

Begleitende Evaluation aus der Perspektive von Klientinnen und Klienten

**Als Teil der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation
des Projekts „Age-friendly Region“ – Case und Care Ma-
nagement in West-Ungarn und in der Steiermark**

Projektnummer: ATHU12



Christian Boehler, Ph.D.
Rahel Kahlert, Ph.D.

Wien
Dezember 2019



Dieses Projekt wird durch die EU (European Regional Development Fund) im Rahmen des Interreg-Programms Austria-Hungary 2014-2020 co-finanziert (Projektnummer: ATHU12).

Wir danken Kai Leichsenring, Sandra Probus, Veronika Rechberger, und Christoph Pammer für hilfreiche Kommentare und Vorschläge.

Kontakt:

Rahel Kahlert

Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-
politik und Sozialforschung

Berggasse 17, 1090 Wien, Österreich

E-Mail: kahlert@euro.centre.org

www.euro.centre.org

+43-1-319 4505-0



Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	8
2	Hintergrund	10
3	Vorgehensweise	11
3.1	Zum Projekt "Age-friendly Region"	11
3.2	Zum Evaluationsdesign	12
3.3	AFR- und Vergleichsgruppen.....	13
3.4	Messinstrumente	16
3.4.1	EQ-5D-5L.....	16
3.4.2	WHOQOL-BREF	18
3.4.3	WHOQOL-OLD	19
4	Ergebnisse.....	21
4.1	EQ-5D-5L.....	21
4.1.1	EQ-5D-5L Gesundheitsprofile	21
4.1.2	EQ-5D Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS)	24
4.1.3	EQ-5D-5L-Indexwerte	26
4.2	WHOQOL-BREF	29
4.2.1	WHOQOL-BREF - Allgemeine Fragen zu Lebensqualität und Gesundheit	29
4.2.2	WHOQOL-BREF – Domäne 1: Körperliche Gesundheit	30
4.2.3	WHOQOL-BREF – Domäne 2: Psychische Gesundheit	33
4.2.4	WHOQOL-BREF – Domäne 3: Soziale Beziehungen	35
4.2.5	WHOQOL-BREF – Domäne 4: Umwelt	38
4.3	WHOQOL-OLD.....	42
4.3.1	WHOQOL-OLD – Gesamtscore.....	42
4.3.2	WHOQOL-OLD - Domäne1: Sinnesfunktionen.....	43
4.3.3	WHOQOL-OLD – Domäne 2: Autonomie	46
4.3.4	WHOQOL-OLD – Domäne 3: Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.....	49
4.3.5	WHOQOL-OLD – Domäne 4: Soziale Partizipation.....	52

4.3.6 WHOQOL-OLD – Domäne 5: Tod und Sterben	54
4.3.7 WHOQOL-OLD – Domäne 6: Intimität	56
5 Diskussion	60
6 Fazit	63
7 Bibliographie.....	64
8 Anhänge.....	65
8.1 EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala: Ergebnisse nach Geschlecht.....	65
8.2 EQ-5D-5L-Indexwerte: Ergebnisse nach Geschlecht	67

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Altersverteilung der AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn	14
Tabelle 2:	Angegebene EQ-5D-5L-Dimensionen und Ebenen (Österreich)	21
Tabelle 3:	Angegebene EQ-5D-5L-Dimensionen und Ebenen (Ungarn)	22

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1: Zyklus des Case und Care Management	12
Schaubild 2: Altersverteilung der befragten Personen (Österreich)	15
Schaubild 3: Altersverteilung der befragten Personen (Ungarn)	15
Schaubild 4: Familienstand der Personen in den AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn	16
Schaubild 5: EQ-5D-5L Gesundheitsprofile in dichotomisierter Form (Österreich).....	23
Schaubild 6: EQ-5D-5L Gesundheitsprofile in dichotomisierter Form (Ungarn).....	23
Schaubild 7: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Österreich.....	25
Schaubild 8: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Ungarn.....	26
Schaubild 9: EQ-5D-5L Indexwerte – Österreich	27
Schaubild 10: EQ-5D-5L Indexwerte – Ungarn	28
Schaubild 11: WHOQOL-BREF – „Items Lebensqualität und Gesundheit“, Österreich	29
Schaubild 12: WHOQOL-BREF – Items „Lebensqualität und Gesundheit“, Ungarn	30
Schaubild 13: WHOQOL-BREF – Items „Körperliche Gesundheit“, Österreich	31
Schaubild 14: WHOQOL-BREF – Items „Körperliche Gesundheit“, Ungarn	31
Schaubild 15: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Körperliche Gesundheit“, Österreich	32
Schaubild 16: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Körperliche Gesundheit“, Ungarn	33
Schaubild 17: WHOQOL-BREF – Items „Psychische Gesundheit“, Österreich.....	33
Schaubild 18: WHOQOL-BREF – Items „Psychische Gesundheit“, Ungarn.....	34
Schaubild 19: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Psychische Gesundheit“, Österreich	35
Schaubild 20: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Psychische Gesundheit“, Ungarn	35
Schaubild 21: WHOQOL-BREF – Items „Soziale Beziehungen“, Österreich.....	36
Schaubild 22: WHOQOL-BREF – Items „Soziale Beziehungen“, Ungarn.....	36
Schaubild 23: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Soziale Beziehungen“, Österreich	37
Schaubild 24: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Soziale Beziehungen“, Ungarn	38
Schaubild 25: WHOQOL-BREF – Items „Umwelt“, Österreich.....	39

Schaubild 26: WHOQOL-BREF – Items „Umwelt“, Ungarn.....	40
Schaubild 27: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Umwelt“, Österreich.....	40
Schaubild 28: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Umwelt“, Ungarn.....	41
Schaubild 29: WHOQOL-OLD – Gesamtscore, Österreich.....	42
Schaubild 30: WHOQOL-OLD – Gesamtscore, Ungarn.....	43
Schaubild 31: WHOQOL-OLD – Items „Sinnesfunktionen“, Österreich.....	44
Schaubild 32: WHOQOL-OLD – Items „Sinnesfunktionen“, Österreich.....	45
Schaubild 33: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Sinnesfunktionen“, Österreich.....	46
Schaubild 34: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Sinnesfunktionen“, Ungarn.....	46
Schaubild 35: WHOQOL-OLD – Items „Autonomie“, Österreich.....	47
Schaubild 36: WHOQOL-OLD – Items „Autonomie“, Ungarn.....	47
Schaubild 37: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Autonomie“, Österreich.....	48
Schaubild 38: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Autonomie“, Ungarn.....	48
Schaubild 39: WHOQOL-OLD – Items „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Österreich.....	49
Schaubild 40: WHOQOL-OLD – Items „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Ungarn.....	50
Schaubild 41: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Österreich.....	51
Schaubild 42: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Ungarn.....	51
Schaubild 43: WHOQOL-OLD – Items „Soziale Partizipation“, Österreich.....	52
Schaubild 44: WHOQOL-OLD – Items „Soziale Partizipation“, Ungarn.....	52
Schaubild 45: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Soziale Partizipation“, Österreich.....	53
Schaubild 46: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Soziale Partizipation“, Ungarn.....	53
Schaubild 47: WHOQOL-OLD – Items „Tod und Sterben“, Österreich.....	54
Schaubild 48: WHOQOL-OLD – Items „Tod und Sterben“, Ungarn.....	55
Schaubild 49: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Tod und Sterben“, Österreich.....	56
Schaubild 50: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Tod und Sterben“, Ungarn.....	56
Schaubild 51: WHOQOL-OLD – Items „Intimität“, Österreich.....	57
Schaubild 52: WHOQOL-OLD – Items „Intimität“, Ungarn.....	57
Schaubild 53: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Intimität“, Österreich.....	58
Schaubild 54: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Intimität“, Österreich.....	58
Schaubild 55: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Österreich, männlich.....	65
Schaubild 56: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Österreich, weiblich.....	65

Schaubild 57: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Ungarn, männlich	66
Schaubild 58: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Ungarn, weiblich	66
Schaubild 59: EQ-5D-5L Indexwerte – Österreich, männlich	67
Schaubild 60: EQ-5D-5L Indexwerte – Österreich, weiblich.....	67
Schaubild 61: EQ-5D-5L Indexwerte – Ungarn, männlich	68
Schaubild 62: EQ-5D-5L Indexwerte – Ungarn, weiblich.....	68

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Evaluation aus der Sicht von Klientinnen und Klienten ist Teil der wissenschaftlichen Begleitung des INTERREG Projektes *“Entwicklung neuer Modelle, um die Lebensqualität der Menschen beiderseits der Grenze zwischen Österreich und Ungarn bis ins hohe Alter hinein sicherzustellen”* (kurz: Age-friendly Region“). Sie wird vom Team des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung durchgeführt. Das Ziel dieses Pilotprojektes ist es, Case & Care Management (CCM) in den Projektregionen zu implementieren, sodass ältere Personen länger im eigenen häuslichen Umfeld verbleiben können und eine Verbesserung ihrer Lebensqualität erfahren.

Vorgehensweise: Die Evaluation basiert auf Befragungen von Klientinnen und Klienten, die das Case und Care Management nutzen. Gleichzeitig wurden auch Personen befragt, die das Case und Care Management nicht in Anspruch nahmen. Diese Gruppe wurde als Vergleichsgruppe hinzugezogen.

Standardisierte Fragebögen wurden verwendet, um nach der gesundheitsbezogenen sowie allgemeinen Lebensqualität der Personen zu Beginn der Dienstleistung sowie 6 bis 8 Monate später zu fragen. Hierzu wurden der von EuroQol entwickelte Fragebogen EQ-5D-5L sowie die von der WHO entwickelten Instrumente WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD genutzt. Die Befragungen fanden während der Laufzeit des Case und Care Managements statt, das im Januar 2018 begann.

Ergebnisse: Die Themenbereiche der Befragungen wurden länderspezifisch ausgewertet, wobei sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen lassen:

- **EQ-5D-5L:** Hier zeigt sich eine geringfügige, allerdings nicht statistisch signifikante Steigerung der wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Vergleich zur Vergleichsgruppe (sowohl bei den EQ-5D-5L-Indexwerten als auch bei der visuellen Analog-Skala).
- **WHOQOL-BREF:** Die Selbstwahrnehmung der AFR Klientinnen und Klienten hat sich gegenüber der Vergleichsgruppe in drei von vier Domänen positiv verändert, nämlich in Bezug auf physische Gesundheit, psychische Gesundheit und Umwelt. In Ungarn war dieser positive Unterschied statistisch signifikant, nicht jedoch in Österreich. Keinen Unterschied gab es bei den sozialen Beziehungen, wenngleich sich die Selbstwahrnehmung sowohl in den Interventions- als auch in den Vergleichsgruppen verbesserte.
- **WHOQOL-OLD:** Während der WHOQOL-OLD-Gesamtscore zwischen den AFR- und Vergleichsgruppen fast parallel ansteigt und sich damit kein nennenswerter

Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden kann, sind die Ergebnisse in den einzelnen Domänen des WHOQOL-OLD ambivalent, wenn auch grundsätzlich nicht im statistischen Signifikanzbereich.

Implikationen: Die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene und allgemeine Lebensqualität der AFR Klientinnen und Klienten erfuhr durch Age-friendly Region insgesamt eine positive Veränderung im Vergleich zu Personen, die kein AFR Case & Care Management erhielten. Jedoch sollten die Resultate vorsichtig interpretiert werden, da das nicht-experimentelle Evaluationsdesign unter anderem zu Unterschieden zwischen den AFR Klientinnen und Klienten sowie den jeweiligen Vergleichsgruppen führte und daher Verzerrungen möglich sind, was im Endeffekt die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten erheblich einschränkt. Aussagen zur Effektivität des CMM sind daher auf Basis dieser Erhebung als indikativ zu bewerten. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Case & Care Management Intervention im Rahmen dieses Projektes lediglich einen kleinen Beitrag zur Gestaltung individueller Pflegearrangements leisten konnte. Eine wesentliche Funktion der Intervention bestand nicht zuletzt darin, bestehende Lücken der Pflege-Infrastruktur im ländlichen Raum zu identifizieren und mögliche Verbesserungen anzuregen.

1 Hintergrund

Die Evaluation aus der Perspektive der Klientinnen und Klienten ist Teil der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projektes *“Entwicklung neuer Modelle, um die Lebensqualität der Menschen beiderseits der Grenze bis ins hohe Alter sicherzustellen”* (kurz: Age-friendly Region”), die durch das Team des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (euro.centre.org) im Rahmen von Interreg Austria-Hungary 2014–2020 erfolgt.

Das Interreg-Projekt *Age-friendly Region* hat dabei Mittel zum Strukturaufbau für Case und Care Management in sechs Grenzregionen zwischen Österreich und Ungarn, genauer der Oststeiermark und Westungarn, zur Verfügung gestellt, um die Entwicklungs- und Umsetzungsarbeit im Netzwerk aller am Case und Care Management Beteiligten zu organisieren.

In diesem Projekt kooperieren folgende Einrichtungen und Organisationen:

- Chance B Sozialbetriebs GmbH, Gleisdorf (Leadpartner)
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien
- Gesundheits- und Sozialzentren Győr
- Pálos Károly-Sozialzentrum Szombathely
- Pflegezentrum Zalaegerszeg

Die vorliegende Evaluation findet auf Basis von standardisierten Befragungen von Klientinnen und Klienten in Ungarn und Österreich zu gesundheitsbezogener und allgemeiner Lebensqualität sowie generellen Themen statt. Ziel dieser Evaluation ist es, zu erfassen, ob und inwieweit sich die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene und allgemeine Lebensqualität in den beiden Regionen bei den Klientinnen und Klienten positiv verändert hat im Vergleich zu Personen, die nicht am Age-friendly Region Projekt teilgenommen haben.

Die standardisierten Befragungen (EQ-5D-5L, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD) wurden für die Regionen der beiden durch das Projekt repräsentieren Länder ident durchgeführt und ausgewertet. Wegen der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den jeweiligen Regionen beider Länder wurden die Daten jedoch separat für die ungarischen und österreichischen Regionen zusammengefasst, und anschließend, soweit dies möglich ist, miteinander in Beziehung gesetzt.

2 Vorgehensweise

Die Rekrutierung von Klientinnen und Klienten durch die implementierenden Projektpartner begann im Januar 2018. Die erste Befragung der Klientinnen und Klienten in Österreich und Ungarn wurde jeweils zu Beginn der Betreuung durch das Case & Care Management durchgeführt. Die zweite Befragung fand dann jeweils nach sechs bis acht Monaten bzw. bei der individuellen Graduierung der Klientinnen und Klienten statt. Die Befragungen wurden bis Juli 2019 abgeschlossen.

Die Befragungen basierten inhaltlich auf standardisierten Fragebögen, dem EuroQol EQ-5D-5L, sowie den von der WHO entwickelten WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD.¹ Diese Instrumente bestehen primär aus geschlossenen Fragestellungen, welche die Befragten mittels einer fünfstufigen Skala beantworten. Die Nutzung der jeweiligen Fragebögen, die lizenzrechtlich geschützt sind, wurde zuvor durch die Lizenzgeber autorisiert.

2.1 Zum Projekt „Age-friendly Region“

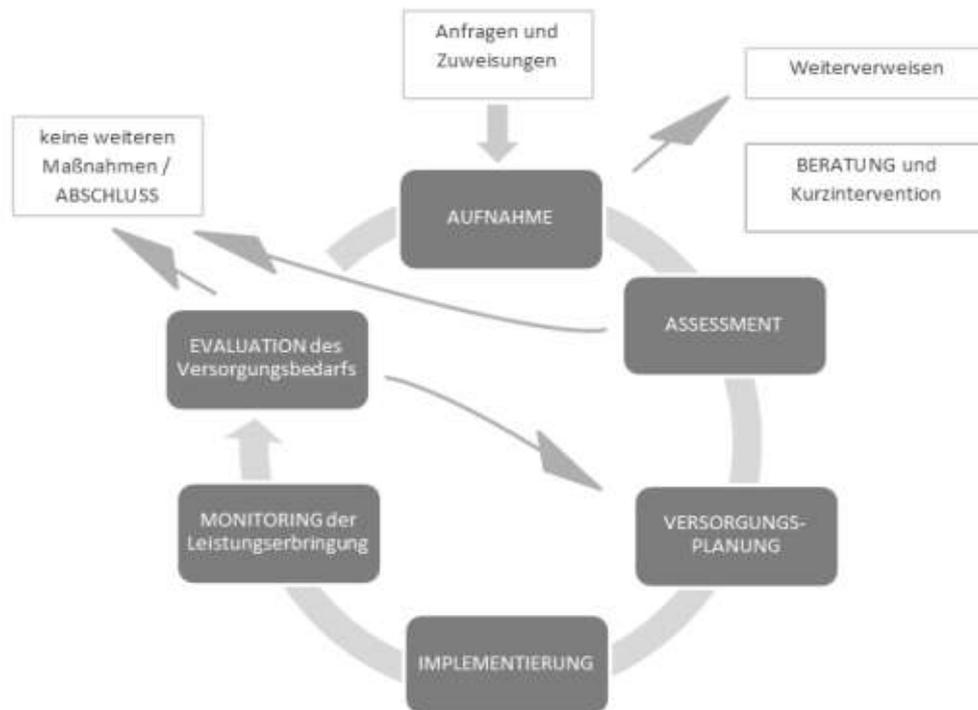
Das Interreg Projekt „Age-friendly Region“ 2017-2019 dient zur „Entwicklung neuer Modelle, um die Lebensqualität der Menschen beiderseits der Grenze bis ins hohe Alter sicherzustellen“. Dazu gehören die Bereitstellung von Personalressourcen sowie Strukturen, die – etwa in Form einer Online-Datenbank – von mehreren Organisationen genutzt werden können und die Professionalisierung der Tätigkeiten im CCM vorantreiben.

Das Projekt geht von einem holistischen Gesundheitsverständnis mit Fokus auf Gesundheitsressourcen aus sowie einem Verständnis von Pflege als Wissenschaft und Praxis zur Verbesserung der Lebensqualität mit Blick auf einen Pflege- und Betreuungsbedarf in unterschiedlichen Lebensphasen. Case und Care Management werden als umfassendes, an allen Problemlagen und Ressourcen älterer Menschen und ihren Bedürfnissen orientiertes Handlungsmodell verstanden, das im Rahmen des Projekts Age-friendly Region erprobt wurde.

1 EQ-5D-5L User Guide. Version 3.0 (updated September 2019). https://euroqol.org/wp-content/uploads/2019/09/EQ-5D-5L-English-User-Guide_version-3.0-Sept-2019-secured.pdf. Abruf am 29.11.2019.
WHOQOL-OLD Manual (2006). World Health Organization, European Office (Copenhagen). https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1, Abruf am 29.11.2019.
WHOQOL User Manual. (1998, 2012). Programme on Mental Health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Abruf am 29.11.2019.

Der Case und Care Zyklus erfolgt in sechs Schritten, denen die vom Projekt entwickelten Standards des CCM-Entwicklungsmodells zugrunde liegen (siehe Schaubild): Aufnahme, Assessment, Versorgungsplanung, Implementierung, Monitoring der Leistungserbringung und Evaluation des Versorgungsbedarfs.²

Schaubild 1: Zyklus des Case und Care Management



2.2 Zum Evaluationsdesign

Das Evaluationsdesign kombiniert Daten aus zwei unterschiedlichen Arbeitspaketen, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu verbessern:

- 1 Die Case und Care Management Datenbank: Jeweils zu Beginn und nach 6-8 Monaten bzw. am Ende des individuellen CCM erfassten die Case Managerinnen in Ungarn und Österreich den Gesundheitszustand ihrer Klientinnen und Klienten, wobei deren unterschiedlicher familiärer Hintergrund und Pflegebedarf im Mittelpunkt standen.

² Case und Care Management für ältere Menschen. Regionales Modell Oststeiermark. Umgesetzt von Chance B Gruppe (Gleisdorf) im Interreg-Projekt Age-friendly Region (2018-2019), Version 1.0 vom 29. 01. 2019.

- 2 Bedarfserhebung in den Regionen: In einer Bedarfserhebung wurde der Gesundheitszustand von ca. 200 älteren Personen zweimal in einem Abstand von 6-8 Monaten erfasst. Diese Personen wurden nicht zu Klientinnen und Klienten des CCM, da sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebensbedingungen dessen gar nicht bedurften, konnten allerdings aufgrund ihrer räumlichen Nähe und ihrer Altersstruktur als Vergleichsgruppe konstruiert werden.

Zwischen den älteren Personen der Bedarfserhebung und den Klientinnen und Klienten des CCM konnte somit eine Differenz-von-Differenzen-Analyse durchgeführt werden, denn beide Gruppen waren über ihre Lebensqualität und andere Faktoren zeitgleich zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten befragt worden.

Die vorliegende Evaluation wurde aus mehreren Gründen als nicht-experimentell angelegt: Erstens ist das Projekt AFR zwar eine eingeschränkte, dennoch aber hinreichend komplexe Intervention, die ein kontrolliertes Studiendesign aufgrund der Vielzahl von möglichen Leistungen kaum zulässt. Zweitens stimmten die Projektpartner aus ethischen Gesichtspunkten überein, dass die potentiell positiven Effekte der Intervention jenen Personen, die ihrer grundsätzlich bedürfen, nicht vorenthalten werden sollen.

Darüber hinaus sollten weitere Merkmale des Studiendesigns bei der Interpretation der Ergebnisse als potentielle Vorbehalte berücksichtigt werden (siehe dazu Kapitel 4.1), z.B.:

- die Auswahl der Klientinnen und Klienten bzw. der Vergleichspersonen, die direkt durch die Projektpartner erfolgte,
- die Ein- und Ausschlusskriterien der Vergleichs- und AFR-Gruppe, die sehr weit gefasst und daher kaum definiert waren,
- das fehlende Verblinden aller Beteiligten.

Diese einschränkenden Aspekte sind bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Evaluation zu berücksichtigen.

2.3 AFR- und Vergleichsgruppen

Die Anzahl der teilnehmenden Personen in den jeweiligen AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn sowie deren Altersverteilung zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten werden in Tabelle 1 **Error! Reference source not found.** sowie in Schaubild 2 und Schaubild 3 zusammengefasst.

Das Durchschnittsalter der 91 Personen der österreichischen AFR-Gruppe lag zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung bei 76,9 Jahren (Standardabweichung/SD: 11,8), was sich durch die Verringerung des Samples auf 82 Personen zum Zeitpunkt des

Follow-up weiter auf 77,3 Jahre (SD: 11,86) erhöhte. Die 105 Personen der österreichischen Vergleichsgruppe waren zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung im Schnitt 80 Jahre alt (SD: 8,6), während die 75 zum Zeitpunkt des Follow-up verbliebenen Personen im Schnitt 79,5 Jahre alt waren (SD: 8,4). In Ungarn liegen die entsprechenden Werte bei 87,4 Jahren (SD: 13,1) zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung und 80,2 Jahren (SD: 10,0) zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung in der AFR-Gruppe sowie 77,3 Jahren (SD: 8,19) zur Baseline-Erhebung und 77,4 Jahren (SD: 8,25) zum Zeitpunkt des Follow-up in der Vergleichsgruppe.

Der Verlust von befragten Personen in den entsprechenden Gruppen zwischen Baseline- und Follow-up-Erhebung beziffert sich auf 9,9% bzw. 28,6% in der österreichischen AFR- bzw. Vergleichsgruppe, sowie 17,6% und 3,3% in den entsprechenden Gruppen in Ungarn. Diese teils erheblichen Unterschiede, die zudem sehr ungleich über die jeweiligen Untersuchungsgruppen verteilt sind, tragen zweifellos zu Verzerrungen der Ergebnisse bei.

Tabelle 1: Altersverteilung der AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn

Altersverteilung	Alter	<60	60-69	70-79	80-89	90-99	Summe
AT AFR	Base-line	11	8	23	40	9	91
		12,1%	8,8%	25,3%	44,0%	9,9%	
	Follow-up	11	7	19	38	7	82
		13,4%	8,5%	23,2%	46,3%	8,5%	
AT Vergleich	Base-line	1	18	26	44	16	105
		1,0%	17,1%	24,8%	41,9%	15,2%	
	Follow-up	1	13	18	34	9	75
		1,3%	17,3%	24,0%	45,3%	12,0%	
HU AFR	Base-line	12	10	34	59	21	136
		8,8%	7,4%	25,0%	43,4%	15,4%	
	Follow-up	5	7	29	53	18	112
		4,5%	6,3%	25,9%	47,3%	16,1%	
HU Vergleich	Base-line	1	22	52	38	7	120
		0,8%	18,3%	43,3%	31,7%	5,8%	
	Follow-up	1	20	50	38	7	116
		0,9%	17,2%	43,1%	32,8%	6,0%	

Schaubild 2: Altersverteilung der befragten Personen (Österreich)

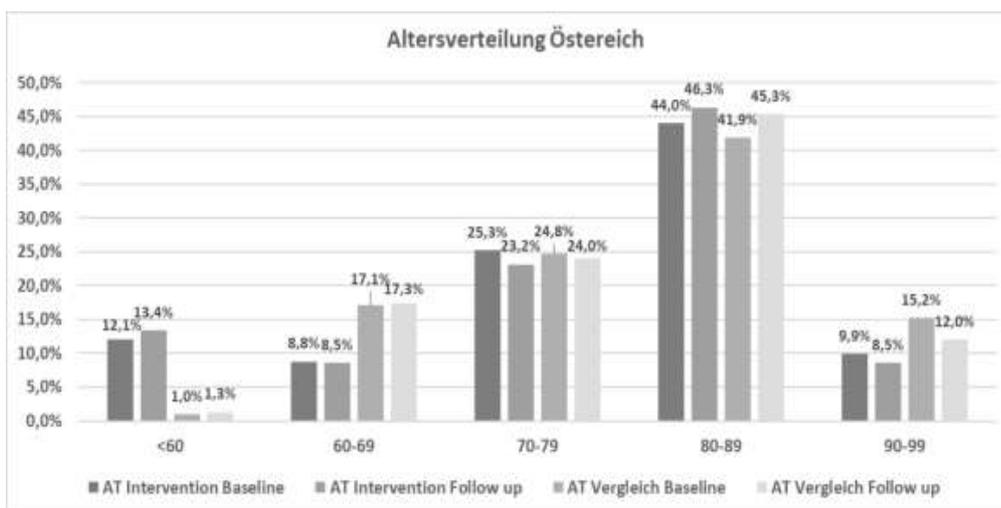
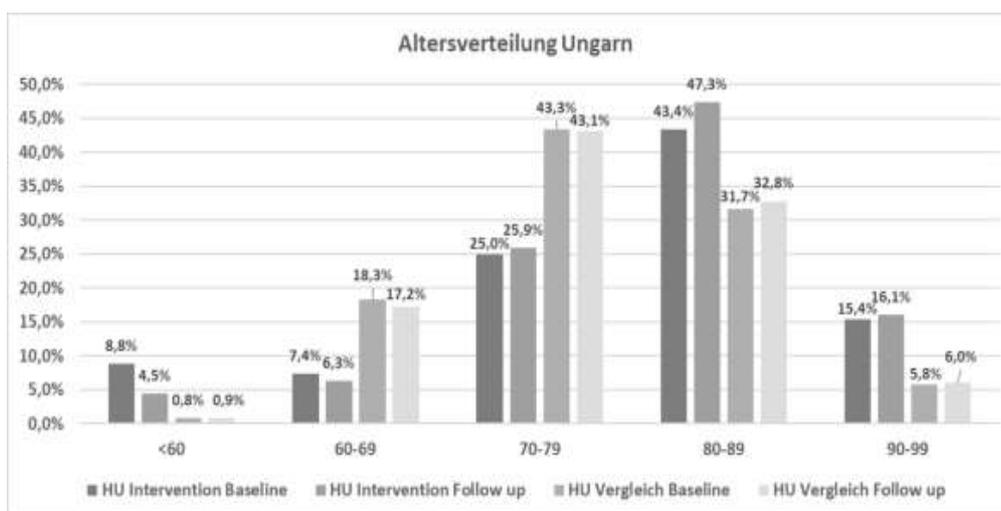


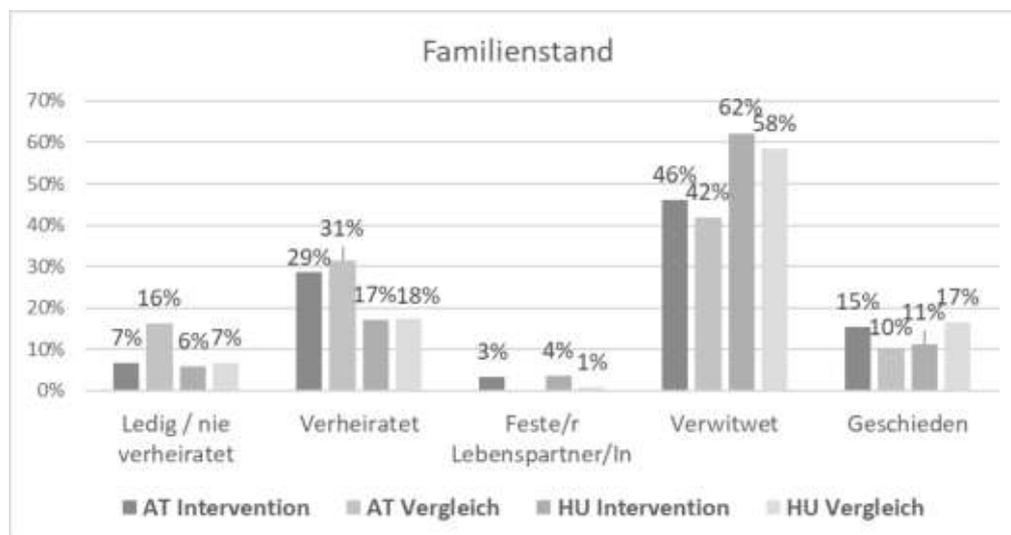
Schaubild 3: Altersverteilung der befragten Personen (Ungarn)



Zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung besteht die AFR-Gruppe in Ungarn zu 26,4% aus männlichen Teilnehmern, während der Anteil männlicher Personen in der österreichischen Vergleichsgruppe bei genau einem Drittel liegt (33,3%). In Ungarn liegen die Anteile männlicher Personen bei 31,6%, in der AFR-Gruppe jedoch bei nur 18% in der Vergleichsgruppe.

Schließlich zeigen sich auch Unterschiede im Familienstand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie der Personen in den jeweiligen Vergleichsgruppen in beiden Ländern (Schaubild 4). Während rund 46% der Personen in der österreichischen AFR-Gruppe verwitwet sind, so sind dies in der entsprechenden Vergleichsgruppe 42%. Demgegenüber sind 29% bzw. 31% der Personen in diesen beiden Gruppen verheiratet. In Ungarn liegt der Anteil verwitweter Personen sogar bei 62% in der AFR-Gruppe und 58% in der Vergleichsgruppe.

Schaubild 4: Familienstand der Personen in den AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn



2.4 Messinstrumente

Im Folgenden werden die Messinstrumente, die im Rahmen dieser Erhebung zum Einsatz kamen, näher beschrieben. Zu beachten ist, dass diese Instrumente ausschließlich auf die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der Befragten abzielen.

2.4.1 EQ-5D-5L

Der von der EuroQol-Gruppe entwickelte EQ-5D-5L ist eine Weiterentwicklung der ursprünglichen 3L-Version, einem generischen, standardisierten und präferenzbasierten Instrument zur Erhebung gesundheitsbezogener Lebensqualität.³ Es besteht im Grunde aus drei Komponenten, einem Tool zur Erhebung der EQ-5D-5L-Gesundheitsprofile, einer Visuellen Analog-Skala (EQ-VAS), sowie länderspezifischen präferenzbasierten Gewichten, die es erlauben, auf Basis der erhobenen Gesundheitsprofile einen Indexwert zu ermitteln, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf einer Skala zwischen 0 (Tod) und 1 (vollständige Gesundheit) quantifiziert, wobei hierbei auch negative Werte möglich sind, wenn nämlich Gesundheitszustände „schlimmer als der Tod“ wahrgenommen werden (vgl. hierzu Fußnote 3).

Der Fragebogen ist kognitiv wenig anspruchsvoll und kann in wenigen Minuten von den Befragten selbst ausgefüllt werden.

³ EQ-5D-5L User Guide. Version 3.0 (updated September 2019). https://euroqol.org/wp-content/uploads/2019/09/EQ-5D-5L-English-User-Guide_version-3.0-Sept-2019-secured.pdf. Abruf am 29.11.2019.

Die fünf Gesundheitsdimensionen, die im EQ-5D-5L abgefragt werden, sind:

- 1 Beweglichkeit (Mobility)
- 2 Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen (Self-care)
- 3 Alltägliche Tätigkeiten (Usual activities)
- 4 Schmerzen und körperliche Beschwerden (Pain / discomfort)
- 5 Angst, Niedergeschlagenheit (Anxiety / depression)

Im Gegensatz zu seiner Vorgängerversion, bei der die oben genannten Dimensionen des EQ-5D von den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern auf einer dreistufigen Skala bewertet werden, kommt beim EQ-5D-5L eine fünfstufige Skala zum Einsatz. Mit der Weiterentwicklung des EQ-5D-5L sollten damit insbesondere die Reliabilität und Sensitivität des Instruments verbessert sowie zuvor beobachtete Obergrenzeffekte („ceiling effects“) der 3L-Version vermieden werden (vgl. hierzu Fußnote 3).

Die EQ-5D-5L Gesundheitsprofile erlauben es, in einer bestimmten Population jene Dimension(en) zu identifizieren, die besonders beeinträchtigt sind, bzw. auch solche, die sich im Zeitverlauf verändern (vgl. Fußnote 3). Damit repräsentieren die EQ-5D-Gesundheitsprofile jene Gesundheitsstadien, in denen sich die Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung nach eigenem Ermessen befinden. Jedes Gesundheitsprofil besteht aus einem fünfstelligen Zahlencode, wodurch rein rechnerisch 3.125 unterschiedliche Gesundheitsstadien aus der Kombination von EQ-5D-5L-Dimensionen und Ebenen denkbar sind (vgl. Fußnote 3).

Bei der EQ-VAS werden demgegenüber Personen gefragt, ihren eigenen Gesundheitszustand auf einer visuellen Skala von 0 bis 100 zu bewerten (vgl. Fußnote 3). Somit spiegeln die Ergebnisse dieses Instruments die Patientenperspektive wider, währenddessen die EQ-5D-5L-Indexwerte auf zuvor erhobenen Gewichten beruhen, welche die Präferenzen der Allgemeinbevölkerung in Bezug auf den jeweiligen Gesundheitszustand widerspiegeln (vgl. Fußnote 3).

Da es derzeit für den EQ-5D-5L noch keine Indexwerte für viele Länder (inklusive Ungarn und Österreich) gibt, hat EuroQol ein Schema publiziert, mit dem sich Werte der 3L-Version in äquivalente Werte der 5L-Version umrechnen lassen.⁴ Dieses sogenannte „Cross-Walking“ basiert auf einer Stichprobe von Personen in unterschiedlichen Ländern, die sowohl die 3L- als auch die 5L-Version des EQ-5D ausgefüllt haben,

4 EQ-5D-5L User Guide. Version 3.0 (updated September 2019). https://euroqol.org/wp-content/uploads/2019/09/EQ-5D-5L-English-User-Guide_version-3.0-Sept-2019-secured.pdf. Abruf am 29.11.2019.

EQ-5D-5L Valuation, Crosswalk Index Value Calculator. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/valuation-standard-value-sets/crosswalk-index-value-calculator/>. Abruf am 29.11.2019.

was somit die Ermittlung eines Umrechnungsalgorithmus ermöglicht (van Hout et al, 2012). Crosswalk-Gewichte für die EQ-5D-5L Version sind innerhalb Europas derzeit für Dänemark, Frankreich, Deutschland, die Niederlande, Spanien sowie Großbritannien verfügbar (vgl. Fußnote 3).

2.4.2 WHOQOL-BREF

Bei dem von der WHO entwickelten WHOQOL-BREF handelt es sich um eine Kurzfassung des aus der ursprünglichen Langversion des WHOQOL-100 hervorgegangenen Fragebogens, mit dem eine Abschätzung der generellen Lebensqualität im trans-kulturellen Kontext ermöglicht werden soll (siehe WHOQOL User Manual).⁵ Der WHOQOL-BREF besteht aus insgesamt 26 Fragen – zwei generellen Fragen zur Einschätzung der Lebensqualität und Gesundheit sowie 24 weiteren Fragen, die sich auf die vier Domänen „*körperliche Gesundheit*“, „*psychische Gesundheit*“, „*soziale Beziehungen*“ und „*Umwelt*“ beziehen (siehe Fußnote 5).

Die befragten Personen werden gebeten, den Grad ihrer Zustimmung auf einer fünfstufigen Likert-Skala einzuschätzen. Bei der Anwendung des Fragebogens gibt es laut dazugehörigem Handbuch – im Gegensatz zum zuvor beschriebenen EQ-5D-Instrument – allerdings keine Möglichkeit zur Kalkulation eines Gesamtindex (siehe Fußnote 5). Vielmehr soll für jede Dimension ein Teilindex berechnet werden, wobei diese dann getrennt voneinander analysiert und verglichen werden (siehe Fußnote 5). Jeder Teilindex errechnet sich aus dem Mittelwert der gegebenen Antworten (von 1 bis 5) in der jeweiligen Dimension, jedoch werden nur jene Antworten in Betracht gezogen, bei denen mindestens 80% der Items über alle Dimensionen hinweg vollständig ausgefüllt wurden. Um eine direkte Vergleichbarkeit mit der Langversion des WHOQOL-100 zu gewährleisten, werden die Punkte für jede Dimension im Anschluss mit 4 multipliziert, sodass jedes Domänen-Ergebnis schlussendlich zwischen 4 und 20 liegt (siehe Fußnote 5).

Das WHOQOL-Nutzerhandbuch schlägt eine Zusammenfassung der Ergebnisse mittels deskriptiver Statistiken (Mittelwert; Standardabweichung; Minimum; Maximum) vor. Es ist allerdings auch möglich, Ergebnisse grafisch nach einzelnen Fragestellungen sowie aggregiert zu den jeweiligen Domänen-Ergebnissen aufzubereiten.

Bei der Darstellung der Ergebnisse nach Fragestellungen wird in diesem Bericht von ordinal skalierten Daten ausgegangen, und diese werden in Balkendiagrammen, welche um die mittlere Antwortkategorie zentriert sind, zusammengefasst. Die Farben der jeweiligen Balken geben den Anteil der jeweiligen Antwortkategorie je Item an.

5 WHOQOL User Manual. (1998, 2012). Programme on Mental Health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Abruf am 29.11.2019.

Das bedeutet, dass Unterschiede zwischen Baseline und Follow-up sowie zwischen AFR- und Vergleichsgruppen sowohl durch die vertikale Lage der Balken in Bezug auf die mittlere Antwortkategorie sowie auch die relative Größe der farblich schattierten Blöcke eines Balkens deutlich werden.

Bei der Darstellung der Domänen-Ergebnisse wird demgegenüber, im Einklang mit der im Nutzerhandbuch beschriebenen Vorgehensweise, von kardinal skalierten Daten ausgegangen, und es wird, analog zur Analyse der EQ-5D-VAS und EQ-5D-5L-Indexwerte, der „Differenz-von-Differenzen“-Ansatz angewendet. Es ist jedoch hervorzuheben, dass in der Literatur durchaus nicht unumstritten ist, ob sich Ergebnisse einer Likert-Befragung überhaupt als metrisch interpretieren lassen, oder ob hier nicht generell von ordinal skalierten Daten auszugehen ist (vgl. hierzu z.B. Carifio & Perla, 2007).

2.4.3 WHOQOL-OLD

Das dritte im Rahmen der Lebensqualitäts-Erhebung dieser Evaluation eingesetzte Instrument ist der ebenfalls von der WHO entwickelte Fragebogen WHOQOL-OLD.⁶ Im Gegensatz zu den zwei zuvor besprochenen Instrumenten, die für die Allgemeinbevölkerung entwickelt wurden, zielt dieses direkt auf die Erhebung von Lebensqualität innerhalb einer älteren Bevölkerung ab (siehe Fußnote 6). Wie der WHOQOL-BREF, so gliedert sich auch der WHOQOL-OLD in unterschiedliche Domänen. Diese sind jedoch, wie die darin enthaltenen Items, wesentlich gezielter auf die Situation älterer Menschen zugeschnitten.

Die Domänen des WHOQOL-OLD sind „*Sinnesfunktionen*“, „*Autonomie*“, „*Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft*“, „*Soziale Partizipation*“, „*Tod und Sterben*“ sowie „*Intimität*“ (siehe Fußnote 6). Auch der WHOQOL-OLD besteht aus 24 Fragen, die von den befragten Personen auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden, und jede der 6 Domänen besteht aus 4 Items (siehe Fußnote 6). Im Gegensatz zum WHOQOL-BREF erlaubt der WHOQOL-OLD jedoch auch die Berechnung eines Gesamt-Ergebnisses, das sich aus den einzelnen Items sämtlicher Domänen zusammensetzt (siehe Fußnote 6). Hierbei werden zunächst negativ formulierte Items auf eine einheitliche Skala transformiert und anschließend summiert, um den „*Raw Total Score*“ (RTS) zu ermitteln, welcher mindestens bei 4 und maximal bei 20 je Domäne liegen kann (siehe Fußnote 6). Der „*Standardized (Mean) Total Score*“ (STS), der zwischen 1 und 5 liegen kann, wird als Mittelwert der jeweiligen Items je Domäne berechnet (siehe Fußnote 6). Schließlich lässt sich ein „*Transformed Total Score*“ (TTS) ermitteln, bei dem die Ergebniswerte standardisiert zwischen null und 100 liegen

⁶ WHOQOL-OLD Manual (2006). World Health Organization, European Office (Copenhagen). https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1, Abruf am 29.11.2019.

können. Die über alle Domänen hinweg berechneten Scores werden in analoger Vorgehensweise ermittelt, und es werden nur Antwortsätze berücksichtigt, die vollständig sind (siehe Fußnote 6).

Die Ergebnisse, die in diesem Report dargestellt werden, entsprechen dem Transformed Total Score (TTS).

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragungen werden hier zunächst nach Fragebogen und anschließend thematisch (Domänen) dargestellt. Die Themenbereiche wurden jeweils länder-spezifisch ausgewertet.

3.1 EQ-5D-5L

Im Folgenden werden die Ergebnisse der EQ-5D-5L Befragung getrennt nach EQ-5D-5L Gesundheitsprofilen, der EQ-VAS, sowie den EQ-5D-Indexwerten beschrieben.

3.1.1 EQ-5D-5L Gesundheitsprofile

EQ-5D-5L Gesundheitsprofile erlauben es, innerhalb einer bestimmten Population jene Dimension(en) zu identifizieren, die besonders beeinträchtigt sind, bzw. auch solche, die sich im Zeitablauf verändern (vgl. Fußnote 3). Tabelle 2 und Tabelle 3 fassen die EQ-5D-5L Gesundheitsprofile der jeweiligen AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn zusammen, jeweils zur Baseline-Erhebung (vor der Intervention) und zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung (nach der Intervention).

Tabelle 2: Angegebene EQ-5D-5L-Dimensionen und Ebenen (Österreich)

Dimension	Ebene	AT AFR-Gruppe				AT Vergleichsgruppe			
		Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Beweglichkeit / Mobilität	Ebene 1	22	(24,2%)	22	(26,8%)	42	(40,0%)	31	(41,3%)
	Ebene 2	24	(26,4%)	22	(26,8%)	20	(19,0%)	12	(16,0%)
	Ebene 3	20	(22,0%)	14	(17,1%)	19	(18,1%)	15	(20,0%)
	Ebene 4	19	(20,9%)	19	(23,2%)	17	(16,2%)	12	(16,0%)
	Ebene 5	6	(6,6%)	5	(6,1%)	7	(6,7%)	5	(6,7%)
Für sich selbst sorgen	Ebene 1	33	(36,3%)	28	(34,1%)	74	(71,2%)	46	(61,3%)
	Ebene 2	24	(26,4%)	24	(29,3%)	10	(9,6%)	14	(18,7%)
	Ebene 3	10	(11,0%)	13	(15,9%)	7	(6,7%)	7	(9,3%)
	Ebene 4	17	(18,7%)	10	(12,2%)	6	(5,8%)	5	(6,7%)
	Ebene 5	7	(7,7%)	7	(8,5%)	7	(6,7%)	3	(4,0%)
Alltägliche Tätigkeiten	Ebene 1	21	(23,1%)	23	(28,0%)	58	(55,2%)	34	(45,3%)
	Ebene 2	24	(26,4%)	19	(23,2%)	14	(13,3%)	13	(17,3%)
	Ebene 3	19	(20,9%)	23	(28,0%)	17	(16,2%)	18	(24,0%)
	Ebene 4	18	(19,8%)	11	(13,4%)	10	(9,5%)	9	(12,0%)
	Ebene 5	9	(9,9%)	6	(7,3%)	6	(5,7%)	1	(1,3%)

Schmerzen / körperliche Beschwerden	Ebene 1	12 (13,2%)	20 (24,4%)	27 (25,7%)	22 (29,3%)
	Ebene 2	30 (33,0%)	23 (28,0%)	29 (27,6%)	24 (32,0%)
	Ebene 3	26 (28,6%)	20 (24,4%)	25 (23,8%)	16 (21,3%)
	Ebene 4	20 (22,0%)	19 (23,2%)	21 (20,0%)	13 (17,3%)
	Ebene 5	3 (3,3%)	0 (0,0%)	3 (2,9%)	0 (0,0%)
Angst / Niedergeschlagenheit	Ebene 1	24 (26,4%)	25 (30,5%)	55 (52,4%)	37 (49,3%)
	Ebene 2	34 (37,4%)	28 (34,1%)	23 (21,9%)	17 (22,7%)
	Ebene 3	21 (23,1%)	22 (26,8%)	18 (17,1%)	15 (20,0%)
	Ebene 4	7 (7,7%)	4 (4,9%)	8 (7,6%)	5 (6,7%)
	Ebene 5	5 (5,5%)	3 (3,7%)	1 (1,0%)	1 (1,3%)

Tabelle 3: Angegebene EQ-5D-5L-Dimensionen und Ebenen (Ungarn)

Dimension	Ebene	HU AFR-Gruppe				HU Vergleichsgruppe			
		Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Beweglichkeit / Mobilität	Ebene 1	14	10,3%	11	9,8%	36	30,0%	39	33,6%
	Ebene 2	36	26,5%	33	29,5%	23	19,2%	18	15,5%
	Ebene 3	37	27,2%	33	29,5%	27	22,5%	33	28,4%
	Ebene 4	37	27,2%	27	24,1%	28	23,3%	21	18,1%
	Ebene 5	12	8,8%	8	7,1%	6	5,0%	5	4,3%
Für sich selbst sorgen	Ebene 1	18	13,3%	9	8,0%	93	77,5%	87	75,0%
	Ebene 2	41	30,4%	43	38,4%	12	10,0%	12	10,3%
	Ebene 3	42	31,1%	32	28,6%	9	7,5%	11	9,5%
	Ebene 4	24	17,8%	21	18,8%	4	3,3%	5	4,3%
	Ebene 5	10	7,4%	7	6,3%	2	1,7%	1	0,9%
Alltägliche Tätigkeiten	Ebene 1	9	6,7%	9	8,3%	86	71,7%	81	69,8%
	Ebene 2	44	32,6%	36	33,3%	14	11,7%	12	10,3%
	Ebene 3	43	31,9%	34	31,5%	12	10,0%	16	13,8%
	Ebene 4	31	23,0%	24	22,2%	6	5,0%	4	3,4%
	Ebene 5	8	5,9%	5	4,6%	2	1,7%	3	2,6%
Schmerzen / körperliche Beschwerden	Ebene 1	8	5,9%	12	10,7%	38	31,7%	44	37,9%
	Ebene 2	54	39,7%	56	50,0%	37	30,8%	33	28,4%
	Ebene 3	50	36,8%	31	27,7%	25	20,8%	24	20,7%
	Ebene 4	19	14,0%	10	8,9%	19	15,8%	11	9,5%
	Ebene 5	5	3,7%	3	2,7%	1	0,8%	4	3,4%
Angst / Niedergeschlagenheit	Ebene 1	32	23,5%	36	32,4%	65	54,2%	70	60,3%
	Ebene 2	64	47,1%	50	45,0%	24	20,0%	28	24,1%
	Ebene 3	23	16,9%	21	18,9%	17	14,2%	10	8,6%
	Ebene 4	17	12,5%	4	3,6%	10	8,3%	6	5,2%
	Ebene 5	0	0,0%	0	0,0%	4	3,3%	2	1,7%

Eine vereinfachte Darstellung der in Tabelle 2 und Tabelle 3 zusammengefassten Ergebnisse findet sich in Schaubild 5 und Schaubild 6. Hier wurden die EQ-5D-5L-

Ergebnisse dichotomisiert, d.h. die Balken in der Grafik zeigen an, wie viele Befragte in den AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn ein Problem (also Ebene 2-5) in der jeweiligen Dimension angegeben haben.

Schaubild 5: EQ-5D-5L Gesundheitsprofile in dichotomisierter Form (Österreich)

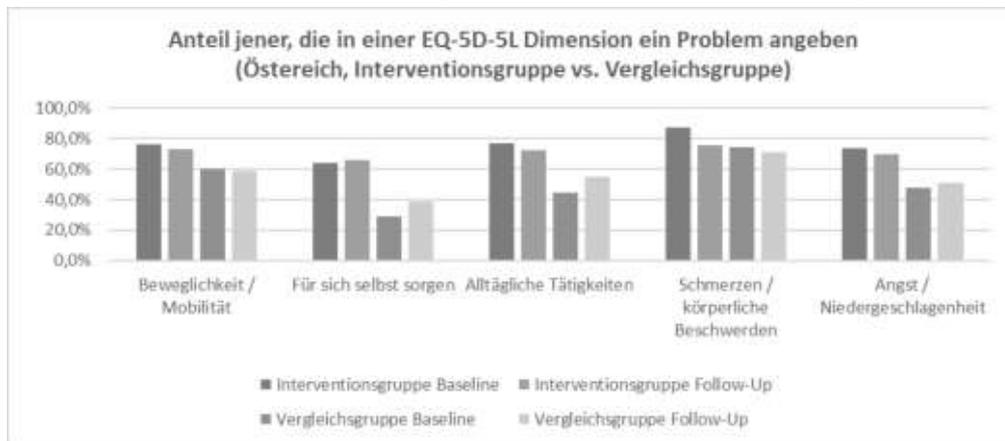
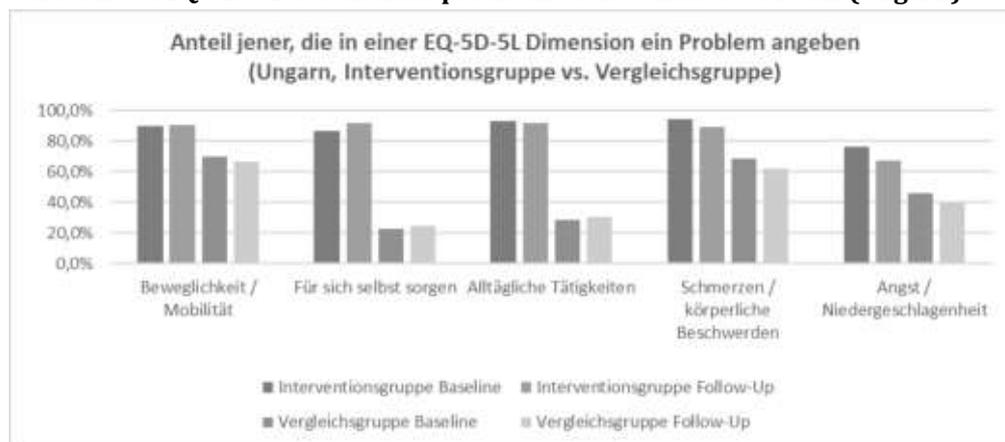


Schaubild 6: EQ-5D-5L Gesundheitsprofile in dichotomisierter Form (Ungarn)



Insgesamt geben Personen in der Vergleichsgruppe in der ersten Befragung weniger häufig ein Problem in einer EQ-5D-Dimension an, und dieses Bild ist konsistent sowohl in Österreich als auch in Ungarn über alle EQ-5D-5L-Dimensionen hinweg. Wie schon erwähnt, besteht jedoch sowohl innerhalb als auch zwischen den jeweiligen Untersuchungsgruppen erhebliche Heterogenität, daher sind Ergebnisse eines direkten Vergleichs mit äußerster Vorsicht zu betrachten und sollten jedenfalls nicht überbewertet werden.

Es zeigt sich jedoch eine positive Tendenz im Vergleich der EQ-5D-5L-Gesundheitsprofile (dichotomisiert) zwischen Baseline und Follow-up in der AFR-Gruppe in Österreich in den Dimensionen „Beweglichkeit / Mobilität“ (-2,7%), „Alltägliche Tätigkeiten“ (-5,0%), „Schmerzen / körperliche Beschwerden“ (-11,2%) sowie „Angst / Niedergeschlagenheit“ (-4,1%). Demgegenüber nehmen Probleme in der Vergleichsgruppe

in allen EQ-5D-5L Dimensionen zu, abgesehen von „Schmerzen / körperlicher Gesundheit“, wobei die Abnahme in dieser Dimension in der Vergleichsgruppe weitaus geringer ausfällt als in der AFR-Gruppe (-3,6% vs. -11,2%). Der Zunahme von angegebenen Problemen in der Dimension „Für sich selbst sorgen“ in der AFR-Gruppe steht eine umso größere Zunahme in der österreichischen Vergleichsgruppe gegenüber (+2,1% vs. +9,8%).

In Ungarn verringert sich der Anteil jener Personen in der AFR-Gruppe, die in den Dimensionen „Alltägliche Tätigkeiten“ (-1,7%), „Schmerzen / körperliche Beschwerden“ (-4,8%) sowie „Angst / Niedergeschlagenheit“ (-8,9%) ein Problem angeben. Auch in Ungarn vergrößert sich demgegenüber der Anteil jener Personen in der AFR-Gruppe, die in der Dimension „für sich selbst sorgen“ über ein Problem berichten, und dieser Zuwachs ist größer als in der ungarischen Vergleichsgruppe (+5,3% vs. +2,5%). Auch bei den alltäglichen Tätigkeiten nennen im Follow-up mehr Personen in der Vergleichsgruppe ein Problem (+1,8%), während sich der Anteil jener, die in der Vergleichsgruppe in den anderen EQ-5D-5L-Dimensionen ein Problem angeben, im Follow-up durchweg verringert.

3.1.2 EQ-5D Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS)

Es ist wichtig nochmals hervorzuheben, dass es sich bei den in Schaubild 5 und Schaubild 6 gezeigten Ergebnissen um dichotomisierte Daten handelt, das heißt, dass die Angaben der Ebenen zwei bis fünf in einer einzigen Kategorie zusammengefasst wurden. Es bleibt in dieser Darstellung also außer Betracht, *in welchem Maße* sich der Gesundheitszustand der jeweiligen Personen in beiden Gruppen und Ländern verändert hat, wenn in einer Dimension tatsächlich Probleme angegeben werden. Einen besseren Aufschluss über die Veränderung des Gesundheitszustandes geben daher die Ergebnisse der EQ-VAS sowie diejenigen der EQ-5D-5L-Indexwerte.

Während die EQ-5D VAS die Patientinnen- und Patientenperspektive widerspiegelt, weil die Patientinnen und Patienten gefragt werden, wie sie bzw. er die eigene Gesundheit auf einer Skala von 0 bis 100 einschätzen würde, geben die EQ-5D-5L-Indexwerte eine gesellschaftliche Perspektive wieder, da hier die EQ-5D-Gesundheitsprofile mit zuvor erhobenen Gewichten bewertet werden, welche die Präferenzen der Allgemeinbevölkerung in Bezug auf den jeweiligen Gesundheitszustand widerspiegeln (siehe Fußnote 3).

Schaubild 7 und Schaubild 8 zeigen die Ergebnisse der EQ-VAS-Befragung der jeweiligen AFR- und Vergleichsgruppen in Österreich und Ungarn im Vergleich zwischen Baseline- und Follow-up-Erhebung. Zur vereinfachten Interpretation der Ergebnisse wurden diese mittels des „Differenz-von-Differenzen“ Ansatzes dargestellt. Die rot punktierte Linie verschiebt also die Ergebnisse der Vergleichsgruppe parallel auf den Ausgangspunkt der AFR-Gruppe. Hierdurch lässt sich unmittelbar erkennen, wie sich die AFR-Gruppe in Bezug auf die jeweilige Vergleichsgruppe im Zeitablauf entwickelt

hat. Auch hier muss jedoch nochmals hervorgehoben werden, dass durch die Unterschiede zwischen AFR- und Vergleichsgruppe in beiden Ländern Aussagen in Bezug auf die Effektivität des AFR Case and Care Management nur bedingt – wenn überhaupt – möglich sind.

Die 95%-Konfidenzintervalle (dargestellt als schwarze Balken am Anfang und Ende der Linien) geben Aufschluss darüber, ob die Veränderung in der AFR-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe statistisch signifikant ist. Der schattierte Bereich unter bzw. oberhalb der AFR-Gruppe hebt die „Differenz-von-Differenzen“ zwischen beiden Gruppen hervor. Eine Verbesserung der AFR-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe ist als grün schattiertes Dreieck dargestellt, eine Verschlechterung dagegen als rot schattiertes Dreieck.

Schaubild 7: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Österreich

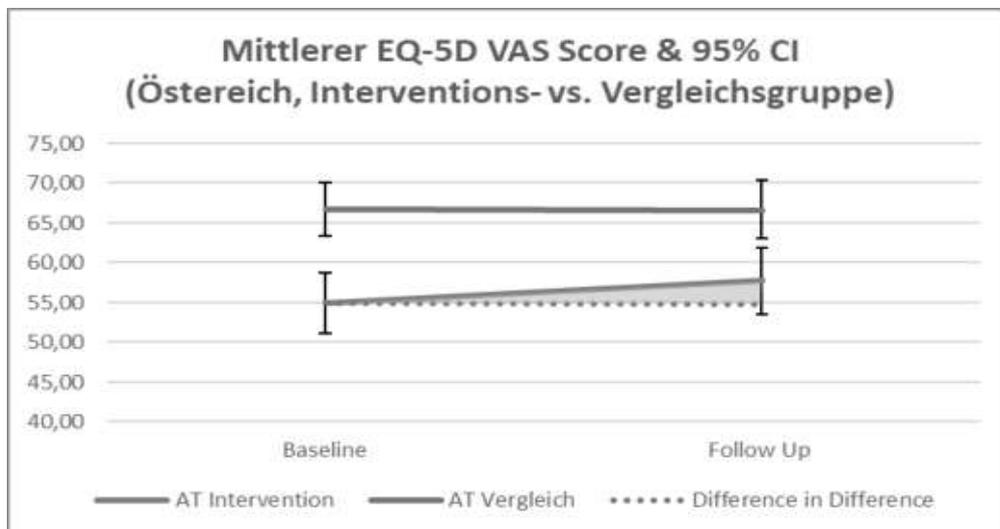
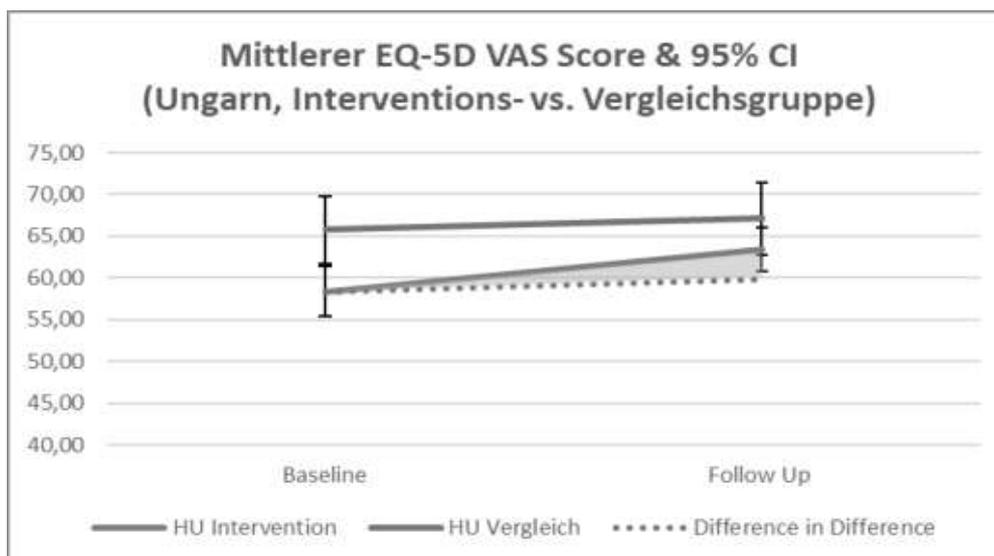


Schaubild 8: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Ungarn



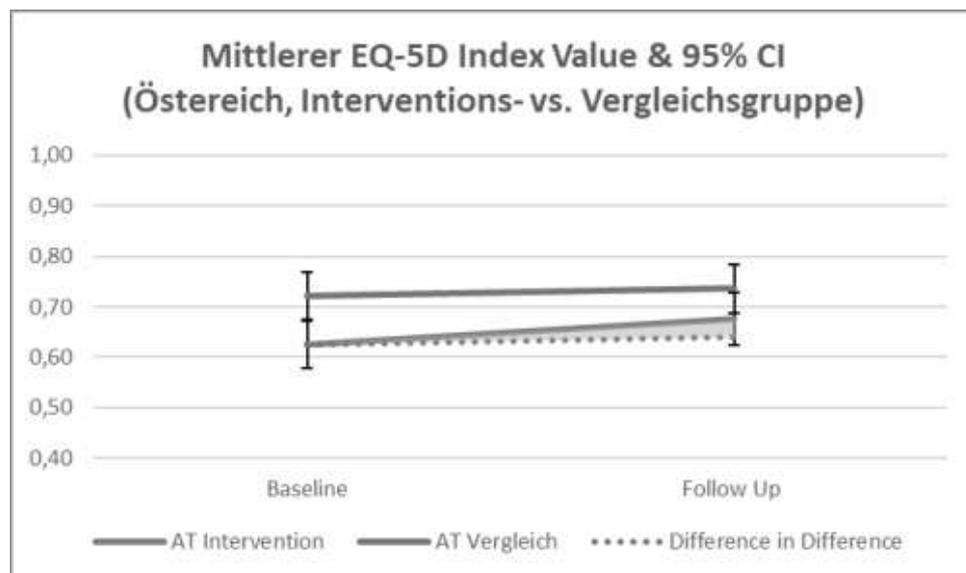
Wie in Schaubild 7 und Schaubild 8 dargestellt, verbessert sich die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit der teilnehmenden Personen in beiden Ländern mittels der EQ-VAS in der AFR-Gruppe. Der Mittelwert in der AFR-Gruppe in Österreich liegt zur Baseline-Erhebung bei 54,89 (Standard Deviation (SD): 22,11), und in der Follow-up-Erhebung bei 57,72 (SD: 22,11). In Ungarn liegen diese Werte bei jeweils 58,42 (SD: 17,29) zur Baseline-Erhebung und 63,38 (13,60) während des Follow-up. Demgegenüber bleiben die EQ-VAS Ergebnisse in der Vergleichsgruppe in Österreich mit 66,71 (SD: 19,10) bzw. 66,67 (SD: 19,10) fast unverändert. In der Vergleichsgruppe in Ungarn verbessern sich die EQ-VAS-Ergebnisse leicht, mit 65,75 (SD: 22,92) im Vergleich zur Baseline-Erhebung und 67,14 (SD: 22,75) zur Follow-up-Erhebung. Ergebnisse bei der Länder stratifiziert nach Geschlecht finden sich in Anhang auf Seite 65.

3.1.3 EQ-5D-5L-Indexwerte

Im Folgenden werden die Ergebnisse der EQ-5D-5L Indexwerte zusammengefasst. Bei den EQ-5D-Indexwerten handelt es sich um die präferenzbasierte Bewertung der EQ-5D-Gesundheitsprofile mittels durch EuroQol publizierter Gewichte, wobei sich jedes Gesundheitsprofil auch als Indexwert beschreiben lässt. Indexwerte beruhen auf der Bewertung des jeweiligen Gesundheitszustandes durch eine repräsentative Stichprobe der Allgemeinbevölkerung im jeweiligen Land, wodurch sich letztendlich auch Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs) berechnen lassen (siehe Fußnote 3). Diese werden insbesondere im Rahmen der ökonomischen Evaluation von Gesundheitstechnologien eingesetzt, da sie eine gesellschaftliche Perspektive in der Bewertung der jeweiligen Gesundheitszustände widerspiegeln (siehe Fußnote 3).

Da es derzeit für den EQ-5D-5L, welcher ein Nachfolgeprodukt des EQ-5D-3L ist, für viele Länder (inklusive Ungarn und Österreich) noch keine Indexwerte gibt, hat EuroQol ein Umrechnungsinstrument publiziert, mit dem sich Werte der 3L-Version in äquivalente Werte der 5L-Version umrechnen lassen.⁷ Crosswalk-Gewichte für die EQ-5D-5L Version sind innerhalb Europas derzeit für Dänemark, Frankreich, Deutschland, die Niederlande, Spanien sowie Großbritannien verfügbar (siehe Fußnote 3). Im Rahmen der Bewertung der Ergebnisse der EQ-5D-5L Gesundheitsprofile innerhalb dieses Projektes wurden sämtlichen Gesundheitsprofilen die jeweiligen Indexwerte der oben aufgeführten Länder zugeordnet. Die Analyse der Daten beruht jedoch ausschließlich auf den Indexwerten für Deutschland, da die jeweiligen Indexwerte für Ungarn und Österreich wie gesagt derzeit (noch) nicht verfügbar sind. Schaubild 9 und Schaubild 10 fassen die Ergebnisse in identischer Form wie für die EQ-VAS zusammen. Ergebnisse stratifiziert nach Geschlecht finden sich im Anhang unter Absatz 7.2.

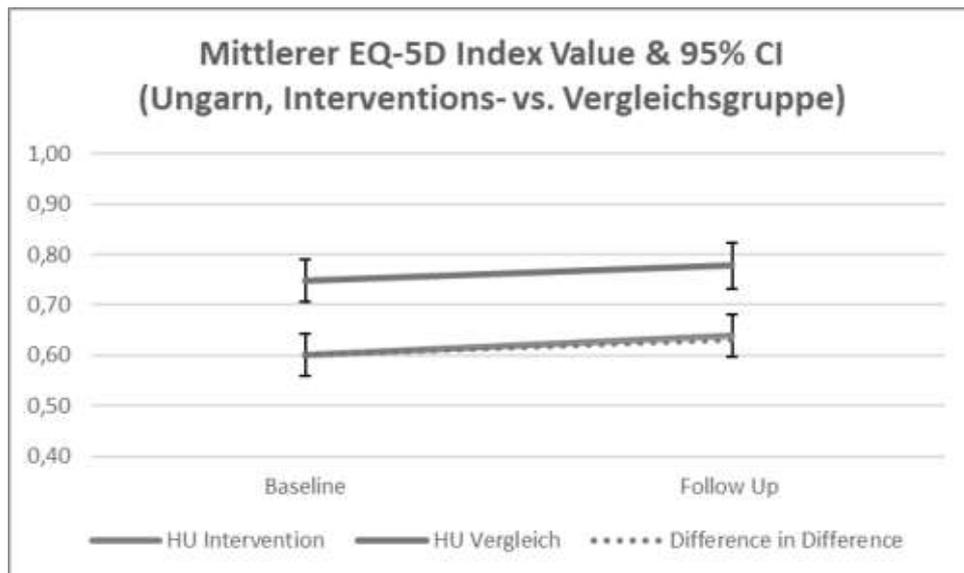
Schaubild 9: EQ-5D-5L Indexwerte – Österreich



7 EQ-5D-5L User Guide. Version 3.0 (updated September 2019). https://euroqol.org/wp-content/uploads/2019/09/EQ-5D-5L-English-User-Guide_version-3.0-Sept-2019-secured.pdf. Abruf am 29.11.2019.

EQ-5D-5L Valuation, Crosswalk Index Value Calculator. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/valuation-standard-value-sets/crosswalk-index-value-calculator/>. Abruf am 29.11.2019.

Schaubild 10: EQ-5D-5L Indexwerte – Ungarn



In Österreich zeigt sich eine leicht positive Tendenz bei den EQ-5D-Indexwerten in der AFR-Gruppe zwischen der Baseline-Erhebung und dem Follow-up – Baseline: 0,63 (SD: 0,28) / Follow-up: 0,68 (SD: 0,27) – während die Vergleichsgruppe fast unverändert bleibt – Baseline: 0,72 (SD: 0,28) / Follow-up: 0,74 (SD: 0,25). In Ungarn entwickeln sich AFR- und Vergleichsgruppe fast parallel – AFR-Gruppe, Baseline: 0,60 (SD: 0,25) / Follow-up: 0,64 (SD: 0,22); Vergleichsgruppe, Baseline: 0,75 (SD: 0,24) / Follow-up: 0,78 (SD: 0,24). Die Unterschiede zwischen der „Differenz-von-Differenzen“-Gerade und der AFR-Gruppe sind jedoch weder in Österreich noch in Ungarn statistisch signifikant.

Insgesamt kann man bei der Beurteilung der EQ-5D-5L Gesundheitsprofile, der EQ-VAS-Scores sowie den EQ-5D-5L Indexwerten in beiden Ländern tendenziell eine marginal positive Entwicklung konstatieren, wobei jedoch die Ergebnisse grundsätzlich nicht in den statistischen Signifikanzbereich fallen. Wie schon zuvor erwähnt, lassen sich die Ergebnisse auch nur sehr bedingt – wenn überhaupt – zur Beurteilung der Effektivität der Maßnahme heranziehen, da hierfür zu viel Heterogenität zwischen den befragten Personen sowohl innerhalb als auch zwischen den jeweiligen Untersuchungsgruppen vorliegt, die Evaluation grundsätzlich zu wenige Probanden umfasste, die Studienbedingungen nicht ausreichend kontrolliert waren, und die Ergebnisse, wie zuvor konstatiert, kein statistisches Signifikanzniveau erreichen.

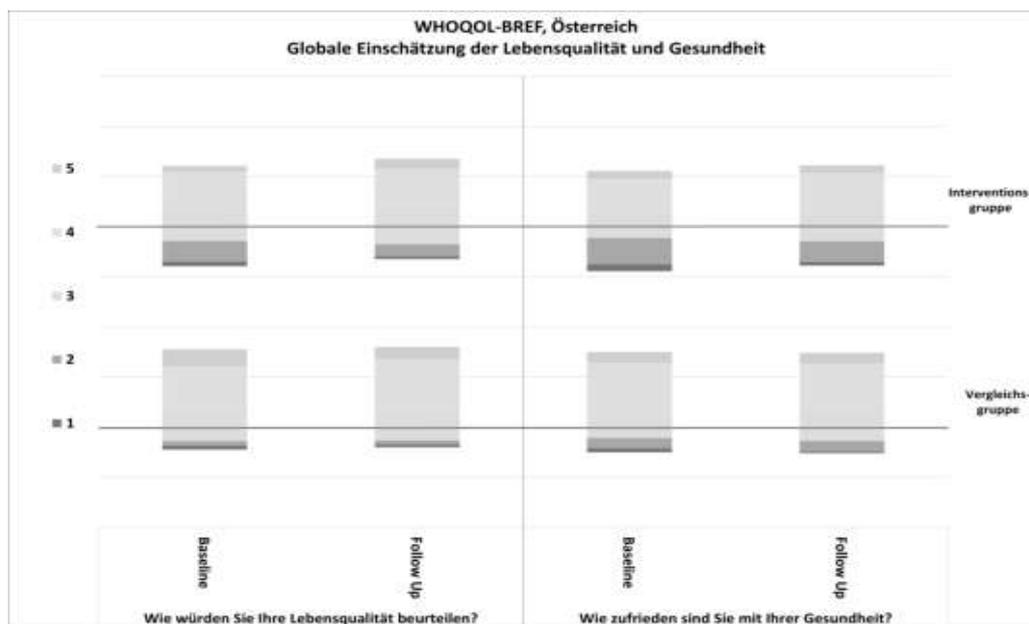
3.2 WHOQOL-BREF

Zunächst werden hier die Ergebnisse der zwei generellen Fragen zur subjektiven Einschätzung der eigenen Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit dargestellt, bevor die einzelnen Domänen des WHOQOL-BREF näher betrachtet werden.

3.2.1 WHOQOL-BREF - Allgemeine Fragen zu Lebensqualität und Gesundheit

Die ersten beiden Fragen des WHOQOL-BREF beziehen sich auf die Einschätzung der Befragten bezüglich deren allgemeiner Lebensqualität sowie der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, und diese Fragen gehören nicht den vier oben genannten Domänen an.

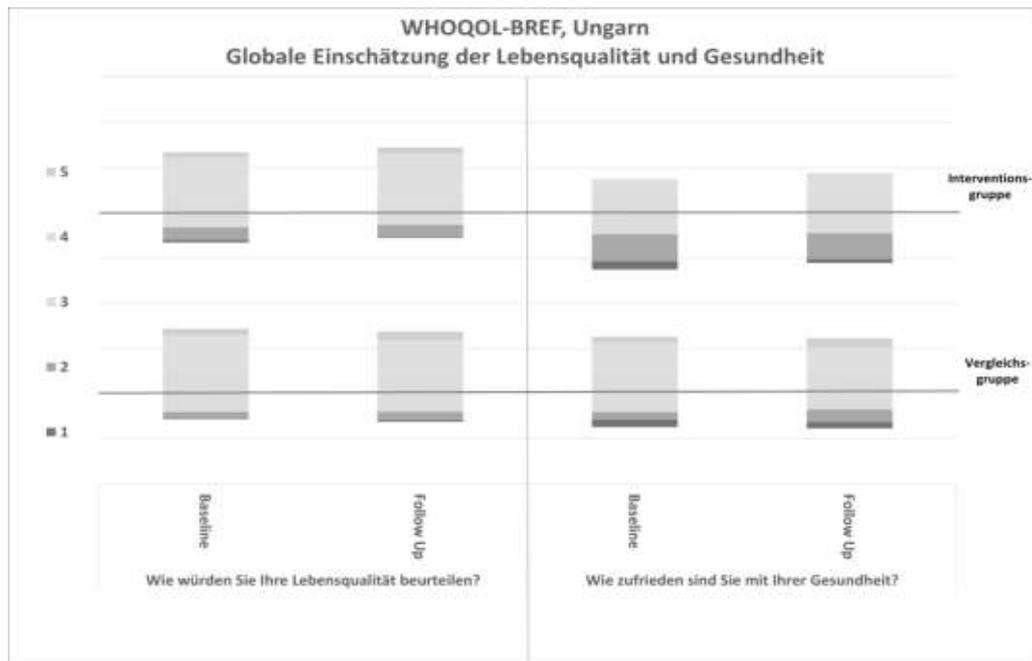
Schaubild 11: WHOQOL-BREF – „Items Lebensqualität und Gesundheit“,



Österreich

Sowohl in Österreich als auch in Ungarn zeigt sich in beiden Fragestellungen eine leicht positive Tendenz für die AFR-Gruppe im Vergleich zwischen Baseline und Follow-up-Befragung, während die Ergebnisse in beiden Vergleichsgruppen jeweils fast unverändert bleiben. In beiden Ländern schätzen die Teilnehmer der Vergleichsgruppe ihre Lebensqualität und Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand jedoch generell als besser ein als in der jeweiligen AFR-Gruppe (vgl. Schaubild 11 und Schaubild 12).

Schaubild 12: WHOQOL-BREF – Items „Lebensqualität und Gesundheit“, Ungarn



3.2.2 WHOQOL-BREF – Domäne 1: Körperliche Gesundheit

Die Domäne „Körperliche Gesundheit“ besteht aus sieben Fragen des WHOQOL-BREF und befasst sich in erster Linie mit Einschränkungen des täglichen Lebens durch Schmerzen, die Notwendigkeit medizinischer Behandlung sowie Mobilität und Arbeitsfähigkeit.

Schaubild 13 und Schaubild 14 zeigen die nach Fragestellungen ausgewerteten Ergebnisse für Österreich und Ungarn, während

Schaubild 15 und Schaubild 16 die nach Domänen-Score zusammengefassten Ergebnisse verdeutlichen.

Auch hier zeigt sich im Vergleich zwischen AFR- und Vergleichsgruppe in beiden Ländern, dass die Personen der Vergleichsgruppe grundsätzlich positiver zu den einzelnen Fragestellungen antworten. In Österreich schneiden dabei, sowohl in der AFR- als auch in der Vergleichsgruppe die Antworten zu der Frage nach der Notwendigkeit medizinischer Behandlung und zur Fähigkeit, sich fortzubewegen, am schlechtesten ab. Auch die Fähigkeit, alltägliche Dinge zu verrichten, erhält in der Baseline-Befragung der AFR-Gruppe zunächst eine deutlich schlechtere Bewertung im Vergleich zu anderen Items, hier zeigt sich jedoch eine deutlich positive Veränderung zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung.

Schaubild 13: WHOQOL-BREF – Items „Körperliche Gesundheit“, Österreich

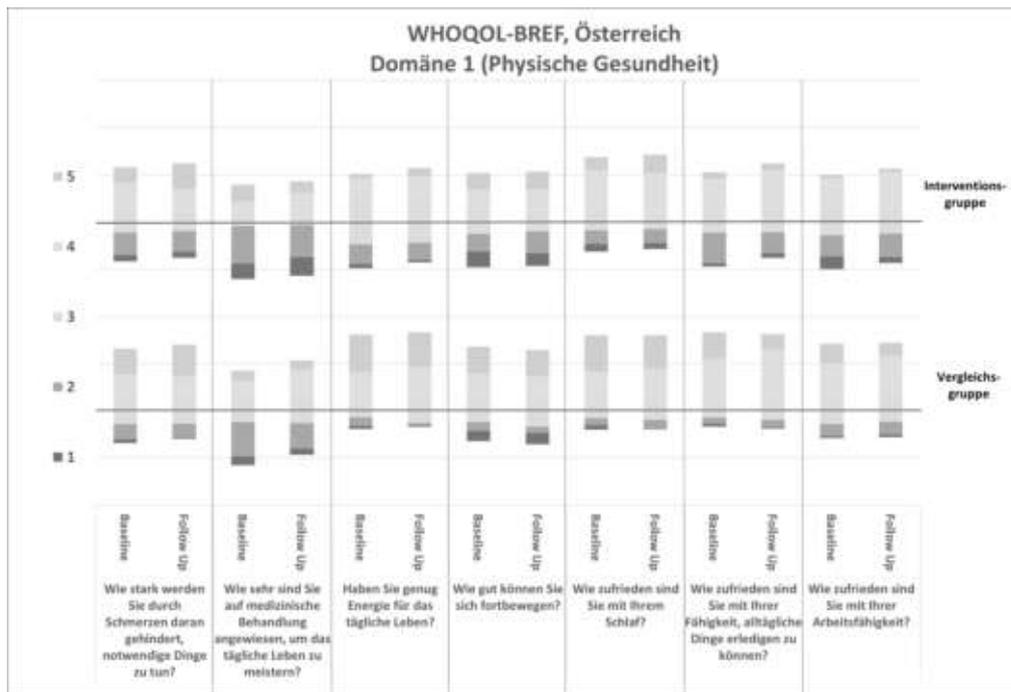
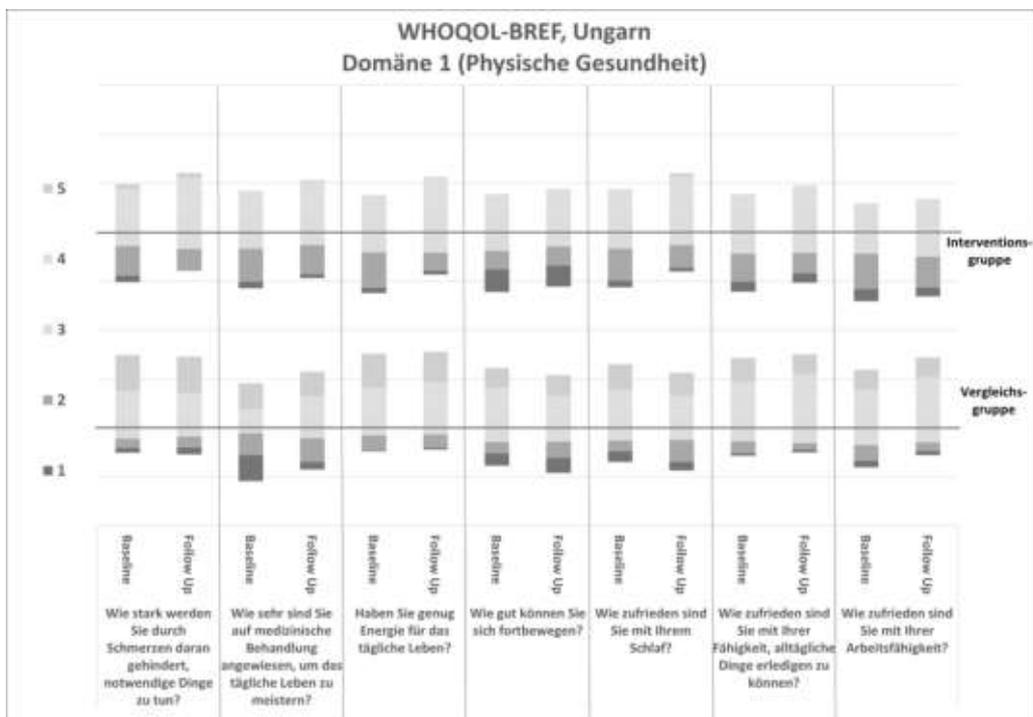


Schaubild 14: WHOQOL-BREF – Items „Körperliche Gesundheit“, Ungarn



In Ungarn wurden insbesondere die Items zur Mobilität, der Arbeitsfähigkeit sowie der Energie und die Fähigkeit, Dinge des täglichen Lebens verrichten zu können, zum

Zeitpunkt der Baseline-Erhebung in der AFR-Gruppe negativ bewertet (siehe Schaubild 14), während die Notwendigkeit medizinischer Behandlung sowie Mobilität in der Vergleichsgruppe besonders herausstechen. Während sich in der Follow-up-Erhebung die Werte jedoch in sämtlichen Items der AFR-Gruppe verbessern, verschlechtert sich das Bild in der Vergleichsgruppe für die Items Mobilität sowie Zufriedenheit mit dem eigenen Schlaf (siehe ebenfalls Schaubild 14).

Dementsprechend zeigen auch die Domänen-Ergebnisse für physische Gesundheit der AFR-Gruppen in beiden Ländern eine deutlich positive Entwicklung (Schaubild 15 und Schaubild 16). Während der Score in beiden Ländern zwischen Baseline-Erhebung und Follow-up in den jeweiligen Vergleichsgruppen fast unverändert bleibt – Österreich, Baseline: 14,51 (SD: 3,18) / Follow-up: 14,61 (SD: 3,01); Ungarn, Baseline: 13,90 (SD: 3,33) (Follow-up: 14,05 (SD: 3,37) – steigt der Score in Österreich von ursprünglich 12,44 (SD: 3,24) auf 12,90 (SD: 3,50) sowie in Ungarn von 11,01 (SD: 2,92) auf 12,83 (SD: 2,52). Der Anstieg des Domänen-Score Physische Gesundheit ist damit in Ungarn in Bezug zur Vergleichsgruppe sogar statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau (siehe

Schaubild 16).

Schaubild 15: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Körperliche Gesundheit“, Österreich

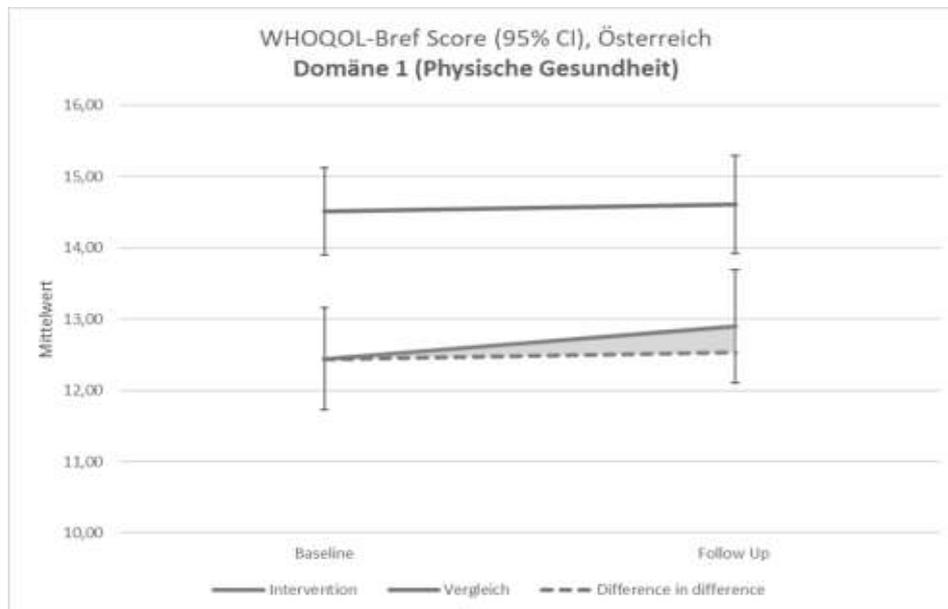
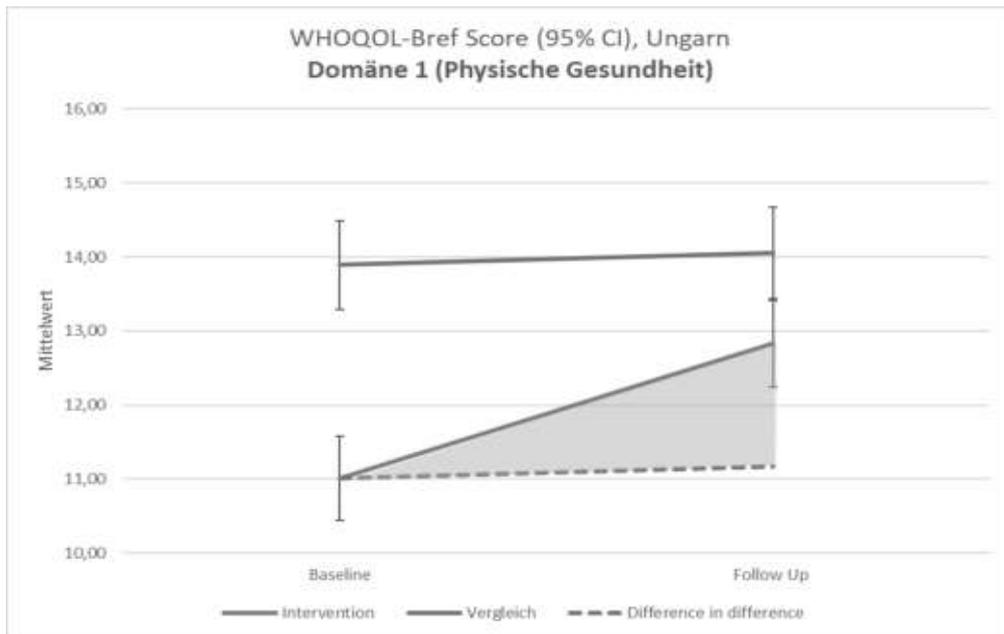


Schaubild 16: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Körperliche Gesundheit“, Ungarn



3.2.3 WHOQOL-BREF – Domäne 2: Psychische Gesundheit

Die Domäne „Psychische Gesundheit“ besteht aus sechs Items. Schaubild 17 und Schaubild 18 zeigen die nach Fragestellungen ausgewerteten Ergebnisse für Österreich und Ungarn, während Schaubild 19 und Schaubild 20 wiederum die nach Domänen-Score zusammengefassten Ergebnisse verdeutlichen.

Schaubild 17: WHOQOL-BREF – Items „Psychische Gesundheit“, Österreich

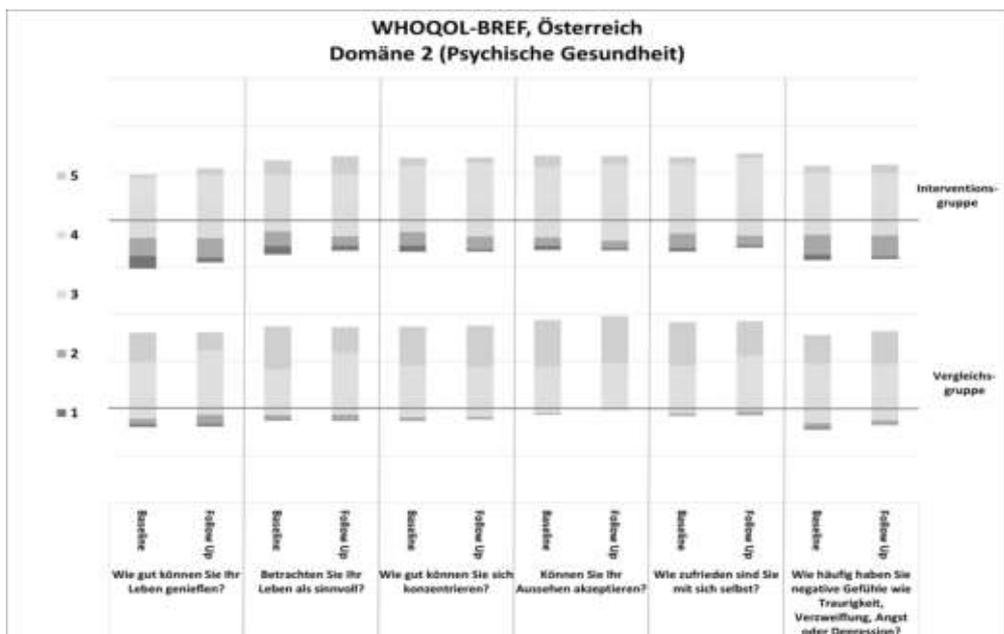
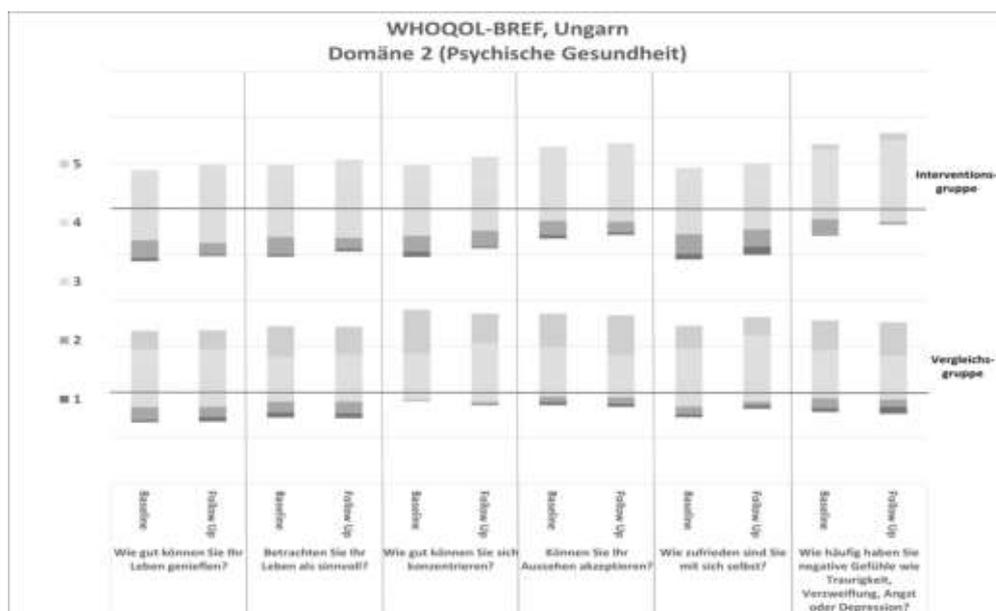


Schaubild 18: WHOQOL-BREF – Items „Psychische Gesundheit“, Ungarn



Wie in Schaubild 17 und Schaubild 18 dargestellt, zeichnet sich auch beim Status Quo der psychischen Gesundheit grundsätzlich ein besseres Bild in der Vergleichsgruppe ab, jedoch eine stärkere Verbesserung der Werte zwischen Baseline-Erhebung und Follow-up in den jeweiligen AFR-Gruppen beider Länder. In Österreich bewerten die befragten Personen insbesondere die Items „wie gut können Sie ihr Leben genießen?“ und „wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?“ negativ, während in Ungarn die Items „wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?“, „wie gut können Sie sich konzentrieren?“ und „wie gut können Sie Ihr Leben genießen“ hervorstechen. Während in der AFR-Gruppe in Österreich im Zeitablauf eine leichte Verbesserung bei den meisten Items dieser Domäne zu beobachten ist, lässt sich für die AFR-Gruppe in Ungarn eine deutlichere Verbesserung konstatieren, insbesondere bei den Items „wie gut können Sie sich konzentrieren?“, „wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?“ und „wie gut können Sie ihr Leben genießen?“ und „wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?“.

Demgemäß zeigt sich wiederum bei den Domänen-Scores für psychische Gesundheit ein leicht positiver jedoch nicht signifikanter Trend für die AFR-Gruppe in Österreich: Baseline: 13,30 (SD: 2,08), Follow-up: 13,48 (SD: 2,60). Hingegen zeichnet sich auch hier ein deutlich positiver Trend für die AFR-Gruppe in Ungarn ab: Baseline: 12,17 (SD: 2,24), Follow-up: 13,22 (SD: 1,83) (Schaubild 19 und Schaubild 20). Gleichzeitig ist der Trend in beiden Vergleichsgruppen marginal negativ: Österreich, Baseline: 16,46 (SD: 2,26), Follow-up: 16,42 (SD: 3,01); Ungarn, Baseline: 15,38 (SD: 2,78), Follow-up: 15,27 (SD: 3,18).

Schaubild 19: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Psychische Gesundheit“, Österreich

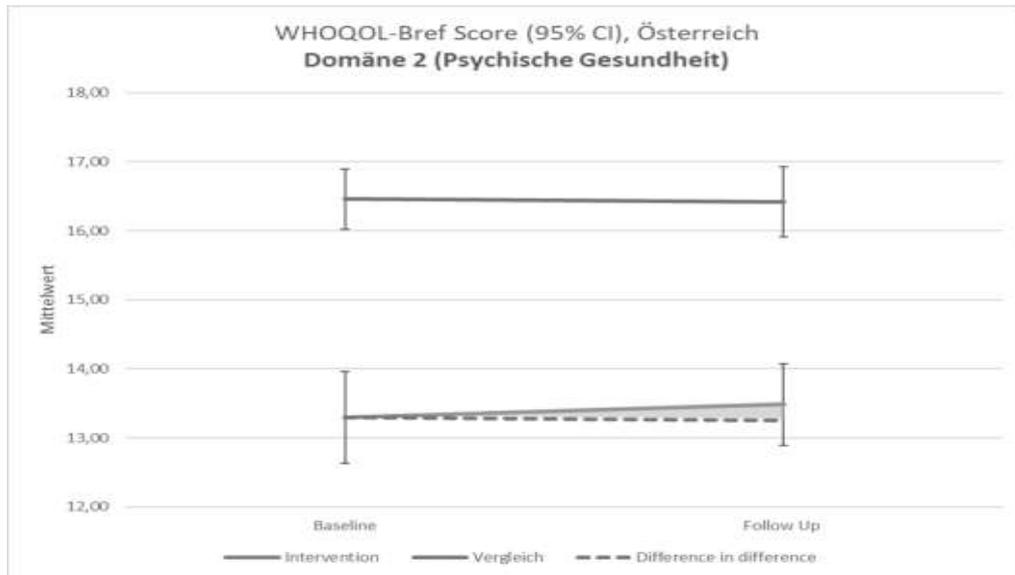
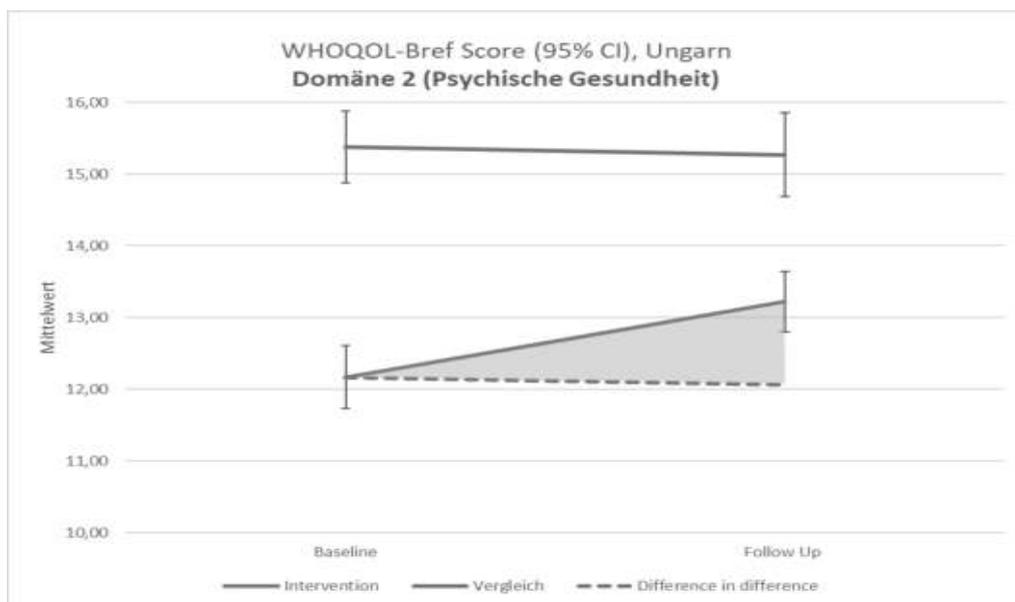


Schaubild 20: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Psychische Gesundheit“, Ungarn



3.2.4 WHOQOL-BREF – Domäne 3: Soziale Beziehungen

Die Domäne „Soziale Beziehungen“ besteht aus drei Items zur Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, dem eigenen Sexualleben sowie mit der Unterstützung durch Freunde.

Schaubild 21: WHOQOL-BREF – Items „Soziale Beziehungen“, Österreich

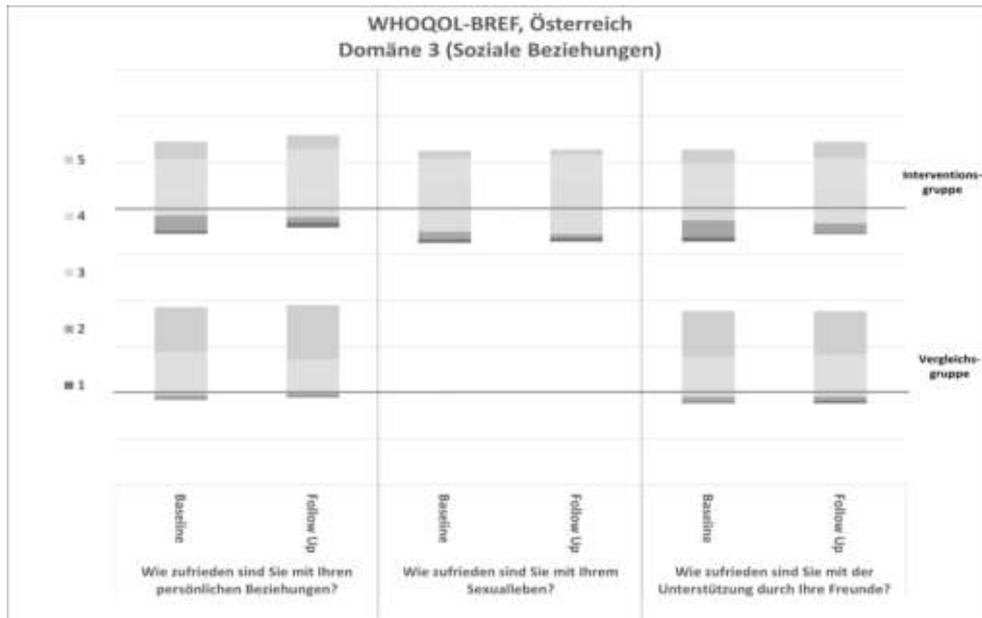
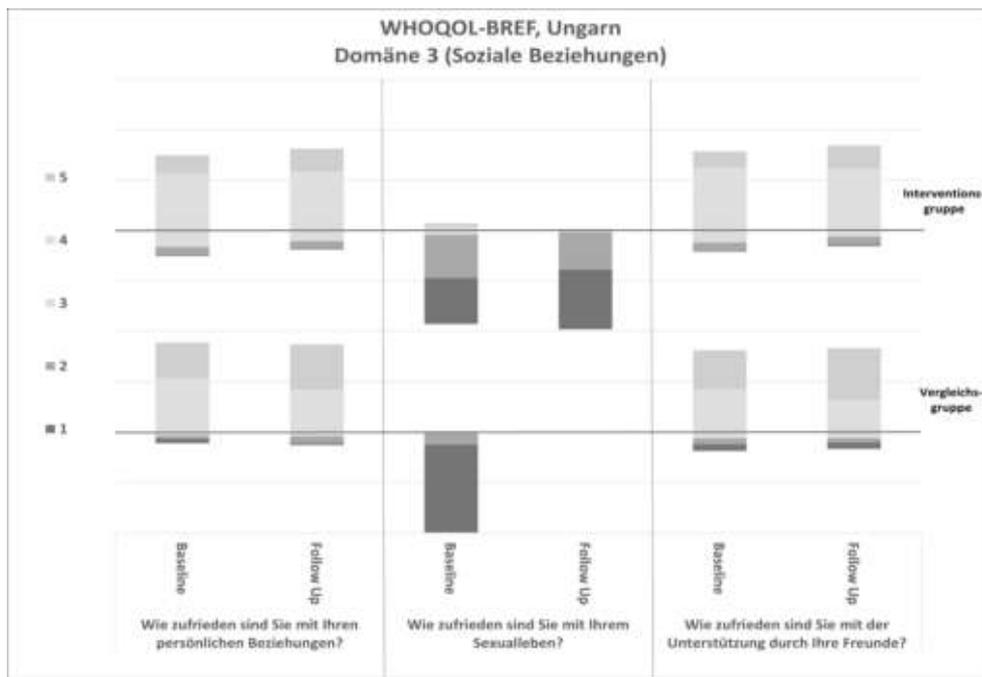


Schaubild 22: WHOQOL-BREF – Items „Soziale Beziehungen“, Ungarn



In der Analyse dieser Domäne ist zu konstatieren, dass das Item zur Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben, abgesehen von der AFR-Gruppe in Österreich (Baseline 82 (87%); Follow-up: 74 (90%)), nur von sehr wenig Personen beantwortet wurde, nämlich 0% in der Vergleichsgruppe in Österreich (sowohl zur Baseline als auch zur Follow-up-Befragung), sowie 35 (26%) zur Baseline-Befragung und 27 (23%) zur Follow-up-

Befragung in der ungarischen AFR-Gruppe und 8 (7%) sowie 1 (0,9%) zu den entsprechenden Befragungszeitpunkten in der ungarischen Vergleichsgruppe. Dementsprechend wurde das Item in der Analyse zwar berücksichtigt, die in Schaubild 21 und Schaubild 22 dargestellten Ergebnisse zu diesem Item sind jedoch mit extremer Vorsicht zu interpretieren.

Auch in dieser Domäne zeigt sich in beiden Ländern eine schlechtere Einschätzung der jeweiligen Items zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung in der AFR-Gruppe, jedoch eine marginale Verbesserung der Einschätzung in derselben Gruppe zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung (Schaubild 21 und Schaubild 22). Auch dieses Ergebnis spiegelt sich in den ermittelten Domänen-Scores für Soziale Beziehungen wider (siehe Schaubild 23 und Schaubild 24). In Bezug auf die Vergleichsgruppe zeigt sich jedoch kaum eine Differenz in Österreich (siehe Schaubild 23), während sich der Domänen-Score in der ungarischen AFR-Gruppe auch nur minimal besser entwickelt wie in der entsprechenden Vergleichsgruppe (siehe Schaubild 24).

Schaubild 23: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Soziale Beziehungen“, Österreich

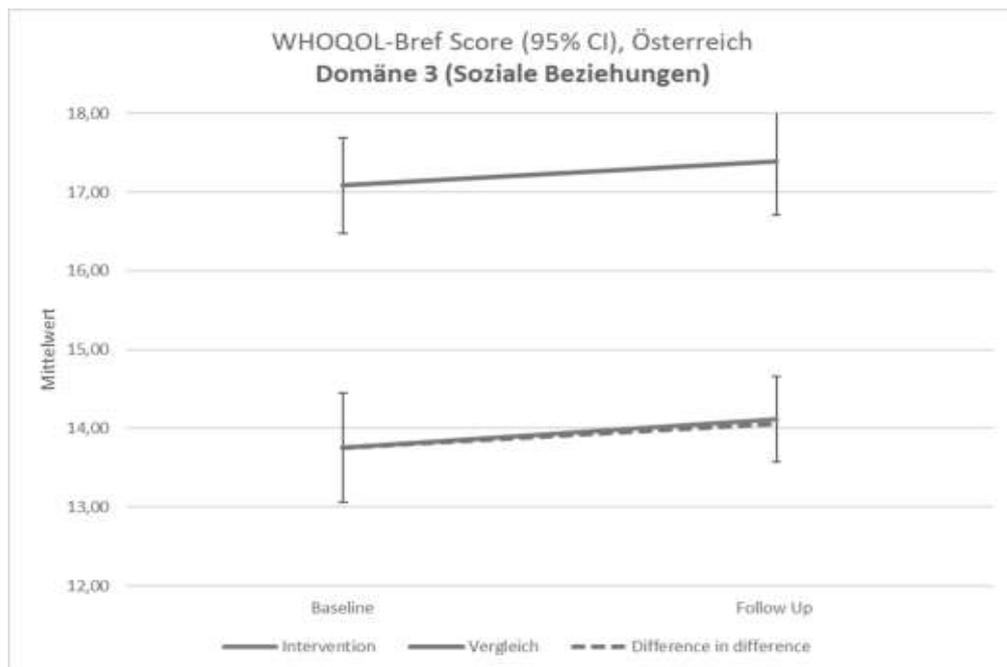
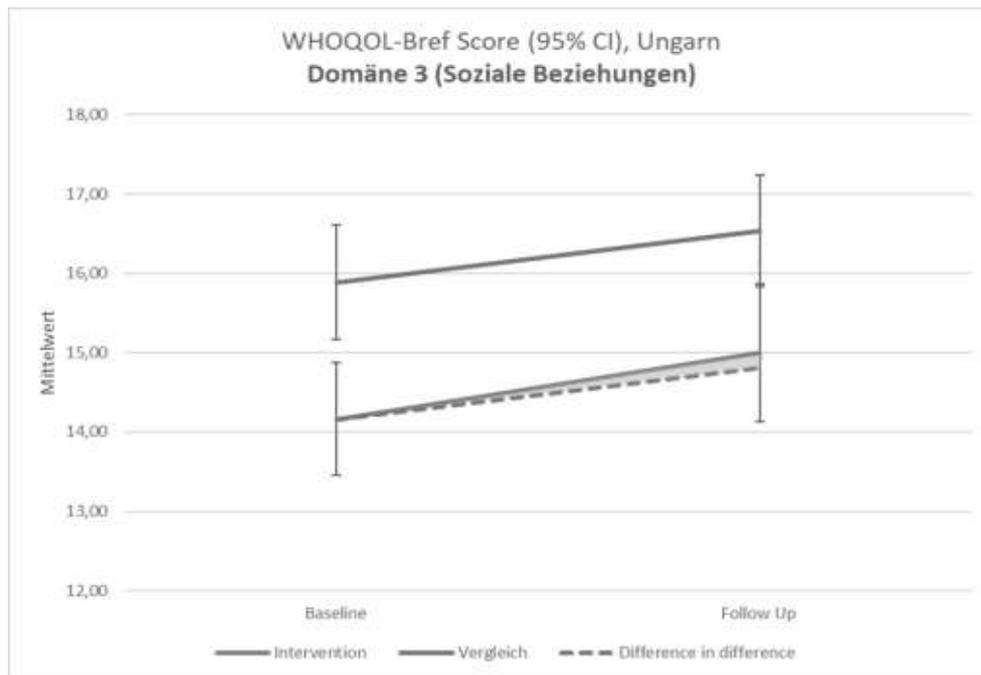


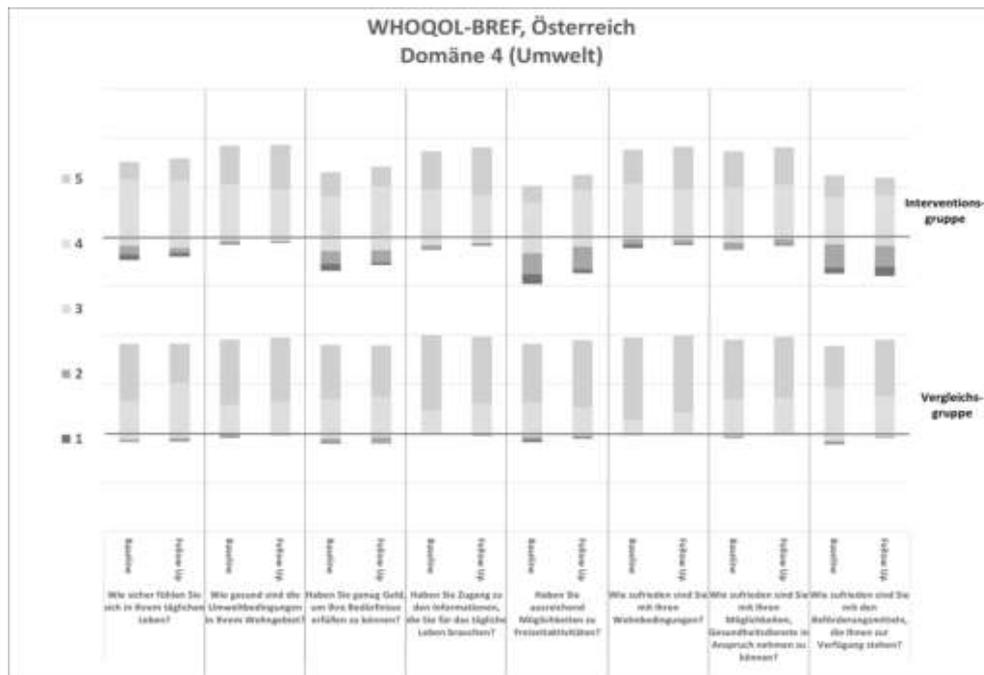
Schaubild 24: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Soziale Beziehungen“, Ungarn



3.2.5 WHOQOL-BREF – Domäne 4: Umwelt

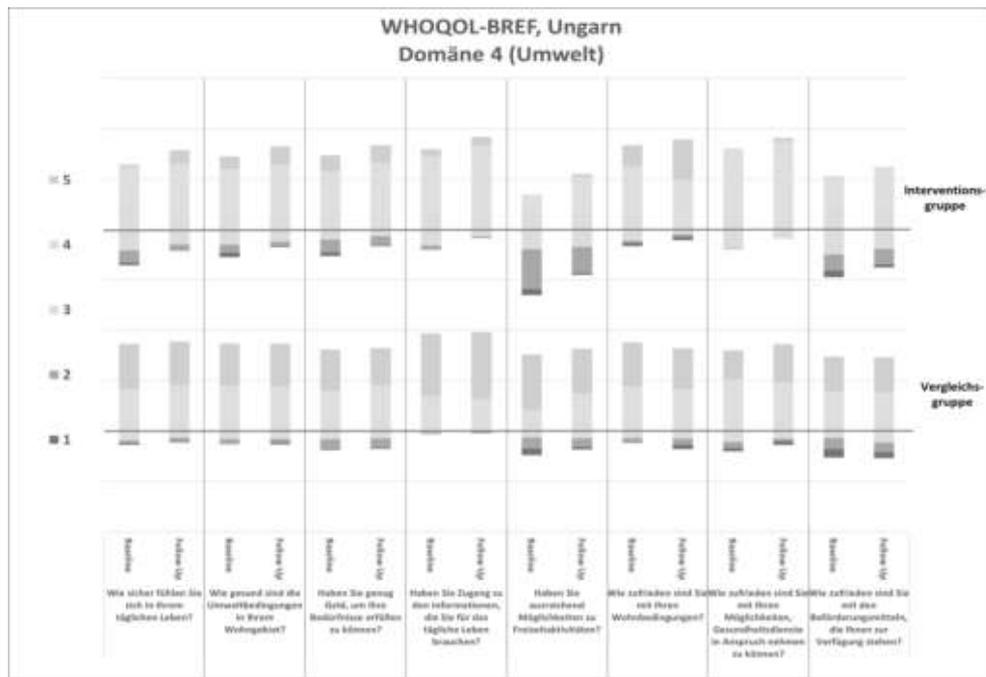
Die vierte und letzte Domäne des WHOQOL-BREF beinhaltet acht Items zum Thema Umwelt, die sich vornehmlich mit den Themen (finanzielle) Sicherheit, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Zugang zu Informationen, Freizeitaktivitäten, Wohnbedingungen sowie Mobilität und Transport und Zugang zu Gesundheitsleistungen beschäftigen. Schaubild 25 und Schaubild 26 zeigen die Antworten zu den einzelnen Items dieser Domäne.

Schaubild 25: WHOQOL-BREF – Items „Umwelt“, Österreich



In beiden AFR-Gruppen schneidet das Item zu ausreichenden Freizeitaktivitäten vergleichsweise schlecht ab, es zeigt sich jedoch auch eine deutlich positive Entwicklung zwischen Baseline- und Follow-up-Befragung. Ein ähnliches Bild ergibt sich mit der Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit von Beförderungsmitteln in beiden AFR-Gruppen, während in Österreich darüber hinaus die Items zur finanziellen Sicherheit und der empfundenen Sicherheit im täglichen Leben vergleichsweise schlecht bewertet werden (Schaubild 25). Auch in dieser Domäne antworten die Personen der Vergleichsgruppe tendenziell positiver, es zeigt sich jedoch auch hier wieder eine stärkere Verbesserung der Antworten in der AFR-Gruppe zur Follow-up-Befragung. Die in Schaubild 27 und Schaubild 28 dargestellten Domänen-Scores verdeutlichen dieses Ergebnis.

Schaubild 26: WHOQOL-BREF – Items „Umwelt“, Ungarn



Während sich die Situation in Österreich in Bezug auf die Vergleichsgruppe nur marginal verbessert (Schaubild 27), so ist diese Entwicklung in Ungarn sogar statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau (Schaubild 28).

Schaubild 27: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Umwelt“, Österreich

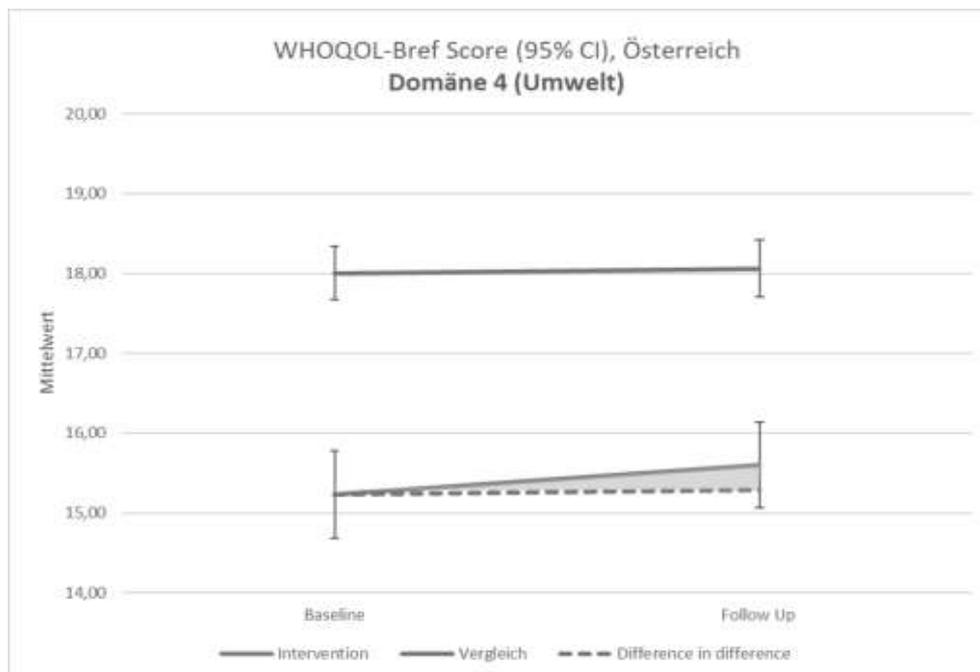
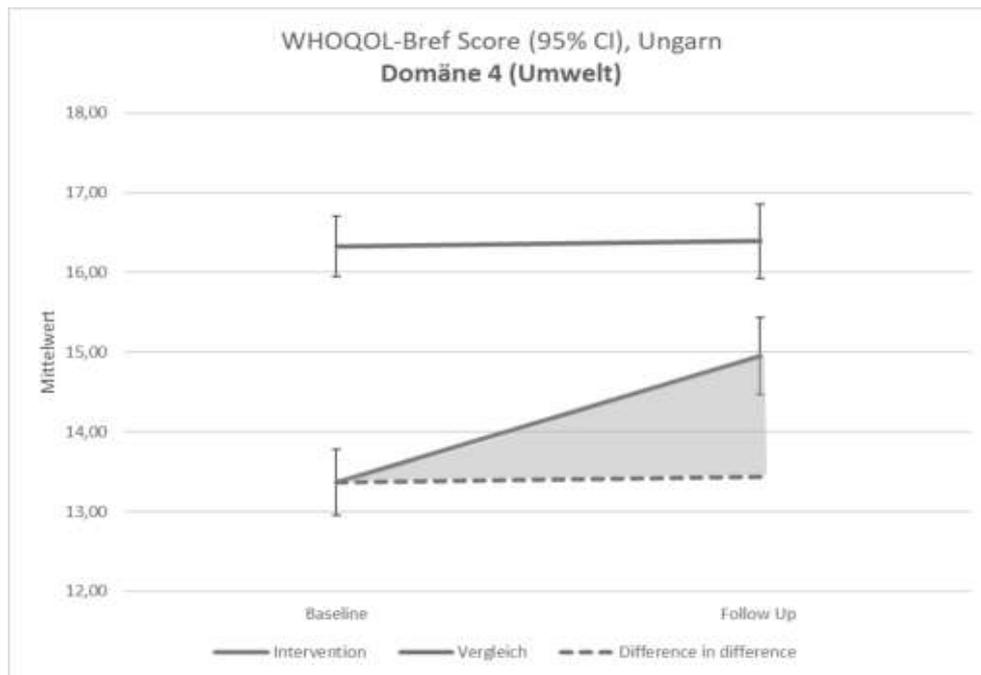


Schaubild 28: WHOQOL-BREF – Domänen-Score „Umwelt“, Ungarn



Insgesamt lässt sich für den WHOQOL-BREF also konstatieren, dass die Ergebnisse für die AFR-Gruppe überwiegend positiv sind, in der Regel jedoch außerhalb des statistischen Signifikanzbereichs liegen. Die in der Vergleichsgruppe erhobenen Antworten zeigen konsistent eine höhere Bewertung der jeweiligen Items schon bei der Baseline-Befragung, jedoch zeigt sich insgesamt eine stärkere Verbesserung der Ergebnisse in der AFR-Gruppe zwischen Baseline-Erhebung und Follow-up-Befragung. Rückschlüsse auf die Effektivität der Intervention sind jedoch, wie schon zuvor erwähnt, nur sehr bedingt möglich, was der erheblichen Heterogenität sowohl innerhalb als auch zwischen AFR- und Vergleichsgruppe geschuldet ist, als auch den Vorbehalten gegenüber dem nicht-experimentellen Evaluationsdesign.

3.3 WHOQOL-OLD

Nach der Darstellung des WHOQOL-OLD-Gesamtscores werden in diesem Kapitel die Ergebnisse zu den einzelnen Domänen dieses Tools näher besprochen. Die Ergebnisse werden wiederum getrennt nach Ländern (Österreich, Ungarn) wiedergegeben.

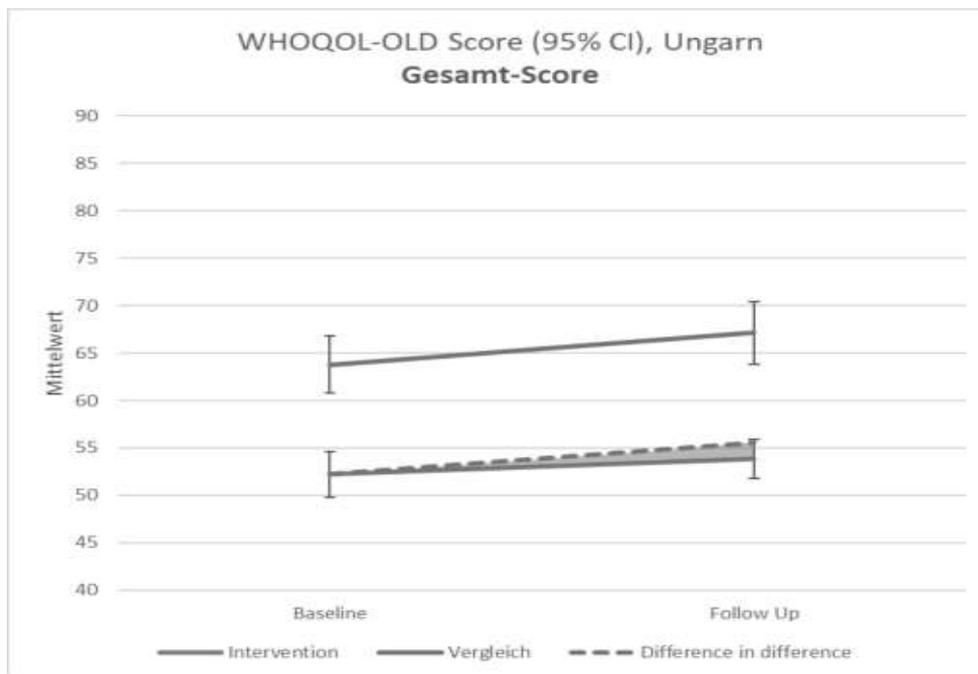
3.3.1 WHOQOL-OLD – Gesamtscore

Der über alle Domänen hinweg ermittelte Transformed Total Score (TTS) für die AFR- und Vergleichsgruppen beider Länder wird in gewohnter Weise in Schaubild 29 und Schaubild 30 dargestellt.

Schaubild 29: WHOQOL-OLD – Gesamtscore, Österreich



Schaubild 30: WHOQOL-OLD – Gesamtscore, Ungarn



Im Gegensatz zu den in den beiden vorangegangenen Kapiteln besprochenen Instrumenten, zeigt sich bei der Analyse des WHOQOL-OLD eine ganz minimal negative Differenz in der Entwicklung zwischen Baseline-Erhebung und Follow-up-Befragung in der AFR- und Vergleichsgruppe beider Länder. Während der Gesamtscore in beiden Gruppen beider Länder im Zeitverlauf ansteigend ist, ist diese positive Entwicklung in der Vergleichsgruppe minimal stärker ausgeprägt. Diese Ergebnisse sind jedoch weder in Österreich noch in Ungarn statistisch signifikant (siehe Schaubild 29 und Schaubild 30). Konsistent über alle Erhebungsinstrumente hinweg ist die grundsätzlich positivere Einschätzung der Befragten in beiden Vergleichsgruppen zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung.

Um eine bessere Beurteilung vornehmen zu können, welche Items und Domänen in welcher Weise zum Gesamtscore beitragen, werden in der Folge, in analoger Vorgehensweise wie beim WHOQOL-BREF, die Ergebnisse je Domäne besprochen. Dabei werden wiederum zunächst die einzelnen Items und danach die dazugehörigen Domänen-Scores präsentiert.

3.3.2 WHOQOL-OLD - Domäne1: Sinnesfunktionen

Zu den vier Items der Domäne „Sinnesfunktionen“ gehören Fragestellungen zur Beeinträchtigung von Hören, Sehen, Schmecken, Riechen und Tasten, sowie den Auswirkungen einer möglichen Beeinträchtigung dieser Funktionen auf das tägliche Leben, der Teilnahme an Aktivitäten sowie der Kommunikation mit Anderen. Schaubild 31 und

Schaubild 32 stellen die Ergebnisse der Befragung je Item in den jeweiligen AFR- und Vergleichsgruppen beider Länder dar.

Es zeigt sich im Antwortverhalten der Befragten eine tendenziell stärkere Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen in der ungarischen AFR-Gruppe gegenüber der in Österreich, sowie möglicherweise einhergehend damit, eine marginal schlechtere Beurteilung in den drei Items, die sich mit den Auswirkungen beeinträchtigter Sinnesfunktionen auf das tägliche Leben, die Teilnahme an Aktivitäten sowie die Kommunikation befassen (siehe Schaubild 31 und

Schaubild 32).

Schaubild 31: WHOQOL-OLD – Items „Sinnesfunktionen“, Österreich

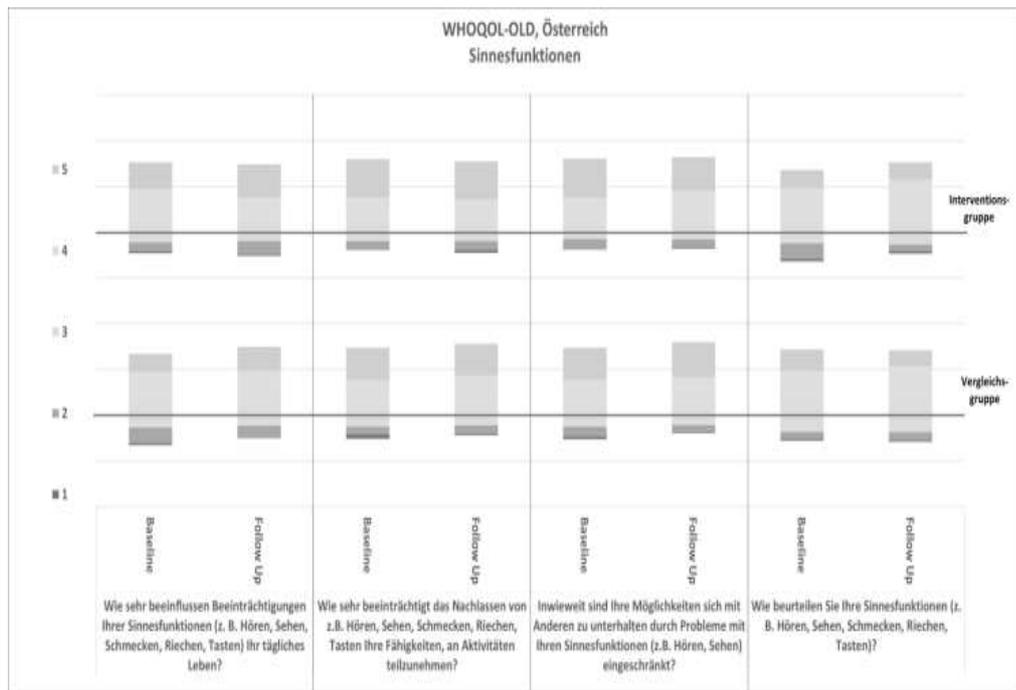
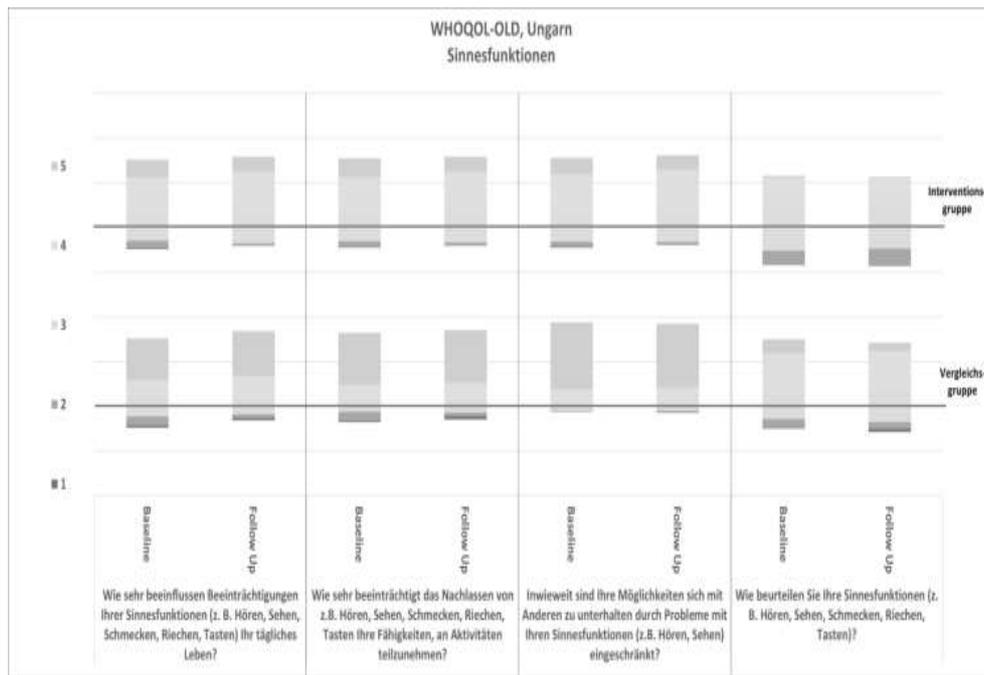


Schaubild 32: WHOQOL-OLD – Items „Sinnesfunktionen“, Österreich



Eine Besonderheit bei den Sinnesfunktionen gegenüber den bisherigen Ergebnissen des EQ-5D und WHOQOL-BREF stellen die Ergebnisse dieser Domäne in Österreich dar. Hier zeigt sich nämlich eine schlechtere Bewertung der Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung, sowie eine stärkere positive Veränderung in ebendieser Gruppe zum Zeitpunkt des Follow-ups. Damit ist das Differenz-von-Differenzen-Ergebnis für die AFR-Gruppe negativ in Österreich, auch wenn zu konstatieren ist, dass dieses Ergebnis nicht statistisch signifikant ist (siehe Schaubild 33). In Ungarn zeichnet sich demgegenüber eine ganz marginal positive Entwicklung der AFR-Gruppe ab, wobei auch dieses Ergebnis jenseits der statistischen Signifikanzgrenze liegt (siehe Schaubild 34).

Schaubild 33: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Sinnesfunktionen“, Österreich



Schaubild 34: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Sinnesfunktionen“, Ungarn



3.3.3 WHOQOL-OLD – Domäne 2: Autonomie

Die Domäne "Autonomie" des WHOQOL-OLD setzt sich aus vier Items zusammen, die sich mit dem Freiraum befassen, eigene Entscheidungen zu treffen, sowohl mit dem Umfang, die eigene Zukunft zu beeinflussen, dem Respekt anderer vor der eigenen

Unabhängigkeit, und der Autonomie, Dinge zu tun, die man selbst gerne tun möchte. Die nach Items dargestellten Ergebnisse finden sich in Schaubild 35 und Schaubild 36.

Schaubild 35: WHOQOL-OLD – Items „Autonomie“, Österreich

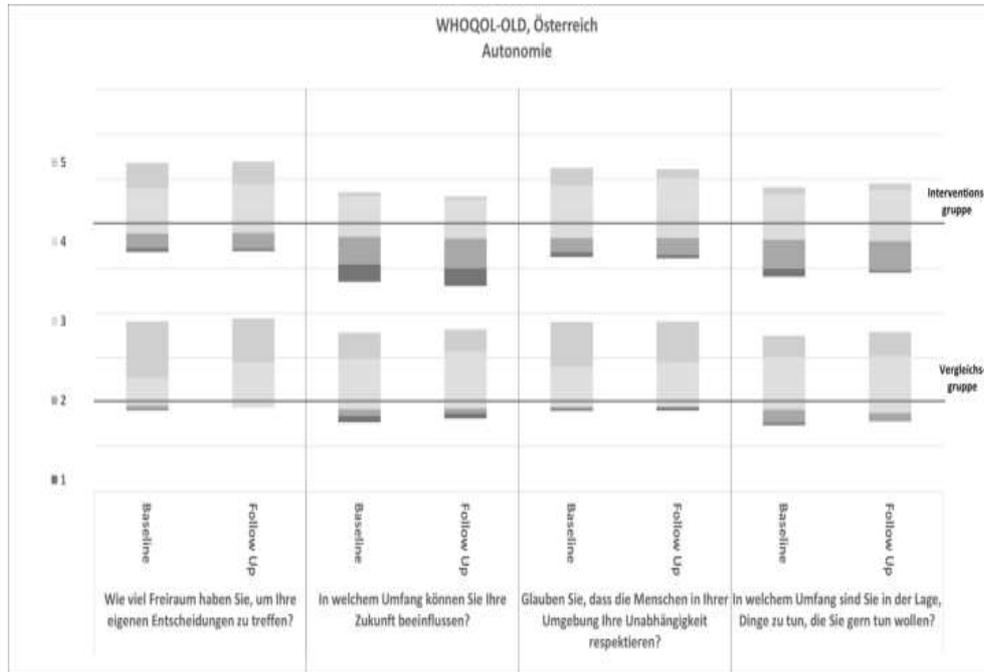
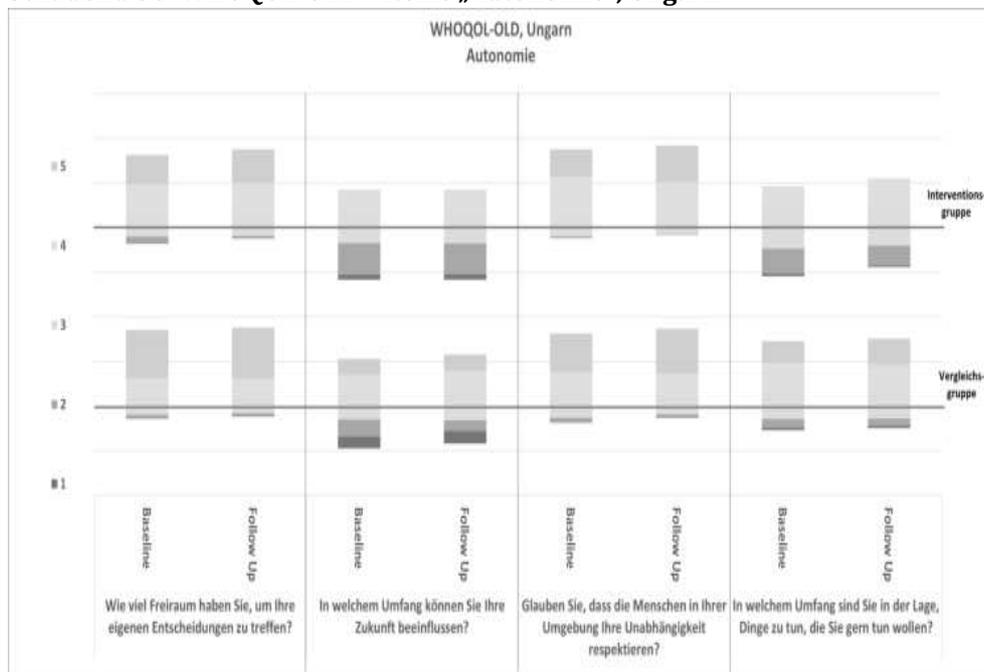


Schaubild 36: WHOQOL-OLD – Items „Autonomie“, Ungarn



In beiden AFR-Gruppen sowie in der ungarischen Vergleichsgruppe schneiden die Items zum Umfang, die eigene Zukunft beeinflussen zu können sowie Dinge zu tun, die man selbst gerne tun möchte, vergleichsweise schlecht ab (siehe Schaubild 35

und Schaubild 36). Eine Vergleichsweise positive Bewertung erhalten demgegenüber die Items zum Freiraum, eigene Entscheidungen treffen zu können sowie dem Respekt anderer vor der eigenen Unabhängigkeit in der ungarischen AFR-Gruppe sowie den Vergleichsgruppen beider Länder.

Schaubild 37: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Autonomie“, Österreich

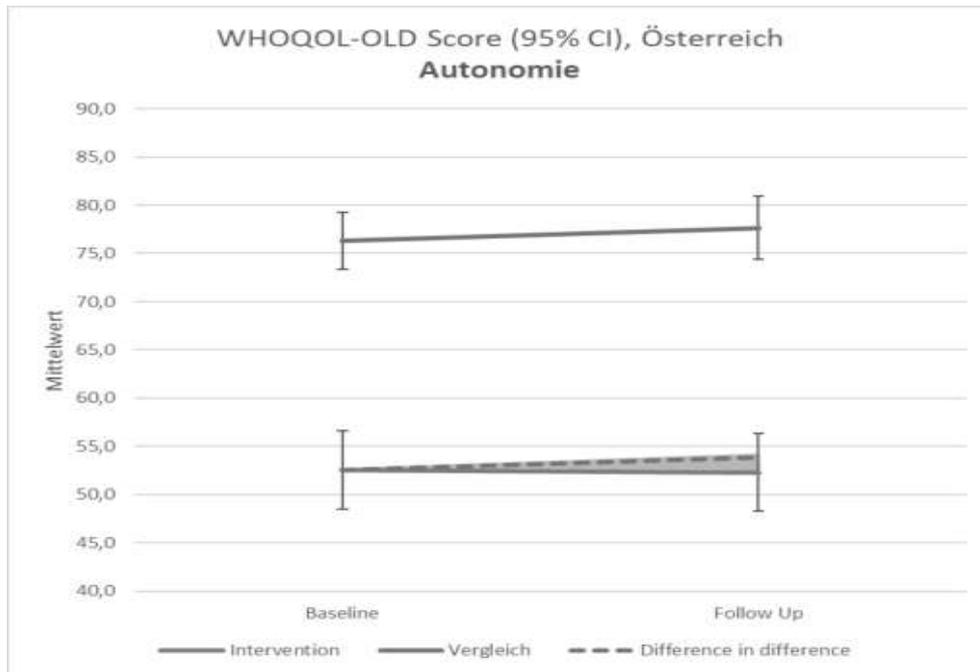
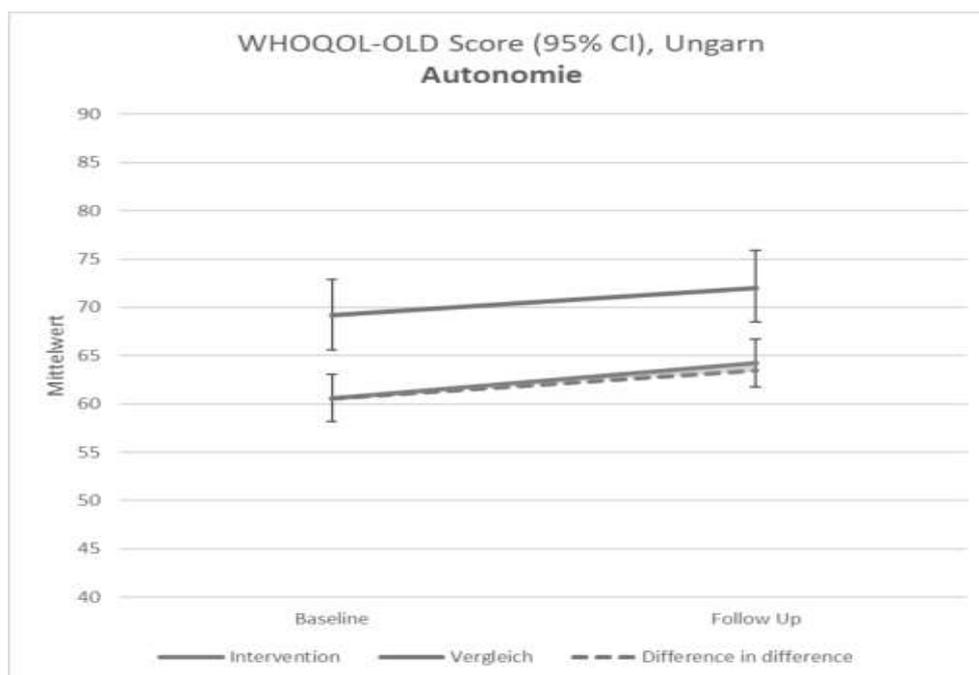


Schaubild 38: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Autonomie“, Ungarn



Betrachtet man sich die Domänen-Scores zum Thema Autonomie (siehe Schaubild 37 und Schaubild 38), so zeigt sich auch hier wieder eine ganz minimal positive Bilanz in Ungarn, sowie eine ebenso minimal-negative in Österreich. Auch hier sind die Ergebnisse jedoch weit außerhalb des statistischen Signifikanzbereichs und daher nicht aussagekräftig.

3.3.4 WHOQOL-OLD – Domäne 3: Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

Die Domäne „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“ besteht aus vier Items, die sich insbesondere mit der Möglichkeit beschäftigen, weiterhin im Leben Ziele erreichen zu können, sowie dem Anerkennen und der Zufriedenheit für / mit dem Erreichten. Außerdem wird abgefragt, inwieweit die Personen glücklich sind, bei dem Gedanken an Dinge, die Sie noch erwarten können. Die nach Item dargestellten Ergebnisse finden sich in Schaubild 39 und Schaubild 40.

Schaubild 39: WHOQOL-OLD – Items „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Österreich

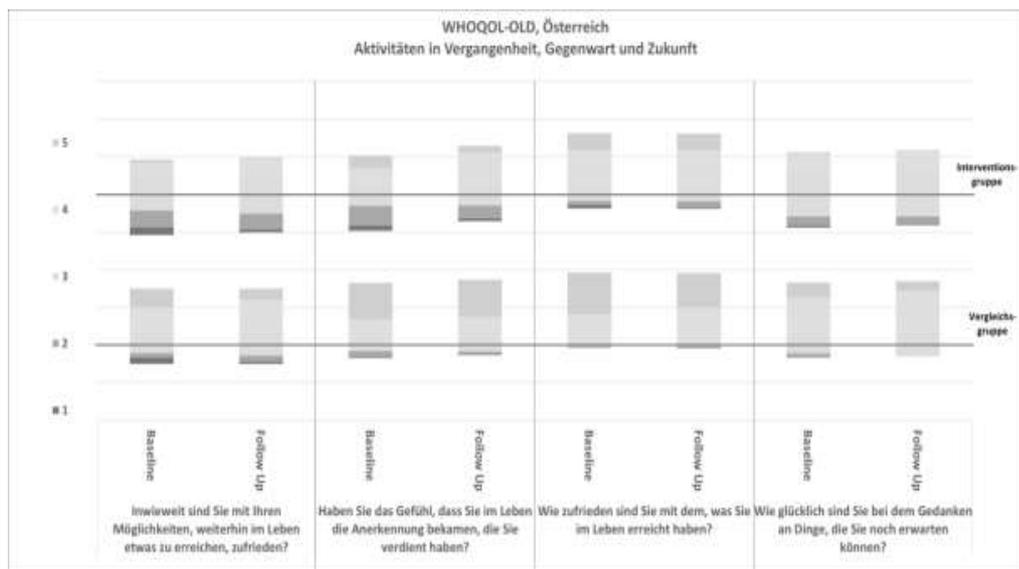
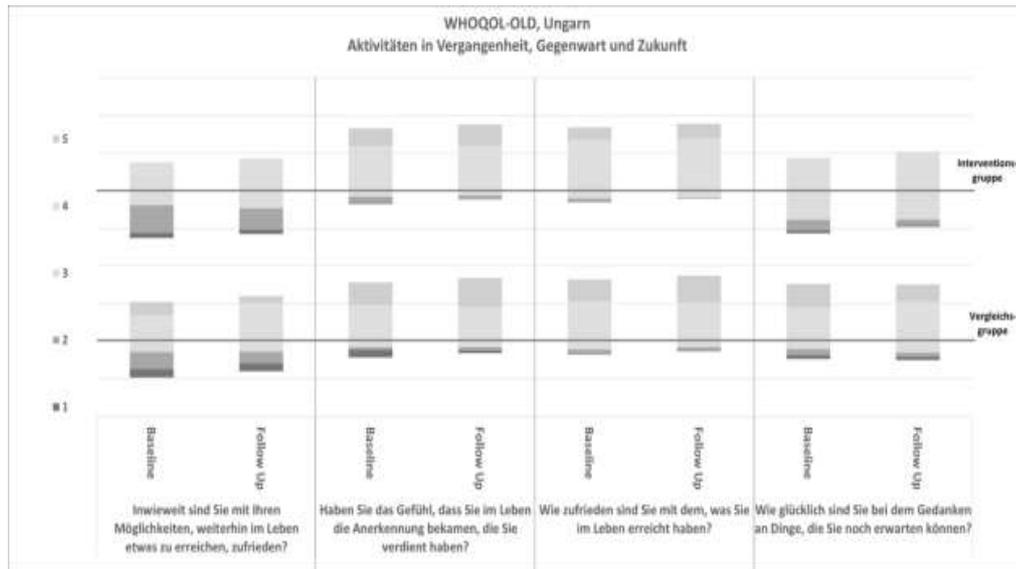


Schaubild 40: WHOQOL-OLD – Items „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Ungarn



Die vergleichsweise negativste Bewertung erfährt das Item zur Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, weiterhin im Leben etwas erreichen zu können in beiden AFR- und Vergleichsgruppen. Demgegenüber wird das Item zur Anerkennung mit dem Erreichten insbesondere in der österreichischen AFR-Gruppe negativ bewertet, während das Item, dass die eigene Befindlichkeit mit dem Gedanken an Dinge, die sich noch erwarten lassen, in beiden AFR-Gruppen tendenziell negativ abschneidet (siehe Schaubild 39 und Schaubild 40).

Betrachtet man die Domänen-Scores genauer, so zeigt sich jedoch eine positive Bilanz in Österreich sowie eine fast identische Veränderung in der AFR- und Vergleichsgruppe zwischen beiden Erhebungszeitpunkten in Ungarn. Beide Ergebnisse sind jedoch auch in dieser Domäne nicht statistisch signifikant (siehe Schaubild 41 und Schaubild 42).

Schaubild 41: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Österreich

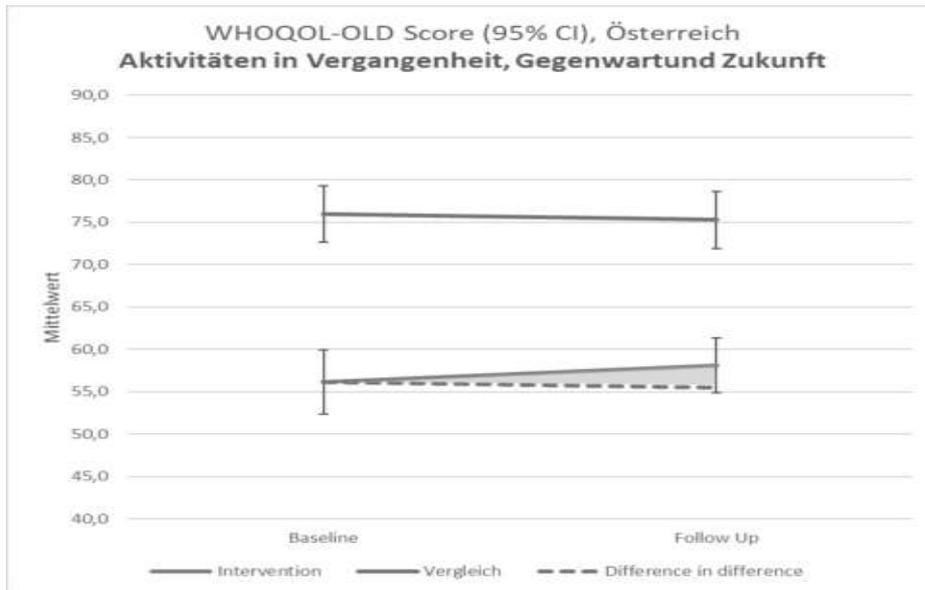
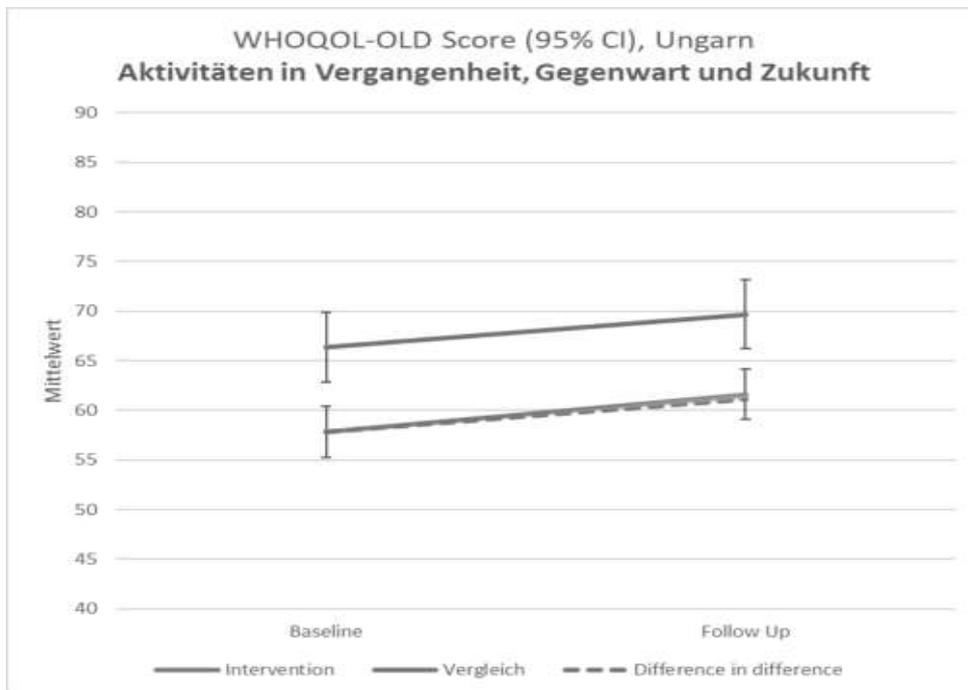


Schaubild 42: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, Ungarn



3.3.5 WHOQOL-OLD – Domäne 4: Soziale Partizipation

Die WHOQOL-OLD-Domäne "Soziale Partizipation" besteht aus vier Items, die sich mit der eigenen Zeitgestaltung, dem Ausmaß an Aktivitäten sowie den Möglichkeiten, an öffentlichen Aktivitäten teilzuhaben, beschäftigen. Schaubild 43 und Schaubild 44 zeigen für diese Domäne die nach Items aufgegliederten Ergebnisse der Befragung.

Schaubild 43: WHOQOL-OLD – Items „Soziale Partizipation“, Österreich

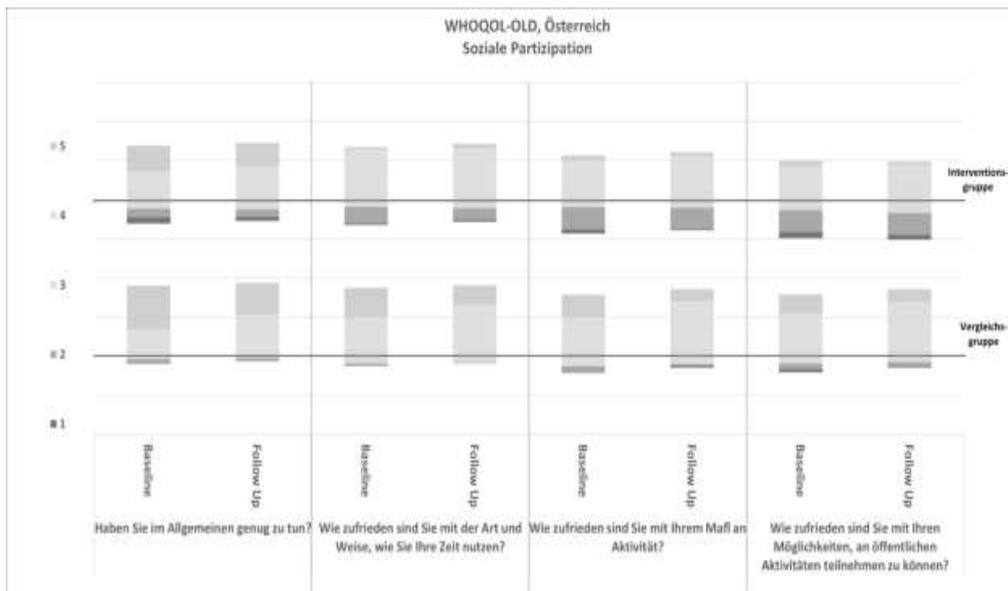
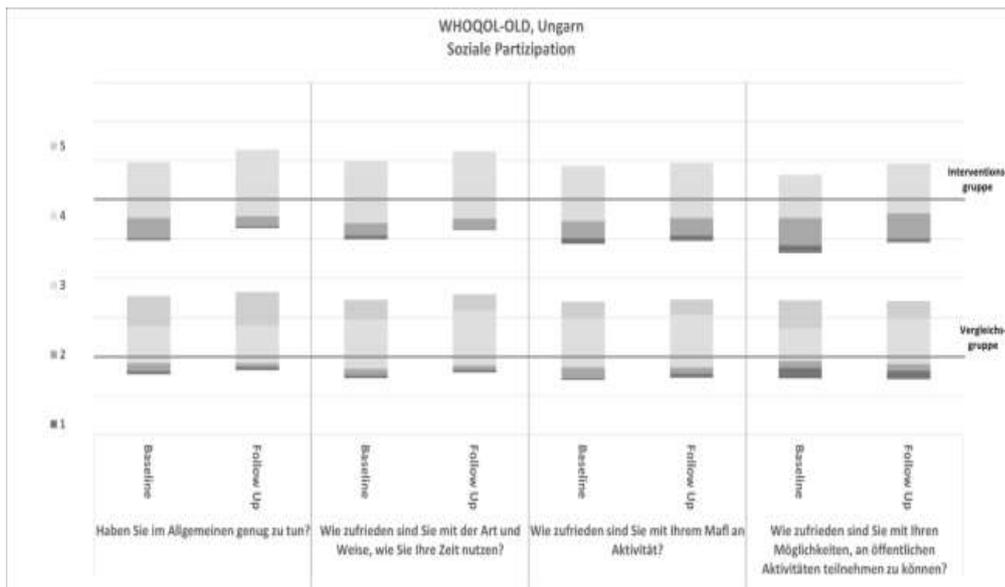


Schaubild 44: WHOQOL-OLD – Items „Soziale Partizipation“, Ungarn



In der Domäne „Soziale Partizipation“ zeigt sich über alle vier Items eine tendenziell negative Bewertung in der ungarischen AFR-Gruppe, während die Ergebnisse in der österreichischen AFR-Gruppe je Item auch nur marginal besser ausfallen. Insbesondere in Österreich, aber auch in Ungarn zeigt sich hier ein deutlich positiveres Bild in der jeweiligen Vergleichsgruppe (siehe Schaubild 43 und Schaubild 44).

Schaubild 45: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Soziale Partizipation“, Österreich

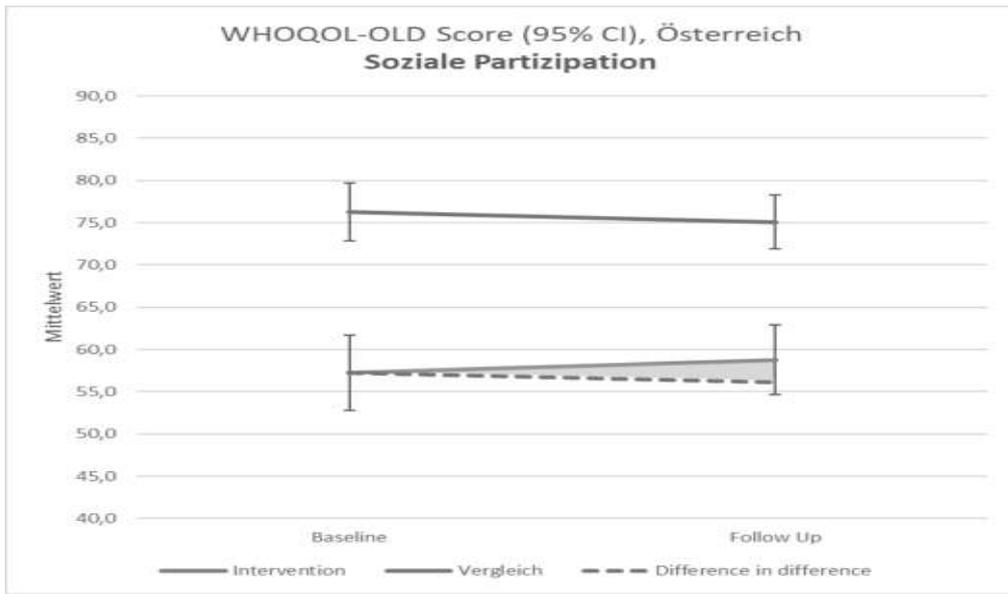
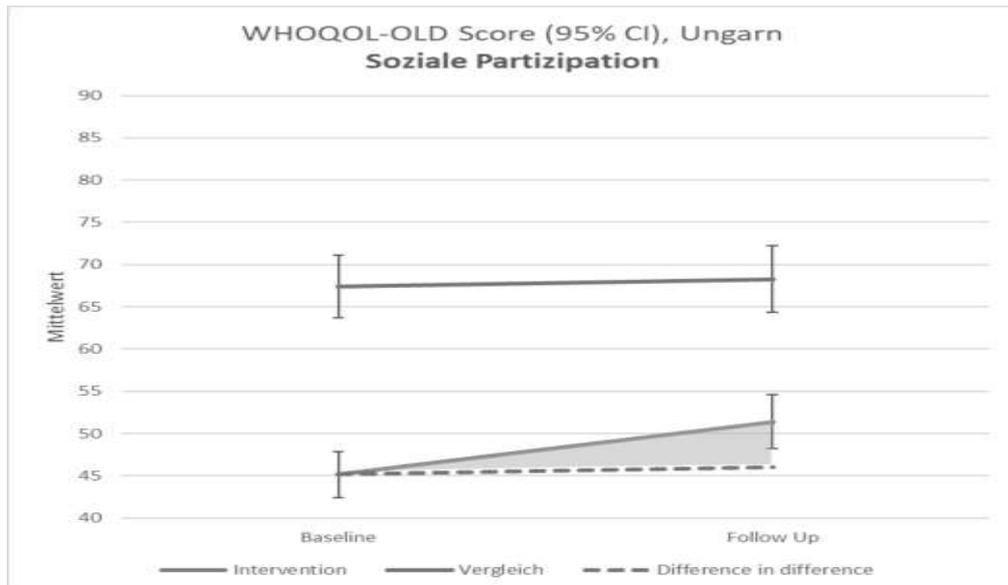


Schaubild 46: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Soziale Partizipation“, Ungarn



Allerdings verbessert sich die Einschätzung zu den jeweiligen Items in Ungarn deutlich in der AFR-Gruppe (Schaubild 44), was sich dementsprechend auch in einer positiven

Entwicklung des Domänen-Scores widerspiegelt (Schaubild 46). Auch in Österreich ist das „Differenz-von-Differenzen“-Ergebnis zwischen AFR- und Vergleichsgruppe positiv, was teils einer leichten Verbesserung des Domänen-Scores in der AFR-Gruppe, aber auch einer Verschlechterung des Domänen-Scores in der Vergleichsgruppe zuzusprechen ist (siehe Schaubild 45). Auch hier liegt die Veränderung allerdings außerhalb des statistischen Signifikanzbereichs.

3.3.6 WHOQOL-OLD – Domäne 5: Tod und Sterben

Auf die Zielgruppe von Menschen zugeschnitten, die sich in einem fortgeschrittenen Lebensabschnitt befinden, ist auch die Domäne „Tod und Sterben“ des WHOQOL-OLD. In dieser Domäne befinden sich abermals vier Items, die sich mit Sorgen über und Angst vorm Sterben befassen, sowie mit damit verbundenen Schmerzen. Eine ganz überwiegend positive Einschätzung lässt sich diesbezüglich sowohl in der AFR-Gruppe als auch der Vergleichsgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten in Österreich feststellen (Schaubild 47), wobei lediglich das Item zur Angst vor möglichen mit dem Sterben einhergehenden Schmerzen vermehrt negative Antworten erhält.

Schaubild 47: WHOQOL-OLD – Items „Tod und Sterben“, Österreich

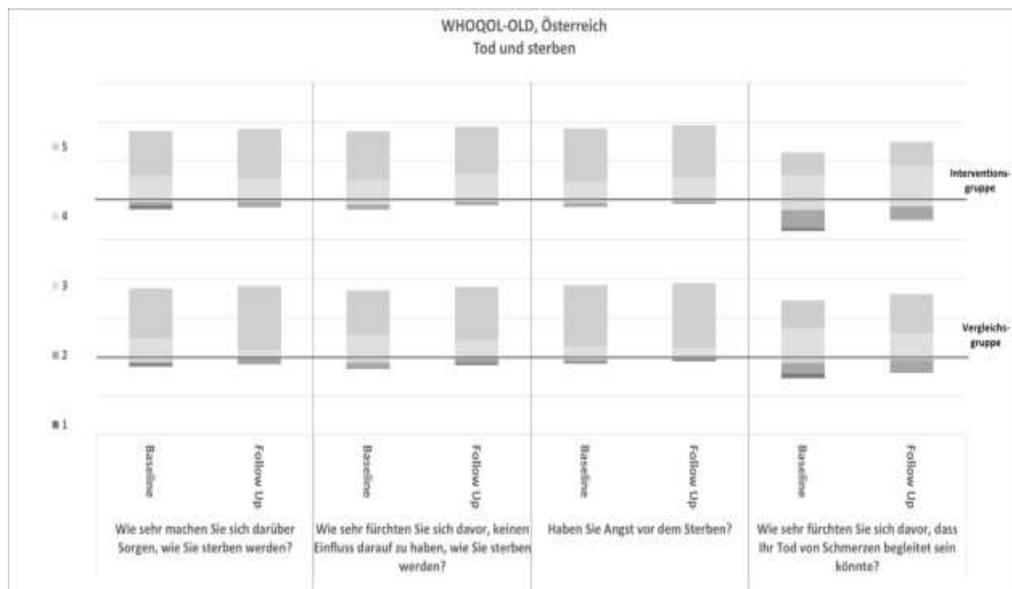
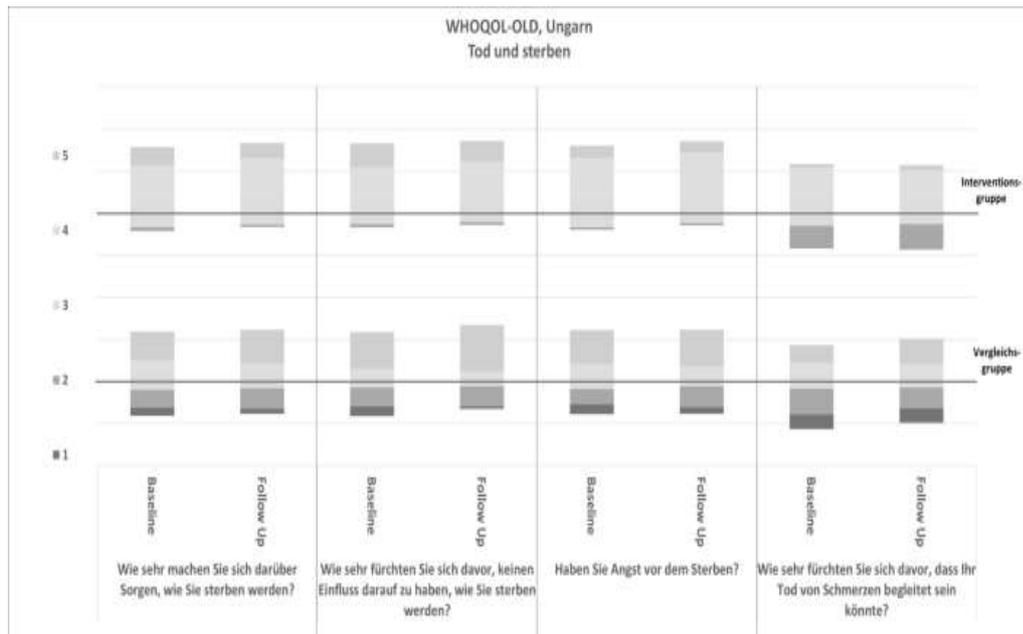


Schaubild 48: WHOQOL-OLD – Items „Tod und Sterben“, Ungarn



In Ungarn zeigt sich demgegenüber eine tendenziell negativere Einstellung der Personen der Vergleichsgruppe, wobei auch hier, wie auch in der ungarischen AFR-Gruppe, die Angst vor Schmerzen, die den Sterbeprozess begleiten, am stärksten negativ beurteilt wird (siehe Schaubild 48).

Dementsprechend liegt der Domänen-Score der ungarischen Vergleichsgruppe auch unterhalb des Scores der AFR-Gruppe zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung (siehe Schaubild 50). Während sich die Einstellungen zum Thema Tod und Sterben in der ungarischen Vergleichsgruppe jedoch im Zeitablauf verbessern, bleiben diese in der AFR-Gruppe fast unverändert (siehe Schaubild 50). In Österreich liegen die Domänen-Scores beider Gruppen relativ eng beieinander zum Zeitpunkt der Baseline Erhebung, und eine marginal bessere Entwicklung in der Vergleichsgruppe führt auch hier zu einem negativen „Differenz-von-Differenzen“-Ergebnis zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung (siehe Schaubild 50). Auch hier sind die Ergebnisse jedoch nicht belastbar, da sie sich nicht im statistischen Signifikanzbereich bewegen.

Schaubild 49: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Tod und Sterben“, Österreich

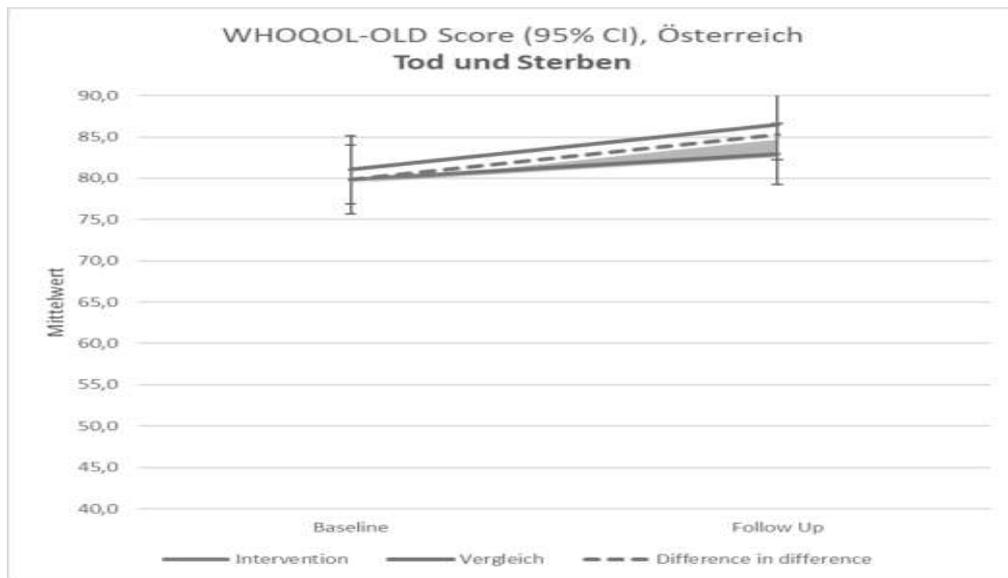
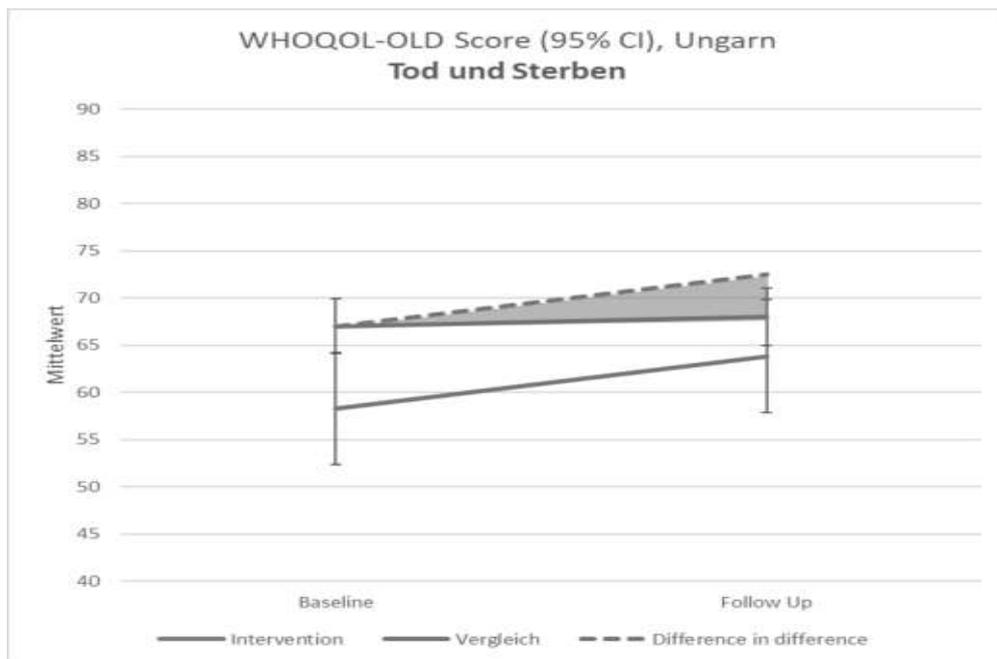


Schaubild 50: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Tod und Sterben“, Ungarn



3.3.7 WHOQOL-OLD – Domäne 6: Intimität

Als letzte der sechs Domänen des WHOQOL-OLD, soll hier noch die Domäne Intimität besprochen werden. Zu dieser Domäne gehören vier Items, die sich mit Fragen zum Gefühl von Gemeinschaft sowie dem Erfahren und dem Geben von Liebe beschäftigen.

Schaubild 51: WHOQOL-OLD – Items „Intimität“, Österreich

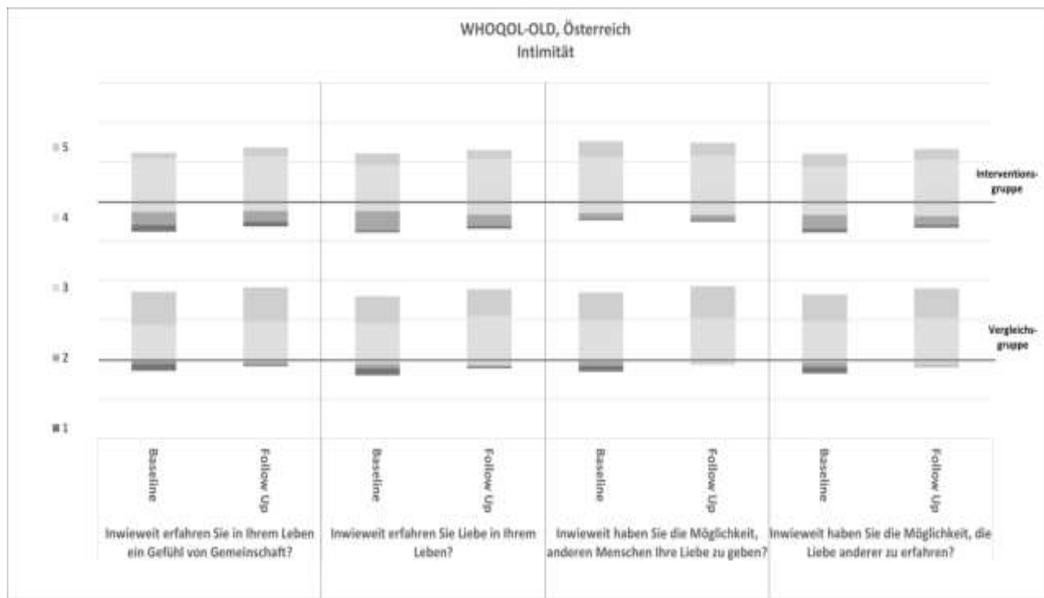
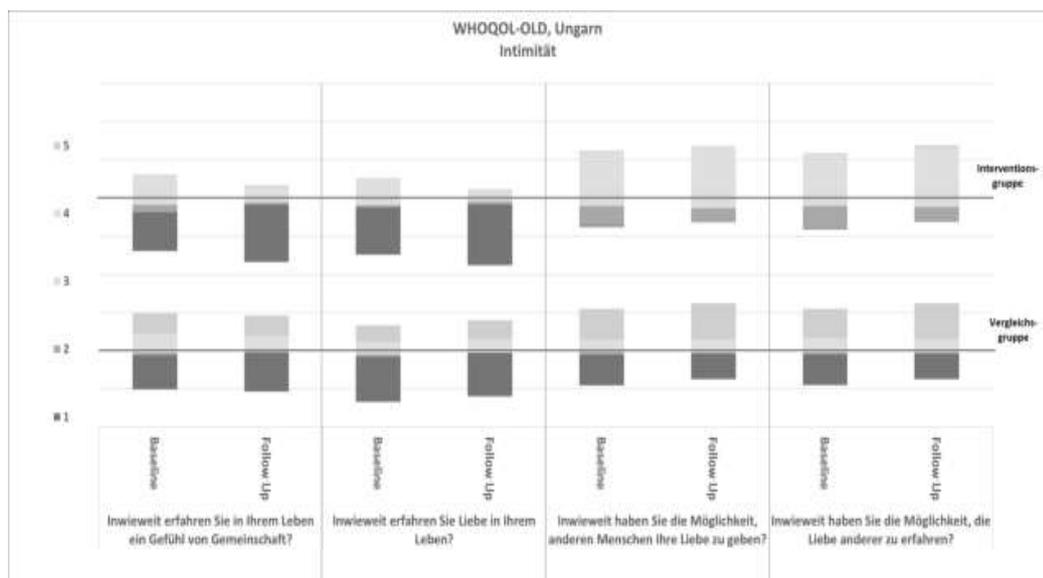


Schaubild 52: WHOQOL-OLD – Items „Intimität“, Ungarn



Im Vergleich beider Länder zeigt sich hier der wohl deutlichste Unterschied im Antwortverhalten der Befragten (Schaubild 51 und Schaubild 52). Während die Antworten in Österreich, sowohl in den AFR- als auch Vergleichsgruppen tendenziell eher in den positiven Bereich fallen (Schaubild 51), zeigt sich ein ganz dominant negatives Ergebnis, insbesondere zu den ersten beiden Items, in Ungarn (Schaubild 52). Auch hier ist das Ergebnis konsistent zwischen AFR- und Vergleichsgruppe.

Schaubild 53: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Intimität“, Österreich

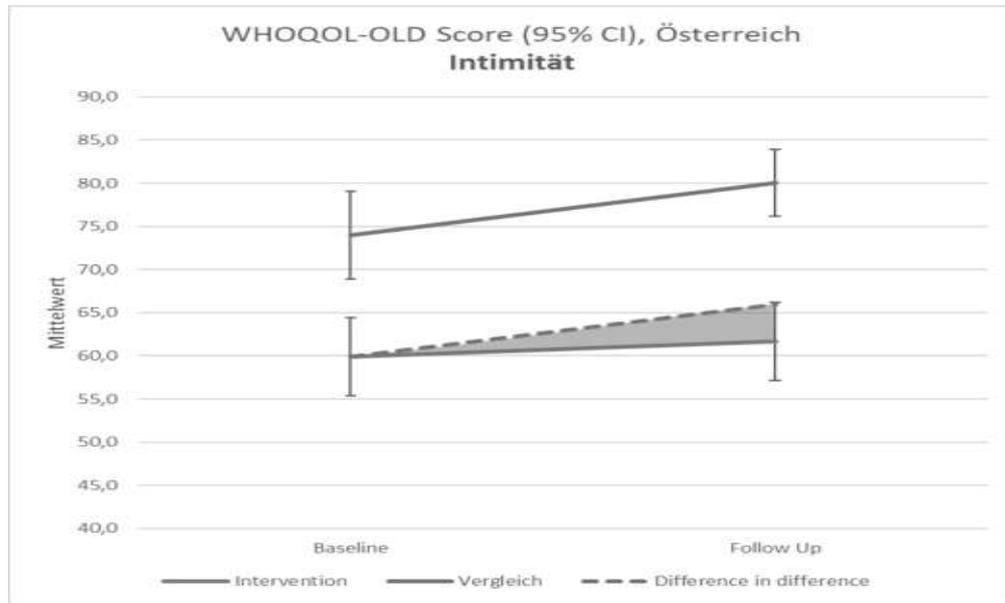
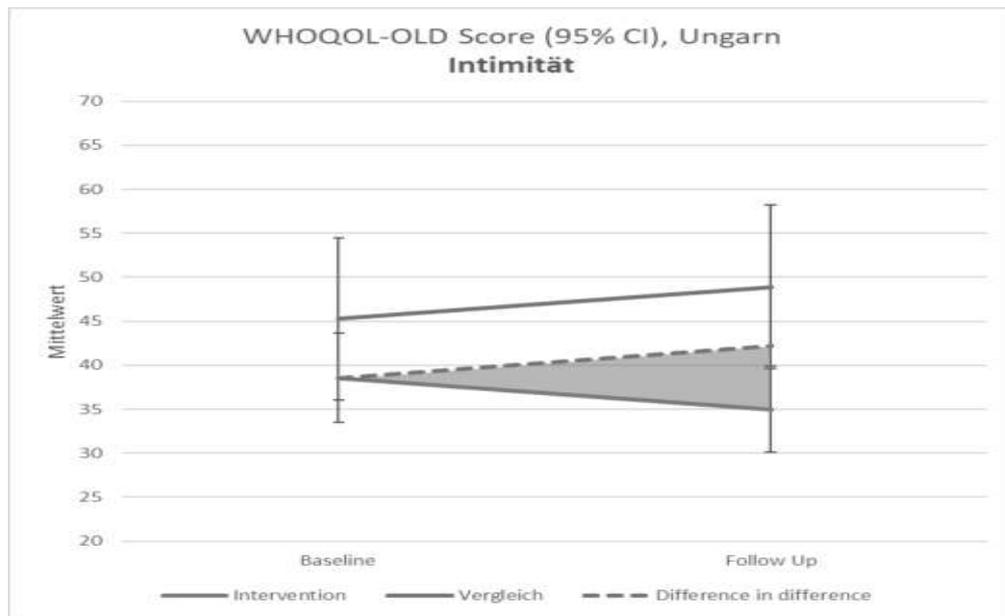


Schaubild 54: WHOQOL-OLD – Domänen-Score „Intimität“, Ungarn



Die Domänen-Scores in beiden Ländern (siehe Schaubild 53 und Schaubild 54) zeichnen ein eher negatives Bild, wobei sich die Einstellungen in der österreichischen AFR-Gruppe nur marginal und somit weniger ausgeprägt wie in der Vergleichsgruppe verbessern, und in Ungarn sogar zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung verschlechtert haben.

Insgesamt ist in Bezug auf den WHO-QOL-Old zu konstatieren, dass die hier dargestellten Ergebnisse, im Gegensatz zu den beiden zuvor besprochenen Instrumenten (EQ-5D und WHOQOL-BREF), ein eher gemischtes Bild zeichnen. Während der Gesamtscore in beiden Ländern zum Zeitpunkt der Follow-up-Befragung zwar in der AFR-Gruppe ansteigend ist, so spiegelt sich dieser Anstieg jedoch vollständig in den jeweiligen Vergleichsgruppen, was somit zu einer marginal, nicht signifikanten, negativen Differenz-von-Differenzen in beiden Ländern führt.

Aufgeschlüsselt nach Domänen zeigt sich ein positives Bild in Österreich für die Domänen „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“ sowie „Soziale Partizipation“, während letztere Domäne auch in Ungarn ein positives Ergebnis erzielt. Die hier dargestellten Ergebnisse fallen jedoch grundsätzlich nicht in den statistischen Signifikanzbereich, weshalb Aussagen zur Effektivität der Intervention auf Grundlage der hier dargestellten Ergebnisse und der schon zuvor besprochenen Einschränkungen der Evaluation nicht möglich sind.

4 Diskussion

AFR Klientinnen und Klienten wurden zu Beginn des Case Management sowie 6 bis 8 Monate später über ihre Lebensqualität und andere Faktoren befragt. Parallel dazu wurden ältere Personen in den jeweiligen Projektregionen, die kein AFR Case und Care Management erhielten, als Vergleichsgruppe in die Evaluation mit einbezogen. Die Antworten dieser beiden Gruppen wurden im Anschluss miteinander verglichen. Die Vergleichsgruppen in beiden Ländern bewerten zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene sowie allgemeine Lebensqualität grundsätzlich höher, und in beiden Gruppen ist die wahrgenommene Lebensqualität in der Zeitperiode zwischen Baseline und Follow-up zumindest gleichgeblieben, wenn nicht besser geworden. Dieser Anstieg ist jedoch unter den AFR Klientinnen und Klienten in vielen Bereichen größer, wenn auch zumeist nicht statistisch signifikant.

- **EQ-5D-5L:** Zeigt eine geringfügige und nicht statistisch signifikante Steigerung der wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Vergleich zur Vergleichsgruppe (sowohl bei den EQ-5D-5L-Indexwerten als auch bei der visuellen Analog-Skala) in Österreich und Ungarn.
- **WHOQOL-BREF:** Die Selbstwahrnehmung der AFR Klientinnen und Klienten hat sich gegenüber der Vergleichsgruppe in folgenden drei von vier Domänen positiv verändert: Physische Gesundheit, physische Gesundheit und Umwelt. In Ungarn war dieser positive Unterschied statistisch signifikant, in Österreich war er nicht statistisch signifikant. Keinen Unterschied gab es bei den sozialen Beziehungen, wenngleich sich die Selbstwahrnehmung in beiden Gruppen verbesserte.
- **WHOQOL-OLD:** Der WHOQOL-OLD-Gesamtscore zwischen AFR Klientinnen und Klienten sowie den Vergleichsgruppen steigt fast parallel an und ergibt damit keinen nennenswerten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Ergebnisse in den jeweiligen Domänen des WHOQOL-OLD sind gemischt, jedoch grundsätzlich auch außerhalb des statistischen Signifikanzbereichs.

Die durchaus positiven Resultate der vorhergehenden Kapitel sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da das nicht-experimentelle Evaluationsdesign Verzerrungen in den Ergebnissen wahrscheinlich macht. Bei der vorliegenden Evaluation sollten daher einige Vorbehalte unbedingt berücksichtigt werden. Hierzu gehören unter anderem folgende:

Das Evaluationsdesign war nicht experimentell, da es hiergegen neben einer Reihe pragmatischer Gründe auch ethische Vorbehalte gab. Dies spiegelt sich insbesondere in folgenden Punkten wider:

- Die Auswahl der Vergleichspersonen wurde durch die Projektpartner getroffen und ist somit weder randomisiert oder gar repräsentativ.
- Abgesehen von Mindestalter und Pflegebedürftigkeit wurden keine weiteren Einschlusskriterien definiert, weshalb die jeweiligen AFR- und Vergleichsgruppen nicht ausreichend kontrolliert waren.
- Erwartungsgemäß führte dies zu erheblicher Heterogenität sowohl innerhalb als auch zwischen den jeweiligen Gruppen, was sowohl soziodemografische als auch gesundheitsbezogene Charakteristika angeht. Diese Unterschiede beeinflussen auch die Ergebnisse der Evaluation, wodurch diese durchaus Hinweise auf die Effektivität der Intervention geben, aber keine eindeutige Kausalität nachweisen können.
- Die Evaluation war nicht verblindet, weshalb auch diesbezüglich Verzerrungen bei den Ergebnissen zu erwarten waren.
 - Ein Ankereffekt könnte z.B. vorliegen, wenn ein in der ersten Befragung abgegebenes positives oder negatives Urteil auch die zweite Befragung beeinflusst sowohl beim Interviewer als auch dem / der Befragten.
 - Im Gegenzug dazu könnte auch die Erwartungshaltung entstehen, dass das Pilotprojekt einen positiven Effekt hat und wahrgenommene Veränderungen diesem zugeordnet werden, auch wenn dies nach objektiven Maßstäben nicht der Fall ist, etc.

Bei den Antworten der Befragung handelt es sich darüber hinaus um die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung von Einzelpersonen und nicht um objektiv gewonnene Sachverhalte. Ziel ist es jedoch, diese im weiteren Verlauf der begleitenden Evaluation mit anderen Projektdaten (etwa der Evaluation aus der Perspektive der Akteure) in Beziehung zu setzen, um hierdurch besser belastbare Resultate zu generieren.

Die laufende Rekrutierung sowie die festgesetzte Zeitspanne von circa sechs bis acht Monaten zwischen den Befragungspunkten führte außerdem dazu, dass Individuen jeweils zu unterschiedlichen Jahreszeiten befragt wurden. Daher können etwaige jahreszeitliche Schwankungen der Wahrnehmung nicht ausgeschlossen werden. Das gilt sowohl für die AFR Klientinnen als auch für die Personen in der Vergleichsgruppe.

Zusätzlich trägt ein erhebliches Ausscheiden von befragten Personen, das sich auch unterschiedlich stark auf die jeweiligen Gruppen der Studie auswirkte, vermutlich zusätzlich zu Verzerrungen bei den Ergebnissen der Evaluation bei.

Ohne direkt nach kausalen Veränderungen durch das AFR Projekt zu fragen, gab es schließlich immer wieder Beobachtungen, bei denen Personen direkten Bezug auf das Projekt nahmen. Kausale Aussagen sind mit Vorsicht zu rezipieren.

Wegen dieser und gegebenenfalls weiterer Vorbehalte sind die Ergebnisse dieser Befragungen jedenfalls mit Vorsicht zu interpretieren und eine weitere Triangulierung mittels anderer Methoden im Rahmen dieses Projektes sehr wünschenswert.

Jedoch ist auch hervorzuheben, dass ein besser kontrolliertes Studiendesign aus mehreren Gründen als nicht durchführbar erachtet wurde. So handelt es sich bei dem im Rahmen dieses Projektes implementierten CMM um eine Intervention, die eine Reihe unterschiedlicher Folgeleistungen nach sich ziehen kann. Dementsprechend ist das CMM als „Komplexe Intervention“ zu bezeichnen, und die generelle Durchführbarkeit experimenteller Studien für komplexe Interventionen wird in einer Reihe von wissenschaftlichen Publikationen als nicht unkritisch betrachtet. (vgl. hierzu z.B. Craig et al., 2008). Zu den Gründen zählen etwa Probleme bei der experimentellen Zuordnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Schwierigkeiten bei der Verblindung sowohl der befragten Personen als auch des Studienpersonals, schwer zu definierende experimentelle Variablen sowie multiple zu erwartende Interventionseffekte, die auch zeitverzögert eintreten können, und generell unzureichende Mittel für groß angelegte experimentelle Studien, etc. (vgl. hierzu z.B. Kahlert & Boehler, in press).

Darüber hinaus wurde das CMM sowohl in Ungarn als auch in Österreich in ganz überwiegend ländlichen Regionen eingeführt. Striktere Auswahlkriterien bei der Selektion von Klientinnen und Klienten hätte die Durchführbarkeit der Evaluation als solche infrage gestellt, da dann mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ausreichend Personen hätten rekrutiert werden können.

Nicht zuletzt ist auch zu erwähnen, dass sich die Projektpartner auch aus ethischen Gründen ganz überwiegend gegen ein experimentelles Studiendesign mit randomisierter Interventions- und Kontrollgruppe ausgesprochen haben, da man potentiellen Klientinnen und Klienten nicht die erwarteten Vorteile des CMM vorenthalten wollte.

5 Fazit

Die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene und allgemeine Lebensqualität der AFR Klientinnen und Klienten erfuhr durch Age-friendly Region insgesamt eine positive Veränderung im Vergleich zu Personen, die kein AFR Case & Care Management erhielten.

Jedoch sollten die Resultate vorsichtig interpretiert werden, da das nicht-experimentelle Evaluationsdesign unter anderem zu Unterschieden zwischen den AFR Klientinnen und Klienten sowie den jeweiligen Vergleichsgruppen führte und daher Verzerrungen möglich sind, was im Endeffekt die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten erheblich einschränkt. Aussagen zur Effektivität des AFR Case und Care Management sind daher auf Basis dieser Erhebung als indikativ zu bewerten. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Case & Care Management Intervention im Rahmen dieses Projektes lediglich einen kleinen Beitrag zur Gestaltung individueller Pflegearrangements leisten konnte. Eine wesentliche Funktion der Intervention bestand nicht zuletzt darin, bestehende Lücken der Pflege-Infrastruktur im ländlichen Raum zu identifizieren und mögliche Verbesserungen anzuregen.

Kombiniert mit den Ergebnissen des zweiten Evaluationsberichts über Akteurinnen und Akteure, können trotzdem durchaus positive Aspekte und Wirkungen vom AFR Case und Care Management in den Grenzregionen festgehalten werden.

6 Bibliographie

Craig, P, Dieppe, P, Macintyre, S, Michie, S, Nazareth, I, & Petticrew, M (2008). Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.

EQ-5D-5L User Guide. Version 3.0 (updated September 2019). https://euroqol.org/wp-content/uploads/2019/09/EQ-5D-5L-English-User-Guide_version-3.0-Sept-2019-secured.pdf. Abruf am 29.11.2019.

EQ-5D-5L Valuation, Crosswalk Index Value Calculator. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/valuation-standard-value-sets/crosswalk-index-value-calculator/> Abruf am 29.11.2019.

Carifio, J & Perla, RJ (2007). Ten Common Misunderstandings, Misconceptions, Persistent Myths and Urban Legends about Likert Scales and Likert Response Formats and their Antidotes. *Journal of Social Sciences* 2007(3.3): 106-116. doi: 10.3844/jssp.2007.106.116

Case und Care Management für ältere Menschen. Regionales Modell Oststeiermark. Umgesetzt von Chance B Gruppe (Gleisdorf) im Interreg-Projekt Age-friendly Region (2018-2019), Version 1.0 vom 29. 01. 2019.

Kahlert, R, Boehler, B: Counterfactual impact evaluation and evidence-based policy making— Alberto Martini’s challenges revisited and applied to digital solutions for health and care in Europe, *Evaluation Review* (in press).

van Hout B, Janssen MF, Feng YS, Kohlmann T, Busschbach J, Golicki D, Lloyd A, Scalone L, Kind P, Pickard AS (2012). Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value Health*. 2012 Jul-Aug;15(5):708-15. doi: 10.1016/j.jval.2012.02.008. Epub 2012 May 24.

WHOQOL-OLD Manual (2006). World Health Organization, European Office (Copenhagen). https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1, Abruf am 29.11.2019.

WHOQOL User Manual. (1998, 2012). Programme on Mental Health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Abruf am 29.11.2019.

7 Anhänge

7.1 EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala: Ergebnisse nach Geschlecht

Schaubild 55: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Österreich, männlich

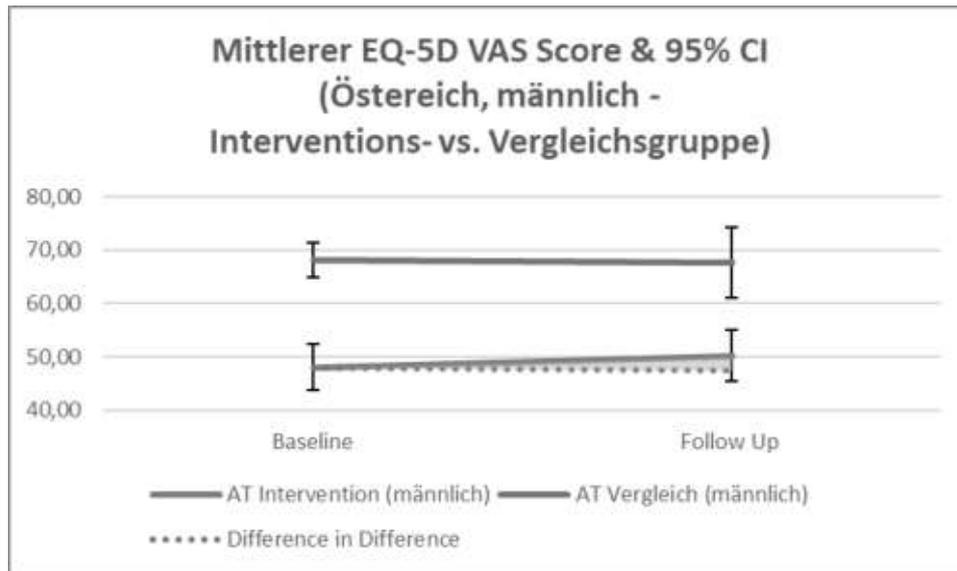


Schaubild 56: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Österreich, weiblich

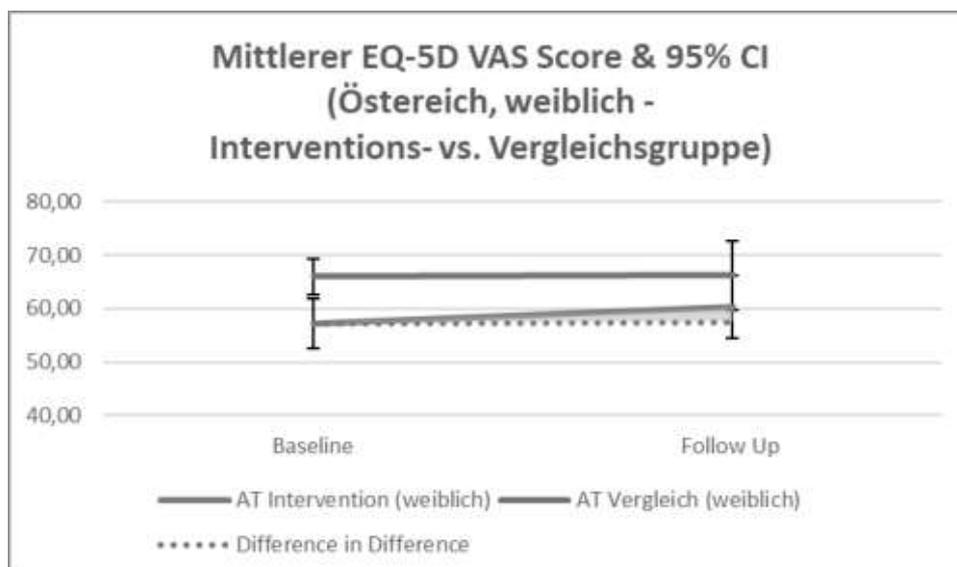


Schaubild 57: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Ungarn, männlich

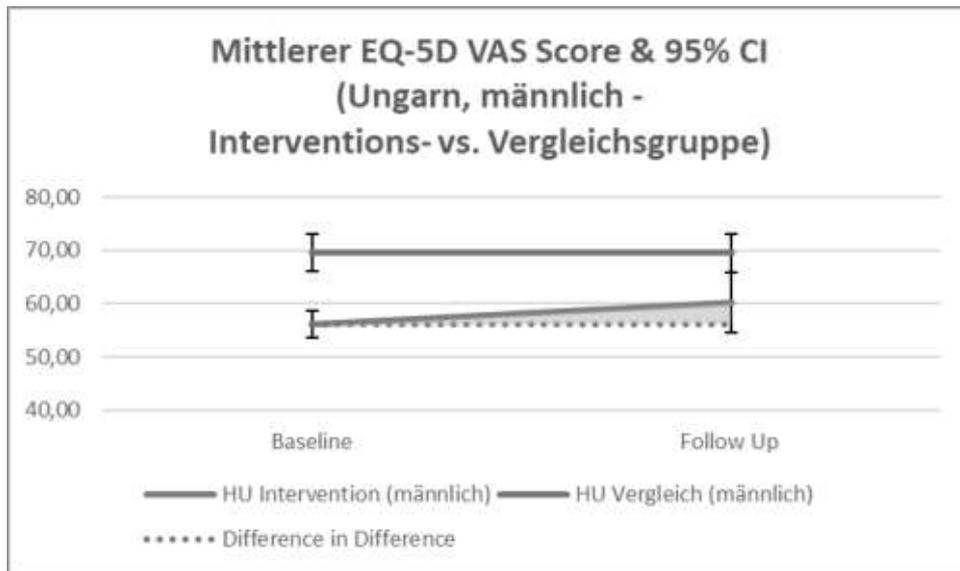
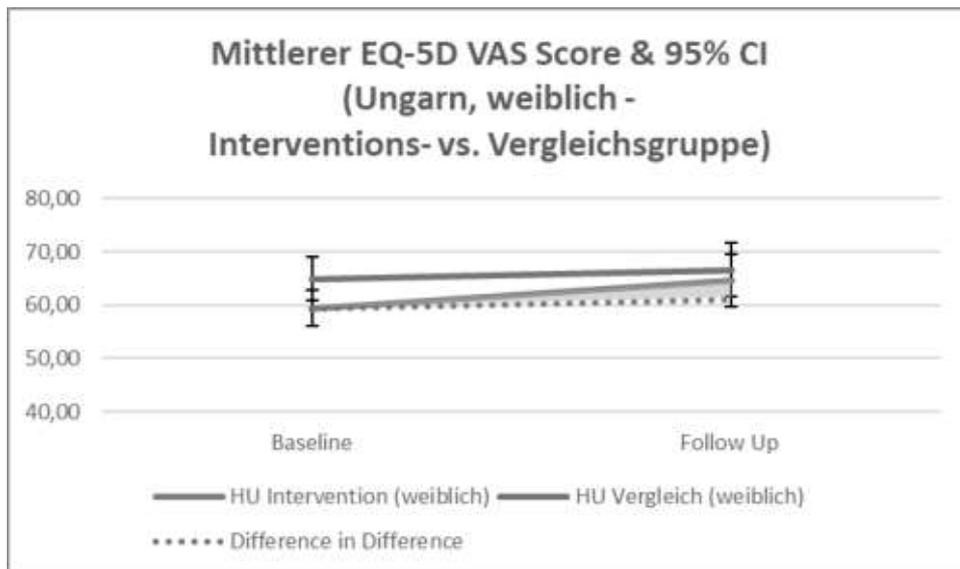


Schaubild 58: EQ-5D-5L Visuelle Analog-Skala (EQ-VAS) – Ungarn, weiblich



7.2 EQ-5D-5L-Indexwerte: Ergebnisse nach Geschlecht

Schaubild 59: EQ-5D-5L Indexwerte – Österreich, männlich

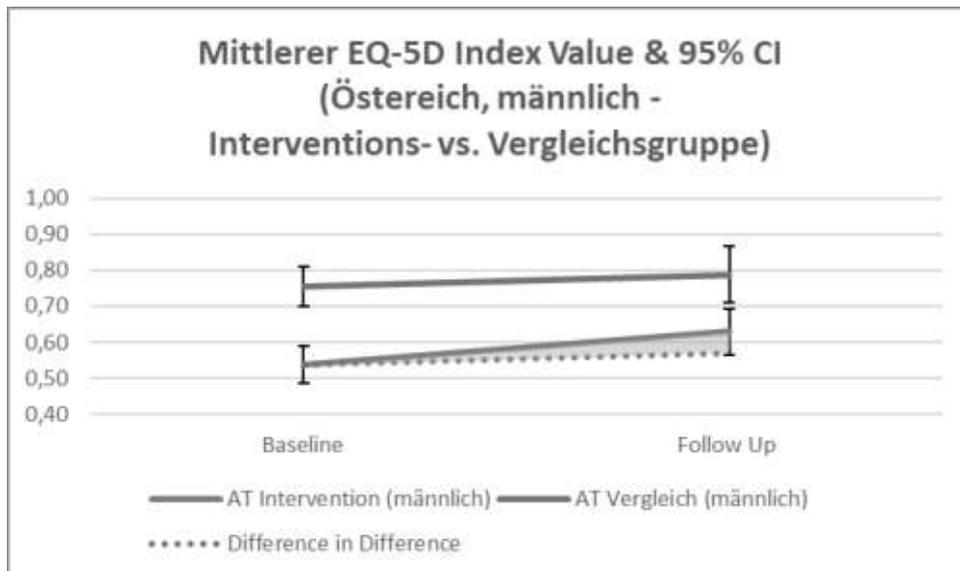


Schaubild 60: EQ-5D-5L Indexwerte – Österreich, weiblich

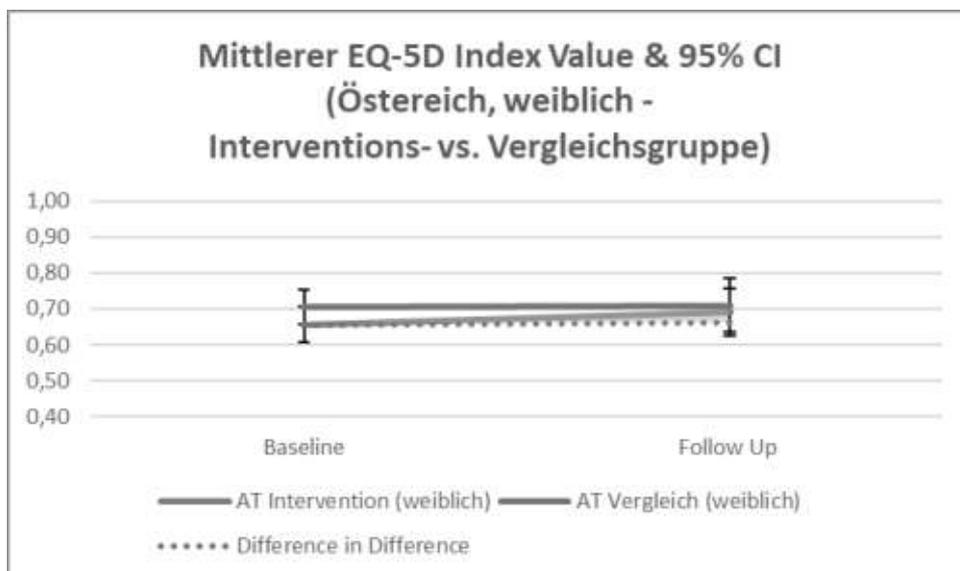


Schaubild 61: EQ-5D-5L Indexwerte - Ungarn, männlich

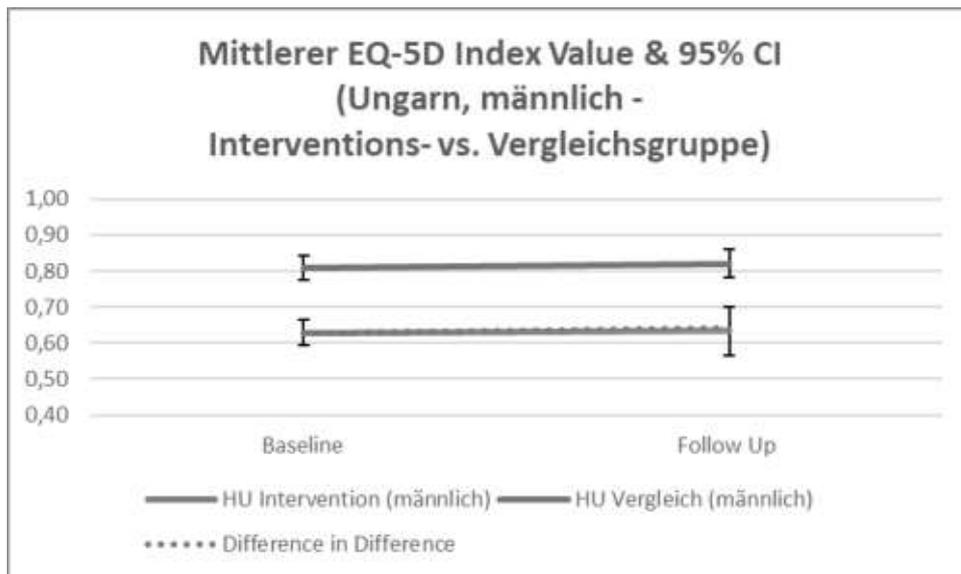


Schaubild 62: EQ-5D-5L Indexwerte - Ungarn, weiblich

