

Wie wirksam sind nicht-pharmakologische Interventionen für pflegende Angehörige? Ein systematisches Review mit Metaanalysen

How effective are non-pharmacological interventions for family caregivers? A systematic review with meta-analyses



Autorinnen/Autoren

Patrick Janson^{1, 2}, Chu-Wei Hung^{1, 3}, Kristina Willeke^{1, 2}, Dieter Frisch^{1, 2}, Anne Berghöfer³, Peter Heuschmann^{2, 4}, Andreas Zapf^{5, 6}, Manfred Wildner^{1, 6}, Carolin Stupp^{1, 2}, Thomas Keil^{1, 2, 3}

Institute

- Landesinstitut Gesundheit I, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen, Germany
- Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg, Germany
- Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité–Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany
- Zentrum für Klinische Studien Würzburg, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Germany
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz, München, Germany
- Pettenkofer School of Public Health, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Germany

Schlüsselwörter

pflegende Angehörige, Interventionen, Interventionsstudien, Metaanalyse, systematisches Review

Keywords

informal caregivers, interventions, intervention studies, meta-analysis, systematic review

Artikel online veröffentlicht 2024

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-2340-1560

ISSN 0941-3790

© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Zusätzliches Material finden Sie unter
<https://doi.org/10.1055/a-2340-1560>

Korrespondenzadresse

Patrick Janson
Institut für Evidenzbasierte Kurortmedizin und Gesundheitsförderung (IKOM)
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
97688 Bad Kissingen
Germany
patrick.janson@lgl.bayern.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Die Pflege eines Angehörigen ist mit psychischen Erkrankungen und verminderter Lebensqualität der Pflegenden assoziiert. Das Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit war es, die Ergebnisse methodisch guter Interventionsstudien zur Wirksamkeit nicht-pharmakologischer Interventionen auf patientenrelevante Endpunkte bei pflegenden Angehörigen in Deutschland zusammenzufassen.

Methodik In drei großen wissenschaftlichen Literaturdatenbanken suchten wir nach Interventionsstudien mit Kontrollgruppe und einem niedrigen oder moderaten Biasrisiko zur Wirksamkeit von nicht-pharmakologischen Interventionen für pflegende Angehörige in Deutschland.

Ergebnis Unter 4.376 überprüften Publikationen wurden 10 Interventionsstudien mit guter methodischer Qualität identifiziert. Diese untersuchten Mehrkomponenteninterventionen bzw. kognitive Verhaltenstherapie für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (8 Studien), Schlaganfall (1 Studie) und mit allgemeiner Pflegebedürftigkeit (1 Studie). Die Kontrollgruppen erhielten Informationsmaterial als Minimalintervention oder übliche Standardversorgung. In Metaanalysen zeigte sich 3–6 Monate nach Studienbeginn eine statistisch signifikante leichte Reduktion depressiver Symptome durch eine kognitive Verhaltenstherapie (Standardisierte Mittelwertdifferenz -0,27; 95%-Konfidenzintervall -0,44 – -0,10), die jedoch nach 9–12 Monaten keine statistische Signifikanz mehr

erreichte (-0,21; -0,51–0,09). Mehrkomponenteninterventionen zeigten weder nach 3–6 noch nach 9–12 Monaten Veränderungen depressiver Symptome (-0,18; -0,40–0,03 bzw. -0,14; -0,47–0,14). Dagegen besserte sich die psychische Lebensqualität der pflegenden Angehörigen in den Mehrkomponenteninterventionsgruppen statistisch signifikant im Vergleich zu den Kontrollgruppen: nach 3–6 Monaten leicht (0,28; 0,01–0,56) und nach 9–12 Monaten moderat (0,45; 0,09–0,82). Auf die körperliche Lebensqualität hatten die Interventionen keinen Einfluss.

Schlussfolgerung Die Reduktion depressiver Symptome durch verhaltenstherapeutische Interventionen für pflegende Angehörige scheint nur gering und nicht nachhaltig zu sein. Die psychische Lebensqualität der Betroffenen konnte durch Mehrkomponenteninterventionen längerfristig verbessert werden. Bisher wissenschaftlich untersuchte Interventionen für pflegende Angehörige scheinen keine ausreichende und nachhaltige Wirkung zu erzielen. Größere Effekte könnten möglicherweise durch aufwändigere verhaltenspräventive Interventionen aber auch verhältnispräventive Maßnahmen erzielt werden.

ABSTRACT

Introduction Informal caregiving is associated with mental disorders and reduced quality of life. The aim of this systematic review was to summarize the results of methodologically high-quality intervention studies on the effectiveness of non-pharmacological interventions on patient-relevant outcomes for family caregivers in Germany.

Method We searched three large scientific literature databases for intervention studies with a control group and a low or

moderate risk of bias on the effectiveness of non-pharmacological interventions for family caregivers in Germany.

Result Among 4,376 publications reviewed, 10 intervention studies with good methodological quality were identified. These investigated multi-component interventions or cognitive behavioral therapy for family caregivers of people with dementia (8 studies), stroke (1 study) and with general care dependency (1 study). The control groups received information material as a minimal intervention or usual standard care. Meta-analyses showed a statistically significant slight reduction in depressive symptoms 3–6 months after the start of the study as a result of cognitive behavioral therapy (standardized mean difference -0.27; 95% confidence interval -0.44 – -0.10), but this no longer reached statistical significance after 9–12 months (-0.21; -0.51 – 0.09). Multi-component interventions showed no changes in depressive symptoms either after 3–6 or after 9–12 months (-0.18; -0.40 – 0.03 and -0.14; -0.47 – 0.14, respectively). In contrast, the mental component of quality of life of family caregivers improved statistically significantly in the multi-component intervention groups compared to the control groups: slightly after 3–6 months (0.28; 0.01 – 0.56) and moderately after 9–12 months (0.45; 0.09 – 0.82). The interventions had no effect on the physical component of quality of life.

Conclusion The reduction of depressive symptoms by behavioral therapy interventions for family caregivers appears to be only slight and not sustainable. The mental component of quality of life of people affected may be improved in the longer term by multi-component interventions. Current scientifically examined interventions for informal caregivers do not appear to have a sufficient and sustainable effect. Greater effects could possibly be achieved through more elaborate behavioral approaches, but also structural preventive measures.

Einleitung

Von fast 5 Millionen Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland werden gut 80 % im häuslichen Umfeld versorgt. Davon wird über die Hälfte ausschließlich durch Angehörige, die mehrheitlich weiblich und 50–69 Jahre alt sind, gepflegt [1, 2].

Die Pflege eines Angehörigen ist mit physischen und psychischen Erkrankungen wie Schmerzen, Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen assoziiert [3–7]. Vor allem Frauen, Verheiratete und Personen, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegen oder Demenzkranke versorgen, sind besonders betroffen [3, 5, 7]. Gesundheitsbezogene Auswirkungen der Laienpflege auf den pflegenden Angehörigen (pfA) werden durch adaptierte Stressmodelle erklärt. Pflegebezogene Stressoren und mangelnde Bewältigungsstrategien tragen dazu bei, negative emotionale, physiologische und verhaltensbezogene Reaktionen auszulösen. Diese beeinträchtigen das Wohlbefinden und können das Risiko für physische und psychische Erkrankungen erhöhen [8, 9].

In diesem Kontext sind zielgerichtete Interventionsstrategien und Konzepte zur Stärkung und Selbstermächtigung von pfA notwendig [6]. Bisherige Ansätze beinhalteten psychosoziale oder Mehrkomponenteninterventionen (MKI), psychotherapeutische

Methoden, körperliche Aktivität oder professionelle Unterstützungsangebote und erfolgen mit oder ohne Technik, gruppenbasiert oder individuell [10]. Ein Umbrella-Review von überwiegend in den USA durchgeführten Studien konnte nur für wenige Maßnahmen positive Effekte, wie leichte Reduktionen von Stress, Depressionen und Angstsymptomen für pfA zeigen [11].

Bewältigungsstrategien wie problemorientiertes Coping, Akzeptanz und sozioemotionale Unterstützung können für die mentale Gesundheit pfA vorteilhaft sein. Die unterschiedlichen psychosozialen und psychoedukativen Interventionen wurden jedoch in der Literatur inkonsistent beschrieben und klassifiziert, was ihre Bewertungen zusätzlich erschwert [12]. MKI mit sowohl edukativen (z. B. Wissensvermittlung zum Thema Demenz) als auch therapeutischen Komponenten wie eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) können die psychische Gesundheit pfA von Demenzkranken stärken [13].

Ein Umbrella-Review mit primär angloamerikanischen Studien zeigte für pfA von Schlaganfallpatienten, dass edukative Interventionen sowie Betreuungs- und Unterstützungsangebote die Lebensqualität verbessern können [14]. Für pfA von Demenzkranken fehlen jedoch die Wirksamkeitsnachweise psychosozialer Ansätze [15].

Durch Unterschiede innerhalb existierender Pflegesysteme bezüglich der Leistungsgewährung, der finanziellen Ausstattung sowie der Absicherung des Pflegerisikos variieren auch die Unterstützungsmaßnahmen für die informelle Pflege in unterschiedlichen Ländern. In Deutschland ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit bewusst als Teilkaskoversicherung gestaltet wodurch die öffentlichen Ausgaben relativ gering sind, bei gleichzeitiger Bevorzugung der informellen Pflege [16]. Hierdurch ergeben sich folglich unterschiedliche Belastungen und Unterstützungsmaßnahmen für informell Pflegenden. Früheren Interventionsstudien mit pFA in Deutschland fehlten häufig Kontrollgruppen [17, 18] oder eine randomisierte Zuteilung zu Interventions- und Kontrollgruppen [19]. Trotz mehreren, inzwischen vorliegenden, Publikationen von randomisierten Studien gibt es noch keine zusammenfassende Darstellung und Qualitätsbewertung von Interventionsstudien mit pFA in Deutschland. Daher war das Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit, die Ergebnisse methodisch guter Interventionsstudien zur Wirksamkeit nicht-pharmakologischer Interventionen auf patientenrelevante Endpunkte bei pFA in Deutschland zusammenzufassen.

Methodik

Suchstrategie und Datenbanken

Für das methodische Vorgehen orientierten wir uns an den Empfehlungen des Cochrane Handbook of Systematic Reviews [20], der „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ (PRISMA) [21] und der „PRISMA-literature search extension“ [22]. Wir durchsuchten die Datenbanken CINAHL via EBSCOhost, MEDLINE via PubMed und Web of Science im April 2022 mit adäquaten Begriffen (siehe Online-Supplement Tab. S1: Suchstrategie) und anschließend per Hand die Referenzlisten der identifizierten Studien.

Einschluss- und Ausschlusskriterien und Studienauswahl

Das Studienprotokoll wurde a priori bei PROSPERO registriert (CRD42022314008). Mittels PICOS-Schema präzisieren wir die Fragestellung: (P) erwachsene pflegende Angehörige, die einer Person aus dem familiären oder erweiterten Umfeld unentgeltliche, kontinuierliche Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) und/oder instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADLs) in Deutschland leisteten; (I) nicht-pharmakologische Interventionen; (C) Kontrollgruppen, jegliche; (O) patientenrelevante Outcomes (Zielgrößen), die mit validierten Instrumenten gemessen wurden (z. B.: CES-D, Goldberg anxiety scale, SF-36/12, CDC HRQOL-4) sowie selbstberichtete Diagnosen; (S) Interventionsstudien, systematische Übersichtsarbeiten mit oder ohne Metaanalysen von Interventionsstudien.

Ausgeschlossen wurden Studien ohne Kontrollgruppe, Querschnittstudien, qualitative Studien, Fallberichte und -serien, narrative Reviews, Buchkapitel, Leitartikel, 'Letters to the editor' und Studien mit hohem Verzerrungsrisiko nach der Qualitätsbewertung („Cochrane Risk-of-Bias Tool 2“) [23]. Der Prozess der Studienauswahl ist im Anhang beschrieben (siehe Online-Supplement Text S1 Studienauswahl).

Qualitätsbewertung

Die Qualitätsbewertung führten jeweils zwei Autoren (PJ, KW, DF) unabhängig voneinander mit dem „Cochrane Risk-of-Bias Tool 2“ (RoB 2) [23] durch. Bei parallel randomisierten Studien wurde das übergreifende Verzerrungspotential mittels Algorithmen auf Basis folgender fünf Domänen bewertet: (1) bias arising from the randomization process; (2) bias due to deviations from intended interventions; (3) bias due to missing outcome data; (4) bias in measurement of the outcome; (5) bias in selection of the reported results. Bei cluster-randomisierten Studien wurde eine zusätzliche Domain (1b) bias arising from the timing of recruitment.

Synthesemethode

Die Synthesemethode ist im Anhang detailliert beschrieben (siehe Online-Supplement Text S2 Synthesemethode).

Ergebnisse

Studienauswahl

Nach Entfernung der Duplikate wurden 4.376 Publikationen mittels Datenbankenrecherche und sieben nach Durchsicht der Literaturverzeichnisse der eingeschlossenen Publikationen identifiziert. Nach dem Volltextscreening konnten wir final 14 Publikationen mit Ergebnissen aus zehn randomisierten Interventionsstudien einschließen (► **Abb. 1**).

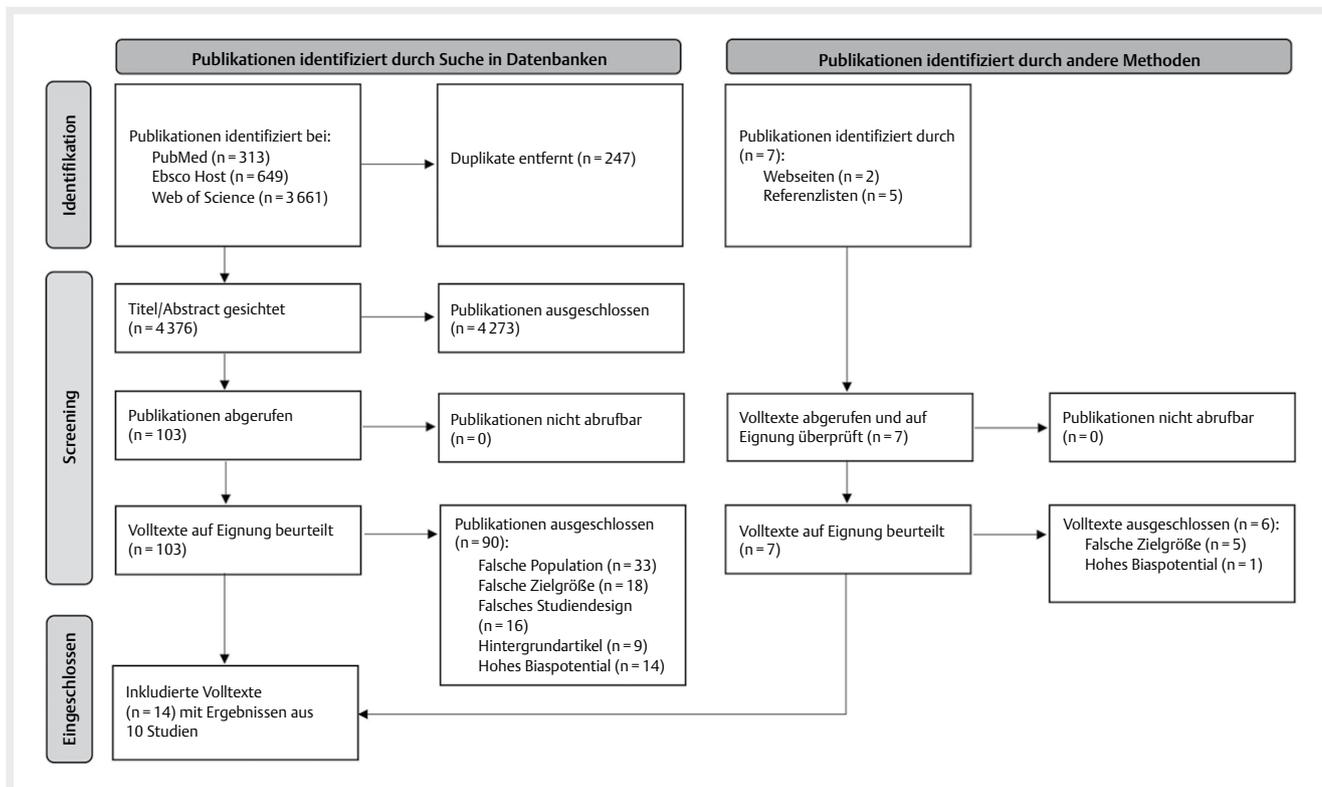
Methodische Qualität der Studien

► **Tab. 1** visualisiert die Studienqualität und die Ergebnisse der Beurteilung des systematischen Verzerrungsrisikos mittels „Cochrane Risk-of-Bias Tool 2“ [23]. Alle zehn Studien wurden in der methodischen Gesamtbewertung mit „some concerns“ beurteilt, primär aufgrund fehlender Verblindung gegenüber der Intervention. Die patientenrelevanten Zielgrößen wurden subjektiv durch die Studienteilnehmenden erhoben.

Studieninhalte

Acht Studien untersuchten pFA von Demenzkranken [24–26, 28–36], eine von Schlaganfallpatienten [27] und eine von allgemein Pflegebedürftigen [37]. Die Interventionsdauer reichte von 5 Wochen [26] bis 12 Monaten [27], die Anzahl der Studienteilnehmenden von 38 [34] bis 453 [24, 25], das Durchschnittsalter der Studienteilnehmenden von knapp 56 [37] bis 72 Jahren [32] und der Anteil an Frauen von 58 % [33] bis 98 % [37]. Die Mehrzahl der Studien untersuchte als Zielgröße Lebensqualität [24–26, 29–34, 36] und/oder depressive Symptome [26–28, 30–32, 35, 37] (► **Tab. 2**).

Die Interventionen für pFA von Menschen mit Demenz wurden als MKI [24–26, 31–34] oder KVT konzipiert [28–30, 35, 36]. Fünf Interventionen für pFA von Demenzkranken wurden mittels Telefon durchgeführt: als individuelle Einzeltelefonate in DeTaMAKS [24, 25], Tele.TAnDem 2012/2013 [28–30] und Tele.TAnDem 2008–2010 [35, 36] oder als telefonische Gruppensitzungen in Talking Time REHAB [31] und Talking Time [34]. Die Intervention bei Talking Time REHAB fand im Anschluss an eine mehrwöchige Rehabilitation als Tandemangebot statt. Die Ergebnisse bezogen sich ausschließlich auf die Intervention der telefonischen Nachsorge [31]. Zwei Interventionen wurden im häuslichen Umfeld unter Ein-



► **Abb. 1** PRISMA 2020 Flussdiagramm zur Auswahl randomisierter Interventionsstudien mit mindestens akzeptabler methodischer Qualität zur Evaluation von gesundheitsbezogenen, nicht-pharmakologischen Programmen für pflegende Angehörige in Deutschland. Quelle: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

► **Tab. 1** Methodische Qualitätsbewertung des Biasrisikos (systematische Verzerrungen) der eingeschlossenen randomisierten Interventionsstudien, sortiert nach Qualität (Studien mit schwacher Qualität, d. h. hohem Bias-Risiko wurden ausgeschlossen)

Studien-Name bzw.-Akronym und Studienzeitraum. Autoren-Namen und Jahr der Publikation	Gesamt-bewertung	(1) Randomisation process	(1b) In cluster-randomized trials: timing of identification or recruitment of participants	(2) Deviations from the intended intervention	(3) Missing outcome data	(4) Measurement of the outcome	(5) Selection of the reported results
DeTaMAKS 2014–2017. Behrndt et al. 2019 [24]	!	+	+	+	+	!	+
Donath et al. 2019 [25]							
WHEDA 2008/2009. Voigt-Radloff & Hüll 2013 [26]	!	+	n.z.	+	+	!	+
TIPS 2007–2010. Pfeiffer et al. 2014 [27]	!	+	n.z.	+	+	!	+
Tele.TAnDem 2012/2013. Wilz et al. 2018 [28]	!	+	n.z.	+	+	!	+
Meichsner et al. 2019 [29]							
Töpfer et al. 2021 [30]							
Talking Time REHAB 2018–2021. Berwig et al. 2022 [31]	!	+	n.z.	+	+	!	+
DE-REACH 2012–2015. Berwig et al. 2017 [32]	!	!	n.z.	+	+	!	+
DYADEM 2011–2015. Nordheim et al. 2019 [33]	!	+	n.z.	+	+	!	!
TALKING TIME 2015–2017. Dichter et al. 2020 [34]	!	!	n.z.	+	+	!	+
Tele.TAnDem 2008–2010. Wilz & Söllner 2016 [35]. Wilz et al. 2016 [36]	!	!	n.z.	+	!	!	+
PLIP 2013–2016. Pfeiffer et al. 2018 [37]	!	!	!	!	+	!	+

+ = Low risk of bias ! = Some concerns - = High risk of bias, n.z. = nicht zutreffend

► **Tab. 2** Charakteristika und Hauptergebnisse randomisierter, nicht-pharmakologischer Interventionsstudien zu pflegenden Angehörigen (pFA) in Deutschland mit patientenrelevanten Zielgrößen.

Erstautor, Jahr [Referenz] Quellpopulation Projektname bzw. Akronym	Studiendesign, Stichprobengröße, Alter (SD), weibl. Geschlecht (%) (Baseline)	Interventionsart: Interventionsvergleichsgruppe	Follow-up, Rücklaufquote	Outcome und Messinstrument	Ergebnisse (stat. sign. Ergebnisse sind fett gedruckt)
Behrmdt, 2019 [24] Donath, 2019 [25] pFA von Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder beginnender Demenz und Nutzung einer Tagespflege. DeTaMAKS	Clusterrandomisierte Studie, IG: N = 263 KG: N = 190, IG: 59,5 J (11,4) KG: 59,3 J (11,2), IG: 74 % KG: 77 %	MKI: 3 Telefon-Beratungen (à 1h) für pFA (Selbstmanagement, Stressreduktion), nichtpharmakol. Intervention MAKS (Motorische, Alltagspraktische, Kognitive und Soziale Aktivierung) für Pflegebedürftige in Tagespflege vs. Standardversorgung.	6 Mo, IG: 78 % KG: 81 %; 12 Mo, IG: 66 % KG: 69 %	Subjektives Wohlbefinden und Depression (WHO-5, Skala 0 [am schlechtesten] - 25 [am besten]) Cut-off < 13 für schlechtes Wohlbefinden u. depressive Symptome Lebensqualität (EQ-5D-5L, Skala 0 [am schlechtesten] - 1 [am besten])	Subj. Wohlbefinden und Depression, WHO-5 IG (n = 173) vs. KG (n = 131) [MW (SD)] Baseline: 11,9 (6,0) vs. 12,1 (5,6) 6 Mo: 12,5 (5,9) vs. 11,7 (5,7) Adj. Mittelwertdifferenz: 0,8; 95 % KI: -0,2-1,8; p = 0,107 (multiple Regressionsanalyse) [24] 12 Mo: 11,9 (6,0) vs. 11,1 (6,0) [25] Lebensqualität Mittelwertdifferenz (negative Werte = Verbesserung der Lebensqualität): IG (n = 205) vs. KG (n = 154) Mittelwertdifferenz (SD) (Baseline - 6 Mo) 0,00 (0,2) vs. -0,03 (0,2), p = 0,105 [24]
Voigt-Radloff & Hüll, 2013 [26] pFA von Demenzkranken. WHEDA	Randomisiert kontrollierte Studie, IG: N = 71 KG: N = 70, IG: 65,4 J (16,3) KG: 65,9 J (13,0), IG: 70 % KG: 70 %	MKI: 10 Hausbesuche (à 2h) inkl. Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) durch Ergotherapeuten über 5 Wo vs. 1 Hausbesuch (2h) inkl. Erläuterungen zu ADL mittels Broschüre.	6 Wo, k.A.; 4 Mo, k.A.; 6 Mo, k.A.; 12 Mo, IG: 76 % KG: 71 %	Lebensqualität (SF-12: körperl. u. psych. Gesundheit [KörperG, PsychG], Skala 0 [am schlechtesten] - 100 [am besten])	Lebensqualität IG (n = 40) vs. KG (n = 38) KörperG, MW (SD), Mittelwertdifferenz (KG - IG, [95 % KI]) Baseline: 42,4 (11,5) vs. 43,5 (11,3), k.A. 6 Mo: 45,8 (10,0) vs. 44,0 (10,0), -1,8 [-6,3-2,7] 4 Mo: 44,1 (10,8) vs. 46,2 (9,2), 2,1 [-2,5-6,6] 6 Mo: 45,4 (10,7) vs. 45,0 (10,5), -0,4 [-5,2-4,4] 12 Mo: 42,7 (10,7) vs. 41,6 (11,7), -1,0 [-6,1-4,0] PsychG, MW (SD), Mittelwertdifferenz (KG - IG, [95 % KI]) Baseline: 50,9 (9,1) vs. 49,8 (10,7), k.A. 6 Mo: 50,6 (11,0) vs. 50,0 (8,7), -0,6 [-5,1-3,9] 4 Mo: 52,3 (8,6) vs. 48,5 (11,8), -3,9 [-8,5-0,8] 6 Mo: 50,2 (9,1) vs. 50,1 (10,7), 0,0 [-4,5-4,4] 12 Mo: 49,5 (11,9) vs. 47,7 (10,7), -1,7 [-6,9-3,4]
Pfeiffer, 2014 [27] Hochbelastete pFA von Schlaganfallpatienten. TIPS	Randomisierte kontrollierte Studie, IG: N = 60 KG: N = 62, IG: 66,7 J (9,9) KG: 65,6 J (10,1), IG: 76,7 % KG: 79,0 %	KVT: Problemlösung nach D'Zurilla u. Nezu; 1x initialer Hausbesuch, Mo 1: 5x wö. Telefonsitzungen, Mo 2-3: 4x zweiwö. Telefonsitzungen Mo 4: 1x Hausbesuch, Mo 4-12: 9x Telefonsitzungen (à 1-2,5h) vs. Informations-broschüren zu pflegespez. Themen (monatlich).	3 Mo, IG: 97 % KG: 94 %; 12 Mo, IG: 87 % KG: 79 %	Depressive Symptomatik (CES-D, Skala 0 [am besten] - 60 [am schlechtesten]) Cut-off ≥ 16) Depressive Symptomatik (CES-D, Skala 0 [am besten] - 60 [am schlechtesten]) Cut-off ≥ 16) Körperliche Beschwerden (GBB-24, 24 Items, Skala 0 [am besten] - 96 [am schlechtesten])	Depressive Symptomatik IG (n = 52) vs. KG (n = 46) MW (SD), Mittelwertdifferenz (KG - IG, [95 % KI]) Baseline: 12,1 (7,7) vs. 11,3 (5,9), k.A. 6 Mo: 10,6 (7,1) vs. 10,9 (6,9), 0,3 [-2,6-3,1] 4 Mo: 10,6 (7,7) vs. 10,8 (7,3), 0,3 [-2,8-3,3] 6 Mo: 10,0 (7,9) vs. 10,0 (6,9), 0,0 [-3,2-3,0] 12 Mo: 14,3 (10,3) vs. 12,9 (7,7), -1,4 [-5,1-2,3] Depressive Symptomatik IG vs. KG Adj. MW (Standardfehler), [95 % KI] Baseline: 20,8 (7,8) vs. 21,1 (10,0), k.A. (nicht adj.) 3 Mo: 17,3 (0,8) vs. 20,4 (0,8), [-0,8--0,1], p < 0,01 12 Mo: 15,3 (1,0) vs. 18,1 (1,0), [-0,72--0,01], p < 0,05 Körperliche Beschwerden IG vs. KG Baseline: 22,1 (13,2) vs. 21,6 (13,2), k.a. (nicht adjustiert) 3 Mo: 21,6 (1,2) vs. 25,5 (1,2), [-0,8--0,1], p < 0,05 12 Mo: 20,1 (1,4) vs. 24,0 (1,4), [-0,7--0,01], p < 0,05

▶ Tab. 2 Fortsetzung.

Erstautor, Jahr [Referenz] Quellpopulation Projektna- me bzw. Akronym	Studiendesign, Stichproben- größe, Alter (SD), weibl. Geschlecht (%) (Baseline)	Interventionsart: Interventions- vs. Vergleichsgruppe	Follow-up, Rücklaufquote	Outcome und Messinstru- ment	Ergebnisse (stat. sign. Ergebnisse sind fett gedruckt)
Wilz, 2018 [28] Merchmsner, 2019 [29] Töpfer, 2021 [30] PFA von Demenzkranken. Tele.TANDem 2012/ 2013	Randomisiert kontrollierte Studie IG: N = 139 KG: N = 134, 64,2 J (11,0), 81 %	KVT: 12 Telefonsitzungen inkl. kognitiver Umstrukturierung, Problemanalyse u. -lösung sowie Emotionsregulati- on (à 50 min) über 6 Mo. vs. Standardversorgung.	6 Mo, IG: 87 % KG: 87 %; 12 Mo, IG: 86 % KG: 83 %; 36 Mo, IG: 60 % KG: 60 %	Depressive Symptomatik (CES-D, Skala 0 [am besten] - 60 [am schlechtesten] Cut-off ≥ 16)	Depressive Symptomatik IG vs. KG [MW (SD)] Baseline: 21,7 (9,7) vs. 23,3 (9,5) 6 Mo: 18,9 (9,6) vs. 20,9 (9,2), p = 0,043 12 Mo: 19,1 (10,1) vs. 20,1 (10,6), p = 0,180 [28] IG vs. KG [MW (SD)], Gruppendifferenz der baseline-adjus- tierten MW IG - KG (SE-Diff) [95 % KI] Baseline: 19,2 (9,9) vs. 20,5 (8,9), k.a. 36 Mo: 20,3 (10,1) vs. 23,3 (9,5), -2,1 (1,9) [-5,9-1,8], p = 0,287 [30]
				Körperliche Beschwerden (GBB-24, 24 Items, Skala 0 [am besten] - 96 [am schlechtesten])	Körperliche Beschwerden IG vs. KG [MW (SD)] Baseline: 25,6 (14,3) vs. 25,5 (13,6) 6 Mo: 24,1 (14,4) vs. 26,0 (13,1), p = 0,019 12 Mo: 27,0 (14,9) vs. 25,3 (14,1), p = 0,943 [28] IG vs. KG [MW (SD)], Gruppendifferenz der baseline-adjus- tierten MW IG - KG (SE-Diff) [95 % KI] Baseline: 23,1 (11,0) vs. 25,5 (12,5) 36 Mo: 26,7 (13,9) vs. 30,6 (16,7), -1,8 (3,3) [-8,4-4,7], p = 0,577 [30]
				Lebensqualität (WHOQol-BREF, Skala 0 [am schlechtesten] - 100 [am besten], für Domänen: Physisch, Psychisch, Sozial, Umwelt u. Global)	Lebensqualität IG vs. KG [MW (SD)] Global: Baseline: 50,2 (18,0) vs. 47,0 (18,5) 6 Mo: 55,6 (17,8) vs. 50,0 (18,4), p = 0,006 12 Mo: 54,2 (19,6) vs. 53,4 (18,9), p = 0,057 [29] IG vs. KG [MW (SD)], Gruppendifferenz der baseline-adjus- tierten MW IG - KG (SE-Diff) [95 % KI] Baseline: 54,7 (17,8) vs. 47,7 (17,9) 36 Mo: 52,6 (19,0) vs. 48,3 (17,8), 2,3 (4,9) [-7,5-12,0], p = 0,644 [30] Physisch: Baseline: 63,5 (18,8) vs. 61,3 (18,6) 6 Mo: 68,4 (16,8) vs. 63,9 (18,8), p = 0,006 12 Mo: 65,6 (16,0) vs. 65,1 (17,9), p = 0,852 [29] IG vs. KG [MW (SD)], Gruppendifferenz der baseline-adjus- tierten MW IG - KG (SE-Diff) [95 % KI] Baseline: 66,9 (16,5) vs. 63,2 (10,4) 36 Mo: 62,1 (17,7) vs. 60,0 (16,4), 0,4 (4,1) [-7,8-8,6], p = 0,917 [30]

► Tab. 2 Fortsetzung.

Erstautor, Jahr [Referenz] Quellpopulation Projektname bzw. Akronym	Studiendesign, Stichprobengröße, Alter (SD), weibl. Geschlecht (%) (Baseline)	Interventionsart: Interventions- vs. Vergleichsgruppe	Follow-up, Rücklaufquote	Outcome und Messinstrument	Ergebnisse (stat. sign. Ergebnisse sind fett gedruckt)
Berwig, 2022 [31] Psychisch kranke pfA, die eine Person mit Demenz versorgen. Talking Time -REHAB	Randomisiert kontrollierte Studie IG: N = 107 KG: N = 114, k.A. zu Baseline, 12 Mo + 3 Wo: IG: 73,1 J (52-85) KG: 74,4 J (52-90), IG: 69 % KG: 81 %	MKI: 6 Telefon- Gruppensitzungen (peer support, je 60 min) über 6 Mo als Nachsorgemaßnahme nach einer mediz. Rehabilitation (3 Wo) vs. Schriftl. Nachsorgeempfehlungen.	3 Wo, IG: 91 % KG: 94 %; 6 Mo, IG: 69 % KG: 75 %; 12 Mo, IG: 65 % KG: 63 %	<p>Depressive Symptomatik (CES-D, Skala 0 [am besten] - 60 [am schlechtesten] Cut-off ≥ 16)</p> <p>Lebensqualität (WHOQoL-BREF, Skala 0 [am schlechtesten] - 100 [am besten], für die Domänen: Physisch, Psychisch, Sozial, Umwelt u. Global)</p>	<p>Psychisch: Baseline: 56,8 (17,3) vs. 54,1 (17,1) 6 Mo: 60,9 (16,3) vs. 56,8 (17,4), p = 0,041 12 Mo: 59,2 (18,4) vs. 57,9 (17,9), p = 0,675 [29] IG vs. KG [MW (SD)], Gruppendifferenz der baseline-adjustierten MW IG - KG (SE-Diff) [95 % KI] Baseline: 59,8 (16,9) vs. 58,3 (17,1) 36 Mo: 58,8 (20,7) vs. 57,5 (16,4), 0,3 (3,8) [-7,3-8,0], p = 0,934 [30]</p> <p>Sozial: Baseline: 49,9 (20,1) vs. 47,0 (18,5) 6 Mo: 54,0 (21,6) vs. 51,5 (16,6), p = 0,590 12 Mo: 53,8 (20,1) vs. 48,1 (20,3), p = 0,117 [29] IG vs. KG [MW (SD)], Gruppendifferenz der baseline-adjustierten MW IG - KG (SE-Diff) [95 % KI] Baseline: 53,7 (21,6) vs. 46,6 (19,2) 36 Mo: 53,9 (19,5) vs. 38,3 (22,5), 9,8 (3,8) [2,1-17,4], p = 0,013 [30]</p> <p>Umwelt: Baseline: 70,4 (13,4) vs. 69,1 (14,3) 6 Mo: 73,3 (13,7) vs. 71,9 (14,1), p = 0,178 12 Mo: 71,8 (13,2) vs. 72,1 (14,0), p = 0,962 [29] IG vs. KG [MW (SD)], Gruppendifferenz der baseline-adjustierten MW IG - KG (SE-Diff) [95 % KI] Baseline: 75,1 (10,3) vs. 69,1 (15,8) 36 Mo: 72,2 (13,7) vs. 68,3 (18,1), -1,8 (3,0) [-7,8-4,3], p = 0,564 [30]</p>
					<p>Depressive Symptomatik IG vs. KG [Mittelwert] Prä-Reha: 24,2 vs. 22,1, p = 0,216 Reha-Ende: 13,2 vs. 14,0, p = 0,449 6 Mo: 19,8 vs. 22,4, p = 0,122 12 Mo: 20,8 vs. 23,6, p = 0,026</p> <p>Lebensqualität IG vs. KG [MW] Physisch: Prä-Reha: 56,1 vs. 60,6, p = 0,203 Reha Ende: k.A. 6 Mo: 61,6 vs. 61,3, p = 0,856 12 Mo: 61,5 vs. 61,6, p = 0,926</p>

► Tab. 2 Fortsetzung.

Erstautor, Jahr [Referenz] Quellpopulation Projektname bzw. Akronym	Studiendesign, Stichprobengröße, Alter (SD), weibl. Geschlecht (%) (Baseline)	Interventionsart: Interventions- vs. Vergleichsgruppe	Follow-up, Rücklaufquote	Outcome und Messinstrument	Ergebnisse (stat. sign. Ergebnisse sind fett gedruckt)
Berwig, 2017 [32] PFA von Demenz-kranken. DE-REACH	Randomisiert kontrollierte Studie IG: N = 47 KG: N = 45, IG: 72,3 J (8,1) KG: 74,0 J (8,2), IG: 68 % KG: 64 %	MKI: 12 psychoedukative Einzelsitzungen über 6 Monate (9 zuhause [1 Std.] und 3 per Telefon [0,5 Std.]), edukatives Material (über Psychoedukation, Rollenspiele, Problemlösung, Stressbewältigung), sowie die Aufforderung eine lokale Selbsthilfegruppe aufzusuchen vs. Standardversorgung nach deutschem Pflegeversicherungsgesetz.	6 Mo, IG: 87 % KG: 89 %; 9 Mo, IG: 66 % KG: 69 %	Psychische Belastung (SCL-90-R, Subskala Somatisierung, 0 [am besten] - 60 [am schlechtesten]) Teilhabe (IMET, Skala 0 [am besten] -90 [am schlechtesten]) Somatische Symptome (PHQ-15, Skala 0 [am besten] - 30 [am schlechtesten]), ≥ 5 leichter, ≥ 10 mittelschwerer, ≥ 15 schwerer Somatisierungsgrad) Depression und Angst (PHQ-4, Skala 0 [am besten] - 12 [am schlechtesten])	Psychisch: Prä-Reha: 56,6 vs. 56,5, $p = 0,865$ Reha-Ende: k.A. 6 Mo: 60,9 vs. 56,6, $p = 0,079$ 12 Mo: 62,3 vs. 55,7, $p = 0,018$ Sozial: Prä-Reha: 51,9 vs. 53,5, $p = 0,763$ Reha-Ende: k.A. 6 Mo: 55,2 vs. 52,9, $p = 0,580$ 12 Mo: 57,1 vs. 54,1, $p = 0,474$ Umwelt: Prä-Reha: 68,0 vs. 70,7, $p = 0,391$ Reha-Ende: k.A. 6 Mo: 72,1 vs. 71,8, $p = 0,914$ 12 Mo: 71,3 vs. 70,9, $p = 0,875$ Psychische Belastung IG vs. KG [MW] Prä-Reha: 9,7 vs. 7,6, $p = 0,231$ Reha-Ende: 6,5 vs. 4,8, $p = 0,026$ 6 Mo: 9,0 vs. 8,1, $p = 0,783$ 12 Mo: 9,3 vs. 9,1, $p = 0,704$ Teilhabe IG vs. KG [MW] Prä-Reha: 42,1 vs. 40,3, $p = 0,598$ Reha-Ende: k.A. 6 Mo: 36,7 vs. 37,5, $p = 0,613$ 12 Mo: 38,9 vs. 39,4, $p = 0,792$ Somatische Symptome IG (n = 47) vs. KG (n = 45) [Baseline-MW (SD)] 8,4 (4,5) vs. 6,4 (3,9), $p = 0,022$ Mittelwertedifferenz (SD) von Baseline zu 6 Mo Follow-up IG (n = 41) vs. KG (n = 40) -1,4 (3,5) vs. 1,6 (5,3), Cohen's d 0,7, $p = 0,004$ Mittelwertedifferenz (SD) von Baseline zu 9 Mo Follow-up IG (n = 31) vs. KG (n = 31) -0,6 (4,0) vs. 1,1 (2,8), Cohen's d 0,5, $p = 0,057$ Depression und Angst IG (n = 47) vs. KG (n = 45) [Baseline-MW (SD)] Gesamt: 4,1 (2,8) vs. 3,2 (3,2), $p = 0,155$ Depression: 2,0 (1,4) vs. 1,4 (1,5), $p = 0,062$ Angst: 2,2 (1,6) vs. 1,8 (1,9), $p = 0,379$ Mittelwertedifferenz (SD) von Baseline bis zu 6 Mo Follow-up

► Tab. 2 Fortsetzung.

Erstautor, Jahr [Referenz] Quellpopulation Projektname bzw. Akronym	Studiendesign, Stichprobengröße, Alter (SD), weibl. Geschlecht (%) (Baseline)	Interventionsart: Interventionsvergleichsgruppe	Follow-up, Rücklaufquote	Outcome und Messinstrument	Ergebnisse (stat. sign. Ergebnisse sind fett gedruckt)
Nordheim, 2019 [33] Pflegerische Ehepartner von Demenz-kranken. DYADEM	Randomisiert kontrollierte Studie IG: N = 56 KG: N = 52, IG: 72 (7,4) KG: 71 (6,2), IG: 58 % KG: 64 %	MKI: 7 Sitzungen im häusl. Umfeld (dyadische Intervention) plus zwei Telefonsitzungen über 3 Mo vs. Standardberatung in Gedächtnisklinik (1-2h).	1 Mo, IG: 89 % KG: 87 %; 6 Mo, IG: 84 % KG: 79 %	Lebensqualität (SF-12: körperl. u. psych. Gesundheit [KG, PG], Skala 0 [am schlechtesten] - 100 [am besten])	Gesamt IG (n = 41) vs. KG (n = 40) -0,7 (3,1) vs. 0,1 (3,1), Cohen's d 0,2, p = 0,302 Mittelwertdifferenz (SD) von Baseline bis zu 9 Mo Follow-up Gesamt IG (n = 31) vs. KG (n = 31) -0,3 (2,7) vs. 0,7 (3,7), 0,3, p = 0,968 Lebensqualität IG (n = 47) vs. KG (n = 45) [Baseline-MW (SD)] KörpG: 43,6 (10,7) vs. 44,1 (10,7), p = 0,844 PsyG: 43,7 (11,1) vs. 49,0 (10,6), p = 0,022 Mittelwertdifferenz (SD) von Baseline bis Follow-up Nach 6 Mon (KörpG): 2,6 (10,0) vs. -1,3 (7,7), Cohen's d 0,4, p = 0,052 Nach 9 Mon (KörpG): -0,1 (9,6) vs. 0,2 (6,7), Cohen's d 0,0, p = 0,908 Nach 6 Mon (PsyG): 2,4 (8,7) vs. -2,5 (8,6), Cohen's d 0,6, p = 0,012 Nach 9 Mon (PsyG): 3,9 (10,7) vs. -4,6 (8,2), Cohen's d 0,9, p = 0,001
Dichter, 2020 [34] PfA von Demenz kranken. TALKING TIME	Randomisiert kontrollierte Studie IG: N = 19 KG: N = 19 IG: 67,4 (8,1) KG: 64,1 (10,6), IG: 84 % KG: 84 %	MKI: 1. Telef. Vorgespräch (30 Min). 2. Infobroschüre mit Zusammenfassung der Inhalte der 3. Komponente. 3. 6x einstündige strukt. Selbsthilfegruppensitzungen per Telefon über 3 Mo. 4. Strukt. Evaluation jeder Selbsthilfegruppensitzung zur Reflexion der Inhalte.	3 Mo, IG: 95 % KG: 95 %	Lebensqualität (SF-12: körperl. u. psych. Gesundheit [KG, PG], Skala 0 [am schlechtesten] - 100 [am besten])	Lebensqualität IG vs. KG [MW (SE)], Interaktionseffekt B (SE), Cohen's d 6 Mo - Baseline Global: Baseline: 60,9 (2,4) vs. 58,5 (2,4) 1 Mon: 56,4 (2,3) vs. 51,9 (2,3) 6 Mon: 53,2 (2,4) vs. 54,5 (2,6) B = -1,9 (1,6), Cohen's d = -0,2 Lebensqualität Baseline MW (SD), IG (n = 19) vs. KG (n = 19) KörpG: 45,5 (10,3) vs. 44,9 (11,9), p = 0,87 PsyG: 45,2 (8,5) vs. 37,0 (10,7), p = 0,01 3 Mo vs. Baseline: Mittelwertdifferenz [95 % KI], IG (N = 17) vs. KG (N = 14) KörpG: -1,7 [-6,4-3,0] vs. -2,1 [-7,4-3,2] PsyG: 3,3 [-0,9-7,6] vs. -2,4 [-7,3-2,4] Standard: Effektschätzer (Score, [95 % KI]), adj. für Kovariaten (Baseline), Intention-to-Treat-Analyse: KörpG: 0,12 [-1,98-2,21] PsyG: 1,65 [-0,44-3,75] (Primärer Zielparameter)

► Tab. 2 Fortsetzung.

Erstautor, Jahr [Referenz] Quellpopulation Projektname bzw. Akronym	Studiendesign, Stichproben- größe, Alter (SD), weibl. Geschlecht (%) (Baseline)	Interventionsart: Interventions- vs. Vergleichsgruppe	Follow-up, Rücklaufquote	Outcome und Messinstru- ment	Ergebnisse (stat. sign. Ergebnisse sind fett gedruckt)
Wilz, 2016 [35] Wilz, 2016 [36] PFA von Demenz-kranken. Tele.TAnDem 2008 - 2010	Randomisiert kontrollierte Studie IG: N = 126 KG: N = 50, k.A. zu Baseline Angaben zu Postintervention (3 Mo) IG: 61,6 J (10,2) KG: 61,3 J (8,4), IG: 87 % KG: 73 % Angaben zu Postintervention (24 Mo) IG: 61,4 J (9,7) KG: 61,3 J (8,6); IG: 85,9 % KG: 74,1 %	KVT: 7 Sitzungen (à 60 min) über 3 Mo. 1. Sitzung im häusl. Umfeld, folgende per Telefon (n = 50) bzw. alle Sitzungen nur per Telefon (N = 76) vs. Standardversorgung.	3 Mo, IG: 81 % KG: 88 %; 6 Mo, IG: 78 % KG: 78 %; 24 Mo, IG: 62 % KG: 54 %	Depressive Symptomatik (CES-D, Skala 0 [am besten] - 60 [am schlechtesten] Cut-off ≥ 16) Körperliche Beschwerden (G8B-24, 24 Items, Skala 0 [am besten] - 96 [am schlechtesten])	MW (SD) der IG (N = 102/98/78 [3 Mo/6 Mo/ 24 Mo]) vs. KG (keine Intervention) (N = 44/39/27 [3 Mo/6 Mo/ 24 Mo]): Depressive Symptomatik Baseline: 17,0 (9,3) vs. 18,8 (8,8) 3 Mo: 15,1 (10,1) vs. 17,5 (9,7) 6 Mo: 14,6 (9,6) vs. 17,3 (11,4) [35] Adj. Mittelwertdifferenz [95 % KI] nach 3 Mo: IG - KG: -1,0 [-4,1-2,1], p = 0,815 [35] Adj. Mittelwertdifferenz [95 % KI] nach 6 Mo: IG - KG: 0,1 [-5,1-1,9], p = 0,624, Cohen's d = 0,4 [35] Körperliche Beschwerden MW (SD) der IG vs. KG 1 vs. KG 2: Baseline: 19,2 (12,5) vs. 23,2 (12,4) vs. 21,7 (12,0) 3 Mo: 17,7 (13,0) vs. 22,8 (11,9) vs. 23,5 (13,1) 6 Mo: 17,7 (13,5) vs. 23,0 (14,0) vs. 23,0 (16,1) [35] 24 Mo: 19,0 (14,2) vs. k.A. vs. 23,3 (22,3) [36] Adj. Mittelwertdifferenz [95 % KI] nach 3 Mo: IG - KG: -3,8 [-7,4-0,3], p = 0,031 , Cohen's d = 0,4 [35] Adj. Mittelwertdifferenz [95 % KI] nach 6 Mo: IG - KG: -3,3 [-7,8-1,1], p = 0,207, Cohen's d = 0,3 [35] Adj. Mittelwertdifferenz [95 % KI] nach 24 Monaten: IG - KG: -2,7 [-7,2-0,0], p = 0,257
Pfeiffer, 2018 [37] Hochbelastete pfa. PLIP	Clusterrandomisierte Studie, IG: N = 50 KG: N = 50, IG: 55,9 J (12,0) KG: 57,4 J (13,3), IG: 98 % KG: 98 %	KVT: Zusätzl. Problemlösung (nach DZurilla u. Nezu) im Rahmen der persönl. Pflegeberatung (§7a SGB XI) sowie einen nachbereitenden Telefonanruf u. 5 postal. Informations- schreiben innerhalb 6 Mo vs. Gewöhnl. Pflegeberatung.	3 Mo, IG: 82 % KG: 80 %; 6 Mo, IG: 72 % KG: 67 %	Lebensqualität (WHOQOL- BREF, Skala 0 [am schlechtes- ten] - 100 [am besten], für Domänen: Physisch, Psychisch, Sozial, Umwelt u. Global) Depressive Symptomatik (CES-D, Skala 0 [am besten] - 60 [am schlechtesten] Cut-off ≥ 16)	Lebensqualität IG vs. KG 2 [MW (SD)] Global: Baseline: 59,5 (17,1) vs. 52,8 (19,1) 24 Mo: 60,1 (18,1) vs. 56,5 (22,3) Adj. Mittelwertdifferenz [95 % KI]: 0,1 [-7,3-8,7], p = 0,860 [36] Depressive Symptomatik IG vs. KG Baseline: 25,5 (10,4) vs. 24,6 (10,6) 3 Mo: 20,8 (7,8) vs. 23,15 (10,9) 6 Mo: 20,8 (10,1) vs. 21,6 (9,4) Varianzanalyse: MW [95 % KI] T0→T1: IG (N = 41): -4,9 [-7,9- -1,9] T0→T1: KG (N = 40): -1,0 [-3,6-1,6], p = 0,049 T0→T2: IG (N = 36): -5,0 [-7,3- -1,4] T0→T2: KG (N = 30): -2,5 [-2,6-1,0], p = 0,435

adj. = adjustiert; BREF = abbreviated World Health Organization Quality of Life; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DE-REACH = Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health II deutsche
Adaption; De TaMAKS = Demenz-Tagespflege-Motorische, Alltagspraktische und Soziale Aktivierung; DYADEM = dyadic coping with dementia; EQ-5D-5L = European Quality of Life 5 Dimensions; G8B-24 = Gießener
Beschwerdebogen 24 Items; h = Stunde; IG = Interventionsgruppe; IMET = Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe; J = Jahre; k.A. = keine Angaben; KG = Kontrollgruppe; KöpG = körperliche Gesundheit;
KVT = kognitive Verhaltenstherapie; MKI = Mehrkomponentenintervention; Min = Minute; Mo = Monat; MW = Mittelwert; PHQ 4 = Patient Health Questionnaire 4-Item; PLIP = Problemlösung in der Pflegeberatung;
PsychG = psychische Gesundheit; SF-12 = 12-Item Short Form Survey; Std. = Stunde; vs. = versus; Talking Time = Redezeit; Talking Time REHAB = Redezeit-REHA; Tele.TAnDem = Telefononische Therapie für Angehörige von
Demenzkranken; TIPS = Telefononische Intervention für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen; WHEDA = Wirksamkeit häuslicher Ergotherapie für Demenzerkrankte und ihre Angehörige; WHOQOL- PHQ
15 = Patient Health Questionnaire 15-Item; WHO-5 = The 5-item World Health Organisation Well-Being Index; Wo = Woche.

beziehung der Pflegebedürftigen (dyadischer Ansatz) durchgeführt [26, 33]. Eine Studie untersuchte eine Kombination von häuslicher und telefonischer Intervention, wobei der häusliche Anteil überwog [32] (► **Tab. 2**).

Nur zwei randomisierte Studien untersuchten Interventionen für pfA von Menschen ohne Demenz, beide auf der Basis des Problemlösungstrainings nach D’Zurilla und Nezu, einer Interventions-technik der KVT [38]. Pfeifer et al. konzipierten diese für pfA von Schlaganfallpatienten mit einer 3-monatigen Intensivphase (ein Hausbesuch und ein- bis zweiwöchentliche Telefonate) und einer 9-monatigen Aufrechterhaltungsphase (ein Hausbesuch und monatliche Telefonate) [27]. Eine weitere Studie erforschte die Wirkung einer im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI für pfA durchgeführten Intervention mit abschließendem Telefonat und fünf bis zehn postalischen Informationsschreiben zu pflegespezifischen Themen [37].

Zielgrößen

Für die patientenrelevanten Zielgrößen depressive Symptomatik und gesundheitsbezogene Lebensqualität führten wir Metaanalysen durch, da jeweils mehrere Studien vorlagen. Hierbei differenzierten wir jeweils zwischen kurzfristigen (3–6 Monate) und längerfristigen Nachbeobachtungszeiten (9–12 Monate). Für die depressive Symptomatik konnten wir zusätzlich nach Interventionsart (KVT und MKT) unterscheiden, während für die gesundheitsbezogene Lebensqualität nur MVT als Interventionsart in den Meta-Analysen untersucht wurde, jedoch getrennt nach psychischer und körperlicher Komponente.

Depressive Symptomatik

In den 4 Metaanalysen zu depressiver Symptomatik konnten wir je 2–4 Studien einschließen. Für KVT zeigte sich eine statistisch signifikante geringe Verbesserung der depressiven Symptome nach 3–6 Monaten, die jedoch nach 9–12 Monaten abnahm und die statistische Signifikanz verfehlte. Die MKI zeigten keinen wesentlichen Einfluss auf depressive Symptome (► **Abb. 2a + b**).

Lebensqualität

Die Metaanalyse zu MKI mit drei Studien [26, 31, 32] zeigte nach 3–6 Monaten eine statistisch signifikante leichte Verbesserung der psychischen Lebensqualität, die nach 9–12 Monaten weiter zunahm. Kein Effekt zeigte sich bei der physischen Lebensqualität (► **Abb. 3a + b**).

In zwei weiteren Studien, eine MKI und eine auf Basis der KVT, zeigte sich keine klinisch relevante Veränderung [24, 36]. In einer Studie, die sieben Sitzungen zuhause plus zwei Telefonsitzungen über 3 Monate untersuchte, zeigte sich kein Unterschied zwischen der Interventionsgruppe (MKT) und Kontrollgruppe mit zwei Standardberatungen in einer Gedächtnisklinik [33].

Eine Studie, die sechs strukturierte Selbsthilfegruppensitzungen (MKI über 3 Monate) untersuchte, zeigte eine geringfügige Verbesserung in der psychischen, nicht jedoch in der körperlichen Lebensqualität nach 3 Monaten für die Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe [34].

Die Tele.TAnDem 2012/2013 Intervention (KVT über 6 Monate) mit 12 Telefonsitzungen bewirkte eine geringfügige Verbesserung der globalen Lebensqualität auf einer Skala von 0–100 im Vergleich

zur Kontrollgruppe nach 6 Monaten, jedoch keinen Effekt nach 12 Monaten. Nach 3 Jahren zeigte sich ein geringfügiger Anstieg von knapp 10 Punkten zu Gunsten der Interventionsgruppe [30].

Angststörungen

Die DE-REACH Studie adaptierte eine in den USA konzipierte MKI mit Psychoedukation, Problemlösungsaufgaben, Risiko- und Stressmanagement, Rollenspielen sowie sozialer Unterstützung auf das deutsche Gesundheitssystem und evaluierte diese für pfA von Demenzkranken. Nach 6 und 9 Monaten zeigten sich jedoch in der Interventionsgruppe nicht weniger Angststörungen als in der Kontrollgruppe [32] (► **Abb. 4**).

Psychische Symptome

In der Studie Talking Time REHAB 2018–2021, eine MKI mit telefonbasierter Nachsorge im Anschluss an eine stationäre medizinische Rehabilitation, fanden sich für pfA von Demenzkranken keine klinisch relevanten Veränderungen im Vergleich zur Kontrollgruppe [31] (► **Abb. 4**).

Teilhabe

In der Rehabilitationsforschung wird unter Teilhabe eine zentrale Komponente der Funktionsfähigkeit im Sinne des Einbezogenensein in eine Lebenssituation verstanden [39]. Die MKI Talking Time REHAB 2018–2021 untersuchte auch die Teilhabe der pfA mittels Index zur Messung von Einschränkungen in der Teilhabe (IMET). Weder nach 6 noch 9 Monaten konnten klinisch relevante Veränderungen der Teilhabe zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden [31] (► **Abb. 4**).

Körperliche Symptome

Vier Studien erforschten die Wirksamkeit der Interventionen auf körperliche Beschwerden der pfA [27, 28, 32, 35, 36]. Nur in einer Studie, die eine MKI durchführte, bewirkte die Intervention eine Verbesserung nach 6 Monaten (geringfügig), die aber nach neun Monaten nicht mehr beobachtet wurde [32]. KVT hatte keinen Einfluss auf körperliche Beschwerden der pfA [27, 28, 35, 36] (► **Abb. 4**).

Wohlbefinden

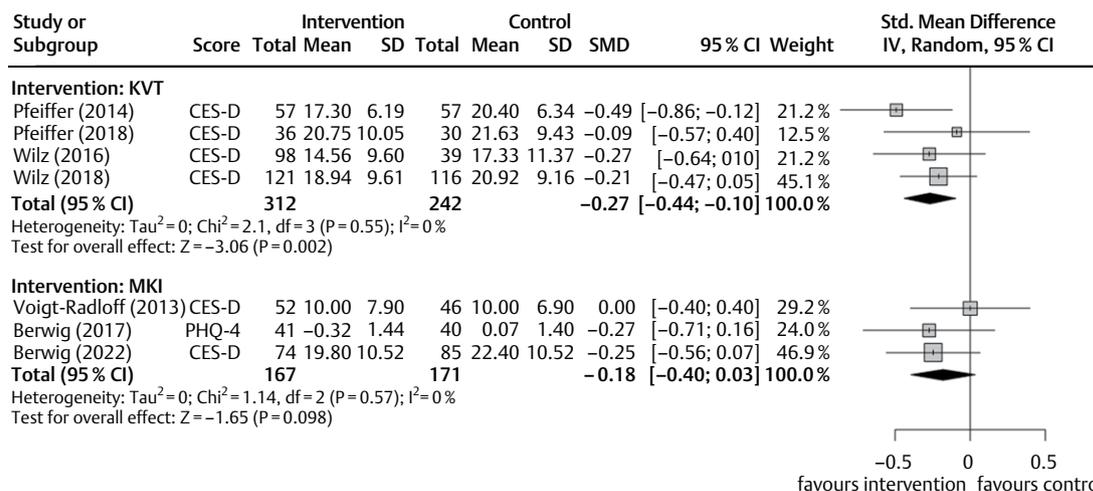
Die Studie, die die Wirkung einer dreimaligen Telefonberatung als MKI für pfA von Demenzkranken auf das subjektive Wohlbefinden untersuchte, fand nach 6 und 12 Monaten keine klinisch relevante Veränderung [25] (► **Abb. 4**).

Diskussion

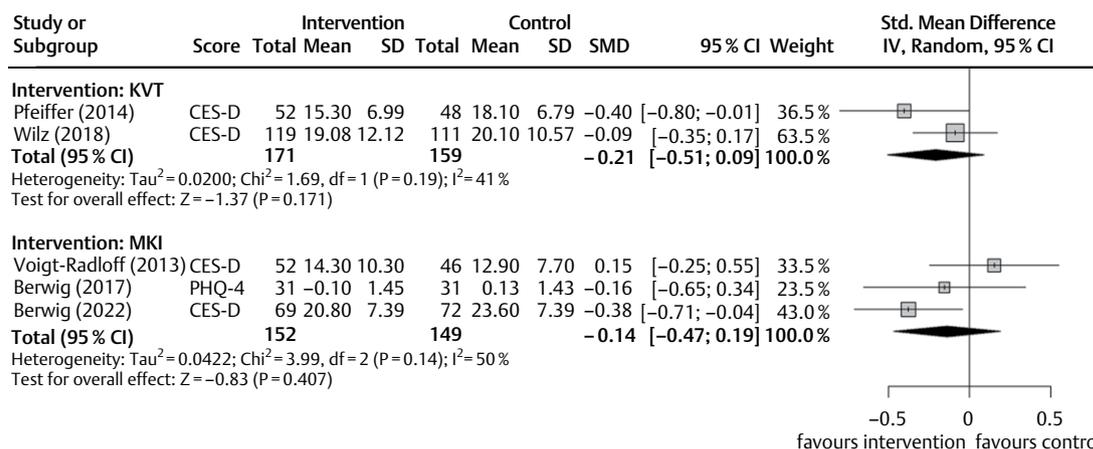
Hauptergebnisse

Insgesamt konnten wir zehn Interventionsstudien mit pfA, mehrheitlich von Demenzkranken, in Deutschland mit mindestens moderater methodischer Qualität identifizieren. Unsere Metaanalysen zeigten für KVT eine leichte aber nur kurzfristige Reduktion der depressiven Symptomatik. Für die MKI deuteten die Ergebnisse der Metaanalysen auf klinisch relevante Verbesserungen der psychischen Lebensqualität nach 9–12 Monaten hin.

a Depressive Symptome 3–6 Monate



b Depressive Symptome 9–12 Monate



► **Abb. 2** Forest-Plots der Interventionen zur Reduktion depressiver Symptome, differenziert nach Messzeitpunkt und Interventionsart (KVT = kognitive Verhaltenstherapie, MKI = Mehrkomponentenintervention, CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, PHQ-4 = Patient Health Questionnaire 4-item).

Vergleich mit internationalen Studien und Reviews

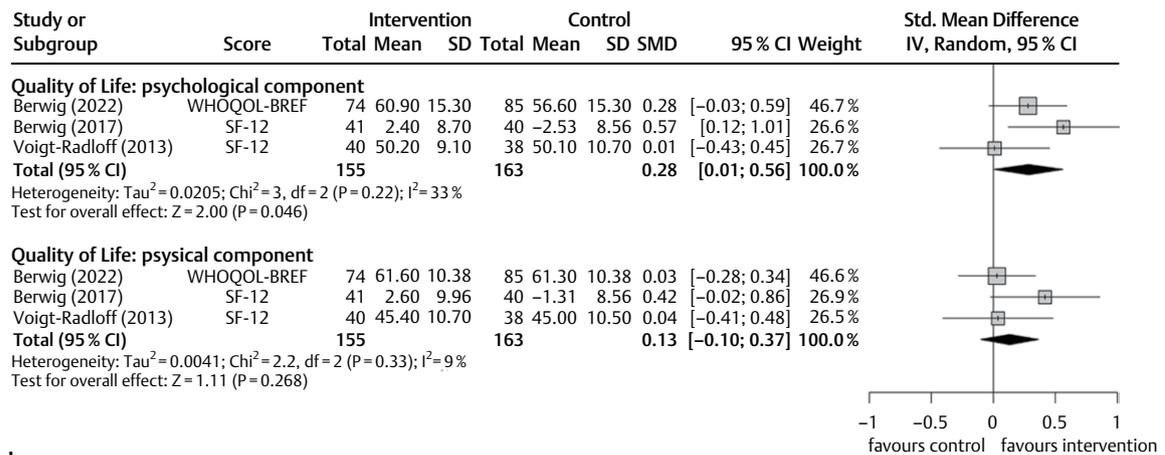
Eine KVT scheint die Entwicklung depressiver Symptome bei pfA reduzieren zu können, jedoch nur leicht und nicht nachhaltig. Nach 9–12 Monaten nahm der zunächst positive Effekt wieder ab [27, 28, 35, 37]. So wie die in unserem Review eingeschlossene Studie von Pfeiffer und Kollegen [27], hatte ein systematisches Review US-amerikanischer Studien zu pfA von Schlaganfallpatienten gezeigt, dass KVT mit Problemlösungstraining als eine der Standardinterventionstechniken der KVT und die Vermittlung von pflegerischen Grundkenntnissen und -techniken depressive Symptome der pfA reduzieren kann. KVT wirkte jedoch lediglich kurzfristig da nach 13 Wochen keine statistisch signifikanten Ergebnisse beobachtet wurden [40]. Diese temporäre Wirkweise von KVT ohne Nachsorge oder Auffrischung konnte durch unsere Metaanalyse mit Studien aus Deutschland bestätigt werden.

Weiterhin scheint die Wirkung der KVT abhängig von der Grunderkrankung der Pflegebedürftigen zu sein. Denn bei pfA von Demenzkranken fiel der Effekt einer KVT deutlich geringer aus [28, 35]. Dies könnte daran liegen, dass die informelle Pflege demenziell Erkrankter – aufgrund der voranschreitenden kognitiven Veränderungen – stärker mit Depressionen des pfA assoziiert ist als von Pflegebedürftigen ohne Demenz [6]. Im Gegensatz zum irreversibel voranschreitenden Charakter der Demenz kann sich die Lebensqualität eines Schlaganfallpatienten mittels Rehabilitation innerhalb von 6–12 Monaten wieder verbessern [41]. Hierbei könnte der sogenannte „family effect“ auch umgekehrt denkbar sein. Dieser besagt, dass ein schlechter Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen auch die Gesundheit des pfA negativ beeinflussen kann [42].

Der Großteil der randomisierten Studien für pfA in Deutschland untersuchte MKI, die u. a. auf theoretischen Stressbewältigungsmodellen basieren und die Prinzipien der Psychoedukation sowie des

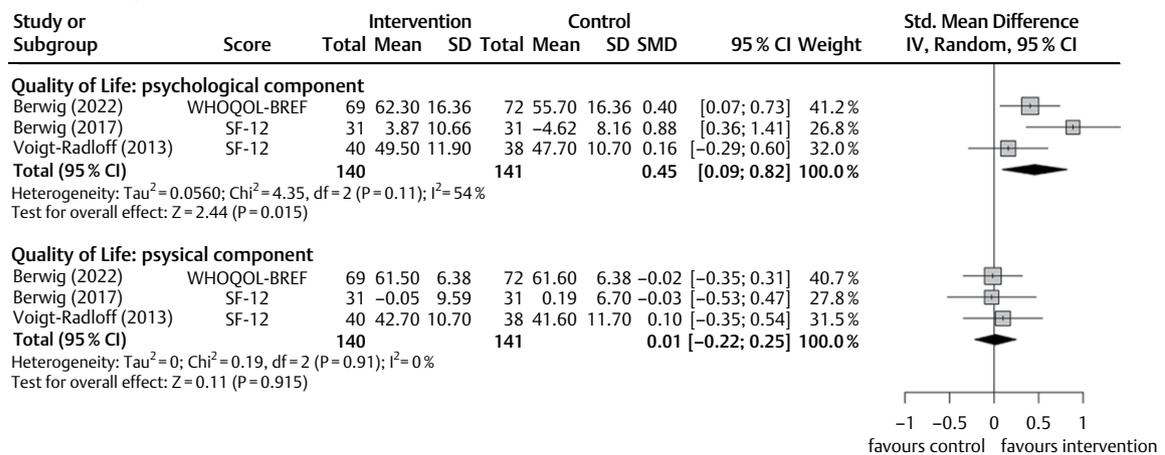
a

Lebensqualität 3–6 Monate



b

Lebensqualität 9–12 Monate



► **Abb. 3** Forest-Plots zur Wirkung von Mehrkomponenteninterventionen auf die gesundheitsbezogene psychische und körperliche Lebensqualität, differenziert nach Messzeitpunkt (WHOQOL-BREF = abbreviated World Health Organization Quality of Life, SF-12 = 12-Item Short Form Survey).

Selbstmanagements beinhalten. Wie bei anderen komplexen Interventionen ist es schwierig, mögliche Effekte auf einzelne Komponenten zurückzuführen [10]. Die Autoren eines Umbrella-Reviews, der eine Vielzahl an unterschiedlichen Interventionen und Zielgrößen inkludierte, konstatierten, dass eindeutige Wirksamkeitsnachweise für die Mehrzahl der MKI für pfA von Demenzerkrankten fehlen [15]. Unser systematisches Review mit Metaanalysen konnte dies teilweise bestätigen, aber kam zumindest für die Verbesserung der psychischen Lebensqualität zu einer positiveren Bewertung des Nutzens von MKI für pfA von demenziell Erkrankten in Deutschland [31, 32]. Die Aussagekraft des Umbrella-Reviews ist bei dieser Fragestellung jedoch limitiert, da nur weniger als die Hälfte der dort eingeschlossenen systematischen Reviews explizit Effekte von Mehrkomponenteninterventionen auf die Lebensqualität der pfA untersucht hatte. Weiterhin greifen dessen Autoren bei der Kategorisierung der Interventionsarten auf die Vorschläge von Olazarán und Kollegen zurück, während wir die von Schulz und

Kollegen verwenden [10]. Diese inkonsistente Klassifizierung erschwert die Bewertungen der Interventionen zusätzlich [12].

Innerhalb der MKI des DE-REACH Projekts wurden die Studienteilnehmenden aufgefordert, zusätzlich lokale Selbsthilfgruppen aufzusuchen, was zu einer Steigerung ihrer psychischen Lebensqualität nach 6 und 9 Monaten geführt haben könnte [32]. Ein Scoping Review kam zu dem Ergebnis, dass Peer Support auch im Rahmen von MKI gesundheitsbezogene Ergebnisparameter von pfA verbessern kann. Der psychoedukative Aspekt der Intervention schien dabei weniger wichtig als die soziale Unterstützung durch andere Betroffene [43]. Hetzel et al. erstellten im „Pflegetandem“-Projekt das Konzept eines einwöchigen Gesundheitsprogramms für pfA gemeinsam mit den pflegebedürftigen Personen. Dieses wurde als Gruppenintervention konzipiert, wobei sämtliche Interventionen gesetzlich durch das Sozialgesetzbuch XI finanziert wurden [44]. Das Projekt musste aufgrund der Coronapandemie unterbrochen werden, sodass bisher keine abschließende wissenschaftliche Evaluation stattfinden konnte [45]. Dyadische Interventionen, bei denen sowohl der Pflegebedürftige, als auch der pfA

Studienname / Zeitraum Erstautor	Intervention (Art, Dauer)	Psych. Sympt.		Depression			Angst			Körp. Sympt.			Lebensqualität				Wohlbefinden		Teilhabe	
		6 Mo	12 Mo	3-6 Mo	9-12 Mo	3 J	6 Mo	9 Mo	3-6 Mo	9-12 Mo	2-3 J	1 Mo	3-6 Mo	9-12 Mo	2-3 J	6 Mo	12 Mo	6 Mo	12 Mo	
TIPS / 2007-2010 Pfeiffer [27]	KVT 12 Mo			P	P															
Tele.TanDem / 2012-2013 Wilz [28], Meichsner [29] Töpfer [30]	KVT 6 Mo			P	P				P	P								Körp. Soz.		
Talking Time REHAB / 2018-2021 Berwig [31]	MKI 6 Mo												Körp. Psy.	Körp. Psy.					P	
DE-REACH / 2012-2015 Berwig [32]	MKI 6 Mo												Körp. Psy.	Körp. Psy.						
DeTaMAKS / 2014-2017 Behrndt [24], Donath [25]	MKI 6 Mo																P	P		
PLIP / 2013-2016 Pfeiffer [37]	KVT 6 Mo			P																
DYADEM / 2011-2015 Nordheim [33]	MKI 3 Mo												P	P						
TALKING TIME / 2015-2017 Dichter [34]	MKI 3 Mo													Körp. Psy. P						
Tele.TanDem 2008-2010 Wilz [35], Wilz [36]	KVT 3 Mo			P					P	P									P	
WHEDA / 2008-2009 Voigt-Radloff [26]	MKI 5 Mo													Körp. Psy.	Körp. Psy.					

□ = kein Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe ■ = geringfügige Verbesserung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe

► **Abb. 4** Vereinfachter Überblick der Effekte in Interventionsstudien mit pflegenden Angehörigen in Deutschland, differenziert nach Zielgrößen. Psy. = Psychische Lebensqualität; P = Primäre Zielgröße. Psy. = Psychische Lebensqualität; Soz. = Soziale Lebensqualität; P = Primäre Zielgröße. Körp. = Physische Lebensqualität; Psy. = Psychische Lebensqualität; Soz. = Soziale Lebensqualität; P = Primäre Zielgröße.

gemeinsam teilnehmen, scheinen akzeptabel, durchführbar, weltweit wirksam zu sein und haben sich als klinisch nützlich erwiesen [46, 47]. Insbesondere im Bereich der stationären Rehabilitation sollte die besondere Situation von pfA berücksichtigt werden, da ansonsten Maßnahmen nicht erfolgsversprechend sind oder gar nicht erst wahrgenommen werden. Die zeitgleiche adäquate Versorgung des Pflegebedürftigen ist eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen [48]. Erste Analysen dieser dyadischen Interventionen deuten auf einen Effekt der Interventionen am Ende der Rehabilitation hin, der jedoch nach 6 Monaten nicht aufrecht erhalten werden konnte [49]. Um nachhaltige Effekte zu erzielen, scheint eine gezielte Nachsorge am Ende der ursprünglichen Intervention entscheidend zu sein [31, 49].

Stärken und Limitationen

Die vorliegende Arbeit ist die erste systematische quantitative Zusammenfassung von randomisierten Interventionsstudien mit pfA in Deutschland. Die stringente Bewertung der methodischen Qualität wurde anhand internationaler Standards durchgeführt, was zum Ausschluss von Studien mit niedriger Qualität (ohne Kontrollgruppe, hohes Biasrisiko) führte [23]. Eine weitere Stärke ist die systematische Literaturrecherche in großen medizinischen bzw. pflegewissenschaftlichen Literaturdatenbanken ohne sprachliche und zeitliche Einschränkungen.

Unser Review hat jedoch auch potenzielle Limitationen. Der Ausschluss ausländischer Studien reduzierte die statistische Power der Metaanalysen. Wir wollten jedoch eine zu große Heterogenität durch mögliche gesundheitssystembezogene und kulturelle Un-

terschiede in ausländischen Studiensettings vermeiden. Dies soll (Weiter-)Entwicklungen gesundheitsfördernder Strategien für pfA innerhalb des deutschen Gesundheitssystems erleichtern. Außerdem hatten bereits einige systematische Reviews die internationale, vor allem angloamerikanische Studienlage zusammengefasst. Deren Ergebnisse wurden von uns im Rahmen der Diskussion und Interpretation der eigenen Ergebnisse berücksichtigt.

Eine weitere potenzielle Einschränkung unseres Ansatzes bezieht sich auf die Fokussierung auf randomisierte Studien, den Goldstandard medizinischer Studientypen, und hier nur Untersuchungen mit niedrigen oder moderaten Biasrisiken für die Beurteilung der Evidenzlage in Deutschland heranzuziehen. Wir können daher nicht ausschließen, dass Interventionen nicht inkludierter Studien durchaus einen Nutzen haben können. Wir haben einige davon in der Diskussion erwähnt. Hier könnte es sich durchaus lohnen, die Interventionen mit Kontrollgruppe und methodisch stringent zu evaluieren, um validere Ergebnisse zu erhalten.

Ebenso war es nicht möglich, innerhalb der drei wissenschaftlichen Datenbanken mit identischen Suchstrings zu arbeiten. Bei der pflegewissenschaftlichen CINAHL-Datenbank war im Gegensatz zu den beiden medizinischen Datenbanken eine Eingrenzung auf Publikationen ausschließlich aus Deutschland nicht möglich, was zu einer zu großen Trefferzahl führte (N = 46.550). Folglich schränkten wir die Ergebnisse mit einer AND-Verknüpfung bezüglich der Interventionsansätze durch Verwendung von „Medical Subject Headings“ ein (siehe **Online-Supplement Tab. S1**: Suchstrategie). Obwohl wir uns bei der Auswahl der einschränkenden Interventionsbegriffe an denen orientierten, die wir im Rahmen des Screening-Prozesses der beiden

medizinischen Datenbanken identifizierten, können wir nicht ausschließen, in CINAHL relevante Publikationen zu anderen nicht-pharmakologischen Interventionsarten übersehen zu haben.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Unsere Metaanalysen zeigten, dass KVT für pFA in Deutschland depressive Symptome kurzfristig leicht positiv beeinflussen können. MKI dagegen waren geeigneter als KVT, die psychische Lebensqualität der Betroffenen bis zu 12 Monate nach Interventionsbeginn zu verbessern. Auf die körperliche Lebensqualität hatten weder KVT noch MKI Einfluss. Die bisher wissenschaftlich untersuchten Interventionen für pFA in Deutschland scheinen keine ausreichende und nachhaltige Wirkung zu erzielen, wie die in unsere Analyse eingeschlossenen ausschließlich methodisch guten Studien zeigen. Möglicherweise sind aufwändigere Interventionen über längeren Zeitraum und mit ständiger Anpassung an die wechselnde und häufig zunehmende Belastung der pFA nötig.

Obwohl mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2012 die rechtliche Grundlage für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für pFA geschaffen wurden (§§ 23 und 40 SGB V) besteht erst seit April 2020 die Möglichkeit, dass pFA dabei die pflegebedürftige Person mitnehmen können bei gleichzeitiger Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Es gibt aktuell jedoch nur wenige Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, die spezielle Maßnahmen für pFA und die pflegebedürftige Person anbieten. Weiterhin existiert keine stringente Begleitevaluation der dort angebotenen Maßnahmen durch Interventionsstudien mit adäquaten Kontrollgruppen und randomisierter Zuordnung. Diese belastbaren wissenschaftlichen Nachweise klinisch relevanter und nachhaltiger Effekte dyadischer Ansätze werden in Deutschland dringend benötigt. Internationale Studien deuten darauf hin, dass dyadische Interventionen mit pFA und Pflegebedürftigen aufgrund der aus der simultanen Inklusion resultierenden gegenseitigen Beeinflussung effektiver sein könnten als Ansätze, die sich ausschließlich auf die pFA konzentrieren. Bei dyadischen Gruppenangeboten können die Studienteilnehmenden sich durch den Peer Support mit Betroffenen mit ähnlichem Hintergrund austauschen. Dadurch ist es möglich, gemeinsam Bewältigungsstrategien für entstehende Herausforderungen zu entwickeln. Mehrtägige Gruppeninterventionen außerhalb des häuslichen Umfeldes und mehrwöchige Rehabilitationsangebote, die als dyadische Interventionen konzipiert sind, könnten den Belastungen der pFA entgegenwirken und nachhaltigere gesundheitsfördernde und präventive Ansätze bieten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Destatis. Pressemitteilung Nr. 554 vom 21. Dezember 2022. 5 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2021. Im Internet https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_554_224.html; Stand: 22.12.2022
- [2] Liebig S, Goebel J, Schröder C et al. Sozio-oekonomisches Panel (SOEP). Daten der Jahre 1984-2018. DOI: 10.5684/soep-core.v35
- [3] Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18: 250–267. DOI: 10.1037/0882-7974.18.2.250
- [4] Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62: P126–37. DOI: 10.1093/geronb/62.2.p126
- [5] Bom J, Bakx P, Schut F et al. The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist* 2019; 59: e629–e642. DOI: 10.1093/geront/gny137
- [6] Janson P, Willeke K, Zaibert L et al. Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19. DOI: 10.3390/ijerph19105864
- [7] Stöckel J, Bom J. Revisiting longer-term health effects of informal caregiving: Evidence from the UK. *The Journal of the Economics of Ageing* 2022; 21: 100343. DOI: 10.1016/j.jeoa.2021.100343
- [8] Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ et al. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist* 1990; 30: 583–594. DOI: 10.1093/geront/30.5.583
- [9] Schulz R, Gallagher-Thompson D, Haley W, Czaja S. Understanding the Interventions Process: A Theoretical/ Conceptual Framework for Intervention Approaches to Caregiving. In: Schulz R, ed. *Handbook on dementia caregiving: Evidence-based interventions in family caregivers*. New York: Springer Pub. Co; 2000: 33–60
- [10] Schulz R, Beach SR, Czaja SJ et al. Family Caregiving for Older Adults. *Annu Rev Psychol* 2020; 71: 635–659. DOI: 10.1146/annurev-psych-010419-050754
- [11] Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V et al. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *Int J Integr Care* 2012; 12: e133. DOI: 10.5334/ijic.845
- [12] Gilhooly KJ, Gilhooly MLM, Sullivan MP et al. A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr* 2016; 16: 106. DOI: 10.1186/s12877-016-0280-8
- [13] Dickinson C, Dow J, Gibson G et al. Psychosocial intervention for carers of people with dementia: What components are most effective and when? A systematic review of systematic reviews. *Int Psychogeriatr* 2017; 29: 31–43. DOI: 10.1017/S1041610216001447
- [14] Corry M, While A, Neenan K et al. A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *J Adv Nurs* 2015; 71: 718–734. DOI: 10.1111/jan.12523
- [15] Clarkson P, Hughes J, Xie C et al. Overview of systematic reviews: Effective home support in dementia care, components and impacts-Stage 1, psychosocial interventions for dementia. *J Adv Nurs* 2017; 73: 2845–2863. DOI: 10.1111/jan.13362
- [16] Erika Schulz. Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert. *DIW Wochenbericht* 2012; 13: 10–16
- [17] Romero B, Wenz M. Konzept und Wirksamkeit eines Behandlungsprogrammes für Demenzkranke und deren Angehörige. Ergebnisse aus dem Alzheimer Therapie Zentrum Bad Aibling. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35: 115–128

- [18] Diehl J, Mayer T, Förstl H et al. A Support Group for Caregivers of Patients with Frontotemporal Dementia. *Dementia* 2003; 2: 151–161. DOI: 10.1177/1471301203002002002
- [19] Zank S, Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57: P348–57. DOI: 10.1093/geronb/57.4.p348
- [20] Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.3 (updated February 2022). Im Internet www.training.cochrane.org/handbook; Stand: 12.06.2023
- [21] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
- [22] Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev* 2021; 10: 39. DOI: 10.1186/s13643-020-01542-z
- [23] Sterne JAC, Savović J, Page MJ et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019; 366: l4898. DOI: 10.1136/bmj.l4898
- [24] Behrndt E-M, Straubmeier M, Seidl H et al. Brief telephone counselling is effective for caregivers who do not experience any major life events – caregiver-related outcomes of the German day-care study. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 20. DOI: 10.1186/s12913-018-3853-8
- [25] Donath C, Luttenberger K, Graessel E et al. Can brief telephone interventions reduce caregiver burden and depression in caregivers of people with cognitive impairment? – long-term results of the German day-care study (RCT). *BMC Geriatr* 2019; 19: 196. DOI: 10.1186/s12877-019-1207-y
- [26] Voigt-Radloff S, Hüll M. Practice example: neurodegenerative disorders: randomised controlled multicentre trial of home-based occupational therapy for patients with dementia. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013; 107: 222–228. DOI: 10.1016/j.zefq.2013.04.001
- [27] Pfeiffer K, Beische D, Hautzinger M et al. Telephone-Based Problem-Solving Intervention for Family Caregivers of Stroke Survivors: A Randomized Controlled Trial. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY* 2014; 82: 628–643. DOI: 10.1037/a0036987
- [28] Wilz G, Reder M, Meichsner F et al. The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia. *The Gerontologist* 2018; 58: e118–e129. DOI: 10.1093/geront/gnx183
- [29] Meichsner F, Topfer NF, Reder M et al. Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention Improves Dementia Caregivers' Quality of Life. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2019; 34: 236–246. DOI: 10.1177/1533317518822100
- [30] Töpfer NF, Sittler MC, Lechner-Meichsner F et al. Long-Term Effects of Telephone-Based Cognitive-Behavioral Intervention for Family Caregivers of People With Dementia: Findings at 3-Year Follow-Up. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY* 2021; 89: 341–349. DOI: 10.1037/ccp0000640
- [31] Berwig M, Lessing S, Deck R. Telephone-based aftercare groups for family carers of people with dementia – results of the effect evaluation of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 177. DOI: 10.1186/s12913-022-07490-9
- [32] Berwig M, Heinrich S, Spahlholz J et al. Individualized support for informal caregivers of people with dementia – effectiveness of the German adaptation of REACH II. *BMC Geriatr* 2017; 17: 286. DOI: 10.1186/s12877-017-0678-y
- [33] Nordheim J, Häusler A, Yasar S et al. Psychosocial Intervention in Couples Coping with Dementia Led by a Psychotherapist and a Social Worker: The DYADEM Trial. *J Alzheimers Dis* 2019; 68: 745–755. DOI: 10.3233/JAD-180812
- [34] Dichter MN, Albers B, Trutschel D et al. TALKING TIME: A pilot randomized controlled trial investigating social support for informal caregivers via the telephone. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 788. DOI: 10.1186/s12913-020-05523-9
- [35] Wilz G, Soellner R. Evaluation of a Short-Term Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention for Dementia Family Caregivers. *CLINICAL GERONTOLOGIST* 2016; 39: 25–47. DOI: 10.1080/07317115.2015.1101631
- [36] Wilz G, Meichsner F, Soellner R. Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention. *Aging Ment Health* 2016; 21: 774–781. DOI: 10.1080/13607863.2016.1156646
- [37] Pfeiffer K, Hautzinger M, Becker C, Albrecht D, Pendergrass A, Leonhardt R, Gugenhahn J, Patak M, Grünwald J, Dürr H-P, Friedrich N, Mense V, Hodapp S, Loos D, Hahn M. *Problemlösen in der Pflegeberatung. ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 14.* Hürth. 2018;
- [38] D'Zurilla TJ, Nezu A. *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention.* 3. Aufl. New York: Springer Publishing Company; 2006
- [39] Meyer T, Menzel-Begemann A. Teilhabe als Gegenstand der Rehabilitationsforschung. In: Wansing G, Schäfers M, Köbsell S, Hrsg. *Teilhabe-forschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes. Beiträge zur Teilhabeforschung.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2022: 105–123. DOI: 10.1007/978-3-658-38305-3_6
- [40] Brereton L, Carroll C, Barnston S. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clin Rehabil* 2007; 21: 867–884. DOI: 10.1177/0269215507078313
- [41] Lynch EA, Labberton AS, Kim J et al. Out of sight, out of mind: long-term outcomes for people discharged home, to inpatient rehabilitation and to residential aged care after stroke. *Disabil Rehabil* 2022; 44: 2608–2614. DOI: 10.1080/09638288.2020.1852616
- [42] Bobinac A, van Exel NJA, Rutten FFH et al. Caring for and caring about: disentangling the caregiver effect and the family effect. *J Health Econ* 2010; 29: 549–556. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.05.003
- [43] Carter G, Monaghan C, Santin O. What is known from the existing literature about peer support interventions for carers of individuals living with dementia: A scoping review. *Health Soc Care Community* 2020; 28: 1134–1151. DOI: 10.1111/hsc.12944
- [44] Hetzel C, Schreiner S, Michel W et al. Konzept eines einwöchigen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige gemeinsam mit ihrer pflegebedürftigen Person – „Pflegetandem“. *Präv Gesundheitsf* 2021; 16: 234–241. DOI: 10.1007/s11553-020-00821-w
- [45] Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln. *Aktuelles.* 23.10.2020 Absage wegen Corona. Im Internet <https://pflege-tandem-svifg.de/aktuelles/>; Stand: 09.03.2023
- [46] Tiete J, Porter LS. Dyadic psychosocial interventions for patients with cancer and their caregivers: an update. *Curr Opin Oncol* 2022; 34: 304–312. DOI: 10.1097/CCO.0000000000000835
- [47] Martire LM, Lustig AP, Schulz R et al. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychol* 2004; 23: 599–611. DOI: 10.1037/0278-6133.23.6.599
- [48] Hertle D, Lüken F, Trümner A et al. Stationäre Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige – eine Sondierung der Angebote in Deutschland. *Rehabilitation (Stuttg)* 2015; 54: 146–152. DOI: 10.1055/s-0035-1545360
- [49] Deck R, Bussmann M-L, Simons J et al. Rehabilitation mit einem demenzkranken Angehörigen: Ergebnisse einer längsschnittlichen Beobachtungsstudie. *Rehabilitation (Stuttg)* 2019; 58: 112–120. DOI: 10.1055/a-0613-1232