenring, F., Salzer, S., Strauß, B., & Wiltink, J. (2013). WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe. = Assessing common factors in psychotherapy: Psychometric properties of a new time-economic instrument (WIFA-k). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63(7), 286-289.
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*., 22(3), 181-188.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): *Hilfe beim Helfen*. Schulungsreihe für Angehörige von Menschen mit Demenz. Vollständig überarbeitete Auflage 2015, DVD
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2012). http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf: Zugriff am 28.08.2015.
- Döhner, H., & Kohler, S. (2012). Pflegende Angehörige. In: H-W Wahl, C. Tesch-Römer, J. Ziegelmann (Hrsg.) *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (S. 472-476). Stuttgart: Kohlhammer.
- Donath, C., Luttenberger, K., & Gräbel, E. (2009). Pflegekurse- Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzpatienten. *Das Gesundheitswesen*, 71(5), 291-292.
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2013). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3rd ed.). London: SAGE Publications.
- Fleiss, J. L. (1973). *Statistical methods for rates and proportions*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1973). The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 613–619.
- Fleiss, J. L. (1981). Balanced incomplete block designs for inter-rater reliability studies. *Applied Psychological Measurement*, 5(1), 105-112.

- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000: Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 39(2), 71-79.
- Forducey, P. G., Glueckauf, R. L., Bergquist, T. F., Maheu, M. M., & Yutsis, M. (2012). Telehealth for persons with severe functional disabilities and their caregivers: facilitating self-care management in the home setting. *Psychological Services*, 9(2):144-162.
- Forster, A., Dickerson, J., Young, J., Patel, A., Kalra, L., Nixon, J., Smithard, D., Knapp, M., Holloway, I., Anwar, S., & Farrin, A. (2013). A cluster randomised controlled trial and economic evaluation of a structured training programme for caregivers of inpatients after stroke: the TRACS trial. *Health Technology Assessment*, 17(46), 1-98
- Fritz, S. (2005). *Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen: (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit* (Vol. 38). Zürich: vdf Hochschulverlag AG
- Gallagher-Thompson D, Coon D.W. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol. Aging*. 2007;22: 37–51
- Gitlin, L. N, Hodgson, N., Jutkowitz, E., & Pizzi, L. (2010). The cost-effectiveness of a nonpharmacologic intervention for individuals with dementia and family caregivers: the tailored activity program. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 510-519.
- Gitlin, L. N. (2012). Good News for Dementia Care: Caregiver Interventions Reduce Behavioral Symptoms in People With Dementia and Family Distress. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 894-897.
- Glueckauf, R. L., & Noel, L. T. (2011). Telehealth and family caregiving: Developments in research, education, and health care policy. In R. W. Toseland, D. H. Haigler & D. J. Monahan, (Hrsg.), *Education and support programs for caregivers: Research, practice, policy* (S. 85–105). New York: Springer.
- Grawe, K. (2000). Allgemeine Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie*, 2, 314-325.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *ADS - Allgemeine Depressionsskala*. Göttingen: Beltz Test.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *ADS (2012) - Allgemeine Depressionsskala (2012). Tests Info*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures*, 1(1), 77–89.

- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version (HADS-D)*. Bern: Huber.
- Hofmann, N. (2007). *Kognitiv-behaviorale und tiefenpsychologisch fundierte Therapie der Generalisierten Angst: Ein Therapieprozessvergleich*. Dissertation, Universität Göttingen.
- Holst, G., & Edberg, A. K. (2011). Wellbeing among people with dementia and their next of kin over a period of 3 years. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 25(3), 549-577.
- IBM Corp. Released 2012. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ipsen, C., Ravesloot, C., Seekins, T., & Seninger, S. (2006) A Financial Cost - Benefit Analysis of a Health Promotion Program for Individuals With Mobility Impairments. *Journal of Disability Policy Studies*, 16(4), 220-228.
- Joling, K. J., van Hout, H. P. J., Schellevis, F. G., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Knol, D. L., & van Marwijk, H. W. J. (2010). Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: A naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 146-153.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale, NJ US, London: Jason Aronson.
- Kalytta, T., & Wilz, G. (2008). Unterstützung der familiären Pflege von Demenzkranken: Beschreibung und Anwendung eines kognitiv verhaltensorientierten Gruppenprogramms. In D. Schaeffer, J. Behrens & A. Kruse (Hrsg.), *Verbundforschung in der Pflege* (S. 211-231). Weinheim: Juventa.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling - General method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community mental health journal*, 4(6), 443-453.
- Kurz, A., & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt*, 82(3), 336-342.
- Lee, E. (2015). Do Technology-Based Support Groups Reduce Care Burden Among Dementia Caregivers? A Review. *Journal of evidence-informed social work*, 12(5), 1-14.
- Little, P. T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Press.
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., Romeo, R., King, D., Livingston, D., Lewis-Holmes, E., Mummery, C., Walker, Z., Hoe, J., & Cooper, C. (2014). START (STrategies for RelaTives) study: a pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manual-based coping strategy programme in promoting the mental health of carers of people with dementia. *Health Technology Assessment*, 18(61), 1-242.

- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B.T., Lopez, J., Fernández-Fernández, V., *et al.* (2015). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 760–772.
- Meichsner, F., Schinköthe, D., & Wilz, G. (2015). The Caregiver Grief Scale: Development, exploratory and confirmatory factor analysis, and validation. *Clinical Gerontologist*.
- Menn, P., Holle, R., Kunz, S., Donath, C., Lauterberg, J., Leidl, R., Marx, P., Mehlig, H., Ruckdaschel, S., Vollmar, H. C., Wunder, S., & Gräbel, E. (2012). Dementia care in the general practice setting: a cluster randomized trial on the effectiveness and cost impact of three management strategies. *Value in Health*, 15(6), 851-859.
- Mittelman, M.S., Roth, D.L., Clay, O.J., Haley, W.E. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 780–789.
- Merton, R. K., & Kendall, P. L. (1979). Das fokussierte Interview *Qualitative Sozialforschung*, 2, 171-204.
- Mohr, D. C., Vella, L., Hart, S., Heckman, T., & Simon, G. (2008). The Effect of Telephone-Administered Psychotherapy on Symptoms of Depression and Attrition: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 243-253.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). *Mplus Editor (Version 7.0)*[Computer software]. Los Angeles,: Muthén & Muthén.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 365–383.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 112-128.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatric*, 18, 577-595.
- Pusey, H., & Richards, D. (2001). A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5, 107-119.
- Rabin, R., & de Charro, F. D. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of medicine*, 33(5), 337-343.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E., & Georgotas, A. (1987). Behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale (BEHAVE-AD). *J Clin Psychiatry*, 48(Suppl), 9-15.

- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Risch, A., Mund, M. & Wilz, G.(in prep.). Validierung der Skalen zu pflegebezogene Einstellungen.
- Schinköthe, D., & Wilz, G. (2014). The assessment of treatment integrity in a cognitive behavioral telephone intervention study with dementia caregivers. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 37(3), 211-234.
- Schinköthe, D., Altmann, U., & Wilz, G (2015). The effects of treatment adherence and treatment-specific therapeutic competencies on outcome and goal attainment in telephone-based therapy with caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 19(9), 808-817.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Satisfaction with inpatient management. Development of a questionnaire and initial validity studies. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39(7), 248-255.
- Schmidt, J., Nübling, R., Steffanowski, A., & Wittmann, W. W. (2002). Evaluation der Effektivität psychosomatischer Rehabilitation: Wie gut stimmen echte und Retrospektive Vorher-Nachher-Vergleiche überein. *Ergebnisse aus der EQUA-Studie*, 11, 271-273.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176-187.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282, 2215-2219.
- Seidl, H., Bowles, D., Bock, J.-O., Brettschneider, C., Greiner, W., König, H.-H., & Holle, R. (2015). FIMA – Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter: Entwicklung und Pilotstudie. *Das Gesundheitswesen*, 77(1), 46-52.
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75-89.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 5, 961-973.
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372.

- Spijker, A., Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Adang, E., Wollersheim, H., Grol, R., & Verhey, F. (2008). Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*(6), 1116-1128.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014). *Pflegende Angehörige in Deutschland häufiger erwerbstätig als im EU-Durchschnitt*.
URL:<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/VereinbarkeitVonPflegeUndBeruf.html> [IM FOKUS vom 11.06.2014, Zugriff am 26.03.15]
- Teasdale, J.D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairbum (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 67-93). Oxford, England: Oxford University Press
- Thoma, J., Zank, S., & Schacke, C. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Zeitschrift Für Gerontologie und Geriatrie*, *37*(5), 349-350.
- Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P.-M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J., & Clément, J.-P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 50-56.
- Toepfer, N. F., & Wilz, G. (in prep.). *The questionnaire for the self-evaluation of resource realization: A shortend and adapted version for dementia caregivers*.
- Tremont, G., Duncan Davis, J. D., Bishop, D. S., & Fortinsky, R. H. (2008). Telephone delivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia*, *7*(4), 503-520.
- Trösken, A. K. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht*. Universität Bern.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 620-630.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T., & Stangier, U. (2010). Assessing psychotherapeutic competencies: Validation of a German version of the Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *39*, 244-250.
- Wilz, G., Adler, C., & Gunzelmann, T. (2001). *Gruppenarbeit bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., Küssner, C., & Kalytta, T. (2005). Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, *18*, 259-277.

- Wilz, G., & Soellner, R. (2011). *Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten: Eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich betreuten Angehörigen..* Schlussbericht zum Projekt Tele.TAnDem, BMG-Förderung, FKZ: LTDEMENZ-44-092
- Wilz, G., Schinköthe, D., & Kalytta, T. (2015). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm.* Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., & Soellner, R. (2015). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy (CBT) for family caregivers of people with dementia: Does a short term intervention on telephone work? *Clinical Gerontologist (in press)*.
- Wirtz, M., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität.* Göttingen: Hogrefe.
- Wimo, A., Nordberg, G., Jansson, W., Grafstrom, M. (2000). Assessment of informal services to demented people with the RUD instrument. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000;15: 969-971.
- Wittkowski, J. (2013). *Würzburger Trauerinventar.* Göttingen: Hogrefe.
- Wray, L. O., Shulan, M. D., Toseland, R. W., Freeman, K. E., Vasquez, B. E., & Gao, J. (2010). The effect of telephone support groups on costs of care for veterans with dementia. *The Gerontologist*, 50(5), 623-631.

Anhang - Ergebnisse

Anhang 1 zu 7.1.2.2 Outcomes

Tabelle 129

Kolmogorov-Smirnov-Tests der Outcomes in beiden Gruppen

Outcome	KG			TEL		
	<i>D</i>	<i>Df</i>	<i>p</i>	<i>D</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Körperbeschwerden	0.08	134	.039*	0.07	138	.062
Depressive Symptome	0.05	134	.200	0.08	138	.019*
Stimmung	0.12	134	<.001*	0.09	138	.007*
Pflegebelastung	0.17	134	<.001*	0.15	138	<.001*
Lebensqualität	0.16	134	<.001*	0.15	138	<.001*
Ängstlichkeit	0.08	134	.026*	0.10	138	.002*
Aggressivität in der Pflege	0.12	134	<.001*	0.12	138	<.001*

Note. * bedeutet signifikant.

Anhang 2 zu 7.3 und 7.4 Ergebnisevaluation:

Statistisches Vorgehen bei der Berechnung der Mehrgruppen-Längsschnitt-Modelle

Parcelling

Für die Outcomes deren Skala zu viele Items enthielt, um sie einzeln als Indikatoren in das Modell aufzunehmen und die nicht theoretisch fundiert in Subskalen-Parcels geteilt werden konnten, wurde der Balancing Approach verwendet (Little, 2013). Das Item mit der höchsten Item-Skala-Korrelation wurde mit dem Item gepaart, das die niedrigste Item-Skala-Korrelation aufwies.

Da die Parcels zu jedem Messzeitpunkt die gleichen Items enthalten sollten, wurde die durchschnittliche Item-Skala-Korrelation über die Messzeitpunkte genutzt. Hierfür wurden zunächst die einzelnen Item-Skala-Korrelationen in Fisher Z-Werte transformiert. Dann wurde das arithmetische Mittel dieser Fisher Z-Werte gebildet. Schließlich wurde das arithmetische Mittel der Fisher Z-Werte in eine Korrelation rücktransformiert, um die durchschnittliche Item-Skala-Korrelation zu erhalten. Die durchschnittlichen Item-Skala-Korrelationen wurden dann gerankt und wie bereits oben beschrieben, so den Parcels zugeordnet, dass jeweils das Item mit der höchsten und das Item mit der niedrigsten durchschnittlichen Item-Skala-Korrelation dem gleichen Parcel zugeordnet wurden. Dies

wurde fortgesetzt bis alle Items entsprechend auf die vorher angestrebte Anzahl an Parcels aufgeteilt waren. Aus Konstruktidentifikationsgründen wurden jeweils 3 Parcels gebildet.

Scale Setting

Um die Metrik für die latente Variable festzulegen, muss diese an einem Punkt festgesetzt werden, damit dieser Punkt als Referenzpunkt für alle anderen Messungen dienen kann. Welcher Parameter festgesetzt wird, ist eine arbiträre Entscheidung. Es gibt drei Arten die latente Variable an einer Stelle festzusetzen: (1) Marker Variable Method (Voreinstellung in MPlus): Die Ladung eines Indikators wird auf 1 fixiert. (2) Fixed Factor Method: Die Varianz der latenten Variable wird auf 1 fixiert. (3) Effects Coding Method: Der Mittelwert der Ladungen wird auf 1 fixiert. Die folgenden Modelle wurden mit der Fixed-Factor-Method berechnet. Begründung?

Model-fit Indices

Der X^2 -Test wird in den meisten SEM Anwendungen signifikant (Little, 2013), weil (1) der X^2 -Test übersensibel auf triviale Einflüsse reagiert, wenn die Stichprobengröße moderat groß ist und (2) der X^2 -Test ein Test des exakten Fits ist, was kein zulässiges Kriterium ist. Daher verwendet man andere Indices, die konsistent mit der Annahme sind, dass Modelle nicht perfekt passen können.

Absolute Fit Indices vergleichen das hypothetisierte Model mit dem saturierten Model. Zur Beurteilung des Model-fits in dieser Studie wurde der folgende Absolute Fit Index herangezogen: Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA) (Little, 2013) (Poor $>.10$, Mediocre $.10 - .08$, Acceptable $.08 - .05$, Good/Close $.05 - .02$, Great $< .01$). Als Cut-off für einen akzeptablen Fit dient dabei $.08$. Der SRMR wurde nicht berücksichtigt, da dieser nicht ausreichend für längsschnittliche Modelle evaluiert ist (Little, 2013).

Relative Fit Indices benötigen ein Nullmodel um den Model-fit zu beurteilen. Der Comparative Fit Index (CFI) und der Tucker-Lewis Index (TLI) wurden in dieser Studie zur Beurteilung der Modelle herangezogen. Die Beurteilungswerte können untenstehender Tabelle 130 entnommen werden.

Tabelle 130

Relative Fit Indices

	CFI	TLI
Poor	<.85	<.85
Mediocre	.85 - .90	.85 - .90
Acceptable	.90 - .99	.90 - .99
Very Good	.95 - .99	.95 - .99
Outstanding	> .99	> .99

Messmodell

Das Messmodell ist das CFA Modell, welches dem Strukturmodell zu Grunde liegt. Es testet die Adäquatheit der spezifizierten Beziehungen, welche die Indikatoren mit den latenten Konstrukten verbinden und stellt das best-passendste Modell dar (es gibt keine Constraints der latenten Beziehungen), gegen welches alle weiteren Modelle getestet werden. Im Falle eines längsschnittlichen Messmodells wird das CFA Modell wie folgt erweitert: (1) Hinzufügen von korrelierten Residuen und (2) Hinzufügen der Kovarianzen zwischen den latenten Variablen über die Messzeitpunkte (Abb. 14).

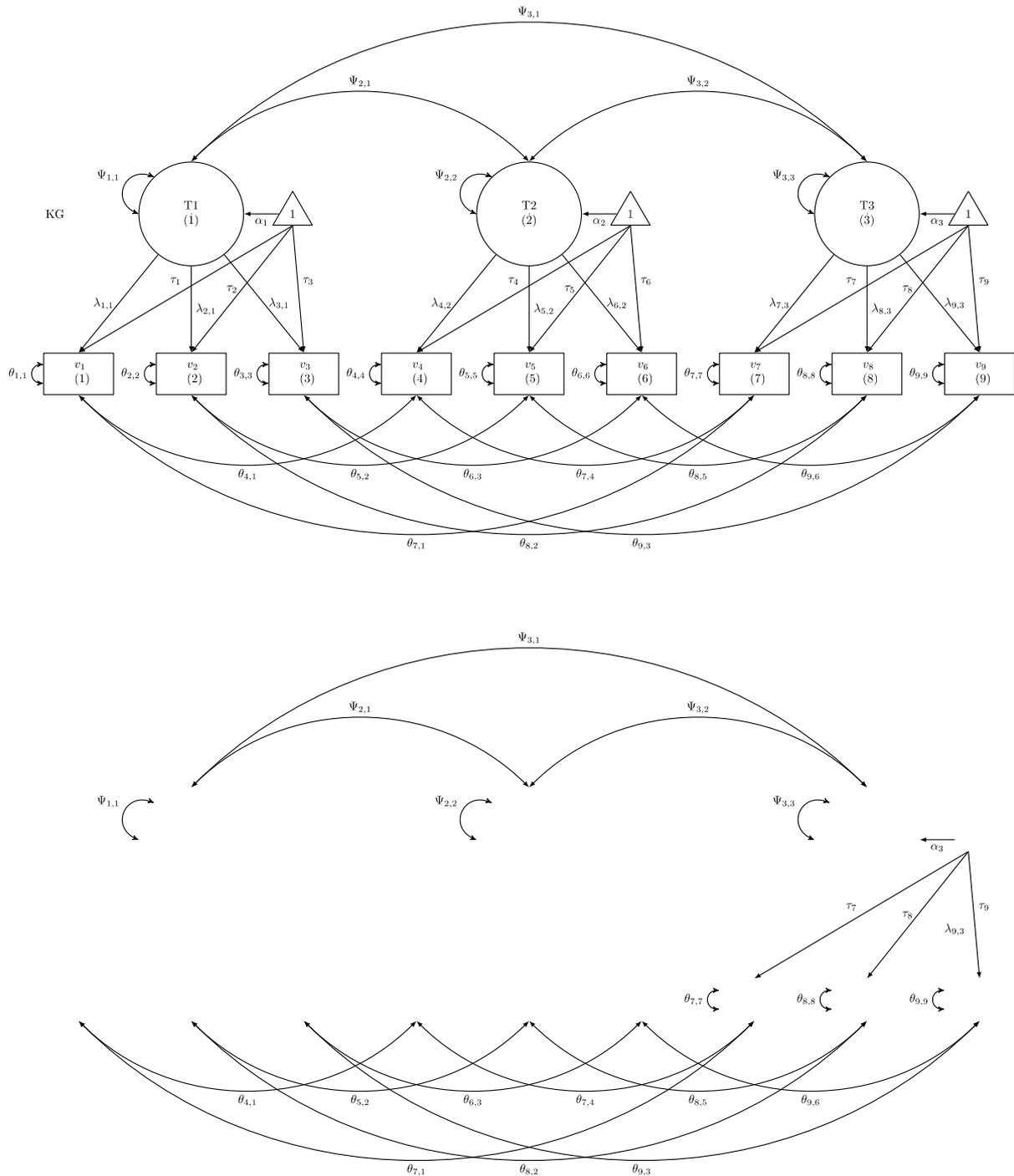


Abbildung 14. Multigruppen-längsschnittliches CFA Model

Mehrgruppen-längsschnittliches Nullmodell

Das Nullmodell basiert auf dem oben beschriebenen CFA Model. Varianzen und Mittelwerte der Indikatoren müssen sowohl über Messzeitpunkte als auch über Gruppen gleichgesetzt werden, da im Nullmodell keine Veränderungen angenommen werden. Das Nullmodell ist innerhalb des hypothetisierten Modells, also des Messmodells, geschachtelt. Lediglich die

Varianzen und Mittelwerte der Indikatoren zu T1 in Gruppe 1 werden geschätzt. Diese sind über alle Messzeitpunkte und Gruppen gleichgesetzt. Alle anderen Parameter sind auf 0 fixiert.

Faktorielle Invarianz

Um Längsschnittmodelle rechnen zu können muss sichergestellt sein, dass die Skalen über die Gruppen und Messzeitpunkte dasselbe messen. Es muss Messinvarianz vorliegen, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Nachfolgend werden die drei jeweils zu prüfenden Messinvarianzmodelle vorgestellt.

Konfigural invariantes Model

Konfigurale Invarianz bedeutet, dass (1) das Ladungsmuster (z.B. $11 > 12 > 13$) und (2) das Mittelwertsmuster (z.B. $m1 > m2 > m3$) sowohl über die Gruppen als auch die Messzeitpunkte konstant sind. Das konfigural invariante Model beschreibt das bestpassendste Model weil alle Parameter frei geschätzt werden.

Schwach faktoriell invariantes Model

Schwache faktorielle Invarianz bedeutet, dass die Ladungen sowohl über die Gruppen als auch über die Messzeitpunkte gleichgesetzt sind. Unabhängig von der Skalierungsmethode wird der Scaling Constraint zum zweiten Messzeitpunkt (und in der zweiten Gruppe) nicht länger benötigt. Für die Fixed Factor Method bedeutet das, dass die Varianz ab dem zweiten Messzeitpunkt nicht länger zur Skalierung der Ladungen fixiert werden muss. Die folgenden Varianzen werden demnach frei geschätzt.

Stark faktoriell invariantes Model

Bei starker faktorieller Invarianz sind die korrespondierenden Mittelwerte der Indikatoren sowohl über die Gruppen als auch die Messzeitpunkte gleichgesetzt. Bei der Fixed Factor Method wird der Mittelwert der latenten Variable auf 0 fixiert, dies jedoch nur zum ersten Zeitpunkt in der ersten Gruppe.

Partielle Invarianz liegt dann vor, wenn die Mehrheit der Indikatoren invariant ist. Ein partiell invariantes Konstrukt kann ohne größere Verluste an Generalisierbarkeit der Schlussfolgerungen untersucht werden (Little.2013). Wenn bei der Beurteilung der Invarianzmodelle klar wird, dass eine oder mehr Ladungen oder Interzepte nicht sowohl über die Gruppen als auch die Messzeitpunkte gleichgesetzt werden können, wird geprüft, ob zumindest partielle Invarianz der jeweiligen Stufe besteht. Die nicht-invarianten Parameter werden frei geschätzt (über Gruppe, Zeit oder auch beides). Sobald starke bzw. partiell starke

Invarianz angenommen werden kann, können die Messungen als äquivalent angesehen werden.

Um Messinvarianz zu testen werden Invarianztests durchgeführt. Es handelt sich dabei um Tests approximativer Ähnlichkeit. Nach Cheung und Rensvold (2002) gilt: Wenn die CFI Differenz $\leq .01$ ist, dann ist die Annahme der jeweiligen Invarianzstufe haltbar. Dieses Kriterium wird in jedem Schritt angewendet (von konfigural zu schwach-invariant, von schwach-invariant zu stark-invariant etc.). Der hier angestrebte Grad der Invarianz ist starke bzw. partiell starke Invarianz. Wird dieser Grad an Messinvarianz nicht erreicht, so wird kein Prädiktormodell zur Überprüfung des Gruppeneinflusses berechnet, da die Voraussetzungen nicht erfüllt waren.

Prädiktor-Modell

In Abbildung 15 ist das Prädiktor-Modell dargestellt. Zwischen den latenten Variablen werden keine Kovarianzen mehr angenommen sondern autoregressive Pfade, also directionale Regressionspfade bei denen ein Konstrukt sich selbst zu einem anderen Messzeitpunkt vorhersagt. Der autoregressive Pfad zwischen T1 und T2 wurde auf 0 fixiert um jeweils einen Vergleich zur Baseline-Messung zu ermöglichen. Die Kovariate Geschlecht wurde als Prädiktor für die Baseline-Messung inkludiert, da diese Kovariate über die Zeit stabil ist. Gruppe wurde erst zum Messzeitpunkt T1 inkludiert, da erst hier eine Wirkung angenommen werden kann.

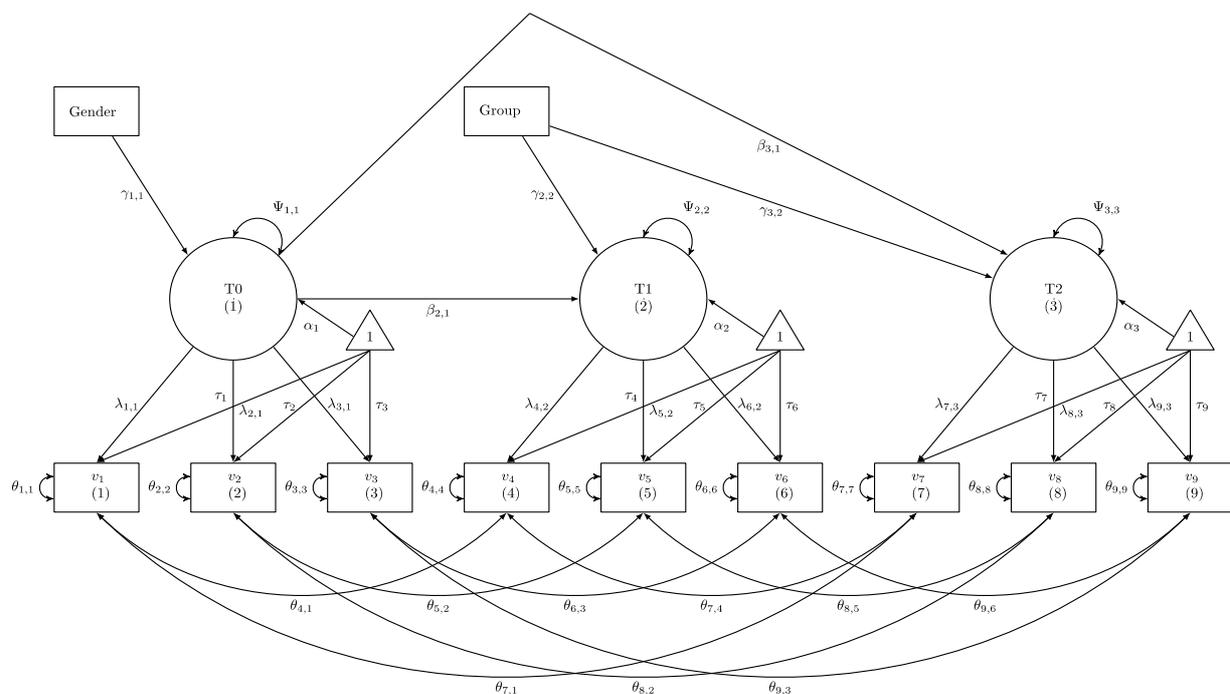


Abbildung 15. Prädiktor-Modell zur Überprüfung des Interventionseinflusses.

Anhang 3 Prädiktormodelle

Anhang 3.1 Emotionales Wohlbefinden (Thermometer)

Das Prädiktor-Modell zum Emotionalen Wohlbefinden weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($X^2 = 0.91$, $df = 3$, $p = 0.824$, $RMSEA$ (90% CI) = 0.000 (0.000 - 0.061), $CFI = 1.000$, $TLI = 1.047$).

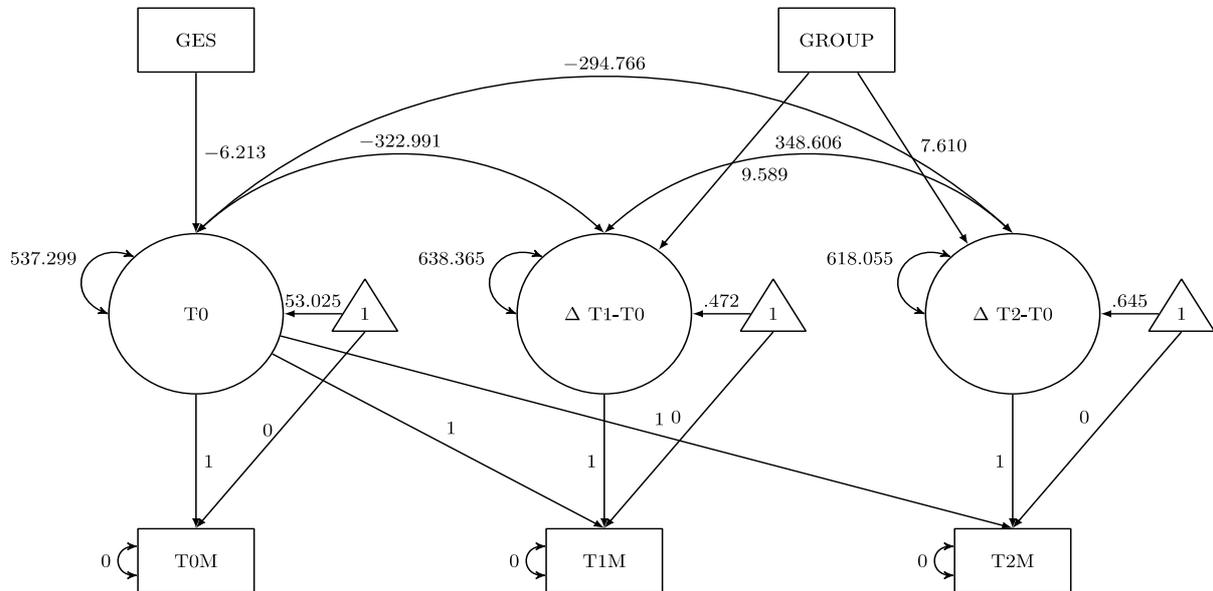


Abbildung 16. Prädiktor-Modell des Stimmungsthermometers (unstandardisierte Parameter).

Anhang 3.2 Depressivität (ADS)

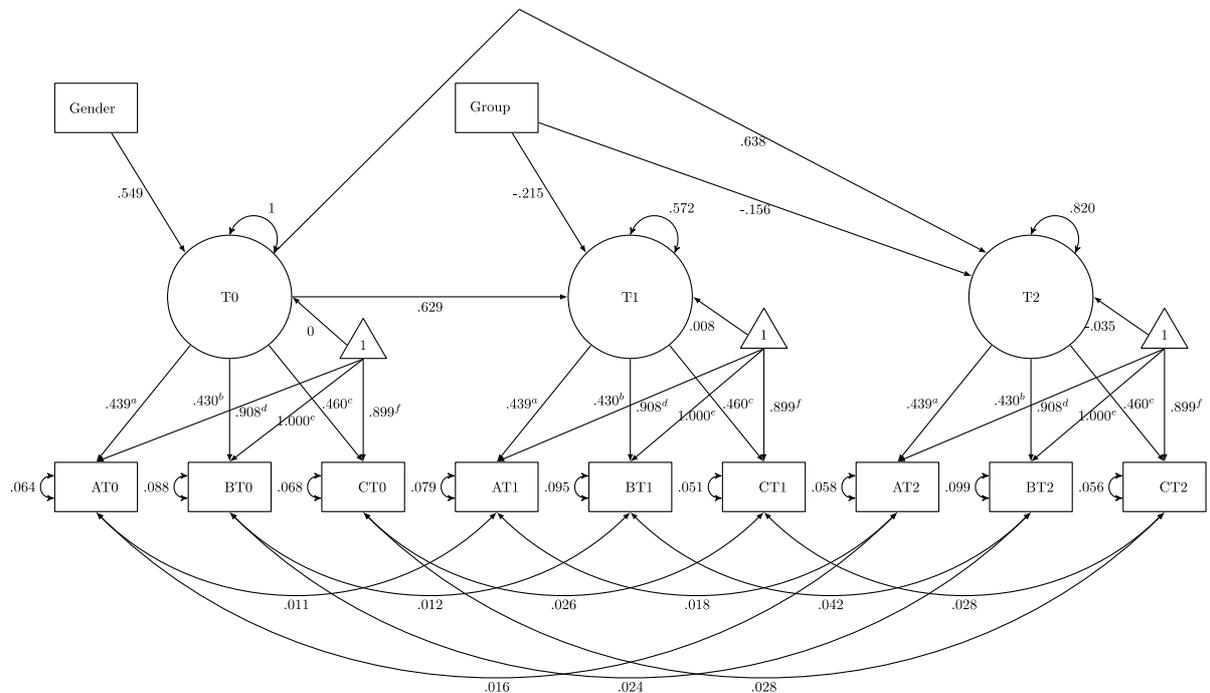


Abbildung 17. Prädiktor-Modell der ADS (unstandardisierte Parameter, a bis f: Gleichsetzungen über die Zeit).

Tabelle 131

Fit-Informationen der Modelle der ADS

Getestetes Modell	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA (90% CI)	CFI	Δ CF I	TLI	Δ TL I	Bestan- den?
Null Modell	1880.4 4	10 2	<.001	-	-	-	-	-	-
Konfigural invariantes Modell	41.63	30	.077	0.053 (0.000- 0.089)	0.993	-	0.984	-	Ja
Schwach invariantes Modell	60.95	40	.018	0.062 (0.026- 0.092)	0.988	.005	0.978	.006	Ja
Stark invariantes Modell	68.88	50	.040	0.053 (0.012- 0.081)	0.989	+	0.984	+	Ja
Prädiktor- Modell	91.56	39	<.001	0.070 (0.052- 0.089)	0.970	-	0.958	-	-

Anmerkung. Anmerkung. + bedeutet eine Verbesserung des Modell-Fits. - bedeutet, dass ein Wert nicht berichtet wird, da die Berechnung/Beurteilung nicht sinnvoll ist.

Anhang 3.3 Bewältigung von Verlust und Trauer

Das Latent Change Modell zur Bewältigung von Verlust und Trauer inklusive des Prädiktors Studiengruppe und der Kovariate Geschlecht weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($\chi^2[41] = 55.829$, $p = .061$, CFI = .987, RMSEA = .036, SRMR = .049) auf. Das Modell mit starker partieller Messinvarianz über alle drei Messzeitpunkte weist einen zufriedenstellenden Modellfit auf ($\chi^2[23] = 28.324$, $p = .204$, CFI = .996, RMSEA = .029, SRMR = .043) und passt zudem nicht signifikant schlechter auf die Daten als das konfigural invariante Modell ($\Delta \chi^2(6) = 7.172$, $p = .305$). Daher kann die Voraussetzung der starken partiellen Messinvarianz als erfüllt angesehen werden.

Eine starke partielle Messinvarianz kann zudem über alle drei Messzeitpunkte sowie beide Studiengruppen angenommen werden ($\chi^2[56] = 77.724$, $p = .029$, CFI = .983, RMSEA = .053, SRMR = .067).

Anhang 3.4 Stressbewältigung und Ressourcenförderung (RES)

Pro RES-Skala wurden die Items eines Primärfaktors (first-order factor) zu Parceln (Little, 2013) zusammengefasst, die als manifeste Indikatoren des jeweiligen latenten Ressourcenfaktors (Wohlbefinden, Stressbewältigung, Unterstützung) dienen. Messinvarianz wurde mit Hilfe eines Multi-Gruppen-Modells mit indikatorspezifischen Methodenfaktoren getestet. Jede der drei revidierten RES-Skalen erfüllt die Voraussetzung der starken

Messinvarianz über alle drei Messzeitpunkte und beide Gruppen. Die entsprechenden Modellfit Indices sind in Tabelle 132 aufgeführt.

Tabelle 132

Fit Indices der Multi-Gruppen-Modelle zur Testung der Messinvarianz über die drei Messzeitpunkte und beide Gruppen

Ressourcenbereichsskala	RMSEA	CFI	TLI
Wohlbefinden	.053	0.967	0.962
Stressbewältigung	.054	0.946	0.937
Unterstützung	.058	0.971	0.966

Anhang 3.5 Aggressivität in der Pflege (LEANDER)

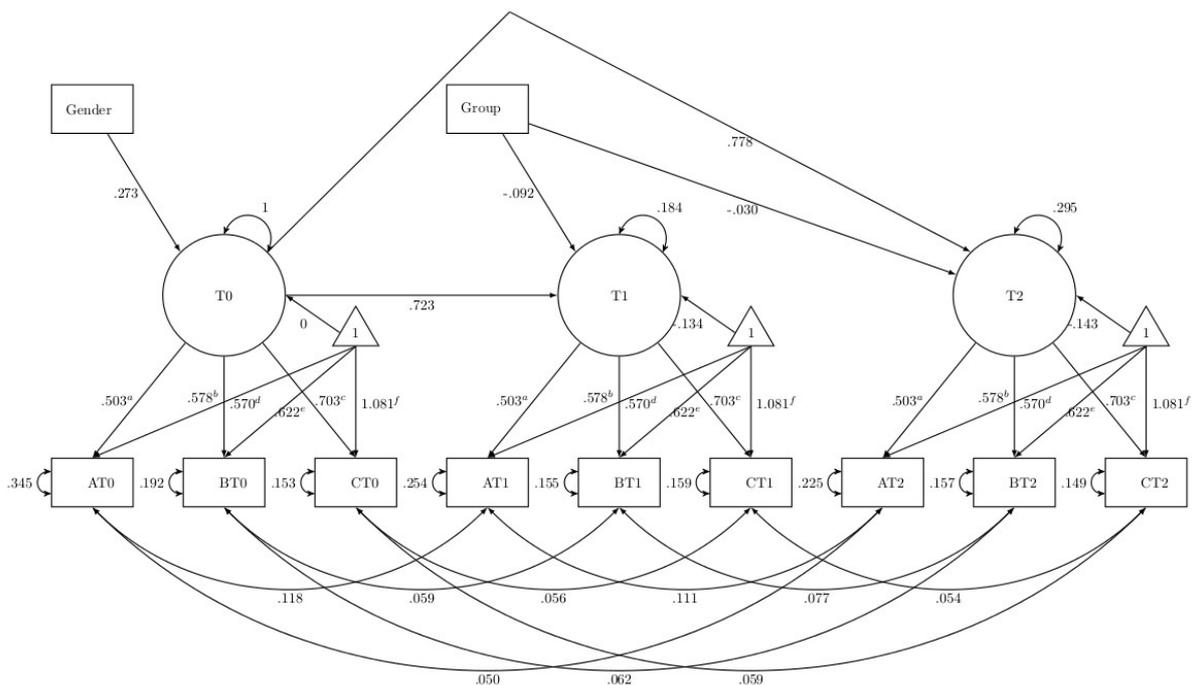


Abbildung 18. Prädiktor-Modell des LEANDER (unstandardisierte Parameter, a bis f: Gleichsetzungen über die Zeit).

Tabelle 133

Fit-Informationen der Modelle des LEANDER

Getestetes Modell	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA (90% CI)	CFI	Δ CFI	TLI	Δ TLI	Bestan- den?
Null Modell	1263.5 1	10 2	<.001	-	-	-	-	-	-
Konfigura- 1 invariante s Modell	48.66	30	0.017	0.067 (0.029- 0.101)	0.983	-	0.960	-	Ja
Schwach invariante s Modell	59.81	40	0.023	0.060 (0.023- 0.090)	0.982	0.001	0.968	0.00 8	Ja
Stark invariante s Modell	68.17	50	.045	0.052 (0.008- 0.080)	.984	+	.977	+	Ja
Prädiktor- Modell	53.16	39	.065	0.036 (0.000- 0.059)	.987	-	.982	-	-

Anmerkung. + bedeutet eine Verbesserung des Modell-Fits. - bedeutet, dass ein Wert nicht berichtet wird, da die Berechnung/Beurteilung nicht sinnvoll ist

Anhang 3.6 Körperbeschwerden GBB-24

Tabelle 134

Fit-Informationen der Modelle des GBB-24

Getestetes Modell	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA (90% CI)	CFI	Δ CFI	TLI	Δ TLI	Bestanden?
Null Modell	2164.93	172	<.001	-	-	-	-	-	-
Konfigural invariantes Modell	162.31	78	<.001	0.089 (0.070- 0.108)	0.958	-	0.929	-	Ja
Schwach invariantes Modell	177.37	93	<.001	0.082 (0.063- 0.100)	0.958	0.000	0.940	+	Ja
Stark invariantes Modell	208.96	108	<.001	0.083 (0.066 - 0.099)	0.950	0.008	0.938	0.002	Ja
Prädiktor- Modell Beschwerde- druck	176.66	73	<.001	0.072 (0.059- 0.086)	0.948	-	0.936	-	-
Prädiktor- Modell Erschöpfung	73.12	39	.001	0.057 (0.036- 0.076)	0.983	-	0.977	-	-
Prädiktor- Modell Magenbe- schwerden	88.67	39	<.001	0.068 (0.049- 0.087)	0.961	-	0.946	-	-
Prädiktor- Modell Glieder- schmerzen	79.64	39	<.001	0.062 (0.042- 0.081)	0.971	-	0.960	-	-
Prädiktor- Modell Herzbeschwe- ren	97.51	39	<.001	0.074 (0.056- 0.093)	0.948	-	0.929	-	-

Anmerkung. + bedeutet eine Verbesserung des Modell-Fits. - bedeutet, dass ein Wert nicht berichtet wird, da die Berechnung/Beurteilung nicht sinnvoll ist.

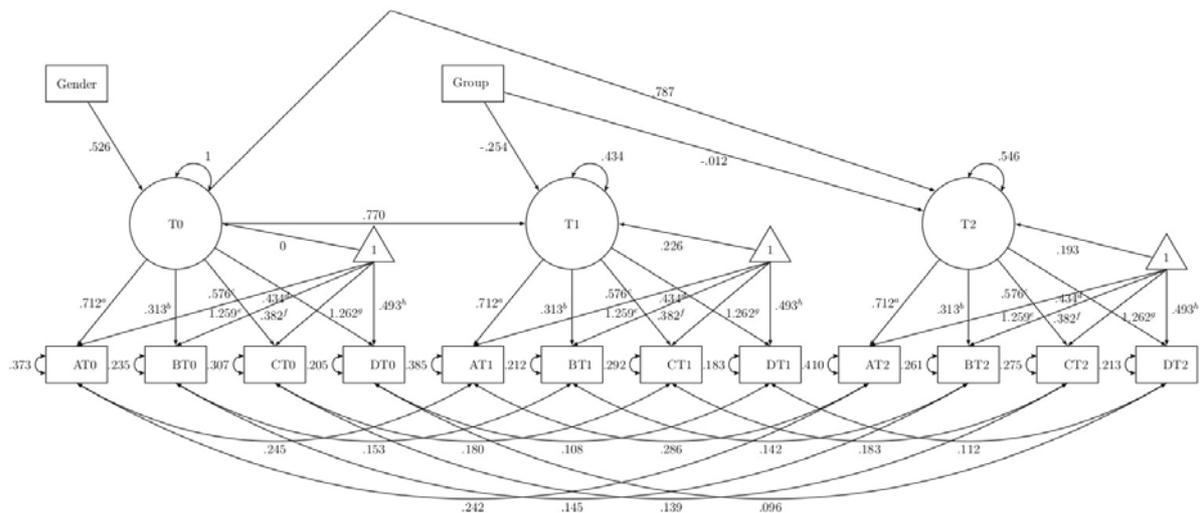


Abbildung 19. Prädiktor-Modell des GBB-24 Beschwerdedruck (unstandardisierte Parameter, a bis h: Gleichsetzungen über die Zeit).

Anhang 3.7 Lebensqualität - WHO-QoL-Bref

Tabelle 135

Fit-Informationen der Modelle des WHO-QoL-Bref

Getestetes Modell	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA (90% CI)	CFI	Δ CFI	TLI	Δ TLI	Best an- den?
Null Modell	2159.8 7	72	<.001	-	-	-	-	-	-
Konfigural invariantes Modell	112.41	78	.007	0.057 (0.031- 0.079)	-	-	0.970	-	Ja
Schwach invariantes Modell	146.99	93	<.001	0.065 (0.044- 0.085)	0.973	0.010	0.961	+	Ja
Stark invariantes Modell	160.01	108	.001	0.059 (0.039- 0.078)	0.974	+	0.968	+	Ja
Prädiktor- Modell 4 Domänen	178.62	73	<.001	0.073 (0.059- 0.086)	0.946	-	0.933	-	-
Prädiktor- Modell Globalbeur- teilung	31.02	15	.009	0.063 (0.030- 0.094)	0.970	-	0.945	-	-
Prädiktor- Modell physische Befindlich- keit	72.39	39	.001	0.056 (0.035- 0.076)	0.974	-	0.9 64	-	-
Prädiktor- Modell psychisches Wohlbefin- den	117.58	39	<.001	0.086 (0.068- 0.104)	0.938	-	0.9 14	-	-
Prädiktor- Modell soziale Beziehunge n	54.588	39	.050	0.038 (0.001- 0.061)	0.978	-	0.9 70	-	-
Prädiktor- Modell Umwelt	79.274	39	<.001	0.062 (0.042- 0.081)	0.959	-	0.9 44	-	-

Anmerkung. + bedeutet eine Verbesserung des Modell-Fits. - bedeutet, dass ein Wert nicht berichtet wird, da die Berechnung/Beurteilung nicht sinnvoll ist.

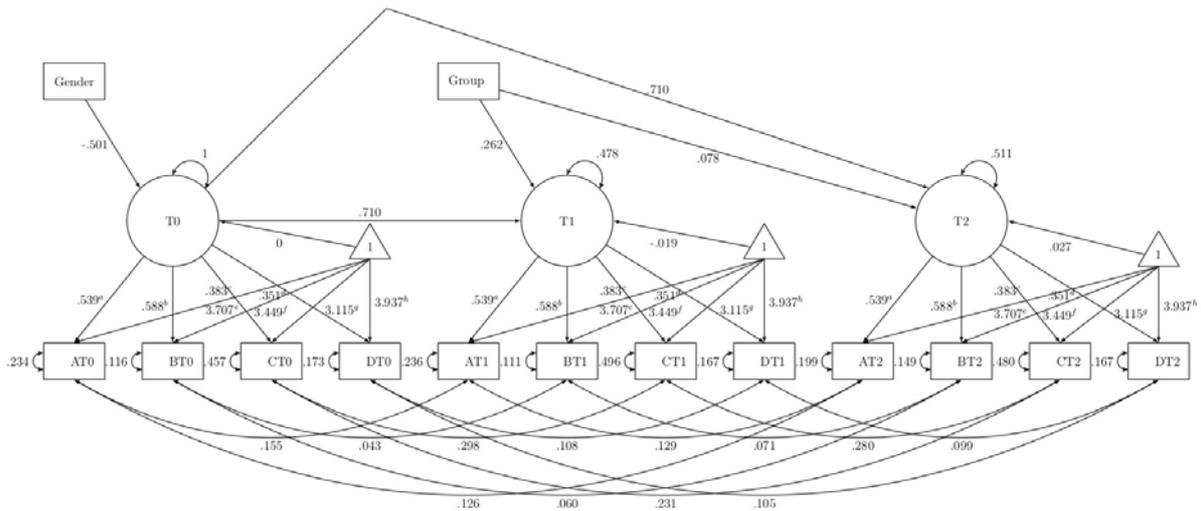


Abbildung 20. Prädiktor-Modell des WHO-QoL-Bref 4 Domänen (unstandardisierte Parameter, a bis h: Gleichsetzungen über die Zeit).

Anhang 3.8 Ängstlichkeit (HADS)

Tabelle 136

Fit-Informationen der Modelle der HADS

Getestetes Modell	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA (90% CI)	CFI	Δ CF I	TLI	Δ TL I	Bestanden?
Null Modell	1486.8	10	<.001	-	-	-	-	-	-
	6	2							
Konfigural invariables Modell	20.08	30	.914	0.000 (0.000-0.025)	1.000	-	1.018	-	Ja
Schwach invariables Modell	30.01	40	.875	0.000 (0.000-0.031)	1.000	.000	1.013	.005	Ja
Stark invariables Modell	39.61	50	.854	0.000 (0.000-0.032)	1.000	.000	1.011	.002	Ja
Prädiktor-Modell	66.09	39	.004	0.050 (0.028-0.071)	0.980	-	0.973	-	-

Anmerkung. - bedeutet, dass ein Wert nicht berichtet wird, da die Berechnung/Beurteilung nicht sinnvoll ist., Legende fehlt tabelle daher nicht selbsterklärend

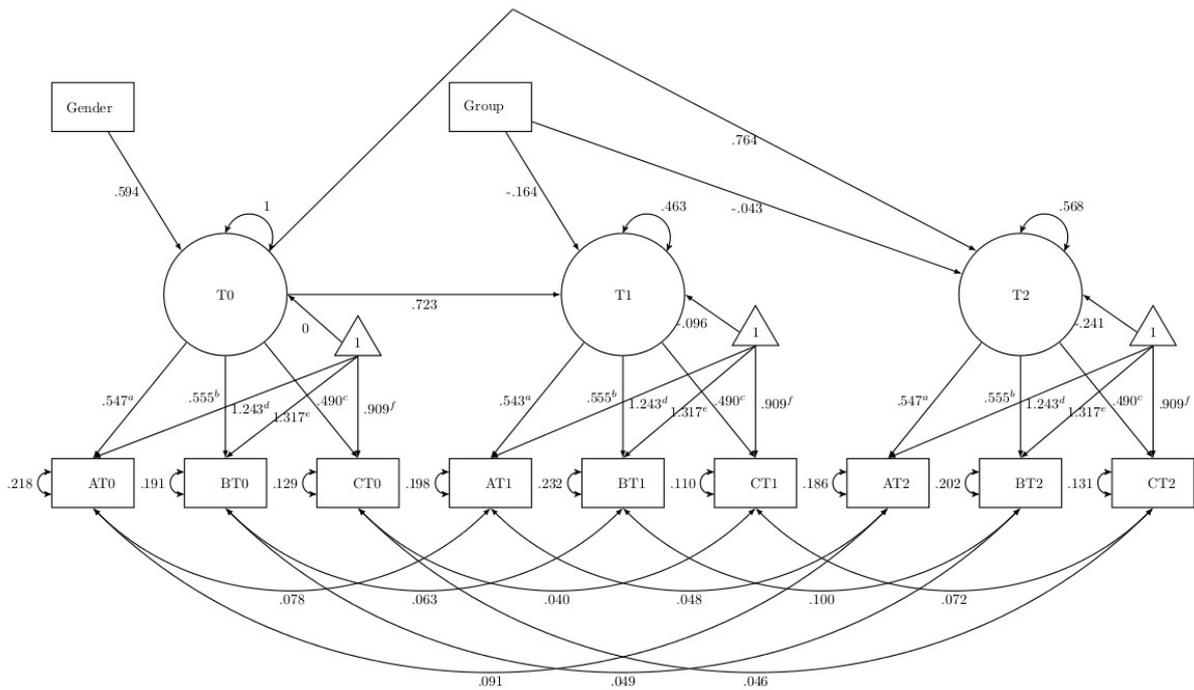


Abbildung 21. Prädiktor-Modell der HADS (unstandardisierte Parameter, a bis f: Gleichsetzungen über die Zeit).

Anhang 3.9 Pflegebelastung (Thermometer)

Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($\chi^2 = 0.003$, $df = 3$, $p = 1.00$, RMSEA (90% CI) = 0.000 (0.000 - 0.000), CFI = 1.000, TLI = 1.065).

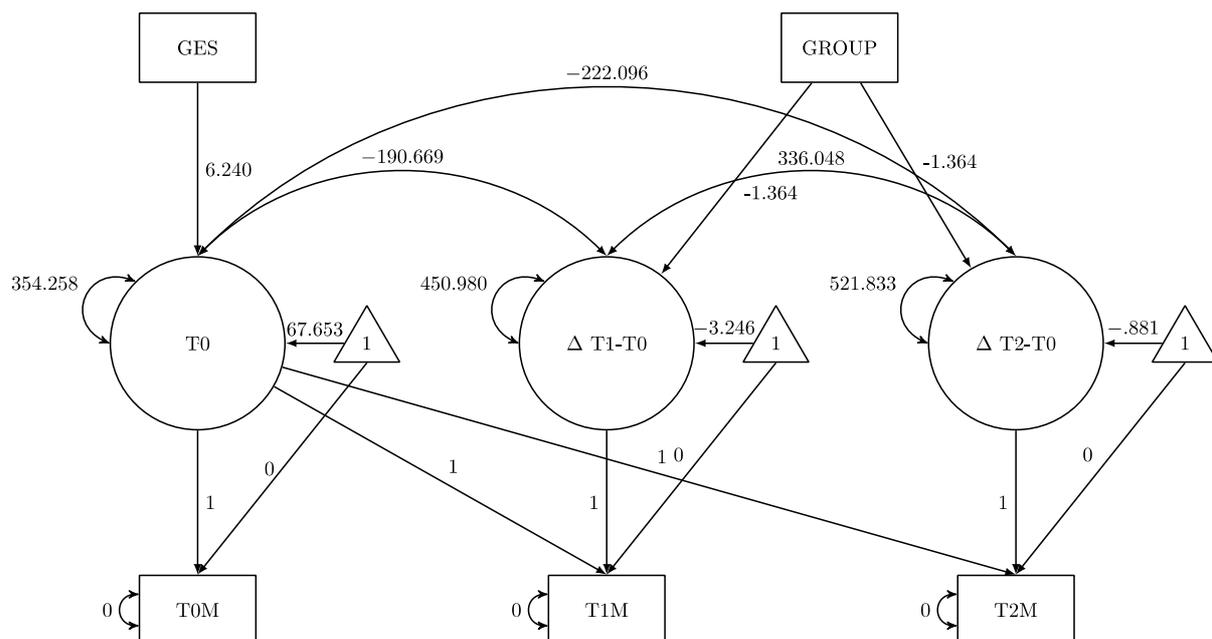


Abbildung 22. Prädiktor-Modell des Pflegebelastungsthermometers (unstandardisierte Parameter).

Anhang 4 – Prädiktormodelle zum Vergleich der Settingbedingungen

Anhang 4.1 Emotionales Wohlbefinden (Stimmungsthermometer)

Das Prädiktor-Modell wies einen akzeptablen Modell-Fit auf ($X^2 = 1.33$, $df = 3$, $p = .723$, $RMSEA$ (90% CI) = 0.000 (0.000 - 0.089), $CFI = 1.000$, $TLI = 1.066$).

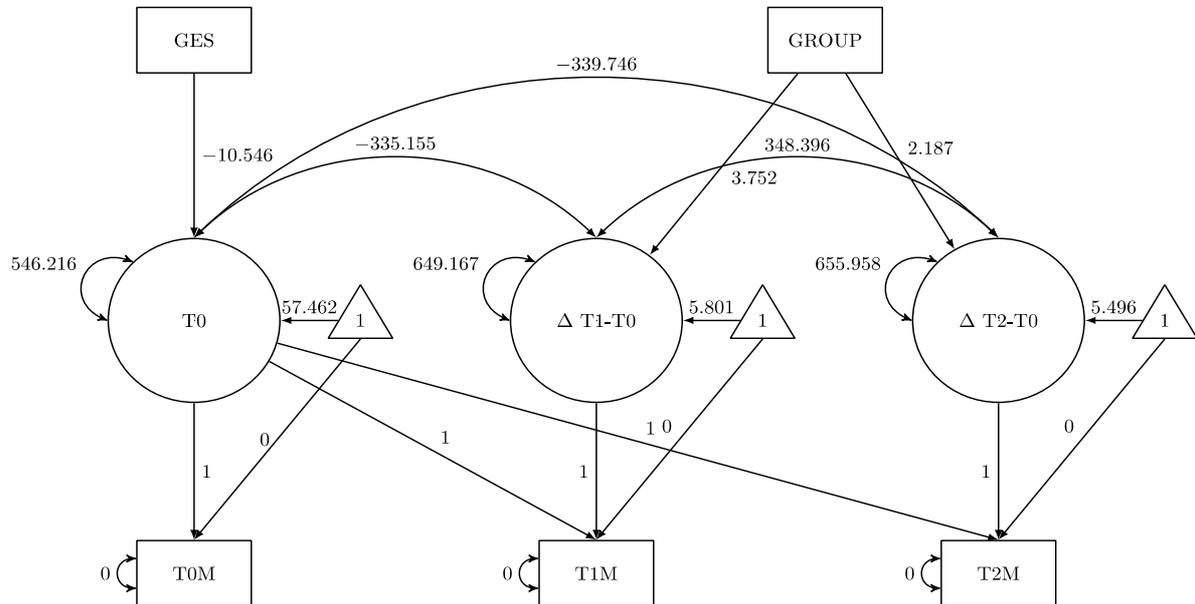


Abbildung 23. Prädiktor-Modell des Stimmungsthermometers (unstandardisierte Parameter).

Anhang 4.2 Depressive Symptome (ADS)

Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($X^2 = 86.73$, $df = 39$, $p = <.001$, $RMSEA$ (90% CI) = 0.081 (0.058-0.104), $CFI = 0.962$, $TLI = 0.948$).

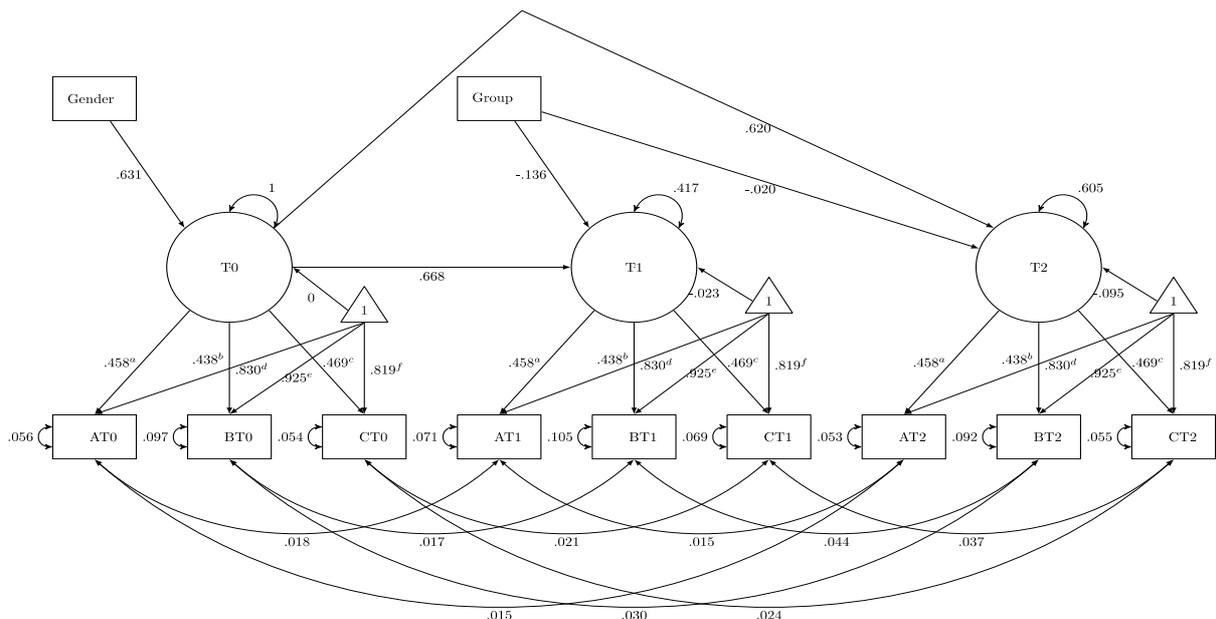


Abbildung 24. Prädiktor-Modell der ADS (unstandardisierte Parameter, a bis f: Gleichsetzungen über die Zeit).

Anhang 4.3 Bewältigung von Verlust und Trauer

Das Latent State Modell bestand aus drei latenten Variablen, die die Belastung durch Trauer und Verlust zu T0, T1 und T2 repräsentieren. Diese latenten Variablen wurden von den drei Items der Trauerskala gemessen, die zu allen drei Messzeitpunkten erhoben wurden, d.h. die Items des vierten Faktors wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Auch im Rahmen dieser Analysen wurde Parceling angewandt und die acht Items wurden zu je drei Parcels pro Messzeitpunkt aggregiert, wobei die Zuordnung auf der Faktorenstruktur der Skala beruhte. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Parcels wurde Maximum Likelihood Robust (MLR) als Schätzer verwendet.

Zwei indikator- oder methodenspezifische Faktoren (IS1, IS2; siehe Abbildung 25) wurden ins Modell aufgenommen, um indikatorspezifische Effekte zu erklären und den Modellfit zu verbessern. Zur Skalierung der latenten Variablen wurde die Ladung des jeweils ersten Indikators auf 1 fixiert (Marker Variable Method, siehe auch Abschnitt Scale Setting). Faktorladungen und Interzepte wurden über Messzeitpunkte und Studiengruppen hinweg gleichgesetzt, um die Erfüllung der Voraussetzung mindestens starker faktorieller Messinvarianz zu überprüfen. Bei nicht zufriedenstellendem Modellfit wurde partielle Messinvarianz (siehe oben) als hinreichend angesehen.

Das Latent Change Modell (siehe Abbildung 25) wurde auf Grundlage des Latent State Modells entwickelt. Die latente Variable zur T0-Erhebung repräsentiert die initiale Belastung durch Trauer und Verlust und zwei Veränderungsfaktoren geben die Veränderungen im Trauererleben zu den folgenden Messzeitpunkten wider: Veränderungsfaktor 1 repräsentiert die Veränderung zwischen T0 und T1 und Veränderungsfaktor 2 repräsentiert die Veränderung zwischen T0 und T2. Auch in diesem Modell wurden Faktorladungen und Achsenabschnitte über Messzeitpunkte und Studiengruppen hinweg gleichgesetzt.

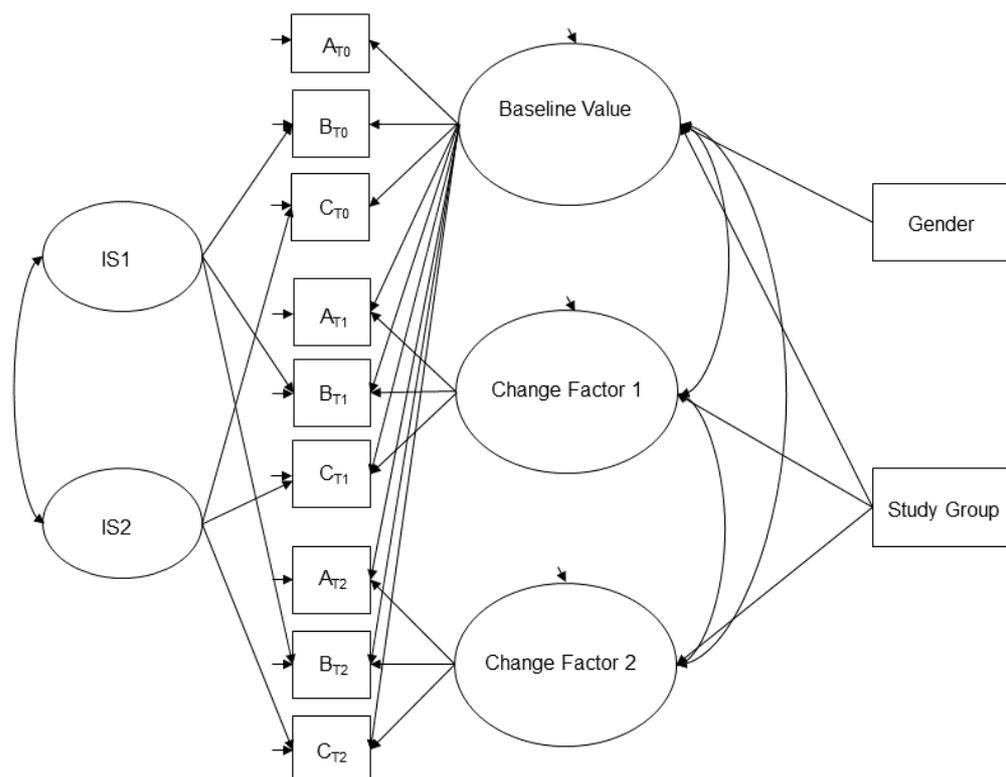


Abbildung 25. Latent Change Modell zur Überprüfung des Interventionseinflusses auf die Belastung durch Trauer und Verlust.

Das Latent Change Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($\chi^2[41] = 55.829$, $p = .061$, CFI = .987, RMSEA = .036, SRMR = .049).

Anhang 4.4 Aggressivität in der Pflege (LEANDER)

Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($X^2 = 67.89$, $df = 39$, $p = .003$, RMSEA (90% CI) = 0.063 (0.037-0.087), CFI = 0.964, TLI = 0.950).

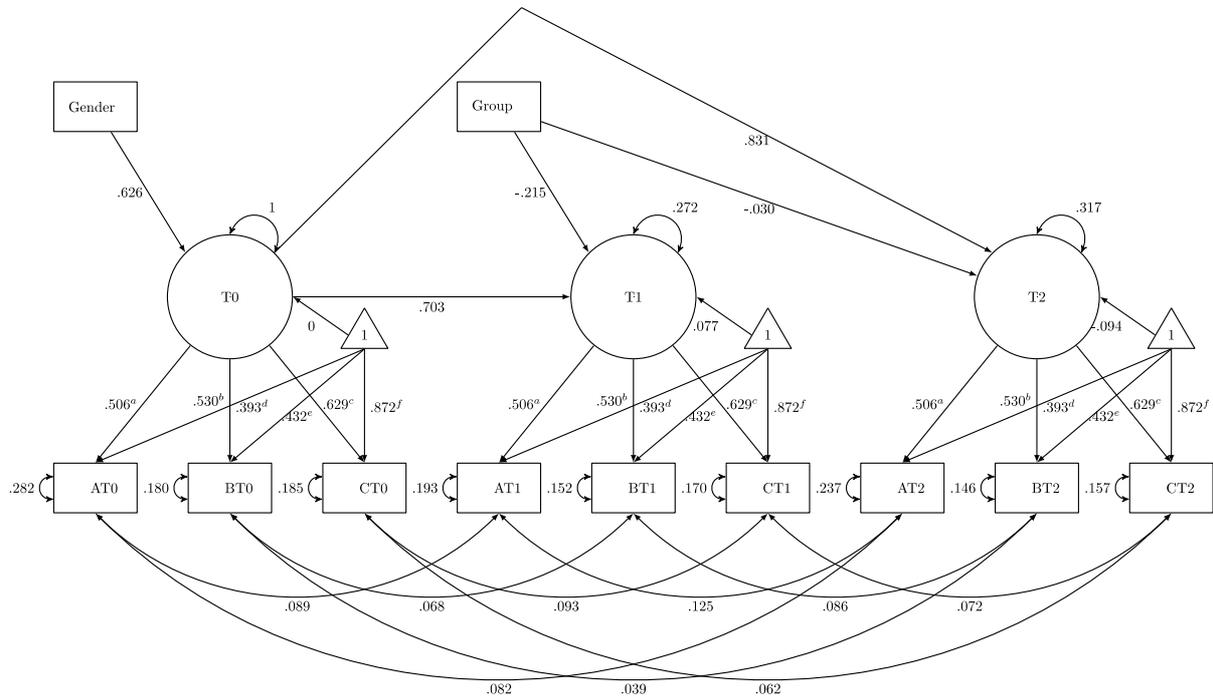


Abbildung 26. Prädiktor-Modell des LEANDER (unstandardisierte Parameter, a bis f: Gleichsetzungen über die Zeit).

Anhang 4.5 Körperbeschwerden (GGB-24)

Tabelle 137

Fit-Informationen der Modelle des GGB-24

Getestetes Modell	X^2	df	p	RMSEA (90% CI)	CFI	TLI
Prädiktor-Modell Beschwerdedruck	142.47	73	<.001	0.071 (0.054- 0.088)	0.953	0.942
Prädiktor-Modell Erschöpfung	67.18	39	.003	0.062 (0.036- 0.087)	0.979	0.971
Prädiktor-Modell Magenbeschwerden	55.75	39	.040	0.048 (0.011- 0.074)	0.982	0.975
Prädiktor-Modell Gliederschmerzen	59.36	39	.019	0.053 (0.022- 0.079)	0.979	0.971
Prädiktor-Modell Herzbeschwerden	69.67	39	.002	0.065 (0.039- 0.089)	0.962	0.948

Anmerkung. + bedeutet eine Verbesserung des Modell-Fits. - bedeutet, dass ein Wert nicht berichtet wird, da die Berechnung/Beurteilung nicht sinnvoll ist.

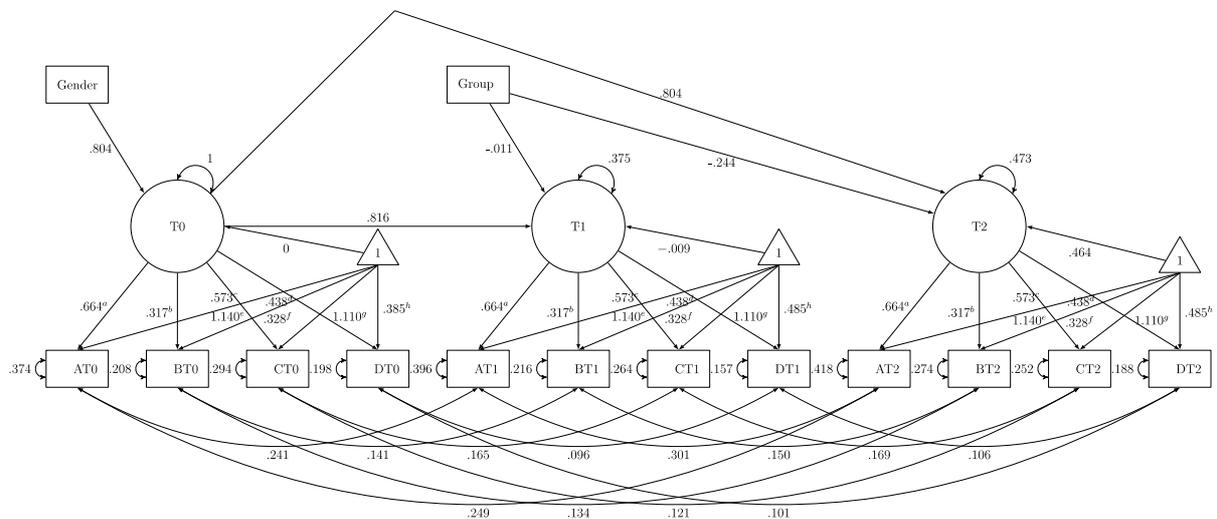


Abbildung 27. Prädiktor-Modell des GBB-24 (unstandardisierte Parameter, a bis h: Gleichsetzungen über die Zeit)

Anhang 4.6 Lebensqualität - WHO-QoL-Bref

Tabelle 138

Fit-Informationen der Modelle des WHO-QoL-Bref

Getestetes Modell	χ^2	df	p	RMSEA (90% CI)	CFI	TLI
Prädiktor-Modell 4 Domänen	139.7 4	73	<.001	0.070 (0.052- 0.087)	0.955	0.945
Prädiktor-Modell Globalbeurteilung	32.82	15	.005	0.079 (0.042- 0.117)	0.956	0.920
Prädiktor-Modell physische Befindlichkeit	64.83	39	.006	0.059 (0.032- 0.084)	0.971	0.960
Prädiktor-Modell psychisches Wohlbefinden	63.88	39	.007	0.058 (0.030- 0.083)	0.974	0.964
Prädiktor-Modell soziale Beziehungen	59.58	39	.019	0.053 (0.022- 0.079)	0.964	0.950
Prädiktor-Modell Umwelt	52.77	39	.070	0.043 (0.000- 0.071)	0.982	0.975

Anmerkung. + bedeutet eine Verbesserung des Modell-Fits. - bedeutet, dass ein Wert nicht berichtet wird, da die Berechnung/Beurteilung nicht sinnvoll ist.

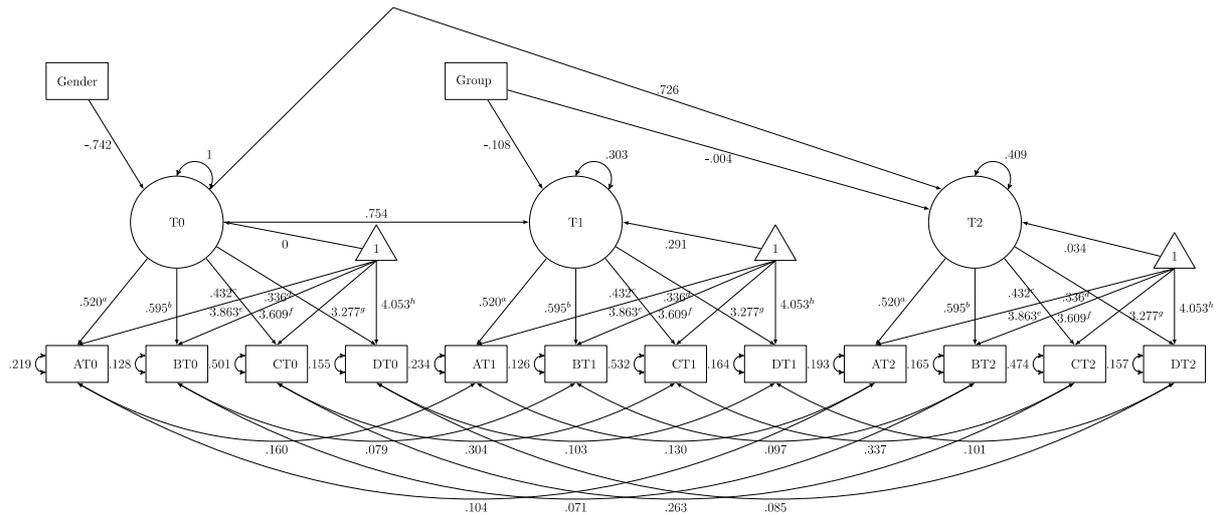


Abbildung 28. Prädiktor-Modell des WHO-QoL-Bref (unstandardisierte Parameter, a bis h: Gleichsetzungen über die Zeit)

Anhang 4.7 Ängstlichkeit (HADS)

Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($\chi^2 = 54.30$, $df = 39$, $p = .053$, RMSEA (90% CI) = 0.046 (0.000-0.073), CFI = 0.984, TLI = 0.978).

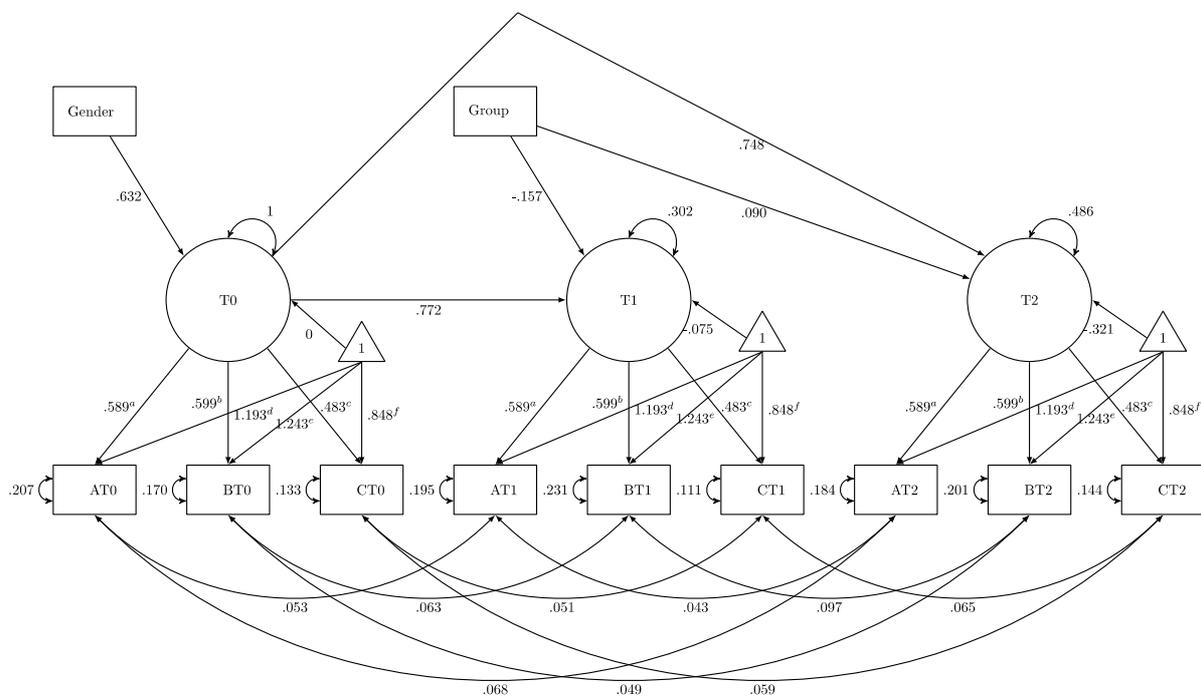


Abbildung 29. Prädiktor-Modell der HADS (unstandardisierte Parameter, a bis f: Gleichsetzungen über die Zeit).

Anhang 4.8 Pflegebelastung (Thermometer)

Das Prädiktor-Modell weist einen akzeptablen Modell-Fit auf ($\chi^2 = 1.954$, $df = 3$, $p = .582$, RMSEA (90% CI) = 0.000 (0.000 - 0.105), CFI = 1.000, TLI = 1.029).

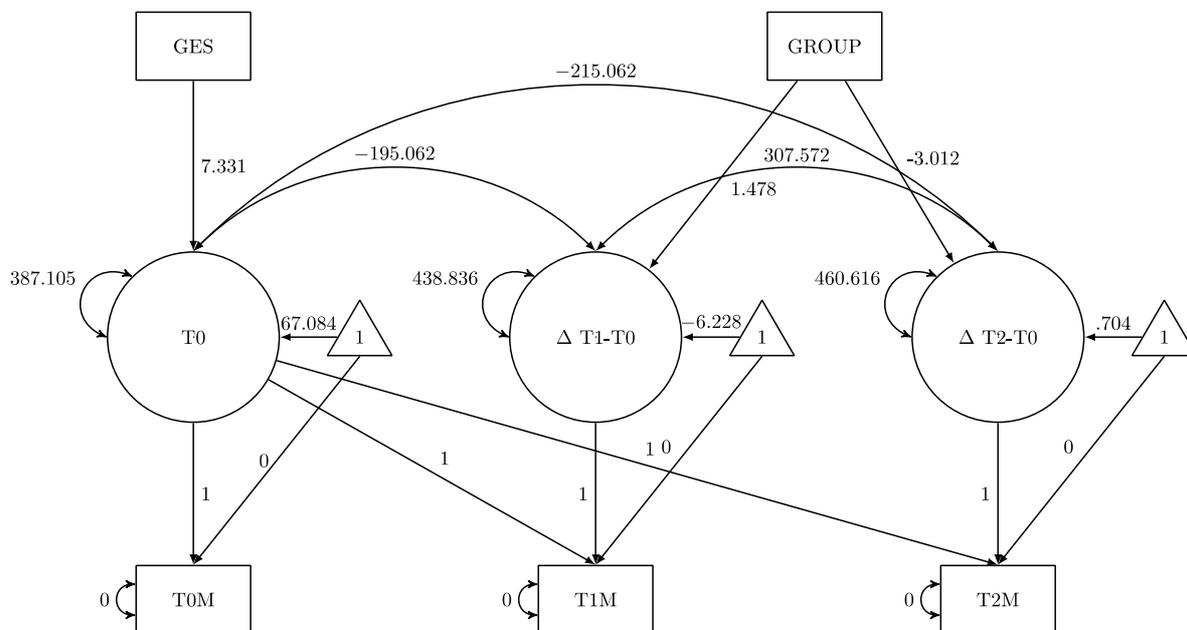


Abbildung 30. Prädiktor-Modell des Pflegebelastungsthermometers (unstandardisierte Parameter).