



IQWiG-Berichte – Nr. 1044

Dementia Care Management

Evidenzbericht zur S3-Leitlinie

Demenzen

Evidenzbericht

Auftrag: V20-03C

Version: 1.1

Stand: 01.04.2021

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Dementia Care Management – Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Demenzen

Auftraggeber

Bundesministerium für Gesundheit

Datum des Auftrags

07.07.2020

Interne Auftragsnummer

V20-03C

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Dieser Bericht wurde ohne die Beteiligung externer Sachverständiger erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Marc Krause
- Fabian Lotz
- Ulrike Paschen
- Claudia Mischke
- Dorothea Sow
- Sarah Thys

Schlagwörter: Roboter, Selbsthilfegeräte, Fallmanagement, Amyloid-Beta-Protein, Demenz, Alzheimer-Krankheit, Kognitive Dysfunktion, Systematische Übersicht

Keywords: Robotics, Self-help Devices, Case Management, Amyloid beta-Peptides, Dementia, Alzheimer Disease, Cognitive Dysfunction, Systematic Review

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	vi
Abkürzungsverzeichnis	vii
1 Hintergrund	1
2 Fragestellung	2
3 Projektverlauf	3
3.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts	3
3.2 Änderungen im Vergleich zu Version 1.0	3
4 Methoden	4
4.1 Kriterien für den Einschluss von Studien	4
4.1.1 Population.....	4
4.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention	4
4.1.3 Endpunkte.....	4
4.1.4 Studientypen	4
4.1.5 Studiendauer	5
4.1.6 Publikationssprache	5
4.1.7 Publikationszeitraum	5
4.1.8 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss	5
4.1.9 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen.....	5
4.2 Informationsbeschaffung	6
4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten	6
4.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung von Studien	6
4.2.3 Selektion relevanter Studien.....	7
4.3 Informationsbewertung und Synthese	7
4.3.1 Darstellung der Einzelstudien.....	7
4.3.2 Bewertung der Studienlimitationen (Verzerrungspotenzial).....	8
4.3.3 Metaanalysen.....	8
4.3.4 Bewertung der Qualität der Evidenz	9
4.3.4.1 Abwertung der Qualität der Evidenz	10
5 Ergebnisse	11
5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung	11
5.2 Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien	13

5.3	Übersicht der Endpunkte	19
5.4	Ergebnisse zu Endpunkten	20
5.4.1	Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Zeit bis zur Heimeinweisung	20
5.4.2	Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Globalwert für BPSD.....	21
5.4.2.1	Metaanalysen	23
5.4.2.2	Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren	23
5.4.3	Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Medikationsverbrauch	24
5.4.4	Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Stress der informell Pflegenden.....	25
5.4.4.1	Metaanalysen	28
6	Einordnung der Evidenzergebnisse	29
7	Literatur	32
8	Studienlisten	38
8.1	Liste der identifizierten systematischen Übersichten	38
8.2	Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen	39
Anhang A	Bewertung der Studienlimitationen	42
Anhang B	Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung der berücksichtigten systematischen Übersichten aus der fokussierten Recherche	44
Anhang C	Beschreibung der Interventionen	45
Anhang D	Suchstrategien	51
D.1	Bibliografische Datenbanken	51
D.2	Studienregister	54

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss.....	5
Tabelle 2: Berücksichtigte systematische Übersichten	11
Tabelle 3: Studienpool der Evidenzdarstellung	12
Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen RCTs	13
Tabelle 5: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien.....	14
Tabelle 6: Charakterisierung der Studienpopulationen – Patientinnen und Patienten	16
Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen – informell Pflegende	18
Tabelle 8: Matrix der Endpunkte	19
Tabelle 9: Evidenzprofil für den Endpunkt Zeit bis zur Heimeinweisung	20
Tabelle 10: Evidenzprofil für den Endpunkt Globalwert für behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) – Interventionsende.....	21
Tabelle 11: Evidenzprofil für den Endpunkt Globalwert für behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) – Follow-up	22
Tabelle 12: Evidenzprofil für den Endpunkt Medikationsverbrauch (psychiatrische Medikamente)	24
Tabelle 13: Evidenzprofil für den Endpunkt Stress des informell Pflegenden – Interventionsende.....	25
Tabelle 14: Evidenzprofil für den Endpunkt Stress der informell Pflegenden – Nachbeobachtung	27
Tabelle 15: Zeit bis zur Heimeinweisung / Zeit zu Hause zu verbleiben	42
Tabelle 16: Globalwert für neuropsychische Symptome, wie behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD)	42
Tabelle 17: Medikationsverbrauch (psychiatrische Medikamente)	42
Tabelle 18: Stress der informell Pflegenden	43
Tabelle 19: Bewertung der Informationsbeschaffung zur systematischen Übersicht NICE 2018	44
Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien.....	45

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung	12
Abbildung 2: Metaanalyse, BPSD bis Interventionsende: NPI, Dementia Care Management vs. Standardtherapie; Effektmaß: Hedges' g	23
Abbildung 3: Metaanalyse, Stress der informell Pflegenden bis Interventionsende: ZBI, Dementia Care Management vs. Standardtherapie; Effektmaß: Hedges' g	28

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BIZA-D	Berlin Inventory of Caregivers' Burden with Dementia Patients
BPSD	Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
FCBI	Family Caregiving Burden Inventory
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Bewertung von Empfehlungen, Entwicklung und Auswertung)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITT	Intention to treat
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OR	Odds Ratio
PICO	Population Intervention Comparison Outcomes (Akronym für Studienteilnehmer, Interventionsgruppe, Vergleichsgruppe, Endpunkte)
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SPPIC	Self-Perceived Pressure by Informal Care
SMD	standardisierte Mittelwertdifferenz
ZBI	Zarit Burden Inventory

1 Hintergrund

Auf Basis des am 01.01.2020 in Kraft getretenen Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) kann die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Leitlinien vorschlagen, bei denen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gemäß SGB V (§§ 139 a Abs. 3 Nr. 3, 139 b Abs. 6 SGB V) die Entwicklung oder Aktualisierung mit Evidenzrecherchen unterstützen soll [1].

Der vorliegende Auftrag umfasst die Beantwortung von Fragestellungen zur Aktualisierung der interdisziplinären S3-Leitlinie „Demenzen“ (Registernummer der AWMF: 038-013) [2].

2 Fragestellung

Folgende Fragestellung wird untersucht:

- Darstellung der Evidenz bezüglich der Effekte von Dementia Care Management im Vergleich zur Standardtherapie bei Patientinnen und Patienten mit leichter bis schwerer Demenz

3 Projektverlauf

3.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Das IQWiG wurde am 07.07.2020 vom BMG beauftragt, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) bei der Aktualisierung einer interdisziplinären S3-Leitlinie „Demenzen“ [2] zu unterstützen.

Insgesamt wurden 6 Population-Intervention-Comparison-Outcomes(PICO)-Fragen von den Leitlinienkoordinatoren in Abstimmung mit Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern und mit Beratung durch die AWMF formuliert, zu denen das IQWiG jeweils einen Evidenzbericht erstellte. Diese Evidenzberichte wurden an die Koordinatoren der Leitlinienerstellung und die zuständige Ansprechpartnerin für die Leitlinie bei der AWMF jeweils nach Fertigstellung übermittelt.

Nach Abschluss aller Evidenzberichte für diesen Auftrag werden diese gemeinsam an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt und 4 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

3.2 Änderungen im Vergleich zu Version 1.0

Im Abschnitt 5.1 wurde die Anzahl der relevanten Publikationen im Satz „Somit konnten 9 relevante Publikationen identifiziert werden.“ von 8 auf 9 geändert.

In Abbildung 1 wurde das n im Feld „Dokumente nach dem Entfernen von Duplikaten“ von 288 auf 289 geändert.

4 Methoden

Für die auftragsgemäß zu erstellenden Evidenzberichte wurden Evidenzprofile gemäß Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [3] entwickelt. Den methodischen Vorgaben von GRADE wurde gefolgt bzw. diese wurden in Anlehnung an die Allgemeinen Methoden des IQWiG [4] konkretisiert.

4.1 Kriterien für den Einschluss von Studien

4.1.1 Population

In die Evidenzdarstellung wurden Studien mit Patientinnen und Patienten mit einer leichten bis schweren Demenz jeglicher Ätiologie aufgenommen.

4.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention

Die zu prüfende Intervention umfasste ein Dementia Care Management.

Als Vergleichsintervention galt die Standardtherapie.

4.1.3 Endpunkte

Die Darstellung der Evidenzgrundlage eines Dementia Care Management erfolgte anhand von Endpunkten, die durch die Leitliniengruppe festgelegt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für Patientinnen und Patienten mit Demenz der Kategorie „kritisch für die Entscheidung“ zugeordnet wurden:

- Häufigkeit der Klinikeinweisung
- Arztkontakte
- Zeit bis zur Heimeinweisung / Zeit, zu Hause zu verbleiben
- Globalwert für neuropsychische Symptome, wie behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD)
- Medikationsverbrauch (psychiatrische Medikamente)
- Zufriedenheit / Stress der informell Pflegenden

4.1.4 Studientypen

Für den zu erstellenden Evidenzbericht wurden RCTs zur Beantwortung der Fragestellung berücksichtigt.

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind, sofern sie methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt wurden, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet. Sie liefern daher die zuverlässigsten Ergebnisse für die Evidenzdarstellung einer medizinischen Intervention.

4.1.5 Studiendauer

Hinsichtlich der Studiendauer bestand keine Einschränkung.

4.1.6 Publikationssprache

Die Publikation musste in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein.

4.1.7 Publikationszeitraum

Es wurden Studien mit einem Publikationsdatum ab dem Jahr 2010 in die Evidenzdarstellung eingeschlossen.

4.1.8 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss

In der folgenden Tabelle 1 sind die Kriterien aufgelistet, die Studien erfüllen mussten, um in die Evidenzdarstellung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Population: Patientinnen und Patienten mit Demenz (siehe auch Abschnitt 4.1.1)
E2	Prüfintervention: Dementia Care Management (siehe auch Abschnitt 4.1.2)
E3	Vergleichsintervention: Behandlung mit Standardtherapie (siehe auch Abschnitt 4.1.2)
E4	Endpunkte, die kritisch für die Entscheidung sind, wie in Abschnitt 4.1.3 formuliert
E5	Studientypen: RCTs wie in Abschnitt 4.1.4 formuliert
E6	Studiendauer (siehe auch Abschnitt 4.1.5)
E7	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch (siehe auch Abschnitt 4.1.6)
E8	Vollpublikation verfügbar ^a
E9	Publikationszeitraum ab 2010 wie in Abschnitt 4.1.7 definiert
Ausschlusskriterien	
A1	Setting: Das stationäre Setting wird ausgeschlossen.
a. Als Vollpublikation galt in diesem Zusammenhang auch ein Studienbericht gemäß ICH E3 [5] oder ein Bericht über die Studie, der den Kriterien des CONSORT-Statements [6] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht, sofern die in diesen Dokumenten enthaltenen Informationen zur Studienmethodik und zu den Studienergebnissen nicht vertraulich sind.	
CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; ICH: International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use	

4.1.9 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen

Für die Einschlusskriterien E1 (Population), E2 (Prüfintervention, bezogen auf die Interventionsgruppe der Studie) und E3 (Vergleichsintervention, bezogen auf die Vergleichsgruppe der Studie) reichte es aus, wenn bei mindestens ca. 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten diese Kriterien erfüllt waren. Lagen für solche Studien Subgruppenanalysen für Patientinnen und Patienten vor, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurde auf diese Analysen

zurückgegriffen. Studien, bei denen die Einschlusskriterien E1, E2 und E3 bei weniger als ca. 80 % erfüllt waren, konnten ggf. unberücksichtigt bleiben.

4.2 Informationsbeschaffung

4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Parallel zur Erstellung der Projektskizze erfolgten Recherchen nach systematischen Übersichten in der Datenbank MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), HTA Database sowie auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Die Suchen wurden auf das Publikationsdatum ab 2015 eingeschränkt. Die letzte Suche fand am 29.07.2020 statt. Die Suchstrategien für die Suchen in bibliografischen Datenbanken finden sich in Anhang D.

Die Selektion erfolgte durch 1 Person und wurde anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Es wurde geprüft, ob mindestens eine hochwertige und aktuelle systematische Übersicht infrage kam, deren Informationsbeschaffung als Grundlage für die Evidenzdarstellung verwendet werden konnte. Dafür erfolgte eine Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung dieser systematischen Übersichten. Konnte mindestens eine diesbezüglich hochwertige und aktuelle Übersicht identifiziert werden, wurden die zugrunde liegenden Studien beziehungsweise Dokumente von 1 Person auf ihre Relevanz für die vorliegende Evidenzdarstellung geprüft und das Ergebnis von einer 2. Person überprüft. Bewertungen der eingeschlossenen Studien oder die Datenextraktion wurden nicht übernommen.

Die finale Entscheidung, welche systematischen Übersichten für die Evidenzdarstellung herangezogen wurden, erfolgte nach Erstellung der Projektskizze anhand der darin festgelegten Kriterien.

4.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung von Studien

Für den Fall, dass mindestens eine systematische Übersicht als Basis für die Informationsbeschaffung des jeweiligen Evidenzberichts verwendet werden konnte, wurde diese für den von der Übersicht abgedeckten Zeitraum herangezogen. Die Informationsbeschaffung wurde ergänzt um eine systematische Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten für den nicht von der Übersicht abgedeckten Zeitraum. Gegebenenfalls wurde auf eine ergänzende fokussierte Informationsbeschaffung von Studien verzichtet.

Bei einer systematischen Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten wurden folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- bibliografische Datenbanken
 - MEDLINE
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Studienregister (es erfolgte eine Einschränkung auf Studienergebnisse)
 - U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov
 - World Health Organization. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken
 - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten

4.2.3 Selektion relevanter Studien

Selektion relevanter Studien bzw. Dokumente aus den Ergebnissen der bibliografischen Recherche

Die in bibliografischen Datenbanken identifizierten Treffer wurden in einem 1. Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts in Bezug auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der Einschlusskriterien bewertet. Als potenziell relevant erachtete Dokumente wurden in einem 2. Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgten durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Selektion relevanter Studien bzw. Dokumente aus weiteren Informationsquellen

Rechercheergebnisse aus den folgenden Informationsquellen wurden von 1 Person auf Studien gesichtet:

- Studienregister
- Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten

Die identifizierten Studien wurden dann auf ihre Relevanz geprüft. Der gesamte Prozess wurde anschließend von einer 2. Person überprüft. Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftraten, wurden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

4.3 Informationsbewertung und Synthese

4.3.1 Darstellung der Einzelstudien

Alle für den Evidenzbericht notwendigen Informationen wurden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen extrahiert. Ergaben sich im Abgleich der Informationen aus unterschiedlichen Dokumenten zu einer Studie (aber auch aus multiplen

Angaben zu einem Aspekt innerhalb eines Dokumentes selbst) Diskrepanzen, die auf die Interpretation der Ergebnisse erheblichen Einfluss haben konnten, wurde dies an den entsprechenden Stellen des Berichts dargestellt.

Die Extraktion erfolgte durch 1 Person und wurde von einer 2. Person auf Grundlage der Studien kontrolliert.

Die Ergebnisse zu den in den Studien berichteten kritischen Endpunkten wurden im Bericht vergleichend beschrieben.

Die Bewertung des Einflusses der Studienlimitationen auf die berichtsrelevanten Ergebnisse unter 4.3.2 wurde endpunktspezifisch pro Studie beschrieben. Anschließend wurden die Informationen zu den ausgewählten Endpunkten in Evidenzprofilen zusammengeführt und analysiert [7]. Wenn möglich wurden über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus die in den Abschnitten 4.3.3 bis 4.3.4 beschriebenen Verfahren eingesetzt.

Ergebnisse konnten im Evidenzbericht unberücksichtigt bleiben, wenn ein großer Anteil der in die Auswertung eigentlich einzuschließenden Personen nicht in der Auswertung berücksichtigt wurde. Für die Entscheidung hierüber wurde sich an einem Anteil von ca. 70 % orientiert, die in der Auswertung berücksichtigt sein sollten.

Die Ergebnisse konnten auch dann unberücksichtigt bleiben, wenn der Unterschied der Anteile nicht berücksichtigter Personen zwischen den Gruppen sehr groß war. Als Orientierung für die Entscheidung diente ein Unterschied von 15 Prozentpunkten.

4.3.2 Bewertung der Studienlimitationen (Verzerrungspotenzial)

Der Einfluss möglicher Studienlimitationen auf die Ergebnisse wurde endpunktspezifisch pro Studie insbesondere anhand folgender Kriterien bewertet:

- adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz
- Verdeckung der Gruppenzuteilung
- Verblindung
- Umsetzung des Intention-to-treat(ITT)-Prinzips
- ergebnisunabhängige Berichterstattung
- sonstige Aspekte

4.3.3 Metaanalysen

Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Studien wurden mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt. Anschließend wurde die Heterogenität des Studienpools anhand des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [8] untersucht. Ergab der Heterogenitätstest ein statistisch nicht signifikantes Ergebnis ($p \geq 0,05$), wurde davon

ausgegangen, dass die Schätzung eines gemeinsamen (gepoolten) Effekts sinnvoll ist. Im Fall von mindestens 5 Studien erfolgte die Metaanalyse mithilfe des Modells mit zufälligen Effekten nach der Methode von Knapp und Hartung unter Verwendung des Heterogenitätsschätzers nach Paule und Mandel [9]. Als Ergebnis wurde der gemeinsame Effekt inklusive Konfidenzintervall dargestellt. Weil die Heterogenität im Fall weniger Studien nicht verlässlich geschätzt werden kann, wurden bei 4 oder weniger Studien gegebenenfalls Modelle mit festem Effekt verwendet. Dazu müssen die Studien ausreichend ähnlich sein und es darf keine Gründe geben, die gegen die Anwendung eines Modells mit festem Effekt sprechen.

Ergab der Heterogenitätstest ein statistisch signifikantes Ergebnis ($p < 0,05$), wurde untersucht, welche Faktoren diese Heterogenität möglicherweise verursachen. Dazu zählen methodische und klinische Faktoren, sogenannte Effektmodifikatoren. Konnte die Heterogenität durch diese Faktoren erklärt werden, wurde das Poolen der Effekte ggf. auf Subgruppen beschränkt [10]. Konnte die Heterogenität nicht erklärt werden, so wurde, sofern möglich, ebenfalls ein gemeinsamer (gepoolter) Effekt berechnet und im Fall von mindestens 5 Studien zusätzlich das Prädiktionsintervall dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass ein gepoolter Effekt bei bedeutsamer Heterogenität möglicherweise nicht sinnvoll interpretierbar ist.

4.3.4 Bewertung der Qualität der Evidenz

Alle für den Evidenzbericht relevanten Ergebnisse wurden hinsichtlich der Beeinflussung durch Studienlimitationen, des Risikos von Publikationsbias, der Genauigkeit und Konsistenz der Effekte, der Übertragbarkeit und ggf. der Aspekte zur Aufwertung der Qualität der Evidenz überprüft. Für jeden für die Entscheidung kritischen Endpunkt wurde eine endpunktbezogene studienübergreifende Aussage zur Qualität der Evidenz in 4 Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen und diese in eine der Stufen hohe, moderate, niedrige und sehr niedrige Qualität der Evidenz entsprechend der GRADE-Guideline eingeteilt [11]. Bei einer hohen Qualität der Evidenz kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das Ergebnis der vorliegenden Studien nahe am wahren Interventionseffekt liegt. Bei geringerer Qualität nimmt diese Wahrscheinlichkeit entsprechend ab.

Die Bewertung erfolgte durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Ergebnissen aus RCTs werden im 1. Bewertungsschritt eine hohe, Ergebnissen aus Beobachtungsstudien eine geringe Qualität der Evidenz attestiert [11]. Von dieser rein designbedingten Einschätzung ausgehend, wurde bei Studienlimitationen, einem Risiko von Publikationsbias, fehlender Genauigkeit der Effekte, inkonsistenten Effekten oder eingeschränkter Übertragbarkeit die Qualität der Evidenz abgewertet. Alle Abwertungen der Qualität der Evidenz wurden durch Fußnoten gekennzeichnet.

4.3.4.1 Abwertung der Qualität der Evidenz

A: Studienlimitationen

Die Qualität der Evidenz wurde aufgrund von schwerwiegenden oder sehr schwerwiegenden Studienlimitationen um 1 oder 2 Stufen abgewertet, wenn starke Limitierungen in einem oder mehreren der in Abschnitt 4.3.2 genannten Kriterien das Vertrauen in die Effektschätzung beeinträchtigten. Die endpunktbezogene studienübergreifende Bewertung der Studienlimitationen erfolgte unter Berücksichtigung des Einflusses der einzelnen Studien auf die Effektschätzung für jeden Endpunkt. Gründe für eine Abwertung wurden transparent beschrieben [12].

B: Inkonsistente (heterogene) Effekte

Die Qualität der Evidenz wurde bei unerklärter Heterogenität (Inkonsistenz) zwischen Studienergebnissen um 1 oder 2 Stufen abgewertet. Die Einschätzung einer möglichen Heterogenität erfolgte anhand der in Abschnitt 4.3.3 beschriebenen Kriterien.

C: Indirektheit (eingeschränkte Übertragbarkeit)

Die Qualität der Evidenz wurde bei starken oder sehr starken Einschränkungen der Übertragbarkeit um 1 oder 2 Stufen abgewertet. Eine eingeschränkte Übertragbarkeit konnte auf Abweichungen zwischen dem PICO und den Einschlusskriterien der Studien basieren [13].

D: Publikationsbias

Die Qualität der Evidenz wurde um 1 oder 2 Stufen abgewertet, wenn ein Publikationsbias wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich war.

Kriterien für die Annahme eines Publikationsbias umfassten eine Evidenzgrundlage, welche vorrangig auf kleinen Studien und wenigen Ereignissen beruhte, einen beobachteten Zusammenhang zwischen Größe der Effektschätzung und Studiengröße (oder Genauigkeit der Effekte) zeigte, Studienabbrüche auf der Grundlage von hohen Effektschätzungen aufwies oder Auffälligkeiten in der gesichteten Datenlage erkennen ließ [14].

E: Fehlende Genauigkeit der Effekte

Die Qualität der Evidenz wurde wegen geringer oder sehr geringer Genauigkeit der Effekte um 1 oder 2 Stufen abgewertet. Maßgeblich hierfür war die Lage und Breite des 95 %-Konfidenzintervalls. Wenn für einen relativen Effekt weder eine Halbierung noch eine Verdopplung ausgeschlossen werden konnte, sollte eine Abwertung wegen (sehr) geringer Genauigkeit in Betracht gezogen werden. Gleiches traf zu, wenn das Konfidenzintervall sehr breit war, sodass weder sehr kleine noch sehr große Effekte ausgeschlossen werden konnten [15].

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Von den 15 identifizierten systematischen Übersichten (siehe Kapitel 8) wurde 1 systematische Übersicht (siehe Tabelle 2) als ausreichend aktuell und hochwertig bewertet und zum Zweck der Identifizierung von Studien berücksichtigt. Die Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung dieser systematischen Übersicht findet sich in Anhang B.

Tabelle 2: Berücksichtigte systematische Übersichten

Dokument	Vollpublikation
NICE 2018	ja [16]

Auf Basis des Abschnitts 7.1 dieser systematischen Übersicht wurden 26 Referenzen identifiziert, für die daraufhin geprüft wurde, inwieweit sie die Einschlusskriterien dieses Berichts erfüllen. Davon waren 12 Publikationen vor 2010 publiziert [17-28], 4 wurden aufgrund der Prüfintervention ausgeschlossen [29-32] sowie 1 aufgrund des Studientyps [33]. Somit konnten 9 relevante Publikationen identifiziert werden. Es erfolgte eine ergänzende fokussierte Suche nach Studien in bibliografischen Datenbanken für den Zeitraum (ab 2016), der nicht durch die berücksichtigte systematische Übersicht abgedeckt war. Für alle weiteren Informationsquellen wurde ohne zeitliche Beschränkung gesucht.

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der Informationsbeschaffung inklusive Studienselektion gemäß den Kriterien für den Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken (letzte Suche am 09.09.2020) und die Suche in Studienregistern (letzte Suche am 10.09.2020) sind in Anhang D dargestellt.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, jedoch ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt 8.2.

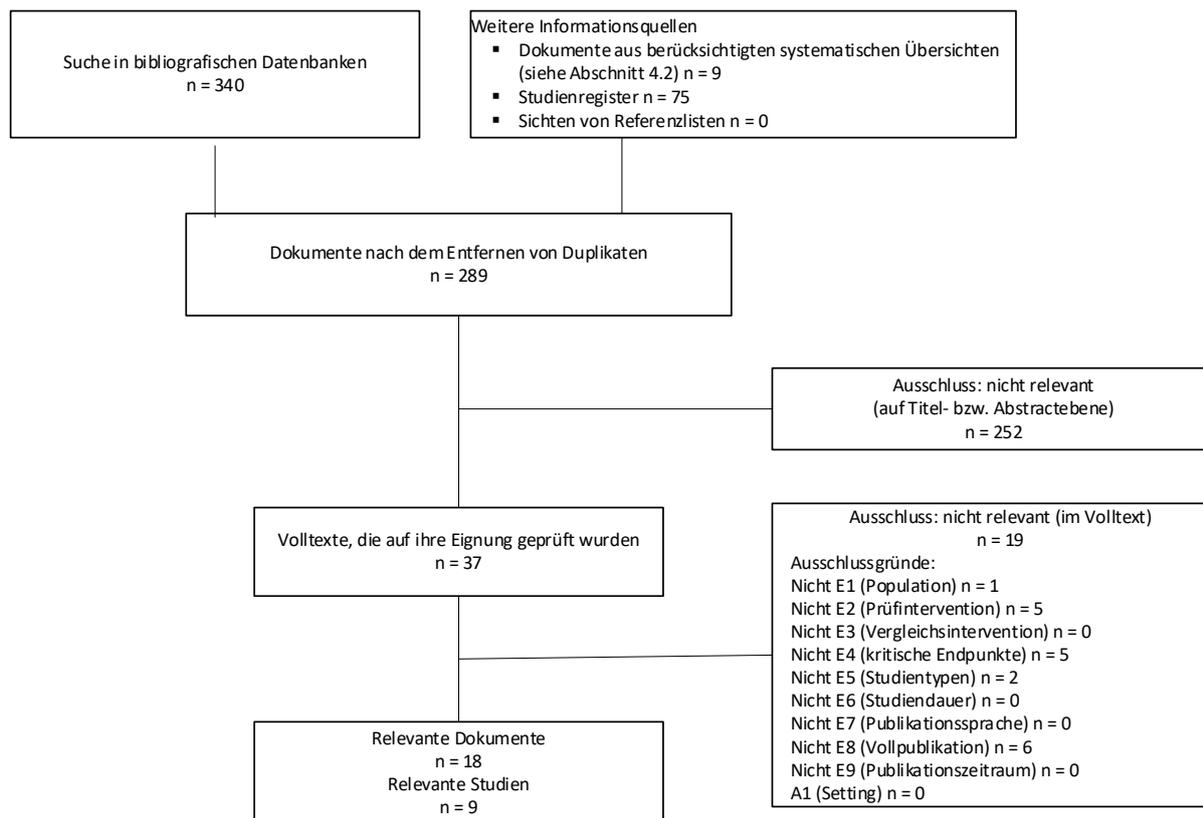


Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung

Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechenschritte konnten insgesamt 9 relevante Studien identifiziert werden (siehe auch Tabelle 3).

Tabelle 3: Studienpool der Evidenzdarstellung

Studie	Verfügbare Dokumente	
	Vollpublikation (in Fachzeitschriften)	Ergebnisbericht aus Studienregistern
Bass 2015 ^a	ja [34-37]	ja [38]
Chien 2010	ja [39]	nein
Jansen 2011	ja [40]	nein
Lam 2010	ja [41]	nein
Possin 2019 ^a	ja [42]	nein
Reisberg 2017 ^a	ja [43]	nein
Samus 2014	ja [44-46]	nein
Thyrian 2017	ja [47-49]	ja [50]
Xiao 2016	ja [51]	nein

a. In dieser Studie wurden keine verwertbaren Ergebnisse berichtet.

5.2 Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien

3 der 9 eingeschlossenen Studien [34,42,43] (Bass 2015, Possin 2019, Reisberg 2017) erfüllten zwar die formalen Einschlusskriterien, berichteten jedoch keine verwertbaren Daten (siehe auch Tabelle 8). Aus diesem Grund erfolgte für diese 3 Studien keine weitere Darstellung der Charakteristika und Ergebnisse. Während die Studie Possin 2019 zwar Ergebnisse zum Behandlungseffekt berichtete, die Angaben in der Publikation jedoch keine eindeutige Interpretation erlaubten, standen in der Studie Reisberg 2017 ausschließlich Ergebnisse für den Endpunkt Globalwert für BPSD zur Verfügung, welche jedoch nur 37 % der randomisierten Patientinnen und Patienten in der Auswertung berücksichtigten. In Bass 2015 wurden aus 5 Clustern aus 2 räumlich getrennten Regionen (2 Cluster bzw. 3 Cluster) 2 Cluster ausgewählt, wobei aus jeder Region jeweils 1 Cluster zufällig ausgewählt wurde. Daher wurde diese Studie formal als RCT eingeschlossen. Jedoch kann aufgrund der geringen Anzahl von Clustern nicht von einer Strukturgleichheit der Interventions- und Kontrollgruppe ausgegangen werden.

Studiendesign und Studienpopulationen

In diesem Abschnitt werden die 6 eingeschlossenen Studien mit verwertbaren Ergebnissen einschließlich der wesentlichen Ein- und Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten sowie die Studienpopulationen und die informell Pflegenden charakterisiert.

Dabei handelt es sich um 6 internationale RCTs [39-41,44,47,51]. Alle Studien untersuchten die Wirksamkeit eines Dementia Care Managements im Vergleich zur Standardbehandlung. Die Interventionsdauer reichte von 4 bis 18 Monaten und die Studiendauer von 12 bis 24 Monate. Die Charakteristika der Studien sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen RCTs

Studie	N	Intervention	Vergleich	Ort der Durchführung	Interventionsdauer	Studiendauer
Chien 2010	I: 46 C: 46	Dementia Family Care Programme	Usual family services provided by the dementia resources centres	Hong Kong	6 months	24 months
Jansen 2011	I: 54 C: 45	Case management	Usual care	Netherlands	12 months	12 months
Lam 2010	I: 59 C: 43	Case management group	Control without access to case management.	Hong Kong	4 months	12 months
Samus 2014	I:110 C: 193	Care coordination	Augmented usual care	USA	18 months	18 months
Thyrian 2017	I: 348 C: 168	Dementia care management	Care as usual	Germany	12 months	12 months
Xiao 2016	I: 39 C: 33	Personalized Dementia Care	Usual care	Australia	12 months	12 months
C: Vergleichsgruppe; I: Prüflinterventionsgruppe; k. A.: keine Angabe; N: Anzahl eingeschlossener Patientinnen und Patienten; RCT: Randomized controlled Trial						

Alle Interventionen der eingeschlossenen Studien beinhalten grundlegende Kernelemente des Dementia Care Managements wie ein Assessment der individuellen Bedürfnisse, einer Planung und Koordination individueller Maßnahmen, sowie deren Evaluation. Sie unterscheiden sich in der konkreten Umsetzung.

In Anhang C werden die Charakteristika der Interventionen und Vergleiche ausführlich dargestellt. Die Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien sind in Tabelle 5 dargestellt. Die Einschlusskriterien der verschiedenen Studien waren vergleichbar.

Tabelle 5: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Chien 2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at least 18 years ▪ could speak and read Chinese ▪ lived with a relative who was diagnosed as having the Alzheimer's type of dementia (mild or moderate illness stage) according to the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, ▪ provided care for at least 4 hours per day ▪ Their relative suffered no co-morbidity of other mental illness during the recruitment period 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ if they themselves had mental illness and/or cognitive impairment, ▪ if they had been the primary carer for < 3 months
Jansen 2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MMSE below 24 or a risk of dementia of 50% or more according to the 7MS ▪ Have a informal primary caregiver ▪ 65 years or over ▪ live outside of institutional settings 	<p>Exclusion criteria for patients</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assistance by an outpatient geriatric or psychiatric team for cognitive problems ▪ terminal illness ▪ insufficient command of the Dutch language ▪ participation in other research projects ▪ institutionalization. <p>Exclusion criteria for caregivers</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ terminal illness ▪ providing less than 1 h of care a week ▪ insufficient command of the Dutch language
Lam 2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Community dwelling people ▪ aged 65 years old or above ▪ diagnosed to have mild dementia, with Chinese Mini-Mental State Examination (CMMSE) scored 15 or above, and/or a Clinical Dementia Rating of 1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No family caregiver, defined as a family member who visited the person at least once a month ▪ Refused home visits by case manager ▪ subjects with significant concomitant diseases with more than one hospital admission in the previous 12 months

Tabelle 5: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Samus 2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eligible participants were age 70+ ▪ English-speaking ▪ community-residing in the northwest Baltimore area ▪ had a reliable study partner available who was willing to participate in all study visits ▪ met Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) criteria for dementia or Cognitive Disorder Not Otherwise Specified (COG DO NOS) ▪ had >1 unmet care needs on the Johns Hopkins Dementia Care Needs Assessment (JHDCNA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuals in a crisis situation (i.e., signs of abuse, neglect, risk of danger to self or others)
Thyrian 2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 70 years and older ▪ living at home ▪ screening positive (DEMTECT < 9) indicating dementia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medical conditions not allowing testing ▪ insufficient German-language competence
Xiao 2016	<ul style="list-style-type: none"> ▪ caregivers were from a minority group and cared for a community-dwelling older person with dementia from the same minority group ▪ caregivers were the primary caregiver in the family ▪ caregivers had cared for the person with dementia for at least 1 year and had at least twice per week face to-face contacts with the care recipients to ensure the intervention intensity required in the study was met ▪ caregivers were aged 18 or older ▪ the care recipients had been diagnosed with dementia or had cognitive impairment determined by a score \leq 22 of the 30 using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caregivers were excluded from the trial if they themselves had cognitive impairment and/or a terminal illness or were in the first year of their caregiving role as there are a number of dementia education programs in Australia that target this period that may have affected the outcomes of the trial
<p>Alle Angaben in der Tabelle sind Direktzitate. MMSE: Mini-Mental State Examination; DEMTECT: Demenz Detection; VA: Veterans Affairs; 7MS: 7 Minute Screen</p>		

Die Charakterisierung der Studienpopulationen (Patientinnen und Patienten) wird in Tabelle 6 dargestellt. In 7 der 8 Studien mit verwertbaren Daten betrug das mittlere Alter in etwa 80 Jahre. In Chien 2010 waren die Patientinnen und Patienten mit einem mittleren Alter von ca. 70 Jahren etwas jünger. In allen Studien außer bei Chien 2010 war der Anteil an Patienten geringer als der Anteil an Patientinnen. In den Studien, in denen ein MMSE berichtet wurde, reichte dieser im Mittel von 22,8 (SD: 4,6) (leichte Demenz) bis 17,3 (SD: 3,9) (mittelschwere Demenz). Die Schwere der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz war zwischen den Studien vergleichbar.

Tabelle 6: Charakterisierung der Studienpopulationen – Patientinnen und Patienten (mehrseitige Tabelle)

Studie Gruppe	Intervention	Vergleich
Chien 2010		
N	46	46
Alter [Jahre] MW (SD)	68,1 (7,1)	67,2 (6,5)
Geschlecht [w / m] %	41/59	46/54
MMSE MW (SD)	17,5 (4,7)	17,3 (3,9)
NPI (12-144) MW (SD)	81,8 (9,1)	80,9 (9,5)
Studienabbrecher n (%)	1 (2)	1 (2)
Jansen 2011		
N	54	45
Alter [Jahre] MW (SD)	82,1 (5,7)	81,0 (6,5)
Geschlecht [w / m] %	70/30	58/42
MMSE MW (SD)	22 (4,2)	22,7 (3,8)
NPI-Q (0-36) MW (SD)	6,2 (5,0)	6,2 (6,2)
Studienabbrecher n (%)	11 (20) ^a	7 (16)
Lam 2010		
N	59	43
Alter [Jahre] MW (SD)	78,6 (6,4)	78,2 (5,4)
Geschlecht [w / m] %	59/41	56/44
MMSE MW (SD)	17,6 (5,2)	18,0 (5,1)
C-NPI Median (Quartile)	14 (5,0; 29,5)	17 (6,0; 35)
Studienabbrecher n (%)	6 (10)	4 (9)
Samus 2014		
N	110	193
Alter [Jahre] MW (SD)	84,0 (5,8)	83,9 (5,9)
Geschlecht [w / m] %	66/34	62/38
MMSE MW (SD)	19,0 (7,9)	19,2 (7,7)
NPI-Q MW (SD)	7,2 (5,7)	7,1 (6,2)
Studienabbrecher n (%)	36 (33)	79 (41)
Thyrian 2017		
N	408	226
Alter [Jahre] MW (SD)	80,6 (5,7) ^b	79,8 (5,0) ^c
Geschlecht [w / m] %	61/39 ^b	60/40 ^c
MMSE MW (SD)	22,8 (4,6) ^b	22,7 (5,2) ^c
NPI MW (SD)	7,6 (14,6) ^b	7,2 (9,8) ^c
Studienabbrecher n (%)	117 (29)	110 (48)

Tabelle 6: Charakterisierung der Studienpopulationen – Patientinnen und Patienten (mehrsseitige Tabelle)

Studie Gruppe	Intervention	Vergleich
Xiao 2016		
N	39	33
Alter [Jahre] Median (IQR)	83,0 (77,0–87,0) ^d	82,5 (76,0–86,0) ^e
Geschlecht [w / m] %	65/35 ^d	57/43 ^e
RUDAS Median (IQR)	14,1 (0–21) ^d	12,9 (0–22) ^e
BPSD MW (SD)	8,9 (6,5) ^d	9,3 (5,9) ^e
Studienabbrecher n (%)	8 (21) ^d	3 (10) ^e
<p>a. 3 Patientinnen und Patienten sind nach der Randomisierung aus der Studie ausgeschieden und haben keine Intervention erhalten. Wie dies in der Auswertung berücksichtigt wurde, ist unklar.</p> <p>b. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten Patientinnen und Patienten (N = 291).</p> <p>c. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten Patientinnen und Patienten (N = 116).</p> <p>d. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten Patientinnen und Patienten (N = 31).</p> <p>e. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten Patientinnen und Patienten (N = 30).</p> <p>BEHAVE-AD-FW: Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Frequency-Weighted Severity Scale; BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; DCM: Dementia Care Management; IQR: Interquartilsabstand; m: männlich; MW: Mittelwert; MMSE: Mini Mental State Examination; N: Anzahl randomisierter (bzw. eingeschlossener) Patientinnen und Patienten; n: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Ereignis; NPI: Neuropsychiatric Inventory; NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory Questionnaire; RUDAS: Rowland Universal Dementia Assessment Scale; SD: Standardabweichung; w: weiblich</p>		

In Tabelle 7 werden die Charakteristika der informell Pflegenden dargestellt, da Dementia Care Management sich auf deren Belastung auswirken könnte.

In allen Studien zeigt sich, dass der größte Teil der informell Pflegenden weiblich ist. Da die Belastung der informell Pflegenden in allen eingeschlossenen Studien mit unterschiedlichen Messinstrumenten gemessen wurde, ist diese schwer zu vergleichen. Die Anzahl der Studienabbrecher wurden in der Regel nur für die Patientinnen und Patienten angegeben. In den meisten Studien treffen die Angaben diesbezüglich gleichermaßen auf die informell Pflegenden zu.

Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen – informell Pflegende

Studie Gruppe	Dementia Care Management	Standardtherapie
Chien 2010		
N	46	46
Alter [Jahre] MW (SD)	44,9 (8,5)	45,6 (9,2)
Geschlecht [w / m] %	67/33	65/35
FCBI MW (SD)	68,0 (14,6)	66,9 (13,7)
Jansen 2011		
N	54	45
Alter [Jahre] MW (SD)	63,6 (13,8)	61,6 (15,2)
Geschlecht [w / m] %	67/33	73/27
SPPIC 0-9 MW (SD)	3,9 (2,7)	3,3 (2,6)
Lam 2010		
N	59	43
Geschlecht [w / m] %	76/24	70/30
ZBI MW (SD)	33,2 (17,8)	32,3 (15,8)
Samus 2014		
N	106 ^a	183 ^a
Alter [Jahre] MW (SD)	65,7 (13,9)	67,3 (12,9)
Geschlecht [w / m] %	76/24	74/26
ZBI MW (SD)	14,3 (9,1)	14,8 (8,5)
Thyrian 2017		
N	408	226
BIZA-D MW (SD)	-0,14 (2,62) ^b	-0,07 (2,57) ^c
Xiao 2016		
N	39	33
Alter [Jahre] Median (IQR)	56,0 (50,0–69,0) ^d	56,0 (51,0–60,0) ^e
Geschlecht [w / m] %	84/16 ^d	83/17 ^e
NPI Caregiver Distress	10,8 (9,4) ^d	11,2 (9,3) ^e
<p>a. Die Zahlen zwischen Patientinnen / Patienten und informell Pflegenden sind unterschiedlich. Dies ist dadurch begründet, dass 11 informell Pflegende 2 Patientinnen und Patienten betreuen. b. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten informell Pflegenden (N = 291). c. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten informell Pflegenden (N = 116). d. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten informell Pflegenden (N = 31). e. Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der ausgewerteten informell Pflegenden (N = 30).</p> <p>BIZA-D: Berlin Inventory of Caregivers' Burden with Dementia Patients; FCBI: Family Caregiving Burden Inventory; IQR: interquartile range (Interquartilsabstand); m: männlich; MW: Mittelwert; MMSE: Mini Mental State Examination; N: Anzahl randomisierter (bzw. eingeschlossener) Patientinnen und Patienten; n: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Ereignis; NPI: Neuropsychiatric Inventory SD: Standardabweichung; SPPIC: Self-Perceived Pressure by Informal Care; w: weiblich; ZBI: Zarit Burden Inventory</p>		

5.3 Übersicht der Endpunkte

Aus 6 Studien [39-41,44,47,51] konnten Daten zu kritischen Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 8 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu den Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien.

In 2 Studien [40,42] wurden Daten zum Endpunkt Arztkontakte berichtet, die jedoch nicht für die Evidenzsynthese verwertbar waren. In der Studie Possin 2010 wurden ausschließlich unstandardisierte Betakoeffizienten, in der Studie Jansen 2011 ausschließlich die Rate der Arztkontakte pro Patientin und pro Patient berichtet.

Für den Endpunkt Häufigkeit der Klinikeinweisungen wurden in 5 Studien [34,39,42,44,47] Daten berichtet, welche nicht verwertbar waren. Zusätzlich zu den bereits in Abschnitt 5.2 beschriebenen Gründen wurden ein kombinierter Endpunkt, in den neben der Hospitalisierung ebenfalls z. B. die Heimeinweisung einging, oder Raten der Hospitalisierung pro Patientin und pro Patient berichtet.

Tabelle 8: Matrix der Endpunkte

Studie	Kritische Endpunkte					
	Häufigkeit der Klinikeinweisung	Arztkontakte	Zeit bis zur Heimeinweisung / Zeit, zu Hause zu verbleiben	Globalwert für BPSD	Medikationsverbrauch (psychiatrische Medikamente) ^a	Stress der informell Pflegenden
Bass 2015	○	–	–	–	–	–
Chien 2010	○	–	–	●	–	●
Jansen 2011	–	○	–	–	–	●
Lam 2010	–	–	–	●	–	●
Possin 2019	○	○	–	–	–	○
Reisberg 2017	–	–	–	○	–	–
Samus 2014	○	–	●	●	–	●
Thyrian 2017	○	–	–	●	●	●
Xiao 2016	–	–	–	●	–	●

●: Daten wurden berichtet und waren verwertbar.
○: Daten wurden berichtet, aber waren nicht für den Evidenzbericht verwertbar (siehe Abschnitt 5.2).
–: Es wurden keine Daten berichtet (keine weiteren Angaben). / Der Endpunkt wurde nicht erhoben.
a. Antidementiva: Donepezil, Rivastigmine, Galantamin, Memantin, Donepezil und Memantin + Donepezil
BPSD: behaviorale und psychologische Symptome der Demenz

5.4 Ergebnisse zu Endpunkten

5.4.1 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Zeit bis zur Heimeinweisung

Tabelle 9: Evidenzprofil für den Endpunkt Zeit bis zur Heimeinweisung

Faktoren der Qualität der Evidenz							Patientinnen und Patienten mit Ereignis n (%)		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design, N	Studien-limitationen ^c	Inkon-sistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Mediane Zeit bis zum Ereignis in Tagen [95 %-KI]			HR [95 %-KI]	Absolute Risiko-differenz [95 %-KI]	
							[I]	[C]				
RCT, 1 [44]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	keine	unentdeckt	keine	keine	k. A. (30,9) 496 [462; 531]	k. A. (45,6) 445 [418; 471]	456 pro 1000	0,63 [0,42; 0,94]	0,14 [0,02; 0,23]	moderat

a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.
d. Es ist unklar, ob die Zuteilung der Patientinnen und Patienten verdeckt erfolgte. Die Patientinnen und Patienten wurden nicht verblindet. Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Kategorie abgewertet.

C: Vergleichsgruppe; HR: Hazard Ratio; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; I: Prüfinterventionsgruppe; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie

5.4.2 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Globalwert für BPSD

Tabelle 10: Evidenzprofil für den Endpunkt Globalwert für behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) – Interventionsende

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studiendesign, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Hedges' g [95 %-KI]	Mittelwert-differenz [95 %-KI]	
RCT, 5 [39,41,44,47,51]	sehr schwer-wiegend ^c	schwer-wiegend ^d	keine	unentdeckt	keine	keine	535; 427	-0,19 [-0,61; 0,23] ^e	-2,19 [-6,31; 1,94] ^e	sehr niedrig

a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.
 b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.
 c. In 3 Studien ist unklar, ob die Zuteilung der Patientinnen und Patienten verdeckt erfolgte und ob eine ergebnisunabhängige Berichterstattung erfolgte. In keiner Studie waren die Patientinnen und Patienten verblindet. In Thyrian 2017 und Samus 2014 war die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat. In Thyrian 2017 konnte ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Die Qualität der Evidenz wurde um 2 Kategorien abgewertet.
 d. Heterogenität: $Q = 17,92$, $p = 0,001$, $I^2 = 77,7\%$. Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Kategorie abgewertet.
 e. In den Effektschätzer gingen Werte aus eigenen Berechnungen ein: In Lam 2010 wurden aus den berichteten Medianen und IQRs Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet.

C: Vergleichsgruppe; KI: Konfidenzintervall; I: Prüfinterventionsgruppe; IQR: Interquartilsabstand; ITT: Intention to treat; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie

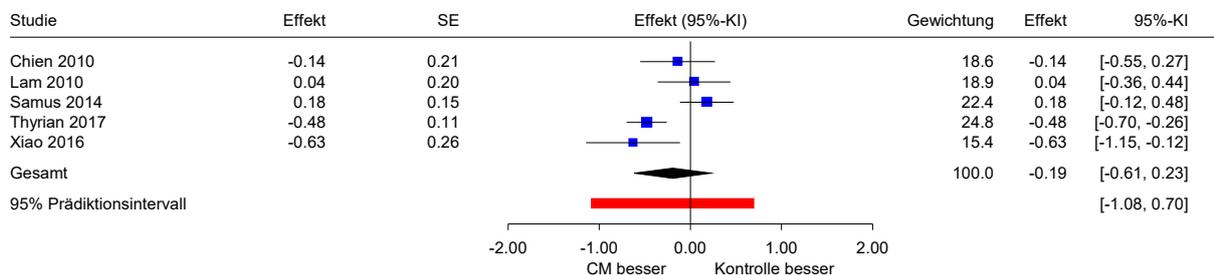
Tabelle 11: Evidenzprofil für den Endpunkt Globalwert für behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) – Follow-up

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Hedges' g [95 %-KI]	Mittelwert-differenz [95 %-KI]	
RCT, 2 [39]	schwer-wiegend ^c	sehr schwer-wiegend ^d	keine	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	45; 45	-0,58 [-1,01; -0,16]	-5,90 [-10,03; 1,77]	sehr niedrig
[41]							53; 39	0,29 ^f [-0,13; 0,71]	5,00 ^f [-1,81; 11,81]	

a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.
 b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.
 c. In beiden Studien war die Verblindung nicht adäquat und die Umsetzung des ITT-Prinzips war unklar. Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Kategorie abgewertet.
 d. Die Effektschätzer zeigen in entgegengesetzte Richtungen. Die Qualität der Evidenz wurde um 2 Kategorien abgewertet.
 e. Die Effektschätzer der beiden Studien zeigen in entgegengesetzte Richtungen. Somit können weder relevante Effekte zugunsten der Prüfintervention noch relevante Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. Es erfolgte keine zusätzliche Abwertung.
 f. In den Effektschätzer gingen Werte aus eigenen Berechnungen ein: In Lam 2010 wurden aus den berichteten Medianen und IQRs Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet.
 C: Vergleichsgruppe; KI: Konfidenzintervall; I: Prüfinterventionsgruppe; IQR: Interquartilsabstand; ITT: Intention to treat; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie

5.4.2.1 Metaanalysen

Case Management vs. Kontrolle
BPSD bis Interventionsende
Modell mit zufälligen Effekten - Knapp und Hartung



Heterogenität: $Q=16.63$, $df=4$, $p=0.002$, $I^2=75.9\%$
Gesamteffekt: $Z\text{-Score}=-1.28$, $p=0.269$, $\text{Tau(Paule-Mandel)}=0.283$

Abbildung 2: Metaanalyse, BPSD bis Interventionsende: NPI, Dementia Care Management vs. Standardtherapie; Effektmaß: Hedges' g

5.4.2.2 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Da sich für den Endpunkt BPSD statistisch signifikante Heterogenität ergab, wurde untersucht, welche potenziellen Effektmodifikatoren diese Heterogenität möglicherweise verursachen. Dabei wurden folgende potenzielle Effektmodifikatoren betrachtet:

- Alter
- Geschlecht
- Demenzschwere
- Schwere der BPSD
- Dauer der Intervention
- Häufigkeit der Kontakte zwischen der Person, die für das Dementia Care Management verantwortlich ist, und den Patientinnen und Patienten sowie ihren informell Pflegenden

Aus folgenden Gründen konnten für die meisten Faktoren keine sinnvollen Subgruppenanalysen durchgeführt werden: Es lagen keine geeigneten Angaben zu relevanten Merkmalen vor (z. B. Geschlecht), für 1 Merkmal einer Subgruppe lag 1 Studie und / oder es lag eine hohe Ähnlichkeit aller Studien bezüglich der Subgruppenmerkmale vor.

Ausschließlich für die Interventionsdauer wäre eine Subgruppenanalyse durchführbar. Hier wäre eine Aufteilung in Studien mit einer Interventionsdauer < 12 Monate vs. Studien mit einer Interventionsdauer von > 12 Monaten denkbar.

Die Subgruppe mit einer Interventionsdauer < 12 Monaten würde die Studien Chien 2010 und Lam 2010 umfassen. Die Subgruppe mit einer Interventionsdauer > 12 Monaten würde die Studien Samus 2014, Thyrian 2017 und Xiao 2016 umfassen (siehe Tabelle 4).

Die identifizierte Heterogenität kann augenscheinlich durch diese Subgruppenanalyse nicht erklärt werden, da innerhalb der Gruppen jeweils gegenläufige Effekte vorlagen.

5.4.3 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Medikationsverbrauch

Tabelle 12: Evidenzprofil für den Endpunkt Medikationsverbrauch (psychiatrische Medikamente)^a

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Ereignis/ Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^b	Effekt		Qualität der Evidenz ^c
Studien- design, N	Studien- limitationen ^d	Inkon- sistenz	Indirektheit	Publikations- bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	Absolute Risikodifferenz [95 %-KI]	
RCT, 1 [47]	sehr schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	keine	unentdeckt	keine	keine	114/291	31/116	267 pro 1000	1,77 [1,10; 2,84]	-0,12 [-0,24; -0,02]	niedrig

a. Anteil der Patientinnen und Patienten welche ein Therapie mit einem der folgenden Antidementiva erhielten: Donepezil, Rivastigmine, Galantamin, Memantin, Donepezil und Memantin + Donepezil
 b. medianes Basisrisiko der Vergleichsgruppen der eingeschlossenen Studien
 c. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.
 d. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.
 e. Die Umsetzung des ITT-Prinzips und die Verblindung waren nicht adäquat. Ein Selektionsbias konnte nicht ausgeschlossen werden. Die Qualität der Evidenz wurde um 2 Kategorien abgewertet.
 C: Vergleichsgruppe; KI: Konfidenzintervall; I: Prüfinterventionsgruppe; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie

5.4.4 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Stress der informell Pflegenden

Tabelle 13: Evidenzprofil für den Endpunkt Stress des informell Pflegenden – Interventionsende (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt ^a		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design, N	Studien-limitationen ^e	Inkonsistenz	Indirekt-heit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Hedges' g [95 %-KI]	Mittelwert-differenz [95 %-KI]	
BIZA-D										
RCT, 1 [47]	sehr schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	keine	unentdeckt	keine	keine	291; 116	-0,20 [-0,42; 0,01]	-0,53 [-1,10; 0,04]	niedrig
NPI caregiver distress										
RCT, 1 [51]	schwer-wiegend ^e	nicht zutreffend	keine	unentdeckt	keine	keine	31; 30	-0,70 [-1,22; -0,18]	-6,80 [-11,71; -1,89]	moderat
FCBI (0-96)										
RCT, 1 [39]	schwer-wiegend ^f	nicht zutreffend	keine	unentdeckt	keine	keine	46; 46	-0,50 [-0,92; -0,09]	-7,10 [-12,89; -1,31]	moderat
ZBI										
RCT, 2 [41,44]	sehr schwer-wiegend ^g	nicht schwer-wiegend	keine	unentdeckt	keine	keine	163; 225	-0,17 [-0,42; 0,07] ^h	-1,59 [-3,43; 0,25] ^h	niedrig
SPPIC (0-9)										
RCT, 1 [40]	schwer-wiegend ⁱ	nicht zutreffend	keine	unentdeckt	keine	keine	54; 45	0,34 [-0,06; 0,74]	0,9 [-0,14; 1,94] ^j	moderat

Tabelle 13: Evidenzprofil für den Endpunkt Stress des informell Pflegenden – Interventionsende (mehreseitige Tabelle)

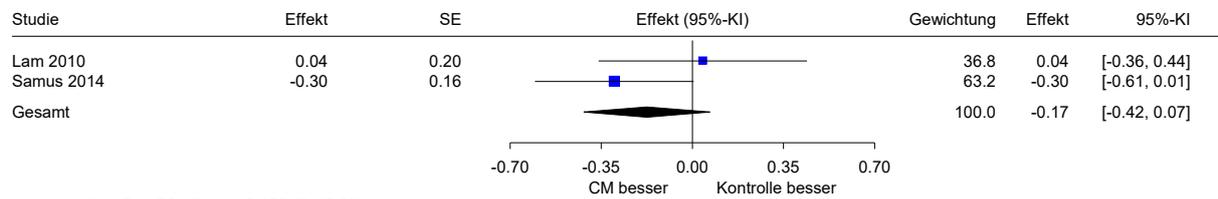
Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt ^a		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design, N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Hedges' g [95 %-KI]	Mittelwert-differenz [95 %-KI]	
<p>a. Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. In Thyrian 2017 war die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat und ein Selektionsbias konnte nicht ausgeschlossen werden. In der Studie war die Verblindung nicht adäquat. Die Qualität der Evidenz wurde um 2 Kategorien abgewertet.</p> <p>e. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung, die Verblindung, sowie die ergebnisunabhängige Berichterstattung war unklar. Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Kategorie abgewertet.</p> <p>f. In Chien 2010 war unklar ob die Gruppenzuteilung verdeckt erfolgte. Die Verblindung war nicht adäquat. Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Kategorie abgewertet.</p> <p>g. In Samus 2014 war unklar ob die Gruppenzuteilung verdeckt erfolgte und die Umsetzung des ITT-Prinzips war nicht adäquat. Die Verblindung war in beiden Studien nicht adäquat. Die Qualität der Evidenz wurde um 2 Kategorien abgewertet.</p> <p>h. In den Effektschätzer gingen Werte aus eigenen Berechnungen ein: In Lam 2010 wurden aus den berichteten Medianen und IQRs Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet.</p> <p>i. In Jansen 2011 war die Verblindung nicht adäquat. Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Kategorie abgewertet.</p> <p>j. Das Konfidenzintervall wurde aus dem in Jansen 2011 berichteten p-Wert für den Gruppenunterschied berechnet.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; KI: Konfidenzintervall; I: Prüfinterventionsgruppe; IQR: inter quartile range (Interquartilsabstand); ITT: intention to treat; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; ZBI: Zarit burden Inventory</p>										

Tabelle 14: Evidenzprofil für den Endpunkt Stress der informell Pflegenden – Nachbeobachtung

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Hedges' g [95 %-KI]	Mittelwert-differenz [95 %-KI]	
FCBI (0-96) 18 Monate Nachbeobachtungszeit										
RCT, 1 [39]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	keine	unentdeckt	keine	keine	45; 45	-1,72 [-2,21; -1,23]	-18,60 [-23,09; -14,11]	moderat
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Die Verblindung war nicht adäquat und die Umsetzung des ITT-Prinzips war unklar. Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Kategorie abgewertet.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; FCBI: Family Caregiving Burden Inventory; KI: Konfidenzintervall; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie</p>										

5.4.4.1 Metaanalysen

Case Management vs. Kontrolle
Stress des informell Pflegenden - ZBI zu Interventionsende
Modell mit festem Effekt - Inverse Varianz



Heterogenität: $Q=1.76$, $df=1$, $p=0.185$, $I^2=43.0\%$
Gesamteffekt: Z-Score=-1.41, $p=0.157$

Abbildung 3: Metaanalyse, Stress der informell Pflegenden bis Interventionsende: ZBI, Dementia Care Management vs. Standardtherapie; Effektmaß: Hedges' g

6 Einordnung der Evidenzergebnisse

Studienpool

Es wurden 9 RCTs zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz mit einem Dementia Care Management identifiziert, von denen 6 Studien verwertbare Daten zu den zuvor festgelegten klinisch wichtigen Endpunkten berichteten. Für die Endpunkte Häufigkeit der Klinikeinweisung sowie Arztkontakte lagen keine verwertbaren Daten vor. Die Endpunkte Zeit bis zur Heimeinweisung sowie Medikationsverbrauch wurden jeweils in 1 Studie mit verwertbaren Daten berichtet. Zum Endpunkt Globalwert für BPSD lagen verwertbare Daten aus 5 Studien vor, welche im Rahmen einer Metaanalyse zusammengefasst wurden, für den Endpunkt Stress der informell Pflegenden lagen Ergebnisse aus 6 Studien vor, welche aufgrund der 5 inhaltlich unterschiedlichen Messinstrumente einzeln nach Messinstrumenten dargestellt wurden.

Zusammenfassung der Evidenzdarstellungen

Insgesamt zeigte die verfügbare Evidenz signifikante Effekte eines Dementia Care Managements in Bezug auf einen Anstieg des Medikationsverbrauchs, die Verlängerung bis zur Heimeinweisung sowie eine Reduktion der Belastung der informell Pflegenden. Ein signifikanter Effekt auf behaviorale und psychologische Symptome der Demenz konnte anhand der verfügbaren Evidenz nicht festgestellt werden. Für die Endpunkte Häufigkeit der Klinikeinweisung und Arztkontakte lagen in den eingeschlossenen Studien keine verwertbaren Daten vor. Somit besteht für diese Endpunkte eine Evidenzlücke.

Es zeigten sich eine signifikant längere Dauer bis zur Heimeinweisung sowie ein geringerer Anteil der Patientinnen und Patienten, die ins Heim eingewiesen wurden, in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe (HR: 0,63; 95 %-KI: [0,42; 0,94]). Der Effekt für diesen Endpunkt basiert aufgrund schwerwiegender Studienlimitationen auf einer moderaten Qualität der Evidenz aus 1 RCT.

Für den Endpunkt Globalwert für BPSD zeigte sich nach Interventionsende eine nicht signifikant höhere Reduktion der Symptomatik in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe (Hedges' g: -0,19; 95 %-KI: [-0,61; 0,23] bzw. -0,14 [-0,44; 0,16]). Diese Reduktion basiert auf einer Metaanalyse mit sehr niedriger Qualität der Evidenz aufgrund von sehr schwerwiegenden Studienlimitationen und schwerwiegender Inkonsistenz der Evidenz.

Ausschließlich 2 Studien führten für den Endpunkt BPSD eine Nachbeobachtung der Patientinnen und Patienten durch, welche sich mit einem Zeitraum von 8 und 18 Monaten erheblich unterschieden. Aufgrund der ebenfalls erheblich unterschiedlichen Ergebnisse wurde auf die Erstellung einer Metaanalyse verzichtet.

Für den Endpunkt Medikationsverbrauch zeigte sich ein signifikant höherer Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer Antidementiva-Medikation in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (OR: 1,77; 95 %-KI: [1,10; 2,84]). Der Effekt für diesen

Endpunkt basiert aufgrund sehr schwerwiegender Studienlimitationen auf einer niedrigen Qualität der Evidenz aus 1 RCT.

Für den Endpunkt Stress der informell Pflegenden lagen verwertbare Daten aus 6 von 9 eingeschlossenen Studien nach Interventionsende vor. Es wurden 5 verschiedene Messinstrumente verwendet, welche aufgrund der inhaltlich unterschiedlichen Konstrukte nicht gepoolt wurden. Darüber hinaus zeigten sich in Bezug auf die Richtung des Effektes keine konsistenten Ergebnisse:

Bei den Ergebnissen mit einer moderaten Qualität der Evidenz zeigte sich gemessen mit dem NPI Caregiver Distress bzw. dem FCBI eine statistisch signifikant geringere Belastung in der Interventionsgruppe (Hedges' g : $-0,70$ [$-1,22$; $-0,18$]; 95 %-KI: bzw. $-0,50$ [$-0,92$; $-0,09$]), dagegen gemessen mit dem SPPIC eine nicht statistisch signifikant höhere Belastung in der Interventionsgruppe (Hedges' g : $0,34$; 95 %-KI: [$-0,06$; $0,74$]). Bei den Ergebnissen mit einer niedrigen Qualität der Evidenz zeigte sich gemessen mit dem BIZA-D bzw. ZBI jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied (Hedges' g : $-0,20$; 95 %-KI: [$-0,42$; $0,01$] bzw. $-0,17$ [$-0,42$; $0,07$]). Somit konnte keine Veränderung bezüglich des Endpunkts Stress der informell Pflegenden gezeigt werden.

Ausschließlich aus einer Studie lagen Ergebnisse zum Stress der informell Pflegenden mit einer Nachbeobachtung von 18 Monaten nach Interventionsende vor. In dieser Studie bei moderater Qualität der Evidenz zeigte sich eine statistisch signifikante niedrigere Belastung in der Interventionsgruppe.

Unterschiede der Interventionen in den Studien

Beim Dementia Care Management werden aufbauend auf einem möglichst interdisziplinären Assessments Unterstützungsbedarfe und -bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen erfasst und gezielt Versorgungsangebote und wirksame medizinische, pflegerische, therapeutische und / oder andere Maßnahmen implementiert bzw. koordiniert [52,53].

Obwohl die Interventionen aller eingeschlossenen Studien grundlegende Kernelemente des Dementia Care Managements wie ein Assessment der individuellen Bedürfnisse, eine Planung und Koordination individueller Maßnahmen sowie deren Evaluation beinhalten, unterscheiden sie sich in der konkreten Umsetzung. Die Interventionen der eingeschlossenen Studien unterschieden sich vor allem in der Bedürfniserhebung, der Dauer und des Umfangs von Schulungen und Unterstützungsangeboten sowie der Häufigkeit der Kontakte mit der Case Managerin oder dem Case Manager. Darüber hinaus wurden die Studien in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen, unterschiedlichen Vorgaben zur Patientinnen- und Patientenbetreuung und Kulturen / Einstellungen zum Umgang mit älteren, demenzkranken Menschen durchgeführt, was zu Unterschieden in der Intervention führen konnte. Die Übertragbarkeit ist somit von den individuellen Voraussetzungen des Settings und der spezifischen Umsetzung abhängig. Ein weiteres Problem bestand in der lückenhaften

Beschreibung von Details der Interventionen, was die Replizierbarkeit, Vergleichbarkeit sowie die Übertragbarkeit der Interventionen erschwerte.

Vergleich mit anderen systematischen Übersichten

Wie bereits beschrieben konnte die NICE-Leitlinie [16] zwar aufgrund ihrer breiten Suche zur Identifizierung von Studien berücksichtigt werden. Die Fragestellungen sind jedoch nicht mit denen des vorliegenden Evidenzberichts vergleichbar. So wurden beispielsweise in der NICE-Leitlinie auch Studien zu Patientinnen und Patienten mit schwerer Demenz sowie Studien vor 2010 eingeschlossen, die Population jedoch auf Patientinnen und Patienten mit einem Alter ab 40 eingeschränkt. Die Kriterien für die Intervention waren ebenfalls deutlich breiter und umfassten alle (intra- und interprofessionellen) Modelle zur Koordination der Begleitung und Versorgung von Menschen mit Demenz.

Neben der NICE-Leitlinie [16] deckte ein Cochrane-Review von Reilly et al. aus dem Jahr 2015 [54] die Fragestellung am besten ab, jedoch war dieses mit einer Suche bis 2013 nicht aktuell genug, berücksichtigte überwiegend Studien vor 2010 und berichtete keine Ergebnisse zu den Endpunkten Arztkontakte, Globalwert für BPSD sowie Medikationsverbrauch.

7 Literatur

1. Bundestag. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digital-Versorgung-Gesetz – DVG). Bundesgesetzblatt Teil 1 2019; 49: 21-22.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Demenzen: angemeldetes Leitlinienvorhaben [online]. 2020 [Zugriff: 07.08.2020]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ anmeldung/1/II/038-013.html>.
3. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G et al. GRADE handbook [online]. 2013 [Zugriff: 07.08.2020]. URL: <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html>.
4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 6.0 [online]. 2020 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: https://www.iqwig.de/download/Allgemeine-Methoden_Version-6-0.pdf.
5. ICH Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline: structure and content of clinical study reports; E3; current step 4 version [online]. 1995 [Zugriff: 12.12.2019]. URL: https://database.ich.org/sites/default/files/E3_Guideline.pdf.
6. Moher D, Hopewell S, Schulz KF et al. CONSORT 2010: explanation and elaboration; updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.c869>
7. Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N et al. GRADE guidelines; 12: preparing summary of findings tables; binary outcomes. J Clin Epidemiol 2013; 66(2): 158-172. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.01.012>.
8. Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR et al. Methods for meta-analysis in medical research. Chichester: Wiley; 2000.
9. Veroniki AA, Jackson D, Viechtbauer W et al. Recommendations for quantifying the uncertainty in the summary intervention effect and estimating the between-study heterogeneity variance in random-effects meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2015; (Suppl 1): 25-27.
10. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. GRADE guidelines; 7: rating the quality of evidence; inconsistency. J Clin Epidemiol 2011; 64(12): 1294-1302. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.03.017>.
11. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ et al. GRADE guidelines; 3: rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4): 401-406. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>.
12. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G et al. GRADE guidelines; 4: rating the quality of evidence; study limitations (risk of bias). J Clin Epidemiol 2011; 64(4): 407-415. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.017>.

13. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. GRADE guidelines; 8: rating the quality of evidence; indirectness. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1303-1310.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.04.014>.
14. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V et al. GRADE guidelines; 5: rating the quality of evidence; publication bias. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1277-1282.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.011>.
15. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. GRADE guidelines; 6: rating the quality of evidence; imprecision. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1283-1293.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.012>.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers [online]. 2018 [Zugriff: 06.01.2021]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/evidence/full-guideline-pdf-4852695709>.
17. Bass DM, Clark PA, Looman WJ et al. The Cleveland Alzheimer's managed care demonstration: outcomes after 12 months of implementation. *Gerontologist* 2003; 43(1): 73-85. <https://dx.doi.org/10.1093/geront/43.1.73>.
18. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295(18): 2148-2157. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.295.18.2148>.
19. Chien WT, Lee YM. A disease management program for families of persons in Hong Kong with dementia. *Psychiatr Serv* 2008; 59(4): 433-436.
<https://dx.doi.org/10.1176/ps.2008.59.4.433>.
20. Chu P, Edwards J, Levin R et al. The use of clinical case management for early stage Alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease* 2000; 15(5): 284-290. <https://dx.doi.org/10.1177/153331750001500506>.
21. Dias A, Dewey ME, D'Souza J et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PLoS One* 2008; 3(6): e2333.
<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0002333>.
22. Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M et al. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(10): 1282-1287. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49255.x>.
23. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML et al. Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(12): 2200-2208.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02564.x>.

24. Fortinsky RH, Kulldorff M, Kleppinger A et al. Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. *Aging Ment Health* 2009; 13(2): 162-170. <https://dx.doi.org/10.1080/13607860902746160>.
25. Miller R, Newcomer R, Fox P. Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on nursing home entry. *Health Serv Res* 1999; 34(3): 691-714.
26. Newcomer R, Yordi C, DuNah R et al. Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on caregiver burden and depression. *Health Serv Res* 1999; 34(3): 669-689.
27. Shelton P, Schraeder C, Dworak D et al. Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois site. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(12): 1600-1605.
28. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI et al. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006; 145(10): 713-726. <https://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00004>.
29. Van Mierlo LD, Meiland FJ, Van de Ven PM et al. Evaluation of DEM-DISC, customized e-advice on health and social support services for informal carers and case managers of people with dementia; a cluster randomized trial. *Int Psychogeriatr* 2015; 27(8): 1365-1378. <https://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000423>.
30. Chodosh J, Colaiaco BA, Connor KI et al. Dementia Care Management in an Underserved Community: The Comparative Effectiveness of Two Different Approaches. *J Aging Health* 2015; 27(5): 864-893. <https://dx.doi.org/10.1177/0898264315569454>.
31. Meeuwssen EJ, Melis RJ, Van Der Aa GC et al. Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2012; 344: e3086. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3086>.
32. Kwak J, Montgomery RJ, Kosloski K et al. The impact of TCARE® on service recommendation, use, and caregiver well-being. *Gerontologist* 2011; 51(5): 704-713. <https://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr047>.
33. Schoenmakers B, Buntinx F, DeLepeleire J. Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being. *Aging Ment Health* 2010; 14(1): 44-56. <https://dx.doi.org/10.1080/13607860902845533>.
34. Bass DM, Judge KS, Maslow K et al. Impact of the care coordination program "Partners in Dementia Care" on veterans' hospital admissions and emergency department visits. *Alzheimers Dement (N Y)* 2015; 1(1): 13-22. <https://dx.doi.org/10.1016/j.trci.2015.03.003>.
35. Bass DM, Judge KS, Snow AL et al. Caregiver outcomes of partners in dementia care: effect of a care coordination program for veterans with dementia and their family members and friends. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(8): 1377-1386. <https://dx.doi.org/10.1111/jgs.12362>.

36. Bass DM, Judge KS, Snow AL et al. A controlled trial of Partners in Dementia Care: veteran outcomes after six and twelve months. *Alzheimers Res Ther* 2014; 6(1): 9. <https://dx.doi.org/10.1186/alzrt242>.
37. Darlak L, Bass DM, Judge KS et al. Engagement of veterans with dementia in partners in dementia care: an evidence-based care coordination program. *Journal of Applied Gerontology* 2017; 36(5): 570-591. <https://dx.doi.org/10.1177/0733464815624148>.
38. VA Office of Research and Development. Partners in dementia care: a telephone care consultation intervention provided to veterans in partnership with local alzheimer's association chapters (PDC): study results [online]. [Zugriff: 23.10.2020]. URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT00291161>.
39. Chien WT, Lee IY. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *J Adv Nurs* 2011; 67(4): 774-787. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05537.x>.
40. Jansen AP, Van Hout HP, Nijpels G et al. Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(8): 933-943. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004>.
41. Lam LC, Lee JS, Chung JC et al. A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25(4): 395-402. <https://dx.doi.org/10.1002/gps.2352>.
42. Possin KL, Merrilees JJ, Dulaney S et al. Effect of collaborative dementia care via telephone and internet on quality of life, caregiver well-being, and health care use: the care ecosystem randomized clinical trial. *AMA Intern Med* 2019; 179(12): 1658-1667. <https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4101>.
43. Reisberg B, Shao Y, Golomb J et al. Comprehensive, individualized, person-centered management of community-residing persons with moderate-to-severe alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2017; 43(1-2): 100-117. <https://dx.doi.org/10.1159/000455397>.
44. Samus QM, Johnston D, Black BS et al. A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014; 22(4): 398-414. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2013.12.175>.
45. Tanner JA, Black BS, Johnston D et al. A randomized controlled trial of a community-based dementia care coordination intervention: effects of MIND at Home on caregiver outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015; 23(4): 391-402. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.002>.

46. Amjad H, Wong SK, Roth DL et al. Health services utilization in older adults with dementia receiving care coordination: the MIND at home trial. *Health Services Research* 2018; 53(1): 556-579. <https://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12647>.
47. Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(10): 996-1004. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2124>.
48. Michalowsky B, Xie F, Eichler T et al. Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management: results of a cluster-randomized controlled trial. *Alzheimer's & Dementia* 2019; 15(10): 1296-1308. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2019.05.008>.
49. Zwingmann I, Hoffmann W, Michalowsky B et al. Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burden. *Aging & Mental Health* 2018; 22(7): 889-896. <https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1399341>.
50. German Center for Neurodegenerative Diseases. Intervention study to improve life and care for people with dementia and their caregivers in primary care (DelpHi): study results [online]. [Zugriff: 23.10.2020]. URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT01401582>.
51. Xiao LD, De Bellis A, Kyriazopoulos H et al. The effect of a personalized dementia care intervention for caregivers from Australian minority groups. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2016; 31(1): 57-67. <https://dx.doi.org/10.1177/1533317515578256>.
52. Ewers M, Schaeffer D. Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers M, Schaeffer D (Ed). *Case-Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber; 2000. S. 7-27.
53. Dreier A, Thyrian JR, Hoffmann W. Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. *Pflege & Gesellschaft* 2011; 16(1): 53-64.
54. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1(1): CD008345. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2>.
55. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7: 10. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>.
56. Wong SSL, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. *J Med Libr Assoc* 2006; 94(4): 451-455.

57. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions; version 6; technical supplement to chapter 4: searching for and selecting studies [online]. 2019 [Zugriff: 15.01.2020]. URL: <https://training.cochrane.org/handbook/version-6/chapter-4-tech-suppl>.

8 Studienlisten

8.1 Liste der identifizierten systematischen Übersichten

1. Backhouse A, Ukoumunne OC, Richards DA et al. The effectiveness of community-based coordinating interventions in dementia care: a meta-analysis and subgroup analysis of intervention components. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 717. <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2677-2>.
2. Corvol A, Dreier A, Prudhomme J et al. Consequences of clinical case management for caregivers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017; 32(5): 473-483. <https://dx.doi.org/10.1002/gps.4679>.
3. Frost R, Walters K, Aw S et al. Effectiveness of different post-diagnostic dementia care models delivered by primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2020; 70(695): e434-e441. <https://dx.doi.org/10.3399/bjgp20X710165>.
4. Gibson C, Goeman D, Pond D. What is the role of the practice nurse in the care of people living with dementia, or cognitive impairment, and their support person(s)? a systematic review. *BMC Fam Pract* 2020; 21(1): 141. <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01177-y>.
5. Godard-Sebillotte C, Le Berre M, Schuster T et al. Impact of health service interventions on acute hospital use in community-dwelling persons with dementia: a systematic literature review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14(6): e0218426. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0218426>.
6. Khanassov V, Vedel I. Family physician-case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review. *Ann Fam Med* 2016; 14(2): 166-177. <https://dx.doi.org/10.1370/afm.1898>.
7. Lord K, Beresford-Dent J, Rapaport P et al. Developing the New Interventions for independence in Dementia Study (NIDUS) theoretical model for supporting people to live well with dementia at home for longer: a systematic review of theoretical models and randomised controlled trial evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020; 55(1): 1-14. <https://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01784-w>.
8. Luker JA, Worley A, Stanley M et al. The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: a systematic review. *BMC Geriatr* 2019; 19(1): 217. <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1210-3>.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers [online]. 2018 [Zugriff: 97]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/evidence/full-guideline-pdf-4852695709>.
10. Packer R, Ben Shlomo Y, Whiting P. Can non-pharmacological interventions reduce hospital admissions in people with dementia? a systematic review. *PLoS One* 2019; 14(10): e0223717. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0223717>.

11. Patnode CD, Perdue LA, Rossom RC et al. Screening for cognitive impairment in older adults: updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA* 2020; 323(8): 764-785.
12. Phelan EA, Debnam KJ, Anderson LA et al. A systematic review of intervention studies to prevent hospitalizations of community-dwelling older adults with dementia. *Med Care* 2015; 53(2): 207-213. <https://dx.doi.org/10.1097/mlr.0000000000000294>.
13. Pugh JD, McCoy K, Williams AM et al. Rapid evidence assessment of approaches to community neurological nursing care for people with neurological conditions post-discharge from acute care hospital. *Health Soc Care Community* 2019; 27(1): 43-54. <https://dx.doi.org/10.1111/hsc.12576>.
14. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1(1): CD008345. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2>.
15. Singer AE, Goebel JR, Kim YS et al. Populations and interventions for palliative and end-of-life care: a systematic review. *J Palliat Med* 2016; 19(9): 995-1008. <https://dx.doi.org/10.1089/jpm.2015.0367>.

8.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen

Nicht E1

1. Bonner LM, Hanson A, Robinson G et al. Care management to promote treatment adherence in patients with cognitive impairment and vascular risk factors: a demonstration project. *J Prev Alzheimers Dis* 2018; 5(1): 36-41. <https://dx.doi.org/10.14283/jpad.2017.28>.

Nicht E2

1. Chen C, Huang Y, Liu C et al. Effects of an interdisciplinary care team on the management of alzheimer's disease in China. *J Gerontol Nurs* 2019; 45(5): 39-45. <https://dx.doi.org/10.3928/00989134-20190318-01>.
2. Koivisto AM, Hallikainen I, Välimäki T et al. Early psychosocial intervention does not delay institutionalization in persons with mild alzheimer disease and has impact on neither disease progression nor caregivers'well-being: ALSOVA 3-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016; 31(3): 273-283. <https://dx.doi.org/10.1002/gps.4321>.
3. Nakanishi M, Hirooka K, Imai Y et al. Dementia care competence among care professionals and reduced challenging behavior of home-dwelling persons with dementia: a pre- and post-intervention data analysis. *J Alzheimers Dis* 2018; 64(2): 515-523. <https://dx.doi.org/10.3233/jad-171077>.
4. Steinbeisser K, Schwarzkopf L, Graessel E et al. Cost-effectiveness of a non-pharmacological treatment vs. "care as usual" in day care centers for community-dwelling older people with cognitive impairment: results from the German randomized controlled DeTaMAKS-trial. *Eur J Health Econ* 2020; 21(6): 825-844. <https://dx.doi.org/10.1007/s10198-020-01175-y>.

5. Uyar F, Ozmen D, Mavioglu H et al. Assessment of the impact of dementia care and support program in both patient and caregiver outcomes: an intervention study. *Turk geriatrici dergisi* 2019; 22(4): 482-493.

Nicht E4

1. Eichler T, Thyrian JR, Hertel J et al. Unmet needs of community-dwelling primary care patients with dementia in Germany: prevalence and correlates. *J Alzheimers Dis* 2016; 51(3): 847-855. <https://dx.doi.org/10.3233/jad-150935>.

2. Guterman EL, Allen IE, Josephson SA et al. Association between caregiver depression and emergency department use among patients with dementia. *JAMA Neurol* 2019; 76(10): 1166-1173. <https://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.1820>.

3. Thyrian JR, Eichler T, Pooch A et al. Systematic, early identification of dementia and dementia care management are highly appreciated by general physicians in primary care: results within a cluster-randomized-controlled trial (DelpHi). *J Multidiscip Healthc* 2016; 9: 183-190. <https://dx.doi.org/10.2147/jmdh.S96055>.

4. Wucherer D, Eichler T, Hertel J et al. Potentially inappropriate medication in community-dwelling primary care patients who were screened positive for dementia. *J Alzheimers Dis* 2017; 55(2): 691-701. <https://dx.doi.org/10.3233/jad-160581>.

5. Wucherer D, Thyrian JR, Eichler T et al. Drug-related problems in community-dwelling primary care patients screened positive for dementia. *Int Psychogeriatr* 2017; 29(11): 1857-1868. <https://dx.doi.org/10.1017/s1041610217001442>.

Nicht E5

1. Mazurek J, Szcześniak D, Małgorzata Lion K et al. Does the meeting centres support programme reduce unmet care needs of community-dwelling older people with dementia? a controlled, 6-month follow-up Polish study. *Clin Interv Aging* 2019; 14: 113-122. <https://dx.doi.org/10.2147/cia.S185683>.

2. Orrell M, Hoe J, Charlesworth G et al. Support at home: interventions to enhance life in dementia (SHIELD); evidence, development and evaluation of complex interventions. *Programme Grants for Applied Research* 2017; 5(5). <https://dx.doi.org/10.3310/pgfar05050>.

Nicht E8

1. Bristol AA, Convery KA, Sotelo V et al. Protocol for an embedded pragmatic clinical trial to test the effectiveness of Aliviado Dementia Care in improving quality of life for persons living with dementia and their informal caregivers. *Contemp Clin Trials* 2020; 93: 106005. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2020.106005>.

2. Fortinsky RH, Kuchel GA, Steffens DC et al. Clinical trial testing in-home multidisciplinary care management for older adults with cognitive vulnerability: rationale and study design. *Contemp Clin Trials* 2020; 92: 105992. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2020.105992>.

3. Jeon YH, Simpson JM, Low LF et al. A pragmatic randomised controlled trial (RCT) and realist evaluation of the interdisciplinary home-based Reablement program (I-HARP) for improving functional independence of community dwelling older people with dementia: an effectiveness-implementation hybrid design. *BMC Geriatr* 2019; 19(1): 199. <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1216-x>.
4. Samus QM, Black BS, Reuland M et al. MIND at Home-Streamlined: study protocol for a randomized trial of home-based care coordination for persons with dementia and their caregivers. *Contemp Clin Trials* 2018; 71: 103-112. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2018.05.009>.
5. Zülke A, Luck T, Pabst A et al. AgeWell.de: study protocol of a pragmatic multi-center cluster-randomized controlled prevention trial against cognitive decline in older primary care patients. *BMC Geriatr* 2019; 19(1): 203. <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1212-1>.
6. Zwingmann I, Thyrian JR, Michalowsky B et al. Reducing and preventing caregivers'burden: the efficacy of dementia care management for informal dementia caregivers. *Alzheimers Dement* 2017; 13(7): 1442-1443.

Anhang A Bewertung der Studienlimitationen

Tabelle 15: Zeit bis zur Heimeinweisung / Zeit zu Hause zu verbleiben

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Samus 2014	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 16: Globalwert für neuropsychische Symptome, wie behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD)

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Chien 2010	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Lam 2010	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Samus 2014	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
Thyrian 2017	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
Xiao 2016	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 17: Medikationsverbrauch (psychiatrische Medikamente)

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Thyrian 2017	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 18: Stress der informell Pflegenden

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Chien 2010	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Jansen 2011	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat	adäquat
Lam 2010	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Possin 2019	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat	adäquat
Samus 2014	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
Thyrian 2017	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
Xiao 2016	adäquat	unklar	unklar	adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Anhang B Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung der berücksichtigten systematischen Übersichten aus der fokussierten Recherche

Die Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung erfolgte in Anlehnung an AMSTAR, Item 3 [55].

Tabelle 19: Bewertung der Informationsbeschaffung zur systematischen Übersicht NICE 2018

NICE 2018 [16]	Bewertung	Erläuterung
1. Wurden mindestens 2 verschiedene Informationsquellen durchsucht (z. B. bibliografische Datenbanken und Studienregister)?	ja	Bibliografische Datenbanken, Referenzlisten, Websites
2. Wurden mindestens 2 verschiedene bibliografische Datenbanken durchsucht?	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Applied and Social Sciences Index and Abstracts – ASSIA (Proquest) ▪ Embase (Ovid) ▪ Health Management Information Consortium HMIC (Ovid) ▪ MEDLINE (Ovid), MEDLINE Epub Ahead of Print (Ovid), MEDLINE In-Process (Ovid) ▪ PsychINFO (Ovid) ▪ Social Care Online (SCIE) ▪ Social Policy and Practice (Ovid) ▪ Sociological Abstracts (Proquest) ▪ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - CINAHL (EBSCO) ▪ Cochrane Database of Systematic Reviews – CDSR (Wiley) ▪ Cochrane Central Register of Controlled Trials – CENTRAL (Wiley) ▪ Database of Abstracts of Reviews of Effects – DARE (Wiley) ▪ Health Technology Assessment Database – HTA (Wiley)
3. Werden Suchzeitraum oder Suchdatum genannt?	ja	Suche vom 24.08.2016
4. Werden zumindest die wichtigsten Freitextbegriffe oder Schlagwörter der Suchstrategie genannt?	ja	MEDLINE-Strategie in Bericht dargestellt
Frage 1.–4. mit ja: umfassend; mindestens 1 Frage mit nein: fraglich	umfassend	
k. A.: keine Angabe		

Anhang C Beschreibung der Interventionen

Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Chien 2010	<p>Dementia family care programme (DFCP)</p> <p>For the DFCP, a multi-disciplinary committee including a psychiatrist, a social worker, a case nurse manager from each centre, and the researchers, selected 25 intervention goals and objectives from the recommended dementia guidelines established in the United States. The committee designed an information and psychological support system linking case managers and dementia care services, health professionals and referrals. One of the main components of the DFCP was the case managers, who received formal training by the research team and coordinated all levels of family care of clients with dementia. Each of the family participants (n = 46) was assigned one case manager, who conducted weekly home visits, family health and educational needs assessment using the Educational Needs Questionnaire, and education about dementia care. The case manager, together with another nurse in the centre, then summarized the needs assessment data to generate important problem areas in dementia caregiving. In collaboration with the caregivers, the case managers prioritized the problems and formulated an individualized education and support programme for effective dementia care for each family. This preparatory phase lasted about 1 month. After 1 month's needs assessment and preparation, the DFCP was conducted for individual families, lasting about 5 months. The family and the case manager met bi-weekly, for a total of 10 two-hour sessions. All family care sessions consisted of education, sharing and discussion, psychological support and problem-solving, in accordance with the common elements found effective in previous studies for caregivers. A protocol was specifically designed for this study, based on evidence from other family intervention studies in dementia. Seven major themes of family supportive care programmes identified from the literature were used in the DFCP along with the results of a needs assessment, including (1) information about the client's illness condition, prognosis, and current treatment and care; (2) the development of social relationships with close relatives and friends, and thus a satisfactory extended social support network; (3) sharing and adaptation of the emotional impact of caregiving; (4) learning about self-care and motivation; (5) improvement of interpersonal relationships between family members and the client; (6) establishing support from community groups and healthcare resources; and (7) improvement of home care and finance skills. To strengthen the problems solving skills within the families, one or two experienced family caregivers were invited to share their personal caregiving problems with the families during the third and fourth sessions. Under the guidance of the case manager, these problems were worked on by each family using a six-step model suggested by Zarit et al. (1985). The six steps included defining the problem, generation of alternatives, examining and evaluating each alternative, cognitive rehearsal of action plan, execution of the plan as homework, and evaluation of outcomes.</p>	<p>Routine care</p> <p>The routine care group participants (n = 46) received the usual family services provided by the dementia resources centres. These services included</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (1) medical consultation of client and advice to family on client's illness condition, treatment plan and effects of medications provided weekly by a visiting psychiatrist; ▪ (2) advice and referrals for financial aid and social welfare services provided by a social worker in-charge of the centre; ▪ (3) education talks in dementia care conducted monthly by a registered psychiatric nurse; and ▪ (4) social and recreational activities organized weekly by staff at the centre.

Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrsseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Jansen 2011	<p>Case management</p> <p>During one year, three district nurses who were specialized in geriatric care, acted as case managers. The nurses had mainly a coordinating function, consisting of assessment, giving advice and information, planning, coordinating, organizing collaboration, and monitoring of care. The nurses started the intervention with a home-visit in which they administered the Resident Assessment Instrument Home Care (RAI-HC). The RAI-HC is a computerized multidimensional instrument that consists of a Minimum Data Set, which assesses the general functioning of the patient, and Client Assessment Protocols, providing protocols for the management of 30 potential and actual problem areas. Together with the participants, the nurses ordered the problems identified into a hierarchy of importance, and they formulated a care plan. Subsequently, they left behind a form to register care and the agreements made with health care professionals. In the second home-visit, the nurses explored the caregiver's situation with a capacity and burden questionnaire to formulate a care plan. They handed a guide holding available social and welfare services. After these two visits, the nurses and participants decided how to proceed. When more visits were not considered necessary, the nurses contacted the participants at least every 3 months by telephone to monitor their situation. In addition, the nurses were available for consultation by telephone. The nurses visited the PCPs to inform them about the participants' situation. Apart from these standard activities, the intervention held some tailor-made activities. For instance, the nurses referred patients and caregivers to other health care professionals, including diagnostic services, and they monitored the anticipated effect. In addition, the nurses organized family-meetings aimed at educating relatives, improving social support and relieving the primary caregiver. The nurses were trained in working with RAI-HC and in organizing family-meetings. They also attended seminars on how to deal with dementia patients and their caregivers. They met monthly to discuss innovations and geriatric cases while supervised by a staff member of their home care organization.</p>	<p>Usual care</p> <p>Usual care in the Netherlands comprehends a diversity of health care and welfare services. Participating pairs received care depending on their own initiative. They had no access to family meetings, nor were they offered an assessment with the RAI-HC, because these supportive activities are not offered regularly in the Netherlands.</p>

Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Lam 2010	<p>Case management group</p> <p>The subjects were assigned to a case manager (CM) who was a trained occupational therapist. The intervention period lasted for 4 months. During the intervention period, regular home visits were carried out. The CM offered interventions in the following areas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assessment and advice CM evaluated the activities of daily living and neuropsychiatric symptoms of the demented subjects, and caregiver distress in care duties. CM also advised caregivers and demented subjects on the following areas: safe performance in basic self-care activities with environmental modification to promote safe home living, behavioral management, and communication techniques. 2. Home-based program on cognitive stimulation Subjects with family caregivers received training on home-based cognitive stimulation strategies which included reading newspapers together, reminiscence by old-time photos, and continued engagement in usual household tasks and leisure activities. The cognitive stimulating program was reinforced by home visits and telephone calls were appropriate for 16 weeks. Afterward, family caregivers were encouraged to continue with the activities. 3. Case management CM provided support to both caregivers and subjects by home visits initially, and later by telephone calls, and follow-up at hospital clinic visits. CM encouraged the subjects to be registered with local social centers so that the family could tap into the locally available social services. CM liaised with the staff in the social centers involved to ensure smooth integration of the subjects into the activity schedule. The CM was accessible by a telephone hotline during working hours from Monday to Saturday. The CM liaised closely with the psychogeriatricians or geriatricians in the clinics. An early review would be arranged if necessary. 	<p>Control group</p> <p>One home visit for home safety was performed by the same occupational therapist with the control subjects at the beginning of the trial, but the subjects did not have access to case management.</p>

Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Samus 2014	<p>Care coordination</p> <p>Intervention group dyads (n=106) received 18 months of care coordination by an interdisciplinary intervention team that included non-clinical community workers (coordinators) as the frontline staff, a registered nurse, and a geriatric psychiatrist. The manualized care coordination protocol consisted of four key components:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) identification of needs and individualized care planning based on the JHDCNA to address unmet needs and to match the priorities and preferences of the dyad and family; (2) provision of dementia education and skill building strategies; (3) coordination, referral, and linkage to health and community services; and (4) care monitoring. <p>Coordinators followed an intervention manual containing detailed descriptions of each care need to be evaluated and suggested care strategies for each identified unmet need.</p> <p>Following randomization to the intervention group, coordinators scheduled an in-home visit with dyads to review the assessment results, prioritize identified unmet needs, and create an individualized care plan. Coordinators then assisted CRs and caregivers, primarily through telephone contacts, in meeting care plan goals. Needs were monitored over time and new strategies implemented when necessary. The protocol pre-specified two in-home visits (at baseline and 18-months), and monthly contacts to maintain engagement with the care team, but otherwise frequency and intensity of contacts was driven by need and family preferences. Coordinators were available to families without time restrictions and made an average of 2 contacts (mean 1.8, SD 24.1) per month to intervention group dyads for 18 months (excluding left messages). The number of direct contacts with caregivers regarding solely caregiver needs was not captured systematically. When indicated, coordinators took a direct role to ensure follow-through with recommended interventions (e.g., attending outpatient visits, assisting with service program applications, and modeling management techniques). The intervention team held weekly meetings to review recommendations, discuss cases, provide clinical oversight, and ensure protocol adherence. A web application developed for this intervention, the Dementia Care Management System (DCMS), was used to monitor clinical progress, share information between the intervention team, make referrals, and track protocol fidelity and implementation.</p> <p>The three coordinators (...) were employees of two community-based social service agencies. (...) None had prior formal training or certifications in geriatric case management or dementia care. Coordinator training was delivered over a 4-week period and included didactic dementia care management sessions, readings, modeling, clinical care observations, and proficiency assessments.</p>	<p>Augmented usual care</p> <p>Augmented usual care (control) group dyads, intervention group dyads, and all CR's primary care physicians received the written results of the JHDCNA following the baseline visit, including recommendations for each identified unmet need. Caregivers in both groups also received a brief resource guide developed for the study that provided program and contact information for local and national aging service organizations. This constituted augmented usual care for the control group (n=183).</p>

Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Thyrian 2017	<p>Dementia care management</p> <p>Participants randomised to the intervention group will receive improved integrative and collaborative care involving different professions where needed. Their care will be coordinated by a DCM who is specifically trained in dementia care management.</p> <p>The overall goal of the intervention is to optimise access to and provision of healthcare for people with dementia and their caregivers. The DelpHi intervention is complex, multidimensional and multimodal and will be individually tailored to each participant and his or her ambient and social contexts and resources. The starting point is a detailed and systematic notebook-style, computer-assisted assessment conducted by the DCM of the needs of the person with dementia and the caregiver. Predefined algorithms suggest specific actions and treatment.</p> <p>The intervention can be conceptualised as standing on three pillars:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) treatment and care management, (2) medication management and (3) caregiver support. <p>In improving the person’s situation, the DCM will systematically assess the resources and needs in eight action fields: medical diagnostics and treatment, nursing care and treatment, nonmedical therapies, social inclusion and/or support, legal counselling, technical assistance and telemedicine, pharmacological treatment and care, and caregiver support and education.</p> <p>Based on these data, the IMS generated an individual preliminary intervention task list, and the nurses discussed and finalized the task list in a weekly interdisciplinary case conference with a nursing scientist, a neurologist/ psychiatrist, a psychologist, and a pharmacist. Afterwards, the list of intervention tasks was summarized in a semistandardized GP information letter. This letter was then discussed between the GP and nurse to establish an individual treatment plan.</p> <p>The intervention will be delivered according to a detailed protocol. The DCM will meet the person with dementia and the person’s caregiver for the baseline assessment and upon the first interventional visit, usually at the participant’s home. Further mandatory personal contacts will then be scheduled monthly for the first 6 months of the intervention and by telephone for the last 6 months of the intervention period. In addition to these mandatory contacts, optional contacts will be possible during the first 6 months. Optional contacts can be made in person or by telephone, depending on the person’s individual needs and preferences</p>	<p>Care as usual</p> <p>These participants will be visited at home for a comprehensive baseline assessment but will receive care as usual (care-as-usual group)</p>

Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Xiao 2016	<p>Personalized Dementia Care Intervention</p> <p>Participating organizations appointed 8 care coordinators to participate in the project and qualifications among them varied including a registered nurse, a social worker, and 6 Community Home Care Certificate holders. These coordinators were chosen based on their role working with people with dementia and experience with the caregiver population being studied. Each caregiver in the intervention group was assigned to a care coordinator who was currently managing the person with dementia cared for by the caregiver, and 7 of the coordinators had cultural and linguistic concordance with caregivers. The caseload for a care coordinator varied and ranged from 1 to 6 cases. The care coordinators were trained to use the PCSP and a Caregiving Diary. “The Inventory of Carer’s Needs” in the PCSP covered the following 5 areas of caregiver support: information needs, educational and skill needs, environmental safety needs, social-cultural care needs, and self-care needs that reflect the current research evidence in dementia caregiver support. The PCSP was used by the care coordinators when assessing caregivers’ needs, taking actions to address these needs, and evaluating the outcomes of their actions. The care coordinators encouraged the caregivers to use the Caregiving Diary to record challenges they faced in daily care practice in a language of choice. The Caregiving Diary was translated to the language of choice and structured in a simple table for the caregiver to enter. The use of the Caregiving Diary allowed care staff to identify care needs for care recipients and provide face-to-face coaching with caregivers and evaluate the effectiveness of care staff’s actions. The research team provided 3 standard training sessions with the care coordinators based on a consultation with them, that is, (1) using the Personalized Caregiving Support Plan and Family Caregiver Diary to identify and meet caregivers’ needs, (2) managing challenging behaviors, and (3) managing incontinence.</p> <p>The care coordinators initially made a home visit to assess caregivers’ needs and establish the PCSP in collaboration with care staff who had regular contact with the person with dementia and their caregivers. The care coordinators made a monthly phone contact with caregivers to allow the caregivers to discuss the needs of care recipients and the caregivers. They also made a quarterly home visit to reassess caregivers’ needs and modify the PCSP. They referred caregivers to new services and education programs based on this needs assessment. When necessary, they organized conferences with caregivers and care staff to discuss ongoing challenges that the caregiver faced in order to identify the best solution to any problem identified.</p>	<p>Usual care</p> <p>The usual caregiver support included activities such as monthly caregiver support group meetings and information sessions that were funded by the NRCP.</p>
<p>Alle Angaben in der Tabelle sind Direktzitate.</p> <p>CM: case management; CRs: Care recipients (i.e. persons with memory disorders); FTE: Full-time equivalent; GP: General practitioner; IMS: intervention-management system; NRCP: National Respite for Carers Program; PCP: primary care practitioners; PCSP: Personalized Caregiving Support Plan; PWD: Person with dementia; RAI-HC: Resident Assessment Instrument Home Care; SD: Standard deviation; VA: Veterans Affairs</p>		

Anhang D Suchstrategien

D.1 Bibliografische Datenbanken

Suche nach systematischen Übersichten

1. Pubmed

Suchoberfläche: NLM

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [56] – High specificity strategy

#	Query
1	dementia care manage*
2	"The Cochrane database of systematic reviews"[Journal] OR search[tiab] OR MEDLINE[tiab] OR systematic review[tiab] OR "meta-analysis"[pt:noexp]
3	#1 AND #2
4	#3 AND (english[LA] OR german[LA])
5	#4 AND (2015:2020[DP])

2. Health Technology Assessment Database

Suchoberfläche: INAHTA

Query	Hits
1	dementia care manage*
2	dementia care manage* [2015-2020]

Suche nach Primärstudien

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1946 to September 08, 2020

Es wurden folgende Filter übernommen:

- RCT: Lefebvre [57] – Cochrane Highly Sensitive Search Strategy for identifying randomized trials in MEDLINE: sensitivity- and precision-maximizing version (2008 revision)

#	Searches
1	exp Dementia/
2	(dementia* or alzheimer*).ti,ab.
3	or/1-2
4	Case Management/
5	*Patient Care Management/
6	*Community Health Services/
7	*Primary Health Care/mt, st
8	*Cooperative Behavior/
9	*Home Nursing/
10	*Community Mental Health Services/
11	((care or case) adj3 (manage* or coordinat* or collaborativ* or community or program*).ti,ab.
12	(community adj1 based adj1 service*).ti,ab.
13	or/4-12
14	and/3,13
15	Randomized Controlled Trial.pt.
16	Controlled Clinical Trial.pt.
17	(randomized or placebo or randomly).ab.
18	Clinical Trials as Topic/
19	trial.ti.
20	or/15-19
21	exp Animals/ not Humans/
22	20 not 21
23	and/14,22
24	23 not (comment or editorial).pt.
25	24 and (english or german).lg.
26	25 and 2016:3000.(dt).

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print and In-Process & Other Non-Indexed Citations
September 08, 2020

#	Searches
1	(dementia* or alzheimer*).ti,ab.
2	((care or case) adj5 (manage* or coordinat* or collaborativ* or community or program*).ti,ab.
3	(community adj3 based adj3 service*).ti,ab.
4	or/2-3
5	and/1,4
6	(clinical trial* or random* or placebo).ti,ab.
7	trial.ti.
8	or/6-7
9	and/5,8
10	9 not (comment or editorial).pt.
11	10 and (english or german).lg.
12	11 and 2016:3000.(dt).

2. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Central Register of Controlled Trials Issue 9 of 12, September 2020

ID	Search
#1	[mh "Dementia"]
#2	(dementia* or alzheimer*).ti,ab
#3	#1 or #2
#4	[mh ^"Case Management"]
#5	[mh ^"Patient Care Management"]
#6	[mh ^"Community Health Services"]
#7	[mh ^"Primary Health Care"/MT,ST]
#8	[mh ^"Cooperative Behavior"]
#9	[mh ^"Home Nursing"]
#10	[mh ^"Community Mental Health Services"]
#11	((care or case) NEAR/3 (manage* or coordinat* or collaborativ* or community or program*).ti,ab
#12	(community NEAR/1 based NEAR/1 service*).ti,ab
#13	#4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12
#14	#3 and #13
#15	#14 not (*clinicaltrials*gov* OR *who*trialssearch* OR *clinicaltrialsregister*eu* OR *anzctr*org*au* OR *trialregister*nl* OR *irct*ir* OR *isrctn*org* OR *controlled-trials*com* OR *drks*de*):so
#16	#15 with Publication Year from 2016 to 2020, in Trials

D.2 Studienregister

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: *U.S. National Institutes of Health*

- URL: <http://www.clinicaltrials.gov>
- Eingabeoberfläche: Expert Search

Suchstrategie
(dementia OR alzheimer) AND (case management OR care management OR care coordination OR care manager OR case manager OR community care OR collaborative care OR community based service) AND AREA[ResultsFirstSubmitDate] NOT MISSING

2. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: *World Health Organization*

- URL: <http://apps.who.int/trialsearch>
- Eingabeoberfläche: Standard Search

Suchstrategie
alzheimer* AND case OR alzheimer* AND care OR dementia AND case OR dementia AND care With results only