

Konsortialführung:	mamedicon GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF17048
Akronym:	VeMaWuRLP
Projekttitel:	VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Autoren:	Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG), HWG Ludwigshafen: Projektleitung im IMÖVG: Prof. Dr. Elke Raum Prof. Dr. Manfred Erbsland Projektmitarbeiterinnen: Maike Scheipers, Leonore Köhler, Karoline Haag
Förderzeitraum:	1. Mai 2018 – 30. April 2022

Inhaltverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	5
II.	Abbildungsverzeichnis	5
III.	Tabellenverzeichnis.....	6
1	Ziele der Evaluation	9
1.1	Ausgangslage.....	9
1.2	Darstellung der Intervention.....	9
1.3	Zielgruppe der Versorgung.....	10
1.4	Ziele der Evaluation.....	10
2	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	13
2.1	Quantitative Evaluation.....	13
2.1.1	Studiendesign	13
2.1.2	Ein- und Ausschlusskriterien	13
2.1.3	Fallzahlberechnung	14
2.1.4	Datenerhebung	14
2.1.4.1	Durchführung der Datenerhebung und Erhebungsinstrumente.....	14
2.1.4.2	Zielgrößen	16
2.1.5	Auswertungsstrategie	18
2.2	Gesundheitsökonomische Evaluation	19
2.3	Qualitative Evaluation	22
2.3.1	Einführung.....	22
2.3.2	Rekonstruktion von Wirkannahmen	26

2.3.2.1	Methodische Zugänge.....	26
2.3.2.2	Beschreibung Aktivitäten Versorgungsmanagement.....	27
2.3.2.3	Reflexion der Wirkannahmen aus verschiedenen Perspektiven.....	28
2.3.2.4	Theoretischer Hintergrund	29
2.3.3	Erhebungsmethoden und Datenquellen.....	29
2.3.3.1	Erhebungsinstrumente	29
2.3.3.2	Leitfaden, Dimensionen	30
2.3.3.3	Selektionsverfahren	31
2.3.4	Auswertung und Analyse der Daten	34
2.3.5	Pseudonymisierung und Datenschutz.....	34
2.4	Qualitätssicherung	35
2.5	Anpassungen im Evaluationskonzept.....	36
3	Ergebnisse der Evaluation.....	36
3.1	Quantitative Evaluation.....	36
3.1.1	Fallzahl und Drop-outs	36
3.1.2	Mortalität	39
3.1.3	Baseline Charakteristika der Studienpopulation	39
3.1.3.1	Soziodemographie und Lebensstil.....	39
3.1.3.2	Komorbidität	41
3.1.3.3	Charakterisierung chronische Wunden	42
3.1.4	Zielgröße: Wundheilung.....	44
3.1.4.1	Heilungsrate (Wundverschluss).....	44
3.1.4.2	Subgruppenanalyse zur Heilungsrate nach Wundart.....	45
3.1.4.3	Weitere Analysen zur Wundheilung.....	46
3.1.5	Zielgröße: Amputationen	47
3.1.6	Zielgröße: Krankenhausaufenthalte.....	47
3.1.6.1	Wundbezogene Krankenhausaufenthalte insgesamt.....	47
3.1.6.2	Krankenhaustage insgesamt.....	50
3.1.7	Zielgröße: Arbeitsunfähigkeit.....	51
3.1.8	Zielgröße: Lebensqualität.....	51
3.1.8.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des EQ-5D-5L.....	51
3.1.8.2	Indikationsspezifische Lebensqualität anhand des Wund-QoL17	52
3.1.8.3	Weitere Analysen zur wundspezifischen Lebensqualität	54
3.1.8.4	Belastung durch vorhandene Wunden: Betrachtung der Einzelitems	56
3.1.8.5	Beeinträchtigung durch Schmerzen.....	56
3.1.9	Zielgrößen: Angst und und Depression.....	57
3.1.10	Verzerrungsrisiken.....	59

3.2	Gesundheitsökonomische Evaluation	60
3.2.1	Beschreibung der Auswertungspopulation.....	60
3.2.2	Aufgewandte Kosten	61
3.2.2.1	Stationäre Versorgung im Krankenhaus	61
3.2.2.2	Ambulante Kosten	61
3.2.2.3	Interventionskosten des Fallmanagements.....	63
3.2.3	Inkrementelle Kosten-Nutzwert Relation (ICER).....	64
3.2.3.1	Heilungsrate	64
3.2.3.2	Lebensqualität.....	68
3.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	71
3.3	Qualitative Evaluation	71
3.3.1	Programmbedingungen	71
3.3.1.1	Kontext.....	71
3.3.1.2	Struktur - Vernetzung	72
3.3.1.3	Incomes - Eingangsbedingungen der Studienpatient:innen.....	74
3.3.1.4	Inputs - Ressourcen des Projekts.....	74
3.3.2	Programmkonzept.....	80
3.3.2.1	Primäre Zielgruppe des Fallmanagements VeMaWuRLP:	80
3.3.2.2	Zentrale Elemente des Versorgungsmanagements VeMaWuRLP:.....	81
3.3.2.3	Erweiterte Zielgruppen – zielgruppenspezifische Resultatetreppen	83
3.3.2.4	Ziele des Versorgungsmanagements	90
3.3.3	Umsetzung Aktivitäten und Outputs.....	94
3.3.3.1	Arbeit mit dem Patient:innen im häuslichen Umfeld:.....	94
3.3.3.2	Versorgernetz nutzen und erweitern	96
3.3.3.3	Digitale Dokumentation.....	98
3.3.4	Resultate Outcomes	98
3.3.4.1	Wirkung auf den Alltag der Menschen mit chronischen Wunden	98
3.3.4.2	Wirkung auf lebenspraktische Fertigkeiten.....	100
3.3.4.3	Wirkung auf Gesundheitskompetenz	102
3.3.4.4	Wirkung auf Selbstpflegekompetenz (Können).....	105
3.3.4.5	Wirkung auf Motivation aktiv zu werden (etwas zu verändern).....	106
3.3.4.6	Motivation vs. Motivierung	108
3.3.4.7	Fallbeispiel Abblocker	109
3.3.4.8	Entwicklung chronische Wunde.....	112
3.3.4.9	Unterstützung durch Angehörige im häuslichen Umfeld:	112
3.3.4.10	Wirkungen auf die Zusammenarbeit der Versorger.....	113
4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	117

4.1	Quantitative Evaluation.....	117
4.2	Gesundheitsökonomische Evaluation (Kosten-Nutzen-Verhältnis).....	118
4.2.1	Heilungsrate als Nutzen	118
4.2.2	Lebensqualität als Nutzen	120
4.3	Qualitative Evaluation	121
4.4	Limitationen	123
4.5	Empfehlungen	124
5	Literaturverzeichnis	124
6	Anhang	128
7	Anlagen	128

I. Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
DFS	Diabetisches Fuß Syndrom
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung
EQ-VAS	Euro-QoL Visuelle Analogskala
FM	Fallmanagement
FU	Follow Up
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICER	Incremental Cost Effectiveness Ratio
IV	Integrierte Versorgung
95%-KI	95% Konfidenzintervall
LQ	Lebensqualität
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NYHA	New York Health Association, Schema zur Einteilung der Herzinsuffizienz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PPT	Powerpointpräsentation
QoL	Quality of Life
RCT	Randomized Controlled Trial
RLP	Rheinland-Pfalz
SOP	Standard Operating Procedure
UC	Usual Care

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenlinkage über die Vertrauensstelle	21
Abbildung 2: Programmbaum Univation (Beywl & Niestroj, 2009).....	24
Abbildung 3: Qualitatives Evaluationsdesign im Überblick	25
Abbildung 4: Darstellung der Interviewteilnahme.....	32
Abbildung 5: Flussdiagramm VeMaWuRLP Stichprobe	38
Abbildung 6: Mortalitäts- und Überlebensraten nach Behandlungsart (n = 151).....	39
Abbildung 7: Anteil der Patient:innen ohne Wunde nach Gruppe und Follow Up.	44
Abbildung 8: Verteilung der Wundarten bei Einschluss nach Behandlungsart.	45

Abbildung 9: Kumulierter Anteil abgeheilten Wunden über die Beobachtungszeit nach Behandlungsart.	47
Abbildung 10: Verteilung der wundbezogene Krankenhaustage insgesamt nach Behandlungsart.	48
Abbildung 11: Anteil der Patient:innen mit wundbezogenen Krankenhaustagen nach Behandlungsart, aufgerundete Werte.	48
Abbildung 12: Box-Plot der stationären Kosten für bekannten Wundstatus nach Follow Up 2 nach Behandlungsart (n = 44).	65
Abbildung 13: Box-Plot der Lebensqualität nach Follow Up 2 nach Behandlungsart für 30 Beobachtungen mit Kostendaten.	69
Abbildung 14: Resultatetreppe Darstellung Schmidt (2016) in Anlehnung an Univation	84
Abbildung 15: Resultatetreppe Multiplikatorzielgruppe Fallmanager:innen	85
Abbildung 16: Resultatetreppe Versorgungspartner regionaler Vernetzungsstrukturen	87
Abbildung 17: Resultatetreppe Patient:innen mit chronischen Wunden	89
Abbildung 18: Kaskadenprogramm VeMaWuRLP	90
Abbildung 19: Handzeichnung der gesundheitlichen Situation eines Patienten	104

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Instrumente Ärztlicher Erhebungsbogen zu den Messzeitpunkten	15
Tabelle 2: Instrumente Patientenfragebogen	15
Tabelle 3: Sekundäre Zielgrößen und ihre Operationalisierung	16
Tabelle 4: Übersicht einbezogener Kostenarten und Variablen	21
Tabelle 5: Expertinnen für explorative Gespräche Planungsphase	27
Tabelle 6: Erhebungszeiträume und Instrumente der qualitativen Evaluation	30
Tabelle 7: Themenbereiche qualitative Interviews mit den Patient:innen	30
Tabelle 8: Auswahl der Interviewpartnerinnen	31
Tabelle 9: Soll-Ist-Vergleich durchgeführte Befragungen	34
Tabelle 10: Verteilung der Rekrutierungen auf die verschiedenen Studieneinrichtungen	37
Tabelle 11: Baseline-Charakteristika der Fallmanagement- und Kontrollgruppe	40
Tabelle 12: Punktschätzungen nach Gruppen mit z- und p-Wert für den Gruppenvergleich	41
Tabelle 13: Baseline-Charakteristika Wunde und Lebensqualität nach Behandlungsart	43
Tabelle 14: Merkmale chronischer Wunden nach Wundart und Behandlungsform	44
Tabelle 15: Deskriptive Maße für die wundbezogenen Krankenhaustage nach Behandlungsart.	49
Tabelle 16: Zählmodell NB2 für die wundbezogenen Krankenhaustage mit prozentualer Veränderung in den erwarteten wundbezogenen Krankenhaustagen.	49
Tabelle 17: Betroffen von Arbeitsunfähigkeit im Jahreszeitraum nach Behandlungsart.	51
Tabelle 18: Mittlere Lebensqualität für die drei Messzeitpunkte (0, 1 u. 2) nach Behandlungsart, N = 95.	52

Tabelle 19: Anzahl der Beobachtungen, Median, Mittelwert und Standardabweichung für den Wund- QoL Summenwert aller Messzeitpunkte nach Behandlungsart.	53
Tabelle 20: Zweistichproben t-Test für den Wund-QoL nach Messzeitpunkt und Behandlungsart	54
Tabelle 21: Anzahl der Beobachtungen, Median, Mittelwert und Standardabweichung für die Subskalen des WundQoL nach Behandlungsart.	55
Tabelle 22. Anteil als kritisch definierter Belastung je Lebensbereich zu den Messzeitpunkten FU1 und FU2	56
Tabelle 23: Schmerzerleben und Schmerztherapie nach Behandlungsgruppe zu FU 1 und FU 2	57
Tabelle 24: Zusammengefasste Ergebnisse des Zwei-Stichproben-t-Tests für den HADS und seine zwei Subskalen Angst und Depression.	58
Tabelle 25: Cohen's d für die Ergebnisse der HADS.....	59
Tabelle 26: Matrix zum Verzerrungsrisiko (RoB) in Anlehnung an Cochrane.....	60
Tabelle 27: Häufigkeit, Kosten und Maßnahmen der Krankenhausaufenthalte mit Wundbehandlung nach Behandlungsform	61
Tabelle 28: Inanspruchnahme und Kosten in der ambulanten Versorgung incl. Häuslicher Krankenpflege, nach Behandlungsart	62
Tabelle 29: Deskriptive Maße nach Kostenarten und nach Behandlungsart.....	62
Tabelle 30: Deskriptive Maße für die ambulanten Kosten ohne und inklusive häuslicher Krankenpflege, nach Behandlungsart.	63
Tabelle 31: Aufstellung von Modulkosten und tatsächlich aufgewandten Kosten.	64
Tabelle 32: Deskriptive Maße für die Krankenhauskosten nach Behandlungsart.....	64
Tabelle 33: Deskriptive Maße zu den ambulanten Kosten ohne und mit häuslicher Krankenpflege.	65
Tabelle 34: Deskriptive Maße für die Behandlungskosten nach Behandlungsart, mit und ohne Extremwert in Usual care.....	66
Tabelle 35: Durchschnittliche Behandlungskosten (ohne Interventionskosten) pro Anteil (in %-Punkten) Personen ohne Wunde	66
Tabelle 36: Häufigkeiten der Interventionskosten für Patient:innen mit bekanntem Wundstatus Follow Up 2.	67
Tabelle 37: Durchschnittliche Behandlungskosten einschließlich der Interventionskosten pro Anteil Personen (in % Punkten) ohne Wunde.....	67
Tabelle 38: Durchschnittliche Behandlungskosten einschließlich der Interventionskosten und des Krankengeldes pro Anteil Person ohne Wunde.	68
Tabelle 39: Lebensqualität nach Behandlungsart nach Follow Up 2 für 30 Beobachtungen mit Kostendaten.	68
Tabelle 40: Behandlungskosten pro Kopf (ohne Interventionskosten) pro durchschnittlicher LQ ohne Berücksichtigung des Extremwertes bei Usual Care.....	69
Tabelle 41: Häufigkeiten der Interventionskosten für Patient:innen mit bekanntem Wert für die Lebensqualität bei Follow Up 2.	70
Tabelle 42: Behandlungskosten (mit Interventionskosten) pro Kopf pro LQ pro Kopf mit und ohne Berücksichtigung des Extremwertes bei Usual Care.....	70

Tabelle 43: Behandlungskosten (mit Interventionskosten und Krankengeld) pro Kopf pro LQ pro Kopf mit und ohne Berücksichtigung des Extremwertes bei Usual Care.	71
Tabelle 44: Berufliche Eingangsqualifikation, Angaben Online-Befragung Fallmanager:innen 2018.....	75
Tabelle 45: Wundspezifische Qualifikation, Angaben Online-Befragung Fallmanager:innen 2018.....	75
Tabelle 46: Weitere Fort- und Weiterbildungen der Fallmanager:innen	76
Tabelle 47: Impacts für die Multiplkatorenzielgruppe Fallmanager:innen	86
Tabelle 48: Impacts für die Zielgruppe Versorgungspartner regionaler Versprognungsstrukturen	88
Tabelle 49: Impacts für die Letztzielgruppe Patient:innen mit chronischen Wunden	89
Tabelle 50: Ziele - Multiplkatorenzielgruppe Fallmanager:innen	91
Tabelle 51: Ziele - Mittlerzielgruppe: Vernetzungspartner, regionale Vernetzungsstruktur). ..	92
Tabelle 52: Ziele - Letztzielgruppe: Patient:in mit chronischer Wunde (PAT)	93
Tabelle 53: FM Vorschlag zur "Motivation"	112
Tabelle 54: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis ohne Interventionskosten.....	118
Tabelle 55: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten	119
Tabelle 56: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld	119
Tabelle 57: Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnis ohne Interventionskosten.....	120
Tabelle 58: Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnis mit Interventionskosten.....	120
Tabelle 59: Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld .	121

1. Ziele der Evaluation

1.1 Ausgangslage

Nach Expertenschätzungen werden in Deutschland zwischen 400.000 und 1,8 Millionen Menschen mit schwer heilenden Wunden behandelt (Prävalenz 2,33%)(vgl. PMV, 2015; Heyer, 2016; Heyer et al, 2016; Dissemond, 2019). Für die betroffenen Patient:innen, ihre Angehörigen, und die versorgenden Ärzt:innen und Pflegenden stellen diese Wunden eine große Herausforderung dar. Aufgrund der chronischen, meist langjährigen Verläufe sind schwer heilende Wunden auch von hoher ökonomischer Bedeutung für das Gesundheitssystem. Die Kosten der Versorgung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) werden für Menschen mit einem Ulcus cruris beispielsweise auf 8.452 EUR bis 10.384 EUR jährlich geschätzt. Allein Arzneimittel und Medizinprodukte werden mit 1.646 EUR je Patient beziffert (vgl. Purwins et al, 2010; Augustin et al, 2014; Muller-Buhl et al, 2013).

Menschen mit diesem Krankheitsbild sind in der Regel multimorbide und werden über Jahre oft durch verschiedene Gesundheitseinrichtungen behandelt. Die Versorgungsforschung zu chronischen Wunden der letzten Jahren zeigt auf, wo in diesen Versorgungsprozessen Defizite bestehen. Auf Systemebene wird insbesondere auf eine unzureichende Kommunikation und organisatorischen Verbesserungsbedarf im Versorgungsbereich hingewiesen (vgl. Augustin et al, 2016). Die supportive Behandlung von ursächlichen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus oder Gefäßerkrankungen, wird oftmals vernachlässigt; Patient:innen mit Krankheitsrisiken für chronische Wunden bleiben zu lange ohne klare Diagnose und kausale Therapien. Die Erkenntnis, dass für die Behandlung eines einzelnen Patienten regelhaft mehrere ärztliche Disziplinen und weitere Berufsgruppen involviert sein müssen¹, findet nur langsam Umsetzung. Eine Kooperation interdisziplinär und sektorenübergreifend findet eher "zufällig" statt. Dabei zeigten bereits Studien, dass durch interprofessionelle Versorgung mit einem adäquaten Schnittstellenmanagement eine Verkürzung der Heilungszeit zu erreichen wäre (vgl. Gottrup, 2004; Harrison et al., 2005; Kjaer et al., 2005).

Ebenso mangelt es bei Risikopatient:innen an Wissen und Praxis zur Prävention. Das führt zu einem zu großen Problemen in der Versorgung der chronischen Wunden und zum anderen zu gesteigerten Rezidivhäufigkeiten (vgl. Maurer, 2016). Ansatzpunkte zur Verbesserung liegen besonders in einer patientenorientierten Ausrichtung der Versorgung: der Beteiligung der Patient:innen und ihre Befähigung zur wundheilungsfördernden Gestaltung des Lebensumfeldes, sowie einer Unterstützung der an der Pflege und Lebensgestaltung der Patient:innen beteiligten Personen.

Bei diesen Versorgungslücken setzt das Projekt VeMaWuRLP mit der Erprobung eines neuen Versorgungsmanagements an: interdisziplinäre Vernetzung der Leistungserbringer (haus- oder fachärztliche Versorgung, Physiotherapie, Podologie, Pflege), Fallmanagement und situationsspezifische individuelle Schulungen und Coaching der (Risiko-)Patient:innen und ihrer Zugehörigen.

1.2 Darstellung der Intervention

Das Fallmanagement für die Patient:innen erfolgt über maximal 6 Monate oder bis zum Verschluss der Wunde, falls dieser früher erreicht wird. Danach folgt die Begleitung der

¹ So versah bereits 2012 die S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“ die Notwendigkeit, multidisziplinärer, sektorenübergreifender Elemente integrierter Versorgung sinnvoll zu kombinieren mit Evidenzgrad B (vgl. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V., 2012).

Patient:innen im Sinne des präventiven Handelns mit ggf. weiteren edukativen Ansätzen über einen Zeitraum von weiteren 6 Monaten.

Nach der assesmentgestützten Eruiierung der Einschränkungen und Bedarfe wird die Pflegekraft als Fallmanager:in in Kooperation mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin und allen an der Versorgung beteiligten Akteuren Therapie, Wege und Ziele abstimmen. Durch zielorientierte Leistungen des Fallmanagements soll eine transparente und steuerbare Versorgungssituation zur erfolgreichen Wundbehandlung geschaffen werden. Die Fallmanager:innen sind dabei einbezogen in den Auf- und Ausbau regionaler Wundnetze. Ein verbesserter Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern soll eine optimierte Versorgung unterstützen.

Ziele und erforderliche Schulungseinheiten für die Patient:innen und ihre Angehörigen werden individuell vereinbart und durchgeführt. Die Patient:innen werden durch klare Information als aktive Therapiepartner:innen in die Behandlung einbezogen und können Mitverantwortung übernehmen (genauere Ausführungen siehe Ergebnisbericht, Kapitel 4).

1.3 Zielgruppe der Versorgung

Zielgruppe des Versorgungsmanagements Wunde sind gesetzlich Versicherte mit chronischen Wunden unterschiedlicher Krankheitsursache. Chronische Wunden wurden definiert als Wunden, die seit mehr als vier Wochen bestehen und keine Heilungstendenz aufweisen (Ein- und Ausschlusskriterien siehe 2.1.2).

1.4 Ziele der Evaluation

Ziel der wissenschaftlichen Evaluation war es, mit einem Mixed-Methods Ansatz die Effekte von Leistungen des Fallmanagements mit der bislang üblichen Versorgung zu vergleichen. Die Bewertung erfolgt anhand relevanter medizinisch-pflegerischer Parameter des Versorgungsergebnisses, der gemessenen Lebensqualität und der dafür aufgewandten Kosten seitens der Krankenkassen. Mit einer Analyse der konzeptionellen Grundlage und der Resultate der implementierten Intervention sollen wichtige Einsichten zur Interpretation der erhobenen Effekte und zur Umsetzbarkeit innerhalb bestehender Versorgungsstrukturen gewonnen werden.

Die spezifischen Fragestellungen der quantitativen Evaluation im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie stellten sich wie folgt dar:

Lassen sich durch die neue Versorgungsform bei Patienten mit chronischen Wunden die wesentlichen medizinischen, pflegerischen, patientenorientierten Zielparameter der Wundbehandlung und die Lebensqualität verbessern?

Die Endpunkte zum medizinisch-pflegerischen Ergebnis der Versorgung wurden wie folgt spezifiziert:

1. Fällt die Heilungsrate nach 12 Monaten mit Fallmanagement signifikant höher aus als in der Vergleichsgruppe (primärer Endpunkt)?
2. Kann durch Fallmanagement eine Eskalation insofern verhindert werden, dass in dieser Gruppe im Jahreszeitraum eine geringere Amputationsrate zu beobachten ist?
3. Kommt es mit dem Fallmanagement zu weniger wundbezogenen Krankenhauseinweisungen und zu weniger Krankenhausaufenthalten innerhalb eines Jahres insgesamt?
4. Werden bei erwerbstätigen Patient:innen mit Fallmanagement im Vergleich durchschnittlich weniger Tage der Arbeitsunfähigkeit berichtet?

Der Patientennutzen wird mit folgenden Fragestellungen betrachtet:

5. Zeigen Patient:innen mit Fallmanagement nach 12 Monaten eine höhere allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen über den EQ-5D-5L Index?
6. Wird die Belastung durch die chronische Wunde insgesamt oder in einzelnen Lebensbereichen reduziert, wenn die Patient:innen durch ein Fallmanagement unterstützt werden (krankheitsspezifische Lebensqualität)?
7. Ist in der Fallmanagementgruppe eine geringere Ausprägung von Depression und Angst gegenüber der Kontrollgruppe zu beobachten?

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war es, die Kosteneffizienz des Fallmanagements im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche eine Versorgung gemäß der Regelversorgung erhalten hat, zu prüfen. Hierzu wurde das inkrementelle Kosten-Nutzenverhältnis (ICER) benutzt, das wie folgt definiert ist:

$$ICER = \frac{\Delta K}{\Delta U} = \frac{K_{FM} - K_{UC}}{U_{FM} - U_{UC}},$$

*mit K_{FM} (Durchschnitts –) Kosten des Fallmanagements
 K_{UC} (Durchschnitts –) Kosten Usual Care
 U_{FM} (Durchschnitts –) Nutzen Fallmanagement und
 U_{UC} (Durchschnitts –) Nutzen Usual Care*

Folgende vier Fälle wurden betrachtet, wobei auch Fälle mit zurückgehendem Nutzen einbezogen wurden (vgl. Schöffski, 2012). In der Praxis werden die Fälle mit zurückgehendem Nutzen aber nicht berücksichtigt, d.h. die Fälle (2) und (4), (vgl. Schöffski, 2012).

- (1) $\Delta U > 0$ und $\Delta K < 0$
- (2) $\Delta U < 0$ und $\Delta K > 0$
- (3) $\Delta U > 0$ und $\Delta K > 0$
- (4) $\Delta U < 0$ und $\Delta K < 0$

Im Fall (1) ist die Intervention (FM) kosteneffizient gegenüber der Regelversorgung (UC), da der Nutzen zunimmt bei Abnahme der Kosten. Im Fall (2) geht der Nutzen bei steigenden Kosten zurück, so dass hier die Regelversorgung kosteneffizient ist. Im Fall (3) steigen sowohl der Nutzen als auch die Kosten an, d.h. die Intervention hat einen höheren Nutzen ist aber auch kostspieliger als die Regelversorgung. Hier muss ein Schwellenwert angegeben werden, d.h. der (Geld-) Betrag, den man maximal bereit ist aufzubringen, um eine zusätzliche Einheit an „Nutzen“ zu erhalten.²

Im Fall (4) gehen Nutzen und Kosten zurück, d.h. die Intervention besitzt einen geringeren Nutzen aber auch geringere Kosten als die Regelversorgung. Würde man in diesem Fall die Regelversorgung im Vergleich zur Intervention aufrechterhalten, dann geht das nur zu höheren Kosten im Vergleich zur Intervention. Je geringer der Nutzenentgang ist und je höher die Kosteneinsparungen ausfallen, desto eher wird man bereit sein, auf medizinischen Nutzen zu verzichten. Die eingesparten Kosten bzw. Ressourcen können dann in anderen Bereichen des Gesundheitssystems eingesetzt werden und zusätzlichen Nutzen stiften. „Auch medizinisch unterlegene Interventionen können demzufolge kosteneffektiv sein“ (Schöffski, 2012).

Das Ziel der qualitativen Evaluation war es, unter Einbezug von Kontextfaktoren und Hintergrundinformationen die Ergebnisse der RCT-Studie (Wundverschluss, weniger

² Zu den Schwellenwerten in unterschiedlichen Gesundheitssystemen siehe Schöffski et al., 2012.

Amputationen, weniger Behandlungskosten) in den Bezugsrahmen der Versorgung einzuordnen und Interpretationsansätze zu ermöglichen. Es sollen Informationen bereitgestellt werden, die Auskunft über Wirkungen geben, die durch eine Teilnahme an dem Fallmanagement für Menschen mit chronischen Wunden entfaltet werden können, wodurch diese Wirkungen entstehen und welche Bedingungen als förderlich oder hinderlich zu bezeichnen sind.

Durch die fortlaufende Beschäftigung mit dem Evaluationsgegenstand Versorgungsmanagement chronische Wunde (VeMaWuRLP) im Rahmen der qualitativen Evaluation wurde deutlich, dass es sich bei dem Vorhaben um einen Evaluationsgegenstand handelt, der sich durch seine hohe Komplexität, multiplen Anforderungen und Zugehörigkeiten, sowie teilweise diffusen Hierarchien im Projektaufbau auszeichnet.

Das namensgebende Versorgungsmanagement chronische Wunde RLP ist daher als ein intentional aufeinander bezogenes Bündel an Aktivitäten, Interventionen, Maßnahmen und Teilprojekten und damit in seiner Komplexität als *Programm* zu beschreiben (vgl. Schmidt, 2016).

Ziel der qualitativen Evaluation war es daher auch, handlungsrelevantes Wissen in Bezug auf die Konzeption und Umsetzung des Programms VeMaWuRLP und seine Wirkungen zu schaffen und Empfehlungen zu formulieren. Die qualitative Evaluation zeigt auf, inwiefern sich das Vorgehen bewährt hat und an welchen Stellen es Optimierungsbedarf gibt.

Im Rahmen der qualitativen Evaluation wird die Sicht auf die Erfahrungen der Menschen mit chronischen Wunden, die Einschätzung der Akteure der Versorgung und die Aktivitäten und Meinungen der Fallmanager:innen gelenkt. Es wird beschrieben, welche Resultate sich für die Fallmanagerin selbst, das Versorgernetz, sowie die Patient:innen einstellen und welche Optionen es zur Weiterentwicklung des Projekts gibt.

Folgende Fragestellungen sollten laut Antragstellung durch die Evaluation beantwortet werden:

1. Wirkungen bezogen auf die Netzwerkarbeit der Versorgungspartner:innen:
Wie effektiv und effizient³ unterstützt das Fallmanagement die angestrebte patientenorientierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Beteiligten?
2. Wirkungen bezogen auf die Verbesserung des Alltags der Patient:innen mit chronischen Wunden:
Wie erleben Patient:innen und ihr soziales Umfeld die Wundversorgung?
Inwieweit berichten die Betroffenen von Veränderungen in ihrem täglichen Leben durch die Wundversorgung?

Diese Fragen gingen mit der Schärfung des Konzepts, der Zielgruppen und einer Programmlogik, sowie Informationen zu den Bedingungen der Implementation des Programms, in übergeordnete Fragestellungen auf unterschiedlichen Programmebenen ein (siehe Anhang 1)

³ Arbeitsdefinitionen „effektiv“ und „effizient“:

effektiv: Die richtige Wahl der Mittel bzw. Maßnahmen, die zum gewünschten Ergebnis bzw. Ziel eines Fallmanagements bei chronischen Wunden führen oder die richtige Wahl von Maßnahmen und Vorgehen, die zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit chronischen Wunden führen, sind als effektiv zu bezeichnen. Damit sind alle Maßnahmen der Fallmanager:innen effektiv, die zur Verbesserung von Wunden und zur Vermeidung von Rezidiven führen.

effizient: Maßnahmen und Vorgehensweisen, die so angelegt und ausgestaltet sind, dass sie zeitnah zu Verbesserungen im Alltag der Menschen mit chronischer Wunde führen und diese auch über den Wundverschluss hinaus sichern, sind als effizient zu bezeichnen.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Die Evaluation der VeMaWuRLP Studie ist angelegt als Mixed-Methods-Design mit parallel durchgeführten quantitativen und qualitativen Teilen. Diese Kombination erlaubt es, sowohl die Versorgung mit Fallmanagement gemäß wissenschaftlich anerkanntem Goldstandard mit der Regelversorgung zu vergleichen als auch die Komplexität des Versorgungskonzepts angemessen zu berücksichtigen. Ergänzt wird die Evaluation durch eine gesundheitsökonomische Analyse aus Perspektive der beteiligten Krankenkassen.

2.1 Quantitative Evaluation

2.1.1 Studiendesign

Die Studie ist als multizentrische randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (RCT) angelegt. Studieneinrichtungen lagen in Mainz, Koblenz, Lahnstein, Trier, Kaiserslautern, Ludwigshafen, Bad Bergzabern, Bad Kreuznach und Wittlich. Die Auswahl und Gewinnung der Studieneinrichtungen oblag der mamedicon GmbH.

Nach Einwilligung in die Studie in der Studieneinrichtung erfolgte die Zuweisung der Teilnehmenden zu einer der beiden Studiengruppen (Treatment, Kontrollgruppe) über eine unabhängige Randomisierungsplattform (Randomizer der Medizinischen Universität Graz; Medical University Graz, o.J). Die Randomisierung wurde stratifiziert nach Studieneinrichtung sowie den Faktoren Wundart (diabetisches Fußsyndrom (DFS), Ulcus cruris, Dekubitus und sonstige chronische Wunde), Altersgruppe (70 plus, jünger als 70 Jahre) und Geschlecht (männlich, weiblich). Weder Patient:innen noch Leistungserbringende konnten in Unkenntnis über die Gruppenzuteilung (verblindet) gehalten werden.

Das Studienkonzept wurde der Ethik-Kommission der Landesärztekammer RLP vorgelegt und als nicht beratungsbedürftig genehmigt. Die Studie ist beim Deutschen Register Klinischer Studien unter der ID DRKS00015695 eingetragen.

2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien waren wie folgt definiert:

- Menschen mit schlecht heilenden (chronischen) Wunden (mindestens vier Wochen Heilungsstagnation, nach erster medizinischer Dokumentation oder bei Krankenhausentlassung),
- *oder* direkter Einschluss bei Wunden im Sinne: Ulcus cruris, Dekubitus, diabetisches Fußsyndrom; gemäß der ICD-10 DM Kodierungen: L.89.1-, L.89.2-, L.89.3-, I83.0, I83.2, I87.01, I87.21, I89.0, I70.24, I70.25, E10.5-, E10.6-, E10.7-, E11.5-, E11.6-, E11.7-, I73.-, L97, L98.4, R02.

Die folgenden Merkmale führten zum Ausschluss von der Studienteilnahme:

- Alter <18 Jahre,
- Lebenserwartung < 1 Jahr,
- pAVK Stadium > III nach Fontaine (außer bei erfolgreicher Revaskularisation),
- diagnostizierte Demenzerkrankungen,
- aktive Suchterkrankungen mit Medikamenten, Alkohol und/oder Drogen,
- eine diagnostizierte, psychiatrische Erkrankung,
- Herzinsuffizienz NYHA IV.

Die Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden jeweils von geschulten Mitarbeiter:innen der teilnehmenden Kliniken, MVZs und Arztpraxen vor Aufnahme in die Studie überprüft.

2.1.3 Fallzahlberechnung

Die Powerkalkulation wurde vorgenommen unter der Annahme, dass insgesamt 1.000 Patienten mit chronischen Wunden innerhalb des Rekrutierungszeitraums in die Evaluation eingeschlossen werden können. Ebenso wurde berücksichtigt, dass in einer multimorbiden Population sowohl in der Treatment- als auch in der Kontrollgruppe ein Verlust von etwa 25% der Teilnehmenden über die Laufzeit erwartet werden kann. Da davon ausgegangen wurde, dass aufgrund der Intervention Fallmanagement ein Zusatznutzen anfällt, wurden gerichtete Hypothesen formuliert und die Kalkulation für einseitiges Testen vorgenommen.

Um die Powerberechnung durchzuführen, wurde ein Test für die Differenz zwischen zwei relativen Häufigkeiten (Anteile) für unabhängigen Stichproben zugrunde gelegt. Da man von Stichprobengrößen von mehr als 40 Beobachtungen ausgehen kann, wird der asymptotische Test verwendet, d.h. die Binomialverteilung wird durch die Normalverteilung approximiert (z-Test) (Acock, 2023, Kapitel 7.6; Fisz, 1976, S. 504 f.; Weber, 1980, S. 181 f.).

Für die primäre Zielgröße **Heilungsrate** ergab sich bei einer angenommenen Heilungsrate von mindestens 33,5% durch das Fallmanagement, dass bei einem Signifikanzniveau von 5% und einer Power (1- β -Fehler) von 80% ein Unterschied zur Kontrollgruppe von mindestens 8,5 Prozentpunkten bei einseitigem Testen als statistisch signifikant nachgewiesen werden kann. Je kleiner die Stichprobe ausfällt, umso größer muss dieser Effekt ausfallen, damit er nachzuweisen ist.

Im Laufe der Projektzeit wurde deutlich, dass die ursprünglich erwarteten Fallzahlen nicht zu realisieren waren. Entsprechend dem Rekrutierungsstand wurde die Powerkalkulation mehrmals angepasst zur Bestimmung der erreichbaren Effektgröße, zuletzt zum Ende des Rekrutierungszeitraums. Die Berechnungen für eine auf $n=300$ (in jeder Gruppe 150) reduzierte Stichprobe machten deutlich (siehe Anhang 2): Wenn in der Kontrollgruppe 25% aller Wunden abheilen, müsste die Heilungsrate in der Fallmanagementgruppe bei einem Signifikanzniveau von 5% und einer Power von 80% bei der gerichteten Hypothese bei mindestens 38,2% liegen.

2.1.4 Datenerhebung

2.1.4.1 Durchführung der Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

Die Daten für das RCT wurden zu drei Erhebungszeitpunkten mittels Papierfragebögen erfasst: Ersterfassung, Erfassung nach 6 Monaten (Follow Up 1), Abschlusserfassung nach 12 Monaten (Follow Up 2). Es wurden jeweils ein medizinisch-versorgungsbezogener Bogen für die Bearbeitung durch Studienärzt:innen/Fachpersonal und ein Selbsteinschätzungsbogen für die Patient:innen entwickelt. Der Fragenkorpus stützte sich auf validierte, klinisch etablierte Assessments sowie eigens entwickelte Fragen zu Ereignissen und Merkmalen. Ergänzend wurden, soweit vorhanden, Fotodokumentationen der Wunden, Kopien aktueller Untersuchungsbefunde und Laboruntersuchungen als Datengrundlage einbezogen.

Die Fragebögen der verschiedenen Messzeitpunkte waren weitgehend deckungsgleich; einige Elemente erhielten aus inhaltlichen Gründen zeitpunktabhängig jedoch unterschiedliches Gewicht (z.B. soziodemografische Daten).

Während die medizinischen Daten von den Studieneinrichtungen erhoben wurden, wurden Fragen zu Befindlichkeit und Verhalten sowie zur Soziodemografie von den Patient:innen selbst ausgefüllt. Ein Teil der verwendeten Skalen erwies sich als anspruchsvoll in der Bearbeitung, wie durch die Rückmeldung mehrerer Beteiligter bestätigt wurde. Eine instrumentelle Unterstützung war daher erlaubt. Für die Ersterhebung gaben 47,8% der Kontrollgruppe und 59,3% der Fallmanagementgruppe an, Hilfe beim Ausfüllen erhalten zu haben.

Die standardisierte ärztliche Erhebung umfasst folgende Parameter:

Fragestellung	Ersterhebung	Follow Up
Wundanamnese (Minimal-Set)	+	+
Komorbidität/ Neuerkrankungen	+	+
Medikation allgemein	+	
Schmerzmedikation	+	+
Schmerzskala	+	+
Krankenhausaufenthalte (wundbezogen)		+
Amputationen		+
Diagnostische und Therapeutische Maßnahmen	+	+
Behandlungspflege	+	+

Table 1: Instrumente Ärztlicher Erhebungsbogen zu den Messzeitpunkten

Der Patient:innen-Fragebogen zum Selbstauffüllen umfasst folgende Instrumente:

Fragestellung	Operationalisierung	Ersterhebung	Follow Up
Lebensqualität, krankheitsspezifisch	Wund-QoL17	+	+
Lebensqualität, gesundheitsbezogen	EQ-5D-5L	+	+
Depressivität-Angst	HADS	+	+
Therapieziele	PBI	+	+
Patientenzufriedenheit	entwickelte Items	+	+
Patientenaktivierung	PAM-13	+	+
Unterstützung	BSS6	+	+
Versorgungssituation	entwickelte Items	-	+
Lebensstil	Alkohol, Rauchen, Essgewohnheiten	+	(+)
Soziodemografie	Schulbildung, Familienstand, Wohnsituation, Erwerbstätigkeit / AU	+	+

Table 2: Instrumente Patientenfragebogen
 Anm.: (+) vorhanden in reduzierter Form

Die Erfassung der Wundsituation orientiert sich am Minimalset zur Dokumentation Chronischer Wunden der Nationalen Konsensuskonferenz, im speziellen bei Versorgung eines Ulcus cruris (vgl. Herberger et al, 2017).

Patientenseitige Therapieziele und Nutzen der Behandlung werden mit dem Patient Benefit Index (PBI) erfasst. Der PBI umfasst zwei Teile: Der Patient wird vor Beginn mit einem strukturierten Fragebogen nach dem für ihn persönlich wichtigen Nutzen der Behandlung gefragt (Patient Needs Index). Während oder nach der Behandlung wird das Ausmaß des Erreichens dieser Ziele erfragt (Patient Outcomes Index). Aus den gewichteten Therapiezielen (PNQ) und den erreichten Zielen (PBQ) wird ein einzelner Index-Wert errechnet. Ein „betrifft

mich nicht“ wird dabei im PNQ als Null kodiert, im PBQ als fehlender Wert. Für das Instrument liegt eine Konstruktvalidierung an dermatologischen Erkrankungen vor (vgl. Topp et al, 2019).

Die Fähigkeit zu gesundheitsbezogenem Selbstmanagement wird über die Skala des Patient Activation Measure (PAM-13) erhoben. Das PAM erfasst das Wissen, die Fähigkeiten und die Zuversicht, Gesundheitsbeschwerden selbst zu bewältigen und findet in der klinischen Praxis wie in der Forschung Verwendung. Das Instrument dient insbesondere der Veränderungsmessung (vgl. Insigna, 2017). Liegen weniger als neun ausgefüllte Antworten vor, ist das PAM-13 nicht auswertbar. Das Instrument findet mit autorisierten Translationen in zahlreiche Sprachen international Verwendung.

2.1.4.2 Zielgrößen

Als primäre Zielgröße wurde die Heilungsrate (Wundverschluss) festgelegt, d.h. der Anteil der Personen, die beim jeweiligen Follow Up keine Wunden mehr hatten.

Die Hypothese für die primäre Zielgröße ist gerichtet und lautet: Die Heilungsrate in der Fallmanagementgruppe liegt signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

„Heilung“ wird definiert als Wundverschluss mit einer vollständig geschlossenen Epidermis, ohne Lokalrezidiv (innerhalb der Beobachtungszeit von 12 Monaten). Die Beurteilung oblag dem Fachpersonal der Studieneinrichtungen aufgrund der erhobenen Beschreibung der Wunde. Ein Reliabilitätsmaß zur Anwendung dieser Definition unter den Beurteilern wurde nicht bestimmt.

Um eine Dauer bis zur Wundheilung zu eruieren, wird zu den Messzeitpunkten Follow Up 1 und Follow Up 2 jeweils der Wundstatus erhoben und ein Verschlusszeitpunkt erfragt; war ein Wundverschluss ohne Datum angegeben, wurde das Datum der Erhebung als letzter validierter Zeitpunkt gesetzt. Dadurch wirkt sich jedoch der Sechsmonats-Turnus der Erhebungen in einer Berechnung der Heildauer aus, die Abheilungszeit wird (in beiden Gruppen) eher überschätzt. Werden bei der Berechnung differierende Angaben in den beiden Folgeerhebungen festgestellt, wird die frühere Angabe (Follow Up 1) für die Berechnung herangezogen.

Als weitere Zielgrößen wurden definiert:

Zielgröße	Instrument
Rezidivrate	Angabe des Studienarztes zu Anzahl, Datum
Amputationsrate	Angabe des Studienarztes zur Amputation ja/nein
Krankenhausaufenthalt Anzahl	Angaben Studienarzt zu a. Aufenthalt ja/nein b. Grund: wundbezogen ja/nein
Arbeitsunfähigkeit, Tage	Angabe Patient:in
Lebensqualität, generisch	EQ-5D-5L
Lebensqualität, krankheitsspezifisch	Wund-QoI17

Tabelle 3: Sekundäre Zielgrößen und ihre Operationalisierung

Die betrachtete Rezidivrate bezieht sich auf das Auftreten von Lokalrezidiven, die Beurteilung lag beim Studienarzt / bei der Studienärztin. Bei Ersterhebung wurde jede Wunde nummeriert und in einem Körperschema markiert. Bei der Folgeerhebung entschied ein Studienarzt / eine Studienärztin jeweils, ob eine neue Wunde oder ein Lokalrezidiv zu einer bekannten Kennzeichnung vorlag. Damit sollte ermöglicht werden, Wunden bei Zeitpunkt des

Einschlusses und Wunden, die im Laufe der Beobachtungszeit entstanden, einer getrennten Analyse zugänglich zu machen.

Krankenhausaufenthalte wurden durch die Angabe des Facharztes / der Fachärztin als "wundbezogen" kategorisiert. Es werden sowohl das Vorliegen eines oder mehrerer Aufenthalte als auch die Liegezeit insgesamt betrachtet.

Arbeitsunfähigkeit wurde als Ereignis (ja/nein) und in Tagen durch Befragung der Patient:innen eruiert.

Die Lebensqualität wurde allgemein und krankheitsspezifisch erhoben.

Der EuroQol ist ein Patient Reported Outcome -Instrument, das allgemein die Lebensqualität von Patienten unabhängig von vorliegenden Erkrankungen beurteilen kann. Verwendet wurde die Version EQ-5D-5L mit 5 Dimensionen erhoben in 5 Levels. Er beinhaltet zusätzlich eine vertikale visuelle Analogskala (EQ VAS, 0-100 Punkte). Durch das deskriptive System werden sogenannte EQ-5D-5L Health States definiert. Es können insgesamt 3125 (5⁵) verschiedene Gesundheitszustände erfasst werden. Je nach Level wird jeder Dimension eine Ziffer zugeordnet, sodass man eine 5-stellige Zahlenkombination erhält. Diese 5-stellige Zahl wird über einen speziellen länderspezifischen Algorithmus in einen Punktwert umgewandelt, den EQ-5D-5L Index, der den Gesundheitszustand des Patienten repräsentiert. Ein Indexwert von 1 stellt den bestmöglichen Gesundheitszustand dar, während ein Indexwert von <0 (variabel) den schlechtmöglichen Gesundheitszustand darstellt. Für die Auswertung werden den jeweiligen Wertkombinationen in der Studie die Crosswalk Index Values für Deutschland den Kombinationen zugeordnet (vgl. Ludwig et al, 2018; Van Hout et al, 2012).

Zur Messung der krankheitsspezifischen Lebensqualität findet der Wund-Qol17 Anwendung. Dessen Aussage bezieht sich jeweils auf die letzten 7 Tage vor Befragung. Berechnet wird ein Gesamtwert (mindestens 75% der Fragen sind beantwortet) und zusätzlich lassen sich 3 Subskalen (Körper, Psyche, Alltagsleben) bilden. Wirkannahmen bestehen u.a. hinsichtlich Veränderung wundbezogener Schmerzen, der Mobilität, des Schlafverhaltens, der Motivation, des Angstverhaltens, des Abhängigkeitsgefühls. Dieses Instrument wurde validiert über eine Querschnittsstudie und eine sog. virtuelle Validierung. Es wird als änderungssensitiv beurteilt (vgl. Blome et al, 2014).

Der Wund-Qol17 wird in der klinischen Praxis eingesetzt zur Qualitätsüberprüfung, um Handlungsbedarfe zu identifizieren und Ziele festzulegen.

Ein sekundärer Endpunkt „Adhärenz“ konnte im Rahmen des Projektes nicht hinreichend operationalisiert und erhoben werden. Zum Zeitpunkt T0 wurden Therapieziele aus Perspektive der Studienärzt:innen erfragt; Adhärenz stellte eine der angebotenen Ausprägungen dar. Für die spätere Post-Messung von Adhärenz ergaben sich jedoch einige Schwierigkeiten. Von den vorfindbaren Methoden kamen wenige für die komplexe Wundversorgung infrage:

- Selbst-Report z.B. Tagebuch (subjektives Verfahren; Bias-Risiko hoch)⁴
- Fremd-Report (subjektives Verfahren)
- Direkte Beobachtung (stellt Methode und Intervention zugleich dar; nur im FM möglich)

Medical Records oder andere, objektivere Messmethoden hätten für den Bereich chronische Wunde erst entwickelt und erprobt werden müssen. Für die konfirmatorische Studie war

⁴ Neben dem Aufwand, den die Methode für Patient:innen bedeutet, wird der Nutzen kontrovers betrachtet. Verschiedene Studien belegen, dass der Selbst-Report zu einer Adhärenzüberbewertung führt. Berg & Arnsten kommen zu dem Resümee, dass diese Methode als spezifisch, aber nicht sensitiv anzusehen sei (vgl. Berg & Arnsten 2006, S.81).

zunächst der Fremdreport durch die Studieneinrichtung in Betracht gezogen. Die Kritik an dieser Methode ist ebenfalls groß, die Chance, vergleichbare Messbedingungen zu gewährleisten, erscheint aber höher. Im Versorgungsalltag hat sich eine Festlegung hinsichtlich der beurteilenden Person(en) jedoch als schwierig bis schlicht nicht umsetzbar gezeigt. Zudem fehlt es in den Praxen und insbesondere Ambulanzen oftmals an Einsichtnahme in das (Wund-)Pflegerverhalten zuhause. Kontaktfrequenz oder allein Kontaktmöglichkeiten als Grundlage der Bewertung erwiesen sich unter Realbedingungen und teilweise mit DMP-Programmen als sehr heterogen.

Die Dokumentation der Fallmanager:innen hätte unter Verzicht auf eine vergleichende Bewertung ggf. Möglichkeiten für explorative Auswertungen eröffnet. Entsprechende Informationen konnten jedoch nicht als nutzbare Daten extrahiert und bereitgestellt werden.

Alle Erhebungsinstrumente befinden sich in Anlage_01_Quantitative und gesundheitsökonomische Evaluation.

2.1.5 Auswertungsstrategie

Zur quantitativen Auswertung werden zwei Analysesets gebildet:

1. Eine Gesamtstichprobe aller Teilnehmenden entsprechend ihrer Gruppenzuweisung in der Randomisierung: Die Auswertung folgt dem Intention-to-Treat Prinzip.
2. Eine Teilstichprobe bestehend aus allen Teilnehmenden des Vertrags zur besonderen Versorgung. Die Daten werden verknüpft mit Sekundärdaten aus der Abrechnung der beteiligten Krankenkassen. Auch auf dieses Auswertekollektiv findet das Intention-to-Treat Prinzip Anwendung.

Im Vordergrund steht der Vergleich von Treatment (Fallmanagement)- und Kontroll (Routineversorgung / Usual Care)- Gruppe. Subgruppenanalysen werden zum genaueren Verständnis der Daten explorativ durchgeführt, bspw. wenn Hinweise auf eine hohe Intragruppen-Heterogenität oder nicht berücksichtigte externe Faktoren vorliegen.

Die statistische Auswertung umfasst eine sorgfältige Beschreibung (u.a. Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, Medikation, Komorbidität, Lebensstilfaktoren) der Stichprobe, den Vergleich der Treatment - und Kontrollgruppe hinsichtlich wundrelevanter Parameter sowie der primären und sekundären Zielvariablen.

Für den Gruppenvergleich Fallmanagement versus Usual Care werden gerichtete Hypothesen (einseitig) getestet, zur Charakterisierung der Baseline zweiseitige Test durchgeführt. Bei einem p-Wert von $< 0,05$ (Irrtumswahrscheinlichkeit $< 5\%$) ist die Nullhypothese zu verwerfen, ein Unterschied wird als statistisch signifikant betrachtet.

Die erfolgreiche Randomisierung erlaubt die Verwendung von wahrscheinlichkeitsbasierten Methoden, um zu formulieren, ob eine Ergebnisdifferenz überzufällig sein wird. Mittelwertunterschiede metrischer Daten werden mittels t-Test für zwei unabhängige Stichproben geprüft. Ist keine Normalverteilung gegeben oder die Fallzahl zu gering, wird ein nicht-parametrischer Test (Mann-Whitney-U-Test) eingesetzt.

Zum Vergleich von zwei Quoten bzw. Anteilen wurde der Binomialtest verwendet. Mit dem Mann-Whitney-U-Test werden zwei Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenzen untersucht, ob sie der gleichen Grundgesamtheit entstammen. Die Nullhypothese beinhaltet immer die Annahme, dass sich die zu vergleichenden Verteilungen nicht hinsichtlich ihrer Streuung, ihrer zentralen Tendenz (Median) und hinsichtlich ihrer allgemeinen Form unterscheiden.

Bei Zählwerten, d.h. die Ausprägungen einer Variablen sind ausschließlich ganzzahlige nichtnegative Werte⁵, wird eine Poissonverteilung herangezogen sofern die Annahme der Äquidispersion (Erwartungswert und Varianz sind gleich) erfüllt ist. Alternativ wird eine negative Binomialverteilung (NEGBIN) angenommen. Es wird das in der empirischen Analyse oft genutzte Negbin2 Modell von Cameron u. Trivedi (2013) benutzt. Die Modelldiagnostik bei verschiedenen Approximationen umfasst die Anpassungsgüte durch einen Vergleich der quadrierten Korrelationskoeffizienten zwischen den jeweils geschätzten und den beobachteten Zählwerten. Bei moderaten Verstößen gegen die wichtigsten Voraussetzungen des Modells werden robuste Varianzen verwendet (vgl. Harrell, 2015).

Die statistischen Berechnungen und Modellprüfungen wurden mit STATA Version 17 (StataCorp, College Station, TX) und IBM SPSS Version 27 durchgeführt. Die Berechnungen von Cohen's d und der Testpower erfolgten mit dem Programm G*Power 3.0.

Umgang mit Multiplizität beim Testen: In der induktiven Statistik und Interpretation werden in der Regel jeweils die Testergebnisse nach dem zweiten Follow Up betrachtet. Bei vielen Outcome-Variablen, wie z.B. die Zahl der Krankenhaustage oder die Anzahl der Amputationen, macht auch nur eine Analyse nach dem zweiten Follow Up einen Sinn. Aufgrund der Pandemie fand das erste Follow Up bei einigen Patient:innen verspätet statt, so dass eine Interpretation der Daten bei Follow Up 1 wegen der zeitlichen Differenzen aus unserer Sicht stark eingeschränkt ist. Zu gegensätzlichen signifikanten Effekten des Fallmanagements auf die unterschiedlichen Outcome-Variablen kam es nicht, so dass hierzu auch keine Aussage zu treffen ist.

Umgang mit fehlenden Werten: Von einer complete-case-Analyse wird wegen des hohen Informationsverlustes abgesehen und bei item-missings ein fallweiser Ausschluss gewählt. Dies reduziert die Zahl der Beobachtungen teilweise dennoch erheblich, so dass Subgruppenanalysen kaum möglich waren.

Eine Drop-Out-Analyse wird in dem durch die Datenlage ermöglichten Umfang durchgeführt. Sie dient der Beurteilung, inwieweit es durch fehlende Daten zu relevanten Verschiebungen innerhalb der Treatment- und Kontrollgruppe kommt.

2.2 Gesundheitsökonomische Evaluation

Die gesundheitsökonomische Evaluation dient zur Analyse der Kosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung der chronischen Wunde entstanden. Es werden die direkten Krankheitskosten aus Perspektive der Krankenkassen erhoben. Datenbasis sind die Abrechnungsdaten aller eingeschriebenen Versicherten der beteiligten Krankenkassen bzw. – Verbände im Projektzeitraum.

Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen werden in Relation zum erfassten Patientennutzen gestellt. Dazu werden die Abrechnungsdaten in einem 1:1 Datenlinkage mit den erhobenen Primärdaten verknüpft.

Für Teilnehmende, die über einen Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V in die Studie eingeschlossen wurden, waren der Abruf und die Übermittlung der pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Krankenkasse an die wissenschaftliche Evaluation Bestandteil der Versorgungsvereinbarung. Die Übermittlung, Verarbeitung und Speicherung der benötigten Sozialdaten wurde nach § 75 Abs. 2 SGB X beim Bundesamt für Soziale Sicherung beantragt und bewilligt. Für Teilnehmende, die auf Grundlage eines zivilrechtlichen

⁵ ... count data, ... is a non-negative integer ...”(vgl. Cameron & Trivedi, 2013).

Behandlungsvertrages (§630a BGB) in die Studie eingeschlossen wurden, standen keine Abrechnungsdaten zur Verfügung.

Aufgrund der Prinzipien der Datensparsamkeit, der Zweckmäßigkeit für das Erkenntnisinteresse und der Datenschutzgrundverordnung konnten keine Gesamtkosten zur Verfügung gestellt werden. In Zusammenarbeit mit den Krankenkassen wurden die einzelnen Kostenarten mit ihren nach Literatur und Expertenmeinung relevanten Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung chronischer Wunden spezifiziert. Aufwendungen für Schmerzmittel werden aus Gründen nicht eindeutiger Zuordnung daher nicht einbezogen. Ausgewiesen werden angefallene Bruttokosten je Kostenart.

Für alle Teilnehmenden wurde der Beobachtungszeitraum von 12 Monaten ab Einschluss als Kostenzeitraum festgelegt und selektiert.

Als Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkasse werden spezifische Kosten für Heilmittel, Hilfs- und Verbandmittel, Krankenhausaufenthalte, Behandlungspflege und Arzneimittel zur Wundbehandlung einbezogen. Die Kostenkomponenten mit der angewandten Selektionsweise zeigt Tabelle 4; eine detaillierte Aufstellung der spezifizierten Leistungscodes befindet sich in Anhang 3.

Kostenart	Subkategorien	Kriterium
Krankenhaus stationäre Versorgung	Diagnostik Operative Maßnahmen Therapeutische Maßnahmen	Prozeduren OPS Version 2020 <i>Erfassung der ICD-10 und OPS-Codierung, um Krankenhausaufenthalte mit Amputation oder wunddeckenden, heilungsfördernden Interventionen zu selektieren.</i>
Vertragsärztliche Versorgung	Wundkomplexe Chirurgische Intervention Weitere Interventionen Diagnostik Fachpauschale	Gebührenordnungsposition EBM Stand 3/2020 <i>Selektion der EBM-Ziffern für deckende, heilungsfördernde und kausale Maßnahmen und deren Kosten.</i>
Verbandmittel		Pharmazentralnummer PZN <i>Identifizieren von modernen Wundverbandmitteln über eine PZN-Liste zum Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>
Hilfsmittel	Hilfsmittel gegen Dekubitus Hilfsmittel zur Kompression Orthesen und Schienen Beinprothesen Schuhe Lagerungshilfen Adaptionshilfen	Produktgruppen GKV-Hilfsmittelverzeichnis <i>Wundassoziierte Leistungen gemäß Bundeseinheitlichem Positionsnummern Verzeichnis identifiziert und Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>
Heilmittel	Podolog. Komplexbehandlung Lymphdrainage	Positionsnummer Bundeseinheitliches Verzeichnis <i>Wundassoziierte Leistungen gemäß Bundeseinheitlichem Positionsnummern Verzeichnis identifiziert und Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>
Häusliche Krankenpflege	Wundreinigung und -versorgung Kompressionsbandagierung Dekubitusversorgung	Positionsnummer Bundeseinheitliches Verzeichnis 2020 <i>Selektion wundspezifischer Leistungen gemäß Verzeichnis und Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>

Medikamente	Dermatika Antiinfektiva Varia	ATC-Gruppe <i>Für ausgewählte ATC-Codes werden vorhandene PZN mit ihrem Abrechnungsbeträgen selektiert.</i>
Zusätzlich herangezogen werden folgende Sozialdaten		
Arbeitsunfähigkeit	Ausweisen von AU-Zeiten über Beginn und Enddatum.	
Krankengeld	Ausweisen von Zahltagen und Kosten für Krankengeld Transfer.	
Stammdaten	Der Stammdatensatz identifiziert und listet die teilnehmenden Versicherten. Angaben zu Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenstatus und ggf. Austrittsdatum dienen dem Zweck der Zuordnungsprüfung.	

Tabelle 4: Übersicht einbezogener Kostenarten und Variablen

Aufwendungen für stationäre Behandlungen werden einheitlich als Fallkosten je Aufenthalt dargestellt. Für eine Kostenberücksichtigung dienen dokumentierte Abrechnungs-codes mit Bezug zur Wunde bzw. kausaler Therapie der Grunderkrankung als Indikator zumindest einer Mitbehandlung der Wunde.

Für die Kosten-Nutzwert-Betrachtung werden die Abrechnungsdaten je Versicherten mit Primärdaten aus der Effektevaluation verknüpft. Dazu wurden Abrechnungs- und gesundheitsbezogene Daten jeweils pseudonymisiert an die beauftragte Vertrauensstelle übermittelt und der Verknüpfungsschlüssel durch ein neues gemeinsames Pseudonym ersetzt. Die Daten wurden auf Personenebene zusammengeführt (siehe Abbildung 1). Die Datenübermittlungen erfolgten verschlüsselt auf dem Wege über Private Clouds mit Zwei-Faktor-Authentisierung.

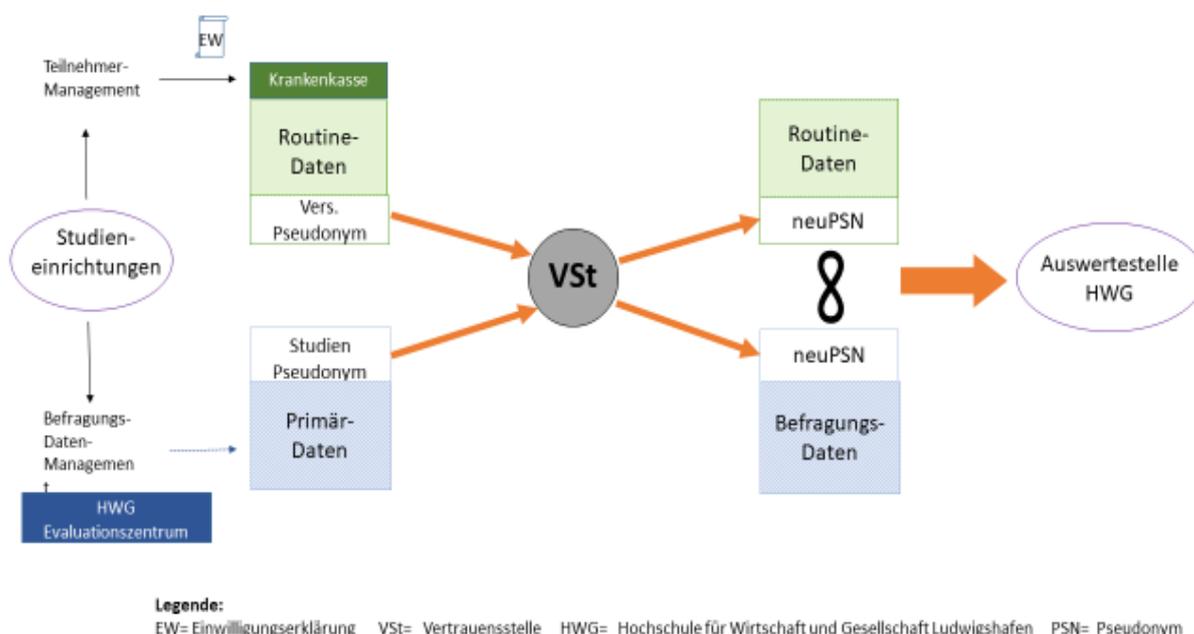


Abbildung 1: Datenlinkage über die Vertrauensstelle

In der gesundheitsökonomischen Betrachtung werden neben den Behandlungskosten auch Interventionskosten bestimmt und in Relation zu Nutzenparametern gesetzt. Als Interventionskosten werden ausschließlich die Leistungen der Fallmanager:innen gemäß ihrer Abrechnungen (erbrachte Leistungsmodul je Fall) herangezogen. Investitionskosten oder begleitender Support (Datenbank, Supervision) werden nicht als Kosten ausgewiesen. Es werden die angefallenen Kosten der Interventionsgruppe aus den Konsortialkassen dargestellt. Da es sich in dieser „IV-Gruppe“ um eine kleine nicht repräsentative Teilmenge handelt, werden auch die Kosten über alle Fallmanagementfälle berichtet.

Bei der Untersuchung des Effekts des Fallmanagements kommen folgende statistische Verfahren zum Einsatz. Die Berechnungen werden mit STATA 17.0 und 18.0 durchgeführt.

- **Anteilsvergleiche** (Primäreffekt Wundheilungsrate; Amputationsrate; Anteil Krankheitstage; Mortalitätsrate)
- **Mittelwertvergleiche für unabhängige Stichproben** (Zweistichproben- t-Test und Mann-Whitney-U-Test) (Mittlere Anzahl der Wunden; Lebensqualität EQ-5D-5L; HADS; WundQoL).
- **Binär-logistische Regression** (Krankenhausaufenthalt liegt vor / liegt nicht vor; Wundheilung liegt vor / liegt nicht vor)
- **Zählmodellen NEGBIN 2** (Modell 2 der negativen Binomialverteilung nach Cameron/Trivedi NB2) (Cameron/Trivedi, 2013, 74 ff.) (Zahl der Krankenhausaufenthalte wundbezogen und insgesamt)

Da nur wenige Beobachtungen für die Kosten vorlagen, wurde untersucht, ob eine Unabhängigkeit zwischen Wundart und Behandlungsart für jene Beobachtungen vorlagen, für die Kostendaten existierten. Hierzu wurde eine Kontingenztafel erstellt und Fischer's Exakt-Test berechnet.

Bei der gesundheitsökonomischen Evaluation (Kosteneffektivität) wurde die Auswertung deskriptiv durchgeführt, da aufgrund der geringen Beobachtungszahl und des Auftretens eines Extremwertes bei den Krankenhausaufgaben eine induktive Auswertung nicht als sinnvoll erachtet wurde.

2.3 Qualitative Evaluation

2.3.1 Einführung

Das Vorgehen der Evaluatoren durch die Projektlaufzeit ist als ein iterativer Prozess zu betrachten, der immer wieder vor die Herausforderung gestellt war, den Evaluationsgegenstand zu schärfen, da die Konzept-, Entwicklungs- und Konsolidierungsphase vom Programmentwickler nicht klar voneinander getrennt wurden. Die Beschreibung des Evaluationsgegenstands und die Konkretisierung der unterschiedlichen Dimensionen des Programms wurden über die Projektlaufzeit immer wieder angepasst.

Um den Evaluationszweck „Entwicklung“ und „Legitimation“ (Stockmann & Meyer, 2014) zu bedienen ist es von Interesse, nicht nur zu zeigen, ob das Projekt VeMaWuRLP (nicht) funktioniert, sondern auch wie und warum es (nicht) funktioniert und welche Bedingungen den Projekterfolg beeinflusst haben (vgl. Patton, 2011).

Die qualitative Projektevaluation will so in erster Linie zur Überwindung der Black Box beitragen, die zwischen den Projektaktivitäten und Ergebnissen steht. Dabei werden Wirkungen, die das Programm bei verschiedenen Zielgruppen entfaltet, aber auch die Anstrengungen, die die Programmverantwortlichen und an der Umsetzung Beteiligten unternahmen, um Wirkungen zu erreichen, herausgearbeitet und wertgeschätzt.

Um die Wirkfähigkeit der Projektaktivitäten miteinander in Beziehung zu setzen, wurden unterschiedliche Perspektiven (Fallmanager:innen, Mediziner:innen, Patient:innen) eingenommen. Die Wirkannahmen der mamedicon GmbH⁶ waren dabei Ausgangspunkt und

⁶ Bei Einführung des Fallmanagements durch mamedicon GmbH wurden drei Annahmen zur Wirkung des Fallmanagements herausgehoben:

- Wenn das Fallmanagement Patientenedukationseinheiten durchführt, wird sich die Compliance der Patient:innen verbessern.

wurden als ein praxisrelevantes Kriterium verstanden, das mit verschiedenen Zielgruppen abgeglichen wurde. Die Überarbeitung des Wirkmodells ist als ein iterativer Prozess zu verstehen, der sich den vielfältigen Wirkbezügen einer komplexen Intervention nur annähern kann.

Die Verbindung zwischen den Aktivitäten, Leistungen und angestrebten Wirkungen des Projekts wurden in einem Wirkmodell zum Fallmanagement chronische Wunde zusammengefasst und anhand der Informationen aus der Datenerhebung (Interviews, teilnehmende Beobachtung, ...) hinsichtlich der gedachten Verbindungen zwischen Aktivitäten und Resultaten überprüft.

Das Ergebnis der Überarbeitung wurde nach dem Abgleich verschiedener Perspektiven am Ende in einem idealtypischen Wirkmodell (siehe Anhang 4) dargestellt.

Diese Vorgehensweise wurde gewählt, weil die Programmplaner und Fallmanager:innen anfangs davon ausgingen, dass Fallmanagement funktioniert und daher nachvollziehbar dargestellt werden sollte, in welchen Punkten ihre Wirkannahmen bestätigt werden können und an welcher Stelle konzeptionell Veränderungen vorgenommen werden mussten.

Ein Rückschluss, dass die beschriebenen Wirkungen auf die Grundgesamtheit der Projektzielgruppen oder gar alle Patient:innen mit chronischen Wunden zutreffen könnten, ist nicht zulässig.

Die Beschreibung von Kontextfaktoren und Hintergrundinformationen, der Projektaktivitäten und ihrer Resultate offenbart die Komplexität der Intervention Versorgungsmanagement chronische Wunde.

Zur Strukturierung von Informationen und zur Erfassung und systematischen Beschreibung relevanter Elemente der Wirklogik des Versorgungsmanagements von chronischen Wunden wurde das Instrument des Programmbaums von Univation (vgl. Bartsch et al, 2016; Beywl & Niestroj, 2009) genutzt. Um ein gemeinsames Projektverständnis mit den Programmplanern der mamedicon GmbH abzustimmen, dienten die Elemente des Programmbaums als anfängliche Strukturierungshilfe. Das Modell, das mit dem Programmbaum modelliert wurde, verknüpft ausgehend von den Bedingungen, in die Planung und Umsetzung des Projekts hineingepflanzt wurden, die Entfaltung von Aktivitäten mit den Outputs und Outcomes. Die Anreicherung der Elemente des Programmbaums mit Informationen bildete die Grundlage zur Darstellung der Wirkzusammenhänge. Das Zielgruppenverständnis mit Resultatetreppen (vgl. Schmidt, 2016), ein Zielsystem und die Darstellung als Kaskadenprogramm wurde von den Evaluatoren ausdifferenziert und zur Erprobung ergänzt (siehe 3.3.2.3).

-
- Eine verbesserte Koordinierung der Versorger durch das Fallmanagement stärkt die zeitnahe und passgenaue Versorgung.
 - Wenn chronische Wunden vom Fallmanagement regelhaft einer Überprüfung der ursächlichen Diagnose unterzogen werden, werden unwirksame Therapien erkannt und durch wirksame Therapieansätze ersetzt.

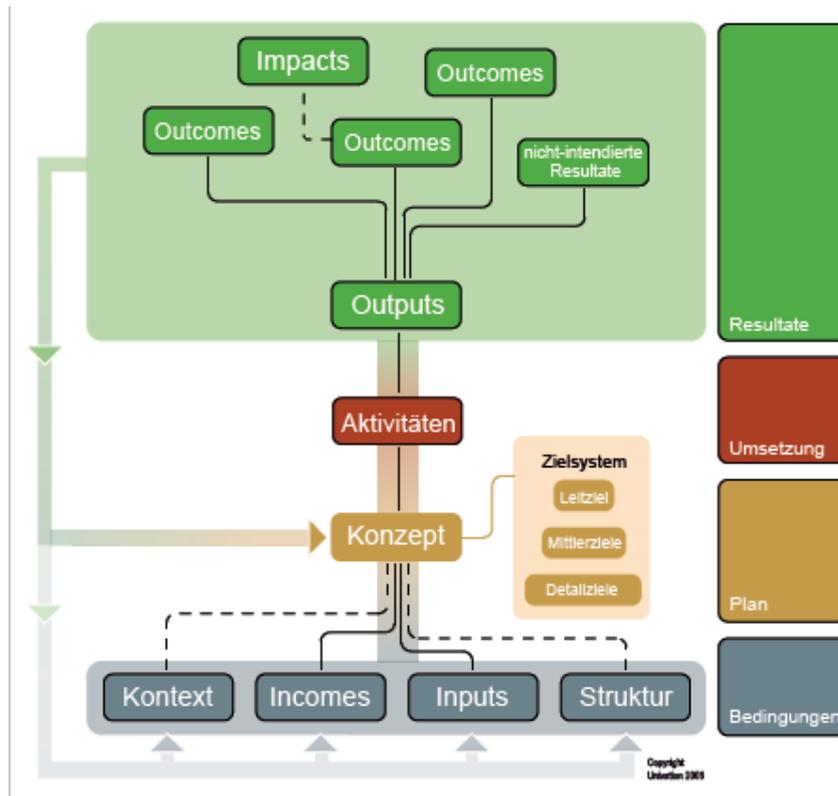


Abbildung 2: Programmabau Univation (Beywl & Niestroj, 2009)

Elemente des Programmabaus (vgl. Bartsch & Stoppel, 2017)

Kontext: ökonomische, politische, kulturelle und soziale Rahmenbedingungen, z.B. rechtlicher Rahmen, Innovationsfonds, Vertragsgestaltung Fallmanager:innen und Studieneinrichtungen, Gesetze zur Delegation von Pflegeleistungen, Verordnung häuslicher Versorgung oder die Pandemiebedingungen, die neue gesetzliche Regelungen mit sich brachten

Incomes: Kenntnisse, Haltungen und Voraussetzungen, die von den Zielgruppen mit in den Projektverlauf eingebracht wurden, z.B. Motivation zur Teilnahme Krankengeschichte, Lerntypen

Input: die vom Programmträger eingebrachten Ressourcen, finanziell, personell und materiell, z.B. Zahl und Qualifikation der Fallmanagerinnen, Dokumentationssystem

Struktur: Aufbau und Ablauforganisation des Projektträgers, z.B. mamedicon GmbH, Kooperationsnetzwerke

Konzept: Ziele und Wirkannahmen des Projekts

Aktivitäten: Handlungen, tatsächliche Umsetzung des Projekts, z.B. Anzahl der Schulungen von Patient:innen, des Coachings der Fallmanager:innen, Eintragungen in das Dokumentationssystem

Outputs: Ziele eines Programms, zählbare Leistungen / Produkte, z.B. geschlossene Wunden, Erneuerung Zielvereinbarungen

Outcomes: Resultate des Projekts bei den Zielgruppen, die eine tatsächliche Veränderung anzeigen, z.B. vermehrtes Wissen, Gewohnheitsänderungen

Impacts: Resultate des Projekts

Das Evaluationsdesign gab drei Phasen vor, in denen die breit angelegte Datenerhebung (Befragung mit vertiefenden Expert:inneninterviews, explorativen Gesprächen, Fokusgruppen und teilnehmenden Beobachtungen) durchgeführt wurde. Die einzelnen methodischen Zugänge werden im Abschnitt 2.3.2.1 beschrieben.

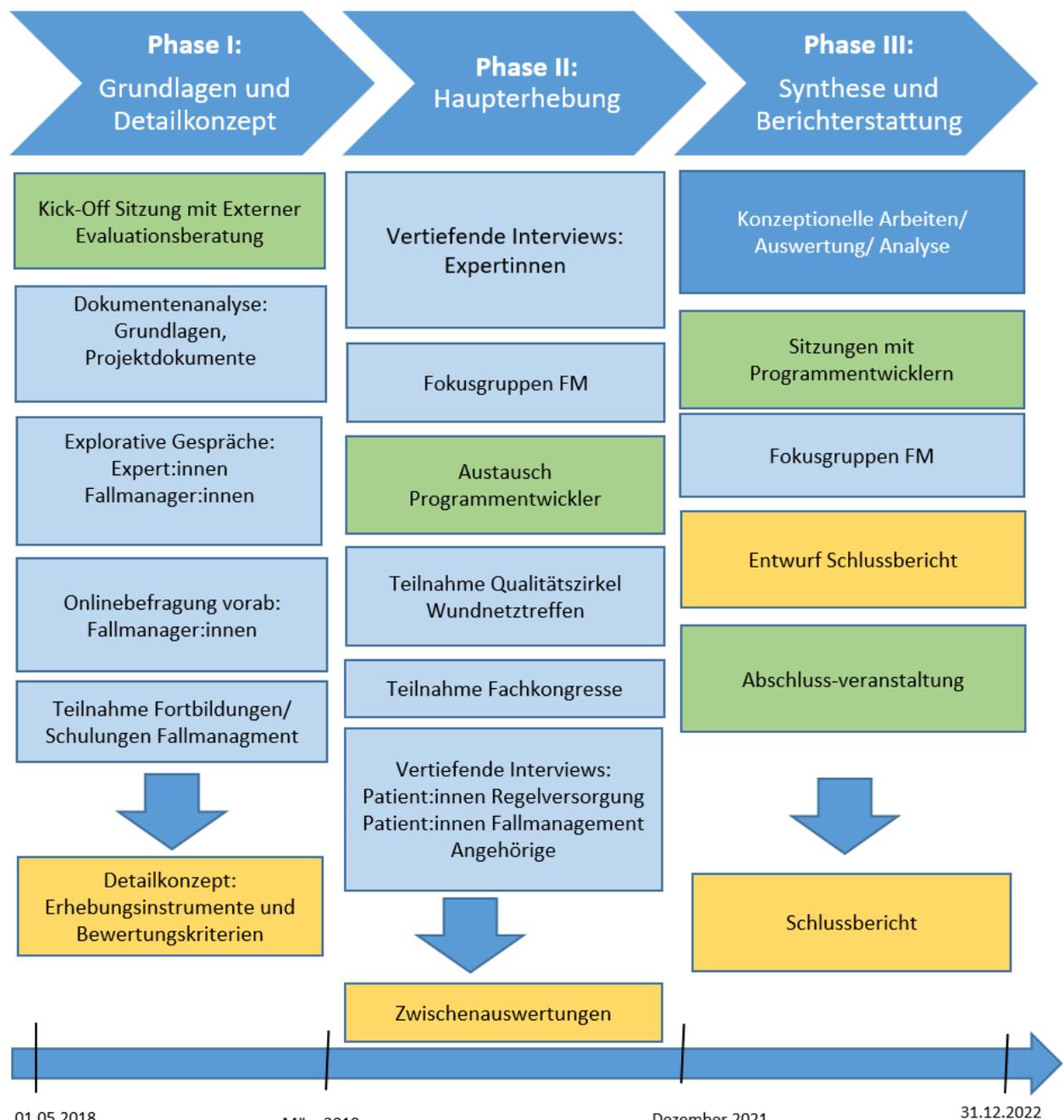


Abbildung 3: Qualitatives Evaluationsdesign im Überblick

In **Phase 1** wurden Grundlagen recherchiert und das Detailkonzept erarbeitet: Um grundlegende Informationen zu Input, Prozess, Output und Outcomes zu erlangen, wurden die Dokumente herangezogen, die der Programmentwickler in der Vorbereitungsphase zusammengestellt hatte. Dazu gehörte weiterhin Fachliteratur zu Motivationstheorien, der rechtlicher Hintergrund des Fallmanagements, zu Delegation und Literatur zur Wunde. Um ein breites Verständnis des Evaluationsgegenstands zu erhalten, wurden vier explorative Gespräche mit ausgewählten Expert:innen geführt. Es fand eine Vollerhebung zu den individuellen fachlichen Voraussetzungen und Erwartungen an das Projekt aller beteiligten Fallmanager:innen als Onlinebefragung statt. Die Befragungsergebnisse wurden aufbereitet und je nach Frage deskriptiv-statistisch oder qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse wurden mittels Tabellen, Grafiken und Text dargestellt und interpretiert.

In **Phase 2** wurden zur Vertiefung der Erkenntnisse auf den Ebenen Umsetzung und Wirkungen des Versorgungsmanagements leitfadengestützte Expert:inneninterviews durchgeführt.

Vertiefende Interviews mit Patient:innen in der Regelversorgung und mit Fallmanagement fanden statt. Die Interviews wurden leitfadengestützt face-to-face oder per Telefon durchgeführt. Die Interviews dauerten 20 Minuten bis 120 Minuten, wurden als Audiodatei aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Zusätzlich wurden zwei Fokusgruppendifkussionen mit Fallmanager:innen und eine Fokusgruppendifkussion nach Abschluss der Interventionsphase. Die Fokusgruppen widmeten sich insbesondere den Fragen, wie eine wirksame Umsetzung von Fallmanagement möglich wird und welche Hindernisse die Fallmanager:innen zu bewältigen haben. Grundlage für die Fokusgruppe bildete ein Inputpapier mit den zu diskutierenden Fragen. Die Fokusgruppen fanden in Präsenz statt und dauerten ca. zwei Stunden. Es wurden Transkripte angefertigt und qualitativ ausgewertet.

In **Phase 3** wurden drei Sitzungen mit den Programmentwicklern der mamedicon GmbH durchgeführt, um die Wirkanahmen zu überprüfen und die Erfahrungen aus der Projektumsetzung in die Analyse einzubeziehen. Relevante Informationen wurden im Rahmen der Inhaltsanalyse anhand eines Analyserasters den transkribierten Texten entnommen und die Textsegmente den Kategorien des Analyserasters zugeordnet. Ergänzend wurde eine „Keyword-in-Context“ Analyse vorgenommen. Die extrahierten Informationen wurden getrennt vom Text weiterverarbeitet. Eine abschließende Fokusgruppe reflektierte die Phasen in der Patientenbegleitung und die Gesamteinschätzung zu den Rahmenbedingungen des Fallmanagements. Mit der Datenauswertung entstanden ein ausdifferenziertes Zielsystem und die Beschreibung eines Kaskadenprogramms, die jeweils im Expertenkreis mit Wundwissen und im hochschulischen Umfeld (peer-respond) zur Diskussion gestellt wurden. Die Abschlussveranstaltung thematisierte Besonderheiten im Umgang mit den Menschen mit chronischen Wunden und die Arbeit der Fallmanager:innen differenziert nach Wundursache. Die Ergebnisse der qualitativen Evaluation wurden von den Programmentwicklern auf Plausibilität geprüft und mit den Evaluatoren diskutiert.

2.3.2 Rekonstruktion von Wirkannahmen

2.3.2.1 Methodische Zugänge

Die qualitative Evaluation arbeitete in allen Phasen (siehe Abbildung 3) mit einem multiperspektivischen und multimethodischen Ansatz. Zur Rekonstruktion von Wirkannahmen wurden verschiedene methodische Zugänge gewählt.

Dokumenten - und Datenanalyse:

In einem ersten Schritt wurde in der ersten Projektphase vorhandenes Material der mamedicon GmbH herangezogen, um grundlegende Informationen zu den Annahmen der Programmplaner zu Input, Prozess, Output und Outcomes zu erhalten. Über den Verlauf der Intervention wurden weitere Unterlagen (Studienunterlagen, Präsentationen (PPTs), Verträge, Homepage VeMaWuRLP usw.) hinzugezogen, soweit sie zur Verfügung gestellt wurden.

Explorative Expertengespräche:

Um das Verständnis des Evaluationsgegenstands zu schärfen, wurden in der Planungsphase explorative Gespräche mit ausgewählten Expertinnen durchgeführt.

Die Expertinnen wurden nach Tätigkeitsbereich und Expertise in Wissenschaft und aus Verbänden ausgewählt und angefragt⁷ Es wurden Annahmen und Einschätzungen zur

⁷Die Expert:innen gehören zum fachlichen Netzwerk der verantwortlichen Mitarbeiterin für die qualitative Evaluation. Die Evaluatorin ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, gehört dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe an und wird in der Anfangsphase des Projekts VeMaWu-RLP Mitglied im Verein für Patientenedukation e. V., um den fachlichen Austausch pflegen zu können.

Durchführung des Fallmanagements allgemein, in Familien und zur Wunde, sowie zu möglichen Chancen und Hindernissen der Projektdurchführung und die Rolle der eingebundenen Fallmanager:innen in eine eher informellen bzw. explorativen Setting diskutiert.

Am Rande der anfänglichen Fortbildung für die Fallmanager:innen und bei Schulung ergaben sich immer wieder Gelegenheiten zum vertieften Gespräch mit den teilnehmenden Fallmanager:innen.

Die Gespräche in der Planungsphase fanden zwischen Mitte Juli 2018 bis Februar 2019 statt.

Akteursgruppe		Funktion/ Organisation
1	Berufsverband	Präsidentin DBfK
2	Verein	Vereinsgründerin Patientenedukation e. V.
3	Wissenschaft	Lehrstuhl Familienpflege Universität Witten/ Herdecke
4	Medizin	Hausärztin Allgemeinmedizin

Table 5: Expertinnen für explorative Gespräche Planungsphase

Onlinebefragung:

Bevor die Fallmanager:innen ihre ersten Studienpatient:innen übernahmen, wurde eine Online-Befragung durchgeführt, um ihre individuellen fachlichen Voraussetzungen und Erwartungen an das Projekt erfassen. Es wurde eine Vollerhebung durchgeführt. 20 Fallmanager:innen wurden einbezogen.

Fokusgruppe mit den Fallmanager:innen:

Zusätzlich wurden, nachdem die Fallmanager:innen erste Studienpatient:innen übernommen hatten, zwei Fokusgruppendifkussionen mit Fallmanager:innen durchgeführt (am 17.09.19 mit 3 Teilnehmenden (TN); am 01.10.19 mit 7 TN). Es wurden zwei verschiedene Orte gesucht, um den zeitlichen Aufwand und die Anfahrt der Fallmanager:innen zu erleichtern. Die Fokusgruppen widmeten sich den Fragen, wie eine wirksame Umsetzung von Fallmanagement ermöglicht werden könne und welche Hindernisse dabei zu bewältigen seien. Grundlage für die Diskussion bildete ein Inputpapier mit Fragen. Die Fokusgruppen fanden in Präsenz statt und dauerten ca. 2 Stunden. Es wurden Transkripte angefertigt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Teilnehmende Beobachtung:

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung wurden zur Beschreibung der Umsetzung des Versorgungsmanagement Informationen in diversen Feld- und Heftnotizen dokumentiert und in einem Forschungstagebuch festgehalten. Diese regelmäßig angefertigten Notizen dienten der explizierten Sammlung von impliziten Wissen, das sich in den beobachteten oder beigewohnten Gesprächen, Interaktionen, Beziehungen usw. ausdrückte. Im Forschungstagebuch finden sich handschriftliches Aufzeichnungen, analytische Überlegungen und inhaltliche Notizen, die immer schon eine Interpretation der Umgebung darstellten. Sie dienten als "Authentizitätsanker", "Referenzpunkt" und "Gedächtnisstütze". Die Reformulierung in verdichteten Zusammenfassungen wurde so zur "prozessanalytische Umformulierung" und dabei zum Ausgangspunkt für eine neue "konzeptionelle Ordnung" (Dellwing 2012).

2.3.2.2 Beschreibung Aktivitäten Versorgungsmanagement

Fortbildungen Fallmanagement - Teilnehmende Beobachtung:

Die Teilnahme an Fortbildungen (Basisschulungen, Qualitätszirkel, virtuelle Fortbildung), die die mamedicon GmbH vor Aufnahme der Fallbegleitung und im Verlauf der Projektzeit den

Fallmanager:innen anbot, sowie die Teilnahme an Anleitungssituationen in der Häuslichkeit bei Umsetzung des Fallmanagements dienten dem besseren Verständnis der Schwerpunktsetzung der Programmentwickler.

Sektionstreffen Wundnetz e.V. – Teilnehmende Beobachtung:

Die passive Teilnahme an Sektionstreffen des Wundnetz e.V. (5 in Präsenz, 1 virtuelles Treffen), bei denen sich die Akteure der lokalen Versorgung miteinander über die Versorgungspfade der Region austauschten, Qualitätsstandards diskutierten und festlegten, sowie Fortbildungen durchführten, ermöglichten Einblicke in die interprofessionelle Zusammenarbeit, Vernetzungsaktivitäten und Themen der jeweiligen Region.

Qualitätszirkel Studieneinrichtungen – Teilnehmende Beobachtung:

In den Qualitätszirkeln der Studieneinrichtungen stimmten sich Fallmanager:innen, Fachärzt:innen der Studieneinrichtungen und die Programmentwickler der mamedicon GmbH über die Studiendurchführung VeMaWuRLP (z.B. mangelnde Rekrutierungszahlen), aber auch über Einzelfälle ab. So konnten die Evaluatoren Hemmnisse in der regionalen Versorgung identifizieren und einzelne Akteure wahrnehmen.

Fachkongresse – Teilnahme:

Die Teilnahme an verschiedenen Fachmessen (Wundkongress Bremen 2019, Wundsymposium Kaiserslautern 2020) ermöglichten einen Einblick in die sogenannte „Wundszene“.

2.3.2.3 Reflexion der Wirkannahmen aus verschiedenen Perspektiven

Über unterschiedliche methodische Zugänge wurde die Perspektiven verschiedener Akteure und Zielgruppen auf das Versorgungsmanagement eingeholt, um so die Wirkannahmen zu reflektieren und zu ergänzen. Dazu wurden leitfadengestützte Interviews geführt.

Perspektive Studienpatient:innen und Angehörigen - leitfadengestützte Einzelinterviews:

Um eine Einschätzung zur Situation der Menschen mit chronischen Wunden zu gewinnen, wurden Patient:innen zu Hause besucht und um die Beschreibung ihrer persönlichen Situation gebeten. Der Zeitpunkt Z1 lag kurz nach dem jeweiligen Einschluss in die Studie. Der Zeitpunkt Z2 lag am Ende des Fallmanagements (10 – 12 Monate nach Z1). Die Interviews zu einem zweiten Zeitpunkt (Z2) ermöglichten den Evaluatoren einen Einblick in die Entwicklung während des Interventionszeitraumes sowie Einschätzungen des Erfolgs von Fallmanagement nach Abschluss der Begleitung durch eine Fallmanagerin. Die Interviewpartner:innen aus der Regelversorgung ermöglichten eine Einschätzung zur Entwicklung unter den Bedingungen der Regelversorgung. Die vertiefenden Interviews wurden leitfadengestützt face-to-face oder per Telefon durchgeführt. Sie dauerten 20-120 Minuten und wurden als Audiodatei aufgezeichnet.

Perspektive Fallmanagerinnen - leitfadengestützte Interviews, Expert:innengespräche:

Zur Vertiefung der Erkenntnisse auf der Ebene Umsetzung und Wirkungen des Versorgungsmanagements wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit Fallmanager:innen durchgeführt.

Perspektive Mediziner:innen - leitfadengestützte Interviews:

Um eine Einschätzung dazu zu gewinnen, wie Fallmanager:innen und Ärzt:innen miteinander kooperierten, was als Unterstützung wahrgenommen wurde und welche Schwierigkeiten auftraten, wurden leitfadengestützte Interviews mit drei Studienärzten durchgeführt. Zwei Ärzt:innen jeweils aus einer stationären Studieneinrichtung und eine niedergelassene Fachärztin. Sie hatten Studienteilnehmer:innen identifiziert, eingeschlossen, das Ergebnis der Randomisierung mitgeteilt und die ärztlichen Erhebungen für die RCT Studie VeMaWuRLP zu

drei Zeitpunkten durchgeführt. Die Ärzt:innen waren in der Region und rheinland-pfalzweit gut vernetzt und kannten berufsspezifische Netzwerke (AG Fuß, DDG,...).

Themenspezifische Qualitätszirkel mamedicon GmbH – teilnehmende Beobachtung:

Es wurden vom Programmentwickler mamedicon GmbH Fortbildungswünsche und spezifische Fragen der Fallmanagerinnen aufgegriffen und gemeinsam bearbeitet. Das ermöglichte einen Einblick in die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Programmanforderung und eine Identifizierung hemmender und förderlicher Faktoren.

2.3.2.4 Theoretischer Hintergrund

Die Programmentwickler beziehen sich mit ihren Wirkannahmen auf die Selbstpfledefizittheorie von Orem (vgl. Pabst, 2009), um im Edukationsangebot über das biomedizinische Modell hinaus einen individuellen Betreuungsansatz umzusetzen. Dabei flossen Erkenntnisse zum Kohärenzgefühl der Salutogenese (vgl. Wydler, 2000) zur Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf ein (vgl. Schaeffer, 2009).

2.3.3 Erhebungsmethoden und Datenquellen

2.3.3.1 Erhebungsinstrumente

Folgende Erhebungsmethoden und Datenquellen wurden genutzt, um sich dem Gegenstand Versorgungsmanagement Wunde und den Evaluationsfragestellungen zu nähern.

Methoden	Analysegegenstand/Stichprobe	Zeitraum
Dokumenten- und Datenanalyse	Dokumente mamedicon GmbH Homepage VeMaWuRLP Formulare FM Selektivvertrag im Entwurf Curriculum Fortbildung Fallmanagement Auszüge digitale Plattform Edukationskonzept im Entwurf Schulungsmaterial	Juni 2018 / Juni 2020
Literaturanalyse	Rechtlicher Hintergrund Literatur zu Motivationstheorien Fachliteratur Wunde Casemanagement	März 2019 / Januar 2020
Explorative Expertengespräche	Programmplaner Gespräche mit ausgewählten Expert:innen Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V.	Juni 2018
Online Befragung	Fallmanager:innen vor dem ersten Patientenkontakt	Dezember 2018
Vertiefende Interviews	leitfadengestützte Interviews mit 4 ausgewählten Expert:innen Patient:innen Regelversorgung Patient:innen mit Fallmanagement Angehörigen	Januar 2019 – Februar 2022
Fokusgruppen Anfangsphase	Fokusgruppendifkussion mit 6 Fallmanagerinnen mit 5 Fallmanager:innen	Mai / Juni 2019
Fokusgruppe Abschluss	Fokusgruppendifkussion mit 3 Vertreter:innen des Fallmanagements	Mai 2022

Teilnehmende Beobachtung	Feld- und Heftnotizen, Forschungstagebuch 6. Sektionstreffen Wundnetz e.V. Qualitätszirkel Studieneinrichtungen 6 Tage Fortbildung Fallmanager:innen Online Treffen FM 1 Anleitungssituation FM in der Häuslichkeit 4 Besuche Studieneinrichtungen (2 Kliniken, 2 niedergelassene Facharztpraxen/Diabetologen)	fortlaufend
--------------------------	--	-------------

Tabelle 6: Erhebungszeiträume und Instrumente der qualitativen Evaluation

2.3.3.2 Leitfaden, Dimensionen

Zur Entwicklung der Interviewleitfäden wurden zunächst Themenbereiche (Dimensionen) aus den Antragsunterlagen und den dort beschriebenen Wirkmechanismen und Zielvorstellungen abgeleitet, um dann Fragen zu formulieren.

Die Dimensionen/ Themenbereiche der Interviews mit Patient:innen in der Regelversorgung/ Fallmanagement sind in Tabelle 7 dargestellt.

	Themenbereich/Dimension	Fokus
1.	Angaben zur Person und zur Wundart	Soziodemografische Fragen zur Person, erste Angaben zur Entstehung und Dauer der offenen Wunde
2.	Individuelle Versorgungssituation	„Helferkreis“, Unterstützungssystem
3.	Motive zur Studienteilnahme und eigene Ressourcen	Erwartung gegenüber professioneller Unterstützung, Einschätzung eigener Kompetenzen
4.	Wundsituation/- verlauf	Abgaben zur Einschränkungen/ Belastungen durch die offene Wunde (im Alltag) und zum Heilungsverlauf der Wunde, subjektive Bewertung
5.	Professionelle Begleitung/ Versorgung	Berührungspunkte mit Akteuren des Gesundheitssystems (Ärzt:innen, Pflegedienst etc.) Erfahrungen mit sektoralen Grenzen
6.	Zukunftsvorstellungen	Hoffnungen/ Sorgen in Bezug auf weiteren Heilungs- Krankheitsverlauf, Auswirkungen auf das tägliche Leben, Familie, Berufsleben
7.	ggf. Fallmanagement	Zusammenarbeit und Begleitung durch Fallmanager:in, Erfahrungen, Beispiele Zielvereinbarungen, Edukation
8.	Selbstpflege/ Gesundheitskompetenz	Einschätzung eigene Kompetenzen z.B. im Umgang mit Schmerzen, Exsudat, Steigerung Mobilität etc.

Tabelle 7: Themenbereiche qualitative Interviews mit den Patient:innen

Die Fragen zu den Themenbereichen wurden so (offen) formuliert und situativ angepasst, dass die teilnehmenden Personen sich dazu angeregt fühlten, Hintergrundinformationen, Meinungen und empfundene Konfliktsituationen anzusprechen.

Ein Patientenführsprecher des Wundnetzes RLP trug mit Hinweisen zur Verbesserung der Verständlichkeit aus Patientensicht bei.

Von allen Teilnehmenden wurden im Rahmen des Interviews auch persönliche Daten (familiäre Versorgungssituation, beruflicher Hintergrund, etc.) erfragt.

Die Interviews fanden in der gewohnten Wohnumgebung oder an einem Ort der Wahl der jeweiligen Interviewpartner:innen (Café, Restaurant, Seminarraum etc.) statt. Während der Coronapandemie wurden die Interviews zum Schutz der Interviewpartner:innen telefonisch durchgeführt.

Alle Leitfäden befinden sich in Anlage_02_Qualitative Evaluation.

2.3.3.3 Selektionsverfahren

Patient:innen:

Zunächst wurden Patient:innen als Interviewpartner:innen über die Randomisierungsnummer der zentralen Randomisierungsliste ausgewählt. Es wurde angestrebt, jede Kombination der Einschlusskriterien zu berücksichtigen.

Diagnose bei Einschluss	Studienarm	Männer						Frauen					
		< 70 J.			≥ 70 J.			< 70 J.			≥ 70 J.		
Ulcus Cruris (UC)	Regelversorgung	10	2	0	8	2	1	7	1	0	9	3	2
	Fallmanagement	10	2	1	5	0	0	6	1	1	16	2	0
Dekubitus	Regelversorgung	2	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0
	Fallmanagement	1	0	0	2	1	0	2	0	0	1	0	0
Diabetisches Fußsyndrom (DFS)	Regelversorgung	22	5	1	15	2	1	6	1	0	5	2	1
	Fallmanagement	22	3	1	15	4	4	7	0	0	5	1	0
Sonstige schlecht heilende Wunden (SSW)	Regelversorgung	3	2	2	3	1	0	0	0	0	6	1	1
	Fallmanagement	4	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1
	gesamt	74	16	6	51	12	8	32	5	2	45	10	5

Randomisierung Nummern	202
Kontaktversuche PAT	43
Interviews PAT	21

Tabelle 8: Auswahl der Interviewpartnerinnen

Zu Beginn der Studie wurden kaum Patient:innen eingeschlossen und es wurde abgewartet, bis die Fallmanager:innen ihre ersten Erfahrungen in der Fallbegleitung sammeln konnten, um von einer gewissen Normalisierung der Arbeitsbeziehung ausgehen zu können.

Im Verlauf der Studie wurde die Einsatzleiterin der Fallmanager:innen (mamedicon GmbH) gebeten, herausragende Einzelfälle zur Kontaktaufnahme zu benennen, die nach dem Erstkontakt der Fallmanager:innen einen Erfolg oder Misserfolg des Fallmanagements erwarten lassen würden. (Erwartung einer besonders zeitaufwendigen Begleitung mit hohem Edukationsbedarf, Multimorbidität, etc.). Personen, die aufgrund aktueller Befindlichkeiten keinen Kontakt wollten, fielen als Interviewpartner aus.

Angehörige:

Angehörige wurden nach Gelegenheit ausgewählt. Ergab sich ein Gespräch mit einem Angehörigen der Patient:innen bei der Kontaktanbahnung oder beim Hausbesuch, wurden die Angehörigen gefragt, ob sie sich zu einem flankierenden Gespräch bereiterklären würden. Angehörige separiert zur Versorgungssituation zu befragen, ohne dass die Patient:innen beteiligt wurden, erschien unpassend.

Expert:innen:

Expert:innen wurden direkt kontaktiert oder angesprochen. Während der pandemiebedingten Versorgungslage und Kontaktbeschränkungen standen insbesondere die Ärzt:innen unter hohem Druck, so dass die Teilnahme an einem Interview mehrmals verschoben oder abgelehnt werden musste.

Durchführung:

Die qualitative Datenerhebung erfolgte zunächst nach Plan, wenn es auch aufgrund der niedrigeren Rekrutierungszahlen zu Verzögerungen bei der Identifizierung geeigneter Interviewpartner:innen mit unterschiedlicher Einschussdiagnose und aus verschiedenen Studienzentren kam. Durch die Corona-bedingten Kontaktbeschränkungen ergaben sich ebenfalls Veränderungen. Die Abstands- und Hygieneregeln zum Schutz der Befragten veränderten das Interviewsetting. Im März 2020 wurde die Entscheidung getroffen, die Corona-Pandemieentwicklung zu beobachten und eine face-to-face Interviewführung zum Schutz der Teilnehmenden zunächst auszusetzen. Ab September 2020 wurden Telefoninterviews initiiert und durchgeführt: zunächst mit Teilnehmer:innen, bei denen zum ersten Befragungszeitpunkt bereits ein face-to-face Interview stattgefunden hat und deshalb bereits eine persönliche Beziehung zur Interviewerin bestand. Bei diesen Teilnehmer:innen konnte auch im Rahmen eines Telefoninterviews zum zweiten Befragungszeitpunkt die Informationen zu ihrer Lebens- und Behandlungssituation erhoben werden. Ab November 2020 wurden auch neue Teilnehmer:innen kontaktiert. Alle Teilnehmer:innen akzeptierten generell den höheren Aufwand bezüglich der schriftlichen Einverständniserklärung über den Postweg oder per E-Mail. Die Interviewdauer am Telefon fiel in der Regel kürzer aus als bei Hausbesuchen und auf den Gesamteindruck der häuslichen Umgebung musste verzichtet werden. Der Informationsgehalt wurde dadurch dennoch nicht beeinträchtigt. Grundsätzlich wurde angestrebt mit teilnehmenden Patient:innen zwei Interviews zu führen. Dies erwies sich als ausreichend, um die Veränderungen im zeitlichen Verlauf abzubilden.

Die Bereitschaft zur Kontaktaufnahme und Interviewteilnahme aller als Interviewpartner:innen vorgesehenen Akteure nahm aufgrund der Pandemie im Jahr 2021 ab. Bei den Studienteilnehmer:innen kam es zu wiederholten Verschiebungen von Telefonterminen oder zum Beziehungsabbruch durch Unerreichbarkeit (siehe Abbildung 4).

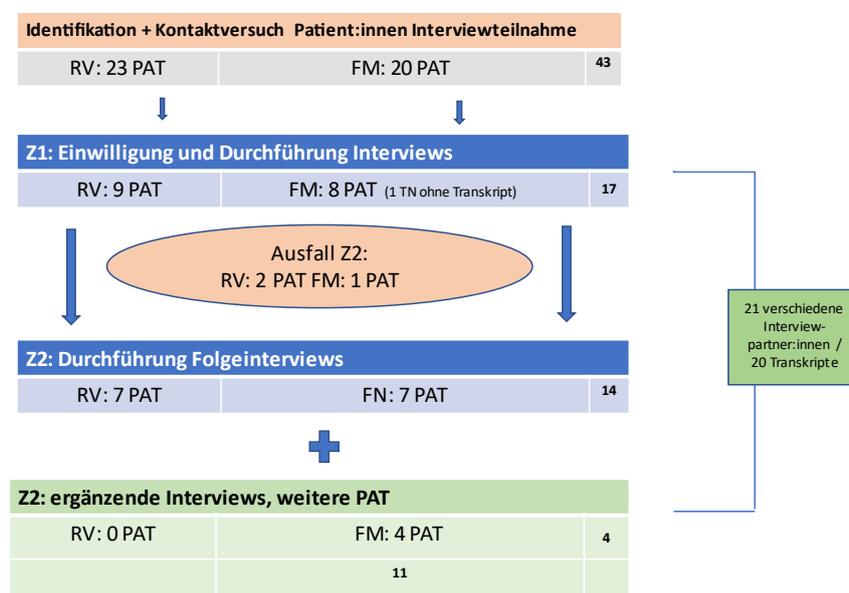


Abbildung 4: Darstellung der Interviewteilnahme

Insgesamt wurden 43 Kontaktversuche bei Patient:innen gestartet und es konnten 17 Personen zum Zeitpunkt Z1 kurz nach Einschluss für ein Interview gewonnen werden. Ein Patient hatte eine solch verwaschene Aussprache, so dass kein Transkript angefertigt und nur das Postskript einbezogen werden konnte. Von diesen Interviewpartner:innen erklärten sich 14 TN auch zum zweiten Zeitpunkt Z2 mind. 10 Monate später zum Gespräch bereit. Drei Teilnehmende konnten nicht mehr erreicht werden: Bei einem Teilnehmer hatte sich der Gesundheitszustand so sehr verschlechtert, dass er sich nicht in der Lage sah an einem weiteren Interview teilzunehmen. Die Person mit der verwaschene Aussprache kam für ein

Telefoninterview nicht in Frage. Eine Interviewpartner verstarb, bevor der Termin wahrgenommen werden konnte. Ergänzend wurden 4 Personen mit Fallmanagement einmalig zum Ende des Interventionszeitraums (Z2) interviewt, so dass Daten aus 21 Patienteninterviews in 20 Transkripten nach Abschluss der Studienteilnahme vorlagen.

Interviews mit Hausarzt- / Facharztpraxen, die nicht als Studieneinrichtung im Rahmen des Projekts eingebunden waren und Pflegekräften der ambulanten Regelversorgung konnten nicht realisiert werden, da aufgrund des Arbeitsdrucks durch die Pandemielage und Impfverpflichtungen weder Zeit noch Bereitschaft zur Durchführung von Interviews bestand. Stattdessen wurden Gesprächssituationen (in Präsenz und virtuell) bei verschiedenen Wundnetztreffen und auf Fachtagungen genutzt, um mit sonstigen Akteuren, Ärzt:innen und Pflegefachkräften Expert:innengespräche zu führen und Gesprächsnotizen anzufertigen.

Nach Rücksprache mit der Konsortialführung wurden die geplanten Fokusgruppen zum Abschluss des Fallmanagement Ende 2021 Pandemie-bedingt nicht in Präsenz realisiert und verschoben. Ab Frühjahr 2021 wurde deutlich, dass sich Fallmanager:innen neue Aufgabenfelder suchten. Insbesondere die Fallmanager:innen, die keine Patienten zugewiesen bekommen hatten, distanzierten sich vom Projekt und besonders engagierte Fallmanager:innen suchten sich neue Herausforderungen und bewarben sich auf Arbeitsplätze, an denen sie ihre Projekterfahrungen einbringen konnten. Um die Attraktivität einer Fokusgruppen-Teilnahme zu steigern, wurde die Fokusgruppe in Kombination mit einem Abschlussfest angekündigt, das aber aufgrund der geringen Teilnahmebereitschaft nicht stattfand. Eine virtuelle Alternative scheiterte an dem mangelnden Interesse der Fallmanager:innen. Stattdessen wurden zwei weitere Telefoninterviews mit Fallmanager:innen durchgeführt und es fand ein Kleingruppengespräch mit drei Fallmanager:innen statt.

Bis zum Ende des Berichtszeitraums wurden jeweils die Studienärzt:innen und die Fallmanager:innen mit den meisten Studienteilnehmer:innen zum Interview aufgesucht, da sie in der Lage waren, Verläufe zu vergleichen und eigene Erfahrungen mit dem Fallmanagement VeMaWuRLP zu reflektieren.

Unter den gegebenen – vor allem auch durch Corona geprägten - Rahmenbedingungen konnten Interviews mit den unterschiedlichen Zielgruppen, wie in

Befragungsgruppe		Zeitpunkt	Anzahl geplante Interviews	Anzahl durchgeführte Interviews	
1	Patient:innen mit Fallmanagement (FM)	Z1-FM	12	8	
		Z2-FM	12	11	
2	Patient:innen in der Regelversorgung (RV)	Z1-RV	10	9	<i>Zeitpunkt: Z1-FM: Anbahnung und Durchführung Interview zeitnah nach Einschluss in das Projekt, nachdem die Fallmanager:innen erste Zielvereinbarungen ausgehandelt haben.</i>
		Z2-RV	10	7	
3	Angehörige	Z1-A	3	3	<i>Z2-FM: Kontaktaufnahme und Durchführung Interview zum Ende bzw. nach Abschluss des Fallmanagements, (10 – 12 Monate nach Z1)</i>
		Z2-A	3	3	
4*1	Fokusgruppen Fallmanager:innen	Z1-FM	2	2	<i>Z1-RV: Anbahnung und Durchführung Interview zeitnah nach Einschluss in das Projekt</i>
		Z2-FM	2	1	
5	Einzelinterviews Fallmanager:innen		6	6	<i>Z1-RV: Kontaktaufnahme und Durchführung Interview zum Ende oder kurz nach Beendigung der Studienteilnahme</i>
6	Arzt/Ärztin: Arbeitsfeld stationäre Einrichtung / Studieneinrichtung		2	2	<i>Z1-FM: Zeitpunkt Durchführung Interview nach ersten Erfahrungen mit Fallmanagement</i>
7	Arzt/Ärztin: Arbeitsfeld ambulante Einrichtung / Studieneinrichtung		2	1	<i>Z2-FM: nach Ende des Fallmanagements</i>
8*2	Pflegekraft regulär		3	0	
9	Arzt/Ärztin: keine Studieneinrichtung		2	0	<i>Befragtengruppe: 4*1: Fokusgruppe Fallmanager:innen – (6 – 8 Teilnehmer:innen), 2 regionale Gruppen</i>
10	Sonstige Akteure (z.B. Homecare Unternehmen, Podologie)		2	1	
Insgesamt			71	54	<i>8*2: Pflegekraft regulär - ist keine Fallmanager:in, aber in der Wundversorgung von Studienteilnehmer:innen tätig. (FM, RV)</i>

Tabelle 9 dargestellt, durchgeführt werden: Mit der Anzahl der durchgeführten Interviews sowie Expertengespräche bei Wundnetz-Veranstaltungen und Fachtagungen wurde eine umfangreiche Datengrundlage und damit auch eine ausreichenden Datensättigung erreicht.

Befragungsgruppe		Zeitpunkt	Anzahl geplante Interviews	Anzahl durchgeführte Interviews	
1	Patient:innen mit Fallmanagement (FM)	Z1-FM	12	8	
		Z2-FM	12	11	
2	Patient:innen in der Regelversorgung (RV)	Z1-RV	10	9	<i>Zeitpunkt: Z1-FM: Anbahnung und Durchführung Interview zeitnah nach Einschluss in das Projekt, nachdem die Fallmanager:innen erste Zielvereinbarungen ausgehandelt haben.</i>
		Z2-RV	10	7	
3	Angehörige	Z1-A	3	3	<i>Z2-FM: Kontaktaufnahme und Durchführung Interview zum Ende bzw. nach Abschluss des Fallmanagements, (10 – 12 Monate nach Z1)</i>
		Z2-A	3	3	
4*1	Fokusgruppen Fallmanager:innen	Z1-FM	2	2	<i>Z1-RV: Anbahnung und Durchführung Interview zeitnah nach Einschluss in das Projekt</i>
		Z2-FM	2	1	
5	Einzelinterviews Fallmanager:innen		6	6	<i>Z1-RV: Kontaktaufnahme und Durchführung Interview zum Ende oder kurz nach Beendigung der Studienteilnahme</i>
6	Arzt/Ärztin: Arbeitsfeld stationäre Einrichtung / Studieneinrichtung		2	2	<i>Z1-FM: Zeitpunkt Durchführung Interview nach ersten Erfahrungen mit Fallmanagement</i>
7	Arzt/Ärztin: Arbeitsfeld ambulante Einrichtung / Studieneinrichtung		2	1	<i>Z2-FM: nach Ende des Fallmanagements</i>
8*2	Pflegekraft regulär		3	0	
9	Arzt/Ärztin: keine Studieneinrichtung		2	0	<i>Befragtengruppe: 4*1: Fokusgruppe Fallmanager:innen – (6 – 8 Teilnehmer:innen), 2 regionale Gruppen</i>
10	Sonstige Akteure (z.B. Homecare Unternehmen, Podologie)		2	1	
Insgesamt			71	54	<i>8*2: Pflegekraft regulär - ist keine Fallmanager:in, aber in der Wundversorgung von Studienteilnehmer:innen tätig. (FM, RV)</i>

Tabelle 9: Soll-Ist-Vergleich durchgeführte Befragungen

2.3.4 Auswertung und Analyse der Daten

Von den Audio-Aufnahmen der Interviews wurden Transkripte angefertigt.

In Einzelfällen musste darauf verzichtet werden, wenn die Aufnahmequalität zu schlecht war oder bei einem Teilnehmer die Aussprache zu verwaschen und als Audiodatei unverständlich war. Es wurden Postskripte angefertigt. Alle Gesprächsnotizen und Transkripte dienen der wissenschaftlichen Auswertung zur Beantwortung der oben genannten Forschungsfragen.

Die Bearbeitung des Datenkorpus erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Durch die Extraktion, Aufbereitung und Auswertung der Daten wurden thematische Zuordnungen in ein Kategoriensystem vorgenommen. So konnten Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet und Zusammenhänge hergestellt werden. Durch die Beschäftigung mit den Daten sowohl auf Einzelfallebene als auch auf struktureller Ebene wurden neue Wirkzusammenhänge identifiziert. Es wurden fall- und themenorientierte Auswertungen vorgenommen (vgl. Gläser & Laudel, 2010).

2.3.5 Pseudonymisierung und Datenschutz

Die Evaluatoren arbeiten nach den Standards der DeGEval - Gesellschaft für Evaluation, sodass „die Rechte, Sicherheit und Würde der in die Evaluation einbezogenen Personen geschützt sind“.

Die Interviewpartner:innen wurden über den Zweck der gesamten Studie und die Verwendung der gewonnenen Interviewdaten aufgeklärt. Es wurde sowohl ein schriftliches als auch ein mündliches Einverständnis zur Datenverarbeitung und Nutzung von den Interviewteilnehmenden eingeholt. Unter Pandemiebedingungen wurden vorab postalisch die Einverständniserklärungen und Informationen zum Projekt mit Rückumschlag zugestellt. Einzelne Interviewpartner:innen sandten ihre Einverständniserklärung per E-Mail zurück.

Namen und Ortsangaben der:des Befragten wurden in den Transkripten und Notizen – soweit erforderlich – unkenntlich gemacht. Ortsnamen wurden ersetzt und für die Namen der Patient:innen durch Kürzel, z.B. „PAT01“ und charakterisierende Nicknamen ersetzt (z.B. „Frau

Karte“ für eine Frau, die gerne wandern geht, „Herr Bank“ für einen Bankangestellten oder „Herr Koch“ für einen Teilnehmer, der als Koch arbeitete). Die Namen von Ärzt:innen wurden in den Transkripten in z.B. „A01“ und bei Fallmanager:innen durch „FM01“ usw. ersetzt.

Die Kontaktdaten beschränken sich auf die unbedingt notwendigen Informationen: Nachname, Vorname, Anschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse.

Alle Interviewpartner:innen wurden auf ihr Recht hingewiesen, Auskunft zu erhalten und die Löschung der eigenen Daten zu beantragen.

Die Pseudonymisierung ermöglichte dem Forschungsteam unter Zuhilfenahme eines Schlüssels die Zuordnung von Daten zu einer Person, welche ohne diesen Schlüssel nicht möglich gewesen wäre. Der Schlüssel wird von den Daten getrennt gegen fremden Zugriff geschützt aufbewahrt. Mit Abschluss der Datenerhebung und -analyse wird der Zuordnungsschlüssel vernichtet und somit für die wissenschaftliche Auswertung und in Publikationen sowie Berichten eine konsequente Pseudonymisierung der Daten gesichert, um Rückschlüsse auf die natürlichen Personen zu verhindern⁸.

2.4 Qualitätssicherung

Die Evaluation wurde auf der Grundlage der national und international anerkannten Standards der Leitlinien „Gute Klinische Praxis“, „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ und der „Standards für Evaluation“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation 2016), sowie der Memoranden des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und der DFG geplant und durchgeführt.

Um die Qualität der Daten sicherzustellen und potentielle Biasquellen zu reduzieren, wurden zahlreiche Maßnahmen während der Projektdurchführung getroffen. Zu nennen sind ein stratifiziertes Randomisierungsverfahren, Standard Operation Procedures (SOPs) und Schulung der Erhebungspersonen, Leitfaden zur Dateneingabe und Zweiterfassung, Validierung durch weitere Informationsquellen wie Arztberichte, Fotodokumentation, Endpunktrecherche.

Um eine Verzerrung der Ergebnisse durch potentielle Störgrößen zu vermeiden, wurde eine individuelle und stratifizierte Randomisierung der Patienten durchgeführt. Sie erfolgte unabhängig und zentralisiert durch die evaluierende Stelle unter Verwendung des webbasierten Randomisierungsdienstes des Instituts für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation der Medizinischen Universität Graz, Österreich. Neben der Rekrutierungseinheit (Standard für multizentrische Studien) wurden die Faktoren Altersklasse (unter bzw. ab 70 Jahren), Geschlecht und Wundart der Studienteilnehmer:innen berücksichtigt, um eine gleichmäßige Verteilung auf die beiden Gruppen zu gewährleisten. Verwendet wird das Minimierungsverfahren, ein Randomisierungsverfahren um auch bei kleinen Fallzahlen eine Gleichverteilung der Patientencharakteristika zu erreichen (Pocock, 1983).

Für die Abläufe der Datenerhebung in den Studieneinrichtungen wurden a priori Standard Operation Procedures festgelegt. Ergänzend wurde mindestens ein und bei Bedarf mehrere Besuche der Studieneinrichtung zur Einweisung des Erhebungspersonals und der verantwortlichen oder koordinierenden Personen durchgeführt. Regelmäßig kam im Falle der Rekrutierung ein Kontakt zustande, bei dem das jeweilige Vorgehen reflektiert und eine standardisierte Durchführung gesichert werden konnte. Die eingerichtete Randomisierung-Hotline stand offen auch für Fragen der durchführenden Studieneinrichtungen.

⁸ siehe Datenschutzkonzept und Datenlagerungskonzept des Projekts VeMaWuRLP/ IMÖVG, Anlage_01_Quantitative und gesundheitsökonomische Evaluation

2.5 Anpassungen im Evaluationskonzept

Im Laufe der Durchführung wurden geringfügig Anpassungen im ursprünglichen Evaluationsdesign erforderlich.

- Bald nach dem Start wurde aufgrund von Anfragen und Rückmeldungen aus der Praxis deutlich, dass ein Ausschlusskriterium konkreter zu formulieren war. Der Schweregrad einer pAVK (IV) bleibt bestehen, auch wenn durch Behandlung bessere Heilungschancen wiederhergestellt werden. Eine entsprechende Ergänzung wurde durch den Projektträger bewilligt und den Studieneinrichtungen kommuniziert.
- Wegen niedriger Rekrutierungszahlen, die im Zuge der Pandemie zusätzlich rückläufig waren, wurde eine Verlängerung des Rekrutierungszeitraums und damit des Gesamtförderzeitraum um 12 Monate beantragt und bewilligt. Im gleichen Schritt wurde eine Reduktion der Teilnehmerzahl auf eine nach den ersten Erfahrungen realisierbare Größenordnung vorgenommen.
- Im Kontext der durch die Pandemie auferlegten Beschränkungen in persönlichen Kontakten (Zugang und Aufenthalt in Praxisräumen, Hygienevorschriften und Warnhinweise für vulnerable Gruppen wie Diabetiker:innen, Menschen mit Adipositas oder Hypertonie usw.) wurden die Wege zur Primärdatengewinnung erweitert. Eine telefonische oder wo machbar per Hausbesuch durchgeführte Erhebung wurden möglich gemacht; Kurzfassungen des Befragungsinstrumentariums, die sich auf basale Parameter der Ergebnismessung beschränkten, wurden entwickelt (siehe Anlage_01_Quantitative und gesundheitsökonomische Evaluation). Der Einsatz dieser modifizierten Erhebungsinstrumente war zurückhaltend, denn oftmals blieb die Umsetzung auch damit schwierig (u.a. bei weiten Entfernungen zur Studieneinrichtung, Hör- oder Sprechproblemen der Patient:innen, nicht zugängliche Pflegeeinrichtung oder Rückzugsverhalten der Betroffenen) oder musste abgebrochen werden.
- Mit der wachsenden Zahl nicht durchführbarer Primärerhebungen wurden andere Vorgehensweisen und Datenquellen erforderlich, um benötigte Informationen zu substituieren. Eingesetzt wurden Kurzfragebögen für Haus- oder andere behandelnde Ärzt:innen, Arztbriefe, Wund- oder Fotodokumentationen, Abfrage des Vitalstatus und Endpunkt-Recherche. Zusätzlich erhielten die Patient:innen mit dem ab 2021 direkt zugesandten Teilnehmerfragebogen auch ein Auskunftsblatt zu ihren Wunden.
- Die Maßnahmen zum Sichern der ärztlichen Angaben machten eine organisatorische Anpassung erforderlich: Incentives für nicht in die Studie einbezogene medizinische Einrichtungen wurden bereitgestellt, um die Unterstützungsbereitschaft zu erhöhen.

3. Ergebnisse der Evaluation

3.1 Quantitative Evaluation

3.1.1 Fallzahl und Drop-outs

15 der ausgestatteten und vorbereiteten Einrichtungen nahmen aktiv an der Studie teil, schlossen Patient:innen ein und haben Daten zu den drei Zeitpunkten der Evaluation erhoben. Beteiligt waren sowohl Schwerpunktpraxen der ambulanten Versorgung als auch spezialisierte MVZ, Klinikambulanzen und eine Rehabilitationsklinik. Hinsichtlich der fachlichen Expertise waren 7 Facharztzentren der Diabetologie, 6 (Gefäß-)chirurgische, eine dermatologische und eine geriatrische Einrichtung vertreten.

Jede Einrichtung betreute sowohl Patient:innen, die dem Fallmanagement zugewiesen wurden, wie solche, die in der Regelversorgung (Usual Care) verblieben. Der Rekrutierungsbeitrag der einzelnen Studieneinrichtungen lag zwischen 1 bis 66 Teilnehmer:innen.

Studieneinrichtung	Rekrutierungen		
	Gesamt	Zuweisung Fallmanagement	Zuweisung Usual Care
A	6	4	2
B	2	1	1
C	66	32	34
D	11	5	6
E/F	17	10	7
G	18	9	9
H	4	2	2
I	4	1	3
K	17	9	8
L	12	8	4
M	1	1	0
N	14	5	9
O	3	1	2
P	14	8	6

*Tabelle 10: Verteilung der Rekrutierungen auf die verschiedenen Studieneinrichtungen
 Anmerkung: E/F bezeichnet zwei Fachabteilungen einer Organisation*

Im gesamten Einschlusszeitraum der Studie vom 01.11.2018 bis 31.12.2020 konnten nach klar definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien 198 Teilnehmer:innen rekrutiert werden. In 12 Fällen mussten Personen nachträglich durch die Studienleitung ausgeschlossen werden (Gründe: Ausschlusskriterium erfüllt; fehlende oder ungültige Teilnahmeerklärung (z.B. bei gesetzlicher Betreuung)). Ordentlich eingeschlossen wurden letztlich 186 Teilnehmer:innen, davon 94 Teilnehmende in der Regelversorgung (50,5%) und 92 im Fallmanagement (49,5%). Davon konnten 152 Personen bei der ersten Folgeerhebung (FU 1) und 131 Personen bei der zweiten abschließenden Folgeerhebung (FU 2) untersucht und befragt werden. Die Ausfallquote über 12 Monate individueller Beobachtungszeit liegt damit bei knapp 30%. Während aus der Fallmanagementgruppe 30,5% nicht bis zum Ende in der Studie verblieben, fiel der Anteil für die Routineversorgung mit 28,7% etwas geringer aus (siehe Abbildung 5).

Flussdiagramm VeMaWu

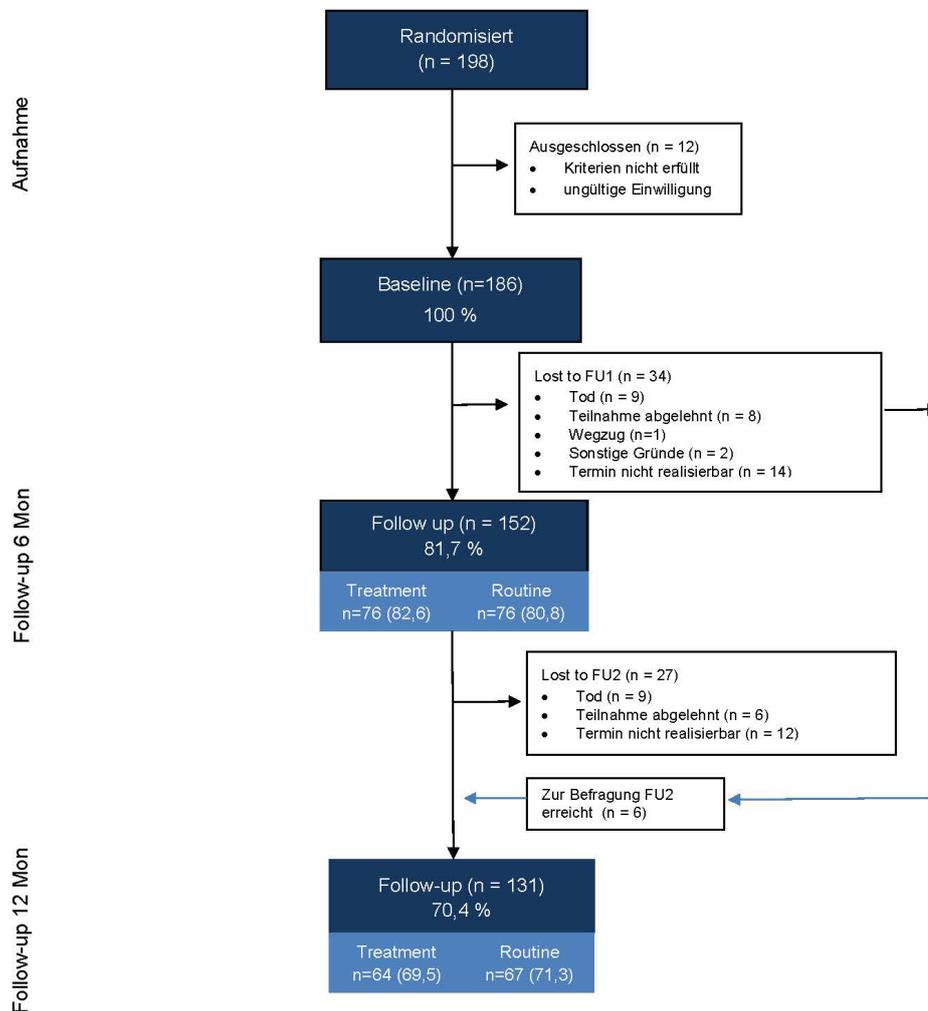


Abbildung 5: Flussdiagramm VeMaWuRLP Stichprobe

Häufige Gründe für einen Studienabbruch waren mangelnde Mobilität der Teilnehmenden, Zugangsbeschränkungen mit Aufschieben anstehender Kontakte unter Pandemiebedingungen und fehlende Kontaktdaten von Teilnehmenden. In sechs Fällen gelang nach einer Unterbrechung bei Folgerhebung 1 eine Erhebung zum abschließenden Messzeitpunkt.

Die Nichterreichten waren tendenziell älter (die Hälfte ist über 74 Jahre alt) und eher weiblichen Geschlechts (43,6% vs. 33,6%) als die in der Studie verbliebenen Personen. Ebenso war eine Tendenz zur höheren Anzahl festgestellter Wunden und ausgedehnterer Wundfläche bei Einschluss gegeben. Die Diagnose DFS ist etwas stärker vertreten als unter den in der Studie Verbliebenen. Insgesamt weist einiges in Richtung einer höheren Morbidität unter den nicht bis zum Studienende beteiligten Personen. Insbesondere 60% der Teilnehmenden mit einer malignen Vorerkrankung befanden sich unter den vorzeitig Ausgeschiedenen. Dagegen fand sich bspw. eine Nennung des Ziels der Adhärenzförderung durch die Studienärzt:innen nicht häufiger unter den Drop-out-Fällen als in der Auswertungstichprobe, eher in Gegenteil (29,5% vs. 32,0%).

3.1.2 Mortalität

Von den 186 Personen bei Einschluss sind im Beobachtungszeitraum 18 (9,7%) Personen verstorben. Um die Auswirkung der Behandlungsart auf die Mortalität zu bestimmen, gehen in die Analyse die Beobachtungen „sonstiger Ausfallgrund“ nicht ein, da hier keine gesicherte Information vorliegt, ob die Person am Ende der Beobachtungsperiode noch gelebt hat oder verstorben ist. In der Fallmanagementgruppe liegen dann 73 Personen vor, von denen 8 verstorben sind. In der Usual Care Gruppe sind 10 von 78 Personen verstorben. Die Mortalitäts- und Überlebensraten nach Behandlungsart gibt Abbildung 6 wieder.

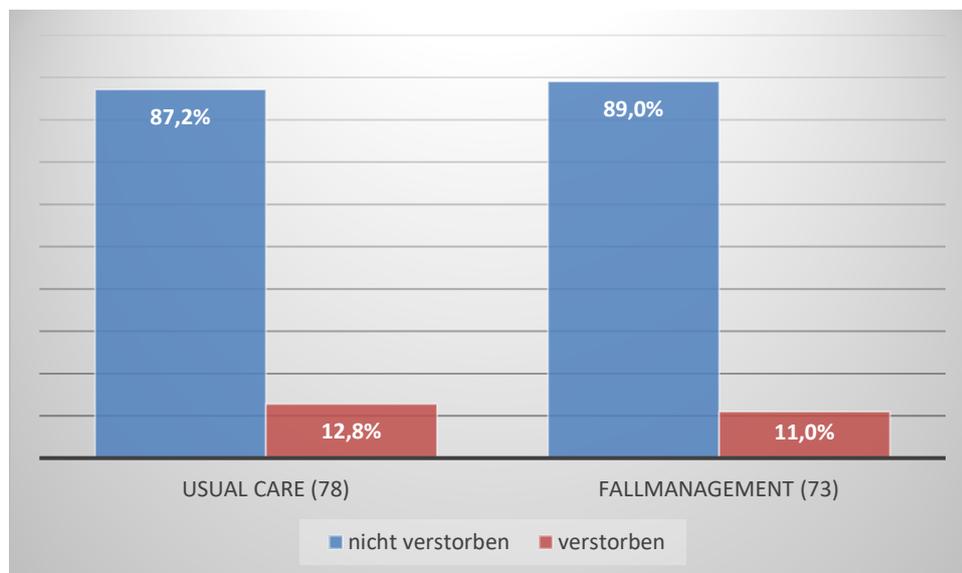


Abbildung 6: Mortalitäts- und Überlebensraten nach Behandlungsart (n = 151)

Geprüft wird die Hypothese, dass in der Fallmanagementgruppe der Anteil der Personen, die im Beobachtungszeitraum verstorben sind, unter dem Anteil der Kontrollgruppe liegt.

Die Differenz zwischen Fallmanagement und Usual Care liegt bei -1,86%-Punkten und weist somit in die erwartete Richtung, ist mit einem p-Wert von 0,3621 aber nicht signifikant. Die Zahl der Beobachtungen (n = 151) ist bei einer Anteilsdifferenz von -1,86%-Punkten viel zu gering, um einen signifikanten Effekt nachweisen zu können. Eine detaillierte Darstellung des Anteilstests befindet sich in Anhang 5.1, Tab. 1.

3.1.3 Baseline Charakteristika der Studienpopulation

3.1.3.1 Soziodemographie und Lebensstil

Die Charakteristika von Fallmanagement- und Usual Care Gruppe sind vergleichbar, wie Tabelle 11 zeigt. Im Folgenden werden einzelne Merkmale genauer dargestellt und auf Unterschiede getestet.

Merkmal	n	Fallmanagement	n	Usual Care	p-Wert
Geschlecht männlich, %	92	62,5	94	64,9	0,667 ¹
Alter, M (SD)	92	67,1 (12,9)	94	67,6 (12,8)	0,809 ²
Anteil ≥70 Jahre, %		48,9		50,0	0,882 ¹
Familienstand, %	87		87		0,725 ³
verheiratet		50,6		55,2	
ledig		21,8		17,2	
geschieden o. verwitwet		27,6		27,6	
Privathaushalt, >1 Person, %	89	64,0	93	66,7	0,710 ³

Pflegeheim/betreutes Wohnen, %	88	3,4	89	2,2	0,682 ⁴
Erwerbstätigkeit, %	89	18,0	93	18,3	0,958 ³
Bildung, %	88		92		0,251 ³
ohne Abschluss		3,4		7,6	
Abitur		6,8		9,8	
Mittlerer Abschluss		25,0		15,2	
Hauptschule o.a. Abschluss		64,8		67,4	
Rauchen, %	88		91		0,274 ³
aktiv		17,0		18,7	
vormals		31,8		41,8	
nie		51,1		39,6	
Body Mass Index, M in kg/m ²	90	33,9	94	31,1	0,137 ²
BMI >=30 (Adipositas), %	90	60,0	94	48,9	0,132 ¹
Alkoholkonsum, %	88		91		0,778 ³
regelmäßig		17,0		14,3	
gelegentlich		31,8		36,3	
nie		51,1		49,5	
Pflegedienst einbezogen, %	86	44,2	90	50,0	0,440 ³

Tabelle 11: Baseline-Charakteristika der Fallmanagement- und Kontrollgruppe

Legende: M Mittelwert; SD Standardabweichung

Teststatistik: 1 z-Test (Wald); 2 t-Test; 3 Pearson-Chi²; 4 Fisher's exakter Test

Quelle: berechnet mit SPSS

Die Studienpopulation bestand zu knapp zwei Dritteln aus männlichen Teilnehmenden (62,5% Fallmanagement vs. 64,9% Usual Care). Bei Einschluss lag kein signifikanter Unterschied im Geschlechteranteil nach Behandlungsart vor.⁹ Im Altersprofil waren bei Einschluss Ältere (70 Jahre u. älter) und Jüngere (unter 70 Jahre) nahezu gleich stark vertreten. Ein Anteilstest zeigt, dass kein Unterschied nach Älteren und Jüngeren zwischen den Behandlungsgruppen vorlag.¹⁰ Im Fallmanagement lag das Durchschnittsalter bei 67,1 Jahre und bei Usual Care bei 67,6 Jahre. Knapp 53% der Patient:innen waren verheiratet, 17,2% bereits verwitwet. Als ledig bezeichneten sich knapp 20% und 10,3% gaben „geschieden“ als Familienstand an. Bezüglich des Familienstandes unterschieden sich die Behandlungsgruppen nicht ($\chi^2 = 1,0001$; $p = 0,725$).

Der mittlere Body Mass Index (BMI) liegt bei Einschluss in der Usual Care Gruppe bei 31,1 kg/m² und in der Fallmanagementgruppe bei 33,9 kg/m². Dieser Unterschied ist nicht signifikant.¹¹ Der Anteil adipöser Personen (BMI > 30 kg/m²) lag bei Einschluss bei 54,3%. Ein

⁹ Ein Anteilstest mit STATA 17.0 (Befehl **prtest**) führt zu keinem signifikanten Ergebnis. P-Wert = 0,6675. > Signifikanzniveau 0,05. Die Nullhypothese, dass kein signifikanter Unterschied nach Behandlungsgruppen vorliegt (nicht gerichtete Hypothese), kann somit nicht verworfen werden.

¹⁰ Ein Anteilstest mit STATA 17.0 (Befehl **prtest**) führt zu keinem signifikanten Ergebnis. P-Wert = 0,8822 > Signifikanzniveau 0,05. Die Nullhypothese, dass kein signifikanter Unterschied vorliegt (nicht gerichtete Hypothese), kann somit nicht verworfen werden.

¹¹ Der t-Test für zwei unabhängige Stichproben bei gleicher Varianz führt bei der nicht gerichteten Hypothese zu einem p-Wert von 0,1373 > Signifikanzniveau 0,05.

signifikanter Unterschied zwischen den beiden Behandlungsformen war nicht gegeben (zweiseitig, p-Wert = 0,137).¹²

3.1.3.2 Komorbidität

Bei Einschluss leiden 78,3% der Patient:innen an Diabetes.¹³ In der Fallmanagementgruppe leiden 80,5% der Personen an Diabetes, während es in der Usual Care Gruppe 76,3% sind. Ein Anteilstest zeigt, dass die Anteile der Diabetiker:innen zwischen den beiden Behandlungsgruppen nicht signifikant unterschiedlich sind.¹⁴ Der Hba1c-Wert, an dem festgestellt wird, ob eine Person an Diabetes erkrankt ist oder nicht, liegt bei den Diabetiker:innen bei Einschluss in der Fallmanagementgruppe (n = 52) im Durchschnitt bei 7,85 (95%-KI: 7,29; 8,41) und in der Usual Care Gruppe (n = 59) bei 7,44 (95%-KI: 7,09; 7,79).¹⁵ Ein signifikanter Unterschied des Hba1c-Wertes zwischen den Gruppen liegt nicht vor.¹⁶

Für weitere Erkrankungen zeigt die jeweilige Punktschätzung des Anteilswerts für das Vorliegen der Erkrankung bei Einschluss nach Behandlungsart, und das 95 %-KI und den z- und p-Wert für den Gruppenvergleich (nicht gerichtete Hypothese). Für Personen, bei denen nicht bekannt war, ob sie die Erkrankung haben oder nicht, wurde die Ausprägung auf fehlend gesetzt.

Erkrankung (Anzahl der Beobachtungen)	Punktschätzung für den jeweiligen Anteilswert und Anzahl der Beobachtungen (n) sowie das 95 %-KI in Klammern		z-Wert und p-Wert für den Gruppenvergleich UC - FM
	Fallmanagement (FM)	Usual Care (UC)	
KHK (n = 172)	0,3176 (n = 85) (0,21867; 0,4166)	0,3218 (n = 87) (0,2237; 0,4200)	z = 0,0589 p = 0,9530
Herzinsuffizienz (n = 173)	0,2118 (n = 85) (0,1249; 0,2986)	0,3977 (n = 88) (0,2955; 0,5000)	z = 2,5626* p = 0,008
Hypertonie (n = 176)	0,8276 (n = 87) (0,7482; 0,9070)	0,7640 (n = 89) (0,6758; 0,8523)	z = -1,0448 p = 0,2961

Tabelle 12: Punktschätzungen nach Gruppen mit z- und p-Wert für den Gruppenvergleich

*Signifikant bei 1 %.

Wie Tabelle 12 ausweist, liegt bezüglich der Herzinsuffizienz bei Einschluss ein signifikanter Unterschied vor. Bei Usual Care liegt der Anteil der Herzinsuffizienz-Patient:innen bei knapp 40%, während in der Fallmanagementgruppe der entsprechende Anteil bei 21,2% liegt (p= 0,008).

¹² Unterstellt man hingegen die Forschungshypothese, dass im Fallmanagement der Anteil der adipösen Personen größer ist als bei Usual Care (gerichtete Hypothese), dann erhält man p = 0,066.

¹³ Zwei Patient:innen konnten keine Angabe machen. Sie wurden als fehlende Werte behandelt.

¹⁴ Ein Anteilstest mit STATA 17.0 (Befehl **prtest**) führt zu keinem signifikanten Ergebnis. P-Wert = 0,503 > Signifikanzniveau 0,05. Die Nullhypothese, dass kein signifikanter Unterschied vorliegt (nicht gerichtete Hypothese), kann somit nicht verworfen werden.

¹⁵ Die Deutsche Diabetes Gesellschaft geht davon aus, dass ein Diabetes vorliegt, wenn der Hba1c-Wert $\geq 6,5$ (≥ 48 mmol/mol) ist (vgl. Schleicher et al, 2021).

¹⁶ Ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben bei ungleicher Varianz und nicht gerichteter Hypothese und mit Welch Korrektur kommt zu einem p-Wert von 0,2231 > Signifikanzniveau 0,05.

3.1.3.3 Charakterisierung chronische Wunden

Das Fallmanagement wurde an Patient:innen erprobt, die an einem Diabetischen Fußsyndrom litten (50%), an einem Ulcus Cruris (32,6%), einem Dekubitus (7,6%) oder einer anderen chronischen Wunde (9,8%). Die Teilnehmenden setzten sich zusammen aus 35 Frauen im Alter zwischen 35 und 92 Jahren (Median: 71 Jahre) und 57 Männern im Alter zwischen 27 und 86 Jahren (Median: 66 Jahre). Dies Geschlechterverhältnis bildete sich in den Wundart-Gruppen weitgehend ab; in der DFS-Gruppe stellten die Männer sogar dreiviertel der Betroffenen. Bei Ulcus cruris dagegen stellten Frauen mit 56,7% die größere Gruppe und zugleich war dies die im Durchschnitt älteste Gruppe.

Die Zusammensetzung in der Kontrollgruppe fiel mit den Anteilen DFS 47,9%, Ulcus cruris 31,9%, Dekubitus 7,4% und sonstigen Wunden 12,8% vergleichbar aus.

Eine Voraussetzung für die Beurteilung der Wirksamkeit von VeMaWuRLP ist, dass initiale Wundsituation und damit verbundene Heilungsaussichten zwischen den Studiengruppen nicht differieren. Insbesondere Merkmale wie Wunddauer, Größe und Tiefe der Wunde nehmen Einfluss auf das Erreichen eines Wundverschlusses (Parker et al, 2015; Taylor et al, 2002; Margolis et al, 2002). Im Folgenden sollen solche Charakteristika der Einschlusswunden dargestellt und verglichen werden.

Bei Einschluss hatten 60% der 186 Patient:innen eine Wunde, 24% zwei Wunden und 12% drei Wunden. Mehr als drei Wunden wiesen 4% der Patient:innen auf. Auch hierbei weichen die Ausprägungen für Fallmanagement- und Kontrollgruppe nicht bedeutsam voneinander ab. Weitere Vergleiche finden sich in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**

Im Fallmanagement wie in der Kontrollgruppe lag die Wunddauer bei Einschluss zur Hälfte unter 4 Monaten. Als extreme Fälle mit einer Chronifizierung über 2 Jahre und mehr wurden der Fallmanagement Gruppe 13 Personen zugeteilt, in Usual Care 8 Personen. Der Anteil Teilnehmender mit rezidivierenden Wunden oder früherer Amputation lag zwischen 20 bis 30 Prozent.

Mit der Verknüpfung von Wundgröße und Wunddauer bietet der Margolis-Index eine Risikoklassifikation an (Margolis et al, 2001). Wie **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zeigt, war die Studienpopulation mehrheitlich der mittleren Stufe 1 zuzuordnen. Stufe 2, die Verbindung einer größeren Fläche mit einer mehr als 6-monatigen Wunddauer, entsprach jeweils der kleinste Teil der Gruppe (18,5% bzw. 14,9%).

Merkmal	n	Fallmanagement	n	Usual Care	p-Wert
Wundart, %	92		94		0,936 ³
diabetisches Fußsyndrom		50,0		47,9	
Ulcus cruris		32,6		31,9	
Dekubitus		7,6		7,4	
andere chronische Wunde		9,8		12,8	
Dokumentierte Wunden, %	92		94		0,931 ³
Singular		60,9		58,5	
2 Wunden		23,9		24,5	
> 2 Wunden		15,2		17,0	
Durchschnittl. Wundzahl, M(SD)		1,64 (1,03)		1,67 (0,99)	0,845 ²
rezidivierende Wunde, %	92	28,3	94	30,9	0,699 ³
Infektionszeichen, %	92	7,6	94	5,3	0,525 ³

Wundfläche gesamt in qcm, M (SD)	92	45,0 (136,8)	94	42,1 (134,7)	0,884 ²
Erstmanifestation in Jahren, M (SD)	85	17,69 (48,76)	84	7,99 (12,57)	0,006 ²
Median (Min; Max)		4 Mon (0;415)		4 Mon (0;81)	0,372 ⁵
Margolis-Index, %	92		94		0,795 ³
Stufe 0 (≤ 6 Mon. & Fläche $\leq 5\text{cm}^2$)		31,5		34,0	
Stufe 1 (> 6 Mon. oder Fläche $> 5\text{cm}^2$)		50,0		51,1	
Stufe 2 (> 6 Mon. & Fläche $> 5\text{cm}^2$)		18,5		14,9	
Z. n. Amputation, %	88	30,7	91	22,0	0,186 ³
pAVK, %	81	42,0	88	46,6	0,546 ³
Z. n. Revaskularisation, %	88	25,0	90	25,6	0,932 ³
Schmerzen wundbedingt, %	90	43,3	91	42,9	0,948 ³
Schmerzstärke, M (SD)	23	4,83 (3,51)	23	4,22 (3,18)	0,541 ²
EQ-5D-5L Index, M (SD)	89	0,62 (0,29)	90	0,60 (0,28)	0,724 ²
EQ-5D-5L VAS, M (SD)	87	59,9 (22,6)	91	54,4 (22,3)	0,104 ²
Wund-QoI, M (SD)	89	1,61 (0,93)	91	1,77 (1,01)	0,271 ²
Wund-QoI, kritischer Wert ($\geq 3,0$), %	89	11,2	91	11,0	0,958 ³
HADS Depression, M (SD)	87	6,7 (4,6)	89	7,1 (4,5)	0,591 ²
HADS Angst, M (SD)	87	6,2 (4,2)	88	6,2 (4,1)	0,963 ²
Patient Activation Measure, M (SD)	89	38,1 (6,9)	89	38,6 (5,9)	0,601 ²
Behandlungszufriedenheit, M (SD)	88	1,9 (1,5)	91	1,7 (1,4)	0,341 ²
Adhärenz als Behandlerziel, %	89	29,2	90	31,1	0,782 ³

Tabelle 13: Baseline-Charakteristika Wunde und Lebensqualität nach Behandlungsart

M Mittelwert; SD Standardabweichung

Teststatistik: 1 z-Test (Wald); 2 t-Test; 3 Chi² Unabhängigkeitstest; 4 Fisher's exact Test; 5 Mediantest;

Quelle: berechnet mit SPSS

Auch hinsichtlich der Beeinträchtigung in ihrer spezifischen Lebensqualität waren die beiden Studiengruppen bei Einschluss vergleichbar, wie Tabelle 13 zeigt. Das gleiche trifft für die Zufriedenheit mit der bis dahin erfahrenen Behandlung zu. Weitere Vergleiche finden sich in Tabelle 13.

Ein Handlungsbedarf aufgrund unzureichender Therapietreue wurde in beiden Studiengruppen gleichermaßen (29% bzw. 31%) durch die Studienärzt:innen vermerkt.

Die Teilnehmenden waren nach der führenden Wunde kategorisiert und randomisiert worden. Ein gewisser Anteil der Population wies allerdings nicht nur mehrere Wunden, sondern auch Wunden unterschiedlicher Genese auf. Eine Diagnose Ulcus cruris war indes häufiger mit mehreren Wunden und einer größeren Wundfläche verbunden (siehe Tabelle 14).

Merkmal	Fallmanagement				Usual Care			
	DFS	Ulcerus cruris	Dekubitus	Sonstige	DFS	Ulcerus cruris	Dekubitus	Sonstige
Anteil > 1 Wunde, %	32,6	53,3	14,3	44,4	26,7	63,3	42,9	41,7
Mittlere Wundfläche in qcm	6,02	121,45	13,28	15,45	14,89	99,11	17,37	23,18
Wundtiefe bis Sehne/Muskel	6,7	0	0	0	0	5,3	20,0	0

Tabelle 14: Merkmale chronischer Wunden nach Wundart und Behandlungsform

3.1.4 Zielgröße: Wundheilung

3.1.4.1 Heilungsrate (Wundverschluss)

Die primäre Forschungshypothese lautet, dass die Heilungsrate im Fallmanagement sowohl bei Follow Up 1 als auch bei Follow Up 2 höher liegt als in der Kontrollgruppe.

Die folgende Abbildung 7 zeigt den Anteil der Patient:innen ohne Wunde, wobei hier nur Personen eingehen, für die in Follow Up 1 und in Follow Up 2 Beobachtungen vorliegen (n=128). Nach einem Jahr hatten in beiden Gruppen über 50% der Patient:innen keine Wunde mehr.

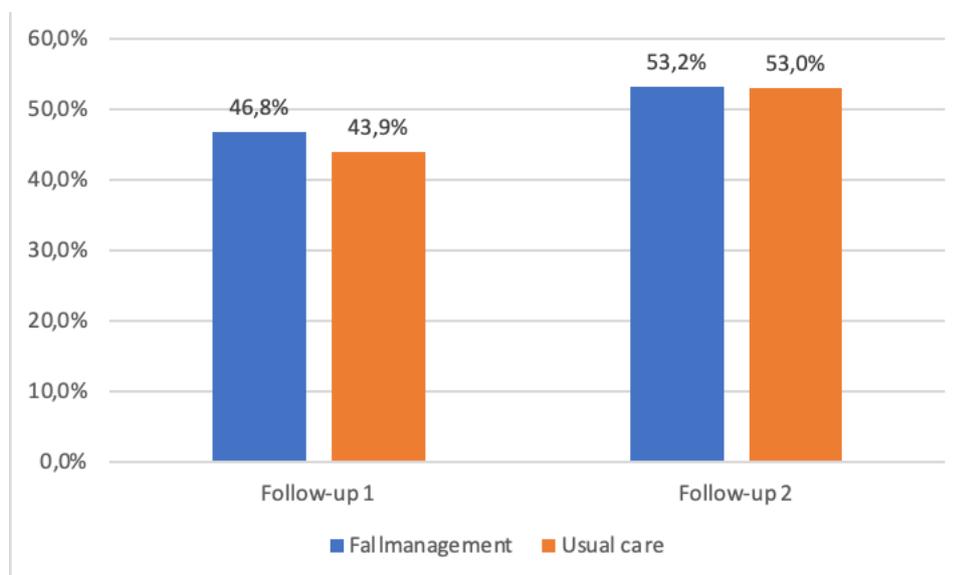


Abbildung 7: Anteil der Patient:innen ohne Wunde nach Gruppe und Follow Up.

Zum Follow Up 1 wurde bei 29 von 62 Personen der Fallmanagementgruppe und bei 29 von 66 Personen der Usual Care Gruppe keine Wunde mehr beobachtet.

Zum Follow Up 2 stieg die Zahl der Personen ohne Wunde in der Fallmanagementgruppe um vier Personen auf 33 an. In der Regelversorgung kam es zu einem Zuwachs von sechs Personen auf insgesamt 35 Personen ohne Wunde.

Sowohl bei Follow Up 1 wie auch bei Follow Up 2 ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Heilungsraten bei einem unterstellten Signifikanzniveau von 5% festzustellen (vgl. hierzu die Ergebnisse der Anteilstests im Anhang 5.2, Tab. 1 und Tab. 2).

Zusammenfassend: Die Forschungshypothese, dass die Heilungsrate im Fallmanagement bei Follow Up 1 als auch bei Follow Up 2 höher liegt als bei Usual Care, kann nicht bestätigt werden.

3.1.4.2 Subgruppenanalyse zur Heilungsrate nach Wundart

In die Studie waren über die Einschlusskriterien Wunden unterschiedlicher Kausalität einbezogen. Die Verteilung der drei Wundarten

- Ulcus cruris (Ulkus),
- diabetisches Fußsyndrom (DFS) und
- sonstige Wunde (sonstige)

bei Einschluss in die Studie nach Behandlungsart verdeutlicht Abbildung 8. Die Indikation „Dekubitus“ wurde aufgrund der geringen Anzahl für die Auswertung mit sonstigen Wunden zusammengefasst.

Patient:innen mit Ulcus cruris oder DFS stellten den Hauptteil der Studienpopulation. Unter der Annahme, dass unterschiedliche Heilungsbedingungen in den beiden Gruppen bestehen, wurden explorierend die jeweiligen Effekte getrennt nach Gruppe betrachtet.

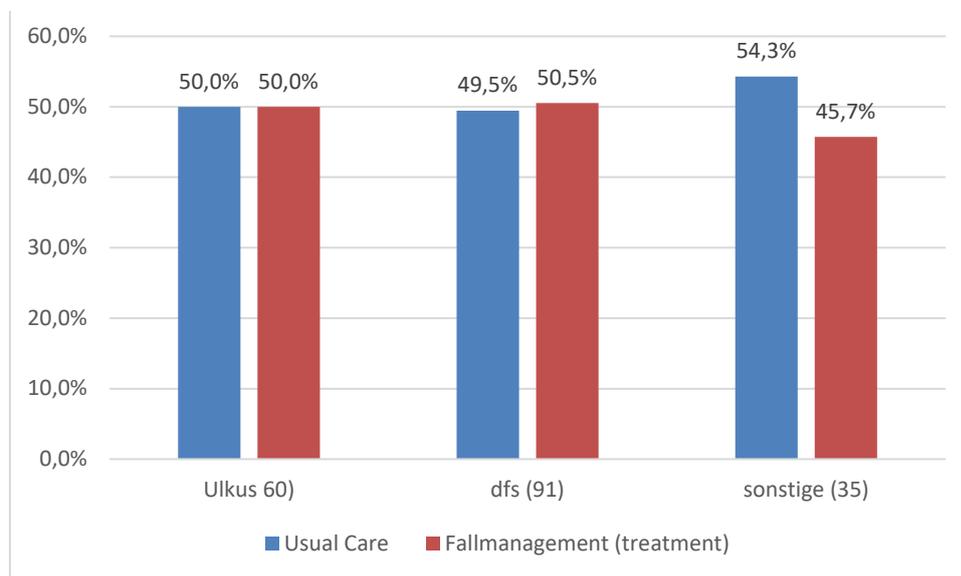


Abbildung 8: Verteilung der Wundarten bei Einschluss nach Behandlungsart.

Für den Endpunkt Heilungsrate nach 12 Monaten liegen 44 Beobachtungen der Wundart Ulcus cruris vor. Bei 20 Personen mit Ulcus cruris sind die Wunden verheilt. Dies entspricht einer Abheilungsquote von 45,5%. In der Fallmanagementgruppe (22 Personen) liegt der entsprechende Anteil bei 68,2%, während er in der Usual Care Gruppe (22 Personen) nur 22,7% beträgt.

Da die Zahl der Beobachtungen in den Subgruppen relativ klein ist, wurde auf die Durchführung von Anteilstest verzichtet und stattdessen logistische Regressionen berechnet.¹⁷ Die logistische Regression ergibt, dass die Chance bei Ulcus cruris, dass die Wunden verheilen, im Fallmanagement um das 7,0-fache höher (95%CI: 1,71; 28,68) liegt als bei Usual Care. Das Ergebnis ist bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% signifikant (vgl. im

¹⁷ Die Approximation der Binomialverteilung durch die Normalverteilung ist aufgrund der niedrigen Anzahl an Beobachtungen nicht mehr gegeben. Aber auch die inferenzstatistische Interpretation der Ergebnisse der logistischen Regression ist zu hinterfragen, da die Teststatistiken nur asymptotisch gelten.

Anhang 5.2, die Tab. 3). Das Pseudo R^2 nach Nagelkerke für das Modell beträgt 0,152.¹⁸ Die Teststärke liegt jedoch nur bei 40%.¹⁹ Beim DFS (38,7% Fallmanagement versus 60,6% Usual Care; n=62) liegt auf einem Signifikanzniveau von 5 % kein signifikantes Ergebnis vor (vgl. im Anhang 5.2, Tab. 4).²⁰

Zusammenfassend: Für die Subgruppe Ulcus cruris wurde eine signifikant (5 % Signifikanzniveau) höhere Heilungsrate nach 12 Monaten in der Fallmanagementgruppe beobachtet. In der Subgruppe diabetisches Fußsyndrom ist kein Effekt des Fallmanagement auf die Heilungsrate nach 12 Monaten festzustellen.

3.1.4.3 Weitere Analysen zur Wundheilung

Durchschnittliche Anzahl der Wunden

Das Nichtvorliegen von chronischen Wunden wird für einige Fälle als realistisch kaum erreichbares Ziel bewertet. Die Hypothese lautet für den Fall eingeschränkter Heilungserwartung, dass die mittlere Anzahl der Wunden in der Fallmanagementgruppe kleiner ist als in der Usual Care Gruppe. In der Auswertung werden nur Personen berücksichtigt, für die sowohl aus Follow Up 1 wie aus Follow Up 2 die Anzahl der Wunden angegeben ist.

Das Auswertungskollektiv umfasst n = 128 Personen. Die mittlere Anzahl der Wunden nach Follow Up 1 ergibt jeweils einen Wert unter 1, in der Fallmanagement Gruppe von 0,855 und für die Usual Care Gruppe von 0,955. Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Differenz liegt über dem 5%-Niveau (p-Wert= 0,3204) (vgl. im Anhang 5.2, Tab. 5).

Die mittlere Anzahl der Wunden nach Follow Up 2 ergibt in der Fallmanagement Gruppe einen Wert von 0,710, in der Usual Care Gruppe den Wert von 0,878. Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die gerichtete Hypothese liegt wiederum über dem 5%-Niveau (p-Wert = 0,211) (vgl. im Anhang 5.2, Tab. 6).

Man kann festhalten, dass das Fallmanagement in der Untersuchung keinen signifikanten Effekt auf die mittlere Anzahl der Wunden nach Follow Up 1 und nach Follow Up 2 besitzt.

Heilungsdauer

Zu den Messzeitpunkten FU1 und FU2 wurde die Abheilung beurteilt und retrospektiv der Zeitpunkt eines Wundverschlusses erfasst. Für die erste angegebene Wunde (für 59,7% der Stichprobe war diese die einzige bei Einschluss) wurde der errechnete Zeitraum transformiert in die Angabe einer Statusänderung je Laufzeitmonat. Wunden, die innerhalb der 12-monatigen Beobachtungszeit ein Lokalrezidiv erfuhren und Gliedamputationen wurde keine Statusänderung zugeordnet. Wie Abbildung 9 zeigt, stieg der Anteil dauerhaft abgeheilte Wunden zunächst in beiden Gruppen gleichermaßen moderat an. Nach dem sechsten Monat lag der Anteil der Fallmanagement Gruppe jeweils höher als in der Usual Care Gruppe. Parallel wuchs jedoch der Anteil jener, die von neuen Wunden betroffen waren, schneller an als in der Kontrollgruppe.

¹⁸ Aufgrund des Pseudo R^2 von Nagelkerke mit einem Wert von 0,253 ist das Modell durchaus akzeptabel (vgl. Hedderich & Sachs, 2016).

¹⁹ Die Power wurde mit G*Power 3.1 berechnet. Zur Vorgehensweise siehe Verma & Verma, 2020

²⁰ Bei einem Signifikanzniveau von 10 % ist das Chancenverhältnis signifikant, da die 1 nicht mehr im 90%-Konfidenzintervall liegt (vgl. Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, Tab. 4).

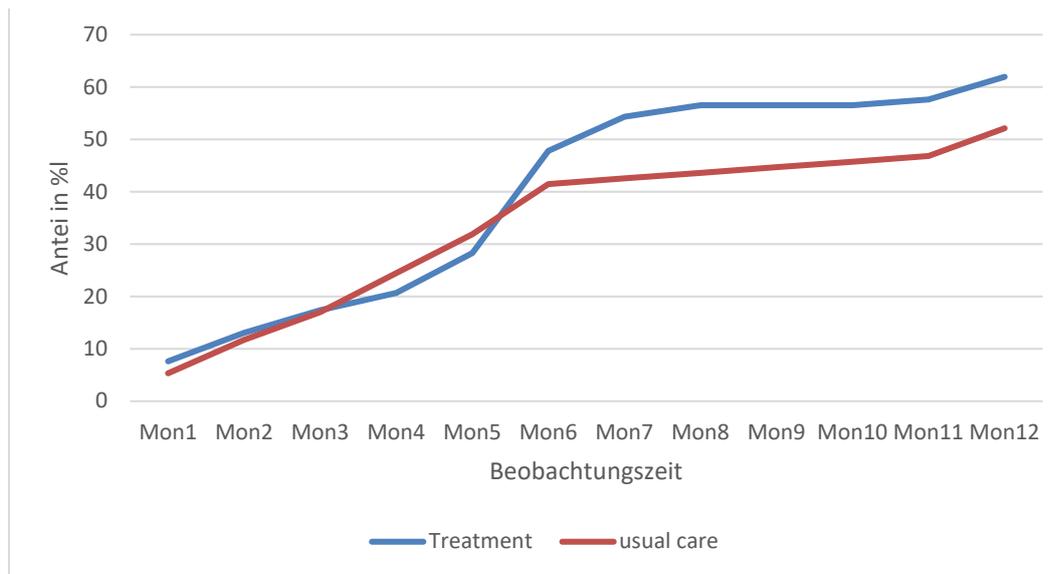


Abbildung 9: Kumulierter Anteil abgeheilten Wunden über die Beobachtungszeit nach Behandlungsart.

Betrachtet man Prozess der Wundheilung und Stabilität der Abheilung im Zusammenhang mit der Wundart (vgl. Kapitel 3.1.4.2), kann man zu dem Schluss gelangen, dass eine eventuell schnellere Abheilung in der Fallmanagementgruppe im Falle eines Diabetes einher geht mit einer höheren Neigung zu neuen Wunden.

3.1.5 Zielgröße: Amputationen

Innerhalb der Beobachtungszeit wurden insgesamt 21 Amputationen berichtet. Acht Amputationen waren der Fallmanagement Gruppe zugeordnet, dies entspricht einer Quote von 8,7%. Für die Gruppe Usual Care wurden 13 Amputationen im Jahreszeitraum berichtet. Das entspricht einer Quote von 13,8%. Ein Zweistichproben-Test auf Unterschiede der Anteile (vgl. Anhang 5.3, Tab. 1) zeigt kein signifikantes Ergebnis (einseitig: $p = 0,1343$). Die Nullhypothese, dass die Behandlungsgruppe keinen Einfluss auf die Amputationsrate hat, ist beizubehalten.²¹ Nimmt man nur die Population, die aktiv an der letzten Untersuchung teilnahm ($n = 131$), fallen die jeweiligen Raten etwas höher aus; das Resultat besteht gleichermaßen (10,9% vs. 16,4%; $p = 0,256$).

3.1.6 Zielgröße: Krankenhausaufenthalte

3.1.6.1 Wundbezogene Krankenhausaufenthalte insgesamt

Für 127 Proband:innen lagen Angaben über wundbezogene Krankenhaustage innerhalb 12 Monaten vor. Das Auswertungskollektiv umfasst 62 Patient:innen des Fallmanagement und 65 Usual Care Patient:innen. Die Verteilung nach Behandlungsart visualisiert das folgende Säulendiagramm (Abbildung 10).

²¹ Die Amputationen haben wir hier auf die Anzahl der Personen bei Einschluss bezogen. Bei einseitigen Test ist die Forschungshypothese: Die Amputationsrate ist bei Usual Care höher als beim Fallmanagement.

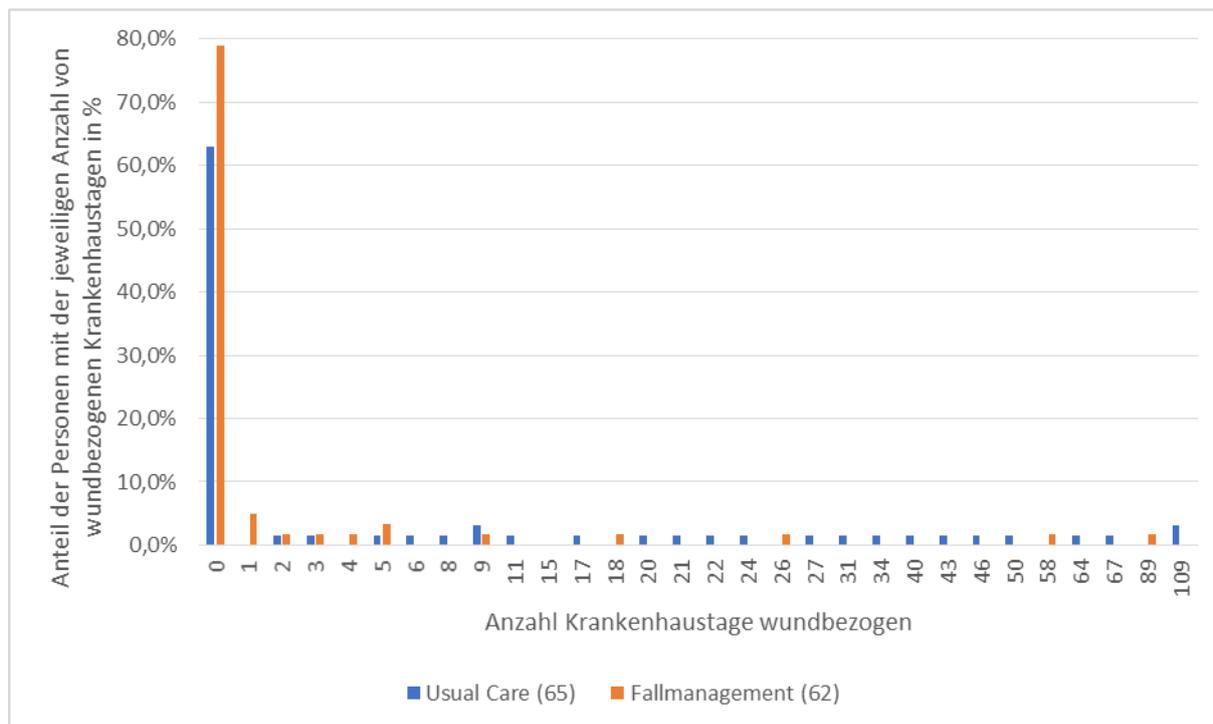


Abbildung 10: Verteilung der wundbezogene Krankenhaustage insgesamt nach Behandlungsart.

Zusammengefasst haben im Fallmanagement 20,9% der Patient:innen mindestens einen wundbezogenen Krankenhaustag, während es bei Usual Care 36,9% sind (vgl. Abbildung 11).

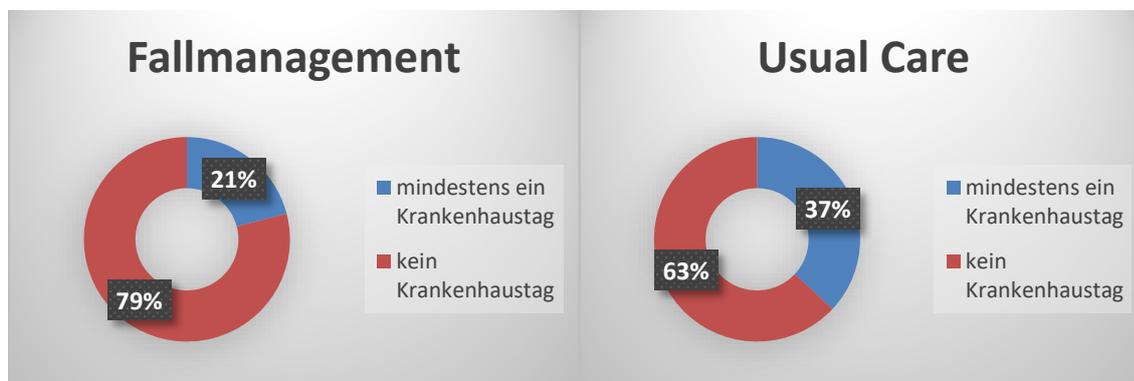


Abbildung 11: Anteil der Patient:innen mit wundbezogenen Krankenhaustagen nach Behandlungsart, aufgerundete Werte.

Damit liegt bei Usual Care der Anteil der Personen, die mindestens einen wundbezogenen Krankenhaustag haben um 15,9%-Punkte höher als im Fallmanagement. Diese Anteilsdifferenz ist signifikant ($p=0,024$; vgl. Tab. 1 in Anhang 5.4). Die Wahrscheinlichkeit, dass der tatsächliche Effekt entdeckt wird, beträgt hier allerdings nur 50%. Um den Effekt mit einer Power von 80% und einem 5% Signifikanzniveau nachzuweisen, hätte es einer Beobachtungszahl von insgesamt 200 für die gerichtete Hypothese bedurft.

Führt man anstatt eines Anteilstest eine binär-logistische Einfachregression durch mit der Art der Behandlung als erklärende Größe, dann erhält man den Effekt, dass beim Fallmanagement die Chance keinen wundbezogenen Krankenhaustag zu erfahren beim 2,2-fachen ($1/0,45 = 2,2$) gegenüber Usual Care liegt. Das Ergebnis verfehlt jedoch knapp das gewählte Signifikanzniveau ($p= 0,051$; vgl. Anhang 5.4, Tab. 2). Die Erklärungskraft des Modells liegt unter 20% (Nagelkerkes Pseudo- $R^2 = 0,0258$, so dass kein akzeptabler Effekt vorliegt.²²

²² Hier wird der Interpretation von Nagelkerkes Pseudo- R^2 durch Hedderich & Sachs, 2016.

Das Merkmal (wundbezogene) Krankenhaustage gibt an, wie oft im Beobachtungszeitraum das Ereignis Krankenhaustag bei einer betrachteten Person aufgetreten ist. In die wundbezogenen Krankenhaustage gehen auch 18 Amputation und 10 Hautdeckungen ein, wobei drei Patient:innen sowohl eine Amputation als auch eine Hautdeckung haben. Beides verursacht eine überdurchschnittlich hohe Zahl an Krankenhaustagen, wie aus den deskriptiven Maßen der folgenden Tabelle hervorgeht. Betrachtet man nur die Krankenhaustage ohne Amputation und Deckung, dann ist die mittlere Anzahl der Krankenhaustage zwischen den beiden Behandlungsgruppen mit 2,18 Tagen (Fallmanagement) und 2,29 (Usual Care) fast identisch (vgl. Tabelle 15).

	Krankenhaustage bei Fallmanagement						Krankenhaustage bei Usual Care					
	n	Median	MW	STD	Min	Max	n	Median	MW	STD	Min	Max
Amputation	6	4,5	18,33	34,74	0	89	9	46	53,44	35,44	9	109
Deckung	4	0	0,25	0,25	0	1	3	43	44,67	18,56	27	64
Amputation & Deckung	1	0	0		0	0	2	22,5	22,5	2,12	21	24
ohne	51	0	2,18	9,11	0	58	51	0	2,29	6,33	0	34
Insgesamt	62	0	3,58	13,82	0	89	65	0	11,95	23,91	0	109

Tabelle 15: Deskriptive Maße für die wundbezogenen Krankenhaustage nach Behandlungsart.
 N= Anzahl, MW= Mittelwert; STD= Standardabweichung des Mittelwert; Min= Minimum; Max= Maximum.

Schätzt man ein Zähldatenmodell mit Art der Behandlung, sowie Amputation und Deckung als zusätzlichen Größen und schließt Ausreißer aus²³, dann erhält man als Effekt, dass die erwartete Zahl der wundbezogenen Krankenhaustage um 72,2% im Vergleich zu Usual Care zurückgeht, wenn die Patient:innen Fallmanagement bekommen (siehe Tabelle 16).

Variable	Parameter b	z-Wert	p-Wert	Veränderung %
Fallmanagement	-1,2791	-1,952	0,051	-72,2
Amputation	3,2714	6,323	0,000	2534,9
Deckung	1,5113	2,214	0,027	353,3
Modellkonstante	0,6241	1,763	0,078	-

Tabelle 16: Zähldatenmodell NB2 für die wundbezogenen Krankenhaustage mit prozentualer Veränderung in den erwarteten wundbezogenen Krankenhaustagen.

Die Irrtumswahrscheinlichkeit für den Effekt liegt beim zweiseitigen Test bei $p = 0,051$ und beim einseitigen Test bei $\frac{p}{2} = 0,02501$, das Signifikanzniveau von 5% wird beim zweiseitigen Test knapp verfehlt, beim einseitigen Test liegt hingegen Signifikanz vor.²⁴ Amputation und

²³ Siehe Tab. 3 im Anhang 5.4. Die Ausreißer werden anhand der Cook-Distanz (d) bestimmt. Als Grenze wird $\frac{4}{123} = 0,0325$ gewählt (vgl. Hardin & Hilbe, 2018). Alle Distanzen über dem Wert von 0,032 werden als Ausreißer deklariert. Ausgeschlossen werden die Beobachtungen sid = 10201 (d = 0,3816), sid = 10411 (d = 0,0499, sid = 11020 (d = 0,0565 und sid = 12804 (d = 0,0735). Siehe Abb. 1 im Anhang 5.4.

²⁴ Benutzt man keine robusten Standardfehler, dann liegt die Signifikanz der Behandlungsart bei 1,7 % (einseitig $\frac{p}{2} = 0,85$ %) und die Deckung ist nicht signifikant (Signifikanzniveau 5 %). Siehe Tab. 4 im Anhang 5.4.

Deckung haben wie erwartet einen großen Einfluss auf die Anzahl wundbezogener Krankenhaustage.

Zusammenfassend: Die Art der Behandlung besitzt bei einem Signifikanzniveau von 5% einen signifikanten Einfluss (einseitiger Test) auf die Anzahl an wundbedingten Krankenhaustagen: Die Zahl der wundbedingten Krankenhaustage geht zurück. Da das Ergebnis nur asymptotisch gilt, ist aufgrund der geringen Fallzahl, das Ergebnis vorsichtig zu interpretieren.

3.1.6.2 Krankenhaustage insgesamt

Die Forschungshypothese lautet: Der Anteil der Personen mit mindestens einem Krankenhaustag ist in der Fallmanagementgruppe geringer als in der Usual Care Gruppe.

Für 131 Proband:innen liegen die Krankenhaustage insgesamt vor.²⁵ Im Fallmanagement (n = 62) weisen 41,9% der Patient:innen mindestens einen Krankenhaustag insgesamt aus, während es bei Usual Care (n = 69) 50,7% sind.²⁶ Der Anteil der Patient:innen, für die mindestens ein Krankenhaustag insgesamt vorliegt, war somit im Fallmanagement 8,8%-Punkte niedriger. Diese Anteilsdifferenz ist mit einem p-Wert von 0,157 (einseitige Hypothese) nicht signifikant. Die Forschungshypothese kann nicht bestätigt werden (vgl. Tab. 5 im Anhang 5.4).²⁷

Führt man anstatt eines Anteilstest eine binär-logistische Einfachregression mit der Art der Behandlung als erklärende Größe durch, erhält man den Effekt, dass beim Fallmanagement die Chance keinen Krankenhaustag insgesamt zu haben beim 1,43-fachen ($\frac{1}{0,7016} = 1,43$) gegenüber Usual Care liegt. Das 95%-Konfidenzintervall 0,351; 1,403 für das Chancenverhältnis schließt die 1 ein, so dass kein signifikanter Effekt vorliegt (vgl. Tabelle 6 im Anhang 5.4).

Für die Anzahl der Krankenhaustage insgesamt wurde ein Zähldatenmodell geschätzt. Da bei Einschluss ein signifikanter Unterschied der Verteilung der Patient:innen mit Herzinsuffizienz vorlag, wird die Herzinsuffizienz neben den Behandlungsart, Amputation und Deckung als weitere kontrollierende Variable in das Schätzmodell aufgenommen.²⁸

Das Modell zeigt einen Rückgang der erwarteten Anzahl an Krankenhaustagen um 43,5%, wenn man von Usual Care zum Fallmanagement übergeht. Der p-Wert liegt jedoch nur bei 10,3% (einseitig $\frac{p}{2} = 5,15\%$), so dass bei einem unterstellten Signifikanzniveau von 5% kein signifikanter Effekt vorliegt. Mit einem Pseudo-R² nach Nagelkerke = 0,148 ist für die beobachteten Daten kein relevantes Erklärungsmodell gegeben.²⁹

Zusammenfassend: Die Art der Behandlung besitzt bei einem Signifikanzniveau von 5% keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl an Krankenhaustagen insgesamt.

²⁵ Die Visualisierung der Verteilung der Krankenhaustage insgesamt als Säulendiagramm findet sich in Abb. 2 im Anhang 5.4.

²⁶ Die Visualisierung der Anteile als Diagramme finden sich in den Abb. 3 u. 4 im Anhang 5.4.

²⁷ Um den Effekt von 8,8%-Punkten als signifikant bei einer Power von 0.8 nachweisen zu können, benötigt man 779 Beobachtungen.

²⁸ Siehe Ergebnis Tab. 7 im Anhang 5.4. Die Variable Herzinsuffizienz (Aco02) wurde in die Variable Aco02_rc umkodiert, wobei die Ausprägung nicht bekannt (-8) auf fehlend gesetzt wurde.

²⁹ Das detaillierte Ergebnis zeigen die Tab. 8 u. 9 im Anhang 5.4. Gemäß der Cook-Distanz wird die Beobachtung mit der sid = 10234 aus der Schätzung des Zähldatenmodells ausgeschlossen, da die Cook-Distanz für diese Beobachtung mit 0,096 über der Grenze $0,034 \left(\frac{4}{117} = 0,034\right)$ liegt. Siehe Abb. 5 im Anhang 5.4.

3.1.7 Zielgröße: Arbeitsunfähigkeit

Bei Aufnahme in die Studie gaben n=33 Personen an, erwerbstätig zu sein (davon drei Personen älter als 65 Jahre). 28 dieser Personen konnten zur Schlusserhebung wieder befragt werden: 19 Personen gaben an, weiterhin erwerbstätig zu sein; 9 Teilnehmende gaben an, es bei FU2 nicht mehr zu sein.

Aus dieser kleinen Gruppe der Erwerbstätigen gaben 17 Personen eine Phase der Arbeitsunfähigkeit während ihrer Studienteilnahme an. Die Angaben sind nicht dahingehend differenzierbar, ob eine Arbeitsunfähigkeit mit oder ohne Bezug zur Wunde bestand.

Unter den Erwerbstätigen mit Fallmanagement geben 11 von 16 Personen eine Phase der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten an (68,8%). In der Usual Care Gruppe liegt der entsprechende Anteil lediglich bei 35,3%. Doch bestand in dieser Gruppe die Arbeitsunfähigkeit mit einer erheblichen Spannweite im Mittel über 36 Tage hinweg, wogegen sie sich im Fallmanagement durchschnittlich über 15 Tage erstreckte.³⁰

	Fallmanagement (n=16)	Usual Care (n=17)
AU vorliegend, n (%)	11 (68,8 %)	6 (35,3 %)
AU-Tage im Mittel	15,1 [±23,77]	36,5 (±63,36)

Tabelle 17: Betroffen von Arbeitsunfähigkeit im Jahreszeitraum nach Behandlungsart.

3.1.8 Zielgröße: Lebensqualität

3.1.8.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des EQ-5D-5L

Bei Einschluss konnten der EQ-5D-5L von 179 der 186 Personen ausgewertet werden.³¹ Es bestand zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied in der Lebensqualität, zu Beginn ($p=0,7241$; Tab. 1 im Anhang 5.5). Eine zufällige Aufteilung in Behandlungs- (Fallmanagementgruppe) und Kontrollgruppe (Usual Care) bezüglich der Lebensqualität lag somit vor.³²

Betrachtet wurden im Weiteren nur jene 95 Personen, von denen zu allen drei Beobachtungszeitpunkten ein vollständig ausgefüllter Fragebogen zur Lebensqualität (EQ-5D-5L) vorlag. In der Behandlungsgruppe waren das 45 Personen und in der Kontrollgruppe (Usual Care) 50 Personen. Tabelle 18 gibt die Mittelwerte der Lebensqualität, die Standardfehler des Mittelwertes sowie den größten und den kleinsten Wert für die drei Beobachtungszeitpunkte je Behandlungsart wieder.

³⁰ Aufgrund der sehr geringen Anzahl an Beobachtungen wurde die Arbeitsunfähigkeit nur deskriptiv ausgewertet.

³¹ Die Index-Werte wurden mit dem EQ-5D-5L Index Value Calculator berechnet (vgl. EuroQol Research Foundation, o. J.)

³² Der Levene-Test auf Varianzhomogenität ist mit einem p-Wert von 0,9191 nicht signifikant, so dass die Annahme von Varianzhomogenität nicht verworfen werden kann. Berechnet mit STATA 17.0, Befehl `robvar`.

	Fallmanagement (n=45)				Usual Care (n=50)			
Zeitpunkt	MW	STD	Min	Max	MW	STD	Min	Max
Ersterhebung	0,6793	0,2661	-,053	1	0,6302	0,3005	-,205	1
FU1	0,7279	0,2324	,172	1	0,6399	0,2819	-,038	1
FU2	0,7293	0,2197	,173	1	0,7051	0,2750	-,018	1

Tabelle 18: Mittlere Lebensqualität für die drei Messzeitpunkte (0, 1 u. 2) nach Behandlungsart., N = 95.

Auch bezogen auf dieses Auswertekollektivbestand bestand zu Beginn kein Unterschied zwischen den Gruppen in der Lebensqualität (Zweistichproben t-Test, $p = 0,404$); von einer zufälligen Aufteilung in Behandlungs- und Kontrollgruppe kann ausgegangen werden (vgl. Anhang 5.5 Tab. 2).³³

Beim ersten Follow Up, d.h. etwa nach einem halben Jahr, lag ein signifikanter Unterschied zwischen Fallmanagement- und Kontrollgruppe vor (Mittelwert von 0,72793 vs. 0,6399). Die Lebensqualität der Fallmanagementgruppe lag im Durchschnitt über jener der Kontrollgruppe ($p = 0,0495$) (vgl. Anhang 5.5, Tab. 3).³⁴ Der Effekt der Intervention ist mit einem Cohen's $d = 0,3389$ (95%-KI: -0,0676; 0,7437) klein, die Teststärke liegt lediglich bei 49,5%³⁵.

Nach dem 2-ten Follow Up lag zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied mehr vor (p -Wert= 0,3197). Vom 1-ten zum 2-ten Follow Up erhöht sich die mittlere Lebensqualität in der Kontrollgruppe um 0,06524 Punkte, der Wert in der Fallmanagementgruppe veränderte sich lediglich im Promillebereich: man sieht ein Angleichen der Gruppen nach etwa 12 Monaten (vgl. Tab. 4 im Anhang 5.5).³⁶

Zusammenfassend: Die Lebensqualität gemessen mit dem generischen Instrument EQ-5D-5L liegt in der Fallmanagementgruppe nach Follow Up 2 nicht signifikant höher als in der Usual Care Gruppe. Beim ersten Follow Up lag ein signifikanter Unterschied zugunsten der Behandlungsgruppe vor.

3.1.8.2 Indikationsspezifische Lebensqualität anhand des Wund-QoL17

Der Wund-QoL17 misst die krankheitsbezogene Lebensqualität bei Patient:innen mit chronischen Wunden anhand von 17 Items (Original-Version). Die 17 Items können drei Subskalen Körper, Psyche, und Alltagsleben zugeordnet werden.

Bei Einschluss konnten 180 Fragebögen des Wund-QoL ausgewertet werden. Zwischen den beiden Gruppen lag bei Einschluss kein Unterschied vor, wenn der Summenwert betrachtet wird. Ein Zweistichproben t-Test bestätigt das Ergebnis ($p = 0,2706$), so dass von einer zufälligen Aufteilung auf die beiden Gruppen bezüglich der krankheitsspezifischen Lebensqualität (insgesamt) ausgegangen werden kann (vgl. Tab. 1 im Anhang 5.6).

³³ Der Levene-Test auf Varianzgleichheit zeigt mit einem P-Wert = 0,3162 keinen signifikanten Unterschied auf. Errechnet mit STATA 17.0 mit dem Befehl `robvar`.

³⁴ Der Levene-Test auf Varianzgleichheit ist mit einem P-Wert von 0,0483 signifikant, so dass die Varianzen der beiden Gruppen nicht gleich sind. Errechnet mit STATA 17.0 mit dem Befehl `robvar`.

³⁵ Für $0,2 \leq d < 0,5$ liegt ein kleiner Effekt vor (vgl. Cohen, 1988). Das IQWiG wählt folgende Einteilung, die sich an Cohen's d orientiert: $0,2 \leq d < 0,3$ geringer Effekt; $0,3 \leq d < 0,5$ beträchtlicher Effekt; für $d \geq 0,5$ erheblicher Effekt (vgl. IQWiG, 2022a) Diese Einteilung hat das IQWiG im neuesten Entwurf des Methodenpapiers beibehalten (vgl. IQWiG, 2022b).

³⁶ Der Levene-Test auf Varianzgleichheit zeigt mit einem P-Wert = 0,1742 keinen signifikanten Unterschied auf. Errechnet mit STATA 17.0 mit dem Befehl `robvar`.

Da der Wund-QoI wundspezifische Belastungen erfragt, macht es keinen Sinn ihn einzusetzen, wenn die befragte Person keine chronische Wunde mehr besitzt. Für Follow Up 1 und Follow Up 2 werden die Werte nur für jene Personen ausgewiesen, bei denen noch mindestens eine chronische Wunde zu dem Zeitpunkt vorlag. In der Fallmanagementgruppe waren das zu FU2 noch 23 Personen (von ursprünglich 92, das entspricht 25%), in der Usual Care Gruppe 25 (von ursprünglich 94, was 26,6% entspricht).

Zeitpunkt	Fallmanagement				Usual Care			
	n	Median	MW	STD	n	Median	MW	STD
Ersterheb.	89	1,411765	1,607291	0,934344	91	1,647059	1,767716	1,010720
FU1	34	1,676471	1,623933	0,965854	38	1,735294	1,819079	0,829715
FU2	23	1,235294	1,46915	1,032468	25	1,588235	1,725147	1,176554

Tabelle 19: Anzahl der Beobachtungen, Median, Mittelwert und Standardabweichung für den Wund- QoI Summenwert aller Messzeitpunkte nach Behandlungsart.

N= Anzahl, MW= Mittelwert; STD= Standardabweichung des Mittelwert

Da für die Messungen FU1 wie FU2 weniger als 50 Beobachtungen pro Gruppe vorlagen, wurde zur Prüfung der Unterschiedshypothese ein verteilungsfreier Rangsummentest (U-Test) gewählt. Für den Zeitpunkt FU1 gehen 72 Beobachtungen in die Analyse ein. Der errechnete z-Wert von 0,756 (einseitiger Test: $p = 0,2269$)³⁷ weist keinen Unterschied der Gruppen hinsichtlich der wundbezogenen Lebensqualität aus. Der Test über 48 Beobachtungen zum Zeitpunkt FU2 führt zu einem sehr ähnlichen Ergebnis mit einem z-Wert von 0,754 und der Signifikanz $p = 0,2289$ beim einseitigen Test (vgl. Anhang 5.6, Tab. 2 u. 3).

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sowohl bei Follow Up 1 als auch bei Follow Up 2 kein signifikanter Unterschied in der krankheitsspezifischen Lebensqualität der Gruppen besteht, falls die Personen noch Wunden haben.

Auch wenn der Wund-QoI ein veränderungssensitives Instrument für die Bestimmung krankheitsbezogener Lebensqualität während der Behandlung darstellt, für eine längerfristige Verlaufsbeobachtung über die Abheilung hinaus erwies sich das Instrument als weniger geeignet. Um eine Aussage über die gesamte Behandlungsgruppe zu erhalten, wurden in einer Sensitivitätsanalyse die per Design fehlenden Werte bei Abheilung durch den Wert Null ersetzt.

Betrachtet werden jene 75 Personen, die zu allen drei Beobachtungszeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben, sowie Kenntnis über den Wundstatus besteht. Auch für diese Teilstichprobe bestand kein Unterschied in den Mittelwerten der wundbezogenen Lebensqualität zu Beginn ($p= 0,3834$); von einer zufälligen Verteilung auf die Behandlungsgruppen kann ausgegangen werden.

³⁷ Der Mann-Whitney U Test weist nur einen zweiseitigen p-Wert aus. Bei einseitig formulierter Hypothese berechnet sich der einseitige p Wert = zweiseitiger p Wert/2.

Zeitpunkt	Fallmanagement (n=33)		Usual Care (n=42)		p-Wert
	MW	STD	MW	STD	
Ersterheb.	1,6475	0,9785	1,5770	1,0477	0,3834
FU1	1,5552	1,0055	1,5653	0,9628	0,5176
FU2	1,3177	1,0346	1,4538	1,1269	0,7039

Table 20: Zweistichproben t-Test für den Wund-QoL nach Messzeitpunkt und Behandlungsart

Zum Zeitpunkt FU1 nach etwa einem halben Jahr beträgt die mittlere Differenz zwischen den Behandlungsgruppen im Gesamtscore -0,01008 (einseitig: $p = 0,2588$), was bedeutet, dass kein Unterschied in der wundspezifischen Lebensqualität bestand. Zum Zeitpunkt FU2 erreichte die Fallmanagementgruppe einen im Mittel um -0,13610 Punkte geringeren Gesamtscore des Wund-QoL. Diese Differenz ist mit einem einseitigen p -Wert= 0,3520 ebenfalls nicht bedeutsam.

Auch wenn die Gruppenmittelwerte der wundbezogenen Lebensqualität erwartungsgemäß etwas geringer ausfallen und das insbesondere in der Usual Care Gruppe zu beobachten ist, in Bezug auf Wirksamkeit ergibt sich keine abweichende Aussage: die Hypothese einer höheren wundspezifischen Lebensqualität in der Fallmanagementgruppe im Vergleich zu Usual Care kann weder zum Zeitpunkt nach 6 Monaten noch zum Zeitpunkt nach 12 Monaten bestätigt werden.

3.1.8.3 Weitere Analysen zur wundspezifischen Lebensqualität

Der Wund-QoL17 setzt sich zusammen aus drei Subskalen. Die Subskala Körper umfasst die ersten fünf Items des Wund-QoL. Die Subskala Psyche umfasst die Items sechs bis zehn, die Subskala Alltagsleben umfasst die Items 11 – 16.

Wund-QoL Index	Fallmanagement				Usual Care			
	n	Median	MW	Std.Aw	n	Median	MW	Std.Aw
Teilscore Körper								
Körper $t = 0^{**}$	90	1	1,077222	0,813757	89	1,2	1,382584	1,031688
Körper $t = 1$	34	0,7	0,919118	0,791624	38	1,1	1,25	0,789971
Körper $t = 2$	34	0,7	0,919118	0,791624	38	1,1	1,25	0,789971
Teilscore Psyche								
Psyche $t = 0$	89	2	1,976404	1,195258	90	2,4	2,117222	1,214453
Psyche $t = 1$	34	2,1	2,039676	1,057965	38	2	2,126361	1,017066
Psyche $t = 2$	23	1,6	1,819565	1,261919	25	2,2	2,02	1,223468

Teilscore Alltag								
Alltag t = 0	86	1,5	1,868605	1,359857	90	2	1,95037	1,272432
Alltag t = 1	34	1,4166671	1,867647	1,454576	38	2,083333	2,144737	1,302118
Alltag t = 2	24	1,416667	1,698611	1,373014	25	1,666667	1,904	1,45084

Tabelle 21: Anzahl der Beobachtungen, Median, Mittelwert und Standardabweichung für die Subskalen des WundQoL nach Behandlungsart.

Anmerkungen: n = Anzahl der Beobachtungen, MW = arithmetisches Mittel, StdAw = Standardabweichung.

** Differenz signifikant bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %.

Bei Einschluss konnten 179 von 186 Fragebögen bezüglich der ersten fünf Items ausgewertet werden. Hier zeigte sich bei Einschluss ein signifikanter Unterschied der Subskala Körper des Wund-QoL. In der Fallmanagementgruppe war die „körperliche Lebensqualität“ signifikant besser als bei der Kontrollgruppe (vgl. Tab. 4 im Anhang 5.6).³⁸ Eine weitere vergleichende Auswertung der Subskala „Körper“ des Wund-QoL findet daher nicht statt.

Zur Subskala Psyche konnten bei Einschluss 179 der 186 Fragebögen ausgewertet werden. Es war kein signifikanter Unterschied der Gruppen gegeben, so dass von einer zufälligen Aufteilung der Patient:innen auf Fallmanagement und Usual Care ausgegangen werden kann (vgl. Tab. 5 im Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Betrachtet man die Personen, von denen zu FU1 (n = 72) und zu FU2 (n=48) auswertbare Fragebögen der Subskala Psyche vorlagen, dann ist auch für alle Folgeerhebungen kein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar (Mann-Whitney U-Test, FU1 einseitiger p= 0,4315 bzw. FU2 einseitiger p=0,3206) (vgl. Tab. 6 u. 7 im Anhang 5.6).³⁹

Für die Subskala Alltagsleben waren bei Einschluss 176 der 186 Fragebögen auswertbar. Bei Einschluss lag kein signifikanter Unterschied vor (vgl. Tab. 8 im Anhang 5.6). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bei FU1 (n=72) wie auch bei FU2 (n = 49) konnten nicht nachgewiesen werden (Mann-Whitney U-Test; FU1 einseitiger p= 0,1705 bzw. FU2 einseitiger p=0,3401) (vgl. Tab. 9 u. 10 im Anhang 5.6).

Zusammenfassend: Weder für die Subskala Alltagsleben noch für die Subskala Psyche des Wund-QoL unterscheidet sich die mittlere Lebensqualität in der Fallmanagementgruppe nach Follow Up 2 signifikant von dem entsprechenden Wert der Usual Care Gruppe. Die Betrachtung der beiden Teilscores ergibt in Konsistenz mit den Auswertungen zum Gesamtscore, dass das Fallmanagement keinen Effekt auf die wundspezifische Lebensqualität besitzt.

³⁸ Da für die Messungen FU1 wie FU2 weniger als 50 Beobachtungen pro Gruppe vorlagen, wurde zur Prüfung der Unterschiedshypothese ein verteilungsfreier Rangsummentest (U-Test) gewählt.

³⁹ Der Mann-Whitney U Test weist nur zweiseitigen p-Wert aus. Bei einseitig formulierter Hypothese berechnet sich der einseitige p Wert = zweiseitiger p Wert/2.

3.1.8.4 Belastung durch vorhandene Wunden: Betrachtung der Einzelitems

Die Ergebnisse für die Einzelitems stellen sich wie folgt dar:

ITEM	FU1					FU2				
	FM		Usual Care		p-Wert	FM		Usual Care		p-Wert
	gültig	Cr %	gültig	Cr %		gültig	Cr %	gültig	Cr %	
Schmerz	34	11,8	38	31,6	0,040	24	8,3	25	28,0	0,078
Geruch	34	5,9	38	5,3	0,649	23	4,3	24	4,2	0,745
Exsudat	33	18,2	36	19,4	0,570	22	9,1	25	20,0	0,265
Schlaf	33	12,1	38	18,4	0,346	24	4,2	25	36,0	0,006
Behandlung	33	18,2	37	21,6	0,478	24	16,7	25	28,0	0,273
Niedergeschlagenheit	33	30,3	38	28,9	0,553	24	25,0	24	37,5	0,267
Heildauer	34	50,0	38	57,9	0,332	24	37,5	25	52,0	0,232
Sorgen	34	52,9	38	50,0	0,495	24	37,5	25	40,0	0,545
Verschlechte	34	52,9	38	52,6	0,583	22	50,0	24	66,7	0,199
Stoßen	34	14,7	38	36,8	0,030	23	34,8	24	41,7	0,427
Fortbewegen	34	38,2	38	42,1	0,463	24	33,3	24	37,5	0,500
Treppen	33	33,3	38	44,7	0,231	24	25,0	25	44,0	0,136
Alltag	34	35,3	38	47,4	0,213	24	33,3	25	40,0	0,426
Freizeit	34	44,1	38	52,6	0,314	24	50,0	25	48,0	0,558
Soz. Aktivität	34	44,1	37	48,6	0,443	23	30,4	25	40,0	0,349
Abhängigkeit	34	44,1	37	45,9	0,534	23	43,5	25	32,0	0,301
Finanzen	34	29,4	38	15,8	0,135	24	29,2	24	25,0	0,500

Tabelle 22. Anteil als kritisch definierter Belastung je Lebensbereich zu den Messzeitpunkten FU1 und FU2

*Chi² einseitig bzw. Fishers exakter Test einseitig

3.1.8.5 Beeinträchtigung durch Schmerzen

Bei Einschluss hatten in beiden Gruppen rund ein Viertel der Teilnehmer:innen Schmerzmittel wegen der Wunde eingenommen. Zu den Messzeitpunkten FU 1 wie FU 2 war der Anteil in beiden Gruppen größer.

Das Ausmaß erlebter Schmerzen erfasste der Arzt / die Ärztin zu allen Messzeitpunkten über eine Analogskala. Die Ausprägung geht in die Analyse ein sofern auch oder nur wundbezogene Schmerzen berichtet werden; bei ausschließlich wundunabhängigen Schmerzen ist der Wert gleich Null.

Bei Einschluss wurde kein Unterschied zwischen den Gruppen im Schmerzerleben festgestellt, wobei Angaben für 167 Teilnehmer:innen vorliegen: der Mittelwert lag bei 1,69 (\pm 2,87) in der Fallmanagementgruppe bzw. 1,77 (\pm 2,89) in der Kontrollgruppe.

Dem Arzt angegebener Wundschmerz				
	FU1		FU2	
	FM	Usual	FM	Usual
n=	65	69	62	68
Wundschmerzen	18,4 %	42,0	11,3 %	25,0 %
Schmerzmittel				
Tägl. Frequenz	21,4 %	34,4	23,5 %	34,0 %
seltener	14,3 %	9,4 %	30,2 %	10,0 %
Analogskala Schmerz (0-10)				
	FU1		FU2	
	FM	Usual	FM	Usual
n=	65	67	62	66
MW (STD)	0,92	2,24	0,45	1,33
Wund-QoI, Schmerzen (0-4)				
	FU1		FU2	
	FM	Usual	FM	Usual
n=	56	64	43	50
MW (STD)	0,73	1,34	0,70	1,22
Critical (3,4)	8,9 %	23,4	4,7 %	24 %

Tabelle 23: Schmerzerleben und Schmerztherapie nach Behandlungsgruppe zu FU 1 und FU 2

3.1.9 Zielgrößen: Angst und und Depression

In die Auswertung der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), die ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung von depressiven Symptomen und Angstsymptomen bei Patient:innen mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden ist, gehen nur diejenigen Patient:innen ein, bei denen bei Follow Up 1 und Follow Up 2 auswertbare Beobachtungen für den HADS gesamt als auch für die Subskalen Depression und Angst vorliegen. Dies sind 98 Beobachtungen.

Es werden Zwei-Stichproben-t-Tests und nichtparametrische U-Tests für den HADS gesamt (HADS-G), sowie die beiden Subskalen HADS Angst (HADS-A) und HADS Depression (HADS-D) jeweils für die drei Zeitpunkte Einschluss, Follow Up 1 und Follow Up 2 durchgeführt.⁴⁰

Die Forschungshypothese lautet: Das Fallmanagement verringert Angst und Depression der Patient:innen, d.h. der mittlere Wert des HADS muss in der Fallmanagementgruppe geringer ausfallen als in der Gruppe Usual Care. Um die gerichtete Hypothese überprüfen zu können, muss die Differenz zwischen dem Mittelwert des HADS der Fallmanagementgruppe und dem entsprechenden Mittelwert der Gruppe Usual Care kleiner als null sein. Die Ergebnisse der

⁴⁰ Da die Fragen eher ordinales Skalenniveau aufweisen, wurden neben dem parametrischen auch U-nichtparametrische Tests durchgeführt.

Zwei-Stichproben-t-Tests zeigt zusammenfassend Tabelle 24.⁴¹ Betrachtet man die Mittelwerte, dann kann man sagen, dass die Patient:innen im Mittel bezüglich Depression und Ängstlichkeit unauffällig sind, da der Mittelwert unter 7 liegt.⁴²

Art der Wunde	Zahl der Beobachtungen (FM; UC)	Mittelwert Fallmanagement	Mittelwert Usual Care	Differenz	t-Wert
HADS- Gesamtskala					
Einschluss	98 (46; 52)	11,40217	11,84615	-0,44398	-0,2766
Follow Up 1	98 (46; 52)	11,4058	13,38462	-1,97882	-1,2171
Follow Up 2	98 (46; 52)	10,94565	12,79808	-1,85243	-1,1768*
HADS Subskala Angst (HADS-A)					
Einschluss	98 (46; 52)	5,38044	5,76923	-0,38879	-0,4362
Follow Up 1	98 (46; 52)	5,18841	6,5	-1,31159	-1,5117*
Follow Up 2	98 (46; 52)	5,21739	5,96795	-0,75056	-0,8710*
HADS Subskala Depression (HADS-D)					
Einschluss	98(46; 52)	6,02174	6,07692	-0,05518	-0,0652
Follow Up 1	98(46; 52)	6,21739	6,88462	-0,66723	-0,7220
Follow Up 2	98(46; 52)	5,72826	6,83013	-1,10187	-1,3053*

Tabelle 24: Zusammengefasste Ergebnisse des Zwei-Stichproben-t-Tests für den HADS und seine zwei Subskalen Angst und Depression.

*Signifikant 10% (einseitiger Test)

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% kann anhand des Zwei-Stichproben-t-Tests und des U-Tests nicht gezeigt werden, dass das Fallmanagement zu einer Verringerung von Angst und Depression im Vergleich zu Usual Care führt (vgl. Tab. 1 bis 18 im Anhang 5.7). Bei der Subskala Angst bei Follow Up 1 und bei der Subskala Depression bei Follow Up 2 ergibt sich bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% ein signifikantes Ergebnis beim t-Test und U-Test (vgl. Tabelle 24 und Anhang 5.7, Tab. 14 u. Tab. 18)). Beim U-Test erhält man zusätzlich beim HADS-G Follow Up 2 und HADS-A bei Follow Up 2 ein signifikantes Ergebnis bei einem Signifikanzniveau von 10%. (vgl. im Anhang 5.7, Tab. 12, Tab. 15).

Die folgende Tabelle 25 zeigt den Betrag von Cohen's d für die HADS (ausführliche Ergebnisse in den Tab. 19 bis 24 des Anhangs 5.7). Ein kleiner Effekt liegt vor, wenn d mindestens 0,2 beträgt. Dies liegt bei der HADS-G Follow Up 1 und Follow Up 2, bei der HADS-A Follow Up 1 und bei der HADS-D Follow Up 2 vor. Folgt man der Einteilung des IQWiG, dann liegt bei der

⁴¹ Die ausführlichen Ergebnisse des parametrischen Zwei-Stichproben-t-Tests und des nichtparametrischen U-Tests befinden sich in Anhang 5.7 Tab. 1 bis Tab. 24.

⁴² Die Werte der Subskalen werden wie folgt interpretiert: 0 – 7 unauffällig; 8 – 10 suspekt; über 10 auffällig (vgl. Herrmann-Lingen, 2003).

HADS-A mit einem $d = 0,306$ ein beträchtlicher Effekt vor. Keiner der Effekte ist aber bei einem Signifikanzniveau von 5 % signifikant.

Cohen's d			
	HADS-G	HADS-A	HADS-D
Follow Up 1	0,24635	0,30599	0,14613
Follow Up 2	0,23820	0,17630	0,26421

Tabelle 25: Cohen's d für die Ergebnisse der HADS
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Zusammengefasst: Es kann bei einem Signifikanzniveau von 5% anhand der HADS nicht gezeigt werden, dass ein Unterschied in Angst und Depression zwischen den beiden Gruppen bei Follow Up 1 und Follow Up 2 vorliegt.

3.1.10 Verzerrungsrisiken

Bezüglich Qualität und Aussagekraft der Ergebnisse wird eine Bewertung des Risikos für systematische Verzerrungen (Risk of Bias) orientiert an der Cochrane Richtlinie vorgenommen (vgl. Higgins et al, 2019). Die Risiken sind in der folgenden Tabelle 26 zusammengefasst.

Auf Studienebene ist festzustellen, dass eine individual randomisierende Studie durchgeführt werden konnte. Die Randomisierungssequenzen für den Einschluss wurden zufällig durch computergenerierten Algorithmus erzeugt. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgte in zentralem, von den Behandlern unabhängigem Zugriff auf die Randomisierungsplattform.

Da ein Versorgungssystem angeboten wurde, das die persönliche Beziehung und Mitarbeit der Patient:innen erforderlich machte, war eine Verblindung von Behandlern und Patient:innen weder möglich noch zweckmäßig (siehe Tabelle 26 (1)). Prozesse der Selbstselektion oder Vorselektion bei der Rekrutierung mit Bezug auf die Interventionen haben möglicherweise Einfluss auf die Populationsauswahl genommen.

Zur Feststellung der Endpunkte im RCT war eine Verblindung des Erhebungspersonals nicht realisierbar. In den meisten Fällen lag die Erhebung in Händen des Personals der Studieneinrichtungen, das auch in die jeweilige Behandlung involviert war und Ansprechpartner für das Fallmanagement darstellte. Hier besteht das Risiko einer Verzerrung der Ergebnisse. Jedoch waren Zielgrößen aus der ärztlichen Erhebung mit weitestgehend objektiven, standardisierten Instrumenten operationalisiert, um subjektive Einflussmöglichkeiten zu begrenzen (siehe Tabelle 26 (2)).

Mit einer ITT („intention to treat“)-Analyse wurden alle randomisierten Patienten gemäß ihrer Gruppenzuteilung in der Rekrutierung ausgewertet. Es werden alle Patienten einbezogen, für die mindestens ein Post-Baseline-Wert erhoben worden ist („full analysis set“). Der Verlust an Teilnehmenden über die Studiendauer ist allerdings nicht vernachlässigbar. Aufgrund der niedrigen Gesamtfallzahl wurden verlässliche Möglichkeiten der Imputation nicht gesehen. Bei fehlenden Werten in den Zielgrößen wurde jeweils mit fallweisem Ausschluss gearbeitet. Lost-to-Follow Up-Patienten sind nach Art, Häufigkeit und Charakteristika pro Gruppe beschrieben. Eine Verzerrung im Verhältnis der Ausgangsgruppen und infolgedessen der Effekte zugunsten der evaluierten Behandlung war nicht erkennbar (siehe Punkt (3) in Tabelle 26).

Domäne	RoB
<p>Risiko durch Kontamination der Behandlung: Keine Verblindung des Studienpersonals über die Zuteilung. Das Risiko ist gegeben, dass auch ein:e Patient:in Usual Care durch eine intensivere Betreuung im Sinne des Fallmanagement erfährt. Kontamination durch Vernetzung und Fallbesprechungen in Qualitätszirkeln usw. Patienten, die wissen, dass sie der Treatmentgruppe angehören – mit den entsprechenden Feedback-Schleifen und Bestärkung – können Ergebnisse durch ein gesteigertes positiveres/negativeres Empfinden verzerren.</p>	Hoch
<p>Risiko durch die Erfassung von Endpunkten: Eine Verblindung bei der Endpunkterhebung ist nicht gegeben, bei subjektiven Endpunkten ist eine Verzerrung nicht auszuschließen. Doch sind die medizinischen Endpunkte in weitestmöglichem Maße objektiv gehalten. Lebensqualität und weitere Parameter mit subjektiver Komponente werden in der Regel im Selbstausfüllmodus von den Studienteilnehmern erhoben. Zwischenauswertungen fanden nicht statt.</p>	unklar
<p>Fehlende Daten bei der Endpunkterhebung sind aus mehreren Gründen gegeben. Imputation wurden wegen der mangelnden Basis nicht durchgeführt. Es wird eine ITT-Analyse durchgeführt. Die fehlenden Daten stehen sehr wahrscheinlich nicht im Zusammenhang mit der Intervention oder den Ergebnissen; die Pandemie stellt einen bedeutsamen, wenn nicht den hauptsächlichen Grund dar. Die Anzahl fehlender Daten verteilt sich gleichermaßen auf beide Studiengruppen.</p>	unklar

Tabelle 26: Matrix zum Verzerrungsrisiko (RoB) in Anlehnung an Cochrane

Die Durchführung unter Routine-Versorgungsbedingungen dient in hohem Maße der Übertragbarkeit einer interventionellen Gesundheitsmaßnahme. Dennoch sind mit der Anlage der Studie, der Auswahl des Settings und Umsetzung bzw. Anpassung des Konzeptes an die situativen Gegebenheiten Einschränkungen externer Validität möglich und zu prüfen. Zum einen ergaben sich aus der qualitativen Evaluation (zur Effektivität der Umsetzung) Hinweise, zum anderen sind hier Einschränkungen durch Patientenauswahl und gewähltes Setting zu bewerten. Im Falle der VeMaWuRLP Studie ist insbesondere die Spezialisierung der Leistungserbringer (Facharztniveau) kritisch zu reflektieren. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Erkenntnisse zu Potential und Wirkungen oder Nicht-Wirken des Fallmanagement sich in weniger spezialisierten Bereichen, in denen eine Versorgung von chronischen Wunden stattfindet, in gleicher Weise wiederfinden.

3.2 Gesundheitsökonomische Evaluation

3.2.1 Beschreibung der Auswertungspopulation

Von den 186 Teilnehmer:innen waren 57 (30,6 %) über den Vertrag zur Besonderen Versorgung nach §140a SGB V eingeschrieben. Nur für diese Personen konnten Abrechnungsdaten der beteiligten Krankenkassen zur Verfügung. Nach dem Datenlinkage standen Daten zu 54 Personen zur Verfügung. Vier weitere Datensätze (Routineversorgung) wurden von der Analyse ausgeschlossen, weil die Versicherten vorzeitig verstorben waren. Von den 50 verbleibenden Datensätzen waren 22 (44 %) dem Fallmanagement zugeordnet und 28 (56 %) der Routineversorgung.

Auch auf dieses Teilsample wirkten sich die Ausfälle von Teilnehmenden über die Laufzeit aus. Zum primären Endpunkt lagen aus der Abschlusserhebung Informationen für 44 Versicherte vor, zur Lebensqualität noch für 30 Versicherte.

3.2.2 Aufgewandte Kosten

3.2.2.1 Stationäre Versorgung im Krankenhaus

Von den 50 Personen des Samples wiesen 16 Personen wundbezogene stationäre Kosten auf, dies entspricht einem Anteil von 32 %. In der Fallmanagementgruppe hatten 6 Personen mindestens einen Aufenthalt (das entspricht 22,7 %), in der Usual Care Gruppe dagegen 11 Personen, was einem Anteil von 39,3 % entspricht. Die folgende Tabelle 27 weist die Kosten für die Versicherten mit einem Krankenhausaufenthalt aus.

Fallmanagement				Routineversorgung			
TN mit Aufenthalt		Kosten €	Min – Max in €	TN mit Aufenthalt		Kosten €	Min – Max in €
n	5	50.664,14	6.415,37 – 14.718,52	n	11	143.849,17	3.096,98 – 86.889,61
Median	2,0	8.236,95		Median	1,0	6.290,56	
MW (SD)	1,8 (0,374)	10.132,83 (3.567,85)		MW (SD)	1,3 (0,195)	13.077,20 (24.544,87)	
Davon TN mit:				Davon TN mit:			
Diagnostik			4	Diagnostik			8
Amputation			0	Amputation			2
Wundexzision			1	Wundexzision			2
Wiederherstellung			1	Wiederherstellung			1
Therapeut. Intervention			2	Therapeut. Intervention			4

Tabelle 27: Häufigkeit, Kosten und Maßnahmen der Krankenhausaufenthalte mit Wundbehandlung nach Behandlungsform

Aus diesen 16 Fällen sind *stationäre Kosten* von insgesamt 194.513,31 € entstanden. Hiervon entfallen auf das Fallmanagement 50.664 € und auf Usual Care 143.849 €. Das arithmetische Mittel liegt beim Fallmanagement bei 10.133 € und bei der Routineversorgung bei 13.077 € (vgl. Tabelle 27).

Bezieht man die stationären Kosten auf alle Personen in der jeweiligen Gruppe, d.h. bezieht man auch die Personen mit ein, bei denen keine stationären Kosten ausgewiesen sind, dann ergeben sich für das Fallmanagement Durchschnittskosten von 2.303 € und für Usual Care von 5.137,50 €. Es fällt auf, dass der maximale Wert mit 86.890 € bei Usual Care um das 6-fache höher liegt als beim Fallmanagement.

3.2.2.2 Ambulante Kosten

Zu den ambulanten Kosten zählen die Kosten für den ambulanten Arzt, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel und Wundverbände. Zusätzlich werden im Folgenden die Kosten für Häusliche Krankenpflege betrachtet. Häufigkeiten und angefallene Kosten gemäß den Selektionskriterien zeigt Tabelle 28.

	gesamt	Fallmanagement		Routineversorgung	
Kostenart	n (%)	Anzahl (%)	Summe €	n (%)	Summe €
Ärztl. Behandlung	30 (60 %)	13 (59,1)	5.210,46	17 (60,7)	4.404,34
Medikamente	37 (74 %)	15 (68,2)	2.618,66	22 (78,6)	1.929,61
Heilmittel	20 (40 %)	7 (31,8)	2.704,80	13 (46,4)	6.197,20
Hilfsmittel	36 (72 %)	17 (77,3)	23.818,25	19 (67,9)	44.637,28
Wundverbände	31 (62 %)	13 (59,1)	24.341,62	18 (64,3)	24.487,69
Häusl. Krankenpflege	18 (36 %)	6 (27,3)	6.789,81	12 (42,9)	24.361,50

Tabelle 28: Inanspruchnahme und Kosten in der ambulanten Versorgung incl. Häuslicher Krankenpflege, nach Behandlungsart

Wie Tabelle 29 zeigt, entstanden Kosten für spezifische Heilmittel in beiden Gruppen bei weniger als der Hälfte der Teilnehmenden.

Vergleichbar zur quantitativen Studie nahm etwa ein Drittel der Wundpatient:innen die Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch. Der Anteil lag in Usual care höher als in der Fallmanagementgruppe.

Bezieht man alle Personen der jeweiligen Gruppen ein, also auch jene, für die keine spezifischen Kosten entstanden (Minimalwert = 0), erhält man die Verteilungen in Tabelle 29.

Kostenart	Gruppe	n	Min	Max	Median	Arithmet. Mittel	Standardfehler
Ärztliche Behandlung	Fallmanag.	22	0,00	2084,04	4,79	236,84	122,28
	Usual Care	28	0,00	2532,99	34,37	157,30	89,62
Medikamente	Fallmanag.	22	0,00	798,18	43,85	119,03	43,50
	Usual Care	28	0,00	231,82	35,22	67,07	14,44
Heilmittel	Fallmanag.	22	0,00	1270,58	0,00	122,95	69,03
	Usual Care	28	0,00	1648,86	0,00	221,33	79,27
Hilfsmittel	Fallmanag.	22	0,00	7709,44	190,27	1082,65	431,26
	Usual Care	28	0,00	9066,24	174,35	1594,19	488,27
Wundverbände	Fallmanag.	22	0,00	8270,67	291,32	1106,44	405,01
	Usual Care	28	0,00	4560,20	290,11	874,56	237,22
Häusliche Krankenpflege	Fallmanag.	22	0,00	1973,00	0,00	308,63	134,17
	Usual Care	28	0,00	7109,89	0,00	870,05	313,38

Tabelle 29: Deskriptive Maße nach Kostenarten und nach Behandlungsart.

Die ambulanten Kosten pro Kopf ohne häusliche Krankenpflege lagen demnach in der Usual Care Gruppe um 247 € über denen der Interventionsgruppe. Zählt man die Kosten für

häusliche Krankenpflege dazu, nimmt die Differenz zu, da die durchschnittlichen Kosten für die häusliche Krankenpflege in der Usual Care Gruppe höher lagen (vgl. Tabelle 30)

Kosten ambulante Versorgung pro Kopf							
	Gruppe	n	Min	Max	Median	Arithmet. Mittel	Standardfehler
ohne Häusl. Krankenpflege	Fallmanag.	22	64,60	10.386,50	1465,83	2667,90	656,79
	Usual Care	28	27,80	10.715,10	2112,95	2914,45	561,23
Incl. Häusl. Krankenpflege	Fallmanag.	22	64,60	12.114,30	1465,53	2976,53	775,24
	Usual Care	28	27,80	10.715,10	2555,31	3784,50	630,12

Tabelle 30: Deskriptive Maße für die ambulanten Kosten ohne und inklusive häuslicher Krankenpflege, nach Behandlungsart.

3.2.2.3 Interventionskosten des Fallmanagements

Die Leistungen des Fallmanagements waren in drei verschiedenen Modulen zusammengefasst. Für jedes Modul war ein monatlicher Pauschbetrag festgelegt. Startmodul Modul 1 konnte je einmal abgerechnet werden. Modul 3 beschreibt die Nachsorgeleistungen, die sich auf sechs Monate (hier „Faktor“) erstreckten. Modul 2 wurde durchgeführt, solange eine Wunde vorlag, jedoch maximal 5 Monate lang. Die verfügbaren und abgerufenen Aufwendungen der Intervention für die IV-Teilnehmer:innen zeigt Tabelle 31 im Verhältnis zu allen Fallmanagement-Teilnehmenden.

In Modul 2, das nur bis zur Abheilung oder maximal 5 Monate lang abgerechnet werden konnte, wurden im Schnitt über 3,5 Monate Leistungen erbracht. Dieser Zeitraum konnte bis zu 2 Monaten plus oder minus variieren. Für die Nachsorgebegleitung, die über sechs Monate vorgesehen war, wurden im Schnitt 4 Monate geltend gemacht. Zu vermerken ist, dass die Fallmanagement-Kosten in der IV-Gruppe, die in die folgende Kosten-Nutzwert-Betrachtung eingeht (im Mittel 810 € pro Kopf), insgesamt etwas höher ausfielen als die Kosten im Mittel aller durchgeführten Fallmanagementfälle (mit 744 € pro Kopf).

Zur Leistungserbringung zählten ebenso Aufwendungen für fallübergreifende Vernetzungsaufgaben und Fahrtkosten der Fallmanager:innen. Eine Auftrennung dieser Kosten in der Erstattung war jedoch nicht möglich. Fahrtkosten konnten daher nicht in den fallweisen Kosten berücksichtigt werden.

	Teilleistungen Fallmanagement			
Modulpauschalen	Einzelleistung	Je Monat (€)	Faktor	Gesamt (€)
	Modul 1	270	1	270
	Modul 2	120	(min; max) 1;5	(min; max) 120;600
	Modul 3	32,50	6	195
Module pro Patient:in (IST)	Module/Monate, durchschnittliche Anzahl pro Patient:in			
	Alle		IV-Gruppe	
Modul 1:	1		1	

	Modul 2:	2,96 (+-2,07)	3,55 (+-1,92)	
	Modul 3:	3,64 (+-2,52)	3,91 (+-2,56)	
Aufwendungen gesamt und pro Kopf (IST)	Aufgewendete Kosten			
	Einzelleistung	Gesamt (€) alle*	Pro Kopf	Gesamt (€) IV-Gruppe
	Modul 1	22.950,00	270,00	5.940,00
	Modul 2	30.240,00	355,76	9.240,00
	Modul 3	10.026,50	117,96	2.632,50
	Gesamt	63.216,50	743,72	17812,50
*Für n=8 wurden keine Kosten abgerechnet				

Tabelle 31: Aufstellung von Modulkosten und tatsächlich aufgewandten Kosten.

3.2.3 Inkrementelle Kosten-Nutzwert Relation (ICER)

3.2.3.1 Heilungsrate

Von den 50 Personen des Auswertungskollektivs lagen für 44 Personen Daten zur Abheilung der Wunden bei Follow Up 2 vor. Zwischen Art der Wunde und Gruppe lag für diese 44 Beobachtungen keine signifikante Abhängigkeit vor, wie der Fisher-Yates-Test (exakter Fisher Test) zeigt (vgl. Tab. 1 im Anhang 5.8).

Bezogen auf diese 44 Beobachtungen gibt es nach dem zweiten Follow Up keinen signifikanten Unterschied in der Abheilung zwischen den beiden Gruppen. Dies zeigt sowohl der exakte Test auf Unabhängigkeit nach Fisher als auch eine exakte logistische Regression (vgl. Tab. 2 u. 3 im Anhang 5.8). Der Nutzen gemessen am Indikator Abheilung ist somit unabhängig von der Behandlungsart. Wenn der Nutzen nach Behandlungsart gleich ist, reicht für die gesundheitsökonomische Evaluation ein einfacher Kostenvergleich aus.

Stationäre Kosten

Tabelle 32 zeigt die stationären Kosten nach Behandlungsart. Bei Usual Care fällt auf, dass der maximale Wert bei 86.889 € liegt und somit um das 5,9-fache über dem Wert in der Fallmanagementgruppe (vgl. Abbildung 12). Lässt man den „Ausreißer“ bei Usual Care weg, dann beträgt der Mittelwert nur noch 2.021 € bei n = 25 Beobachtungen. Hier zeigt sich der Einfluss, den ein „Ausreißer“ (Extremwert) auf das arithmetische Mittel bei wenigen Beobachtungen haben kann.

	n	Min	Max	Median	Arithmetisches Mittel	Standardabweichung
Fallmanagement	18	0,00	14.718,52	0,00	2358,98	1138,80
Usual Care	26	0,00	86.889,61	0,00	5285,59	3313,84
Usual Care ohne Extremwert	25	0,00	8.929,11	0,00	2021,43	595,02

Tabelle 32: Deskriptive Maße für die Krankenhauskosten nach Behandlungsart.

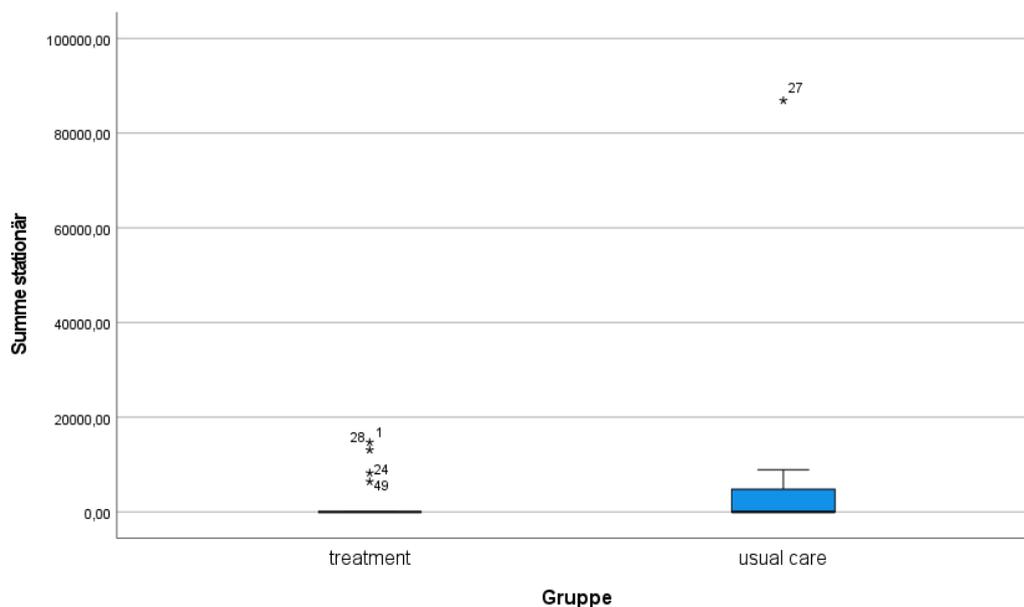


Abbildung 12: Box-Plot der stationären Kosten für bekannten Wundstatus nach Follow Up 2 nach Behandlungsart (n = 44).

Ambulante Kosten

Die ambulanten Kosten nach Behandlungsart zeigt Tabelle 33.

Ambulante Behandlung	Gruppe	n	Min	Max	Median	Arithmet. Mittel	Standard-Fehler
Ohne häusliche Krankenpflege	Fallmanag.	18	64,60	10.386,46	1640,51	3129,37	763,09
	Usual Care	26	27,80	10.715,10	2393,36	3096,48	589,38
Mit häuslicher Krankenpflege	Fallmanag.	18	64,60	12.114,30	1640,51	3482,34	907,96
	Usual Care	26	27,80	10.715,10	3419,11	4026,62	654,77

Tabelle 33: Deskriptive Maße zu den ambulanten Kosten ohne und mit häuslicher Krankenpflege.

Behandlungskosten ohne Interventionskosten und Heilungsrate

Die Behandlungskosten nach Behandlungsart (ohne Interventionskosten) für die Patient:innen mit bekanntem Wundstatus bei Follow Up 2 zeigt Tabelle 34. Der maximale Wert bei Usual Care liegt mit einem Wert von 87.680 € um das 4,3-fache über dem maximalen Wert der Fallmanagementgruppe. Lässt man den „Extremwert“ weg, dann sinkt das arithmetische Mittel in der Usual Care Gruppe von 9.312 € auf 6.177 € bei n = 25 Beobachtungen (vgl. ebenda). Der große Einfluss ist u.a. darauf zurückzuführen, dass wir relativ wenige Beobachtungen vorliegen haben. Aufgrund des Extremwerts und dessen starken Einfluss auf das Ergebnis, werden bei den Gesamtkosten die Berechnungen mit und ohne den Extremwert durchgeführt.

	n	Min	Max	Median	Arithmetisches Mittel	Standardfehler
Fallmanagement	18	64,60	20.351,30	1.640,51	5841,32	1692,42
Usual Care	26	27,80	87.680,10	6.694,89	9312,21	3263,43
Usual Care ohne Extremwert	25	27,80	17.880,00	6.679,80	6177,49	944,54

Tabelle 34: Deskriptive Maße für die Behandlungskosten nach Behandlungsart, mit und ohne Extremwert in Usual care.

Bezieht man die Kosten auf den Anteil (in %) der Patient:innen ohne Wunde bei Follow Up 2 (Nutzen) erhält man die Ergebnisse in Tabelle 35. Die deskriptive Analyse zeigt, dass beim Fallmanagement im Vergleich zu Usual Care die Heilungsrate (Nutzen) um 16,7 %-Punkte zurück geht und die Kosten pro Kopf um 3471 € sinken. Das inkrementelle Kostenverhältnis (ICER) beträgt dann $207 \frac{\text{€}}{\text{\%-Pkt}}$. Schließt man den Extremwert der Ausgaben für stationäre Behandlung beim Usual care aus, dann erhält man einen ICER von $18 \frac{\text{€}}{\text{\%-Pkt}}$.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten ohne Interventionskosten in € / pro Kopf in €	Heilungsrate in %	ICER
				$\frac{\Delta \text{Kosten pro Kopf}}{\Delta \text{Heilungsrate in \% - Pkt}}$
Mit Extremwert bei Usual care				
Fallmanagement	18	105.144 / 5.841	33,3	$207 \frac{\text{€}}{\text{\%-Pkt}}$
Usual Care	26	241.986 / 9.307	50,0	
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	105.144 / 5.841	33,3	$18 \frac{\text{€}}{\text{\%-Pkt}}$
Usual Care	25	154.306 / 6.172	52,0	

Tabelle 35: Durchschnittliche Behandlungskosten (ohne Interventionskosten) pro Anteil (in %-Punkten) Personen ohne Wunde

Kosten einschließlich Interventionskosten und Heilungsrate

Die Verteilung der Interventionskosten für die 18 Patient:innen zeigt die folgende Häufigkeitstabelle (vgl. Tabelle 36). Insgesamt fielen 15.375 € an Interventionskosten für die 18 Fälle an. Die Interventionskosten pro Kopf liegen dann bei 855 €.

Interventionskosten	absolute Häufigkeit in %	relative Häufigkeit in %	kumulierte relative Häufigkeit
0,00	1	5,6	5,6
270,00	1	5,6	11,1
465,00	1	5,6	16,7
630,00	1	5,6	22,2
782,50	1	5,6	33,3

870,00	2	11,1	44,4
1000,00	3	16,7	61,1
1032,50	1	5,6	66,7
1065,00	7	38,9	100,0

Tabelle 36: Häufigkeiten der Interventionskosten für Patient:innen mit bekanntem Wundstatus Follow Up 2.

Rechnet man bei der Interventionsgruppe die Interventionskosten dazu, dann ergeben sich insgesamt Kosten von 120.519 € (vgl. Tabelle 37).

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten einschließlich Interventionskosten in € / pro Kopf in €	Heilungsrate in %	ICER $\frac{\Delta \text{Kosten pro Kopf}}{\Delta \text{Heilungsrate in \%} - \text{Pkt}}$
Mit Extremwert bei Usual care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	$156 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	26	241.986 /9.307	50,0	
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	$-28 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	25	154.306 / 6.172	52,0	

Tabelle 37: Durchschnittliche Behandlungskosten einschließlich der Interventionskosten pro Anteil Personen (in % Punkten) ohne Wunde.

Das ICER beträgt mit Berücksichtigung der Interventionskosten $156 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$. Berücksichtigt man den Extremwert in den stationären Kosten bei Usual Care nicht, dann beträgt das ICER $-28 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$. Einschließlich Interventionskosten liegen die Durchschnittskosten jetzt im Fallmanagement höher gegenüber Usual Care bei geringerer Heilungsrate. Hier ist somit Usual Care kosteneffizient.

Kosten mit Interventionskosten und Krankengeld und Heilungsrate

Die Ausgaben für das Krankengeld stellen keine Kosten im volkswirtschaftlichen Sinne dar, sondern sind eine Transferleistung. Krankengeld fällt nur bei vier Patient:innen der Usual Care Gruppe an. Hier ergeben sich Krankengeldausgaben von 43.682 €.

Ohne den Extremwert bei den Krankenhausausgaben sind es nur noch drei Personen mit Krankengeld in Höhe von dann insgesamt 19.473 €. In der Interventionsgruppe liegen keine Krankengeldzahlungen vor. Die Behandlungskosten einschließlich Krankengeld gibt Tabelle 38 wieder.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten einschließlich Interventionskosten und Krankengeld in €	Heilungsrate in %	ICER
				$\frac{\Delta \text{Kosten pro Kopf}}{\Delta \text{Heilungsrate in \%} - \text{Pkt}}$
Mit Extremwert bei Usual care				
Fallmanagement	18	120.519 / 6.696	33,3	$257 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	26	285.668 / 10.987	50,0	
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 / 6.696	33,3	$14 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	25	173.779 / 6.951	52,0	

Tabelle 38: Durchschnittliche Behandlungskosten einschließlich der Interventionskosten und des Krankengeldes pro Anteil Person ohne Wunde.

Das ICER beträgt $257 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$. Schließt man den Extremwert bei den Krankenhauskosten aus, dann reduziert sich das ICER auf $14 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$.

3.2.3.2 Lebensqualität

Von den 50 Personen, von denen wir Kostenangaben haben, liegen für 30 Personen Daten zur Lebensqualität (EQ-5D-5L.) vor. Die deskriptiven Kennwerte für die Lebensqualität nach Behandlungsart verdeutlichen Tabelle 39 und das Box-Plot in Abbildung 13.

	n	Min	Max	Median	Arithmetisches Mittel	Standardfehler
Fallmanagement	11	0,097	0,918	0,66100	0,61800	0,08313
Usual Care	19	0,262	1,00	0,77100	0,72395	0,05414

Tabelle 39: Lebensqualität nach Behandlungsart nach Follow Up 2 für 30 Beobachtungen mit Kostendaten.

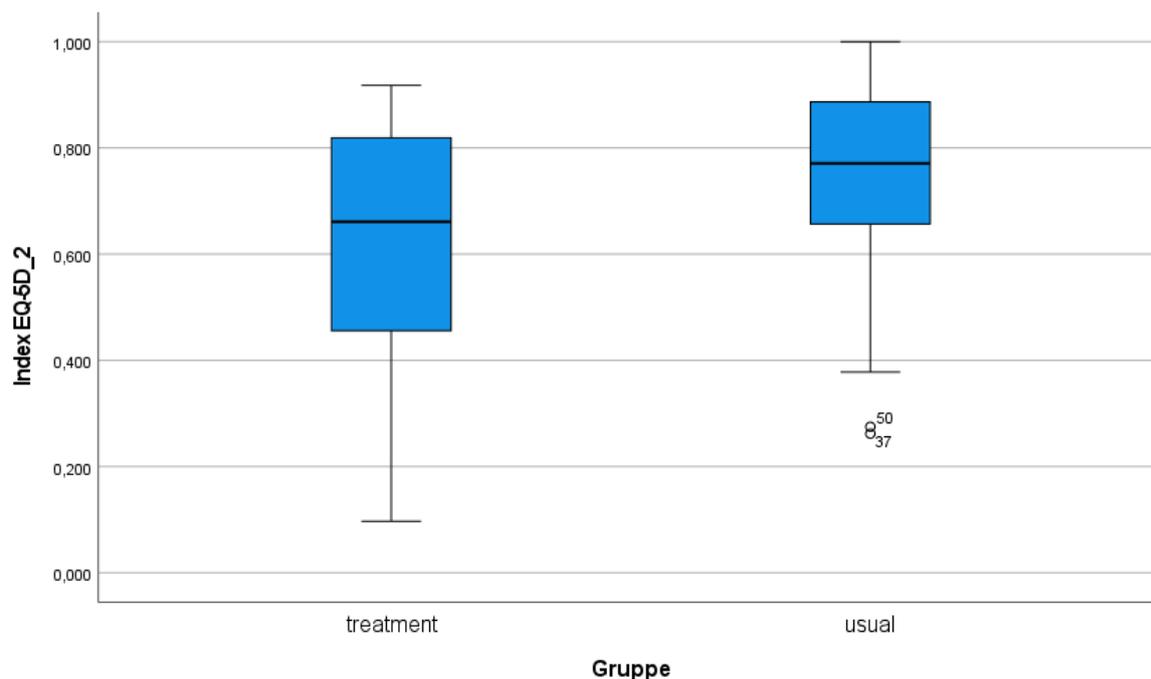


Abbildung 13: Box-Plot der Lebensqualität nach Follow Up 2 nach Behandlungsart für 30 Beobachtungen mit Kostendaten.

Trotz des relativen großen Unterschieds in der mittleren Lebensqualität, kann ein signifikanter Unterschied nach Behandlungsart für diese 30 Beobachtungen nicht nachgewiesen werden, wie ein Mann-Whitney-U-Test zeigt (vgl. Tab. 4 im Anhang 5.8). Dies hängt vor allem mit der kleinen Stichprobe zusammen.

Die Behandlungskosten (ohne Interventionskosten) nach Behandlungsart für die Patient:innen sind in Tabelle 40 aufgeführt. Da bei Usual Care bei den stationären Behandlungsausgaben ein Extremwert auftritt, wird die Berechnung mit und ohne Extremwert aufgeführt. Der ICER beträgt $44.750 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$. Bezieht man den Extremwert bei den stationären Kosten nicht mit ein, so ergibt sich ein ICER von $1.730 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$. Hier besitzt das Fallmanagement die geringeren Kosten pro Kopf, aber Usual Care ist effektiver, da die LQ höher ausfällt als beim Fallmanagement.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten ohne Interventionskosten in € / pro Kopf in €	Summe Lebensqualität u. pro Kopf	ICER
Fallmanagement	11	63.523 / 5.775	6,80 / 0,62	$44.750 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	19	194.752 / 10.250	13,76 / 0,72	
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	63.523 / 5.775	6,80 / 0,62	$1.730 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	18	107.072 / 5.948	12,97 / 0,72	

Tabelle 40: Behandlungskosten pro Kopf (ohne Interventionskosten) pro durchschnittlicher LQ ohne Berücksichtigung des Extremwertes bei Usual Care.

Die Verteilung der Interventionskosten ist in Tabelle 41 aufgeführt.

Interventionskosten	absolute Häufigkeit in %	relative Häufigkeit in %	kumulierte relative Häufigkeit
782,50	1	9,1	9,1
870,00	1	9,1	18,2
1000,00	3	27,3	45,5
1065,00	6	54,5	100,0

Tabelle 41: Häufigkeiten der Interventionskosten für Patient:innen mit bekanntem Wert für die Lebensqualität bei Follow Up 2.

Bezieht man die Interventionskosten in Höhe von 11.043 € mit ein, dann erhält man einen ICER von $34.710 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$ (vgl. Tabelle 42). Lässt man den Extremwert in den stationären Kosten weg, dann ergibt sich ein ICER von $-8.310 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$. Hier besitzt das Fallmanagement höhere Kosten pro Kopf als Usual Care und Usual Care ist effektiver, da die LQ höher liegt als im Fallmanagement, d.h. Usual Care ist effizient.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten mit Interventionskosten in €	Summe Lebensqualität (LQ)	ICER
Mit Extremwert bei Usual care				
Fallmanagement	11	74.566 / 6.779	6,80 / 0,62	$34.710 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	19	194.752 / 10.250	13,76 / 0,72	
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566 / 6.779	6,80 / 0,62	$-8.310 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	18	107.072 / 5.948	12,97 / 0,72	

Tabelle 42: Behandlungskosten (mit Interventionskosten) pro Kopf pro LQ pro Kopf mit und ohne Berücksichtigung des Extremwertes bei Usual Care.

Schließt man zusätzlich die Ausgaben für das Krankengeld von 42.205 € mit ein, dann erhält man die Angaben in Tabelle 43. Bei Berücksichtigung des Extremwerts bei den stationären Kosten hat das ICER den Wert von $56.920 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$. Lässt man den Extremwert bei den stationären Kosten weg, dann liegen nur noch Krankengeldausgaben von 19.473 € vor und der ICER liegt bei $2.510 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$. Das Fallmanagement hat die geringeren Kosten pro Kopf ist aber weniger effizient.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten mit Interventionskosten und Krankengeld in €	Summe Lebensqualität (LQ)	ICER
Mit Extremwert bei Usual care				
Fallmanagement	11	74.566 / 6.779	6,80 / 0,62	$56.920 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	19	236.957 / 12.471	13,76 / 0,72	
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566 / 6.779	6,80 / 0,62	$2.510 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	18	126.545 / 7.030	12,97 / 0,72	

Tabelle 43: Behandlungskosten (mit Interventionskosten und Krankengeld) pro Kopf pro LQ pro Kopf mit und ohne Berücksichtigung des Extremwertes bei Usual Care.

3.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Auf Grund der sehr geringen Anzahl an Patient:innen und eines Extremwertes bei den stationären Kosten bei Usual Care und da Krankengeld nur bei Usual Care anfällt, ist keine abschließende Aussage über die Kosteneffizienz anhand des ICER sinnvoll. Es fehlen auch konkrete Werte für die Grenzen in $\frac{\text{€}}{\text{LQ}}$ und $\frac{\text{€}}{\%-\text{Pkt}}$, ab welchen Werten man von Kosteneffizienz sprechen kann. Werden die Interventionskosten berücksichtigt und vernachlässigt man den Extremwert in den stationären Kosten, dann ist die Regelversorgung rein deskriptiv betrachtet effizienter, da die Effektivität höher liegt und die Kosten pro Kopf geringer sind als im Fallmanagement. Es stellt sich hier wieder die grundsätzliche Frage, ob man eine neue Versorgungsform betrachten soll, die weniger effektiv ist, aber auch geringere Kosten verursacht.

3.3 Qualitative Evaluation

Die Ergebnisse der durchgeführten Datenerhebung und Auswertung werden zunächst anhand der Kategorien / Elemente des Programmbaums dargestellt. Das heißt, mit den Darstellungen der Programmbedingungen, der Planung mit Details zum Programmkonzept, der Umsetzung von Aktivitäten und der Resultate wird auf die Schlussfolgerungen und Bewertungen der Ergebnisse hingeführt.

3.3.1 Programmbedingungen

Die Programmbedingungen sind ein Sammelbegriff für die Voraussetzungen, unter denen ein Projekt begonnen und durchgeführt wird. Der Kontext, die Struktur, Inputs und Incomes beeinflussen das Programmkonzept und seine Umsetzbarkeit.

3.3.1.1 Kontext

Zum Kontext, in den das Programm VeMaWuRLP eingebettet wurde, zählen ökonomische, politische, kulturelle und soziale Rahmenbedingungen, u.a. die Vorgaben des Innovationsfonds, die Vertragsgestaltung zur besonderen Versorgung mit Fallmanager:innen und Studieneinrichtungen, sowie der rechtliche Rahmen, wie die Gesetze zur Regelung von Delegation pflegerischer Leistungen, Voraussetzungen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und die Maßnahmen der Bundesregierung zur Bewältigung der Corona-Pandemie, die neue gesetzliche Regelungen mit sich brachten, und eine Anpassung des Konzeptes erforderten. Diese Kontextbedingungen bestehen und verändern sich unabhängig von dem Projekt VeMaWuRLP und während bzw. über die Projektlaufzeiten hinaus.

Die Behandlung oder Versorgung chronischer Wunden oder schlecht heilender Wunden wird grundsätzlich von den Akteuren im Gesundheitssystem als finanziell „nicht lohnend“ hervorgehoben. Im ambulanten Setting verordnet der behandelnde Arzt die Wundversorgung (Leistungsbereich 31a). Hier kommt es zu Versorgungsbrüchen, weil die Verordnungen über die häusliche Krankenpflege nicht korrekt ausgefüllt werden. Die Verordnungen der konkreten Wundpräparate (Verbandmaterialien, Präparate) erfolgt per Arzneimittelverordnung und da sie als budgetrelevant zu betrachten ist, haben niedergelassene Ärzt:innen immer wieder die Sorge vor Regressforderungen durch die Krankenkassen.

Im Krankenhaus werden chronische Wunden selten explizit kodiert und dadurch wird eine zentrale Registrierung von Patient:innen mit chronischen Wunden verhindert.

Studienpatient:innen mit chronischen Wunden und Diabetes mellitus waren häufig über ihre behandelnden Ärzt:innen in ein Disease-Management-Programm (DMP Diabetes) eingeschlossen. Laut der Fallmanager:innen können dabei Wundheilungsprozesse gestört werden, wenn diese Patient:innen im Rahmen des DMP Programms routinemäßig ihre Wunden zu schnell „aufgefrischt“ bekommen würden.

Die Ausgestaltung der Verträge zur besonderen Versorgung, die der Konsortialführer mamedicon GmbH mit den Studieneinrichtungen und den Fallmanagerinnen abgeschlossen hatten, gehörten ebenfalls zu den rechtlich relevanten Rahmenbedingungen. So durften die Fallmanager:innen aufgrund fehlender Haftpflichtversicherung weder selbständig Verbände öffnen noch Wunden versorgen. Weiterhin war nach der ärztlichen Verordnung die häusliche Krankenpflege dem ortsansässigen Pflegedienst vorbehalten und die Übernahme eines Versorgungsauftrags durch Fallmanager:innen nicht vorgesehen, so dass die Fallmanager:innen über die Projektlaufzeit gezwungen waren, sich zeitlich mit dem Pflegedienst abzustimmen, um einen eigenen Eindruck von der Wunde zu erhalten.

„...manche Fallmanagerinnen melden zurück, dass sie diesen Teil der Arbeit gerne machen, ... sie wünschen sich, dass sie manchmal selber einmal auf die Wunde gucken können. Die dürfen im Moment ja den Wundverband nicht aufmachen.“ (Experte_Ä_01, Pos. 259)

Aus den kontextuellen Rahmenbedingungen ergaben sich folglich immer wieder Bezüge oder, wie im Falle der pandemiebedingten Ausgangs- oder Kontaktbeschränkungen im privaten sowie im öffentlichen Raum, direkte Einflussnahme auf die Projektumsetzung mit Handlungsdruck. Die Kontaktbeschränkungen stellten die Programmentwickler vor die Herausforderung personenbezogenes Fallmanagement virtuell aufzusetzen oder eine fernmündliche Alternative zu finden.

Insgesamt haben die Kontextbedingungen zur Unsicherheit und Unschärfe im Rollenverständnis der Fallmanager:innen beigetragen.

3.3.1.2 Struktur - Vernetzung

Die Struktur der mamedicon GmbH als Trägerorganisation und weiterer am Programm beteiligter Institutionen oder Personen mit ihren Beziehungen und Verantwortungsbereichen stellten weitere Bedingungen zur Umsetzung des Projekts dar. Dabei sind die Bedingungen zu benennen, die mit dem Studienaufbau für die RCT Studie verknüpft, und Bedingungen, die sich direkt auf die Organisation und Durchführung des Fallmanagements ausgewirkt haben.

Doppelrollen Mitarbeitende mamedicon GmbH

Die mamedicon GmbH setzte zur Entwicklung und Koordination des Fallmanagements eine erfahrene Pflegepädagogin ein. Neben der inhaltlichen Entwicklung des projektspezifischen Fallmanagements, der Einsatzkoordination und Qualitätssicherung durch Beratung und Coaching der Fallmanager:innen (siehe 3.3.1.4) übernahm die Koordinatorin weite Teile der Kommunikation zu den Studieneinrichtungen und beteiligten Ärzt:innen. So stellte die mamedicon GmbH eine zeitnahe Kontaktaufnahme und Begleitung der Studienpatient:innen sicher.

Falls sich im Projektverlauf kurzfristig keine Fallmanager:in zur Übernahme eines Falls finden ließ, übernahm sie als Fallmanagerin zudem die Patientenbegleitungen. Diese Personalengpässe wurden damit begründet, dass die Fallmanager:innen Fallmanagement nebenberuflich und als Honorarkraft übernommen haben.

Aus der Projektdynamik entwickelte sich regelmäßig persönlicher Beratungsbedarf zur Rolle des Fallmanagements. Auch diese Funktion des „Coachs“ übernahm die Pflegepädagogin. Damit füllte sie eine Mehrfachrolle als Programmentwicklerin, Koordinatorin, Coach und Vorsitzende des Wundnetz e.V. aus.

Studieneinrichtungen:

Die mamedicon GmbH konnte in Rheinland-Pfalz klinische Standorte, niedergelassene Facharztpraxen, ein medizinisches Versorgungszentrum und eine Rehaklinik zur Zusammenarbeit und zur Rekrutierung von Patient:innen mit chronischen Wunden gewinnen.

Diese Studieneinrichtungen garantierten eine fachärztliche Beteiligung, um die Einschlussdiagnosen zu sichern und eine fachgerechte Erhebung der Studiendaten zu den drei Erhebungszeitpunkten im Rahmen der RCT Studie zu gewährleisten.

Die involvierten Studieneinrichtungen hatten die Aufgabe, selbstständig Studienteilnehmerinnen zu identifizieren, anzusprechen und in die Studie einzuschließen. Neben der ärztlichen Behandlung und medizinische Versorgung der Studienpatient:innen waren sie für die Identifikation, den Einschluss und die Datenerhebungen von Studienteilnehmer:innen zuständig.

Die Facharztpraxen konnten auf ihre eigene Patient:innen zurückgreifen. In den stationären Studieneinrichtungen mussten die Patienten im Routinebetrieb aufgegriffen werden. Die Rekrutierung war hier zu großen Teilen vom persönlichen Engagement der Studienärzt:innen abhängig. Nur wenn sich ein:e Studienarzt:ärztin persönlich für die Studie engagierte, wurden Patienten angesprochen. Die Arbeitgeber räumten den Stationsärzt:innen für den Einschluss und die Follow Up Erhebungen keine zusätzlichen zeitlichen Ressourcen ein. Die Integration der Erhebungen während des laufenden Regelbetriebs war eine große Herausforderung für alle Studieneinrichtungen. Viele Studieneinrichtungen haben ihre Möglichkeiten, passende Patient:innen mit chronischen Wunden einzuschließen, überschätzt.

„...wir haben relativ viele Patienten mit chronischen Wunden (...), wir haben viele Patienten, die sehr, sehr alt sind. Zum Beispiel war Demenz oder ein dementielles Syndrom häufig ein Ausschlusskriterium, weswegen die Patienten da nicht miteingeschlossen werden konnten, leider, oder weil sie frisch postoperativ die Wunden hatten, was auch ein Ausschlusskriterium war und halt nicht so wirklich diese chronischen Patienten, die ich eigentlich gerne eingeschlossen hätte. Und deswegen war es dann doch deutlich weniger geworden als ich mir erhofft hatte.“ (Experte_Ä_03, Pos. 30)

„sobald ich Luft hatte, was halt mal mehr und mal weniger war, bin ich über die Stationen gerannt und habe jeden den ich kenne, angequatscht und gesagt: "Hier, hast du einen Patienten, der zu mir in die Studie passt?" (Experte_Ä_02, Pos. 57)“

Während der Pandemie wurde es noch schwieriger, sich um den Einschluss von Studienpatient:innen zu bemühen. Follow Ups mussten verschoben werden, da zum einen zeitweise vermeidbare Besuche in den Kliniken und Praxen verboten waren und zum anderen Patient:innen aus Sorge vor Ansteckungen fernblieben. Manchen Fallmanager:innen wurde der (Erst-) Kontakt mit ihren Studienpatient:innen in der Pandemiezeit von ihren Arbeitgebern untersagt.

Kooperationsnetzwerk

Die Konsortialführung erarbeitete eine weitreichende Vernetzung mit regionalen Versorgern und Experten. Ergänzend zu dem Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V wurden von der mamedicon GmbH Kooperationsvereinbarungen mit den ärztlichen

Leistungserbringen getroffen, die eine Einbindung in die regionale Wundnetzarbeit und das ärztliche Engagement in den Qualitätszirkeln sicherstellen sollten.

Schon vor Projektbeginn war die mamedicon GmbH in den Aufbau von Wundnetzstrukturen in RLP involviert. Vor Projektbeginn arbeiteten bereits 3 Sektionen des Wundnetz RLP e. V., bis 2022 hatten 8 Sektionen in verschiedenen Regionen ihre Arbeit aufgenommen.

Die AG Fuß wird als Kooperationspartner gelistet. Es scheint jedoch nur in Einzelfällen gelungen zu sein, die etablierten Diabetologen vom Einsatz der Fallmanager:innen zu überzeugen und Vorbehalte auszuräumen, um so eine offensive Unterstützung etablierter Praxen bei der Gewinnung von Studienpatient:innen zu erreichen

3.3.1.3 Incomes - Eingangsbedingungen der Studienpatient:innen

Mit den Incomes werden Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Bedürfnisse, soziale Werte oder Kompetenzen, etc. verstanden, die die Patient:innen mit chronischen Wunden (Zielgruppe des Projekts) mit in das Projekt insbesondere in die Arbeitsbeziehung zu den Fallmanager:innen einbrachten.

Die Gruppe der Teilnehmenden wurde nach den Erfordernissen und den Einschlusskriterien der RCT Studie (Wundart, Alter, Geschlecht und Studieneinrichtung) eingeschlossen. Einzelne Studienärzt:innen meldeten regelmäßig zurück, dass sie für die Begleitung ausgewählter Patient:innen durch eine Fallmanager:in andere Kriterien herangezogen hätten. Wenn durch den Randomisierungsprozess die Patient:innen per Zufall im Arm der Regelversorgung landeten, dann wurde ein „*hat nicht geklappt, schade*“ oder „*für ihn hätte ich es mir wirklich gewünscht*“ mitgeteilt. Häufig stand dann der psychosoziale Unterstützungsbedarf im Vordergrund oder der Wunsch jemandem eine feste Struktur bieten zu können.

Eine Fachärztin wünschte sich die gezielte Möglichkeit Fallmanager:innen in der Häuslichkeit von Patient:innen einsetzen zu können und zwar immer dann, wenn sie „*alles ausprobiert*“ und keine „*Idee mehr*“ habe, warum die Wunde sich nicht verschließen könnte. Dann wolle sie die Fallmanager:in in die Häuslichkeit und das vertraute Gespräch mit mehr Zeit schicken, um möglicherweise einen neuen Ansatz zum besseren Verständnis über das Versorgungsdefizit zu erhalten.

3.3.1.4 Inputs - Ressourcen des Projekts

Mittels der Inputs werden die vom Programmträger eingebrachten personellen, materiellen oder finanziellen Ressourcen, wie zum Beispiel Zahl und Qualifikation der Fallmanagerinnen vorgestellt.

Die wichtigste Ressource des Programms waren die motivierten Fachkräfte, die sich auf ein offenes Programm mit einem modularen strukturierten Tätigkeitskatalog (Primärmodul, Routinemodul, Präventionsmodul) eingelassen haben und sich auf intensive Arbeit mit den Menschen freuten, für die sie im Arbeitsalltag sonst zu wenig Zeit aufbringen konnten. Die Auseinandersetzung mit Wunden und die Befriedigung eine Verbesserung der Wundsituation oder eine Wundheilung zu begleiten, wurde im Kreis der Wundmanager:innen und auch von Fachärzten als „*wundverliebt*“ bezeichnet. Es wurde auf eine „*gewisse Affinität zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden*“ hingewiesen, da den Beteiligten bei Einstieg in das Projekt bewusst gewesen sei, dass nur die intensive Beschäftigung mit einer vielschichtigen und komplizierten Versorgungsstruktur in der Versorgung der chronischen Wunde zum Erfolg führe und dabei die Finanzierung des hohen zeitlichen Aufwands im Arbeitsalltag nahezu nie gesichert sei.

Zu beachten gilt, dass die Fallmanager:innen als Mitarbeiter:innen des Projekts nicht von Anfang an vollständig qualifiziert waren und die Rolle als Fallmanager:in und die unterstützenden Strukturen, wie z.B. ein Coaching der Fallmanager:innen zur Unterstützung ihrer Tätigkeit und die Rollenfindung, sich erst im Laufe der Projektlaufzeit herausgebildet haben. Daher werden die Aktivitäten, die die mamedicon GmbH entfaltet hat, noch einmal

mit Aktivitäten für drei Zielgruppen des Programms (3.3.2.3) und mit der Umsetzung der Aktivitäten und Outputs aufgegriffen.

Personalressource Fallmanager:innen:

Die Fallmanager:innen wurden vor Projektstart zunächst über das persönliche, fachliche Netzwerk der mamedicon GmbH angesprochen und geworben. Mit wachsendem Bekanntheitsgrad kamen weitere Fachkräfte dazu. Anfangs (Nov. 2018) standen 19 Fallmanager:innen zur Verfügung (17 Frauen und 2 Männer).

Im Dezember 2018 wurden diese online zu ihrem persönlichen Hintergrund und Projektvorstellungen befragt.

Es standen dem Projekt zu Beginn der Intervention 14 Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, 3 Altenpfleger:innen und zwei medizinische Fachangestellte als Fallmanager:innen zur Verfügung. Zwei Pflegefachkräfte brachten eine weitere berufliche Qualifikation als medizinische Fachangestellte mit und eine dieser Personen hatte zusätzlich ein BA Studium Social Management absolviert. Danach gab er mehrere Zu- und Abgänge unter den Fallmanager:innen. 2020 wurden vier Fachpersonen nachgeschult.

Anzahl der Personen	Berufliche Qualifikation	eine weitere berufliche Qualifikation	weitere berufliche Qualifikation/ BA Studium
3	Altenpfleger_in		
12	Gesundheits- und Krankenpfleger:in		
2	Medizinische Fachangestellte		
1	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Medizinische:r Fachangestellte:r	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Medizinische:r Fachangestellte:r	BBA , General Management Social, Case Management

Tabelle 44: Berufliche Eingangsqualifikation, Angaben Online-Befragung Fallmanager:innen 2018

Jede dieser Fallmanager:innen verfügte neben Berufserfahrung in der Pflege, Arztpraxen oder in Home Care Unternehmen über eine spezielle Wundexpertise (siehe Tabelle 45), die eine Grundvoraussetzung zur Teilnahme am Projekt als Fallmanager:in war.

Name der wundspezifischen Qualifikation	Anzahl der Person
Pflegetherapeut Wunde®	4
Wundexperte® ICW	18
Zertifizierter Wundmanager®	1
Pflegeexperte Wunde-Stoma-Kontinenz FgSKW	1
Diabetesbeauftragte	1

Tabelle 45: Wundspezifische Qualifikation, Angaben Online-Befragung Fallmanager:innen 2018

Darüber hinaus verfügten die Befragten über weitere berufsspezifische Fort- und Weiterbildungen, die auf die jeweils individuelle Berufsbiografien im Bereich Wunde und Pflege hinweisen. 15 Fallmanager:innen gaben berufsspezifische Fort- oder Weiterbildungen an. Fünf Fallmanager:innen machten keine weiteren Angaben.

Weitere berufsspezifische Fort-Weiterbildungen der Fallmanager:innen (Online-Befragung 2018)

- Fortbildungen ICW
- Ernährungsexpert:in DGEM
- Praxisanleitung (staatlich anerkannte)
- Palliativ Care- und Casemanagement
- Pain Nurse, Schmerzmanagement in der Pflege
- Triagekraft
- Gefäßassistent:in DDG
- Stoma Expert:in
- Fachschwester für Anästhesie und Intensiv,
- Port-Expert:in, enterale Ernährung
- Qualitätsmanagementbeauftragte
- Diätassistent:in
- Diabetes-Beauftragte
- Auditor:in und Expertenurse ICW, Wundsiegel
- Grundausbildung themenzentrierte Interaktion
- Betriebswirtschaft in Arztpraxen
- Case und Prozessmanagement

Tabelle 46: Weitere Fort- und Weiterbildungen der Fallmanager:innen

Unterstützung Fallmanager:innen durch Arbeitgeber:

Den Fallmanager:innen wurde zu Beginn des Projekts von den jeweiligen Arbeitgebern in unterschiedlicher Intensität Unterstützung bei der Ausübung des Fallmanagements zugesichert. 8 FM gaben an, von ihren Arbeitgebern rein ideell unterstützt zu werden. 5 Arbeitgeber stellten die FM für die Arbeit mit den Studienpatient:innen frei. 7 Arbeitgeber sicherten zu, die Einsätze der Fallmanager:in bei der Dienstplangestaltung berücksichtigen zu wollen. Drei FM gaben an, keine Unterstützung durch ihre Arbeitgeber angeboten bekommen zu haben und vier FM gaben „andere Formen der Unterstützung“ an. Zwei Fallmanagerinnen gingen davon aus, dass sie von ihren Arbeitgebern nach Abschluss des Projektes neue berufliche Perspektiven angeboten bekommen würden.

Kompetenzmanagement:

Der Programmentwickler mamedicon GmbH hatte zum Ziel, die Gruppe aus Pflegefachkräften und medizinischen Fachangestellten als Fallmanager:innen aufzubauen. Fallmanagement VeMaWuRLP wird als ein bedürfnis- und personenzentrierter Ansatz verstanden, der mit Angeboten der Patientenedukation auf Gesundheitskompetenz und Selbstpflege fokussiert und gleichzeitig das unterstützende Umfeld entwickelt, damit die Regelversorgung der Bedarfslage des jeweiligen Patienten entgegenkommt und besser zum Wundverschluss und zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Neben wundspezifischem Fachwissen der

Fallmanager:innen ist dabei eine hohe kommunikative und soziale Kompetenz Voraussetzung, um bei komplexen Bedarfslagen erfolgreich intervenieren zu können.

Um das professionelle Vorgehen der Fallmanager:in zu gewährleisten, stellte die mamedicon GmbH ein umfangreiches Fortbildungsprogramm zusammen. Die Fallmanagerinnen wurden vor dem ersten Einsatz und der ersten Übernahme eines eigenen Studienteilnehmers geschult. Im Verlauf des Projektes wurden im Rahmen von Qualitätszirkeln weitere Fortbildungsthemen angeboten. Über die Projektlaufzeit baute der Programmentwickler weitere unterstützende Strukturen, z.B. Einzelcoaching für die Fallmanager:innen, auf und erarbeitete Handreichungen.

Basisschulung FM:

Die projektinterne Basisqualifikation zur Fallmanager:in wurde vollständig von der mamedicon GmbH geplant, organisiert und durchgeführt. Das Curriculum ist über mamedicon GmbH einsehbar.

Im Laufe des Projektes wurde auf Fortbildungswünsche im Rahmen von Qualitätszirkeln reagiert und geschult. Es kamen Fragen zur Arbeit, Organisation und Versicherung in nebenberuflicher Selbstständigkeit bzw. als Honorarkraft auf. Es wurde wiederholt die Sorge der Ärzteschaft vor Überschreitung der festgelegten Gesamtverordnungsmengen und Regress aufgegriffen, da gewünschte Produkte nicht immer nach fachlicher Einschätzung der Fallmanager:innen verordnet wurden. Die eigene fachliche Expertise wurde als „*Eintrittskarte*“ in der Kommunikation mit Ärzt:innen bezeichnet.

In der Auseinandersetzung mit den Erfahrungen in der Fallbegleitung wurde das Aufgaben- und Kompetenzprofil weiter geschärft und die Rolle des Fallmanagements kritisch reflektiert. Einige Fallmanager:innen wünschten sich vertiefte Schulungen zu Zielvereinbarungen und Unterstützung im Umgang mit unterschiedlichen Lerntypen und Motivationsproblematiken.

Finanzielle Ausstattung:

Das Fallmanagement wurde über die Verträge zur besonderen Versorgung abgebildet. Es wurden Tätigkeiten im Patientenkontakt, organisatorische Arbeiten, koordinierende Tätigkeiten, Begleitungen bei Arztbesuchen, Informationsbeschaffung, Fortbildungen im Rahmen des Projekts und Teilnahme an Wundnetztreffen finanziert.

2021 wurde eine Fahrtkostenerstattung nach Klärung mit dem Projektträger eingeführt. Somit konnten Fallmanager:innen, die ihre Region verlassen mussten und weite Fahrwege akzeptierten, diese erstattet bekommen. Da bei Projektplanung von kurzen Wegen für die Fallmanager:innen zum Einsatzort ausgegangen wurde und es nicht abzusehen war, dass der Einsatzradius sich bei einzelnen Fallmanager:innen stark erweitern würde, waren diese ursprünglich nicht vorgesehen, was zu einer mangelnden Bereitschaft der Fallmanager:innen führte, weiter entfernte Studienteilnehmende anzunehmen.

Erfahrungslevel Fallmanagement:

92 Patient:innen wurden von den Fallmanager:innen über jeweils bis zu maximal 12 Monaten zwischen Januar 2019 und Dezember 2021 begleitet.

Im Rahmen der Projektlaufzeit sammelten die unterschiedlichen Fachkräfte Erfahrungen als Fallmanager:innen im Umgang mit den Studienpatient:innen. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind 15 Fallmanager:innen nicht über ein Anfängerstadium hinausgekommen. Die beiden Fachkräfte, die in einem anderen Bereich Fallmanagement durchführten und zum Wundwissen nachgeschult wurden, haben keine Studienpatient:innen übernommen.

7 Fallmanager:innen haben so viele Fälle begleitet, dass sie Verläufe vergleichen konnten und in eine gewisse Routine kamen und nur eine Fallmanagerin hat 19 Fälle übernommen und damit über Expertenwissen als Fallmanagerin zur chronischen Wunde verfügt.

Die Pandemie forderte eine Anpassung der zur Verfügung gestellten Ressourcen. Beispielsweise musste auf die Pandemieerfordernisse mit der Anpassung des Fortbildungsprogramms reagiert werden. Die Abwanderung von Fallmanager:innen musste mit neuen geeigneten Fachkräften kompensiert werden, nachdem die Übernahme und Begleitung von Patient:innen nur schleppend anief und Fallmanager:innen sich beruflich anderweitig orientierten und ausschieden. Die Basisqualifikation Fallmanagement wurde bei zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen durchgeführt und zwei weitere Fachkräfte mit einer Grundqualifikation im Fallmanagement wurde die Wundexpertise nachgeschult.

Beratungsstrukturen/ unterstützende Strukturen FM:

Im Laufe des Projekts wurde der Beratungsbedarf der Fallmanager:innen offenbar und von den Programmplanern regelmäßig aufgegriffen. Bei besonderen oder speziellen Krankheitsbildern und Wundverläufen (z.B. Akne inversa) holten sich die Fallmanager:innen konkrete Fachberatung zur Differentialdiagnostik, therapeutischen Möglichkeiten oder zu Produktwissen von der Fachberaterin und Ansprechpartnerin der mamedicon GmbH. Dabei ging es auch um die Nutzung des Expertennetzwerks Wundnetz e.V. und der Vermittlung von Expertenkontakten. Die Fallmanager:innen brachten ihre spezielle Wundexpertise, Erfahrungen und ihr fachliche Interesse auch in den Fortbildungsveranstaltungen mit ein. Unsicherheiten, Beratungsbedarf und großes Interesse gab es bei der Umsetzung von Edukation und der Beschreibung von Lernzielen. *„Wie beschreibe ich Lernziele? Wann ist der richtige Zeitpunkt und wann überprüfe ich die Ziele – wie kann ich diese überprüfen? Welche Methoden stehen mir dazu zur Verfügung?“* Es wurde immer wieder nachgefragt, wie Lernziele bzw. Edukationsziele beschrieben werden sollten und wie diese mit Patient:innen besprochen und ausgehandelt werden können.

Coaching und Beratungsangebote:

Im Projektverlauf reagierte die mamedicon GmbH auf Unsicherheiten und Unterstützungsbedarf der Fallmanager:innen bei der Fallbegleitung. Die Programmentwicklerin bereitete die Fallmanager:innen auf die Übernahme der jeweils ersten Studienpatient:innen in Einzelgesprächen vor und begleitete auf Wunsch die Fallmanager:innen zum Erstgespräch in der Häuslichkeit der Patient:innen. Einzelne Fallmanagerinnen wurden nach Bedarf auch im Fallverlauf in konkreten Versorgungssituationen begleitet, um im Nachhinein situatives Verhalten zu reflektieren und so die Handlungssicherheit als Fallmanager:in zu erhöhen. Das Coaching durch die Programmentwicklerin wurde von einzelnen Fallmanagerinnen regelmäßig in Anspruch genommen. Dabei wurden sozial herausfordernde Situationen thematisiert und Handlungsoptionen durchgespielt, wenn die Fallmanager:innen den Eindruck hatten, mit ihren Möglichkeiten nicht zum Patienten durchzudringen und keine Zielvereinbarungen festlegen zu können. Immer wieder wurde in den Gesprächen nach den Motivationsfaktoren gesucht, die einen Menschen dazu veranlassen könnte, seine alten Gewohnheiten zu brechen.

Einige Fallmanager:innen forderten die Beratung durch die Programmentwicklerin ein und erlebten die Hinweise als wichtige Unterstützung. Manchen Fallmanager:innen hätte es geholfen, wenn Coaching und Arbeitgeberfunktion nicht in Personalunion ausgefüllt worden wären. Am Anfang wurde dafür geworben, dass die Fallmanager:innen an der Erstellung eines Handbuchs Edukation beteiligt werden sollten. Einzelne Fallmanagerinnen äußerten Enttäuschung, weil sie gerne mehr in die konzeptionelle Weiterentwicklung des Fallmanagements einbezogen worden wären.

Im Projektverlauf wurde deutlich, dass auch für potentiell krisenhafte Ereignisse Beratungs- und Unterstützungsangebote notwendig waren. In einzelnen Fällen wurde Rechtsberatung notwendig und durch einen externen Rechtsberater von der mamedicon GmbH geklärt.

Es musste Handlungssicherheit hergestellt und die Frage geklärt werden, in welcher Situation Fallmanager:innen verpflichtet sind, eine häusliche Situation die gefährliche Pflege oder Vernachlässigung nahelegt, den Behörden zu melden. Wie sei mit dem Verdacht zu verfahren,

dass Verordnungen zwar abgerechnet, aber scheinbar nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden? Welche Handlungsoption, Auftrag oder Verpflichtung kommt den Fallmanager:innen zu, die keine offizielle Kontrollfunktion innehaben?

In fraglichen Situationen im Rahmen des Projekts kam die Rechtsberatung der mamedicon GmbH zum Entschluss, dass keine Handlungspflicht seitens des Fallmanagements bestünde. Diese rechtlichen „Graubereiche“ stellten eine erhebliche Belastung für die involvierte Fallmanager:in dar.

Tandemsystem (Fallmanager:innen unterstützen sich gegenseitig):

Neben dem Erfahrungsaustausch bei den gemeinsamen Treffen wurden die Fallmanager:innen ermutigt, sich gegenseitig bei fachspezifischen Fragen rund um die Wunde zu beraten.

Eine Fallmanager:in, die sich für mehrere Wochen krankheitsbedingt zurückziehen musste, übergab ihre Fälle an eine andere Fallmanager:in. Sie hielten Kontakt und erlebten beide diesen Austausch als wertschätzend und entlastend. Probleme im Umgang mit einer Angehörigen stellten sich für beide ähnlich dar. Damit wurde deutlich, dass die Ablehnung, die ihrem Fallmanagement entgegengebracht wurde, nicht nur mit der eigenen Person zu tun haben könnte.

Printprodukte / Schulungsmaterial:

Die Fallmanager:innen erhielten zur Vorbereitung von Schulungseinheiten Flyer der Initiative chronische Wunde e.V. (ICW). Um in Beratungssituationen auf unterschiedliches Informationsmaterial zurückgreifen zu können, wurde ein Fundus an Flyern und Publikationen unterschiedlicher Quellen geprüft und zur Weitergabe angelegt. Ein Handbuch zu projektspezifischen Edukationsangeboten wurde im Entwurfsstatus erstellt. Die Fallmanager:innen stellten einen Bedarf an weiterem Aufklärungsmaterial in leichter Sprache fest. Besonders häufig wurden Flyer der ICW eingesetzt und von den Fallmanager:innen selbst recherchiertes Material.

In der ersten Projektphase wurde ein Formular zur Übertragung des Auskunftsrechts des einzelnen Patienten an die begleitenden Fallmanager:innen entwickelt. Die Übertragung des Auskunftsrechts wurde problemlos akzeptiert und umgesetzt. Nur in Einzelfällen wurde über eine Verweigerung der Weitergabe personenbezogener Informationen seitens der Ärzte berichtet.

Digitale Grundausstattung:

Zur digitalen Grundausstattung werden zum einen die technischen Geräte gezählt, die zur Dokumentation und Beziehungsaufnahme im Fallmanagement genutzt wurden, zum anderen der technische Support, der den Fallmanager:innen zur Verfügung stand.

Einigen Fallmanager:innen wurden zunächst zu Projektbeginn Tablets aus dem Vorgängerprojekt „Wundnetz RLP Universitätsmedizin Mainz“ als Endgeräte zur Verfügung gestellt, um das digitale Arbeiten zu ermöglichen. Diese Geräte waren jedoch technisch veraltet und kamen nicht dauerhaft zum Einsatz. Um mit der Dokumentationssoftware zu arbeiten, wurde sie auf privaten Laptops installiert oder auf der betriebsinternen Ausstattung der Arbeitgeber nutzen. Manche Dienstherren untersagten die Nutzung der Jalomed® Software auf dem Betriebscomputer. Die Kompatibilität der Endgeräte oder der Betriebssysteme mit der Dokumentationssoftware, insbesondere mit dem Betriebssystem iOS war nicht zuverlässig gegeben.

Zur telefonischen Erreichbarkeit wurden den Fallmanager:innen SIM-Karten ausgegeben. Diensthandys zur Kontaktaufnahme standen nicht zur Verfügung. Um zu vermeiden, dass Anrufe oder Kontaktversuche der Studienpatient:innen auf das private Handy und in der Freizeit eingehen und weil es „professionell wirkt“, schafften sich einzelne Fallmanager:innen eigenständig ein zweites Gerät als Diensthandy an.

Dokumentationssystem:

Im Projekt wurde die Dokumentationssoftware Jalomed® eingeführt. Eine Software zur Wunddokumentation, die im Laufe des Projekts an die Erfordernisse des Fallmanagements und den Edukationsauftrag angepasst wurde.

Die besonderen Dokumentationspflichten zur standortübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes wurden kommuniziert. Die Nutzerfreundlichkeit der Software wurde bereits zu Beginn des Projekts hinterfragt, was zum einen an den unterschiedlichen technischen Fähigkeiten der Fallmanager:innen gelegen haben könnte, zum anderen aber auch an der Struktur der Software, die sich nicht intuitiv erschloss.

Der Software-Entwickler bot regelmäßig individuelle Supportstunden zur Einrichtung der technischen Arbeitsumgebung und zur Schulung der Softwareanwendungen an. Allerdings überstieg der Zeitaufwand dieser Supportstunden bei weitem das dafür von der mamedicon GmbH vorgesehene Zeitbudget. Die Fallmanagerinnen nutzten den Telefonsupport in ihrer Freizeit, um den Anforderungen des Projekts genügen zu können.

Trotz dieser Bemühungen konnte bis zum Schluss des Projekts keine vollständige Akzeptanz der Dokumentationssoftware sowie des Dokumentationsaufwands bei den Fallmanager:innen hergestellt werden, was zum Teil zu einer handschriftlichen Dokumentation führte.

Der schlechte oder fehlende Internetempfang verhinderte in manchen Gegenden die direkte Synchronisierung der Dokumentation mit dem Jalomed-Server. Manche Fallmanager:innen zogen es daher vor, kein technisches Gerät mit in die Haushalte der Patient:innen zu nehmen. Sie empfanden die Beschäftigung mit einer nicht funktionierenden Technik im Beisein der Patient:innen als unpassend und „störend“. Dies hatte zur Folge, dass die handschriftlichen Notizen nach dem Hausbesuch dokumentiert und im System nachgetragen und mit einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand hinterlegt werden mussten. Sowohl in den Interviews und den Fokusgruppen als auch während der Abschlussrunde wurde über die Software einhellig geklagt. Nur wenige Fallmanager:innen hatten sich mit der Dokumentationsform arrangiert.

3.3.2 Programmkonzept

Im Folgenden wird das Konzept von VeMaWuRLP anhand seiner wichtigsten Elemente skizziert. Datengrundlage sind die Interviews und Projektunterlagen.

3.3.2.1 Primäre Zielgruppe des Fallmanagements VeMaWuRLP:

Zunächst ist die Zielgruppe des Fallmanagements VeMaWuRLP durch das Kriterium der chronischen Wunde definiert. Wie erwartet arbeiteten die Fallmanager:innen häufig mit älteren Patient:innen, die gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen litten.

Damit standen sie vor der Herausforderung, nicht nur mit krankheitsbedingten Symptomen umgehen zu müssen, sondern auch mit dem Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit des Körpers und der Unberechenbarkeit vieler Krankheitsverläufe.

Patient:innen mit Diabetes im fortgeschrittenen Stadium mussten besonders vielzählige gesundheitliche und psychosoziale Problematiken bewältigen und mehrfachbelastet ihre Lebenssituation und die Versorgung der Wunde bewältigen (vgl. Schaeffer, 2006).

„Also das waren so ganz, ganz viele Nebenbaustellen, die aber, ja, aber in dem Zusammenhang ihr im Prinzip den Blick auf ihr Problem, glaube ich, weggenommen hat.“ (FM04, Pos. 114)

Oft werden An- oder Zugehörige, Pflegedienste und Haushaltshilfen in Anspruch genommen, um den Alltag bewältigen zu können.

Die Zielgruppe war eine vulnerable Gruppe, die sich im besonderen Maße vor einer Coronainfektion schützen musste.

„Also ich habe vier Patienten betreut. Davon sind zwei schon gestorben, nicht an den Wunden. Also der Eine hatte eine große Herzoperation und der eine an Corona, ganz schnell. (...) hat er Corona gekriegt. Ich glaube, im Juni, Juli und ist also wirklich innerhalb von noch keiner Woche gestorben.“ (FM05, Pos. 11 + 19)

Häufig lagen psychische Belastungen vor, die aber nicht „angegangen“ wurden.

„Okay, immer wieder, wenn es in das Psychologische geht, wenn es eigentlich da drum geht, dass Menschen wirklich professionelle Hilfe bräuchten durch Gesprächstherapie oder durch Seelsorge oder wie auch immer man das nennen will, durch einen Psychologen, wo ist hier unser Cut? Weil ich auch glaube, im System, da kümmert sich nicht wirklich jemand drum.“ (FM01, Pos. 198)

Die Patient:innen berichteten von ihrer sozialen Isolation und Gefühl der Einsamkeit.

„Im Krankenhaus kommen sie zweimal in der Woche, dreimal in der Woche und wenn man Daheim ist, kommt keiner mehr (...) wenn man im Krankenhaus liegt, dann/ dann ist noch mehr Mitgefühl.“ (PAT06 FM_Monteur_Z1, Pos. 410-415)

Patient:innen lebten mit Tieren (Kanarienvögeln, Hunden, Katzen, Schlangen) zusammen und manchmal berichteten Fallmanager:innen von Hygieneproblemen beim Verbandswechsel, wenn Tiere mit dem Verbandsmaterial in Kontakt kamen.

„Wenn der Patient den Verbandswechsel gemacht hat, war der Hund teilweise, ist er aufs Bett gehüpft und so (...). Aber es ist ja jeden klar, wer ein Tier hat, der weiß, wo die Haare alle rumfliegen.“ (FM02, Pos. 133)

Von Ärzt:innen wurde die Gruppe als sehr herausforderndes Klientel beschrieben. Die Patient:innen wurden als „verwahrlost“ bezeichnet, als Menschen, die alles „schleifen lassen“ und „ein eher tristes Leben führen“. Sie seien „unbelehrbar“ und „setzen nichts um“.

„Ja, ich denke, ist einfach so eine Trägheit oder eine Trägheit einfach, was seine Behandlung angeht. Ja, das war halt schon ewig so und den Diabetes habe ich auch schon seit zehn Jahren und da war jetzt nie was. Und, ach, komm, das ist jetzt halt keine große Wunde, (...) und da einfach die notwendige Differenziertheit, (...) nicht vorhanden ist und es irgendwie zu verstehen und auch die Konsequenzen zu verstehen.“ (Experte_Ä_03, Pos. 196)

„Also die müsstest du quasi immer führen und immer motivieren. Und du musst einfach gucken, was der Mensch auch leisten kann. Also manche können nicht viel leisten, weil nix da ist. Also vom Kopf her, meine ich.“ (FM05, Pos. 277)

Studienpatient:innen wiesen Sensibilitätsstörungen und gestörtes Schmerzempfinden auf. Ohne Wahrnehmung von Temperaturschwankungen oder mechanischen Reizen, können sie nicht auf Lageveränderung oder Verletzung reagieren. Bei diesen Menschen reichte ein schlechtsitzender Schuh oder ein kleiner Stein, um für eine Wunde zu sorgen, die die Patient:innen nicht wahrnehmen und versorgen. Der Leibbesinnschwund, wenn der Fuß als nicht mehr zu einem selbst gehörig wahrgenommen wird, stellte auch im Fallmanagement VeMaWuRLP eine hohe Anforderung an den Beratungsprozess dar (vgl. Sonntag & Reibnitz, 2017).

3.3.2.2 Zentrale Elemente des Versorgungsmanagements VeMaWuRLP:

Die Begleitung der Patient:innen durch das Fallmanagement wird in drei Modulen (Start, Routine, Präventionsmodul) durchgeführt, in denen in unterschiedlicher zeitlicher Intensität mit den Patient:innen und ihrem Umfeld gearbeitet wird.

Während des Startmoduls steht der Beziehungsaufbau und die Bedarfseinschätzung im Vordergrund, um den Einstieg in eine Phase der zielgerichteten Edukation vorzubereiten und zu beginnen. Die Fallmanager:innen entfalten ihre Aktivitäten zyklisch und wiederkehrend. Sie sortieren verfügbare Informationen, um sich über die Versorgungssituation zu orientieren und gemeinsam mit den Patient:innen Ziele für den eigenen Genesungsprozess zu erarbeiten. Es

werden im Start- und Routinemodul über einen Zeitraum bis zu sechs Monaten Kenntnisse geschult, Gewohnheiten verfestigt und medizinische Behandlungspfade abgestimmt und unterstützt. Danach schließt sich das Präventionsmodul an. Weitere sechs Monate bleiben die Fallmanager:innen ansprechbar und ist bei Unsicherheiten kontaktierbar. In den letzten Wochen wird die Anbindung in der Regelversorgung sichergestellt und die Fallmanager:innen ziehen sich schrittweise aus der koordinierenden Begleitung zurück. Durchgehend dokumentieren die Fallmanager:innen ihr Vorgehen.

Die Fallmanager:innen verfügen über spezielle Wundexpertise, Kenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen, Heilungsprozesse und Familiensysteme. FM greifen nicht selbst in die direkte Versorgung ein. Sie nehmen keine Verbandswechsel, Wundreinigungen oder Medikamentengaben vor („*legen keine Hand an*“). FM tragen Befunde zusammen, unterstützen die Patient:innen bei der Einschätzung ihrer eigenen Situation und der Benennung eines Ziels und Edukationsbedarfs.

Die Elemente des Fallmanagements VeMaWuRLP sind im Wirkmodell idealtypisch dargestellt. Alle Aktivitäten werden geplant, durchgeführt und im Sinne der Arbeitsmethode des Pflegeprozesses evaluiert und dokumentiert.

Aktivitäten

- Kommunikationspfade FM mit Fach- (Arztpraxis) werden aufgebaut.
- Sammlung ärztliche Befunde, Laborergebnisse wird angelegt.
- Assessment (Wunde, persönliche Situation) wird durchgeführt.
- Zielvereinbarung FM/ TN werden erarbeitet.
- TN wird informiert (Gesundheitswissen).
- Hausbesuche wird geplant und durchgeführt.
- TN wird zu wundbezogenen Gesundheitsfragen beraten.
- TN wird geschult (im Umgang mit der Wunde, Prozeduren, gesundheitsförderliches Handeln).
- Dokumentation digitale Plattform wird durchgeführt.
- Vorbereitung Qualitätszirkel und Fallbesprechungen.

Outputs

- Regelmäßiger Austausch FM/ Arzt findet statt.
- Digitale Dokumentation liegt vor.
- TN kennt Maßnahmen zur Unterstützung der Wundheilung und weiß sie anzuwenden.
- TN kann sein Handeln und die Wundversorgung einordnen und bewerten.
- TN kennt seine Grunderkrankungen(en) und die Ursachen für die Chronifizierung der Wunde.

Outcomes

- Qualitätszirkel und Fallbesprechungen finden interdisziplinär statt.
- Die Anpassung ärztlicher Therapie/ Hilfsmittelverordnung erfolgt.
- TN wendet das Gelernte an und versorgt seine Wunde.
- TN fragt FM um Rat, wenn er eine wundbezogene Frage hat.
- TN steht im regelmäßigen Kontakt mit FM.

- TN hält ärztliche Wundtherapie konsequent ein (Compliance hoch).
- Es besteht eine gute Kooperation im professionellen Behandler: innen-/ Helfernetz.
- TN kennt therapeutische Möglichkeiten und Hilfsmittel und fordert sie ein.
- TN setzt sich selbst Ziele.
- Die Lebensqualität der TN verbessert sich.
- Extremitäten bleiben erhalten.
- TN weiß, wo Unterstützung zu erhalten ist, wenn sich die Gesundheitssituation verschlechtert/ die Wunde wieder öffnet und das FM beendet wurde.

Die festgelegte Zeitvorgabe im Primär-, Routine- und Präventiv -Modul sahen keine vorzeitige Beendigung des Fallmanagements durch die Fallmanager:in oder Patient:innen vor. Es wurde Zeit zur Verfügung gestellt, um dem Arbeitsbündnis ausreichend Gelegenheit zu geben, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Beratungs- und Anleitungskompetenz der Fallmanager nahmen einen besonderen Stellenwert ein, da den Fallmanager:innen untersagt wurde, selbst Hand anzulegen.

3.3.2.3 Erweiterte Zielgruppen – zielgruppenspezifische Resultatetreppen

Mit der Entfaltung der vielfältigen Aktivitäten durch die mamedicon GmbH wurde deutlich, dass dabei eigentlich mit drei Zielgruppen gearbeitet wurde. Neben der Begleitung von Patient:innen wurde mit den regionalen Netzwerkpartnern und den Fallmanager:innen gearbeitet. In diesem Abschnitt wird der Vorschlag gemacht, diese Zielgruppen genauer zu beschreiben, um der Komplexität des Programms gerecht zu werden.

Dabei werden zuerst die Fachkräfte in den Blick genommen, die sich ihre neue Rolle erarbeiten mussten und dabei durch die mamedicon GmbH unterstützt wurden. Nur wenn die vorgesehenen Mitarbeiter:innen sich in ihrer neuen Rolle professionell bewegen, ist davon auszugehen, dass sie tatsächlich als Multiplikatoren der neuen Versorgungsidee erfolgreich sein werden. Daher wird die Gruppe der Fallmanager:innen „Multiplikatorzielgruppe“ genannt.

Zielgruppenspezifische Resultatetreppen:

Eine Resultatertreppe bildet Annahmen der Programmentwickler in Stufenform ab. Jede Stufe ist als Bedingung zur Erreichung der nächsthöheren Stufe zu verstehen und produziert eigene Resultate. Diese Wirklogik wurde mit der Planung der Aktivitäten durch die Programmentwickler implizit angelegt und durch das Evaluatorenteam explizit herausgearbeitet. Für jede Zielgruppe wurde eine Resultatertreppe mit den Programmverantwortlichen von VeMaWuRLP abgestimmt. So werden Aktivitäten und Prozesse sowie Veränderungen und Wirkungen benannt, die mit der jeweiligen Zielgruppe erreicht werden sollen. Jede Stufe der Treppe wird als Bedingung der nächsten höherliegenden Stufe verstanden und zerlegt das komplexe Programm in beschreibbare Stufen.

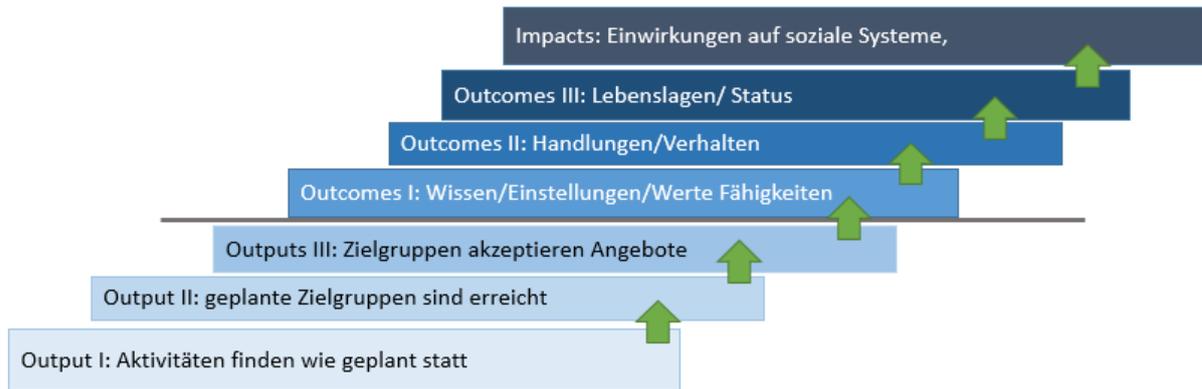


Abbildung 14: Resultatetreppen Darstellung Schmidt (2016) in Anlehnung an Univation

Die Sicherstellung der jeweiligen Output-Stufe (Aktivitäten finden statt, erreichen die Zielgruppe und werden von dieser akzeptiert) liegt in der Verantwortung der mamedicon GmbH als Programmverantwortliche. Die Output-Stufen werden als Voraussetzung zur Entfaltung von Veränderungen in der Zielgruppe, als Wirkungen verstanden, die mit den Outcome-Stufen (I+II) beschreibbar werden. Die Outcome-Stufe III steht für längerfristige Wirkungen und lässt sich wie die Impacts auf gesellschaftlicher Ebene nicht auf eine Programmumsetzung zurückführen. Outcomes III und Impacts sind nur bei längerer Laufzeit zu erwarten und entziehen sich der Einflussnahme der Projektakteure.

Es wird angenommen, dass die Entfaltung der Aktivitäten (Outputs I) in der jeweiligen Zielgruppe (Outputs II) und die Akzeptanz des Vorgehens (Outputs III) durch die jeweilige Zielgruppe zu einer Erweiterung des Wissens und von Fähigkeiten (Outcome I) führen und damit eine Veränderung der Handlungen und des Verhaltens (Outcome II) provozieren kann. Die Erfassung von Outputs ist keine Garantie, dass sich bei der jeweiligen Zielgruppe tatsächlich Wirkungen einstellen, also Wissen erworben wurde oder eine Veränderung der eigenen Einstellung oder des Verhaltens erfolgt. Die qualitative Evaluation zielt insbesondere auf die Beschreibung der Outcomes.

Für die einzelnen Zielgruppen wurde jeweils eine eigene Resultatertreppen ausgearbeitet.

Multiplikatorzielgruppe: Fallmanager:innen

Die Multiplikatorzielgruppe vereint Fachkräfte, die konkret mit den Patient:innen zur Bewältigung des Gesundheitsproblems chronische Wunde zusammenarbeiten, sowie die Vernetzungsstrukturen zwischen professionellen Behandlern und pflegenden Angehörigen rund um den einzelnen Patienten aktivieren sollen. Damit werden die Fallmanager:innen zu Multiplikatoren der Programmidee. Um die Fallmanager:innen auf diese Aufgabe vorzubereiten und eine professionelle Umsetzung zu ermöglichen, wurde im Rahmen des Programms ein umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen und Coachingleistungen angeboten.

Das erwünschte Resultat ist die Professionalisierung der Fallmanager:innen

Die Vorbereitung und Begleitung der Fallmanager:innen durch den Projektentwickler mamedicon GmbH hatte die Umsetzung eines souverän agierenden Fallmanagements zum Ziel.

Fallmanager:in chronische Wunde laut Konzept: Ein Fallmanager verfügt über spezielle Wundexpertise, Kenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen, Heilungsprozesse, Familiensysteme und Lerntypen. Fallmanager:innen greifen nicht eigenständig in die direkte Versorgung der Wunde ein. Sie nehmen keine Verbandswechsel, Wundreinigungen oder Medikamentengaben vor („legen keine Hand an“). FM tragen Befunde zusammen, unterstützen den Patient:die Patientin und sein Umfeld, die eigene Situation besser einschätzen zu können und einen eigenen Schulungsbedarf zu benennen. Der Wundverschluss

wird in einen direkten Zusammenhang mit der Erweiterung von Gesundheitskompetenz und Selbstpflegefähigkeiten gesetzt.

Für die Programmumsetzung wurden Fachkräfte aus den Reihen des ICWs gesucht, die sowohl über Wundexpertise als auch über die Offenheit und den persönlichen Freiraum verfügten, um sich auf ein Arbeitsverhältnis als Honorarkraft einzulassen.

Es wird eine explizite Wundexpertise gefordert, die mit einem Zertifikat der Initiative chronische Wunden e.V. (ICW) nachzuweisen ist, Berufserfahrung und ein Wohnort in RLP, um die Anfahrt zum Wohnort der Studienteilnehmer bewältigen zu können. In der Vorbereitungsphase des Projekts wurden interessierte Fachpersonen über das ICW-Netzwerk angesprochen. Bevorzugt wurden Pflegefachpersonen ausgewählt, aber auch zwei medizinische Fachangestellte als Fallmanager:innen zugelassen. Im Verlauf des Projektes stießen zwei Pflegefachkräfte mit Casemanagement-Erfahrung bei Herz-Kreislaufkrankungen hinzu, die eine Fortbildung Wunde ergänzen mussten. Diese beiden Fallmanager:innen kamen im Rahmen VeMaWuRLP nicht zum Einsatz.

Die Fallmanager:innen waren nebenberuflich in Form von Werksverträgen vom Konsortialführer mamedicon GmbH beauftragt. Das Hauptarbeitsverhältnis zum bisherigen Arbeitgeber sollte nicht infrage gestellt werden. Entweder unterstützte der Arbeitgeber das Engagement oder der:die Fallmanager:in informierte den Arbeitgeber über die Nebentätigkeit.

Um die Wundexpert:innen auf die neue Rolle vorzubereiten, wurde ein Fortbildungsprogramm durch mamedicon geplant und durchgeführt, bevor die ersten Patient:innen übernommen wurden. Dabei wurde auf die Anforderungen an die Umsetzung des Fallmanagements allgemein, Patientenedukation und Zielvereinbarungen eingegangen und Grundlagen der digitalen Dokumentation im Projekt-Tool vermittelt. Des Weiteren wurde durch den Programmentwickler im Rahmen der Wundnetztreffen fachbezogene Schulungen angeboten (z.B. neue Verbandsmittel, Änderung Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, Genehmigungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen, Einordnung Risiko Regress für niedergelassene Arztpraxen...)

Fallmanager:innen dokumentierten fortlaufend die Ergebnisse ihres umfangreichen Assessments zu Pflegebedarf, Zustand und Umgang mit der Wunde, Grunderkrankungen, sowie Zeitangaben zu Kontakt und Fahrwegen, Telefongesprächsprotokolle, Beobachtungen, Zielvereinbarungen in einer digitalen Dokumentationsplattform, damit diese Daten standortunabhängig der fortlaufenden der eigenen Qualitätssicherung zur Verfügung stehen konnten.

Multiplikatorzielgruppe Fallmanager:innen Professionalisierung Fallmanagement

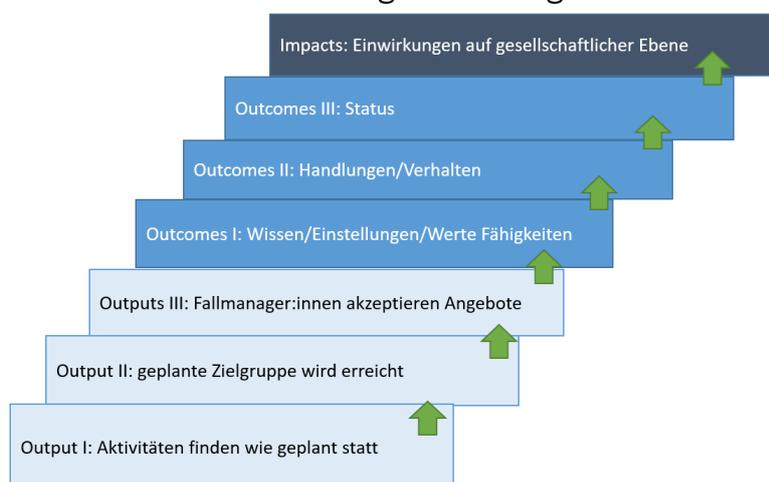


Abbildung 15: Resultatertreppung Multiplikatorzielgruppe Fallmanager:innen

Die möglichen Impacts, Outcomes und Outputs für diese Zielgruppe sind in Tabelle 47 dargestellt.

Impacts	Einwirkungen auf soziale Systeme	FM als Regelleistung, anerkannte Weiterbildung für PFK, MFA
Outcomes III	Lebenslage / Status	FM wird regelmäßig eingesetzt und von Vernetzungspartnern, z.B. (HA/FA)-Ärzt:innen, angefragt, akzeptiert und weiterempfohlen
Outcomes II	Handlungen / Verhalten	FM arbeiten edukativ, bedürfnis- und personenzentriert, treten moderierend für Patient:innen ein, reflektieren eigenes Vorgehen, nutzen digitale Plattform regelmäßig
Outcomes I	Wissen / Einstellungen / Werte / Fähigkeiten	FM kennen Aufgabenprofil/Rolle/zentrale Konzepte: Gesundheitskompetenz, Selbstpflege, Zielvereinbarungen, digitale Dokumentationsplattform
Outputs III	Zielgruppe akzeptiert Angebote	FMs lassen sich auf Coaching und Fortbildungsinhalte ein, tragen zur Reflexion der FM-Praxis bei
Outputs II	Zielgruppe wird erreicht	Pflegefachpersonen, Medizinische Fachangestellte mit Wundexpertise mit Interesse an Entwicklung FM und zeitlichen Kapazitäten
Output I	Aktivitäten finden wie geplant statt	Fortbildungsangebote: Grundschulung FM, Fachwissen und digitale Dokumentation, Coaching, Qualitätszirkel, Praxisbegleitung

Tabelle 47: Impacts für die Multiplkatorenzielgruppe Fallmanager:innen

Mittlerzielgruppe: Versorgungspartner

Die Versorgungsqualität wurde durch Intensivierung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie Einbindung und Schulung von Zu- und Angehörigen gesichert.

Unter Mittlerzielgruppe werden jene Akteure der Wundversorgung gefasst, die sich in regionalem Verbund für die Patient:innen mit chronischen Wunden engagieren und sich gemeinsam für die Sicherung und Verbesserung der Versorgung einsetzen. Dazu gehören aber auch die pflegenden Angehörigen, die einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der Menschen mit chronischen Wunden leisten können.

Die Mittlerzielgruppe greift vermittelnd ein, indem die Rahmenbedingungen der Versorgung durch professionelle Behandler und das private Helfernetz entschieden und festgelegt werden.

Das erwünschte Resultat ist die Sicherung der Versorgungsqualität durch die Intensivierung Zusammenarbeit.

Der Aufbau regionaler Vernetzungsstrukturen zielt auf die Sicherung der Versorgungsqualität für die Patient:innen und eine Intensivierung der regionalen Zusammenarbeit von Akteuren der Versorgung. Darunter sind sowohl die professionellen Behandler als auch das Helfernetz aus dem direkten Umfeld des Patienten zu zählen. Die Fallmanager:innen wurden aufgefordert, über das persönliche Netzwerk hinaus, kollegiale Beratung zu suchen und bei der Etablierung von Wundnetzstrukturen und Qualitätszirkeln zu unterstützen. Wundnetze sind interdisziplinäre Expertenforen, die regional strategische und therapeutische Entscheidungen treffen. Dabei wird die Beschleunigung von Abstimmungsprozessen, berufsübergreifender, leitliniengerechter Qualitätssicherung und der Wissenstransfer zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf chronische Wunden angestrebt. Parallel zur Projektzeit VeMaWuRLP wurde die Gründung von regionalen Sektionen zur Wundarbeit und die Sicherung der Zusammenschlüsse in Vereinsstrukturen als Wundnetz e.V. durch die

mamedicon GmbH vorangetrieben. Eine Sicherung der Versorgungsqualität ist nicht ohne die Einbindung und Unterstützung der An- und Zugehörigen zu gewährleisten.

Dem Fallmanagement ist aufgegeben, die Zusammenarbeit der Versorgungspartner rund um einen Patienten zu intensivieren, wenn Versorgungsprozesse zur Behandlung der chronischen Wunde nicht optimal aufeinander abgestimmt sind. Dazu ist die Fallmanager:in aufgefordert, die Behandler und An- und Zugehörige des direkten Helfernetzes zu identifizieren und zu kontaktieren. Um die Fallmanager:innen dabei zu unterstützen, werden Fachärzt:innen der Studieneinrichtungen mit einem Kooperationsvertrag verpflichtet, sich an regionalen Netzwerkstrukturen zu beteiligen. In den verschiedenen Regionen von Rheinland-Pfalz wird während der Projektlaufzeit auf bereits bestehenden Initiativen, sogenannten Wundnetze zurückgegriffen, die in Vereinsstrukturen organisiert sind. Fehlt diese institutionalisierte Vernetzungsstruktur, initiiert mamedicon als Programmverantwortlicher eine Neugründung solch eines Wundnetz-Vereins.

Das Fallmanagement nutzt die bestehenden Ressourcen aus dem häuslichen Umfeld zur Versorgung des Patienten mit chronischer Wunde (Schulungs- und Qualifizierungsangebot direktes Helfernetz). Sind An- oder Zugehörige in die Versorgung eingebunden, werden sie nach Bedarf, Wunsch und Möglichkeiten von der:dem begleitenden Fallmanager:in beratend und schulend unterstützt. Dazu zählt der Umgang mit der Wunde, Erweiterung des krankheitsbezogenen Wissens und die Stärkung des gesundheitsförderlichen Handelns. So wird ein wichtiger Versorgungspartner befähigt, seine Rolle noch besser auszufüllen, vor Pflegefehlern bewahrt und die eigenen Kräfte besser einzuteilen und damit zur Stabilisierung der Gesamtsituation beizutragen.

Mittlerzielgruppe Versorgungspartner regionaler Vernetzungsstrukturen
 Sicherung Versorgungsqualität / Intensivierung Zusammenarbeit

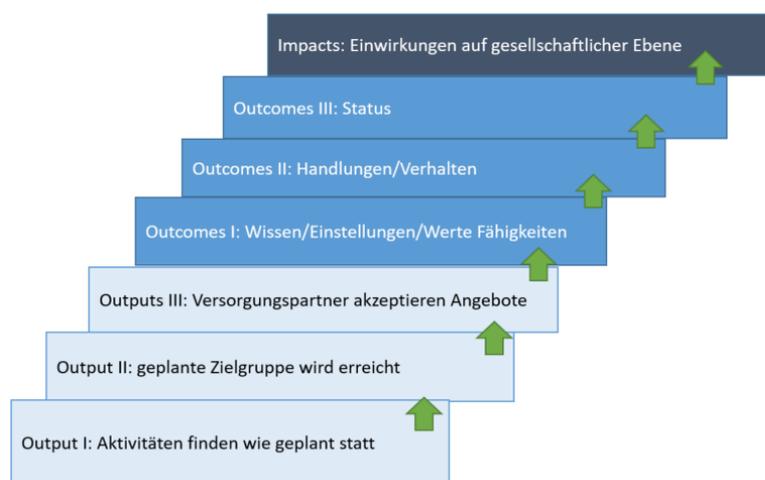


Abbildung 16: Resultatetreppen Versorgungspartner regionaler Vernetzungsstrukturen

Die möglichen Impacts, Outcomes und Outputs für diese Zielgruppe sind in Tabelle 48 dargestellt.

Impacts	Einwirkungen auf Gesellschaft / soziale Systeme	Indikationsspezifische regionale Versorgungsnetzwerke werden als notwendige multiprofessionelle Infrastruktur anerkannt und etabliert.
Outcomes III	Status	Versorgungs- und Beratungsangebote für Patient:innen mit chronischen Wunden und ihren Angehörigen sind transparent, niederschwellig zugänglich und gesichert. Regionale Vernetzungsstruktur (Wundnetz) etabliert sich dauerhaft, über die Projektlaufzeit hinaus.

Outcomes II	Handlungen / Verhalten	Akteure nehmen regelmäßig an Wundnetztreffen teil, bereiten sich auf Fallbesprechungen vor, teilen Expertenwissen, gemeinsame Qualitätsstandards werden eingehalten, kollegiale Beratung findet statt. Angehörige setzen sich für die Einhaltung der Therapie auch gegenüber Dritten ein.
Outcomes I	Wissen / Einstellungen / Werte / Fähigkeiten	Akteure stimmen leitliniengerechte Versorgung von chronischen Wunden in der Region ab, pflegen Kommunikation auf Augenhöhe, Angehörige wissen was zu tun ist, um die Menschen mit chronischer Wunde zu unterstützen, können konkrete pflegerische Tätigkeiten ausführen.
Outputs III	Zielgruppe akzeptiert Angebote	Versorger teilen Informationen untereinander, nutzen Vernetzungsangebot, Angehörige nehmen an Schulungen und Abstimmungsprozessen teil.
Outputs II	Zielgruppe wird erreicht	Versorger nehmen an Netzwerktreffen teil. (Medizin, Pflege, Lymphtherapie, Hilfsmittelhersteller, ...) Angehörige und direktes Helfernetz sind identifiziert.
Output I	Aktivitäten finden wie geplant statt	FM nehmen Kontakt zu Versorgern auf, sammeln Befunde und Laborwerte für die Patient:innen, Netzwerktreffen Wunde, Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, Gespräche und Schulungen mit An- und Zugehörige finden statt.

Tabelle 48: Impacts für die Zielgruppe Versorgungspartner regionaler Versorgungsstrukturen

Letztzielgruppe: Patient:innen mit chronischen Wunden.

Zur Letztzielgruppe gehören Patient:innen mit chronischen Wunden. Die Personen, für die verstärkter Versorgungsbedarf festgestellt und das Fallmanagement konzipiert wurde, auf die sich die Bemühungen der Programmumsetzer letztendlich ausrichten, werden in der Darstellung des Kaskadenprogramms als Letztzielgruppe benannt.

Die erwünschten Resultate sind die Steigerung der Gesundheitskompetenz und die Verbesserung Wundsituation (Wundverschluss).

Das Fallmanagement zielt in der direkten Zusammenarbeit mit den Patient:innen auf eine Steigerung der Gesundheitskompetenz und damit die Unterstützung der Betroffenen beim Selbstmanagement und der Selbstpflege bis zum Wundverschluss ab.

Zielvereinbarungen: Fallmanager:innen unterstützen Patient:innen bei der Entwicklung eigener Ziele zur Verbesserung und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation. Im Verlauf der Interventionszeit werden die Patient:innen ermutigt, diese selbst gewählten Ziele zu erreichen und den erreichten Zustand zu bewahren.

Telefonnummer „Rückmeldenummer“: Eine zeitnahe aktive Rückmeldung als Element der persönlichen Beziehungsgestaltung eine telefonische Durchwahlnummer sichert den Patient:innen im Zweifelsfall Zugang zu Unterstützung oder Rat der betreuenden Fallmanager:in. Es erfolgt eine zeitnahe Rückmeldung. Wenn die Beziehungsaufnahme zur Fallmanager:in niederschwellig möglich ist, dann wird der Patient sie nutzen.

Notfallmappe: Die Sammlung an ärztlichen Befunden, Arztbriefen, Laborwerten und Medikamentenanweisungen wird in Notfallmappen abgelegt, die beim Überschreiten sektoraler Grenzen zum Einsatz kommen. Auch die Patienten selbst und ihre Angehörigen nutzen die Mappe zur Orientierung.

Info Fundus: Den Fallmanagerin steht zu Schulungszwecken ein Fundus aus einschlägigen Schulungs- und Anschauungsmaterialien, Informationsbroschüren zur Verfügung, die sie je nach Erfordernissen an die Patient:innen weiterreichen können.

Letztzielgruppe Patient:innen mit chronischen Wunden

Steigerung der Gesundheitskompetenz,
 Verbesserung Wundsituation

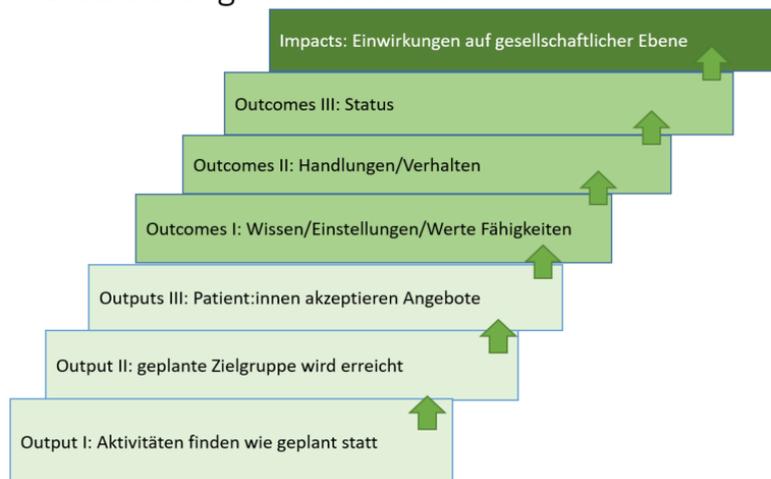


Abbildung 17: Resultatertrepp Patient:innen mit chronischen Wunden

Die möglichen Impacts, Outcomes und Outputs für diese Zielgruppe sind in Tabelle 49 dargestellt.

Impacts	Einwirkungen auf Gesellschaft / soziale Systeme	steigende Gesundheitskompetenz, sinkende Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit chronischen Wunden
Outcomes III	Status / Lebenslage	Bewusste Alltagsgestaltung, finanzielle Sicherheit, ausreichend Sozialkontakt, Behandlungssicherheit
Outcomes II	Handlungen / Verhalten	TN erkennen Veränderungen der Wunde und Grunderkrankung, können darauf reagieren, wägen Informationen ab, verhalten sich gesundheitsförderlich, erweitern ihren Möglichkeitsraum
Outcomes I	Wissen/Einstellungen/Werte/ Fähigkeiten	TN kennen gesundheitsförderliches Verhalten, ihr Krankheitsbild und ihr Selbstpflegedefizit, wollen Gewohnheiten ändern
Outputs III	Zielgruppe akzeptiert Angebote	TN mit chronischen Wunden lassen regelmäßig Kontakt mit FM zu, nutzen aktiv Schulungen, Informationen, Beratung und/oder Moderation/ Koordinierungsleistung, benennen Ziele
Outputs II	Zielgruppe wird erreicht	Patient:innen mit unterschiedlichen Grunderkrankungen und chronischen Wunden erfahren von dem Projekt und entscheiden sich zur Teilnahme
Output I	Aktivitäten finden wie geplant statt	Hausbesuche x mal in drei Modulen à x Stunden, Telefonate, Assessments, Dokumentation, Beratung, (Mikro)Schulungen, Moderation, Vereinbarung Zielformulierungen

Tabelle 49: Impacts für die Letztzielgruppe Patient:innen mit chronischen Wunden

Mit dem Engagement der mamedicon GmbH für die unterschiedlichen Zielgruppen wurde deutlich, dass es sich bei dem VeMaWuRLP Projekt um ein Kaskadenprogramm handelt. Kaskadenprogramm meint, dass die beschriebenen Zielgruppen untereinander verwoben sind und Aktivitäten auslösen können. Erst wenn die Fallmanager:innen a) in ihrem Verhalten eine Professionalität aufweisen (Outcome-Stufe II), sind sie in der Lage sich b) aktiv in die regionalen Vernetzungsstrukturen einzubringen sowie c) den Patient:innen Aktivitäten auf Output I – Stufe anzubieten. Am Anfang steht das professionelle Handeln und Rollenverständnis der Fallmanager:innen, die zum Aufbau und zur Belegung und Festigung regionaler Netzwerkwerkstrukturen beitragen können, um über die Versorgungspartner oder in direkter Auseinandersetzung mit den Patient:innen und ihrem Umfeld Veränderungen anzustoßen. Für das Evaluatorenteam stehen die Resultate der Letztzielgruppe im Fokus der Betrachtung, da diese deutlich machen, ob sich Veränderungen für die Menschen mit chronischen Wunden (Outcome-Stufen) eingestellt haben.

Kaskadenprogramm VeMaWu-RLP

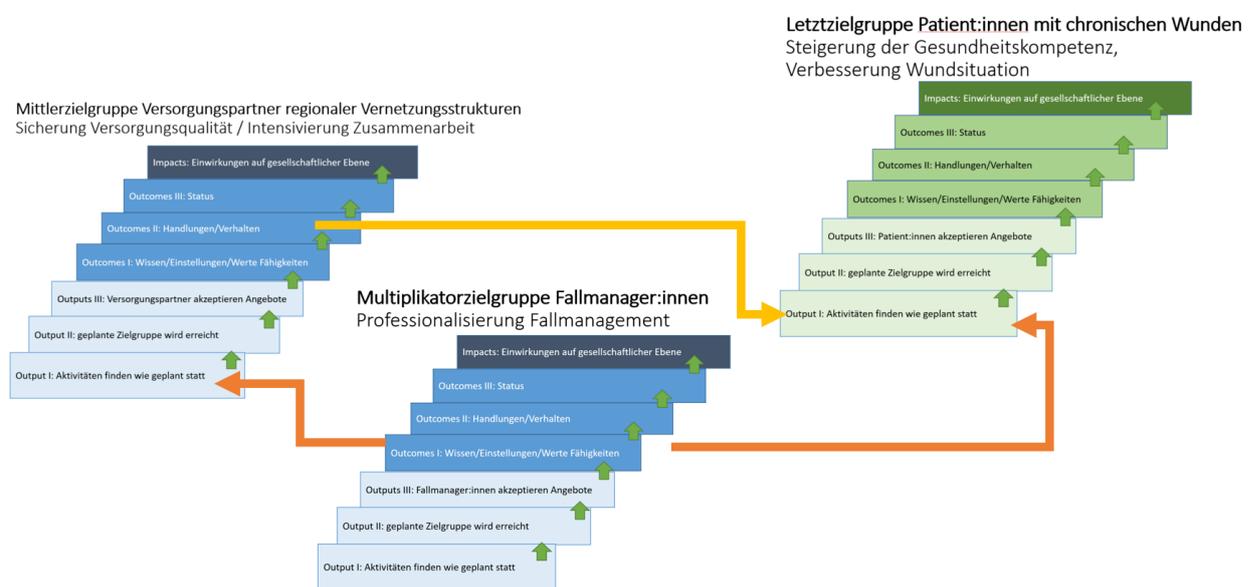


Abbildung 18: Kaskadenprogramm VeMaWuRLP

3.3.2.4 Ziele des Versorgungsmanagements

Im Anschluss an die Darstellung des Projekts als Kaskadenprogramm wurden für die vorgestellten drei Zielgruppen eine systematische Zieldarstellungen (Leitziel, Mittelziel, Detailziel) und Bewertungslogik nach Auswertung der Daten im Rahmen der qualitativen Evaluation ausgearbeitet. Daten aus Jalomed-Datenbank sind nicht einbezogen worden. Die Zielsysteme sind nicht als vollständige Darstellung aller Ziele zu betrachten, sondern als Verständigungshilfe zwischen Programmplanern und Evaluatoren. Die Zielsysteme und die Bewertungslogiken stehen den Programmplanern zur weiteren Verwendung und Erprobung zur Verfügung. Die systematische Zieldarstellung für die Zielgruppen sind in Tabelle 50 bis Tabelle 52 dargestellt. Die dazu gehörenden Betrachtungen der Einzelziele befinden sich in Anhang 6.

L E I T Z I E L	Leitziel: <i>Sicherung des professionellen Handelns der Fallmanager:innen</i> Fallmanager:innen sind qualifiziert, Menschen mit chronischen Wunden strukturiert und kompetent zu begleiten.				
M I T T L E R Z I E L E	FM-M.I: FM ist in erweiterten Aufgaben- und Kompetenzbereich Fallmanagement eingeführt und vorbereitet.	FM-M.II: FM strukturiert den Kontakt / Arbeitsbeziehung zum TN systematisch während der gesamten Fallbearbeitung.	FM-M.III FM führt bedarfs- und bedürfnisorientiert Edukation (TN und Familie) zur Förderung der Gesundheitskompetenz durch.	FM-M.IV Digitale Vernetzungs- und Dokumentationsmöglichkeiten werden eingeführt und beschleunigen Dokumentation und Auswertungen.	FM-M.V Anpassung, der Umsetzung und Durchführung des Fallmanagements nach Veränderung der Programmbedingungen durch die Covid 19 - Pandemie 2020-2021
H A N D L U N G S Z I E L E	M-I	FM-H.I-01: FM erarbeiten sich aktiv den Aufgabenbereich FM. FM-H.I-02: FM reflektieren ihr Arbeitsfeld und den Verantwortungsbereich als FM. FM-H.I-03: FM gestalten die Möglichkeiten / Grenzen ihres Einflussbereichs. FM-H.I-04: FM unterstützen den / die TN in herausfordernden Situationen. FM-H.I-05: FM entwickeln Routine in der Begleitung von Menschen mit chronischen Wunden.			
	M.II	FM-H.II-01: FM erarbeiten tragfähige Beziehung zu TN und intensivieren stufenweise Kontaktangebot im Startmodul. FM-H.II-02: FM erarbeiten gemeinsam mit dem TN ein Verständnis zum Auftrag des Fallmanagements und tragen aktiv zur Klärung ihrer Rolle bei. FM-H.II-03: FM erarbeiten sich ein umfangreiches Bild von der Situation des TN und analysieren dieses. FM-H.II-04: FM pflegen und erhalten die Beziehung zum TN im Routinemodul. FM-H.II-05: FM gestalten die Arbeitsbeziehung zum TN während des Präventivmoduls. FM-H.II-06: FM beenden die Beziehung zum TN professionell und nachvollziehbar. FM-H.II-07: FM stellen sich moderierend in das Versorgungsumfeld und gestalten Anwaltschaft (advocacy) für den TN.			
	M.III	FM-H.III-01: FM gestalten den Beratungsprozess individuell. FM-H.III-02: FM geben fach- und sachgerechte Informationen an die TN und ihr Umfeld weiter. FM-H.III-03: FM setzen Schulungen zielorientiert ein. FM-H.III-04: FM nutzen Zielvereinbarungen zur Auftragsklärung mit dem TN. FM-H.III-05: FM setzen sich moderierend in der Familie ein.			
	M.IV	FM-H.IV-01: FM eigenen sich den Umgang mit der digitalen Plattform aktiv an und unterstützen bei der Verbesserung der Dokumentationsfunktion. FM-H.IV-02: FM integrieren digitale Dokumentationsplattform in die Arbeitsroutine und schätzen die Vorteile. FM-H.IV-03: FM tauschen Informationen aus der Datenbank mit Versorgungspartner:innen aus.			
	M.V	FM-H.V-01: FM finden kreative Möglichkeiten, die Konzeption Fallmanagement VeMaWuRLP unter Pandemiebedingungen umzusetzen. FM-H.V-02: FM reflektieren das Fallmanagement unter Pandemiebedingungen und entwickeln das Vorgehen weiter.			

Tabelle 50: Ziele - Multiplkatorenzielgruppe Fallmanager:innen

L E I T Z I E L	Leitziel: <i>Verstärkung der regionalen interprofessionellen Zusammenarbeit von Versorgungspartner:innen zur chronischen Wunde</i> Versorgungspartner:innen engagieren sich interprofessionell in Vernetzungsstrukturen (Wundnetz e.V.) und sichern eine reibungslose und leitliniengerechte Wundversorgung für die Menschen in der Region.				
M I T T L E R Z I E L E	VP-M.I: Versorgungs- angebote in der Region sind transparent	VP-M.II: Die Kooperation zwischen den Versorgungspartnern verläuft konstruktiv und zeitnah	VP-M.III: Unterschiedliche Berufsgruppen verabreden gemeinsame Qualitätsstandards zur Wunde und leitliniengerechtes Arbeiten	VP-M.IV: Versorgungspartner:innen beraten sich kollegial bei Fragen zur Versorgung / Pflege / Therapie Unterschiedliche Berufsgruppen bilden sich gegenseitig fort.	VP-M.V: An- und Zugehörige bringen sich in die Versorgung ein und tragen zur Versorgungsqualität bei.
H A N D L U N G S Z I E L E	M.I	VP-H01: Versorgungslandkarte (pro FM) der Region ist erstellt. VP-H02: Fallbezogene Leistungserbringer:innen sind identifiziert und dokumentiert.			
	M.II	VP-H03: Arztbriefe / Entlassungsschreiben / Laborbefunde sind an FM ausgehändigt und beim TN dokumentiert. VP-H04: Vergabe von Terminen erfolgt direkt auf Nachfrage FM / TN. VP-H05: Überprüfung Diagnose / Befunderhebung auf Anregung FM sind durchgeführt und Ergebnisse mitgeteilt. VP-H06: Unstimmigkeiten im Behandlungsverlauf fallen auf und sind angesprochen und ausgeräumt.			
	M.III	VP-H07: Versorgungspartner:innen legen gemeinsame Qualitätsstandards zur Wundversorgung fest. VP-H08: Es nehmen unterschiedliche Berufsgruppen (mind. Medizin, Pflege, Hilfsmittelhersteller) an den Netzwerktreffen teil. VP-H09: Die Teilnehmer der Netzwerktreffen nehmen regelmäßig an den Treffen teil. VP-H10: Die Versorgungspartner:innen entwickeln gemeindenahere Projektideen zur Unterstützung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und setzen diese um.			
	M.IV	VP-H11: Im Namen des Patienten tauschen sich Vernetzungspartner: innen / FM zu fallbezogenen Versorgungsproblemen aus. VP-H12: Im Rahmen von Netzwerktreffen werden gemeinsame Fallbesprechungen durchgeführt. VP-H13: Im Netzwerk werden Fortbildungen durch verschiedene Versorgungspartner:innen organisiert und umgesetzt.			
	M.V	VP-H14: An- und Zugehörige sind im Netzwerk namentlich bekannt. VP-H15: An- und Zugehörige sind Experten für die spezielle Wunde.			

Tabelle 51: Ziele - Mittelzielgruppe: Vernetzungspartner, regionale Vernetzungsstruktur)

L E I T Z I E L	<p>Leitziel: <i>Steigerung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Wunden</i> Menschen mit chronischen Wunden gestalten alltagskompetent und selbstbestimmt ihren Gesundheitszustand bis zur Verbesserung der Wundsituation oder zum Wundverschluss.</p>					
M I T T L E R Z I E L E	PAT-M.I PAT akzeptieren Edukation durch das FM.	PAT-M.II PAT steigern ihre Selbstpflegekompetenz, insbesondere mit Bezug auf die Wundsituation.	PAT-M.III PAT kennen die Abläufe ihres Verbandswechsels (Reinigung, Pflege, Anlegen des Verbands) und halten diese ein.	PAT-M.IV PAT verbreitern das Spektrum ihrer Alltagsaktivitäten und gestalten diese bewusst.	PAT-M.V PAT organisieren ihre medizinisch- pflegerische Versorgung eigenständiger	PAT-M.VI PAT können mit den pandemiebedingten Einschränkungen ihrer Wundversorgung umgehen.
H A N D L U N G S Z I E L E	M-I	PAT-H.I-01: PAT lernen neue Informationen zu ihrer gesundheitlichen Situation und zur Wunde kennen und eigenen sich diese an. PAT-H.I-02: PAT lassen sich zu Fragen der Gesundheit, Krankheit und Alltagsbewältigung vom FM beraten. PAT-H.I-03: PAT nutzen das Schulungsangebot und fordern es ein. PAT-H.I-04: PAT nutzen Moderation durch den FM in der eigenen Familie und Versorgungskontext.				
H A N D L U N G S Z I E L E	M.II	PAT-H.II-01: PAT übernehmen ihre allgemeine Selbstfürsorge und Selbstpflege. PAT-H.II-02: PAT gestalten ihre gesundheitsbedingte und wundspezifische Selbstfürsorge und Selbstpflege. PAT-H.II-03: PAT nutzen Selbstfürsorge und Selbstpflege gezielt, um eigene Lebenssituation zu bewältigen.				
H A N D L U N G S Z I E L E	M.III	PAT-H.III-01: PAT führen fachgerechte Prozeduren aus. PAT-H.III-02: PAT verändern nachhaltig Routinen in der Versorgung der eigenen Wunde. PAT-H.III-03: PAT melden sich, wenn Routinen gebrochen werden und die Wundsituation sich verschlechtert.				
H A N D L U N G S Z I E L E	M.IV	PAT-H.IV-01: PAT pflegen ihr soziales Umfeld. PAT-H.IV-02: PAT gestalten ihre Freizeit / Hobbies. PAT-H.IV-03: PAT führen regelmäßig Bewegungsübungen durch, die dem Gesundheitszustand angepasst sind.				
H A N D L U N G S Z I E L E	M.V	PAT-H.V-01: PAT sichern das persönliche Versorgungsnetz. PAT-H.V-02: PAT gestalten Beziehung zu den behandelnden Mediziner:innen.				
H A N D L U N G S Z I E L E	M.VI	PAT-H.VI-01: PAT gestalten aktiv Alltag unter Covid 19-Pandemiebedingungen. PAT-H.VI-02: PAT halten Kontakte/ Beziehungen während der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen. PAT-H.VI-03: PAT halten während der pandemiebedingten Kontakteinschränkungen pflegerische/ medizinische Versorgung aufrecht.				

Tabelle 52: Ziele - Letztzielgruppe: Patient:in mit chronischer Wunde (PAT)

3.3.3 Umsetzung Aktivitäten und Outputs

Das Aufgabenprofil und Rollenverständnis zum Fallmanagement wurde bei den ausgewählten Fachkräften in der Basisschulung angelegt. Mit der Übernahme von Studienpatient:innen erarbeiteten sich die Fallmanager:innen zunehmend ihre Rolle und sammelten Erfahrungen in der Umsetzung der zentralen Konzepte (Gesundheitskompetenz, Selbstpflege,...) und Methoden (Eduktion, Zielvereinbarungen) und in der Moderation von Anliegen des Patienten bei anderen Berufsgruppen. Sie waren dabei angehalten, ihre eigene Arbeit in der digitalen Dokumentationsplattform zu hinterlegen.

3.3.3.1 Arbeit mit dem Patient:innen im häuslichen Umfeld:

Insgesamt sind die Fallmanager:innen in den meisten Fällen sensibel und professionell mit den oft schwierigen häuslichen Situationen, aber auch im Umgang mit anderen Berufsgruppen umgegangen. Sie handelten situationsbezogen flexibel und eigenständig. Immer wieder kamen sie vor dem Hintergrund ihrer Wundexpertise in Konflikt mit der Vorgabe keine eigene Hand an die Wunde legen zu dürfen. Den Fallmanager:innen, die bereits Erfahrungen mit der häuslichen Pflege hatten, fiel es leichter sich in Eigenständigkeit zu bewegen als den Kolleginnen aus der stationären Pflege.

Kontaktaufnahme/ Beziehungsanbahnung:

Nach Zuweisung eines:r Studienpatienten:in, nahm die Fallmanager:in innerhalb von 48 Stunden in der Regel telefonisch Kontakt auf. Der Beziehungsanbahnung und dem Erstkontakt kam eine besondere Bedeutung zu, um im Primärmodul eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Wenn eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte, war es einfacher, Informationen zur Bedarfseinschätzen zu erhalten, Eduktion durchzuführen oder bei Stagnation der Heilung und dem Ringen um Gewohnheitsänderung die Arbeitsbeziehung fortzuführen. Manche Kontaktabbrüche konnten nicht verhindert werden, immer wieder wurde der Grad an Nähe und Distanz ausgehandelt.

Die Kontaktaufnahme gestaltete sich nicht immer einfach. Geling es, telefonisch einen Termin zu vereinbaren, war es nicht immer sicher, ob die Patient:innen auch die Tür öffnen würden. Manche Patient:innen absolvierten eine Art Prüfung oder Eingangsritual mit der Fallmanagerin. Eine Fallmanagerin versuchte mit einem Hund freundlich umzugehen, da sie spürte, dass sie nur so auch einen Zugang zum Patienten erhalten würde.

Bedarf einschätzen:

Durchgängig schilderten die Fallmanager:innen, dass die Erfassung der häuslichen Situation eine komplexe Bedarfslage offenbarte. In der Regel gab es verschiedene „Baustellen“, die die Patient:innen häufig so beschäftigten, dass es ihnen nicht möglich war, sich auf Erfordernisse der Selbstpflege oder auf die Wundversorgung zu konzentrieren. Die interviewten Fallmanager:innen wiesen eine hohe Wahrnehmungskompetenz auf. Sie schauten einfühlsam „hinter die Kulissen“, sofern es die Patient:innen und Angehörigen zuließen.

Die Patient:innen waren in der Regel mehrfach belastet. Es wurden Beziehungsprobleme offenbar, finanzielle Engpässe oder Hygieneprobleme erkannt und psychische Belastungen wahrgenommen, die die Patient:innen daran hinderten, sich eingehend, intensiv und über längere Zeit mit der eigenen Wunde und der Grunderkrankungen zu beschäftigen.

„Ja, am meisten mache ich mir Sorgen, dass ich das Haus hier muss verkaufen. Irgendwann kommt das jetzt. Ja, ich hatte in meinem Leben keine Schulden gehabt und jetzt häufen die sich immer weiter an.“ (PAT20 FM_Putt_Z2, Pos. 196)“

Die Fallmanager:innen stellten fest, dass erst mal auf diese Hindernisse eingegangen werden musste, bevor der Edukationsbedarf besprochen werden konnte. Immer wieder haben Fallmanager:innen Fragestellungen der sozialen Arbeit berührt. Die Unsicherheit in Bezug auf die eigene finanzielle Situation und der Umgang mit Schulden oder die Unkenntnis, wie

Hilfsmittel zu bezahlen sind, können den Menschen davon abhalten, sich für seine Gesundheit zu interessieren.

In Einzelfällen trafen Fallmanager:innen auf Patient:innen, bei denen kein Unterstützungsbedarf auszumachen war, weil ihre Wunde kurz vor der Abheilung stand oder sich bereits verschlossen hatte.

Andere Patient:innen waren so gut durch ihre Angehörigen und das professionelle Umfeld versorgt, dass hier der Einsatz einer Fallmanager:in überflüssig war.

In der Regel schätzten die Fallmanagerinnen den Bedarf an Unterstützung bei den Patienten als sehr umfangreich ein.

Nebenbaustellen bearbeiten:

Durch den Einsatz der Assessmentinstrumente bot sich Gelegenheit, über die unterschiedlichen Dimensionen des Lebens ins Gespräch zu kommen. Im Primärmodul stand den Fallmanagerinnen ausreichend viel Zeit dafür zur Verfügung.

Viele Patient:innen sprachen ausführlich mit ihrer:ihrem Fallmanager:in über ihre Lebenssituation. Sie berichteten über Beziehungsprobleme mit ihrem Partner oder Partnerin, soziale Isolation, Ängste, Unsicherheiten und Hoffnungslosigkeit.

Die Fallmanager:innen gingen häufig auf die Probleme ein, indem sie zuhörten und sich lebensberatend zur Seite stellten. Immer wieder gaben sie Hinweise zur Verbesserung der Lebenssituation.

Sie vermittelten bei finanziellen Problemen an Schuldnerberatungsstellen oder organisierten Haushaltshilfen. Immer wieder halfen Fallmanager:innen bei der Kommunikation mit der Krankenkasse zur Übernahme von Kosten oder unterstützten beim Ausfüllen von Formularen.

Motivation wecken:

Eine besondere Herausforderung war es, für die unterschiedlichen Menschen einen Weg zu finden, um sie zur Mitarbeit zu gewinnen und das Interesse an sich selbst zu wecken.

Einige wenige Patient:innen kamen hochmotiviert, um sich von der:dem Fallmanager:in die entscheidenden Hinweise geben zu lassen, wie und was sie selbst zur Wundheilung beitragen können. Diesen Patient:innen konnten die Fallmanager:innen direkt in die konkrete Edukation einsteigen.

Schwieriger war es, wenn die Patient:innen sich nicht für sich und ihren Gesundheitszustand interessieren konnten. Das waren entweder die Patient:innen, die so hoch belastet waren, dass sie keinen „Kopf“ für ihre Gesundheitssituation aufbringen konnten oder sie lebten so lange mit ihrer Wunde, dass sie keinerlei Hoffnung mehr auf Verbesserung ihrer Wunde und Lebenssituation hatten.

Es wurde regelmäßig berichtet, dass die Patient:innen nach einer ersten Phase der motivierten Zusammenarbeit, nach ca. 3-5 Monaten einen Motivationseinbruch erlebten.

Häufig begannen die Fallmanager:innen, die Patient:innen von außen zu motivieren, ihre eigene Begeisterung für eine Verhaltensänderung auf die Patient:innen zu übertragen.

Sie arbeiteten mit Zuspruch im Gespräch und Lob bei kleinen Verhaltensänderungen, sie nutzten die persönliche Verbundenheit „*tun sie es für mich*“ oder gaben regelmäßig über Messengerdienste Rückmeldungen, wenn ein:e Patient:in das Bedürfnis hatte, Erfolge in der Wundpflege zu teilen.

Es wurden regelmäßig Fotos angefertigt, um die Wundentwicklung nachzuvollziehen und Erfolge sichtbar zu machen.

Um für ein bestimmtes Verhalten zu motivieren, sollten Zielvereinbarungen mit dem Patient:innen vereinbart werden. Häufig kam es nur zu „*stillschweigenden*“

Zielvereinbarungen, aber nicht zu transparenten oder formal abgestimmten Zielvereinbarungen zwischen den Patient:innen und den Fallmanager:innen. Die Fallmanager:innen berichteten häufig von dem Problem, herauszufinden, was den Patient:innen wirklich wichtig ist und für was sie sich anstrengen würden, an welcher Stelle der Patient:die Patientin „zu packen sei“.

Es galt, die persönlichen Vorlieben und Sehnsüchte der Patient:innen freizulegen, um daran anknüpfen zu können. Wünsche zur Lebensgestaltung, wie wieder mehr mit der Familie unternehmen zu können, schwimmen zu gehen, Rad zu fahren, mit Freunden Urlaub zu planen, Motorrad zu fahren, nicht bei der Arbeit aufzufallen, mit den Enkeln zu spielen oder den Haushalt erledigen zu können, wurden aufgegriffen, um mit den Patient:innen Überlegungen anzustellen, inwieweit eine Verbesserung des Wundzustandes dazu beitragen könne. Zur Verbesserung der wundbedingten Hindernisse bei der Steigerung der Lebensqualität wurde ein Edukationsplan abgestimmt.

Edukation durchführen:

Es wurden umfangreich Wissen zur jeweiligen Wunde und zu den Grunderkrankungen vermittelt und Informationsbroschüren verteilt. Bei motivierten Patient:innen, die „wollten“, konnten auch Schulungen zur Selbstpflege durchgeführt werden. Die sachgerechte Desinfektion und Reinigung der Wunde, Wundrandpflege, Hautpflege, Verwendung von Verbandsmaterial und Wundaufgaben in der Eigennutzung. Es wurden Ernährungshinweise gegeben und zur Mobilisierung angeregt.

Im Vordergrund stand häufig die Organisation der Hilfen rund um den Patienten.

Angehörige integrieren:

An- und Zugehörige wurden als wesentlicher Pfeiler in der Versorgung von Patient:innen mit Wunden beschrieben. Immer wieder informierten Fallmanager:innen über Komplikationen und den Heilungsverlauf der Wunde. Sie zogen die An- und Zugehörigen zu Schulungen und konkrete Anleitungen hinzu.

An- und Zugehörige standen dem Fallmanagement offen, abwartend bis skeptisch oder ablehnend gegenüber. Einige Angehörige stellten hohe Erwartungen an das Fallmanagement und brachten sich selbst mit großem Engagement ein, um die Situation für die Patient:innen und damit auch für sich selbst zu verbessern. Sie ließen sich durch die Fallmanager:innen beraten, informieren und schulen. Angehörige wurden aber auch als störend, stützend, abwartend oder im Hintergrund kommentierend beschrieben. Manche schienen sich frustriert zurückgezogen zu haben, weil sie die Situation mit der Wunde aussichtslos empfanden.

Eine Fallmanagerin betonte, dass wenn Angehörige im System dabei seien, es das Doppelte an Zeit brauche, weil „*desto mehr Menschen im System sind, desto mehr Gespräche muss man führen*“. Andere fanden es „*gescheiter*“, wenn sie als Fallmanager:innen „*nur beobachtet*“ und sich zurückgehalten hätten. Manchmal seien sie von den Patient:innen oder den Angehörigen gar nicht gewollt gewesen oder es sei schon alles geregelt gewesen.

Konstellationen, bei denen die Fallmanager:innen auf starke Ablehnung reagieren mussten, beschrieben sie als persönlich sehr belastend und betonten, dass sie ohne psychische Unterstützung der Coachin der mamedicon GmbH auf Dauer nicht durchgehalten hätten.

3.3.3.2 Versorgernetz nutzen und erweitern

Die Studienorganisation und die Intervention Fallmanagement traf auf ein bestehendes Versorger- und Unterstützungsnetz, das zum Teil seit Jahren die jeweiligen Patient:innen mit ihren Grunderkrankungen und ihrer chronischen Wunde im Alltag begleitet. Die Studienteilnehmer:innen erwarteten nach Beendigung des Fallmanagements eine Weiterversorgung von eben diesen Strukturen der Regelversorgung und in der eigenen häuslichen Umgebung. Die Aktivitäten der Fallmanager:innen wurden für ein Jahr in diese Strukturen implementiert und standen vor der Herausforderung, sich möglichst reibungslos

zu integrieren, wirksam zu werden und sich dann wieder überflüssig zu machen. Die Fallmanager:innen nahmen Kontakt zu involvierten Behandlern auf, um sich bekannt zu machen und medizinisch relevante Informationen im Auftrag der Patient:innen zu sammeln und so neben der Analyse der häuslichen Versorgung, einen medizinischen Ansatzpunkt zur Verbesserung der Wundversorgung zu finden.

Bei Übernahme von Studienpatient:innen erstellten einige Fallmanager:innen eine Art Kartierung des unterstützenden und versorgenden Systems rund um den Menschen mit der Wunde als eine Art „individueller Versorgungslandkarte“. Patient:innen mit mehreren Vorerkrankungen standen häufig in Kontakt mit unterschiedlichen Leistungserbringern.

Kontaktaufnahme:

Im Primärmodul verschafften sich die Fallmanager:innen einen Überblick über das therapeutische Setting, beteiligte Hausärzt:innen und Facharztpraxen sowie involvierte Pflegedienste oder Home Care Unternehmen. Manche Versorger waren den Fallmanager:innen über bestehende Kontakte bereits bekannt, in anderen Fällen mussten die Fallmanager:innen aktiv auf die Versorger zugehen und um eine Zusammenarbeit werben. Der Aufbau von Vertrauen bei skeptischen Akteuren nahm viel Zeit in Anspruch.

Terminabsprachen:

Alle interviewten Fallmanager:innen betonten, dass Terminabsprachen zwischen den Fallmanager:innen und den Versorgern immer wieder sehr schwierig gewesen seien. Die Pflegedienste arbeiten zeitlich sehr eng getaktet und so sei es für sie kaum möglich, auf die Minute zu planen. Manchmal habe ein Pflegedienst sich kurz vor Erreichen der Patientenwohnung gemeldet und damit sei es für die Fallmanager:innen nicht mehr möglich gewesen, rechtzeitig zu reagieren und innerhalb von Minuten die Wohnung des Patienten zu erreichen, um zu einem gemeinsamen Termin zu erscheinen. Zeitliche Absprachen hätten höchste Flexibilität der Fallmanagerin gefordert, die alle einer hauptberuflichen Tätigkeit nachgegangen sind und die Aufgaben des Fallmanagements neben diesen Anforderungen und familiären Verpflichtungen organisieren mussten. Besonders bei den Hausärzt:innen aber auch bei Fachärzt:innen sei es oft schwierig gewesen, Termine zu bekommen. Eine Fachärztin bot den Fallmanager:innen eine direkte Durchwahl und Email-Adresse zum fachlichen Austausch an. Die Informationswege zur Absprache und damit verbundene Entscheidungsprozesse sind sehr umständlich organisiert. Das hat dazu geführt, dass Verordnungen oder eine Veränderung der Therapieschemata sehr viel Zeit in Anspruch nahmen. Viele Telefonate liefen ins Leere.

Moderation:

Fallmanager:innen boten pflegenden Angehörigen Unterstützung bei der Durchsetzung von Interessen an. „Dann hat der Ehemann, ist da nicht weitergekommen bei der Sprechstundenhilfe. Dann habe ich gesagt: „Dann rede ich mal“ (FM01).“ Fallmanager:innen beschrieben ihre Tätigkeit als „Strippenzieherei“, „Organisiererei“, wenn sie im Hintergrund Rücksprache mit Hausärzt:innen oder Kontakt zu GKV, ambulanten Pflegediensten oder zum Orthopädienschuhtechniker aufgenommen haben, um Absprachen zu treffen oder Dienstleistungen auf den Weg zu bringen.

Sich selbst überflüssig machen:

Für alle Fallmanager:innen war es eine Herausforderung, die Menschen, die sie so intensiv begleitet haben, zu verabschieden. Insbesondere fiel es schwer, die ersten Patient:innen, zu denen eine besonders große Nähe aufgebaut wurde und die häufig mit einem besonders hohen Engagement begleitet wurden, zu verabschieden.

Hatten die Fallmanager:innen mehr Fälle übernommen, achteten sie bereits im Primärmodul darauf, wer aus dem persönlichen oder professionellen Umfeld bereit sein könnte und geeignet wäre, die Versorgung des Patienten im Blick zu behalten und zu unterstützen.

Besonders aufmerksam setzte das die Fallmanager:innen um, die mehr als 10 Fälle übernommen hatten. Zu ihrem Rollenverständnis gehörte, dass sie bereits bei den ersten Begegnungen das Umfeld sondierten, um über den Verlauf eine geeignete Person zur Unterstützung oder Übernahme von organisatorischen und pflegerischen Leistungen zu finden, zu ermutigen und aufzubauen.

Regionales Netzwerk Wunde aufbauen

Zwei Fallmanager:innen brachten sich aktiv in die Gestaltung der Sektionsarbeit Wundnetz RLP e.V. in ihrer Region ein und übernahmen Verantwortung als Sektionsleiterinnen für Aufbau und Ausweitung regionaler Sektionsarbeit des Wundnetzes RLP e. V.. Zum einen machten sie sich und ihre Arbeit als Fallmanagerin bekannt und knüpften neue Netzwerkkontakte, zum anderen nutzen sie die Qualitätszirkel, um eigene Fälle vorzustellen und die Versorgung noch besser abstimmen zu können. Sie luden gemeinsam mit den ärztlichen Sektionsleitern, die von der mamedicon GmbH aus den Studieneinrichtungen verpflichtet wurden, zu den Sektionstreffen ein.

3.3.3.3 Digitale Dokumentation

Über die Projektlaufzeit wurde deutlich, dass die Dokumentationsplattform, die aus einem Wunddokumentation Software entwickelt wurde, nicht hinreichend die Entwicklungen des eigentlichen Fallmanagements abgebildet hat. Für die Fallmanager:innen war die Arbeit mit dieser Dokumentationsplattform „*der Tod*“, es wurde von den Interviewpartner:innen und in den Fokusgruppen eindrucksvoll geschildert, dass die Arbeit mit Jalomed® nicht nur technisch nicht zu bewältigen war, sondern nicht nachzuvollziehen war, warum was dokumentiert werden musste. Der Zeitaufwand zur Einarbeitung deckte sich in keinem Fall mit dem Nutzen für die Tätigkeit des Fallmanagements. Einige Fallmanager:innen verlegten sich auf handschriftliche Notizen, die dann später zu übertragen waren. Einzelne Fallmanager:innen vernachlässigten die Dokumentation, sodass im Nachhinein aufwendig nachzuvollziehen war, was getan wurde.

3.3.4 Resultate Outcomes

Mit der Projektumsetzung haben sich mit den Aktivitäten, die entfaltet wurden, Resultate auf unterschiedlichen Ebenen für die Menschen mit chronischen Wunden eingestellt.

Zur Darstellung von Wirkzusammenhängen zwischen den Aktivitäten der Fallmanager:innen und auf den Alltag der Patient:innen oder auf die Zusammenarbeit der Akteure in der Versorgung, werden die Daten der verschiedenen Erhebungen hinzugezogen. Im Material wurden Hinweise auf die beschriebenen Wirkungen herausgearbeitet und sind daher als exemplarische, idealtypische Schilderungen zu verstehen, als Möglichkeiten, die sich manifestieren können, aber nicht vorhersehbar sind. Aus den Darstellungen lassen sich keine Rückschlüsse auf die Häufigkeiten des Auftretens der beschriebenen Wirkungen ziehen.

Sie stellen eine Ergänzung zu der statistischen Wirksamkeitsanalyse dar.

3.3.4.1 Wirkung auf den Alltag der Menschen mit chronischen Wunden

Fallmanagement entfaltete Wirkungen in Bezug auf die emotionale Stabilität, lebenspraktischen Fertigkeiten, Gesundheitskompetenz und pflegerische Unterstützungspotential der Angehörigen.

Wirkung auf emotionale / psychische Stabilität:

Befragte Studienteilnehmer:innen erlebten ihre Fallmanager:innen als „*kompetent*“, „*lieb*“ oder auch „*streng*“ und schätzten Engagement und Interesse, die Fallmanager:innen für sie persönlich aufbrachten.

„*Also das war schon eine sehr schöne Zeit zusammen mit ihr da. Weil es nicht nur um die Wunde ging, es ging auch um die seelischen Wunden, will ich mal so sagen. Ja und da war sie wirklich großartig drin (...) Betüdelung, sich in den anderen hineinzusetzen und ihm*

*Zuspruch zu geben, dass das also eine sehr große Hilfe sein kann (...) Das war wie so ein leichter **Balsam für die Seele.**" (PAT19 FM_Hase_Z2 1+2, Pos. 119-225)*

*„Und die Frau XY war für mich immer so der **rettende Strohhalm**“ (PAT05 FM_Leis_Z2, Pos. 101)*

Besonders wichtig schien zu sein, dass die Fallmanager:innen aktiv Interesse an der Situation der Studienteilnehmer:innen zeigten und die Beziehungsaufnahme durch die Fallmanager:innen angebahnt, aufrechterhalten und forciert wurden.

„Ja, die hat jeden Tag telefoniert mit mir (...) also das war wirklich eine sehr große Hilfe, die Frau Anker, das kann ich Ihnen nur sagen (...). Die hat mich angerufen.“ (PAT14 FM_Immler_Z1, Pos. 173-175)

„Es ist jetzt jemand, der hört mir zu, der sieht das von einem anderen Blickwinkel und dann kommt das / das fängt bei der Wunde an, das hört bei der Ehe oder bei finanziellen Sachen auf.“ (20220409 Fokusgruppe PSEU, Pos. 94)

*„Manchmal hatte sie keine Zeit, da hat sie dann geschrieben: „ich habe Nachtschicht“. Da habe ich dann zwei, drei Tage mich nicht gemeldet oder sie hat sich dann abends gemeldet und hat gesagt: "Gibt es was Neues oder wie sieht die Wunde aus" oder sonst was. **Also wir waren ständig in Kontakt.** Wenn was war, dann habe ich die angerufen, wen ich nicht weiterkam. Also doch, die hat uns echt sehr geholfen. **Das war so unser Engel.**“ (PAT16 FM_Lang_Z2b, Pos. 74-80)*

Fallmanager:innen suchten immer wieder ungewöhnliche Wege und kreative Ideen, die über das übliche Vorgehen einer professionellen pflegerischen Beziehung hinausgingen. Sie konnten und durften mehr Zeit einsetzen, um den Patient:innen Anknüpfungspunkte zur Alltagswelt zu suchen. Fallmanager:innen schafften so Möglichkeiten, um den Erfahrungsraum der Patient:innen zu erweitern. Eine Voraussetzung, um der Beratung der Fallmanager:innen sowohl bei alltagspraktischen aber auch fachlichen Fragen zu folgen, war eine emotional stabile Arbeitsbeziehung. Dann gelang es eher gewohntes Verhalten zu verlassen.

*„**Ängste abbauen** und sehen, das geht besser wie man gedacht hat. (...) Wir waren da auch Eis essen (...) jetzt haben wir noch Zeit, jetzt gehen wir hier nochmal in Kleinstadt **ein Eis essen**, alle zusammen. (...) wir haben uns einfach mal den Tag, mal was Schönes hintendran gehangen, was ohne irgendwelche Belastungen. **Einfach mal Mensch sein.**“ (FM05, Pos.85-89)*

*"Wenn Sie mir **eine Postkarte schreiben**, ich kriege immer nur unangenehme Post" und er würde gerne mal was Schönes kriegen. Dann habe ich ihm, also überall, ich war in Frankreich, wo ich war, habe ich, wo wir irgendwas erlebt haben, ein Schloss, eine Besichtigung, Bootsfahrt, egal was, **habe ich Karten für ihn geschrieben.** Und die waren auch alle, wie ich kam dann wieder zu Besuch, zur Versorgung und dann waren die auch alle da, haben alle auf dem Tisch gestanden.“ (FM05, Pos. 41)*

Den Fallmanager:innen war klar, dass sie sich mit Lebensberatung in einen Randbereich des Rollenverständnisses manövierten. Für alltagspraktische Beratung oder Lebensberatung machten sie einen hohen Bedarf bei den Studienteilnehmer:innen aus. Zur biografischen Einordnung des Krankheitsgeschehens, zum Sinn dieser Lebensphase, zu Zukunftshoffnungen und Ängsten, aber auch zu Beziehungsproblemen ergaben sich immer wieder zeitintensive Gespräche. Den meisten Fallmanager:innen sind diese existentiellen Fragen der Patient:innen bekannt, nur haben sie im üblichen Arbeitsalltag kaum Gelegenheit diesen Fragen Raum zu geben. Einzelne Gesprächsepisoden wiesen therapeutischen Charakter auf oder wurden als „*seelsorgerisches Gespräch*“ geführt.

*„Da bin ich über meine Grenzen gegangen, da habe ich als Fallmanagerin dann drüber. Aber das ist mir dann auch egal, **da habe ich einfach mal zugehört** (HWG-LU: Ja, ja. Ja) und habe*

*ihm einfach zwei, drei Fragen gegeben als Hausaufgabe und habe gesagt: "Gucken Sie mal." (...) da sind Antworten, warum Sie auch Übergewicht haben. Da sind auch Antworten, warum Sie manches einfach so weit kommen lassen, dass es überhaupt soweit ist. (...) Und wenn Sie möchten, können Sie sich das einfach mal angucken." Und das war ja nur an der Oberfläche gekratzt. **Und der hat eine Stunde mir erzählt, wie ein Wasserfall.** Und da hat nur die Frau gesagt, sie geht jetzt, aber sie weiß, es ist ganz wichtig, hat sie gesagt, dass er das jetzt mal erzählen kann. Habe ich gesagt: "Okay, dann höre ich jetzt auch mal zu." (...) 1 3/4 Stunde da. Es braucht auch ganz viel Zeit. Das ist auch so eine Grenze, die Zeit. Niemand hat so viel Zeit." (FM01, Pos. 289)*

Immer wieder wurde deutlich, dass manche Patient:innen so verunsichert oder über die Krankengeschichte so resigniert waren, dass sie erstmal Vertrauen zur Fallmanager:in, zu sich selbst und zur Welt aufbauen mussten, bevor an ein Edukationsangebot für Wunden gedacht werden konnte. Auch die Patient:innen, die in der Regelversorgung eingebunden waren, erwähnten Ärzt:innen oder Pflegekräfte, die ihnen Hoffnung auf mehr Lebensqualität machten, die aber keine Zeit für eingehende Gespräche aufbringen könnten.

*„Auf jeden Fall bin ich hoffnungsvoll. Der Doktor Fell, der sagt: "**Das muss.** (...) Sie müssen wieder fit werden.“ Ich sage: "Herr Doktor, ich habe früher getanzt wie ein Lump am Stecken und jetzt nix mehr." (PAT12 RV_Liebsch_Z1, Pos. 143)*

„Ja, die Patientin zu motivieren, die war so psychisch, ich war da eigentlich mehr Psychologe, mit der Wunde, mit ihrem Alltag, das hatte alles miteinander zu tun.“ (20220409 Fokusgruppe PSEU, Pos. 21)

In Einzelfällen ist der Aufbau einer Beziehungsarbeit nicht gelungen oder es kam zum Beziehungsabbruch. Zwei Patienten konnten nicht zuordnen oder erinnern, dass sie von einer Fallmanagerin begleitet wurden. Der eine Patient verwechselte die Fallmanagerin mit einer Rehaassistentin, die ihm geholfen habe Hilfsmittel zu beantragen. Das war auch der Coronazeit geschuldet, weil er nur einen Besuch in Präsenz erhalten habe. Der andere Patient erinnerte zwar die Besuche der Fallmanagerin, stellte aber keinen Zusammenhang zu seiner verbesserten Situation her. Eine anwesende Freundin mahnte: *„Du wärst nicht da wo du heute bist. Die Frau hat uns sehr geholfen“* und die involvierte Fallmanagerin berichtete von einer intensiven Auseinandersetzung mit dem behandelnden Arzt zu einer verdeckten Wundtasche. Das ganze Engagement hatte der Patient nicht auf sich bezogen und er fühlte sich der Fallmanagerin nicht verbunden. Fallmanager:innen nutzten immer wieder Coachingeinheiten, wenn es ihnen nicht gelang, einzelne Patient:innen emotional zu erreichen.

Ein Patient entschied sich, keine Fallmanager:in empfangen zu wollen, weil er keine Zeit habe und sich keinen Nutzen vom Fallmanagement versprach. In einem anderen Fall brach ein Patient die Beziehung ab, da er sich vom behandelnden Pflegedienst unter Druck gesetzt sah sich zwischen Pflegedienst und Fallmanagerin zu entscheiden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die meisten Patient:innen das FM eine positive und stabilisierende emotionale Wirkung hatte, wenn es zu mehreren Treffen kam und wahrgenommen wurde, dass sich tatsächlich jemand Zeit für die Erzählungen zur persönlichen Situation nimmt, aktiv zuhört oder Signale setzt, dass es hier um eine exklusive, spezielle Beziehung geht.

3.3.4.2 Wirkung auf lebenspraktische Fertigkeiten

Manche Patient:innen konnten sich nur schwer oder gar nicht auf die eigene gesundheitliche Situation und die Pflege ihrer Wunde konzentrieren und sich auf das Edukationsangebot der Fallmanager:innen einlassen, da sie mit einer Vielzahl an anderen „Baustellen“ beschäftigt waren. Patient:innen erzählten von finanziellen Engpässen, Sorgen um ihren Arbeitsplatz, Überforderung bei der Bearbeitung von Formularen oder Entfremdung von der Familie durch ihre wundbedingten Einschränkungen. Sie bedauerten fehlende Unternehmungen mit Familie und Kinder oder Enkeln und Einschränkungen ihrer Mobilität.

„Also jetzt habe ich eine Patientin im Kopf, da ist wirklich, sagen wir mal, die Wunde im Moment so ein bisschen im Hintergrund. Ach, das war so viel. Da weiß ich auch gar nicht, wo ich anfangen soll. Also, ich habe da so viele Stunden investiert, das kann mir keiner bezahlen.“ (FM01, Pos. 40)

„Und zum Thema hygienischer Verbandswechsel, das wollte ich mal ein bisschen hintenanstelle, bevor nicht die Situation mal soweit geklärt ist, dass das, sagen wir mal, dieses Psychische von der Ehefrau und dem Mann, das muss jetzt erst mal geregelt werden.“ (FM01, Pos. 128)

Wenn die Fallmanager:innen Verantwortung bei der Klärung der Gesamtsituation übernahmen, wurde das als Entlastung wahrgenommen. Die FM habe *„immer so hilfreichen Tipps“* (PAT05 FM_Leis_Z2, Pos. 101) gehabt.

Immer wieder wurde von finanziellen Engpässen berichtet, weil die Patient:innen sich nicht mehr um ihre Finanzen zu kümmern wussten.

„Ja, am meisten mache ich mir Sorgen, dass ich das Haus hier muss verkaufen. Irgendwann kommt das jetzt. Ja, ich hatte in meinem Leben keine Schulden gehabt und jetzt häufen die sich immer weiter an.“ (PAT20 FM_Putt_Z2, Pos. 196)

„Er hat halt keine Rechnungen mehr bezahlt, das lag halt da, ja. Solange der Fernseher ging und die Schwester die Zigaretten bezahlt hat und die ist auch für den einkaufen gegangen und die hat auch bezahlt, ja. Er hat gerne mal im Internet eingekauft, er hatte, ich sage mal, das modernste Telefon. Also er hat wohl Stütze gekriegt, Hartz IV, ja, aber das war halt schon nur minimal. Und er hat viel Fernsehse geguckt und hat dann irgendwelchen Krempel gekauft, dass er da nicht gebraucht hat. Er hat sehr viel geraucht, ja und was halt am Monat nicht / das hat dann halt grad so gelangt, dass der Strom nicht abgeschaltet worden ist und dass es Wasser gegeben hat und dass die Miete da war, aber sonst nix mehr.“ (FM05, Pos. 103)

In solchen Situation haben die Fallmanager:innen unterstützt, Kontakt zu passenden Beratungsstellen oder Hilfsangeboten aufzunehmen, indem sie Telefonnummern, Adressen herausuchten oder bei dem ersten Anruf unterstützt.

„Die Schulden, die Schuldnerberatung, das war schon etwas, wo (...) ich der Schwester Druck nehmen konnte und denen auch einen Weg eröffnet habe.“ (FM05, Pos. 105)

„Wie gesagt, man kann ja nirgendwo hinfahren, wenn du kein Geld hast. Du kannst nicht mal ein paar Tage in Urlaub fahren oder dies oder jenes, dass man mal weg von hier kommt, das geht ja nicht. Du musst jeden Pfennig zusammenkratzen, um die Pflegekraft zu bezahlen.“ (PAT20 FM_Putt_Z2, Pos. 284)

„Was ich halt noch gemacht habe, Schuldnerberatung, Pflegestützpunkt, Organisation bei Seniorenberatung, ja, also diese Kleinigkeiten.“ (FM05, Pos. 263)

Einzelne Patient:innen wussten sich, bei der Bearbeitung von Formularen selbst zu helfen.

„Ich habe die Unterlagen gekriegt, habe die meinem Hausarzt gegeben. Mein Hausarzt, die haben das ausgefüllt.“ (PAT15 FM_Franz_Z1, Pos. 116)

Andere zeigten sich sehr dankbar über die Unterstützung bei Korrespondenz mit der Gesundheits- und Krankenkasse, der Bearbeitung von Formularen oder bei der Vereinbarung von Terminen.

„Die hat (...) Formulare ausgefüllt (...) Also wir haben ja den Rollator beantragt und ist bewilligt worden, dass mein Mann sich da festhalten kann, das Pflegebett. Jetzt wollen wir nächstes Jahr mal sehen, dass wir so eine Erhöhung für die Toilette bekommen.“ (PAT21 FM_Pastell_Z2, Pos. 136-138)

Immer wieder wurde davon berichtet, wie gemeinsam Überlegungen angestellt wurden und Lösungen zur Überwindung von Einschränkungen in der Mobilität gesucht wurden, um

beispielsweise einen Weg zur Behandlung oder den Weg und die Behandlung im Urlaub organisieren zu können.

Eine Fallmanagerin notierte konkret den Fahrtweg, um der unsicheren Ehefrau als Fahrerin eines sehbehinderten Mannes Mut zu machen, die Augenklinik in einem fremden Ort aufzusuchen.

„Das habe ich gemacht, habe wieder einen neuen Termin in der Augenklinik gemacht. Ich habe ihr den Weg auf Papier aufgeschrieben, ganz genau wie sie fahren muss, an welcher Ampel sie abbiegen muss und, und, und.“ (FM03, Pos. 81)

Insgesamt berichteten die Fallmanager:innen und die Patient:innen über Hilfsangebote und Beratung, die entlastend wirkten. Häufig überstieg diese Arbeit das vorgesehene Zeitkontingent *„das kann mir keiner bezahlen“* und wurde aber besonders von den Fallmanager:innen als notwendige Voraussetzung angesehen, um die gesundheitliche Situation insgesamt zu verbessern. Immer wieder wurde im Coaching besprochen, welche Hilfeleistung oder Beratungsgespräche noch zur Rolle des Fallmanagements gehören. Dabei wurde auf von begleitender, *„lebenspraktischer Beratung“* gesprochen und darauf verwiesen, dass immer, wenn man nicht *„weiterwüsste“* andere Beratungsstellen gesucht worden wären. Die Grenze sei je nach persönlichem Hintergrund, Lebenserfahrung, beruflicher Erfahrung und Zusatzqualifikation der Fallmanager:innen unterschiedlich weit gesteckt.

3.3.4.3 Wirkung auf Gesundheitskompetenz

Die Fallmanager:innen hoben in den Interviews und Fokusgruppen als Voraussetzung für eine dauerhafte Wundheilung das Verständnis der Patient:innen für ihre eigene Situation und die Entwicklung der persönlichen Selbstpflegekompetenz im Bereich Wunde hervor.

„Ja, so, wenn man einfach hinguckt, in welchem Bereich hat sie Defizite in der Selbstpflegekompetenz? (...) in dem Verständnis ihrer Wunde und auch in dem Bereich, wo stehe ich mit mir selber? Weil nur, wenn sie sich um sich und um ihre Wunde kümmert oder ihr Bein kümmert, kann es ja abheilen und ist die Sicherheit da, dass es nicht dauernd wiederkommt.“ (FM04, Pos. 204)

Erweiterung von Gesundheitswissen, Anleitung:

Die Fallmanager:innen nutzten vorgegebene Assessmentinstrumente und Arztbriefe, um mit den Patient:innen umfassend über die individuelle Gesundheitssituation ins Gespräch zu kommen. Bei Bedarf wurden Arztbriefe und Laborergebnisse angefordert und zusammengetragen, um bei der Sichtung, Ordnung und Verständnis von Unterlagen zu unterstützen.

Patient:innen und Angehörige gaben bereitwillig Auskunft zu ihrem (Un-)Verständnis von der Entstehung und zum Verlauf der Wunde oder Grunderkrankung.

„Ich habe weder getrunken noch geraucht noch sonst was. (...) Kann ich Ihnen nicht sagen, ich weiß es nicht. Da konnte kein Mediziner, sagt da irgendwas (...) Das ganze Bein ist doch voller Eisen, das wird ja nicht mehr so richtig durchblutet.“ (PAT20 FM_Putt_Z2, Pos. 42)

Im Gespann reflektierten sie, welche Versorgungsroutinen die Patient:innen sich angeeignet hatten.

„Die hat gefragt, was ich so mache, wie ich das mache? Und mit dem Desinfektionsmittel, mal ein Bild gemacht.“ (PAT06 FM_Monteur_Z1, Pos. 368)

Die Fallmanager:innen berichteten wiederholt von dem Halbwissen, das Angehörige und Patient:innen sich angeeignet hatten, und den Bemühungen, sich auf alles *„einen Reim zum machen“*.

„Wie viel Dinge er kombinieren konnte, aber es ist Halbwissen. Und das ist etwas, das fällt mir auch auf, dass Leute sich informieren, gerade die jungen Leute. Also er ist schon 75, aber trotz

allem, er hat sich immer gut informiert. Aber trotzdem ist immer nur Halbwissen da. Und dann versuchen sie sich mit diesem Halbwissen was zu stricken und dann funktioniert es nicht, ja.“ (FM01, Pos. 40)

Patient:innen erläuterten gerne ihre Erfahrungen mit Hausmitteln, wie Honig, Kümmel, Pfeffer, o.ä. oder bestimmten Medikamenten. Die Fallmanager:innen berichteten, dass es nicht immer leicht war, solche Überzeugungen sachlich zu entkräften oder Alternativen salonfähig zu machen.

„Schwarzer Kümmel ist ein altes/ altes Mittel aus Tunesien, damit hat man früher schon, vor 2.000 Jahren, das/ das Blut/ Den Süßfluß, haben sie das früher genannt, gesenkt.“ (PAT06 FM_Monteur_Z1, Pos. 116)

„Ja, es gibt noch so'n Ding, denke, ich weiß es net, so Schwarzwurzel, so-so'n Ding. (...), das ist so'n Pulver, Pulver, so'n gelbliches Pulver.“ (PAT02 RV_Bürgen_Z1, Pos. 560-564)

„Kommt schwarze Salbe drauf, Zugsalbe drauf, ein Verband drauf, Feierabend.“ (PAT04 RV_Skall_Z1, Pos. 109)

Patient:innen formulierten deutlich, zu welchen Änderungen sie bereit waren oder in welcher Reihenfolge sie ihre Gesundheitsprobleme angehen wollten.

„Jetzt ist das Abnehmen erst mal wichtiger, meine Füße sind jetzt erst mal noch wichtiger. Ja, mit dem Rauchen, das schlägt auch auf die Füße, mit der Wundheilung. das geht nicht so gut voran. Also ich rauche, wann es mir passt und nicht, wenn sie es mir sagen. Also ich rauche seit 30 Jahren, ich höre nicht auf damit.“ (PAT04 RV_Skall_Z1, Pos. 584)

„Und da hat der Arzt gesagt: "Es wäre also sinnvoll, wenn ich Stützstrümpfe trage." Und da habe ich also immer Kniestrümpfe Zuhause an. Und wenn ich weggehe, ziehe ich die Strümpfe aus, weil die furchtbar sind, so Strümpfe.“ (PAT03 RV_Havel_Z1, Pos. 264)

Die Fallmanager:innen deckten gemeinsam mit den Patient:innen Wissenslücken auf und führten (Mikro-) Schulungen durch. Patient:innen beschrieben die Edukationsangebote als „hilfreich“, „unterstützend“, „großartig“, „kompetent“ und berichteten von Informationen zu ihrer Grunderkrankung und zu den Zusammenhängen zwischen Grunderkrankung und dem Zustand ihrer Wunde. Besonders erfolgreich wurden die Schulungssituationen erlebt, die vor Ort in Präsenz stattfinden und die Fallmanager:innen direkt „eingreifen und korrigieren“ und wiederholen konnten. In einer Lerneinheit der Fallmanagement Basisschulung entstand eine lebhaftere Suche nach „einfacher Sprache“, lebensweltlichen Bildern, um Inhalte besser vermitteln zu können. Beispielsweise wurden Ödem und Exsudat mit einem überlaufenden Staudamm verglichen oder geschwollenes Gewebe als Sumpflandschaft bezeichnet.

„Da gibt die Tipps und denn machen sie das so und so.“ (PAT06 FM_Monteur_Z1, Pos. 376)

„Durch Hilfe der Fallmanagerin hab' ich die Information eben auch bekommen über das lymphatische System, was ich vorher so nicht wusste, dass das lymphatische System quasi ein eigenes Gefäßsystem ist noch, was per se geschädigt ist.“ (PAT01 FM_Mang_Z1, Pos. 21)

„Ja, indem du erst mal abklopfst, was weiß er denn überhaupt von seiner Krankheit oder wie die Wunde entstanden ist. Und ich glaube, dann mal gucken, was überhaupt im Verlauf, wenn du ihn halt schulst oder anleitest, was da hängenbleibt.“ (20220409 Fokusgruppe PSEU, Pos. 221)

Die Kontrolle, ob ein:eine Patient:in eine Schulungseinheit verstanden hatte, entnahmen die Fallmanager:innen dem Gespräch, das sie mit ihren Patient:innen führten. Bei manchen Patient:innen haben sie sich das Gelernte „aufsagen“ und „immerzu wiederholen“ lassen. Bei anderen ließen sie sich eine Prozedur zeigen oder ließen sich Bilder über einen Messengerdienst zusenden.

„Nach dieser Schulung hat man schon gemerkt, war das Verständnis einfach da, warum man zum Beispiel sterile Kompressen nimmt, warum man Desinfektionsmittel oder eine Wundspüllösung.“ (FM01, Pos. 30)

Ein Patient hatte sich zum ersten Mal klar gemacht, wie eine hygienische Händedesinfektion genau durchzuführen ist und Schulungsinhalte zum lymphatischen System, Kompression, Hautpflege hervorgehoben, die ihm neu waren.

„Hab' ich also total viel toll gelernt, dass ich, dass ich mehr das Gesamtgeschehen auch verstehen kann im Prinzip.“ (PAT01 FM_Mang_Z1, Pos. 25)

„Details zum lymphatischen System, und seinen, seiner Bedeutung, das wusste ich nicht so, (...) Ich hab' sehr tolle Zusatzempfehlungen bei der Fallmanagerin bekommen, dass sie mir erstmal gezeigt hat, wie kann ich, äh, Hände desinfizieren.“ (PAT01 FM_Mang_Z1, Pos. 126)

Er reflektierte seine Situation und auch auf Dienstreisen hielt er Kontakt zur Fallmanagerin, der er dann regelmäßig Fotos per Messengerdienst zusandte, um direkt Rückmeldung, Bestätigung oder Lob für sein Vorgehen und Heilungsfortschritte zu bekommen.

„Ich hab' also bei, phasenweise über jetzt drei, vier Wochen hab' ich bei jedem Wechsel der, des Verbandes hab' ich Fotos gemacht. (...) ich hab' das ja fast immer selber gewickelt. Ich war ja auch in Projekten und hab' das im Hotel gemacht und sonst wie. Ja, und da gibt es also eine Reihe von Fotos, als es sehr schlimm war.“ (PAT01 FM_Mang_Z1, Pos. 56-58)

Er überraschte die Fallmanagerin mit einer Handzeichnung seiner gesundheitlichen Situation. Die Wunde konnte sich unter seiner aufmerksamen Pflege verschließen.

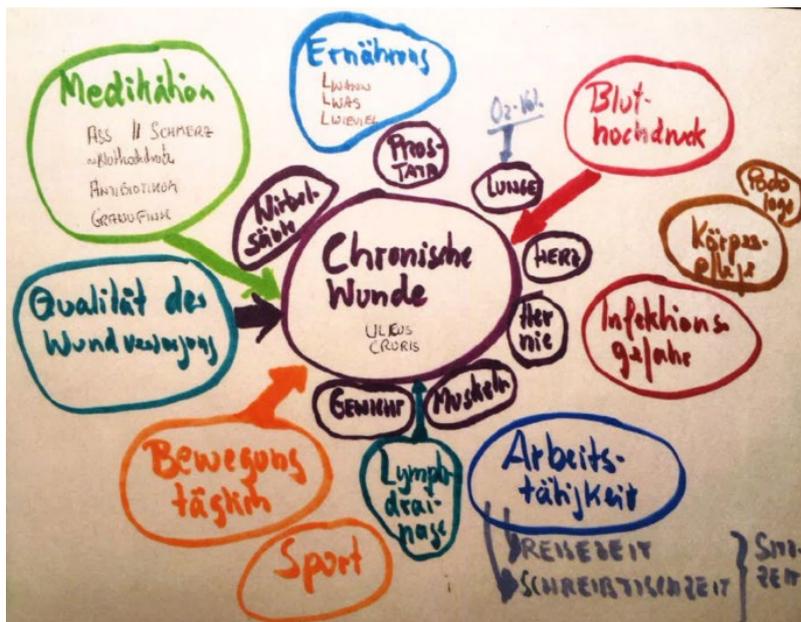


Abbildung 19: Handzeichnung der gesundheitlichen Situation eines Patienten

Er sehnte sich nach mehr Aktivitäten und wäre gerne mit seiner Tochter schwimmen gegangen oder wieder einmal Rad gefahren. Das ist ihm im Interventionsraum nicht mehr gelungen. Die Gesundheitsprobleme waren so vielfältig und sein Arbeitsplatz ständig gefährdet und die familiären Probleme mit einer pflegebedürftigen Ehefrau so erheblich, dass er keinen Ansatzpunkt sah, die Symptome soweit zu beherrschen, dass er wieder mehr Familienzeit und Gestaltungsraum hätte gewinnen können. In Bezug auf die Wundheilung, war das Fallmanagement erfolgreich, allerdings wäre für diesen mehrfach belasteten Patienten eine fortgesetzte Unterstützung seiner Selbstpflegekompetenz bei weiteren Gesundheitsfragen wünschenswert gewesen.

Im Laufe der Begleitung durch die Fallmanagerin nahm seine Begeisterung für diese Begleitungsform zu. Anfangs war er noch unsicher in Bezug auf die Expertise der

Fallmanagerin, dann nahm seine Anerkennung und sein Vertrauen zu. Er sprach dem Arzt und der Fallmanagerin bei unterschiedlicher Einschätzung des Vorgehens einen unterschiedlichen professionellen Erfahrungshintergrund zu und sah dabei für sich einen „Ermessensspielraum“. Den nutzte er, indem er sich die Empfehlung zum Verbandswechsel herausuchte, die ihm am meisten einleuchtete. Er sträubte sich, den Empfehlungen der Fallmanagerin einen höheren Wert zuzusprechen als dem behandelnden Arzt. De facto verhielt er sich aber so, indem er die Tipps der Fallmanagerin und nicht des Arztes in Bezug auf den Verbandswechsel gewissenhaft umsetzte.

*„Es gibt nicht die Therapie, die man jetzt dann machen muss. Das gibt es eben nicht. (...) ich sprech von Ermessensspielraum, d.h. der Arzt sagt: »Nein, nein, das sollte mal belüftet werden, und das ist gut, wenn Sie das dann offen ...«, und es gibt die andere Position, wo man sagt: »Nee, so lange wie möglich den Verband drauf lassen“ (...) das sind jetzt zwei unterschiedliche Ansichten (...) also Backgrounds sozusagen, Hintergründe, und führt dann eben mal zu einer auch unterschiedlichen Einschätzung, (...) indem ich zu häufig den Verband wechsele, weil, wenn das stark Exsudat bildet, und auch noch blutet, dann klebt es richtig an der Haut, und wenn ich dann die Kompresse 'runternehme, dann reiße ich teilweise die Wunden auch wieder auf, und dann fangen die an zu bluten und vorher hätten sie es nicht getan, wenn ich es drauf lasse. Deshalb **verstehe ich die Ansicht** (der Fallmanager:in), dass man sagt: Nee, nee, nee, so lange wie möglich drauf lassen.“*

*Ich verstehe aber auch **die andere Sicht** (des Arztes), dass man sagt: Die Haut ist fürchterlich trocken, und das wird auch nicht genügend besser, dass man also wirklich abends ordentlich das ganze Bein versorgt auch wieder, mit dem Schaum, mit diesen weich machenden Substanzen, nach der Desinfektion, und dann das die Nacht über quasi sich beruhigen lässt. **Und das ist auch schon mein eigenes Regime**, wo ich sag: Ich halt's nicht mehr aus, ich steh um drei Uhr in der Nacht auf und sage, ich kann nicht mehr, und ich nehme dann den Strumpf 'runter und ich desinfiziere dann, und ich gebe den Harnstoffschaum drauf, und dann braucht das mal eine halbe Stunde, eine Stunde, und dann ist es immer noch nicht auszuhalten, dann gebe ich da vielleicht mal noch das Voltaren drauf sogar. (...) Die Fallmanagerin hat mir unglaublich viel Hintergrund und praktisches Tun ermöglicht, was ich so nicht gehabt hätte, und der Arzt hat andere Einflussphasen zu beachten.“ (PAT01 FM_Mang_Z1, Pos. 82-100)*

Es gab mehrere Patient:innen, die nicht ganz zuordnen konnten oder verstanden hatten, was die Fallmanager:in alles für sie in Gang setzten, insbesondere, wenn um die Studienteilnehmer:innen herum organisiert wurde und sie die Dimensionen eines Gesprächs nicht einzuschätzen vermochten. Dann war es ein „Kaffeetrinken“ und in den Augen der Patient:innen nicht mehr als ein angenehmes Beisammensein. Die Fallmanager:innen erwähnten, dass eine Informationssammlung in solch vertrauensvoller Atmosphäre besonders ergiebig sein könne.

„Ja und die hat auch nach den Beinen gesehen bei meinem Mann, hat sich die Beine angesehen und hat das alles protokolliert, (...) Ja, sie hat das halt festgehalten. (...) Nicht für uns, sondern das war für die Studie.“ (PAT21 FM_Pastell_Z2, Pos. 168-172)

Fallmanager:innen mit besonders hoher Wundexpertise konnten im Bereich Edukation Wissensvermittlung besonders fundiert argumentieren und genossen bei Patient:innen, die Wissen vermittelt bekommen wollten, hohe Anerkennung.

3.3.4.4 Wirkung auf Selbstpflegekompetenz (Können)

Die Fallmanager:innen hoben hervor, dass die Beziehung des Patienten zu sich selbst gestärkt werden müsse. Sie stärkten die Selbstwahrnehmung der Patient:innen und unterstützten Beschreibungsmöglichkeiten.

„Also dadurch, dass es oft wehtut, bin ich da schon sehr eingeschränkt. Das fängt schon beim Kaufen gehen an. Dann habe ich da Probleme, ins Auto zu kommen, wenn ich, ne, mit sitzen.“

Da geht es schon an. Wenn ich viel laufe, dann schwitzt/ dann schwitzt die Stelle, dann brennt die Stelle. Dann ist das alles so dick verbunden.“ (PAT05 FM_Leis_Z1, Pos. 221)

Diese Patientin hat sich selbst eine Lösung ausgedacht, wie sie dazu beitragen könnte, den Behandlungserfolg und Wissen über einen sachgerechte Verbandswechsel auch bei ständigen Mitarbeiterwechsel im Pflegedienst kontinuierlich weitergegeben werden kann.

„Das war meine Idee. Weil wirklich am Anfang, das war ja dann wirklich, als der Pflegedienst kam, das war dann letztes Jahr, als das anfing, Februar, März, April, ich weiß es gar nicht mehr genau, und da ging das genau in die Urlaubszeit. Da kam wirklich alle paar Tage jemand Neues vom Pflegedienst und jeder wusste nicht mehr, wie verbunden wurde und was verbunden wurde. Und dann habe ich Bilder gemacht und da habe ich jedem das gezeigt. Da habe ich gesagt: "So wird das gemacht." Und der eine wollte drücken, der andere wollte hier, der andere wollte da, da habe ich gesagt: "Nee, jetzt mache ich wirklich mal Bilder und da soll jeder sich dran halten der kommt." (lächelt) Und das hat klappt auch bis heute ganz gut. Jetzt kommt auch wirklich ein eingespieltes Team, da kommen jetzt wirklich monatelang immer dieselben Gesichter. Die wechseln sich ab und die wissen alles, was zu machen ist. (HWG-LU: Ja) Das klappt jetzt wirklich gut.“ (PAT05 FM_Leis_Z2, Pos. 129)

Die Teilnehmer:innen, die sich weiterhin in den Strukturen der Regelversorgung bewegten, berichteten von intensiver Betreuung durch Fachärzt:innen und eigenen Heilungserfolgen. Zwei Patient:innen waren durch den Hausarzt an eine Facharztpraxis, die auch als Studieneinrichtung arbeitete, weitergeleitet worden. Damit wurde bei ihnen mit der Studienaufnahme auch die ursächliche Diagnose überprüft.

„Bin ich dahin, die hat die Füße gesehen, hat gesagt: Charcot.“ (PAT13 RV_Bank_Z1, Pos. 13)

Ab da wurde ein Patient fachgerecht behandelt und fühlte sich auch durch den ansässigen Pflegedienst gut unterstützt. Zum zweiten Zeitpunkt war seine Wunde verschlossen. Ein anderer Patient hatte erstaunliche Fähigkeiten entwickelt

"Mir macht das nix aus, mich selbst zu beschneiden oder sonst irgendwas zu machen." (PAT04 RV_Skall_Z1, Pos. 117).

3.3.4.5 Wirkung auf Motivation aktiv zu werden (etwas zu verändern)

Die Fallmanager:innen sprachen immer wieder von Phasen in der Motivation der Teilnehmer:innen. Auch wenn Patient:innen sich auf die Hinweise und Schulungen einließen und begeistert in die Umsetzung gingen, flaute das Engagement nach ca. 2 Monaten ab. Dann ließen die Bemühungen nach und wenn der anfängliche Erfolg sich nicht verstetigen konnte, brachen manche Patient:innen mit ihren Verhaltensänderungen ein.

Häufig konnten die Fallmanager:innen nicht direkt Hoffnung auf eine zügige Wundheilung machen, sondern mussten die Menschen darauf vorbereiten, dass der Weg viel Zeit und Mühe mit sich bringen würde. Unrealistische Vorstellungen „*sie machen das schon*“, „*jetzt wird alles gut*“ versuchten die Fallmanager:innen möglichst schnell auszuräumen und Geduld zu üben.

„Weil, beim Diabetiker und PAVK kann ich die Ursache ja nicht reparieren. Ich glaube, da muss der Patient ganz klar wissen, dass wir da Probleme haben, dass es nicht eine ganz gradlinige Wundheilung sein kann. Aber trotzdem, also die Zieldefinition, ich sage dann immer: "Abheilung ist jetzt ein Fernziel, erst müssen wir uns mal da drum kümmern." Weil die Menschen, die Patienten, die sind, glaube ich, da schon ein bisschen abhängig, wenn es dann nicht kleiner wird und man hat nicht erklärt, warum das jetzt gar nicht unser Ziel ist im Moment, dann werden die auch ungeduldig.“ (FM04, Pos. 184)

„Da muss der Patient diese Möglichkeit haben, und das muss er über vier Wochen auf jeden Fall, muss der lernen, das geht nicht schneller.“ (PAT01 FM_Mang_Z2, Pos. 135)

Zwei Fallmanager:innen berichteten, dass sie in Einzelfällen zwei Tage nach Studieneinschluss zum Erstbesuch kamen und die Wunde schon verschlossen gewesen sei. Da könne es sich nur

um eine minimale, kleine Wunde gehandelt haben. Nur selten versprachen Diagnosen eine schnelle Heilung, insbesondere weil die Gesundheitsproblematiken sich über lange Zeit aufgebaut hatten.

Die Fallmanager:innen berichteten von der Herausforderung, Arbeitsschritte und das edukative Vorgehen gemeinsam zu planen. Für die Fallmanager:innen war es häufig sehr schnell klar, was zu tun sei, aber der entscheidende Punkt war, herauszuarbeiten: Was will und wünscht mein Gegenüber? Fallmanager:innen und Patient:innen berichteten von verschiedenen Mobilitätswünschen. Ein Patient träumte davon, noch einmal mit dem Motorrad fahren zu können, oder eine andere Patientin hoffte, mit ihren Freunden noch einmal wandern zu gehen oder schmerzfrei auf der Matte mit den Enkeln spielen zu können und einfach „im Alltag sich zu bewegen“.

So konnten erste Ziele aufgegriffen und formuliert werden.

„Also es war halt dann schon wichtig, jetzt auch bei dieser Patientin, (...) was ist ihr denn wichtig? Was ist ihr vorrangigstes Problem? Ihr vorrangiges Problem war am Anfang a) die Schmerzen und b) auch die Nachtruhe, dass sie einfach mal erholen / erholt schlafen kann und dann auch in der Nacht schmerzfrei ist.

Und das habe ich mir dann auch mit der Patientin erst mal als Ziel gesetzt und auch dann natürlich mit dem Arzt, dass wir erst mal geguckt haben, dass die Patientin schmerzmäßig einigermaßen abgedeckt ist. Dass sie halt auch die Therapie toleriert, sprich, die Wicklung und alles. Und dass sie halt auch schlafen kann, dass sie nachts nicht so lange draußen sitzt und die ganze Zeit das Bein unten hängen hat. Es waren dann natürlich wieder zwei Faktoren, aber natürlich mit der ersten Priorität Schmerzfreiheit, um zu gucken, wenn sie weniger Schmerzen hat, ist das dann das Schlafproblem auch etwas gelöst, ja? Ne und da musste ich halt meine Ansprüche auch etwas runter brechen und musste sagen: „Okay, die Wunde ist jetzt einfach mal ein Stückweit egal, ja. Wir wollen jetzt natürlich keine Verschlechterung haben der Wunde, aber wenn sie unverändert bleibt, ist es erst mal okay, wenn wir die anderen Probleme in den Griff kriegen. Weil nur dann kann ich gewährleisten, dass die Patientin auch mitmacht. Weil, das ist ja für, ja, sagen wir mal, den Mensch allgemein so, das Leiden ist ja ein Stückweit eigentlich egal,

Hauptsache ich habe keine Schmerzen, ja und dann kann man weitergucken. Also das war halt uns dann wichtig, das haben wir dann halt auch als Ziel formuliert. Und haben dann halt auch uns, beziehungsweise ich habe dann halt so meine Aktivitäten erst mal dahin gesteuert, wie kann man das Ziel erreichen.“ (FM02, Pos. 165)

In der Interviewsituation fiel den meisten Patient:innen nicht ein, welches Ziel sie formuliert hatten, ob sie überhaupt ein Ziel mit den Fallmanager:innen bearbeitet hatten. Die Fallmanager:innen forderten eine extra Schulungseinheit ein, um einen Zugang zur Zielformulierung zu erhalten und es wurde bis zum Ende nicht ganz klar, warum die Fallmanager:innen sich mit der Aufgabe, Zielformulierungen gemeinsam mit den Patient:innen zu entwickeln, so schwertaten. Die Coachin hat viele Einheiten damit verbracht, Fallmanager:innen dabei zu unterstützen, die Anliegen von Patient:innen herauszuarbeiten, um ein lebensweltliches Ziel herauszulocken, für das der Patient sich auf den Weg machen würde. Einige Fallmanager:innen verneinten Ziele formuliert zu haben, obwohl sie ihre Patient:innen zielgerichtet angeleitet haben. Fallmanager:innen hätten sich eine Block zu Zielformulierungen bereits in der Basisschulung gewünscht.

Außerdem gelang es selten, die Verfolgung der Ziele und die Motivation nachhaltig hochzuhalten, wenn der Erfolg sich schnell genug einstellte und wenn die Fallmanager:in als Motivator:innen wegfielen.

Die Fallmanager:innen betonten die besondere Herausforderung, mit dem mangelnden bzw. gestörten Antrieb der Patientin umzugehen. Es schien ein entscheidender Schritt im Selbstverständnis der Fallmanager:innen zu sein, wenn sie die mangelnde Motivation nicht als

Charakterschwäche, Bequemlichkeit, Faulheit o. ä. interpretierten, sondern als ein Symptom von Erkrankung.

„Manche lassen einfach alles schleifen, solange sie in ihrer Bequemlichkeit oder das Leben für sie so genügt, dann ist es das halt. Alles Neue ist ein Benefit und noch besser ist es, wenn ich mich nicht dazu bewegen muss.“ (FM05, Pos. 97)

Wenn die Patienten nicht umsetzen, was der:die Arzt:Ärztin oder die:der Fallmanager:in sagen und das nicht als mangelnde Compliance oder eine bewusste Entscheidung gedeutet wird, sondern als Symptom einer Erkrankung, dann ergeben sich andere Konsequenzen für das Handeln und der Ärger oder die Frustration über das vermeintlich schlechte Verhalten und die Willensschwäche des Patienten verändern sich.

Die Fallmanager:innen berichteten von ihrem anfänglichen Drang, die Situation des Patienten direkt zu verändern und begründeten das mit ihrem gewohnten Arbeitsdruck. Wenn sie innerhalb kürzester Zeit auf Station oder auf der eng getakteten Tour für eine Sozialstation Pflegeprobleme erkennen, sind direkt Maßnahmen zu ergreifen und umzusetzen. „Problem – Reaktion“ - diese Kette gelte es zu durchbrechen, insbesondere wenn die Maßnahmen über die Patient:innen hinweg entschieden werden.

Immer wieder wurde die Frage aufgeworfen, ab wann der Aufwand, den die Fallmanager:innen betrieben, in keinem Verhältnis mehr zum Nutzen stünde, der für die Patient:innen entstehe. Einerseits sollte die Unterstützung nicht aufgedrängt werden und eine Person, die nicht unterstützt werden wollte, sollte auch in Ruhe gelassen werden. Andererseits war es wichtig, nicht zu früh Unterstützung zu entziehen, wenn ein Mensch aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage war, sich auf Anregungen einzulassen und viel Ermutigung brauchte, um die eigenen Selbstpflegefähigkeiten zu erweitern. Die Fallmanager:innen fragten sich, ob es auch eine Form des Respekts sein könnte, die Menschen in Ruhe zu lassen. Es wurde „ein Recht auf Verwahrlosung“ diskutiert und überlegt, ob es ein „Recht auf Schmerz“ gebe, wenn Menschen nicht aktiv an einem Schmerzmanagement mitarbeiten wollen oder immer wieder zulassen, dass die eigene Wunde eskaliere und Schmerzen verursache.

Die Empathie der Fallmanager:innen für Menschen, die von außen besehen offensichtlich Unterstützungsbedarf hatten bzw. sich selbst gefährdeten, indem sie die Wunde unbehandelt, nachlässig oder gar nicht versorgten, ist häufig auf die Probe gestellt.

3.3.4.6 Motivation vs. Motivierung

Die meisten Fallmanager:innen sind mit dem Wunsch eingestiegen, direkt loslegen zu können und Dinge zu regeln, damit sich die Wunden so schnell als möglich verschließen könnten. Ihr Blick galt der Wunde, dafür waren sie angetreten und vorab ausgebildet.

Auch wenn die meisten Fallmanager:innen beklagten, dass sie keine Hand anlegen durften, schien dieser Umstand „keine Hand anlegen“ eine gute Unterstützung gewesen zu sein, in die neue Rolle als Fachkraft mit dem Schwerpunkt Edukation zu finden. Die Vorgabe zwang die Fallmanager:innen sich zurückzunehmen, um nicht direkt selbst Dinge zu übernehmen und umzusetzen, sondern zu überlegen, wie es gelingen könnte, den jeweiligen Patienten zu einem neuen Gesundheitsverhalten hinzuführen und in die Lage zu versetzen, sich selbst zu pflegen und zu organisieren. Gerade Pflegekräfte sind gewöhnlich aufgefordert, Situationen möglichst schnell zu analysieren, einzuordnen und zu bewältigen, also so zu handeln, dass möglichst viele Patienten in einem kurzen Zeitraum versorgt werden können.

In diesem Projekt bestand die Anforderung und Kunst darin, auszuhalten, nicht direkt etwas verändern zu wollen, sondern den Patient:innen Zeit einzuräumen, sich selbst und ihre Situation zu verstehen. Die Fallmanager:innen hatten sich einer anspruchsvollen Geduldsprobe zu stellen. Die Verhaltensänderungen mussten mühsam eingeübt werden und das Wissen um die eigene Erkrankung schien dabei eine untergeordnete Rolle zu spielen. Auch

ein gutes Verständnis um die eigene (Gesundheits-) Situation war kein Garant für eine Veränderung des eigenen Verhaltens.

Die Fallmanager:innen brachten sich stark mit ihrer Persönlichkeit ein. Hochmotiviert versuchten sie, mit Schwung ihre Begeisterung auf die Patient:innen zu übertragen und auf die richtigen „*Gleise*“ zu bringen. Eine Fallmanager:in erzählte eindrucksvoll, wie sie einen Patienten mit ihrer „*Bettelei*“ „*Tun Sie es für mich*“ zu einer Verhaltensänderung motivieren wollte. Sie warf sich mit „*allem was ich hab*“ in die Beziehung, um eine Aktivität zu ermöglichen. Aber in einem Fall habe „*selbst das nichts geholfen*“.

Die Fallmanager:innen beschrieben es als „*Versuchung*“, sich an schnellen Erfolgen zu freuen, weil immer die Möglichkeit im Raum stand, dass eine Verhaltensänderung oder Aktivierung sich nicht nachhaltig einstellte und es nicht gelungen war, den Willen der Patient:in ausreichend zu stärken.

Als „*Sternchenpatienten*“ wurden die Patient:innen bezeichnet, die bereits motiviert in das Projekt eingestiegen waren und bereit zur Verhaltensänderung waren.

Geteilt wurde die Einschätzung, dass es nichts bringe, Patient:innen „*von außen mit Energie zu versorgen*“, wenn sie innerlich nicht in „*Schwingung versetzt*“ würden.

3.3.4.7 Fallbeispiel Abblocker

Während der Interviews wurden eine Fülle an Fallbeispielen erzählt. Im folgenden Abschnitt wird exemplarisch ein Fallbeispiel vorgestellt (FM03, Pos. 81), das verdeutlicht, wie die Fallmanager:innen um einzelne Patient:innen gerungen haben. In dieser Darstellung berichtet die Fallmanager:in von einem Ehepaar, das sich zunächst sehr abweisend zeigte und sich sehr zögerlich auf die Brücken einließ, die von der Fallmanagerin gebaut wurden.

„Diabetiker, hatte einen diabetischen Fuß, stark übergewichtig, lebt mit seiner Frau zusammen und ein paar Kanarienvögel. Und als ich da in die Wohnung kam, die Ehefrau hat schon gesagt: „Also nicht, wenn Sie meine, Sie können hier was verändern, Sie werden hier nichts umstellen und ich werde mit meinem Mann nichts anderes machen.“

Damit hieß die erste Hürde, die Abwehr nicht persönlich zu nehmen, sondern als Ausdruck einer Strategie, die das Paar für sich gewählt hat, um keine ungefragten Veränderungen von außen ertragen zu müssen. Mit dem ersten Kontakt nahm die Fallmanagerin die Gesundheitsprobleme und ein Selbstpflagedefizit wahr. Sie formulierte eine Diskrepanz zwischen ihrer Beobachtung extrem hoher Blutzuckerwerte und den Angaben des Ehepaars, das angab darauf bereits durch „*Ernährung umstellen*“ oder „*Blutzucker anpassen*“ einzugehen und keine Rückmeldung wünschte.

„Sie hat die Versorgung gemacht, hat sich überhaupt nichts sagen lassen. Blutzuckerwerte von, keine Ahnung, 4-, 500, nicht messbar und das kontinuierlich. Und Angebote von, ja, von wegen Ernährung umstellen oder Blutzucker anpassen, das war alles nicht wahr.“

Fallmanager:innen berichteten mehrmals von ihrem Eindruck, dass manche Patient:innen ihrer behandelnden und vertrauten Ärzt:innen zuliebe und nicht aus eigener Überzeugung in die Teilnahme zur Studie und damit in die Begleitung durch das Fallmanagement eingewilligt hätten.

„Sie haben das auch nur mitgemacht, weil das so quasi ihnen aufs Auge gedrückt wurde.“

Die Fallmanager:innen betonten, dass ihre fachliche Expertise ihnen dabei geholfen habe, Ansatzpunkte zur Verbesserung der Therapie zu finden. Sie beschrieben das als Chance zur Vertrauensbildung besonders bei kritischen Patient:innen. Mit der ersten Möglichkeit, sich erfolgreich in den Dienst des Patienten stellen zu können und zur Verbesserung der Wundversorgung oder Wohlbefinden beizutragen, konnte die Patient:innen oder Angehörigen zu Verbündeten werden lassen.

„Und ich habe dann irgendwann rausgefunden, dass er tatsächlich eine Resistenz auf Insulin hat. Das hat er mir aber auch am Anfang gar nicht gesagt. Und die Ehefrau immer kühl bis abweisend, bis sie irgendwann auch gemerkt hat, ich will hier nix Böses, ich will wirklich nur helfen und versuchen, dass wir das hinbekommen, aber das hat sehr lange gedauert.“

Die Angehörige im Fallbeispiel unterstützte das Fallmanagement, indem sie die Verbände bei Ankunft der Fallmanager:in abwickelte und so eine Inaugenscheinnahme durch die Fallmanagerin zuließ. Dabei nahm die Fallmanagerin einen Widerstand des Patienten wahr, den die Angehörige zu überwinden wusste. Die Fallmanagerin durfte den desolaten Zustand der Wunden betrachten, sich einen Eindruck von den Kenntnissen zum Verbandswechsel machen und konnte im Gespräch Informationen zum familiären Hintergrund und soziale Isolation des Paares sammeln.

„Er war total unzugänglich, hat mich überhaupt nicht an sich rangelassen. Und immer wenn ich gekommen bin, hat die Ehefrau dann die Verbände abgemacht, die Wunden haben gestunken. Da wurde nur mit Betaisadona abgetupft, also keine / oder wie soll ich sagen, das war ja eine Beratungsresistenz von beiden Seiten. Und kein Kontakt zu den Kindern, Kontakt abgebrochen.“

Mit der Informationssammlung und Gesamteinschätzung sondierten die Fallmanager:innen Möglichkeiten, um fachliche Hinweise platzieren zu können. Im Fallbeispiel ging die Fallmanager:in auf die Sehschwäche des Patienten ein und riet zum Besuch einer Augenklinik. Die Verbesserung seiner Sehleistung wäre eine wichtige Voraussetzung zur Steigerung der Selbstpflegekompetenz, um den eigenen Verbandswechsel im Blick behalten zu können.

„Ja und dann haben sie mich irgendwann gefragt, ja, der ist ja fast blind, er sieht ja nix mehr. Und dann habe ich gesagt: "Ja, es gibt ja auf dem Antoniusturm in OZ 01 eine tolle Augenklinik, wollen Sie denn vielleicht da mal hin?"

Das Ehepaar hatte bereits selbst erfolglos versucht, einen Termin in einer Augenklinik zu vereinbaren. Hier wurde ein weiterer Ansatzpunkt deutlich, um Unterstützung anbieten zu können. Die Ehefrau konnte zulassen, dass die Fallmanagerin an dieser Stelle organisatorisch eingriff. Mit den eigenen Netzwerkkontakten oder die Verbindungen der Fallmanagementkoordinatorin der mamedicon GmbH gelang es, den Fallmanager:innen über die Projektlaufzeit immer direkter Expertenkontakte herzustellen und wie im Fallbeispiel erfolgreich Termine herzustellen. Wundexpertise konnte bei fachlicher Argumentation unterstützen und dem Anliegen Nachdruck verleihen.

„Nein, sie bekommen keinen Termin, sie kümmern sich selbst. Beim nächsten Termin habe ich dann halt nochmal gefragt, nee, da kommt man nicht durch. Dann habe ich gefragt: "Soll ich vielleicht mal versuchen anzurufen, soll ich mal versuchen, einen Termin zu bekommen?" Tatsächlich bin ich durchgekommen und habe einen Termin bekommen.“

Hinter Terminabsagen stand im Fallbeispiel das Unvermögen des Patienten, mit Sehschwäche selbst noch Autofahren zu können, und ein Vermeidungsverhalten der Ehefrau. Sie traute sich nicht zu, den Weg zur Augenklinik selbstständig zu finden. Eine weitere alternative Transportmöglichkeit hatte das Ehepaar sich nicht erschlossen.

„Und dann hat sich rausgestellt, dass die Ehefrau sich nicht zutraut, den Weg von MZ 03 nach OZ 01 mit dem Auto zu fahren und dann haben sie diesen Termin wieder abgesagt oder storniert oder sie sind gar nicht erst hingefahren.“

Auch hier übte die Fallmanagerin Geduld und bot mit einer detaillierten Wegzeichnung an, bei der Orientierung zu unterstützen. Die Bewältigung eines Fahrweges, diese Öffnung nach außen, verlangte konsequente Beziehungsarbeit. Es habe ein halbes Jahr gedauert, bis dieser Mann in der Augenklinik zur Behandlung angekommen sei.

„Beim nächsten Termin habe ich gesagt: "Ich kann Ihnen sogar den Weg genau aufschreiben." Das habe ich gemacht, habe wieder einen neuen Termin in der Augenklinik gemacht. Ich habe

ihr den Weg auf Papier aufgeschrieben, ganz genau wie sie fahren muss, an welcher Ampel sie abbiegen muss und, und, und. Sie hat mir versprochen, sie würde mit ihrem Mann hinfahren. Hat sie dann auch, ich glaube, nach einem halben Jahr oder so, nach, ja, wöchentlichen Kämpfen, hat sie dann tatsächlich auch gemacht.“

Zwar war der Patient im Fallbeispiel bis zur Behandlung gekommen, aber die Ratschläge des behandelnden Arztes wurden nicht angenommen. Das Misstrauen galt allgemein den Akteuren der medizinischen Versorgung. Möglicherweise gab es Erfahrungen des Paares mit einer Abrechnung von medizinischen Leistungen und unwirksamen Therapien, die als unangemessen bewertet wurde und zum Widerstand gegen Ratschläge von Ärzt:innen führte. Das Misstrauen in die „*verbrecherischen Ärzte*“ und Gesundheitsakteure, die nur „*Geld wollen*“ saß so tief, dass die fallführende Fallmanagerin keine oder unbefriedigend wenig Ansatzpunkte zur Edukation oder Moderation fand.

„Aber auch da, die können mir nicht helfen, die wollen, dass ich da Tropfen mache, das machen wir nicht, also abgeblockt. Alles, was jemand gutgesagt oder ihnen helfen will, wird erst mal geblockt. Weil, die wollen alle nur Geld, das sind alles Verbrecher. Sie haben auch kein Vertrauen in Ärzte, sie hatten auch kein Vertrauen in mich. Und, ja, dann habe ich irgendwann gefragt: "Ja, wir kommen hier nur weiter, wenn Sie ein bisschen mitarbeiten. Und wenn Sie mir gegenüber kein Vertrauen haben, dann hat es keinen Sinn, dass wir hier eine Zusammenarbeit weiterhin aufrechterhalten.“

Sinn und Modus der Zusammenarbeit wurden von der Fallmanagerin infrage gestellt, da sie nicht oder zu wenig Wirkung mit ihren Möglichkeiten entfalten konnte. Am Ende gab es keine Entscheidung mehr, der Patient verstarb im Krankenhaus wegen massiv überhöhter Blutzuckerwerte.

„Naja, gut, dann haben sie erst mal zwei Termine wieder abgesagt, sie wollten da drüber nachdenken. das war ein sehr, sehr schwieriger Verlauf. Der Mann kam dann auch irgendwann ins Krankenhaus mit extremen Werten von Diabetes, ist dann auch im Krankenhaus gestorben.“

Beratung und Begleitung wurde entschlossen abgelehnt und auch ein hohes Engagement im Beziehungsaufbau ließ keine Akzeptanz für moderne Wundversorgung zu. Das tief sitzende Misstrauen konnte die Fallmanager:in bis zum Schluss nicht auflösen.

„Aber die haben sich halt nix sagen lassen. Therapieempfehlungen zu Wunden fand sie erst mal gut, dann hat sie wieder alles abgeblockt. Sie hätte ein Rezept bekommen über moderne Wundversorgung, wollte sie aber dann nicht, weil, das ist ja alles teuer und wir sind alle Verbrecher.“ (FM03, Pos. 81)

Auch wenn die Fortschritte in der Wundheilung kaum sichtbar sind, die Beratungen auf wenig Resonanz stießen und der Patient an einer Entgleisung der Blutzuckerwerte starb, wird hier das Ringen der Fallmanagerin deutlich, gegen den Widerstands des Patienten und seiner Ehefrau, Situationen des Einverständnisses und der Aktivierung zu ermöglichen. Die Angehörige hat die Wundverbände abgewickelt und ihren Ehemann mit dem Auto zur Augenklinik gefahren. Der Grad an Verhaltensänderung ist im Kontext zu bewerten und es scheint so zu sein, dass dieses Paar schon sehr lange im Rückzug verharrte. Vor diesem Hintergrund scheint es ein beachtlicher Erfolg zu sein, dass diese Fallmanagerin regelmäßig ins Haus gelassen wurde und damit zu einer Gewohnheitsänderung beigetragen hat. Wenn ein Selbstpflegedefizit über Jahre aufgebaut und verfestigt wurde, braucht es große Anstrengungen und Zeit, um die Situation zu verändern. In der Studienkonstellation durfte die Fallmanagerin ein umfangreiches Zeitkontingent ausschöpfen.

3.3.4.8 Entwicklung chronische Wunde

Der Zeitraum der Begleitung sollte an die Dauer der bestehenden Wunde angepasst werden. FM03 betont, dass ein Jahr in manchen Fällen zu kurz sein könnte, um Zielvereinbarungen zu treffen und eine Verhaltensänderung zu begleiten.

„Begleiten wir die Patienten in ein Stück in ihrem Leben. Aber dieses kleine Stück, dieses eine Jahr reicht nicht aus, um ein Verhalten zu ändern oder um Ziele zu verfolgen, die ich jetzt in den Raum stelle und bin nach einem Jahr aber wieder weg.“ (FM03, Pos. 165)

Eine Fallmanager:in macht den Vorschlag zu einer Einteilung des „*Motivationsstatus*“, um daraus Zielvorstellungen zur Entwicklung des Edukationsangebots aufzuzeichnen.

Zeitraum Dauer der Wunde	1 Jahr	2 Jahre	4-5 Jahre	10 Jahre	15 Jahre
„Motivationsstatus“	Hoffnung auf Rückkehr in die Normalität, gesunde Hautbarriere	Sorge vor Geruchsbildung	Vertuschung des Zustandes	Auswirkungen Exsudat	Rückzug, Status der „Abstumpfung“
Wunsch des Pat. Ich will...	Ich will ein gesundes Bein, normale Haut und keine Wunden	Ich möchte keine stinkende Wunde	Ich hoffe, dass die Enkel nichts von der Wunde merken	Ich bange, dass die Matratze und die Schuhe nicht volllaufen	Es ist mir egal
Ansatz Zielvereinbarungen	Möchten Sie im Sommer ein knielanges Kleid tragen?	Was könnten Sie tun, um ohne Geruch mit dem Bus zu fahren?	Was möchten Sie mit Ihren Enkeln spielen?	Wie gehen Sie mit dem Exsudat um, damit die Matratze nicht verschmutzt?	
Ansatz Edukation	Unterstützung Wundrandpflege	Management von geringen Mengen Exsudat	Vereinbarung feste Besuchszeiten	Schulung zum Exsudat als bedeutender heilungsfördernder Faktor	Arbeit am „Grundgerüst“

Tabelle 53: FM Vorschlag zur "Motivation"

„Wenn ich seit 20 Jahren eine Wunde habe, ich sage jetzt mal so, dann ist vielleicht im ersten Jahr das Ziel, oh, ich will wieder ein gesundes Bein, ich möchte wieder eine normale Haut oder keine Wunden. Nach zwei Jahren geht es aber da drum, bow, ich möchte nicht, dass diese Wunde da stinkt. Und nach vier, fünf Jahren geht es da drum, dass die Enkel das nicht wissen. Und nach zehn Jahren geht es nur noch da drum, oh, hoffentlich ist jetzt die Matratze nicht voll und die Schuhe voll.“

Und nach 15 Jahren Wunde sind die Leute so abgestumpft, das geht es nicht da drum, dass ich, ich jetzt da hinkomme und innerhalb von einem Jahr alles abändere. Sondern da muss am Grundgerüst gearbeitet werden und das funktioniert nicht in einem Jahr Fallmanagement.“ (FM03, Pos. 165)“

3.3.4.9 Unterstützung durch Angehörige im häuslichen Umfeld:

Der Einbezug der Angehörige wurde als hilfreich erlebt, wenn sie *„sich was sagen ließen“*. Den Angehörigen wurde ein hoher Stellenwert bei der Kontrolle von Therapievorgaben oder Ernährungsvorschriften zugesprochen.

„Also Angehörige müssen mitspielen, definitiv. Also wenn Angehörige vorhanden sind und ein funktionierendes soziales Umfeld vorhanden ist, die müssen mitspielen, auf jeden Fall. (...) man auch mit den Angehörigen zusammen sprechen konnte, grad dem Ehepartner. Der dann halt auch Zuhause drauf aufpasst, dass der Zucker gut eingestellt ist und das man nicht so viel Süßkram futtert, ja, das ist auf jeden Fall förderlich.“ (Experte_Ä_03, Pos. 213)

Wenn Angehörige die Zusammenarbeit blockierten, sahen die Fallmanager:innen keinen Weg, um sich zu engagieren. Andere Angehörige äußerten sich sehr anerkennend und dankbar für die Unterstützung der Fallmanager:innen auch bei organisatorischen Tätigkeiten. Es wurde sehr begrüßt, wenn die:der Fallmanager:in erfolgreich bei einer Krankenkasse oder Hausarzt intervenieren konnte und Anträge daraufhin doch noch positiv beschieden wurden. Es wurde Unterstützungsbedarf bei Formalitäten geäußert. Eine Freundin eines Patienten, die in einer

Interviewsituation dazukam, erinnerte den Patienten daran, dass er „*niemals soweit*“ sei ohne die Fallmanagerin. Die Fallmanager:innen standen vor der Herausforderung einzuschätzen, in welcher Beziehungskonstellation die Studienpatient:innen zu den pflegenden An- und Zugehörigen standen. In einzelnen Fällen schienen Patient:innen gerne mehr Kontakt zu den Fallmanager:innen gehabt zu haben. Die Belastungssituation der Angehörigen durch den Alltag mit den Wunden in Partnerschaften wurde immer wieder thematisiert, allerdings konnten die Fallmanager:innen auf die Bedürfnisse der Angehörigen nur am Rande eingehen. Wenn dann wurden die Angehörigen in die Wundversorgung eingebunden. Für mehr blieb selten Zeit, auch wenn die Angehörigen mehr Unterstützung gebraucht hätten. Angehörige ließen sich in die Benutzung von Hilfsmitteln (Strumpfanziehhilfe), Lagerung von Verbandmitteln oder Kontrolle der Verbände einweisen. In einem Fall schulte eine Fallmanagerin (FM01) eine Tochter in der Anwendung moderner Wundverbände und im Abtragen von Belägen, so dass die Wunde sich verschließen konnte.

„Sobald diese Wundbeläge weg sind, entsteht Granulation, Epithelisierung. Das habe ich bei dem Mann gemerkt mit dem Ulcus cruris venosum, der hatte Beläge. Diese Beläge mussten weg, ja. Dann habe ich der Tochter erklärt, wie sie eine gute Wundreinigung mechanisch machen kann, dass diese Beläge sich dann auch lösen, ne. Das hat die wunderbar gemacht, ne. Und diese Beläge waren weg, Granulationsgewebe ist eingeschossen, zack war die Wunde zu.“ (FM01, Pos. 246)

Manchmal wurden Pflegefehler korrigiert, die sich bei den Angehörigen eingeschlichen hatten. Durch die Zuweisung von Studienpatient:innen durch eine kooperierende Klinik kamen Fallmanager:innen mit häuslichen Konstellationen in Kontakt, die sonst verborgen geblieben wären. Beispielsweise fiel ein 75-jähriger Ehemann auf, der unter hoher psychischer Belastung stand und mit der häuslichen Situation völlig überfordert war, weil die Behandlung seiner Frau durch niemanden mit professionellem Hintergrund koordiniert wurde und niemand den „*Hut aufhatte*“. Die offene Wunde und ein Verdacht auf eine dementielle Veränderung der Ehefrau sprengten die Möglichkeiten dieses Mannes.

Fallmanager:innen versuchten immer wieder, mit der Unterstützung der Angehörigen die Versorgung des Patienten nach Verabschiedung sicherzustellen.

Immer wieder entstanden über die außergewöhnlich intensive Zusammenarbeit freundschaftliche Verbindungen zwischen den Fallmanager:innen und Angehörigen, die sich auch über die Projektlaufzeit hinaus trugen.

3.3.4.10 Wirkungen auf die Zusammenarbeit der Versorger

Die Fallmanager:innen berichteten von den Schwierigkeiten, rechtzeitig mit Patient:innen über die Anbindung in der Normalversorgung nachzudenken. Mit zunehmender Erfahrung im Fallmanagement verlagerte sich der Zeitpunkt, an dem die Fallmanager:in das Thema aufbrachte, ins Primärmodul. Dabei wurden Dienstleister aus dem unterstützenden Umfeld einbezogen, wie einzelne Home-Care Mitarbeiter:innen, Wundzentren, medizinische Fachangestellte aus Arztpraxen, um die Versorgung sicherzustellen, wenn sich die Fallmanager:in zurückziehen wollten.

„Also ich habe den noch zu Ende betreut und habe ihn dann gut anbinden können, gut weiterversorgen können.“ (FM05, Pos. 19)

Versorgungslandkarte

Die Programmentwickler erwartete von den Fallmanager:innen, dass das regionale Versorgungsnetz rund um die Studienpatient:innen kontaktieren werden würde, um Abweichungen zu einer leitliniengerechten Versorgung zu identifizieren und gegebenenfalls darauf zu reagieren.

„Einzelne Patient:innen waren bereits so gut durch Facharztpraxis und Pflegedienst versorgt, dass die Fallmanager:innen keinen Anlass zur Intensivierung der Zusammenarbeit unter den

professionellen Behandlern sahen und eine Wundheilung oder Wundverschluss sich auch ohne Intervention einstellte.“ (FM04).

Die Fallmanager:innen hoben hervor, dass die Kooperation mit Ärzt:innen, Pflegediensten oder Home Care Vertreter:innen selten störungsfrei verlief. Die Zusammenarbeit wurde häufig als „*schwierig*“, manchmal sogar als „*belastend*“ beschrieben. Pflegedienste und Hausärzt:innen würden einen routinemäßigen Austausch pflegen und damit seien die Fallmanager:innen zunächst „*außen vor*“ (FM02). Immer dann, wenn die Fallmanager:innen schon als kollegiale Wundexpert:innen bekannt war, stieg die Chance auf einen konstruktiven Austausch mit dem versorgenden Pflegedienst oder den ärztlichen Kolleg:innen.

Wenn die Beteiligten rund um die Patient:innen sich nicht auf die Fallmanager:innen einlassen wollten und „*nicht richtig mitgearbeitet worden ist, dann habe ich auch keine Chance. Dann bin ich ausgenockt.*“

Sozialstation:

Sobald ein Pflegedienst in die Versorgung des Studienpatienten eingebunden war, versuchten die Fallmanager:innen sich mit den zuständigen Pflegekräften der Sozialstation zu verabreden: zum einen, um die Wunde ohne Verband wahrnehmen zu können, und zum anderen, gleichzeitig einen Eindruck über die Versorgungsqualität zu erhalten, und damit Pflegefehler durch den Pflegedienst ausschließen zu können. Pflegedienste registrierten meistens sofort die Kontrollfunktion gemeinsamer Termine.

„Die erste Hürde war die Terminabsprache und wenn eine Verabredung gelang, sei die Anwesenheit der Fallmanagerin entweder „schießegal“ (FM05) gewesen. Die haben ihren „Stiefel gemacht (...) Haken dran und dann gehe ich die Tür raus und nach mir die Sintflut“. In anderen Fällen habe der Pflegedienst sehr „unhöflich“ (FM02) reagiert und gemeint, sie könnten nicht dauernd auf die Fallmanagerin Rücksicht nehmen. Pflegedienste machten laut der Fallmanager:innen „ihre Arbeit“ und wurden dabei meistens als „unproblematisch“ von den Fallmanager:innen eingestuft. Nur wenige Pflegedienste verfügten über eine spezielle Wundexpertise. Es wurde festgestellt, dass Pflegedienste nicht nach Expertenstandard zur chronischen Wunde arbeiteten, keine adäquate Wundreinigung durchführten „Die machen im Prinzip den Wundverband ab, wischen einmal ein bisschen drüber, aber ganz sachte und machen wieder die Wundaufgabe drauf.“ (FM01a, Pos. 66), Kompressionen anlegten ohne nach dem Grund zu fragen "Wieso ein Kompressionsverband gemacht wird, wenn nirgends steht, es ist ein Mixtum, es ist ein Arteriosum oder venös und wir nirgends eine schriftliche Ansage haben, woher sie diese Information nehmen?“ (FM01a, Pos.74) oder unvollständige lückenhafte Dokumentation „Und ich habe jetzt gesehen, (...) Die Mappe ist am 24.10. das letzte Mal aktualisiert. Kann ja gar nicht sein. Geht ja gar nicht.“ (FM01a, Pos. 122-124).

Wenn ein falscher Umgang mit Hilfs- Heilmitteln, Hygienefehler oder unzureichende Dokumentationen festgestellt wurden, standen die Fallmanager:innen vor dem Problem, ob und wie die die Beobachtungen zurückgemeldet werden konnten, ohne die Kolleg:innen der ambulanten Dienste vor den Kopf zu stoßen. Ohne sanktionierende Möglichkeiten oder offiziellen Kontrollauftrag, bemühten sich die Fallmanager:innen möglichst defensiv aufzutreten und für das Patientenwohl zu argumentieren. Nur in den Fällen, in denen es gelang, den Pflegedienst nicht „*zu verschrecken*“, gab es die Chance Fachwissen zur Wunde an die ambulanten Pflegekräfte weiterzugeben. Schulungsangebote der Fallmanager:innen wurde von den Sozialstationen nur in Einzelfällen angenommen. Das lag auch an dem engen Zeitkorsett, in dem die Mitarbeiter:innen der Pflegedienste sich bewegen mussten.

Ein Patient habe das Fallmanagement abgelehnt und die Studienteilnahme abgebrochen, weil der Pflegedienst ihn vor die Wahl gestellt hatte: „*entweder die (Fallmanager:in) oder wir (Pflegedienst)*“. Der Studienpatient entschied sich für den Pflegedienst, um seine alltägliche Versorgung nicht zu gefährden.

Ärztliche Kolleg:innen:

Nur in Einzelfällen wurde von der intensiven Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt:innen und widerkehrenden Fallbesprechungen per Telefon oder E-Mail berichtet. Manche Ärzt:innen wurden in der Zusammenarbeit als „empfindlich“ (FM04) oder „desinteressiert“ erlebt. Es wurde hervor gehoben, dass allein die Ärzt:innen entscheiden, ob sie eine Beratung durch die Fallmanager:innen akzeptieren wollten, auch wenn sie wertvolle Tipps und Hinweise geben könnten. Sie haben sich den ärztlichen Vorgaben anzupassen. Das sei insgesamt „schon anstrengend“. Eine Fachärztin trat einer Fallmanagerin mit großer Skepsis entgegen, weil sie diese als Außenmitarbeiterin eines Home Care-Unternehmens kennengelernt hatte und vermutete, dass diese nur „Rezepte abziehen“ wolle. Nach anfänglichen Missverständnissen entwickelte sich eine konstruktive Zusammenarbeit, die sich auch bei weiteren Patient:innen bewährte.

Manchen Patient:innen blieb ein chirurgisches Débridement vorenthalten, weil die behandelnde Arztpraxis ein solches nicht selbst durchführen konnte und die Pflegedienste über keine Expertise verfügten. In anderen Fällen beobachteten Fallmanager:innen, dass Patient:innen zu häufig die Wunde „aufgefrischt“ bekämen, da im Rahmen eines Disease Management Programms, dafür Geld zu verdienen sei. Sie äußerten den Verdacht, dass die permanente Auffrischung eine Wundheilung verhindern könnte.

Fallmanager:innen vermittelten Studienpatient:innen an medizinische Fachberatung und Spezialprechstunden (z.B. Akne inversa). Einzelne Fallmanager:innen interpretierten Entscheidungsspielraum in ihre Rolle und nutzten die Möglichkeit, ihre Patient:innen zum Arztwechsel zu bewegen. Zum Beispiel trieb eine Fallmanager:in die Anbindung eines Patienten an ein Wundzentrum voran, nachdem der behandelnde Arzt nicht auf eine veränderte Differentialdiagnose zur Wunde reagierte. Sie hatte den behandelnden Diabetologen auf eine „seltsame Struktur“ der Wunde aufmerksam gemacht. Es folgte eine Überweisung in eine Hautklinik und die Diagnose „Warzen“. Als die Behandlung danach nicht vom Arzt verändert wurde, wechselte der Patient ohne weitere Absprachen den Behandler, um die passende Versorgung zu gewährleisten. Der Diabetologe habe das in diesem Fall „so hingenommen“. In einem anderen Fall wurde der Gefäßchirurg gewechselt, weil die Versorgung des Patienten von der Fallmanagerin (FM06) als unbefriedigend eingestuft wurde. Eine erfolgreiche Veränderung in der Beziehung zu den behandelnden Ärzt:innen sahen die Fallmanager:in dann gegeben, wenn auf die Vorschläge zur Therapieumstellung oder für eine diagnostische Maßnahme ohne „Kampf“ eingegangen wurde.

Wenn es eine unterschiedliche Einschätzung von Fallmanager:innen und Fachärzt:innen zu Therapieoptionen gab, war die Ausgangslage der Fallmanager:innen schwach, auch wenn sie gute Argumente für ihre Therapieempfehlung anbieten konnten.

Im Umgang mit Ärzt:innen entwickelten die Fallmanager:innen ein neues Rollenverständnis. Sie traten zunehmend partnerschaftlich auf. Ein hohes Fachwissen erleichterte ihnen dabei die Kommunikation mit den Mediziner:innen. Im Umgang mit den Patient:innen wurden immer wieder neue Bilder gesucht, um den Patient:innen ihre Grunderkrankung oder Wundzustände anschaulich erklären zu können. Mit Anzüglichkeiten oder „Frechheiten“ konnten die Fallmanager:innen nur schwer einen Umgang finden

Kurzer Dienstweg:

Gut geklappt habe die Zusammenarbeit immer dann, wenn die Fallmanager:innen schon persönlich bekannt waren. Dann ginge über den „kurzen Dienstweg“ sehr viel. Ein Krankenhaus und eine Rehaeinrichtung stellten den Fallmanager:innen eigene Räume zum Empfang von Studienpatient:innen zur Verfügung. Wundbezogene Fachfragen wurden auch über die Programmentwicklerin und Coachin des Fallmanagements in das Wundnetz RLP getragen und so konnte sie über bestehende Kontakte Antworten von Klinikärzt:innen und

Fachärzt:innen, Orthopädieschuhmachern oder Lymphtherapeut:innen abrufen und an die einzelnen Fallmanager:innen weiterleiten.

Home Care Unternehmen:

Home Care Mitarbeiter:innen verfügen häufig über eine große Wundexpertise. Für die Fallmanager:innen begannen Konflikte, wenn der Eindruck entstand, dass das Fachwissen dazu gebraucht wurde, um Verordnungen für die von ihnen vertriebenen Wundaufgaben für die Studienteilnehmer:innen zu erhalten, die eine hohe Provision versprochen. Es kam vor, dass Pflegedienste Wundmanager:innen von Home Care Unternehmen hinzuziehen, um Unterstützung bei der Verbandsmittelversorgung zu erhalten. Wenn dann für irgendwelche „überflüssigen“ Dinge Verordnungen veranlasst wurden, versuchten einzelne Fallmanager:innen „sich da durchzusetzen und zu behaupten“, um die Verordnung zu verhindern oder zu verändern. Das sei sehr anstrengend gewesen.

Eine Wundexpertin eines Home Care Unternehmens fühlte sich von der Fallmanagerin „kontrolliert“ und es entstand der Eindruck eines „Kompetenzgerangels“. Die Fallmanagerin identifizierte diese Wundexpertin des Home Care-Unternehmens als die Person im System, mit dem meisten Wundwissen und versuchte sie als diejenige aufzubauen, die sich auch nach Ablauf des Fallmanagements für die Belange der Patientin einsetzen sollte.

Intermezzo Fallmanagement:

Die Fallmanager:innen standen vor der Aufgabe, sich selbst für den Menschen mit Wunde und die Wundheilung zu engagieren und gleichzeitig die Begrenzung des eigenen Einsatzes auf ein Jahr nicht zu ignorieren. Eine strukturierte Beendigung des Fallmanagements wurde erst im Projektverlauf thematisiert. Die Beendigung einer intensiven Arbeitsbeziehung und die Anbindung der Studienpatient:innen an das bestehende System der Regelversorgung blieb eine Herausforderung für die Fallmanager:innen. Einige Fallmanager:innen halten bis heute Kontakt zu „ihren“ Patient:innen, weil sie sich als Ansprechpartner:innen für Probleme mit der Wunde sehen und keinen Ersatz für die direkte persönliche Beratung gesucht oder gefunden haben.

Nur eine Wundexpertin vermittelte von Anfang an, dass sie temporär im Einsatz sei und schien daher von Anfang an nach den Akteuren zu suchen, die über die Motivation und das Wissen verfügten, um sich nach der Zeit des Fallmanagements für den Patienten weitzuzusetzen. Sie formulierte damit ein Rollenverständnis, dass es wichtiger sein könnte, ein funktionierendes Netzwerk zu installieren, als selbst zum schnelleren Wundverschluss beizutragen. Sie versuchte beispielsweise die oben genannte Wundexpertin eines Home Care Unternehmens dahin zu führen, mehr Verantwortung zu übernehmen und die Interessen des Patienten bei ärztlichen Kolleg:innen durchzusetzen. Sie stieß damit Koordination von Leistungen an, ohne selbst in Kontakt mit einem Leistungserbringer zu gehen, sondern indem sie eine dritte Person darum bat, sich im Namen des Patienten für eine Terminvergabe einzusetzen.

Insgesamt stellte das eine hohe Anforderung an die Fallmanager:innen dar, sich selbst einen Überblick über die Versorgungssituation verschaffen und sich dann „reinzuhängen“, um selbst etwas zu bewirken oder von Anfang an das Ende des eigenen Einsatzes zu planen und das Versorgungs- und Unterstützungsnetz so zu aktivieren, dass der:die Studienpatient:in über Jahre weitergetragen werden kann.

Manche Fallmanager:innen wünschten sich einen möglichst kleinen Kreis an Entscheidern, denn es sei insgesamt günstig, wenn die Zahl der am Fall Beteiligten klein gehalten werde, denn „je mehr Leute etwas mitzureden haben, desto schwieriger ist es, dass man halt irgendwas koordiniert“.

Aufbau regionales Netzwerk Wunde

Einige Fallmanager:innen halten auch über die Projektlaufzeit hinaus die Leitung einer Sektion des Wundnetzes e.V. inne. Einige Fachärzt:innen haben probeweise an Wundnetztreffen teilgenommen, sind dann wieder ferngeblieben und in rein ärztliche Netzwerke zurückgekehrt. Andere Ärzt:innen finden die interdisziplinäre Zusammenarbeit interessant und profitieren von den direkten Kontakten für die eigene Patientenversorgung. Eine Klinikärztin gab genau an, wen sie auch in Zukunft anrufen müsse, damit es draußen nach der Entlassung „laufe“. Dabei handele es sich um eine Fallmanagerin, die zu einem Sanitätshaus gewechselt war.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

4.1 Quantitative Evaluation

Vorbemerkung: Es soll hier ausdrücklich nochmals darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der geringen Anzahl an Beobachtungen bei der Effektevaluation die Power der Tests bei 50% oder darunter liegt, so dass die Aussagekraft der Tests sehr gering ausfällt. Deswegen sind die folgenden Aussagen eher **explorativ** zu betrachten.

Wundheilungsrate: Die primäre Zielgröße stellt die Wundheilungsrate dar, d.h. der Anteil der Personen ohne Wunde in der jeweiligen Gruppe bei Follow Up 2 im Verhältnis zur Gesamtzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe. Es kann unabhängig von der Art der Wunde nicht gezeigt werden, dass durch das Fallmanagement die Wundheilungsrate nach 12 Monaten in der Interventionsgruppe höher liegt als in der Gruppe mit Regelversorgung.

Eine Stratifizierung nach den beiden Wundarten Ulcus cruris und diabetisches Fußsyndrom zeigt, dass bei Ulcus cruris die Chance, dass die Wunde aufgrund des Fallmanagements abheilt, bei einer Power von nur 40% signifikant höher liegt als bei Usual Care. Bei Ulcus cruris existiert somit ein Hinweis, dass aufgrund des Fallmanagements die Wundheilungsrate in der Interventionsgruppe höher liegen könnte als bei Usual Care.

Amputationsrate: In der Fallmanagementgruppe lag im Jahreszeitraum die Amputationsrate um 5,1%-Punkte unter derjenigen der Usual Care Gruppe. Der Effekt von 5,1%-Punkten ist aber nicht signifikant. Es kann somit nicht gezeigt werden, dass das Fallmanagement dazu führt, dass es zu weniger Amputationen im Jahreszeitraum im Vergleich zu Usual Care kommt.

Wundbezogene Krankenhausaufenthalte. Der Anteil der Personen mit mindestens einem wundbezogenen Krankenhausaufenthalt liegt bei der Interventionsgruppe um 15,9%-Punkte signifikant niedriger als bei Usual Care. Das bedeutet, in der Fallmanagementgruppe haben weniger Patienten mindestens einen wundbezogenen Krankenhausaufenthalt. Vergleicht man die Zahl der wundbezogenen Krankenhaustage und kontrolliert über die Amputationen, dann führt das Fallmanagement zu einer signifikant niedrigeren Anzahl an wundbezogenen Krankenhaustagen (einseitiger Test $p = 0,02505$). Hat die:der Patient:in eine Amputation, dann liegt sie:er signifikant länger im Krankenhaus. Würde es gelingen, die Anzahl an Amputationen über ein Fallmanagement zu reduzieren, dann könnte die Anzahl an Krankenhaustagen (eventuell) reduziert werden.

Krankenhaustage insgesamt: Vergleicht man die Krankenhaustage insgesamt zwischen den beiden Gruppen, dann ergibt sich keine Senkung der Krankenhaustage aufgrund des Fallmanagements. Entsprechendes gilt für die Patient:innen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt.

Lebensqualität: Die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde anhand des EQ-5D-5L bestimmt. Die Lebensqualität in der Interventionsgruppe verbesserte sich signifikant

durch das Fallmanagement über 6 Monate im Vergleich zu Usual Care. Die Lebensqualität verharrte dann aber in etwa auf dem vorhandenen Niveau, während sich in der Usual Care Gruppe in den folgenden 6 Monaten die Lebensqualität so verbesserte, dass nach einem Jahr kein signifikanter Unterschied mehr vorhanden war.

Indikationsspezifische Lebensqualität anhand des Wund-Qol 17: Der Wund-Qol misst die krankheitsspezifische Lebensqualität bei Patient:innen mit chronischen Wunden. Hier wurden nur jene Patient:innen mit einbezogen, die auch bei Follow Up 2 noch eine chronische Wunde hatten. Die Hypothese, dass das Fallmanagement zu einer höheren wundspezifischen Lebensqualität führt, konnte nicht bestätigt werden.

Die Auswertung des Wund-Qol nach den drei Subskalen „Körper“, „Psyche“ und „Alltagsleben“ ergibt in Gleichklang mit der Auswertung der Gesamtskala keinen Effekt des Fallmanagements hin zu einer höheren wundspezifischen Lebensqualität im Vergleich zur Regelversorgung.

4.2 Gesundheitsökonomische Evaluation (Kosten-Nutzen-Verhältnis)

4.2.1 Heilungsrate als Nutzen

Den primären Nutzen stellt die physische Output Größe „Heilungsrate“ dar. Für 50 Patient:innen lagen die Kosten vor, wobei nur für 44 Patient:innen entsprechende Angaben zur Heilungsrate bekannt sind. Da bei den Krankenhauskosten der Regelversorgung ein Extremwert mit 86.890 € vorliegt, werden die Berechnungen mit und ohne diesen Extremwert durchgeführt. Die Tabelle 54 und Tabelle 55 zeigen das Kosten-Heilungsrate-Verhältnis für die Behandlungskosten mit und ohne Interventionskosten an. In Tabelle 56 ist noch die Transferleistung Krankengeld mit einbezogen. Krankengeldzahlungen erhielten nur Patient:innen aus der Regelversorgung.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten ohne Interventionskosten in € / pro Kopf in €	Heilungsrate in %	Kosten-Heilungsrate-Verhältnis <i>Kosten pro Kopf</i> <i>Heilungsrate in % – Pkt</i>
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	105.144 / 5.841	33,3	175,4 $\frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	26	241.986 / 9.307	50,0	186,1 $\frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	105.144 / 5.841	33,3	175,4 $\frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	25	154.306 / 6.172	52,0	118,7 $\frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$

Tabelle 54: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis ohne Interventionskosten

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten einschließlich Interventionskosten in € / pro Kopf in €	Heilungsrate in %	Kosten-Heilungsraten-Verhältnis
				$\frac{\text{Kosten pro Kopf}}{\text{Heilungsrate in \%} - \text{Pkt}}$
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	$201,1 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	26	241.986 /9.307	50,0	$186,1 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	$201,1 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	25	154.306/ 6.172	52,0	$118,7 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$

Tabelle 55: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten einschließlich Interventionskosten und Krankengeld in €	Heilungsrate in %	Kosten-Heilungsraten-Verhältnis
				$\frac{\text{Kosten pro Kopf}}{\text{Heilungsrate in \%} - \text{Pkt}}$
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	$201,1 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	26	285.668 /10.987	50,0	$219,7 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	$201,1 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$
Usual Care	25	173.779 / 6.951	52,0	$133,7 \frac{\text{€}}{\% - \text{Pkt}}$

Tabelle 56: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld

Aus den Tabelle 54 bis Tabelle 56 ist ersichtlich, dass ohne den Extremwert in den Krankenhauskosten das Fallmanagement mehr an Durchschnittskosten pro Prozentpunkt an Heilungsrate verursacht als die Regelversorgung, d.h. Usual Care ist effizienter als das Fallmanagement.

Bezieht man den Extremwert mit ein, ist das Fallmanagement kosteneffizienter als die Regelversorgung, da das Fallmanagement weniger Durchschnittskosten pro Prozentpunkt Heilungsrate ausweist als die Regelversorgung.

In der Praxis bzw. aus ethischen Gründen ist es so, dass man eher ein zweistufiges Verfahren wählt. In der ersten Stufe muss ein neues Verfahren effektiver sein als die bisherige Versorgung. Liegt das nicht vor, dann werden die Kosten nicht weiter betrachtet. Ist das neue

Verfahren effektiver, erst dann werden in einer zweiten Stufe die Kosten mit betrachtet und eine Effizienzanalyse durchgeführt.⁴³

4.2.2 Lebensqualität als Nutzen

Für 30 Beobachtungen liegen Kosten und Angaben zur Lebensqualität (EQ-5D-5L) vor. Da hier ebenfalls der Extremwert bei den Krankenhauskosten in der Regelversorgung auftritt, wird die Berechnung des Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnisses mit und ohne Berücksichtigung des Extremwerts durchgeführt.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten ohne Interventionskosten in €	Summe Lebensqualität	Kosten pro LQ
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	63.523	6,80	9.342 $\frac{€}{LQ}$
Usual Care	19	194.752	13,76	14.153 $\frac{€}{LQ}$
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	63.523	6,80	9.342 $\frac{€}{LQ}$
Usual Care	18	107.072	12,97	8.255 $\frac{€}{LQ}$

Tabelle 57: Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnis ohne Interventionskosten

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten mit Interventionskosten in €	Summe Lebensqualität	Kosten pro LQ
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	10.966 $\frac{€}{LQ}$
Usual Care	19	194.752	13,76	14153 $\frac{€}{LQ}$
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	10.966 $\frac{€}{LQ}$
Usual Care	18	107.072	12,97	8.255 $\frac{€}{LQ}$

Tabelle 58: Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnis mit Interventionskosten

⁴³ Vgl. Schöffski u.a. (2012), S. 121, der auf das zweistufige Verfahren des IQWiG verweist. Ethische Probleme treten auf, wenn man in den Leistungskatalog eine neue Intervention aufnimmt, die einen geringeren Nutzen besitzt als die bisherige Regelversorgung. „In der Literatur wird argumentiert dass Maßnahmen mit entsprechender Charakterisierung abzulehnen sind, da sie keinen medizinischen Nutzen erbringen“ (Schulenburg (2012), S. 54.). Wenn jedoch durch die Beibehaltung der bisherigen Regelversorgung gegen über der neuen Intervention erhebliche zusätzliche Kosten auftreten im Vergleich zur neuen Intervention, dann ist zu überlegen, ob die dadurch eingesparten Ressourcen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens besser eingesetzt werden können und dadurch einen Zusatznutzen schaffen (vgl. Schöffski (2012), S. 54).

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten mit Interventionskosten und Krankengeld in €	Summe Lebensqualität	Kosten pro LQ
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	$10.966 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	19	236.957	13,76	$17.221 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	$10.966 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$
Usual Care	18	126.545	12,97	$9.757 \frac{\text{€}}{\text{LQ}}$

Tabelle 59: Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld

Die LQ im Fallmanagement fällt pro Kopf (0,618) geringer aus als bei Usual Care (0,72), so dass sich hier wieder die Frage stellt, ob es sinnvoll ist, weitere Betrachtungen anzustellen. Tabelle 57 bis Tabelle 59 verdeutlichen, dass ohne den Extremwert in den Krankenhauskosten der Regelversorgung das Fallmanagement mehr an Kosten pro Lebensqualitätseinheit verursacht als die Regelversorgung, d.h. Usual Care ist effizienter als das Fallmanagement. Bezieht man den Extremwert mit ein, dann ist das Fallmanagement kosteneffizienter als die Regelversorgung.

4.3 Qualitative Evaluation

Das Konzept des Versorgungsmanagements hat über die Projektlaufzeit mit der Umsetzung an Gestalt und Stimmigkeit gewonnen. Die Fallmanager:innen konnten aufgrund der geringen Patientenzahl nur in Einzelfällen einen Erfahrungslevel erreichen, der ihnen erlaubte den konzeptionellen Ansprüchen an Koordination und Edukation zu genügen.

Während der Umsetzung des Projekts lag eine Aufgabenbeschreibung (Module) vor, aber kein schriftliches Konzept mit detaillierten Zielvorgaben, erwarteten Resultaten oder Wirkmodell zum Fallmanagement. Der Aspekt der erfolgreichen Wundheilung und die Vermeidung von Rezidiven standen konzeptionell im Vordergrund, was sich auch im zeitlichen und inhaltlichen Aufbau der Module als Start-, Routine- und tertiärpräventives Modul widerspiegelte.

Die Fallmanager:innen äußerten sich zu folgenden verschiedenen Rollenwahrnehmung in der Ausübung ihrer Tätigkeit:

Rolle: Problemsucher:in

Fallmanagement steckt Problemfelder ab, die verhindern, dass ein:e Patient:in sich ausreichend um seine Wunde kümmern kann. Dabei handelt es sich häufig um finanzielle, soziale oder psychische Belastungen, aber auch Lücken in der Versorgung.

Rolle: Organisator:in

Die:der Fallmanager:in ergreift Initiative und übernimmt Organisationsarbeit. Sie:er kontaktiert soziale, pflegerische und medizinische Dienstleister und die GKV, um die Situation der Patient:innen zu entlasten und zu verbessern, wie z.B. Korrektur einer falschen Verordnung.

Diese Arbeit sei auch von bereits involvierten ambulanten Pflegediensten oder medizinischen Fachangestellte zu leisten, die diese bereits zum Teil unentgeltlich übernehmen, wenn ihnen ausreichend Zeitressourcen zur Verfügung gestellt würden.

Rolle: Ersatzspieler:in

Die:der Fallmanager:in sichtet die soziale Situation, psychische Verfassung und Versorgungssituation der Wunde, um Hindernisse und Probleme zu erkennen und aktiv das Umfeld aus Angehörigen oder Dienstleistern so aufzubauen oder zu stärken, dass sie:er sich entbehrlich machen und zurückziehen kann.

Rolle: Sondierung häusliche Umgebung

Der Einsatz von Fallmanager:innen erfolgt durch eine Facharztpraxis zur Sondierung von unübersichtlichen Versorgungssituationen bei dauerhafter Wundheilungsstagnation im häuslichen Umfeld eines Patienten oder einer Patientin.

Wenn die therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten von behandelnden Fachärzt:innen erschöpft sind, wird ein:e Fallmanager:in mit expliziter Wundexpertise eingesetzt, um sowohl den sozialen, als auch den wundspezifischen Versorgungskontext zu analysieren und Hinweise zur defizitären Versorgung an die Facharztpraxis zurückzumelden.

Rolle: Fachgerechte Versorgung

Fallmanagement mit Wundexpertise steht im Versorgungskontext zur Verfügung, wenn eine (fach-)ärztliche Betreuung nicht gewährleistet ist. Sie arbeiten selbstständig. Die Wundexpert:innen werden von Hausärzt:innen oder einer Krankenkasse beauftragt, die Beratung, Schulung und Anleitung der Wundversorgung zu übernehmen und Patient:innen und Angehörige im häuslichen Umfeld zu schulen.

Rolle: Fallbegleitung bei langwierigen Verläufen

Fallmanagement wird bei langwierigen Verläufen eingesetzt, um zur Teilhabe an der Gesellschaft, zur Gesundheitskompetenz, Selbstpflegefähigkeit und Gewohnheitsänderung beizutragen, wenn ein:e Patient:in nicht mehr dazu in der Lage ist, selbstständig eine Gewohnheitsänderung zu wollen und herbeizuführen.

Die pandemiebedingten Kontakteinschränkungen verhinderten die geplante direkte Beziehungsgestaltung zwischen Fallmanager:in und Patient:in. Auch wenn Alternativen gesucht und ausprobiert wurden, sind der unmittelbare Kontakt und Rückmeldemöglichkeit in Schulungssituationen nicht zu ersetzen. Koordinierende Aufgaben konnten wie geplant umgesetzt werden.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen verhindern eine eigenständige Inaugenscheinnahme der Wunde durch Fallmanager:innen zur Beurteilung des Wundzustandes. Eine Abstimmung mit anderen Dienstleistern (Pflegedienst, Arztpraxis, Home Care Unternehmen) erwies sich als unzumutbar.

Patient:innen mit chronischen Wunden wurden unabhängig von der ursächlichen Diagnose und abhängig vom Wundverschluss regelhaft 7 - 9 Monaten begleitet.

Fallmanager:innen traten mit Engagement und Initiative auf, entfalteten organisatorische Aktivitäten rund um den:die Patient:in. Sie waren dabei in der Versuchung, den Patient:innen Entscheidungen abzunehmen und mussten in die Rolle finden, die Perspektive der Patient:innen einzunehmen.

Die Aktivitäten des Fallmanagements sind komplex und zielorientiert auf die wundheilungsfördernden Faktoren und das Verhalten der Patient:innen. Die Aktivitäten werden von den Patient:innen und Angehörigen im Ergebnis als wertvoll anerkannt. Die Versorgungspartner:innen wertschätzen die fachliche Unterstützung durch die Fallmanager:innen als arbeitsentlastenden Beitrag zu einer besseren und zuverlässigen Versorgung der Patient:innen.

Die Nutzung von individuellen Zielformulierungen der Patient:innen und das Edukationskonzept sollten in späteren Fortbildungsgängen für Fallmanager:innen stärkere Beachtung finden.

Bewährt haben sich insbesondere die regionale Bekanntheit der Person der Fallmanager:innen im medizinisch-pflegerischen Umfeld und die Qualitätszirkel zur Reflexion der Tätigkeit und laufenden Fortbildung.

Aufgrund der geringen Fallzahl für die einzelne Fallmanager:in wurde nur unzureichend Routine entwickelt. Die Einschränkungen infolge der Covid-19-Pandemie haben dies zusätzlich verstärkt. Die notwendige elektronische Dokumentation der Fallmanager:innen erfordert ein technisch stabileres System mit intuitiver Anwendungsplattform und digitaler Vernetzung mit den Versorgungspartner:innen zum direkten elektronischen Informationsaustausch.

Zeitkorridor

Für Patient:innen, deren Heilung schnell verläuft ist die Begleitungsdauer zu lang, für Menschen mit massiven Selbstpflegedefizit ist das Zeitfenster der Begleitung einer Gewohnheitsänderung häufig zu kurz. Ohne eine Einschätzung, ob ein:e Patient:in in der Lage und Willens ist, eine Begleitung durch eine:n Fallmanager:in zu tolerieren, kann die Begleitung für die Fallmanager:innen und die Patient:innen frustrierend verlaufen.

Zeitpunkt

Für Patienten, die gerade einem fachärztlichen Setting überstellt wurden, sollten diagnostische Maßnahmen und eventuelle therapeutische Umstellungen abgewartet werden, bevor Fallmanagement dazu gerufen wird.

Patient:innen, die sich direkt oder nach kurzer Anlaufzeit offen für die Expertise der Fallmanagerin zeigten und Schulungsinhalte umsetzten, konnten insbesondere vom Edukationsangebot profitieren, um ihre Schmerzen zu beherrschen, die Wundsituation konsequenter zu verbessern und so ihren alltäglichen Möglichkeitsraum zu erweitern. Diese Patient:innen schienen nur darauf gewartet haben, dass jemand das Wissen und Prozeduren zu ihnen bringt. Sie wollten das Angebot annehmen, eigneten sich das Können an und gestatteten sich die Veränderung ihrer Gesamtsituation.

Nachhaltige Verhaltensänderungen waren nur punktuell zu erreichen.

4.4 Limitationen

Aufgrund der geringen Fallzahl sind die Ergebnisse der Tests auf Nutzenunterschiede zwischen den Behandlungsgruppen nicht aussagekräftig. Die meisten Ergebnisse sind nicht signifikant und die Power der Tests ist mit 50 % oder darunter viel zu gering. Von daher kann aus statistischer Sicht keine Aussage getroffen werden, ob das Fallmanagement effektiver ist als die Regelversorgung.

In der Regelversorgung liegt in den Krankenhauskosten ein Extremwert vor, der die Durchschnittskosten der Usual Care Gruppe stark beeinflusst. Weiterhin liegen nur bei der Regelversorgung Ausgaben für das Krankengeld vor. Mit und ohne Berücksichtigung des Extremwerts bei den stationären Kosten kommt man daher zu stark unterschiedlichen Kosten-Nutzen-Verhältnissen bei Usual Care.

Weiterhin ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse für die beiden Nutzenmaße Heilungsrate und Lebensqualität stark eingeschränkt, da die Anzahl der Beobachtungen stark variiert.

Konzept- und Entwicklungsphase waren vor Implementation des Programms nicht abgeschlossen und es wurden durch die pandemiebedingten Hygiene- und Schutzverordnungen weitere Anpassungsleistungen an diesen unvorhersehbaren

Umsetzungskontext von der mamedicon GmbH als Programmentwicklerin gefordert. Dadurch wurde eine Konsolidierung des Programms für alle beteiligten Akteure maßgeblich erschwert.

Die gesetzlich vorgeschriebenen Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der Auswirkungen der Covid-19 Pandemie veränderten sowohl den Alltag der Patienten also auch die Umsetzung des Fallmanagements und die Durchführung der Evaluationsstudie.

4.5 Empfehlungen

Aufgrund der geringen Stichprobe und der geringen Power der Test ist aus quantitativer Sicht kaum eine valide Empfehlung bezüglich der Effektivität des Fallmanagements möglich.

Ein Fallmanagement scheint tendenziell bei Ulcus cruris zu einer höheren Wundheilungsrate beizutragen. Beim diabetischen Fußsyndrom hingegen besitzt das Fallmanagement tendenziell eher keinen Einfluss auf die Wundheilungsrate.

Das Ergebnis legt die Empfehlung nahe, dass bei Ulcus cruris das Fallmanagement einen Effekt auf die Wundheilungsrate besitzt und somit effektiv ist. Hier ist aber weiterer Forschungsbedarf zu benennen, da die Stichprobe für ein aussagekräftiges valides Ergebnis viel zu klein ist.

Die quantitative und die gesundheitsökonomische Betrachtung lässt keine Empfehlung zu, da aufgrund der geringen Fallzahl, Ausreißer in den stationären Kosten das Ergebnis stark beeinflussen.

Die qualitative Analyse legt nahe, dass Fallmanager:innen mit einer hohen Fachexpertise im Bereich chronischer Wunden in der Lage sind, bei Menschen mit chronischen Wunden und Multimorbidität Brüche in der Versorgung oder Selbstpflege aufzudecken und kreative und spezielle Edukationsangebote zur Erweiterung von Möglichkeitsräumen im Alltag der Patient:innen anzubieten. Zur Begleitung einer Gewohnheitsänderung wäre dabei ein längerer Interventionszeitraum einzuplanen, um Beziehungsaufbau, Bedarfsermittlung und Stabilisierung zur Vorbereitung eines Edukationsangebotes zu ermöglichen.

Der häufig hohe Unterstützungsbedarf der Zielgruppe mit Multimorbidität auf personaler, institutioneller und sozialer Ebene erfordert eine umfangreiche Vorbereitung der Fallmanager:innen auf das Tätigkeitsfeld und eine Möglichkeit zur fachgerechten und zeitnahen Inaugenscheinnahme der Wunde.

So könnte das Fallmanagement entweder dauerhaft zur Kompensation von Versorgungslücken im bestehenden System der Regelversorgung beitragen oder übergangsweise die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Auftrag stärken, erforderliche Unterstützungsleistungen bei einem etablierten Akteur der Regelversorgung zu verankern.

Die Identifikation und Begrenzung auf Patient:innen mit einem hohen Unterstützungsbedarf oder auf Patient:innen mit einem vornehmlichen Wissensdefizit zum Thema chronische Wunde könnte zur Profilbildung eines Fallmanagements beitragen.

5. Literaturverzeichnis

Acock, A.C. (2023): A gentle Introduction to Stata. Revised sixth Ed. Kindle Ausgabe.

Augustin, M., Brocatti, L.K., Rustenbach, S.J. et al. (2014): Cost of illness of leg ulcers in the community. Int Wund J 11(3), S. 283-292.

Augustin, M., Storck, M., Lawall, H. (2016): Mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung chronischer Wunden. Gpk Nr. 2, S. 2.

Bartsch, S., Beywl, W., Niestroj, M. (2016): Der Programmbaum als Evaluationsinstrument. In: S. Giel, K. Klockgether, S. Mäder (Hrsg.): Evaluationspraxis. Professionalisierung - Ansätze - Methoden. 2. Aufl. Münster: WAXMANN, S. 89–112.

Bartsch, S., Stoppel, S. (2017): Abschlussbericht. Projektevaluation aufBruch. im Auftrag des Berliner Projektfonds Kulturelle Bildung/Kulturprojekte Berlin GmbH. Berlin.

Berg, K.M., Arnsten, J.H. (2006): Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 43 Suppl 1, S. S79-S87.

Beywl, W.; Niestroj, M. (2009): Das A-B-C der wirkungsorientierten Evaluation. Glossar - Deutsch. 2. vollst. bearb. u. erg. Aufl. Hrsg. v. Univation Inst. f. Evaluation GmbH. Köln.

Blome, C., Baade, K., Debus, E.S. et al. (2014). The "Wound-QoL": a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair Regen* 22(4), 504-14. doi: 10.1111/wrr.12193

Cameron, A. C., Trivedi, P. K. (2013): *Regression Analysis of Count Data*. 2nd Edition. Cambridge University Press.

Cohen, J. (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd. Ed. Lawrence Erlbaum: Hillsdale New Jersey. Kindle Edition.

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (Hrsg.) (2012): *Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz*. Stand: 12.06.2012 Version 1. Gießen.

Dissemond, J., Kröger, K. (2019): *Chronische Wunden. Diagnostik – Therapie – Versorgung*. Urban & Fischer: München, Jena.

Drummond, M.F. et al. (2015): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 4th Edition, Oxford University Press.

EuroQol Research Foundation, o. J. EQ-5D-5L Crosswalk Index Value Calculator. https://euroqol.org/wp-content/uploads/2018/02/EQ-5D-5L_Crosswalk_Index_Value_Calculator_v2.xls; letzter Zugriff: 24. 01. 2023

Fisz, M. (1976): *Wahrscheinlichkeitsrechnung und mathematische Statistik*. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin.

Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (PMV) (Hrsg.) (2015): *Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Modul 1: Falldefinitionen und administrative Prävalenzschätzungen*. www.info-wundversorgung.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03. letzter Zugriff: 24.01.2023.

Gläser, J., Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag (Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://d-nb.info/1002141753/04>.

Gottrup, F. (2004): A specialized Woundhealing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic Wounds. *Am J Surg* 187(5a), S. 38-43.

Hardin, J.W., Hilbe, J.M. (2018): *Generalized Linear Models and Extensions*. 4th Edition. STATA Press. Kindle Edition.

Harrell, F.E. (2015): *Regression Modeling Strategies*. 2nd Edition. Springer: Berlin.

Harrison, M.B., Graham, I.D., Lorimer, K. et al. (2005): Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *CMAJ* 172(11), S. 1447-1452.

Hedderich, J., Sachs, L. (2016): Angewandte Statistik. 15. Auflage. Springer Spektrum Verlag: Berlin, Heidelberg.

Herberger, K., Heyer, K., Protz, K. et al. (2017): Nationaler Konsensus zur Wunddokumentation: Teil 2: Routinedokumentation, Ausprägung der Variablengruppen. Hautarzt 68: 896–911. DOI 10.1007/s00105-017-4012-6

Herrmann-Lingen, C. (2003): Hospital Anxiety and Depression Scale“ – Deutsche Version (HADS-D), in: Hoyer, J. / Markgraf, J., Hrsg. (2003): Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren. Springer: Berlin u.a. Kindle Ausgabe.

Heyer, K. (2016): Versorgungsepidemiologie des Ulcus cruris in Deutschland. Erkrankungshäufigkeit, Versorgungsqualität und Prädiktoren der Wundheilung. Springer Medizin: Wiesbaden.

Heyer, K., Herberger, K., Protz, K. et al. (2016): Epidemiology of Chronic Wounds in Germany: Analysis of Statutory Health Insurance Data. Wound Repair Regen 24: 434-42.

Higgins, J. P. T, Savović, J., Page, M. J., Sterne, J. on behalf of the RoB2 Development Group (2019): Revised Chochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2). Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, Cates CJ, Cheng H-Y, Corbett MS, Eldridge SM, Hernán MA, Hopewell S, Hróbjartsson A, Junqueira DR, Jüni P, Kirkham JJ, Lasserson T, Li T, McAleenan A, Reeves BC, Shepperd S, Shrier I, Stewart LA, Tilling K, White IR, Whiting PF, Higgins JPT. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ 2019; 366: l4898

Insigna Health (Hrsg.) (2017): Patient Activation Measure. University of Oregon.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2022a): Allgemeine Methoden. Version 6.1 vom 24.01.2022. Köln.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2022b): Allgemeine Methoden. Entwurf für Version 7.0 vom 06.12.2022. Köln.

Kjaer, M.L., Sorensen, L.T., Karlsmark, T. et al. (2005): Evaluation of the quality of venous leg ulcer care given in a multidisciplinary specialist centre. J Wound Care 14(4): 145-150.

Ludwig, K., Schulenburg, J.M. Graf v. d., Greiner, W. (2018): German Value Set for the EQ-5D-5L. Pharmacoeconomics. doi: 10.1007/s40273-018-0615-8.

Margolis, D.J., Allen-Taylor, L., Hoffstad, O., Berlin, J.A. (2002): Diabetic neuropathic foot ulcers: the association of wound size, wound duration, and wound grade on healing. Diabetes Care 25(10):1835-1839.

Margolis, D.J., Berlin, J.A., Strom, B.L. (2001). A simple model based on wound size and duration predicted healing of venous leg ulcers at 24 weeks. Evidence-Based Medicine, 2001; 6:

Maurer, D. (2016): Epidemiologie der Wundheilungsstörung. In: Maurer, D.: Hyperbare Oxygenation bei Wundheilungsstörungen. Springer: Wiesbaden. S. 3-4.

Muller-Buhl, U., Leutgeb, R., Bungartz, J. et al. (2013): Expenditure of chronic venous leg ulcer management in German primary care: results from a population-based study. Int Wund J 10(1), S. 526.

Medical University Graz (o.J.): Randomizer. <https://www.randomizer.at> (letzter Zugriff: 20.01.2023)

Pabst, Guido (2009): Die Selbstpflegetheorie nach Dorothea Orem. 1. Auflage, digitale Originalausgabe. München: GRIN Verlag.

Patton, M. Q. (2011): Developmental evaluation. Applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York, NY, London: Guilford Press.

Akronym: VeMaWuRLP
Förderkennzeichen: 01NVF1748

Pocock, S.J.: Clinical trials: a practical approach. Chichester: John Wiley, 1983, S. 66–99

Purwins, S., Herberger, K., Debus, E.S. et al. (2010): Cost of illness of chronic leg ulcers in Germany. *Int Wund J* 7(2): 97-102.

Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung: Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (3), S. 192–201. DOI: 10.1007/s00391-006-0383-5.

Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Gesundheit). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-84726-9>.

Schleicher, E., Gerdes, C., Petersmann, A. et al. (2021): Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus: Update 2021. *Diabetologie und Stoffwechsel* 16 (Suppl 2): S110 – S118. DOI:10.1055/a-1193-3185

Schmidt, S. (2016): Nutzen einer wirkungsorientierten Zielsystematik. Bindeglied zwischen Evaluation und Programmsteuerung. In: S. Giel, K. Klockgether, S. Mäder (Hg.): *Evaluationspraxis. Professionalisierung - Ansätze - Methoden*. 2. Aufl. Münster: WAXMANN, S. 159–176

Schöffski, O. (2012): Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen, in: Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Hrsg.: *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 4. Auflage, Springer: Berlin u.a., S. 43 – 70.

Schöffski, O. et al. (2012): Das Schwellenwertkonzept: Theorie sowie Umsetzung beim IQWiG und anderen Institutionen, in: Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Hrsg.: *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 4. Auflage, Springer: Berlin u.a., S. 111 – 154.

Sonntag, K., Reibnitz, C. v. (2017): „Leibesinselschwund“: Fallstricke in der Behandlung vermeiden. Beratung bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. In: *Pflegezeitschrift* 70 (8), S. 30–33.

Stockmann, R., Meyer, W. (2014): *Evaluation. Eine Einführung*. 2., überarb. und aktualisierte Aufl. Opladen, Stuttgart: Budrich; UTB (utb-studi-e-book, 8337).

Taylor, R., Taylor, A., Smyth, J. (2002): Using an artificial neural network to predict healing times and risk factors for venous leg ulcers. *J Wound Care* 11: 101-105.

Topp, J., Augustin, M., Von Usstar, K. et al. (2019): Measuring Patient Needs and Benefits in Dermatology using the Patient Benefit Index 2.0: A Validation Study. *Acta Dermatovenerologica* 99, 211-217.

van Hout, B., Janssen, M.F., Feng, Y-S., et al. (2012): Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-5L-3L value sets. *Value Health* 15(5), 708-15. doi: 10.1016/j.jval.2012.02.008

Verma, J.P., Verma. P. (2020): *Determining Sample Size and Power in Research Studies*. Springer Nature: Singapore.

Weber, E. (1980): *Grundriss der biologischen Statistik*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York.

Wydler, H. (Hg.) (2000): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*.
<http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-1414-3>. Letzter Zugriff: 24.01.2023

6. Anhang

Anhang 1: Übergeordnete Fragestellung qualitative Evaluation

Anhang 2: Powerberechnungen Beginn und Anpassung Fallzahlreduktion

Anhang 3: Spezifikation Abrechnungsdaten

Anhang 4: Wirkungsmodell

Anhang 5: Statistische Auswertungen

5.0. Übersicht der statistischen Ergebnisse

5.1. Auswertung Mortalität

5.2. Auswertung Wundheilungsrate

5.3. Auswertung Amputationsrate

5.4. Auswertung Krankenhausaufenthalte

5.5. Auswertung Lebensqualität anhand des EQ-5D-5L

5.6. Auswertung Wund-QoL17

5.7. Auswertung HADS

5.8. Gesundheitsökonomische Auswertung

Anhang 6: Bewertungslogiken

7. Anlagen

Anlage_1_Quantitative und gesundheitsökonomische Evaluation

1.1 Ärztliche Erhebungsbögen

1.2 Teilnehmerfragebögen

1.3 Teilnehmer-Wundblatt ab 2020

1.4 Teilnehmer-Telefonbögen kurz (bei Nichtantwort)

1.5 Hausarzt-Bogen Endpunktrecherche

1.6 SOP Studiendurchführung für die Einrichtungen

1.7 SOP visuelle Hilfe zum Ablaufprozess

1.8 Datenschutzkonzept HWG

1.9 Informationsbroschüre VeMaWuRLP für Teilnehmer:innen

Anlage_2_Qualitative Evaluation

2.1 Vorab_Information_Interview_Patienten

2.2 Einwilligung Interview_Patienten

2.3 Einwilligung_Interview_Datenverarbeitung_Experten

2.4 Anschreiben_Telefon_Interview_Patienten

2.5 Telefon_Einverständnis_Interview

2.6 FM_Vorab_Befragung_2018

2.7 Fokusgruppe Arbeitsblatt blanco

2.8 Vorlage_Postskript

Akronym: VeMaWuRLP

Förderkennzeichen: 01NVF1748

2.9 Leitfaden für Interviews mit Patienten_Z1

2.10 Leitfaden für Interviews mit Patienten_Z2

2.11 Leitfaden für Interviews mit Experten

2.12 Leitfaden für Interviews mit Fallmanager:innen

2.13 Dokumentenliste Qualitative Evaluation_Analyse

2.14 Codebuch Programm VeMaWuRLP

Anhang 1: Übergeordnete Fragestellung qualitative Evaluation

1.	Fragestellungen auf Ebene Konzept
1.1.	Kohärenz des Konzepts Fallmanagement: Inwiefern schaffen die Vorgaben (Edukationskonzept, Schulungen) eine kohärente Grundlage mit Blick auf ihre Umsetzung?
1.2.	Rollenverständnis der Umsetzungsakteure: Wie beschreiben die Akteure der Versorgung den Kompetenzbereich und das Einsatzfeld des Fallmanagements?
2.	Fragestellung zu relevanten Kontextfaktoren Welche Bedeutung haben die Kontextfaktoren auf Umsetzung und Wirkung des Versorgungsmanagements?
3.	Fragestellungen auf Ebene Prozess und Output
3.1.	Umsetzungen: Wie wird das Versorgungsmanagement umgesetzt?
3.2.	Beurteilung der Umsetzung: Wie sind die Aktivitäten des Fallmanagements zu beurteilen?
3.3.	Stärken und Optimierungsbedarf: Was bewährt sich bei der Umsetzung und wo zeigen sich Schwächen?
4.	Fragestellungen auf Ebene Outcome (Impact)
4.1.	Inwiefern wurde die interprofessionelle, intersektorale und patientenzentrierte Zusammenarbeit verbessert?
4.2.	Wirksamkeit Patient:innen: Inwieweit werden die Ziele einer Verbesserung der Versorgung für die Patienten durch das Fallmanagement erreicht?
4.3.	Inwieweit berichten die Betroffenen über eine Verbesserung ihres Alltags?
4.4.	Nicht intendierte Wirkungen: Welche unbeabsichtigten Wirkungen hat das Programm hervorgebracht? Inwiefern sind diese positiv oder negativ zu bewerten?
5.	Fragestellungen zur Synthese und Empfehlung
5.1.	Welche Zielgruppe profitiert in besonderem Maße von dem Fallmanagement?
5.2.	Welchen Stellenwert hat eine explizite Wundexpertise zur Erreichung der FM Ziele?
5.3.	Wie könnte das Fallmanagement die medizinischen Versorger entlasten/unterstützen?
5.4.	Wie könnte das Fallmanagement ins System eingebunden werden

Anhang 2: Powerberechnung, Anpassung Fallzahlreduktion auf 300 Teilnehmende

Senkt man die Fallzahl auf 300 (in jeder Gruppe 150) ab und geht davon aus, dass in der Kontrollgruppe 25 % der Wunden abheilen, dann muss die Heilungsrate in der Fallmanagementgruppe bei einem Signifikanzniveau von 5 % und einer Power von 80 % bei der gerichteten Hypothese (Forschungshypothese: Abheilungsrate in der Fallmanagementgruppe ist größer als in der Kontrollgruppe) bei mindestens 38,2 % liegen. Bei der ungerichteten Hypothese (Forschungshypothese: Es existiert ein Unterschied in der Abheilungsrate zwischen den beiden Gruppen) muss die Abheilungsrate in der Fallmanagementgruppe bei mindestens 40 % liegen.

Für die Überprüfung der sekundären Hypothesen werden zum Teil Mittelwertvergleiche herangezogen. Die obige Aussage soll daher an Mittelwertvergleichen erläutert werden, wobei davon ausgegangen wird, dass die Zahl der Beobachtungen in jeder Gruppe gleich ist und die Standardabweichungen in den Populationen ebenfalls identisch sind. Die Power wird auf 0,8 festgelegt. Für die Lebensqualität (Annahme: kardinal skaliert) oder die Kosten können Mittelwertunterschiede über den Zweistichproben t-Test für unabhängige Stichproben überprüft werden.

Unterschieds-, Zusammenhangs- und Veränderungshypothesen können sowohl als ungerichtete bzw. zweiseitige Hypothese („non-directional hypothesis“, „twosided hypothesis“) als auch – das ist in der Forschungspraxis der übliche Fall – als gerichtete bzw. einseitige Hypothese („directional hypothesis“, „one-sided hypothesis“) formuliert werden.

Überprüft werden soll die Forschungshypothese, dass der Mittelwert der Fallmanagement-Gruppe μ_T größer ist als der Mittelwert μ_K der Kontrollgruppe (einseitiger Test):

Forschungshypothese $H_1: \mu_T > \mu_K$

Misst man den Effekt anhand der Effektgröße Cohen's d, welche die Differenz zwischen zwei Mittelwerten zur Standardabweichung des Merkmals in den Populationen ins Verhältnis setzt, dann zeigt sich, dass bei 1000 Beobachtungen ein d von 0,157 bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% signifikant ist. Dies verdeutlicht Abb. 1, die für den Effekt $d = 0,157$ die Irrtumswahrscheinlichkeit α in Abhängigkeit vom Stichprobenumfang n ($n = n_1 + n_2$) zeigt. Reduziert man die Zahl der Beobachtungen auf 300, dann steigt die Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% auf 30% an (siehe Abb. 1). Eine Signifikanz von 5% bei 300 Beobachtungen erfordert einen Effekt von $d = 0,288$, d.h. einen Effekt, der um das 1,8-fache höher ausfällt als bei 1000 Beobachtungen. Dies zeigt Abb. 2, die für den Effekt 0,288 die Irrtumswahrscheinlichkeit α in Abhängigkeit vom Stichprobenumfang n zeigt.

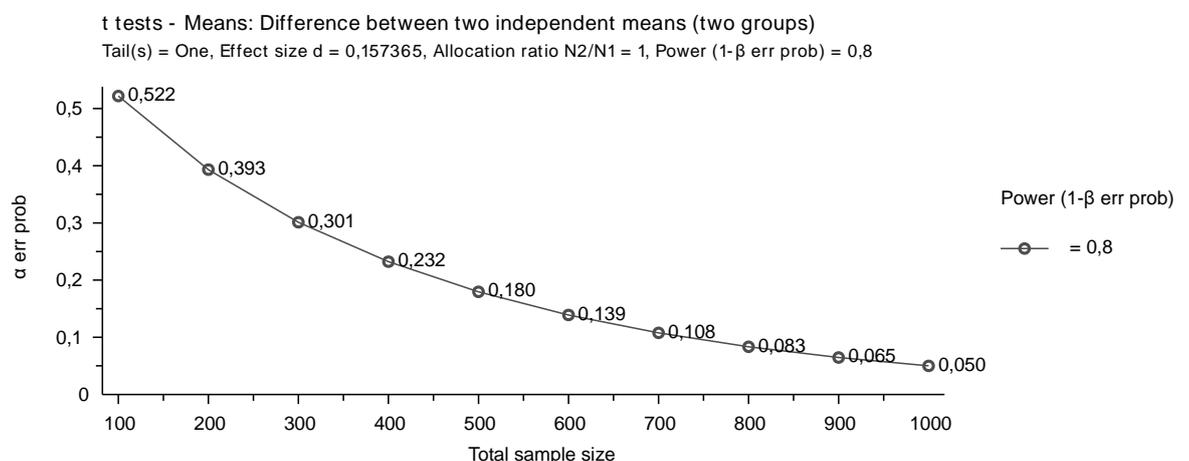


Abbildung 1: Die Abhängigkeit des Signifikanzniveaus vom Stichprobenumfang für $d = 0,157365$ und einer Power von 80% (gerichtete Hypothese)

Quelle: Eigene Berechnungen mit G*Power 3.1.

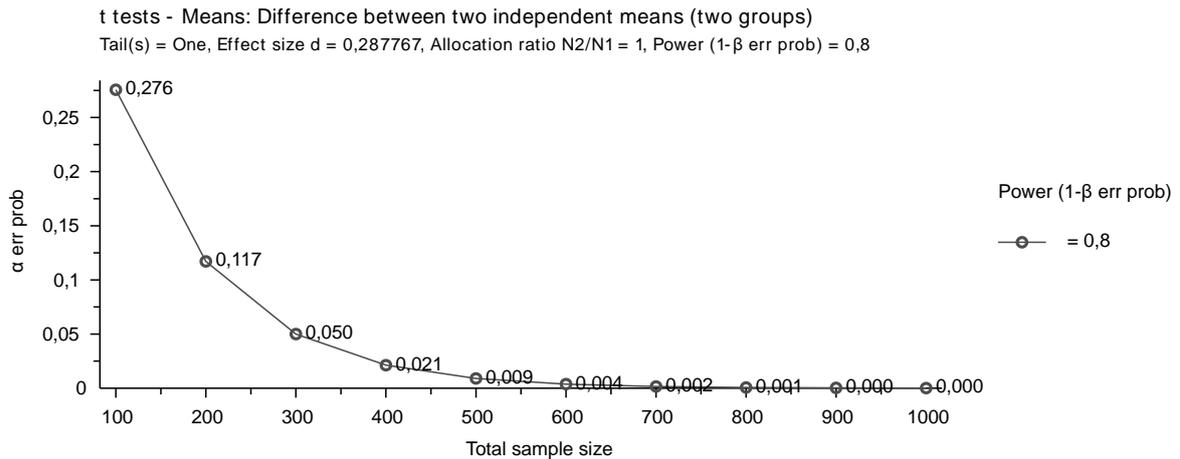


Abbildung 2: Die Abhängigkeit des Signifikanzniveaus vom Stichprobenumfang für $d = 0,287767$ und einer Power von 80% (gerichtete Hypothese)
 Quelle: Eigene Berechnungen mit G*Power 3.1.5

Da für Patientinnen und Patienten mit Behandlungsvertrag nach BGB keine Kostendaten von den Krankenkassen vorliegen, wird die Gesamtzahl der Beobachtungen für die Kosten unter 300 liegen. Ausgehend von der Annahme, dass für ein Drittel der Patientinnen und Patienten Kostendaten vorliegen, d.h. für 100 Beobachtungen, dann kann ein signifikanter Effekt (Signifikanzniveau 5%) für Cohen's d von 0,5 nachgewiesen werden. Dies verdeutlicht Abb. 3, die für den Effekt von 0,5 die Irrtumswahrscheinlichkeit α in Abhängigkeit des Stichprobenumfangs n zeigt.

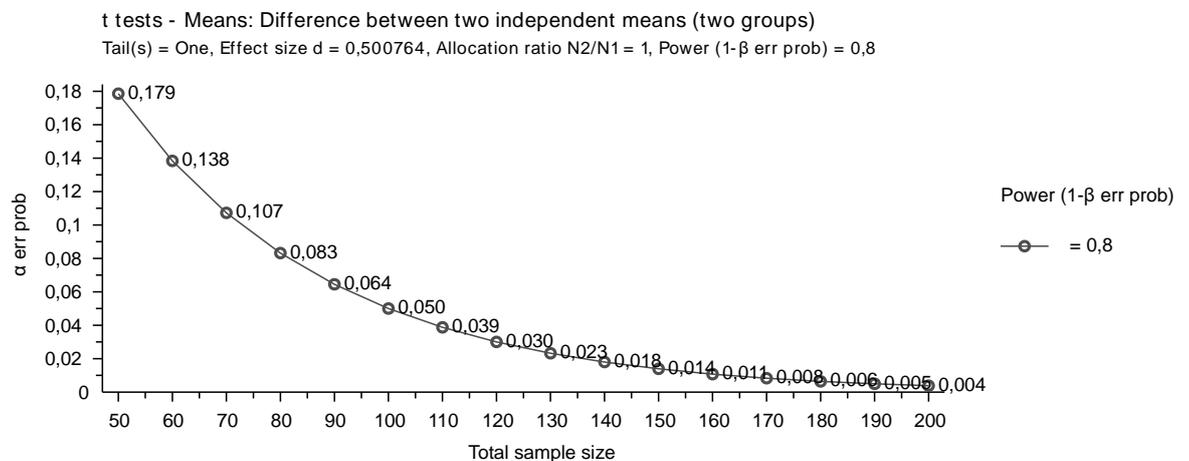


Abbildung 3: Die Abhängigkeit des Signifikanzniveaus vom Stichprobenumfang für $d = 0,500764$ und einer Power von 80% (gerichtete Hypothese).
 Quelle: Eigene Berechnungen mit G*Power 3.1.5

Um die Größe des Effekts abzuschätzen hat Cohen (Cohen (1988), Kapitel 2.2.3) folgende Werte d-Werte benannt:

Kleiner / geringer Effekt	d = 0,2	r = 0,10
Mittlerer Effekt	d = 0,5	r = 0,24

Tabelle 1: Einteilung von Cohen's d
 Quelle: Cohen (1988), Kapitel 2.2.2 und 2.2.3 sowie eigene Berechnungen.

Der Effekt d kann unter den Annahmen gleicher Stichprobenumfänge in beiden Gruppen und gleiche Standardabweichung in den Korrelationskoeffizienten r nach Bravais-Pearson umgerechnet werden. Die Werte sind entsprechend in Tabelle 1 ausgewiesen.

Die folgende Tabelle 2 zeigt die Stichprobenumfänge ($n = n_1 + n_2$) für den einseitigen t-Test für zwei unabhängige Stichproben, wobei der Stichprobenumfang in beiden Gruppen gleich ist ($n_1 = n_2$).

Teststärke ($1 - \beta$)	d		
	0,2	0,5	0,8
0,7	472	78	32
0,8	620	102	42
0,9	858	140	56
0,95	1084	176	70

*Tabelle 2: Stichprobenumfänge für t-Test (gerichtete Hypothese) für unabhängige Stichproben bei gleichen Gruppengrößen
Quelle: Eigene Berechnungen mit G*Power 3.1.*

Um einen großen Effekt nach Cohen bei gerichteter Hypothese nachzuweisen, benötigt man bei einer Teststärke von 80 % „nur“ 42 Beobachtungen, d.h. pro Gruppe 21 Beobachtungen. Ein mittlerer Effekt benötigt 102 Beobachtungen und ein kleiner Effekt 620 Beobachtungen (vgl. Tabelle 2).

Eine entsprechende Betrachtung wie für die oben beschriebene gerichtete Forschungshypothese kann auch für die nicht gerichtete Forschungshypothese angestellt werden.

Forschungshypothese $H_1: \mu_T \neq \mu_K$

Bei 1000 Beobachtungen ergibt sich bei der nicht gerichteten Hypothese bei einem Signifikanzniveau von 5 % und einer Power von 80 % ein Cohen's d von 0,177. Reduziert man die Zahl der Beobachtungen auf 300 bei einem Signifikanzniveau von 5 % und einer Power von 80 % erhält man ein Cohen's d von 0,325.

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Stichprobenumfänge ($n = n_1 + n_2$) für den zweiseitigen t-Test für zwei unabhängige Stichproben, wobei der Stichprobenumfang in beiden Gruppen gleich ist ($n_1 = n_2$).

Teststärke ($1 - \beta$)	D		
	0,2	0,5	0,8
0,7	618	102	42
0,8	788	128	52
0,9	1052	172	68
0,95	1302	210	84

*Tabelle 3: Stichprobenumfänge für t-Test (nicht gerichtete Hypothese) für unabhängige Stichproben bei gleichen Gruppengrößen
Quelle: Eigene Berechnungen mit G*Power 3.1.*

Um einen großen Effekt nach Cohen bei nicht gerichteter Hypothese nachzuweisen, benötigt man bei einer Teststärke von 80 % „nur“ 52 Beobachtungen, d.h. pro Gruppe 26 Beobachtungen. Für einen mittleren Effekt werden 128 Beobachtungen und für einen kleinen Effekt 788 Beobachtungen benötigt (vgl. Tabelle 3).

Anhang 3: Spezifikation Abrechnungsdaten

1.1 Variablenliste

VeMaWuRLP

Stand 04.11.2020

Variablenliste Routinedaten

Datenkategorie	Variable Beschreibung	Datentyp wie vorhanden	Spezifikation zur Auswertung
Stammdaten	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Geschlecht	alphanumerisch A1	M= männlich W= weiblich S= Sonstige
	Geburtsjahr	Numerisch N4	JJJJ
	Versichertenstatus	Alphanumerisch A1	M, F, R
	Austrittsdatum	Datum SDATE w	JJJJ.MM.TT
Vertragsärztliche Versorgung	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Abrechnungsfall ID	alphanumerisch	
	Fachgruppencode des Arztes	Alphanumerisch A2	2-stellig
	Datum der Leistungserbringung	Datum SDATE w	JJJJ.MM.TT
	EBM-Leistungsziffer / Gebührenordnungsnummer (GOP)	alphanumerisch A5	Als Selektionskriterien: 02300, 02310, 02311, 02312, 02313, 02314, 07340, 10330, 10340, 10341, 13300, 18340, 30500, 32151, 32726, 32727, 30950, 30952, 33072, 33075, 33076, 34232, 34233, 34283, 34285, 34294, 34295, 34350, 34351, 34450, 34451, 34489, 30110, 30111, 31101, 31102,

1

VeMaWuRLP

Stand 04.11.2020

			31103, 31104, 31105, 36101, 36102, 36103, 36104, 36105, 40351, 40350, 31201, 31202, 31203, 31204, 31205, 36201, 36202, 36203, 36204, 36205, 31401, 36401, 31131, 31132, 31133, 31134, 31135, 31136, 31137, 36131, 36132, 36133, 36134, 36135, 36136, 36137
	Anzahl EBM-Position	alphanumerisch	
	Kosten der Leistung / Fallkosten	Numerisch	EURO
	Kosten der Leistung	Numerisch	Euro
	ICD-10 Diagnosen	alphanumerisch	Als Selektionskriterien: E10.5, E10.6, E10.74, E10.75, E11.5, E11.6, E11.74, E11.75, I70.23, I70.25, I73, I73.9, I83.0, I83.2, I87.01, I87.21, I89.0, L89.1, L89.2, L89.3, L97, L98.4, R02, A46, M72.6, M86
	Diagnosesicherheit	alphanumerisch A1	A, G, V, Z
Stationäre Krankenhausversorgung	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Krankenhaus Fall-Nr.	alphanumerisch	
	Aufnahmedatum	Datum SDATE w	JJJJ.MM.TT
	Entlassungsdatum	Datum SDATE w	JJJJ.MM.TT
	Aufnahmegrund	alphanumerisch	4-stellig

2

Datenkategorie	Variable Beschreibung	Datentyp wie vorhanden	Spezifikation zur Auswertung
	ICD-Hauptentlassdiagnose	alphanumerisch	ICD-10GM
	DRG Gesamtkosten / Fall	numerisch	EURO
	OPS-Codes	alphanumerisch	Als Selektionskriterien (inkl. Subcodes): 1-490.5, 1-490.6, 1-490.7, 1-502.5, 1-502.6, 1-502.7, 1-503.7, 1-503.8, 3-035, 3-05e, 3-228, 3-208, 3-262, 3-227, 3-205, 3-300.2 3-300-3, 3-607, 3-613, 3-614, 3-705, 3-708, 3-806, 3-826, 3-808, 3-828, 5-380.7, 5-380.8, 5-380.9, 5-380.a, 5-381.7 5-381.8, 5-382.7, 5-382.8, 5-382.9, 5-382.a, 5-383.7, 5-383.8, 5-383.9, 5-383.a, 5-389.7, 5-383.8, 5-383.9, 5-383.a, 5-393.7, 5-393.6, 5-393.8, 5-395.7 5-395.8, 5-395.9, 5-395.a, 5-396.7, 5-396.8, 5-397.7, 5-397.8, 5-397.9, 5-397.a, 5-864, 5-865, 5-866.4, 5-866.5, 5-867, 5-894, 5-895, 5-896, 5-899, 5-900, 5-901, 5-902, 5-903, 5-904, 5-905, 5-906, 5-907, 5-916, 5-913, 5-915, 8-190, 8-191, 8-192, 8-179, 8-836.0, 8-989, 8-987, 8-84
	Operations-Datum	Datum	JJJJ.MM.TT

Arzneimittelversorgung	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Verordnungsdatum	Datum SDATE w	JJJJ.MM.TT
	Fachgruppencode des Arztes	alphanumerisch	2-stellig
	Rezept-ID	alphanumerisch	
	PZN "moderne Wundauflagen"	numerisch	Selektionskriterium Moderne Wundauflagen 8-stellig
	Brutto-Kosten "moderne Wundauflagen"	numerisch	EURO
	PZN Verbandmittel		Selektionskriterium: ABDA-Daten Warengruppe BA01:Verbandstoffe
	Brutto-Kosten Verbandmittel	numerisch	EURO
	PZN Arzneimittel	alphanumerisch A5	Selektionskriterien ATC-Codes: D03, D06, D07, D08, D09, B05, J01, V20 V07AG Ausgabe/Lieferung als PZN
	Brutto-Kosten Arzneimittel	numerisch	EURO
Häusliche Krankenpflege	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Abrechnungscode	alphanumerisch	
	Behandlungsdatum	Datum SDATE w	JJJJ.MM.TT

Datenkategorie	Variable Beschreibung	Datentyp wie vorhanden	Spezifikation zur Auswertung
Häusliche Krankenpflege	Verordnungsdatum	Datum SDATE w	JJJJ.MM.TT
	Positionsnummer	alphanumerisch	Als Selektionskriterien (6-stellig) 032243, 032411, 032412, 032413, 032414, 032535, 032536, 032537, 032538, 032539, 032366, 032427, 032587, 032588, 032322, 032421, 032422, 032423, 032424, 032530, 032531, 032532, 032533, 032534, 032584, 032585
	Faktor	numerisch	8-stellig
	Brutto-Kosten HK	numerisch	EURO
Heil- und Hilfsmittel	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Verordnungsdatum	Datum	JJJ.MM.TT
	Heilmittelpositionsnummer	alphanumerisch	Selektionskriterien: 20204, 20205, 20201, 78003, 78006
	Hilfsmittelpositionsnummer	alphanumerisch	Selektionskriterien PG 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus PG 20 Lagerungshilfen PG 17 Hilfsmittel Kompressionsbehandlung PG 23 Orthesen und Schienen PG 24 Beinprothesen PG 31 Schuhe PG 02 Adaptionshilfen

5

	Brutto-Kosten Heil- und Hilfsmittel	numerisch	EURO
Arbeitsunfähigkeit	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Datum Beginn	Datum	JJJJ.MM.TT
	Datum Ende	Datum	JJJJ.MM.TT
Krankengeld-Zahlung	Versicherten-ID	alphanumerisch	
	Zahltag	numerisch	4.
	Kosten KG	numerisch	EURO

6

1.2 Stationäre Versorgung

			Ereignisse
Kategorie	Spezifikation	Codes	
Diagnostik (ohne Bild)	1. periphere Gefäße 2. Haut 3. untere Extremitäten	1-490.5, 1-490.6, 1-490.7, 1-502.5, 1-502.6, 1-502.7, 1-503.7, 1-503.8	keine
Bildgebende Diagnostik		3-035, 3-05e, 3-228, 3-208, 3-262, 3-227, 3-205, 3-300.2 3-300-3, 3-607, 3-613, 3-614, 3-705, 3-708, 3-806, 3-826, 3-808, 3-828	ja
Operative Massnahmen	Gefäßchirurgisch (z.B. Shunt, Stent)	5-380.7, 5-380.8, 5-380.9, 5-380.a, 5-381.7 5-381.8, 5-382.7, 5-382.8, 5-382.9, 5-382.a, 5-383.7, 5-383.8, 5-383.9, 5-383.a, 5-383.8, 5-383.9, 5-383.a, 5-389.7, 5-393.7, 5-393.6, 5-393.8, 5-395.7 5-395.8, 5-395.9, 5-395.a, 5-396.7, 5-396.8, 5-397.7, 5-397.8, 5-397.9, 5-397.a	keine
	Amputation Bein-/Fußregion	5-864, 5-865, 5-866.4, 5-866.5, 5-867	ja
	Wundexzision	5-894, 5-895, 5-896, 5-899	ja
	Wiederherstellung Hautoberfläche	5-900, 5-901, 5-902, 5-903, 5-904, 5-905, 5-906, 5-907, 5-916, 5-913, 5-915,	ja

Therapeutische Maßnahmen	1. Hautintervention <ul style="list-style-type: none"> • Sogbehandlung • Verbände • Reinigen/Entfernen von Fibrin/Gewebe/VAC 	8-190, 8-191, 8-192, 8-179	ja
	2. Gefäßintervention	8-836.0, 8-84 (c, s)	
	3. Infektionen: <ul style="list-style-type: none"> • Komplexbeh. MRE • Chirurg. Behandlung Sepsis 	8-987, 8-989	keine

1.3 Ambulante Fachärztliche Versorgung

			auftretende Ereignisse
Kategorie	Spezifikation	Codes	
Wundkomplexe	1 Komplexbehandlung 2 DFS Behandlung 3 Kompressionsbehandlung 4 Saugsystem VAC	02310, 02312, 07340, 10330 18340 02311 02313 36204, 36205,	ja
Weitere Interventionen	5 Gefäßsystem 6 Knochen	31201, 31202, 31203, 31204, 31205, 36201, 36202, 36203, 31401, 36401, 02314 31131, 31132, 31133, 31134, 31135, 31136, 31137, 36131, 36132, 36133, 36134, 36135, 36136, 36137	keine
Fachpauschale, Zuschlag	F1 Angiologie F2 Phlebolog Basiskomplex	13300, 30500 4090x	ja

Chirurgie	C1 Kleinchirurg. Wundbehandlg	02300, 10340,10341, 10342	keine
	C2 Dermatochirurgisch	31101, 31102, 31103, 31104, 31105, 36101, 36102, 36103, 36104, 36105,	ja
Diagnostik	D1 Bakteriologisch D2 Duplex/bildgebend/CT/MRT D3 Allergie (incl. Pauschale)	32151, 32726, 32727, 30950, 30952 33072, 33075, 33076, 34232, 34233, 34283, 34285, 34294, 34295, 34350, 34351, 34450, 34451, 34489, 30110, 30111, 40351, 40350,	ja

1.4 Hilfs- und Heilmittel

Hilfsmittel		
Kategorie	Spezifikation	Code mit allen Subkategorien
	PG 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus PG 20 Lagerungshilfen PG 17 Hilfsmittel zur Kompressionsbehandlung PG 23 Orthesen und Schienen PG 24 Beinprothesen PG 31 Schuhe PG 02 Adaptionshilfen	11.x 20.x 17.x 23.x 24.x 31.x 2.x
Heilmittel		
Kategorie	Spezifikation	Codes
Physiotherapie	MLD Groß und Teilbehandlung Kompressionsbandagierung	20204, 20205, 20201,
Podolog. Komplexbeh.		78003, 78006

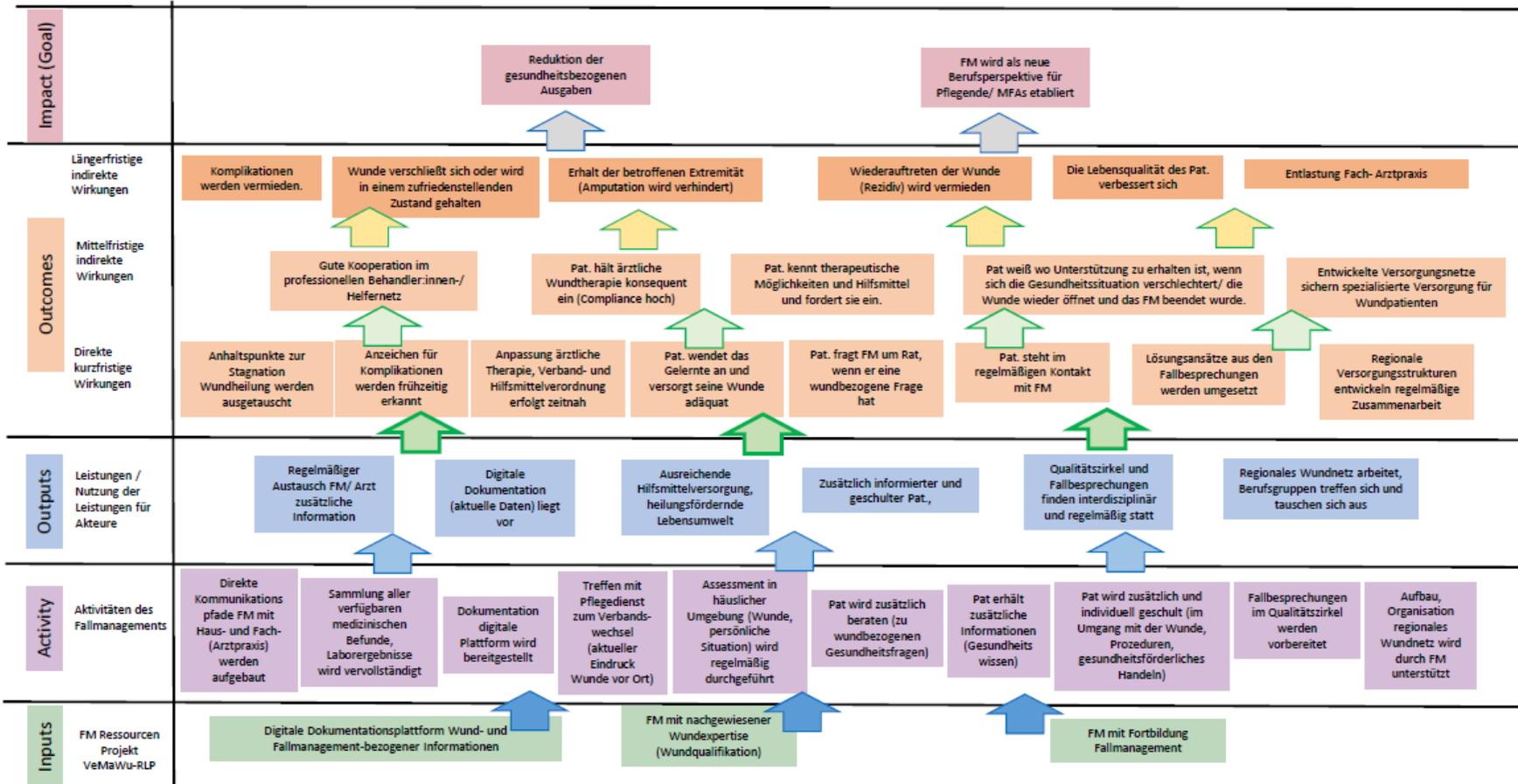
Medikamente		
Kategorie	Spezifikation	ATC
		D03 D06, D07, D08, D09, B05, J01, V20 V07AG

1.5 Häusliche Krankenpflege

Kategorie	Spezifikation	Codes
	Kompressionsverband	032366, 032427, 032587, 032588, 032322, 032421, 032422, 032423, 032424, 032530, 032531, 032532, 032533, 032534, 032584, 032585
	Dekubitusbehandlung	032243, 032411, 032412, 032413, 032414, 032535, 032536, 032537, 032538, 032539

Anhang 4: Wirkungsmodell

Projekt VeMaWu Wirkungsmodell Fallmanagement Chronische Wunde Projektstart 2018 Patients journey und interprofessionelle Zusammenarbeit



Anhang 5: Statistische Auswertungen

Anhang 5.0 Übersicht der statistischen Ergebnisse für den primären und die sekundären Endpunkte

Wundheilung, mittlere Anzahl der Wunden und Amputationsrate			
	Art des Tests	Wert der Teststatistik	p-Wert ¹⁾
Primärer Endpunkt: Wundheilungsrate (Anteil Personen ohne Wunde)			
Wundheilungsrate Follow-up 1 N(UC)=66; N(FM)=62	Test der Anteilsdifferenz H1: Anteil(UC) < Anteil(FM)	z = -0,3220	0,3737
Wundheilungsrate Follow-up 2 N(UC)=66; N(FM)=62	Test der Anteilsdifferenz H1: Anteil(UC) < Anteil(FM)	z = -0,0222	0,4912
Sekundärer Endpunkt: Keine Wunde (ja/nein)			
Ulcus cruris Follow-up 2	Binär-logistische Regression	OR = 6,999 95%-KI (1,71;28,68)	zweiseitig 0,007**
DFS Follow-up 2	Binär-logistische Regression	OR = 0,3972 95%-KI (0,167;0,945)	zweiseitig 0,080*
Sekundärer Endpunkt: Vergleich der mittleren Anzahl der Wunden			
Follow-up 1	Zwei-Stichproben-t-Test H1: MW(FM) < MW(UC) Einseitiger Test	t = -0,4677	0,3204
Follow-up 2	Zwei-Stichproben-t-Test H1: MW(FM) < MW(UC)	t = -0,8049	0,2112
Sekundärer Endpunkt: Amputationsrate			
Amputationsrate N(UC)=94; N(FM)=92	Test der Anteilsdifferenz H1: Anteil (UC) > Anteil (FM)	z = 1,1062	0,1343

1) p-Wert für einseitigen Test. Wenn der p-Wert für die zweiseitige Fragestellung ausgewiesen ist, ist dies extra vermerkt.

*Signifikant bei 10%

**Signifikant bei 5%

Anmerkungen: UC Usual Care (Kontrollgruppe); FM Fallmanagement (Interventionsgruppe); H1 Forschungshypothese (Alternativhypothese); MW Mittelwert; OR Odds-Ratio (Quotenverhältnis); 95%-KI 95%-Konfidenzintervall; DFS Diabetisches Fußsyndrom

Sekundärer Endpunkt Krankenhaustage			
	Art des Tests	Wert der Teststatistik	p-Wert ¹⁾
Krankenhaustage wundbezogen			
Anteil Personen mit Krankenhaustagen wundbezogen N(UC)=65; N(FM)=62	Test der Anteilsdifferenz H1: Anteil(UC) > Anteil(FM)	z = 1,9781	0,0240**
Krankenhaustage wundbezogen liegen vor ja/nein N = 127	Binär-logistische Regression	OR = 0,4532 90%KI (0,233; 0,884)	zweiseitig 0,051*
Zahl der Krankenhaustage wundbezogen (ohne Ausreißer) N = 123	NEGBIN2 Kontrolle über Amputation und Wunddeckung	z = -1,952 die wundbezogenen Krankenhaustage gehen im FM gegenüber UC signifikant um 72,2% zurück	0,02505** zweiseitig:0,051*
Krankenhaustage insgesamt			
Anteil Personen mit Krankenhaustagen insgesamt N(UC)=69; N(FM)=62	Test der Anteilsdifferenz H1: Anteil(UC) > Anteil(FM)	z = 1,0069	0,1570
Krankenhaustage Insgesamt liegen vor ja/nein N = 131	Binär-logistische Regression	OR = 0,7016 95%KI(0,351; 1,404)	zweiseitig 0,316
Zahl der Krankenhaustage insgesamt (ohne Ausreißer) N = 121	NEGBIN2 Kontrolle über Amputation Wunddeckung und Herzinsuffizienz	z = -1,63 die wundbezogenen Krankenhaustage gehen im FM gegenüber UC signifikant (10%) um 43,5% zurück	0,052* zweiseitig 0,103

1) p-Wert für einseitigen Test. Wenn der p-Wert für die zweiseitige Fragestellung ausgewiesen ist, ist dies extra vermerkt.

*Signifikant bei 10%

**Signifikant bei 5%

Anmerkungen: UC Usual Care (Kontrollgruppe); FM Fallmanagement (Interventionsgruppe); H1 Forschungshypothese (Alternativhypothese); OR Odds-Ratio (Quotenverhältnis); 95%-KI 95%-Konfidenzintervall

Lebensqualität			
Sekundärer Endpunkt: Lebensqualität EQ-5D-5L			
	Art des Tests	Wert der Teststatistik	p-Wert ¹⁾
Follow-up 1 N(FM)=45; N(UC)=50	Zwei-Stichproben-t-Test H1: MW(FM) > MW(UC) Einseitiger Test	t = 1,6664	0,0495**
Follow-up 2 N(FM)=45; N(UC)=50	Zwei-Stichproben-t-Test H1: MW(FM) > MW(UC) Einseitiger Test	t = 0,4702	0,3197
Sekundärer Endpunkt: Beeinträchtigung der Lebensqualität WundQol Gesamtskala			
Follow-up 1 N(UC)=38; N(FM)=34	Mann-Whitney-U-Test H1: Die Beeinträchtigung ist bei UC höher als beim FM	z = 0,756	exakt 0,2269 zweiseitig 0,4537
Follow-up 2 N(UC)=25; N(FM)=23	Mann-Whitney-U-Test H1: Die Beeinträchtigung ist bei UC höher als beim FM	z = 0,754	exakt 0,2289 zweiseitig 0,4577
Sekundärer Endpunkt: Beeinträchtigung der Lebensqualität WundQol Subskala Psyche			
Follow-up 1 N(UC)=38; N(FM)=34	Mann-Whitney-U-Test H1: Die Beeinträchtigung ist bei UC höher als beim FM	z = 0,170	exakt 0,4342 zweiseitig 0,8683
Follow-up 2 N(UC)=25; N(FM)=23	Mann-Whitney-U-Test H1: Die Beeinträchtigung ist bei UC höher als beim FM	z = 0,475	exakt 0,3206 zweiseitig 0,6411
Sekundärer Endpunkt: Beeinträchtigung der Lebensqualität WundQol Subskala Alltag			
Follow-up 1 N(UC)=38; N(FM)=34	Mann-Whitney-U-Test H1: Die Beeinträchtigung ist bei UC höher als beim FM	z = 0,949	exakt 0,1731 zweiseitig 0,3461
Follow-up 2 N(UC)=25; N(FM)=24	Mann-Whitney-U-Test H1: Die Beeinträchtigung ist bei UC höher als beim FM	z = 0,421	exakt 0,3401 zweiseitig 0,6802

1) p-Wert für einseitigen Test. Wenn der p-Wert für die zweiseitige Fragestellung ausgewiesen ist, ist dies extra vermerkt.

*Signifikant bei 10%

**Signifikant bei 5%

Anmerkungen: UC Usual Care (Kontrollgruppe); FM Fallmanagement (Interventionsgruppe); H1 Forschungshypothese (Alternativhypothese).

Sekundärer Endpunkt: Lebensqualität Angst und Depression			
HADS Gesamtskala			
	Art des Tests	Wert der Teststatistik	p-Wert ¹⁾
Follow-up 1 N(FM)=46; N(UC)=52	Zwei-Stichproben-t-Test H1:MW(FM) < MW(UC)	t = -1,2171	0,1133
Follow-up 2 N(FM)=46;N(UC)=2	Zwei-Stichproben-t-Test H1: MW(FM) < MW(UC)	t = -1,1768	0,1211
HADS Angst			
Follow-up 1 N(FM)=46; N(UC)=52	Zwei-Stichproben-t-Test H1:MW(FM) < MW(UC) Einseitiger Test	t = -1,5117	0,0669* ²⁾
Follow-up 2 N(FM)=46;N(UC)=52	Zwei-Stichproben-t-Test H1: MW(FM) < MW(UC)	t = -0,8710	0,1930
HADS Depression			
Follow-up 1 N(FM)=46; N(UC)=52	Zwei-Stichproben-t-Test H1:MW(FM) < MW(UC) Einseitiger Test	t = -0,7220	0,2360
Follow-up 2 N(FM)=46;N(UC)=52	Zwei-Stichproben-t-Test H1: MW(FM) < MW(UC) Einseitiger Test	t = -1,3053	0,0975* ²⁾

1) p-Wert für einseitigen Test. Wenn der p-Wert für die zweiseitige Fragestellung ausgewiesen ist, ist dies extra vermerkt.

2) Führt man einen nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test durch kommt man ebenfalls zu einer Signifikanz von 10%.

*Signifikant bei 10%

**Signifikant bei 5%

Anmerkungen: UC Usual Care (Kontrollgruppe); FM Fallmanagement (Interventionsgruppe); H1 Forschungshypothese (Alternativhypothese).

Anhang 5.1. Auswertung Mortalität

Two-sample test of proportions Fallmangemen: Number of obs = 73
Usual Care: Number of obs = 78

Group	Mean	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]
Fallmangemen	.109589	.0365609			.0379309 .1812472
Usual Care	.1282051	.0378541			.0540125 .2023977
diff	-.0186161	.0526273			-.1217637 .0845315
	under H0:	.0527673	-0.35	0.724	

diff = prop(Fallmangemen) - prop(Usual Care) z = -0.3528
H0: diff = 0

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(Z < z) = 0.3621 Pr(|Z| > |z|) = 0.7242 Pr(Z > z) = 0.6379

Tab. 1: Anteilstest für die Mortalitätsraten zwischen Fallmanagement und Usual care.
Quelle: Eigene Berechnungen

Anhang 5.2. Auswertung Wundheilungsrate

Two-sample test of proportions usual: Number of obs = 66
treatment: Number of obs = 62

Group	Mean	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]
usual	.4393939	.0610919			.3196559 .559132
treatment	.4677419	.0633678			.3435434 .5919405
diff	-.028348	.088021			-.200866 .14417
	under H0:	.0880421	-0.32	0.747	

diff = prop(usual) - prop(treatment) z = -0.3220
H0: diff = 0

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(Z < z) = 0.3737 Pr(|Z| > |z|) = 0.7475 Pr(Z > z) = 0.6263

Tab. 1: Anteilstest: Personen ohne Wunde bei Follow Up 1.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample test of proportions

usual: Number of obs = 66
 treatment: Number of obs = 62

Group	Mean	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
usual	.530303	.0614326			.4098973	.6507087
treatment	.5322581	.0633678			.4080595	.6564566
diff	-.001955	.0882578			-.1749372	.1710271
	under H0:	.0882587	-0.02	0.982		

diff = prop(usual) - prop(treatment) z = -0.0222
 H0: diff = 0

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(Z < z) = 0.4912 Pr(|Z| > |z|) = 0.9823 Pr(Z > z) = 0.5088

Tab. 2: Anteilstest: Personen ohne Wunde bei Follow Up 2.
 Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Logistic regression

Number of obs = 40
 Wald chi2(1) = 7.31
 Prob > chi2 = 0.0068
 Pseudo R2 = 0.1522

Log pseudolikelihood = -23.463989

Aanz_2rc	Odds ratio	Robust std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
group	6.999999	5.036617	2.70	0.007	1.708615	28.67819
_cons	.3333333	.1743255	-2.10	0.036	.119597	.9290456

Note: _cons estimates baseline odds.

Tab. 3: Logistische Regression für die Wundheilung bei Follow Up 2, Ulcus cruris.
 Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Logistic regression

Number of obs = 62
 Wald chi2(1) = 3.07
 Prob > chi2 = 0.0799
 Pseudo R2 = 0.0373

Log pseudolikelihood = -41.373802

Aanz_2rc	Odds ratio	Robust std. err.	z	P> z	[90% conf. interval]	
group	.3972222	.2093891	-1.75	0.080	.1669073	.9453479
_cons	1.538462	.5525707	1.20	0.230	.8521431	2.777543

Note: _cons estimates baseline odds.

Tab. 4: Logistische Regression für die Wundheilung bei Follow Up2, DFS.
 Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample t test with unequal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
Fallmana	62	.8548387	.1433282	1.128568	.5682362	1.141441
usual ca	66	.9545455	.1578288	1.282207	.6393395	1.269751
Combined	128	.90625	.106643	1.206528	.6952228	1.117277
diff		-.0997067	.2131969		-.5216341	.3222206

diff = mean(Fallmana) - mean(usual ca) t = -0.4677
H0: diff = 0 Satterthwaite's degrees of freedom = 125.48

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.3204 Pr(|T| > |t|) = 0.6408 Pr(T > t) = 0.6796

Tab. 5: Zwei-Stichproben-t-Test der mittleren Anzahl der Wunden bei Follow Up 1, ungleiche Varianzen.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
Fallmana	62	.7096774	.13087	1.030472	.4479866	.9713682
usual ca	66	.8787879	.1623188	1.318684	.5546149	1.202961
Combined	128	.796875	.1048524	1.186269	.5893911	1.004359
diff		-.1691105	.2100987		-.5848895	.2466686

diff = mean(Fallmana) - mean(usual ca) t = -0.8049
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 126

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.2112 Pr(|T| > |t|) = 0.4224 Pr(T > t) = 0.7888

Tab.6: Zwei-Stichproben-t-Test der mittleren Anzahl der Wunden bei Follow Up 2.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Anhang 5.3. Auswertung Amputationsrate

Two-sample test of proportions usual: Number of obs = 94
treatment: Number of obs = 92

Group	Mean	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]
usual	.1382979	.0356059			.0685115 .2080842
treatment	.0869565	.0293767			.0293793 .1445338
diff	.0513414	.0461603			-.0391312 .1418139
	under H0:	.0464128	1.11	0.269	

diff = prop(usual) - prop(treatment) z = 1.1062
H0: diff = 0

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(Z < z) = 0.8657 Pr(|Z| > |z|) = 0.2686 Pr(Z > z) = 0.1343

Tab. 1: Anteilstest: Personen ohne Amputation bei Follow Up 2.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Anhang 5.4. Auswertung Krankenhausaufenthalte

Two-sample test of proportions usual: Number of obs = 65
treatment: Number of obs = 62

Group	Mean	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]
usual	.3692308	.0598587			.2519098 .4865517
treatment	.2096774	.051699			.1083492 .3110056
diff	.1595533	.079094			.004532 .3145747
	under H0:	.0806618	1.98	0.048	

diff = prop(usual) - prop(treatment) z = 1.9781
H0: diff = 0

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(Z < z) = 0.9760 Pr(|Z| > |z|) = 0.0479 Pr(Z > z) = 0.0240

Tab. 1: Anteilstest für die wundbezogenen Krankenhausaufenthalte.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Logistic regression

Number of obs = 127

Wald chi2(1) = 3.80

Prob > chi2 = 0.0512

Pseudo R2 = 0.0258

Log pseudolikelihood = -74.644221

khwges	Robust		z	P> z	[90% conf. interval]	
	Odds ratio	std. err.				
group	.4532313	.1839275	-1.95	0.051	.2325019	.8835139
_cons	.5853659	.1510439	-2.08	0.038	.3829139	.8948571

Tab. 2: Binärlogistische Einfachregression für die wundbezogenen Krankenhausaufenthalt.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

	b	z	P> z	%	%StdX	SDofX
group	-1.2791	-1.952	0.051	-72.2	-47.4	0.502
Amputation	3.2714	6.323	0.000	2534.9	219.3	0.355
Deckung	1.5113	2.214	0.027	353.3	48.5	0.261
constant	0.6241	1.763	0.078	.	.	.

Tab. 3: NB2-Modell für die wundbezogenen Krankenhaustage mit prozentualer Veränderung in den erwarteten wundbezogenen Krankenhaustagen (robuste Standardfehler).

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Negative binomial regression

Number of obs = 123

LR chi2(3) = 29.57

Prob > chi2 = 0.0000

Pseudo R2 = 0.0705

Dispersion: mean

Log likelihood = -194.89451

khwges	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
group	-1.279068	.5365006	-2.38	0.017	-2.33059	-.2275457
Amputation	3.271444	.7060674	4.63	0.000	1.887577	4.655311
Deckung	1.5113	.9845685	1.53	0.125	-.4184188	3.441019
_cons	.6240607	.3987227	1.57	0.118	-.1574214	1.405543
/lnalpha	1.9951	.2304136			1.543497	2.446702
alpha	7.352935	1.694216			4.680932	11.55019

LR test of alpha=0: **chibar2(01) = 992.48**

Prob >= chibar2 = **0.000**

Tab. 4: NB2-Modell für die wundbezogenen Krankenhaustage

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

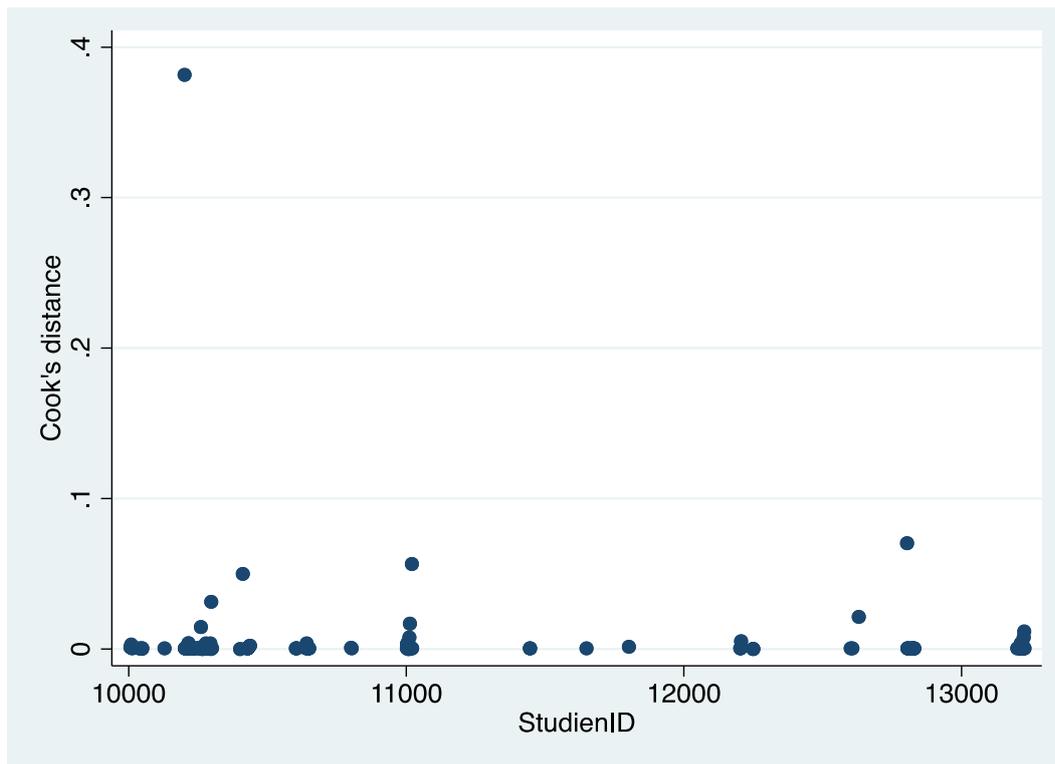


Abb. 1: Scatterplot der Cook-Distanzen und der Studien IDs für das Zählmodell wundbezogene Krankenhaustage zur Identifikation von Ausreißern.

Quelle: Berechnet und erstellt mit STATA 17.0.

Krankenhaustage insgesamt

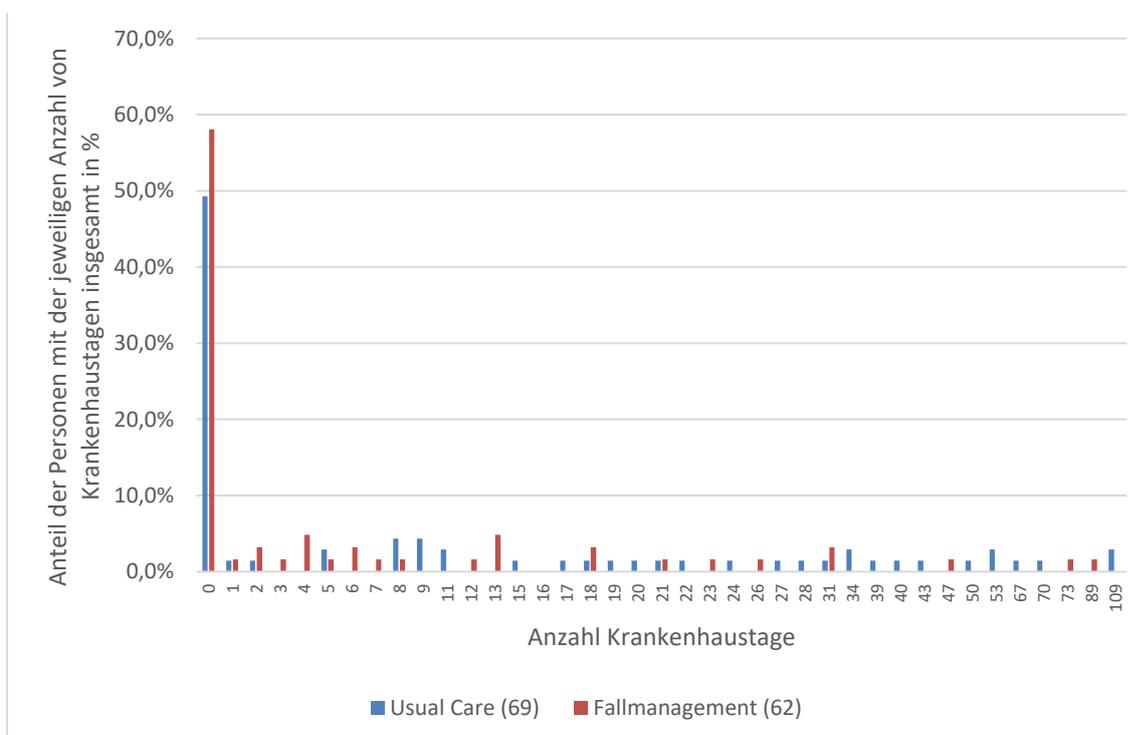


Abb. 2: Verteilung der Krankenhaustage insgesamt nach Behandlungsart.

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung.

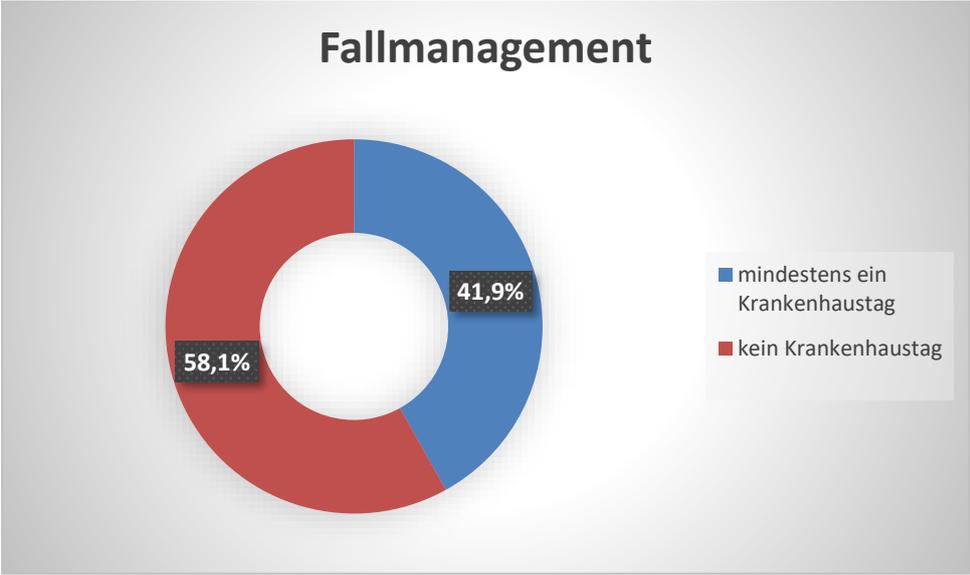


Abb. 3: Anteil der Patient:innen mit Krankenhaustagen insgesamt im Fallmanagement (n = 62).
Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung

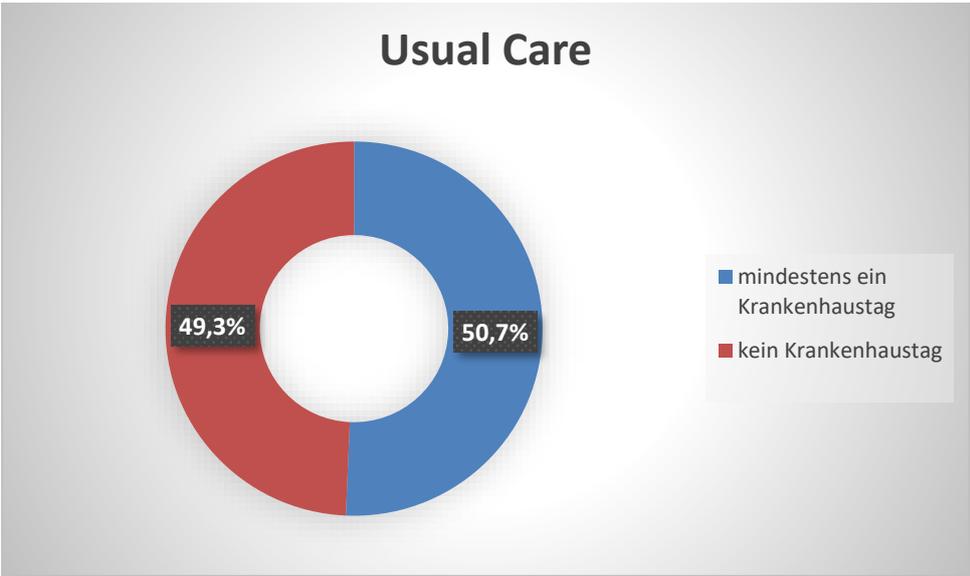


Abb.4: Anteil der Patient:innen mit Krankenhaustagen insgesamt Gruppe Usual Care (n = 69).
Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung.

Two-sample test of proportions usual: Number of obs = 69
treatment: Number of obs = 62

Group	Mean	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
usual	.5072464	.0601866			.3892828	.62521
treatment	.4193548	.0626687			.2965265	.5421832
diff	.0878915	.0868895			-.0824088	.2581919
	under H0:	.0872887	1.01	0.314		

diff = prop(usual) - prop(treatment) z = 1.0069
H0: diff = 0

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(Z < z) = 0.8430 Pr(|Z| > |z|) = 0.3140 Pr(Z > z) = 0.1570

Tab. 5: Anteilstest für die Krankenhaustage insgesamt.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Logistic regression Number of obs = 131
Wald chi2(1) = 1.00
Prob > chi2 = 0.3165
Pseudo R2 = 0.0056
Log pseudolikelihood = -89.985049

khges_rc	Odds ratio	Robust std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
group_rc	.7015873	.2482252	-1.00	0.316	.3506891	1.403593
_cons	1.029412	.2488308	0.12	0.905	.6409668	1.653266

Note: _cons estimates baseline odds.

Tab. 6: Binär logistische Einfachregression für die Krankenhaustage insgesamt.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Two-sample test of proportions usual: Number of obs = 65
treatment: Number of obs = 57

Group	Mean	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
usual	.4	.0607644			.280904	.519096
treatment	.1578947	.048298			.0632323	.2525572
diff	.2421053	.0776209			.089971	.3942395
	under H0:	.0820767	2.95	0.003		

diff = prop(usual) - prop(treatment) z = 2.9497
H0: diff = 0

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(Z < z) = 0.9984 Pr(|Z| > |z|) = 0.0032 Pr(Z > z) = 0.0016

Tab. 7: Anteilstest für das Vorliegen von Herzinsuffizienz (n = 122).
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Negative binomial regression

Number of obs = 121

Dispersion: mean

Wald chi2(4) = 46.31

Log pseudolikelihood = -310.5069

Prob > chi2 = 0.0000

Pseudo R2 = 0.0301

khges	Coefficient	Robust std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
group	-0.5704575	.3498684	-1.63	0.103	-1.256187	.1152719
Amputation	1.858514	.3149752	5.90	0.000	1.241174	2.475854
Deckung	1.041958	.3956905	2.63	0.008	.2664193	1.817497
Aco02_rc	.5443459	.3231519	1.68	0.092	-.0890202	1.177712
_cons	1.68621	.2878886	5.86	0.000	1.121959	2.250462
/lnalpha	1.602122	.1735219			1.262025	1.942218
alpha	4.963552	.8612851			3.532567	6.974205

Tab. 8: Ergebnis des Zählmodells für die Krankenhaustage insgesamt ohne Ausreißer (sid = 10234).
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

	b	z	P> z	%	%StdX	SDofX
group	-0.5705	-1.630	0.103	-43.5	-24.8	0.501
Amputation	1.8585	5.901	0.000	541.4	94.3	0.357
Deckung	1.0420	2.633	0.008	183.5	29.7	0.250
Aco02_rc	0.5443	1.684	0.092	72.3	28.1	0.455
constant	1.6862	5.857	0.000	.	.	.

Tab. 9: Ergebnis des Zählmodells für die Krankenhaustage insgesamt: Prozentuale Änderung in der erwarteten Anzahl an Krankenhaustagen (ohne Ausreißer sid = 10234).
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	25	649	612.5
treatment	23	527	563.5
Combined	48	1176	1176

Unadjusted variance **2347.92**

Adjustment for ties **-1.78**

Adjusted variance **2346.13**

H0: $wqI_2 \sim t(\text{group}==\text{usual}) = wqI_2 \sim t(\text{group}==\text{treatment})$

z = **0.754**

Prob > |z| = **0.4511**

Exact prob = **0.4577**

Tab. 3: Rangsummentest (U-Test) WundQol gesamt Follow Up 2.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample t test with unequal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
treatmen	90	1.077222	.0857775	.8137568	.9067842	1.24766
usual	89	1.382584	.1093587	1.031688	1.165257	1.599912
Combined	179	1.22905	.0701456	.9384841	1.090626	1.367474
diff		-.305362	.138986		-.5797573	-.0309668

diff = mean(treatmen) - mean(usual) t = **-2.1971**

H0: diff = 0 Satterthwaite's degrees of freedom = **167.065**

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0

Pr(T < t) = **0.0147** Pr(|T| > |t|) = **0.0294** Pr(T > t) = **0.9853**

Tab. 4: Zwei-Stichproben-t-Test WundQol Subskala Körper bei Einschluss.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
treatmen	89	1.976404	.1266971	1.195258	1.724621	2.228188
usual	90	2.117222	.1280146	1.214453	1.86286	2.371585
Combined	179	2.047207	.0899636	1.203631	1.869674	2.224739
diff		-.1408177	.1801269		-.4962905	.214655

diff = mean(treatmen) - mean(usual) t = **-0.7818**

H0: diff = 0 Degrees of freedom = **177**

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0

Pr(T < t) = **0.2177** Pr(|T| > |t|) = **0.4354** Pr(T > t) = **0.7823**

Tab. 5: Zwei-Stichproben-t-Test WundQol Subskala Psyche bei Einschluss.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	38	1402	1387
treatment	34	1226	1241
Combined	72	2628	2628

Unadjusted variance **7859.67**

Adjustment for ties **-45.24**

Adjusted variance **7814.43**

H0: $wqI_1 \sim (group == usual) = wqI_1 \sim (group == treatment)$

z = **0.170**

Prob > |z| = **0.8653**

Exact prob = **0.8683**

*Tab. 6: Rangsummentest (U-Test) WundQol Subskala Psyche Follow Up 1.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	25	635.5	612.5
treatment	23	540.5	563.5
Combined	48	1176	1176

Unadjusted variance **2347.92**

Adjustment for ties **-7.90**

Adjusted variance **2340.02**

H0: $wqI_2 \sim (group == usual) = wqI_2 \sim (group == treatment)$

z = **0.475**

Prob > |z| = **0.6345**

Exact prob = **0.6411**

*Tab. 7: Rangsummentest (U-Test) WundQol Subskala Psyche Follow Up 2.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	25	646	625
treatment	24	579	600
Combined	49	1225	1225

Unadjusted variance **2500.00**

Adjustment for ties **-10.20**

Adjusted variance **2489.80**

H0: $wqI_2 \sim g(\text{group} == \text{usual}) = wqI_2 \sim g(\text{group} == \text{treatment})$

z = **0.421**

Prob > |z| = **0.6739**

Exact prob = **0.6802**

Tab. 10: Rangsummentest (U-Test) WundQol Subskala Alltag Follow Up 2.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Anhang 5.7. Auswertung HADS

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
treatmen	46	11.40217	1.193948	8.09775	8.997439	13.80691
usual	52	11.84615	1.078861	7.779774	9.680251	14.01206
Combined	98	11.63776	.7972701	7.892571	10.05539	13.22012
diff		-.4439799	1.605197		-3.63027	2.74231

diff = mean(treatmen) - mean(usual)

t = **-0.2766**

H0: diff = 0

Degrees of freedom = **96**

Ha: diff < 0

Ha: diff != 0

Ha: diff > 0

Pr(T < t) = **0.3913**

Pr(|T| > |t|) = **0.7827**

Pr(T > t) = **0.6087**

Tab. 1: Ergebnis des Zwei-Stichproben-t-Test bei Einschluss für den HADS-G

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
treatmen	46	6.021739	.6266922	4.250433	4.759516	7.283962
usual	52	6.076923	.5720001	4.124751	4.928585	7.225261
Combined	98	6.05102	.4204864	4.162603	5.216471	6.88557
diff		-.0551839	.8469117		-1.73629	1.625922

diff = mean(treatmen) - mean(usual) t = -0.0652
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 96

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.4741 Pr(|T| > |t|) = 0.9482 Pr(T > t) = 0.5259

Tab. 7: Ergebnis des Zwei-Stichproben-t-Test bei Einschluss für den HADS-D
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
treatmen	46	6.217391	.6377141	4.325187	4.932969	7.501813
usual	52	6.884615	.6612325	4.768216	5.557136	8.212095
Combined	98	6.571429	.460086	4.55462	5.658285	7.484572
diff		-.6672241	.9241852		-2.501717	1.167269

diff = mean(treatmen) - mean(usual) t = -0.7220
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 96

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.2360 Pr(|T| > |t|) = 0.4721 Pr(T > t) = 0.7640

Tab. 8: Ergebnis des Zwei-Stichproben-t-Test bei Follow Up 1 für den HADS-D
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]	
treatmen	46	5.728261	.6066672	4.114617	4.50637	6.950151
usual	52	6.830128	.5850902	4.219145	5.655511	8.004746
Combined	98	6.312925	.4228071	4.185577	5.47377	7.15208
diff		-1.101867	.8441466		-2.777485	.5737503

diff = mean(treatmen) - mean(usual) t = -1.3053
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 96

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.0975 Pr(|T| > |t|) = 0.1949 Pr(T > t) = 0.9025

Tab. 9: Ergebnis des Zwei-Stichproben-t-Test bei Follow Up 2 für den HADS-D
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2641	2574
treatment	46	2210	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**
Adjustment for ties **-49.45**

Adjusted variance **19684.55**

H0: rHADS_0(group==usual) = rHADS_0(group==treatment)

z = **0.478**

Prob > |z| = **0.6330**

Exact prob = **0.6357**

P{rHADS_0(group==usual) > rHADS_0(group==treatment)} = **0.528**

Tab. 10: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Einschluss für den HADS-G
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2735.5	2574
treatment	46	2115.5	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**
Adjustment for ties **-49.07**

Adjusted variance **19684.93**

H0: rHADS_1(group==usual) = rHADS_1(group==treatment)

z = **1.151**

Prob > |z| = **0.2497**

Exact prob = **0.2517**

P{rHADS_1(group==usual) > rHADS_1(group==treatment)} = **0.568**

Tab. 11: Ergebnis des Zwei-Stichproben-t-Test bei Follow Up 1 für den HADS-G
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2767	2574
treatment	46	2084	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**

Adjustment for ties **-53.72**

Adjusted variance **19680.28**

H0: rHADS_2(group==usual) = rHADS_2(group==treatment)

z = **1.376**

Prob > |z| = **0.1689**

Exact prob = **0.1702**

P{rHADS_2(group==usual) > rHADS_2(group==treatment)} = **0.581**

*Tab. 12: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Follow Up 2 für den HADS-G
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2647.5	2574
treatment	46	2203.5	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**

Adjustment for ties **-126.07**

Adjusted variance **19607.93**

H0: rhadsA(group==usual) = rhadsA(group==treatment)

z = **0.525**

Prob > |z| = **0.5997**

Exact prob = **0.6024**

P{rhadsA(group==usual) > rhadsA(group==treatment)} = **0.531**

*Tab. 13: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Einschluss für den HADS-A
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2771	2574
treatment	46	2080	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**

Adjustment for ties **-155.63**

Adjusted variance **19578.37**

H0: rhadsA_1(group==usual) = rhadsA_1(group==treatment)

z = **1.408**

Prob > |z| = **0.1592**

Exact prob = **0.1603**

P{rhadsA_1(group==usual) > rhadsA_1(group==treatment)} = **0.582**

*Tab. 14: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Follow Up 1 für den HADS-A
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2756	2574
treatment	46	2095	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**

Adjustment for ties **-141.92**

Adjusted variance **19592.08**

H0: rhadsA_2(group==usual) = rhadsA_2(group==treatment)

z = **1.300**

Prob > |z| = **0.1935**

Exact prob = **0.1950**

P{rhadsA_2(group==usual) > rhadsA_2(group==treatment)} = **0.576**

*Tab. 15: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Follow Up 2 für den HADS-A
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2593	2574
treatment	46	2258	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**

Adjustment for ties **-196.65**

Adjusted variance **19537.35**

H0: rhadsD(group==usual) = rhadsD(group==treatment)

z = **0.136**

Prob > |z| = **0.8919**

Exact prob = **0.8938**

P{rhadsD(group==usual) > rhadsD(group==treatment)} = **0.508**

*Tab. 16: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Einschluss für den HADS-D
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2654	2574
treatment	46	2197	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**

Adjustment for ties **-121.16**

Adjusted variance **19612.84**

H0: rhadsD_1(group==usual) = rhadsD_1(group==treatment)

z = **0.571**

Prob > |z| = **0.5678**

Exact prob = **0.5707**

P{rhadsD_1(group==usual) > rhadsD_1(group==treatment)} = **0.533**

*Tab. 17: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Follow Up 1 für den HADS-D
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.*

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	52	2779	2574
treatment	46	2072	2277
Combined	98	4851	4851

Unadjusted variance **19734.00**

Adjustment for ties **-120.15**

Adjusted variance **19613.85**

H0: rhadsD_2(group==usual) = rhadsD_2(group==treatment)

z = **1.464**

Prob > |z| = **0.1433**

Exact prob = **0.1443**

P{rhadsD_2(group==usual) > rhadsD_2(group==treatment)} = **0.586**

*Tab. 18: Ergebnis des Zwei-Stichproben-U-Test bei Follow Up 2 für den HADS-D
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.*

Effect size based on mean comparison

Obs per group:
usual = 52
treatment = 46

Effect size	Estimate	[95% conf. interval]	
Cohen's <i>d</i>	.2463506	-.1525256	.6439547
Hedges's <i>g</i>	.2444201	-.1513304	.6389085

*Tab. 19: Cohen's d für den HADS-G Follow Up 1.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0*

Effect size based on mean comparison

Obs per group:
usual = 52
treatment = 46

Effect size	Estimate	[95% conf. interval]	
Cohen's <i>d</i>	.238195	-.1605614	.6357209
Hedges's <i>g</i>	.2363285	-.1593032	.6307392

*Tab. 20: Cohen's d für den HADS-G Follow Up 2.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0*

Effect size based on mean comparison

Obs per group:
 usual = 52
 treatment = 46

Effect size	Estimate	[95% conf. interval]	
Cohen's <i>d</i>	.3059913	-.0938603	.704269
Hedges's <i>g</i>	.3035934	-.0931248	.6987501

Tab. 21: Cohen's *d* für den HADS-A Follow Up 1.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Effect size based on mean comparison

Obs per group:
 usual = 52
 treatment = 46

Effect size	Estimate	[95% conf. interval]	
Cohen's <i>d</i>	.1763029	-.2216516	.5733438
Hedges's <i>g</i>	.1749213	-.2199147	.5688509

Tab. 22: Cohen's *d* für den HADS-A Follow Up 2.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Effect size based on mean comparison

Obs per group:
 usual = 52
 treatment = 46

Effect size	Estimate	[95% conf. interval]	
Cohen's <i>d</i>	.1461319	-.2515006	.5430063
Hedges's <i>g</i>	.1449868	-.2495298	.5387512

Tab. 23: Cohen's *d* für den HADS-D Follow Up 1.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Effect size based on mean comparison

Obs per group:
 usual = 52
 treatment = 46

Effect size	Estimate	[95% conf. interval]	
Cohen's <i>d</i>	.2642067	-.1349432	.6619939
Hedges's <i>g</i>	.2621363	-.1338857	.6568063

Tab. A 24: Cohen's *d* für den HADS-D Follow Up 2.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Anhang 5.8. Gesundheitsökonomische Auswertung

Gruppe	Wundart lt Randomisierung				Total
	dfs	Dekubitus	Ulcus cru	sonst.chr	
usual	14	1	9	2	26
treatment	5	1	10	2	18
Total	19	2	19	4	44

Pearson chi2(3) = **2.9591** Pr = **0.398**
 Fisher's exact = **0.337**

Tab. 1: Kontingenztabelle und Fisher's exakter Test für den Zusammenhang zwischen Behandlungsart und Wundart. Kosten und Wundheilung Follow Up 2.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0

Gruppe	ohne Wunde_2		Total
	nein	ja	
usual	13	13	26
treatment	12	6	18
Total	25	19	44

Pearson chi2(1) = **1.2042** Pr = **0.272**
 Fisher's exact = **0.359**
 1-sided Fisher's exact = **0.216**

Tab. 2: Kontingenztabelle und Fisher's exakter Test für den Zusammenhang zwischen Behandlungsart und Heilung.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Exact logistic regression

Number of obs =	44
Model score =	1.176842
Pr >= score =	0.3586

heilrate_2	Odds ratio	Suff.	2*Pr(Suff.)	[95% conf. interval]	
group	.5079967	6	0.4320	.1173679	2.027343

Tab. 3: Exakte Binär-logistische Regression für den Effekt der Behandlungsart auf die Heilungsrate.

Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA 17.0.

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

group	Obs	Rank sum	Expected
usual	19	318.5	294.5
treatment	11	146.5	170.5
Combined	30	465	465

Unadjusted variance **539.92**

Adjustment for ties **-0.96**

Adjusted variance **538.96**

H0: EQInde~2(group==usual) = EQInde~2(group==treatment)

z = **1.034**

Prob > |z| = **0.3012**

Exact prob = **0.3117**

*Tab.: 4 Rangsummentest für die Lebensqualität für die 31 Beobachtungen mit Kosten.
Quelle: Eigene Berechnungen mit STATA.*

Anhang 6: Bewertungslogiken

Bewertungslogik: Sicherung des professionellen Handelns der Fallmanager:innen

Abstimmung einer Bewertungslogik zwischen der HWG und der mamedicon GmbH

Bestimmung von Erfolgskriterien

Teilbereich: strukturierte Begleitung

Leitziel: Fallmanager:innen sind qualifiziert, Menschen mit chronischen Wunden strukturiert und kompetent zu begleiten.

FM-M.I: FM ist in erweiterten Aufgaben- und Kompetenzbereich Fallmanagement eingeführt und vorbereitet.

	Erfolgskriterien
I.01. Fallmanager:innen erarbeiten sich aktiv den Aufgabenbereich FM.	FM nehmen laufend an Fortbildungen teil.
	FM nehmen an Basisqualifikation FM teil.
	Das Curriculum Basisqualifikation FM chronische Wunde wurde überarbeitet und angepasst.
I.02. FM reflektieren ihr Arbeitsfeld und den Verantwortungsbereich als FM.	FM nimmt am Beratungsangebot teil.
	FM nimmt am Coaching teil.
	FM bereitet Fallbesprechungen vor.
	FM sucht sich kollegiale Beratung.
I.03. FM gestalten die Möglichkeiten/ Grenzen ihres Einflussbereichs.	Dokumentation Coaching liegt vor.
	FM können Situation (eigene Erfahrungen) beispielhaft benennen, in denen die Begleitung der TN erfolgreich/ nicht erfolgreich verlaufen ist.
I.04. FM unterstützen den/ die TN in herausfordernden Situationen.	Dokumentation herausfordernder Situationen
	FM erkennt und dokumentiert herausfordernde Situationen.
	FM schätzt TN als Lerntyp ein und geht gezielt darauf ein.
	FM nutzt Möglichkeiten zur Motivierung.
I.05. FM entwickeln Routine in der Begleitung von Menschen mit chronischen Wunden.	FM sucht kollegiale Beratung.
	FM übernimmt die Fallführung/ Fallbegleitung bei mehr als drei TN.

FM-M.II: Fallmanager:in strukturiert den Kontakt/ Arbeitsbeziehung zum TN systematisch während der gesamten Fallbearbeitung.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
II.01. Die Fallmanager:in erarbeiten tragfähige Beziehung zu TN und intensiviert stufenweise Kontaktangebot im Startmodul.	FM nimmt regelmäßig Telefonkontakt auf.
	FM absolviert regelmäßig Hausbesuche.
	FM kontaktiert Zu- und Angehörige aus dem Umfeld der TN.
	FM führt Kontakte wie geplant und verabredet durch.

	Verlauf der Kontakte sind dokumentiert.
II.02. FM erarbeiten gemeinsam mit dem TN ein Verständnis zum Auftrag des Fallmanagements und tragen aktiv zur Klärung ihrer Rolle bei.	FM klären die Rolle und den Auftrag am Anfang der Beziehung.
	FM bereiten TN auf die zeitliche Begrenzung der Zusammenarbeit vor.
	FM erklären das Vorgehen der Erhebungen in den Studieneinrichtungen (Eval HWG) und erläutern den Projektzusammenhang.
II.03. FM erarbeiten sich ein umfangreiches Bild von der Situation des TN und analysieren dieses.	FM setzt Assessments ein.
	FM verschafft sich zeitnah einen Überblick zu den Therapieformen des TN und den involvierten Dienstleistern.
	FM legt Sammlung verfügbarer Laborwerte, Arztbriefe, med. Unterlagen an.
	FM dokumentiert den Verlauf.
II.04. FM pflegen und erhalten die Beziehung zum TN im Routinemodul.	Kontakte finden wie geplant über 6 Monate Routinemodul statt.
	Verlauf der Kontakte sind dokumentiert.
II.05. FM gestalten die Arbeitsbeziehung zum TN während des Präventivmoduls.	Kontakte finden wie geplant im Präventivmodul statt.
	Verlauf der Kontakte sind dokumentiert.
II.06. FM beenden die Beziehung zum TN professionell und nachvollziehbar.	FM trifft konkrete Verabredung mit TN, wie die TN nach Ende des Fallmanagements bei Fragen, Unsicherheiten oder Normalversorgung in der Regelversorgung vorgehen können.
	Die Verabredung und Kontaktdaten werden schriftlich hinterlegt und dem TN zugänglich gemacht.
II.07. FM stellen sich moderierend in das Versorgungsumfeld und gestalten Anwaltschaft (advocacy) für den TN.	Formular zur Übertragung von Auskunftsrechten wurde besprochen und liegt mit Unterschrift des TN vor.
	FM übernimmt vorübergehend Organisation von Terminen zu Therapie und Diagnostik für TN.
	FM unterstützt bei der Organisation von Hilfsmitteln.
	FM sammelt im Namen des TN Befunde/ Dokumentationen von Behandlungspartner:innen pflegt die bei Jalomed ein.
	FM sortiert Befunde an einem Ort für den TN.
	FM erläutert auf Wunsch Befunde für den TN.
	FM begleitet TN zur Unterstützung zur HA/ FA-Praxis.
FM führt eigenständig im Auftrag des TN Gespräche mit behandelnden HA/ FA.	

FM-M.III : FM führt bedarfs- und bedürfnisorientiert Edukation (TN und Familie) zur Förderung der Gesundheitskompetenz durch.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
III.01. FM gestalten den Beratungsprozess individuell.	FM erfasst Alltagsgewohnheiten.
	erfasst häusliche Umgebung.
	nutzt Ergebnisse Assessments zur Vorbereitung.
	FM berät zur persönlichen Gesundheitssituation.
	FM berät ergebnisoffen im Dialog.
	Dokumentiert Beratungsinhalte.
III.02. FM geben fach- und sachgerechte Informationen an die TN und ihr Umfeld weiter.	FM informiert den TN ausführlich über den Status seiner individuellen Wunde und die Grunderkrankungen.
	FM nutzt ausgewählte wissenschaftlich gestützte Informationsbroschüren.
	FM händigt schriftliche Informationen aus.
	Hinweise auf Filme oder andere mediale Zugänge.
	FM Begründet die Auswahl an Informationen.
	Dokumentiert gezielten Einsatz Information.
III.03. FM setzen Schulungen zielorientiert ein.	FM schult die TN.
	FM plant die Schulung didaktisch.
	FM führt aufbauende Schulungseinheiten durch.
	FM sichert die Schulungsergebnisse mit dem TN.
	FM führt Mikroschulungen durch.
	FM schult situativ Zu- Angehörigen.
	FM dokumentiert Inhalt und Ergebnisse der Schulung.
III.04. FM nutzen Zielvereinbarungen zur Auftragsklärung mit dem TN.	FM erläutert Unterstützung durch persönliche Zielorientierung/ Vereinbarungen.
	FM fixiert die Zielvereinbarungen schriftlich.
	FM vereinbart Zielvereinbarungen mit den TN.
	FM überprüft die Zielvereinbarungen und passt sie gemeinsam mit dem TN an.
	FM dokumentiert die Verlaufsentwicklung.
III.05. FM setzen sich moderierend in der Familie ein.	FM erkennt herausfordernde Situationen in der Familie.
	FM spricht die Herausforderungen in der Familie an.
	FM ermöglicht eine wechselseitige Perspektivübernahme und trägt zu mehr Verständnis für die anderen Familienmitglieder bei.

	FM dokumentiert Ansätze zur Verbesserung der sozialen Interaktion und Verbesserung der Unterstützung des TN mit chronischer Wunde.
--	--

FM-M.IV: Digitale Vernetzungs- und Dokumentationsmöglichkeiten werden eingeführt und beschleunigen Dokumentation und Auswertungen.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
IV.01. FM eigenen sich den Umgang mit der digitalen Plattform aktiv an und unterstützen bei der Verbesserung der Dokumentationsfunktion.	Die Geräte zur Dokumentation sind betriebsbereit.
	Anzahl der FMs, die an der Einführung/Schulung zur digitalen Plattform teilgenommen haben.
	Anzahl IT Supportstunden mit FM.
	Kosten für IT Schulung/Beratung/Support pro TN (pro FN?).
IV.02. FM integrieren digitale Dokumentationsplattform in die Arbeitsroutine und schätzen die Vorteile.	FM dokumentiert regelmäßig Aktivitäten.
	FM dokumentiert Wundzustand.
	FM dokumentiert besondere Vorkommnisse.
	FM dokumentiert regelmäßig Fahrzeiten.
	FM trägt Ergebnisse Erhebung Assessment ein.
IV.03. FM tauschen Informationen aus der Datenbank mit Versorgungspartner:innen aus.	Anzahl des digitalen Austauschs an Informationen.
	FM verschickt Informationen zum Verlauf.
	FM versendet Fotos.

FM-M.V: Anpassung, der Umsetzung und Durchführung des Fallmanagements nach Veränderung der Programmbedingungen durch die Covid 19 - Pandemie 2020-2021

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
V.01. FM finden kreative Möglichkeiten die Konzeption Fallmanagement VeMaWuRLP unter Pandemiebedingungen umzusetzen.	Fallmanager:innen finden in neue Rolle und führen ihre Aktivitäten unter Pandemiebedingungen weiter.
	FM Halten Kontakt unter Pandemiebedingungen.
	Eduktion findet auch auf Abstand (virtuell, Telefon,...) statt.
	Erfassung Veränderung Pandemiebedingungen auf digitaler Plattform.
V.02. FM reflektieren Fallmanagement unter Pandemiebedingungen und entwickeln das Vorgehen weiter.	Dokumentation Hindernisse
	Dokumentation Erfolge

Bewertungslogik: Verstärkung der regionalen interprofessionellen Zusammenarbeit von Versorgungspartner:innen zur chronischen Wunde

Teilbereich: Versorgungspartner regionaler Vernetzungsstrukturen

VP-M.I: Versorgungsangebote in der Region sind transparent

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
VPI-H01: Versorgungslandkarte (pro FM) der Region ist erstellt.	Kontaktdaten der professionellen Gesundheitsversorgung einer Region liegen vor.
	Kontaktdaten wichtiger Akteure der Wundversorgung liegen vor.
	Kontaktdaten sonstiger Akteure: Sozialdienste, GKV, etc liegen vor.
VPI-H02: Fallbezogene Versorger:innen sind identifiziert, dokumentiert, kontaktiert.	Behandelnde Arztpraxen wurden kontaktiert.
	Besprechungstermin wurde durchgeführt.
	Behandelnder Pflegedienst wurde kontaktiert.

VP-M.II: Die Kooperation zwischen den Versorgungspartnern verläuft konstruktiv und zeitnah

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
VP-H03: Arztbriefe/ Entlassungsschreiben/ Laborbefunde sind an FM ausgehändigt und beim TN dokumentiert.	Arztpraxen haben Dokumente an die Fallmanager:innen oder Patient:in übergeben.
	Die Dokumente sind an einem Ort zusammengestellt und auffindbar.
VP-H04: Vergabe von Terminen erfolgt direkt auf Nachfrage FM/ TN.	Vergabe von Terminen erfolgt direkt auf Nachfrage FM/ TN.
VP-H05: Überprüfung Diagnose/ Befunderhebung auf Anregung FM sind durchgeführt und Ergebnisse mitgeteilt.	Die Diagnose/ Befunderhebung durchgeführt und Ergebnisse mitgeteilt.
VP-H06: Unstimmigkeiten im Behandlungsverlauf fallen auf und sind angesprochen und ausgeräumt.	Unstimmigkeiten im Behandlungsverlauf sind aufgefallen und sind angesprochen und ausgeräumt

VP-M.III: Unterschiedliche Berufsgruppen verabreden gemeinsame Qualitätsstandards zur Wunde und leitliniengerechtes Arbeiten

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
VP-H07: Versorgungspartner:innen legen gemeinsame Qualitätsstandards zur Wundversorgung fest.	Qualitätsstandards liegen im Entwurf vor
	Qualitätsstandards wurden diskutiert
	Qualitätsstandards wurden angenommen
VP-H08: Es nehmen unterschiedliche Berufsgruppen (mind. Medizin, Pflege, Hilfsmittelhersteller) an den Netzwerktreffen teil.	Mediziner:innen haben teilgenommen
	Pflegedienste haben teilgenommen
	Hilfsmittelhersteller haben teilgenommen
	Sonstige Dienstleister haben teilgenommen
VP-H09: Die Teilnehmer der Netzwerktreffen nehmen regelmäßig an den Treffen teil.	Die Berufsgruppen nehmen an Netzwerktreffen teil
VP-H10: Die Versorgungspartner:innen entwickeln gemeindenahere Projektideen zur Unterstützung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und setzen diese um.	Gemeindenahere Projektideen zur Unterstützung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden sind entwickelt und umgesetzt.

VP-M.IV: Versorgungspartner:innen beraten sich kollegial bei Fragen zur Versorgung/ Pflege/ Therapie

Unterschiedliche Berufsgruppen bilden sich gegenseitig fort.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
VP-H11: Im Namen des Patienten tauschen sich Vernetzungspartner:innen / FM zu fallbezogenen Versorgungsproblemen aus	Es findet ein regelmäßiger fallbezogener Austausch statt.
VP-H12: Im Rahmen von Netzwerktreffen werden gemeinsame Fallbesprechungen durchgeführt.	Fallbesprechungen sind im Rahmen der Netzwerktreffen etabliert.

VP-H13: Im Netzwerk werden Fortbildungen durch verschiedene Versorgungspartner:innen organisiert und umgesetzt.	Fortbildungen finden bei den Netzwerktreffen statt.
---	---

VP-M.V: An- und Zugehörige bringen sich in das regionale Netzwerk ein und sichern die Qualität der Versorgung.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
VP-H14: An- und Zugehörige sind im Netzwerk namentlich bekannt.	Ang- und Zugehörige sind in den Netzwerken bekannt.

Bewertungslogik: Steigerung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Wunden

Bestimmung Erfolgskriterien

Teilbereich: *Steigerung von Gesundheitskompetenz*

Leitziel: Menschen mit chronischen Wunden gestalten alltagskompetent und selbstbestimmt ihren Gesundheitszustand bis zur Verbesserung der Wundsituation oder zum Wundverschluss.

PAT-M.I : PAT akzeptieren Edukation durch das FM.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
I.01. PAT lernen neue Informationen zu ihrer gesundheitlichen Situation und zur Wunde kennen und eignen sich diese an.	PAT arbeitet mit Informationen (mündlich, schriftlich oder medial) zur Grunderkrankung (von FM).
	PAT kennt Informationen (mündlich, schriftlich oder medial) zur individuellen Wundsituation.
	PAT arbeitet mit Informationen (mündlich, schriftlich oder medial) zu Prozeduren der Wundversorgung/ Wundentstehung und arbeitet es durch.
	PAT benennt neues Wissen und gibt Inhalte wieder.
I.02. PAT lassen sich zu Fragen der Gesundheit, Krankheit und Alltagsbewältigung vom FM beraten.	PAT stellt eigene Fragen zu seiner Gesundheitssituation.
	PAT berät sich aktiv mit dem FM.
	PAT benennt Hindernisse in der eigenen Versorgung und sucht gemeinsam mit dem FM nach Lösungen.
I.03. PAT nutzen das Schulungsangebot und fordern es ein.	PAT benennt und erweitert sein Helfersystem.
	PAT nimmt (in Präsenz, virtuell, telefonisch) an Schulungen teil.
I.04. PAT nutzen Moderation durch den FM in der eigenen	PAT benennt einen Schulungswunsch.
	PAT nimmt die Perspektive der An- und Zugehörigen wahr.
	PAT besucht Arztpraxis gemeinsam mit FM.
	PAT spricht Konflikte gemeinsam mit dem FM an.

Familie und Versorgungskontext.	Situationen sind vom FM dokumentiert.
---------------------------------	---------------------------------------

PAT-M.II: PAT steigern ihre Selbstpflegekompetenz, insbesondere mit Bezug auf die Wundsituation.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
II.01. PAT übernehmen für sich selbst allgemeine Selbstfürsorge und Selbstpflege.	PAT nimmt ausreichend Flüssigkeit und gesundheitsförderliche Nahrung zu sich.
	PAT pflegt den eigenen Körper und beobachtet die Ausscheidungen.
	PAT bewegt sich ausreichend und hält Ruhephasen ein.
	PAT bespricht eigene Beobachtungen mit dem/ der FM.
	Verlauf der Kontakte sind dokumentiert.
II.02. PAT gestalten ihre gesundheitsbedingte und wundspezifische Selbstfürsorge und Selbstpflege.	PAT überwacht Symptome seiner chronischen Grunderkrankung und kennt Zeichen der Verschlechterung und Verbesserung der Wundsituation.
	PAT sucht eigenständig und regelmäßig Arztpraxis auf und klärt individuellen Behandlungsbedarf mit den behandelnden Ärzt:innen ab.
	PAT führt medizinische Verordnungen eigenständig aus oder sorgt für Unterstützung durch Helfer:innen/ Behandler:innen/ Pflegende/ Therapeut:innen.
II.03. nutzen Selbstfürsorge und Selbstpflege gezielt um eigene Lebenssituation zu bewältigen.	PAT benennen Bedingungen, die gegeben sein müssten, um mit der aktuellen Situation und den gesundheitlichen Einschränkungen besser umgehen zu können.
	PAT formuliert Ziele die er/sie erreichen möchte.
	PAT benennt konkrete Schritte zur Zielerreichung
	PAT legt einen Plan fest, für den Fall, dass er/sie die eigenen Ziele außer Augen verliert.

PAT-M.III: PAT kennen die Abläufe ihres Verbandswechsels (Reinigung, Pflege, Anlegen des Verbands) und halten diese ein.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
III.01. PAT führt fachgerechte Prozeduren aus oder stellt sicher, dass diese fachgerecht von Helfer:innen ausgeführt werden.	PAT bereitet den Verbandswechsel in der eigenen Häuslichkeit vor (hygienische Umgebung).
	PAT nutzt Material (Schere, Verbandszeug,...) ausschließlich zum Verbandswechsel.
	PAT kennt fachgerechte Säuberung der Wunde und führt diese eigenständig durch.
	PAT pflegt den Wundrand und die Haut.
	PAT deckt die Wunde ab und fixiert die Verbandstoffe.

	Falls andere Person in den Verbandswechsel eingebunden ist, unterstützt und kontrolliert der PAT den Vorgang.
	Meldet sich bei Unsicherheiten zeitnah beim FM (Telefonat/ Messenger).
III.02. verändert nachhaltig Routinen in der Versorgung der eigenen Wunde.	Führt therapeutische Vorgaben wie verordnet/ verabredet durch (z.B. Bewegungsübungen), mindestens 8 Wochen (?).
	Achtet auf die Ernährungsweise/ Nahrungszufuhr, mindestens 8 Wochen.
	Trägt Kompressionsstrümpfe dauerhaft, wie verschrieben, mind. 8 Wochen.
	Nimmt verordnete Tabletten regelmäßig ein, mind. 8 Wochen.
III.03. meldet sich, wenn Routinen gebrochen werden und die Wundsituation sich verschlechtert.	PAT meldet sich bei Verschlechterung beim FM.
	PAT kennt Auslöser (Trigger) für den Rückgriff auf alte Gewohnheiten. (z.B. Juckreiz durch das Tragen der Kompressionsstrümpfen).
	PAT versendet Nachrichten über Messengerdienst.
	PAT benennt Unterstützer:innen im eigenen Umfeld, wenn es zum Rückfall in alte Gewohnheiten kommt.
	PAT benennt neue Strategie, um Therapie einhalten zu können.

PAT-M.IV: PAT verbreitern das Spektrum ihrer Alltagsaktivitäten und gestalten diese bewusst.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
IV.01. PAT pflegen ihr soziales Umfeld.	PAT steht im regelmäßigem Kontakt mit Bekannten/ Freunden.
	führt gemeinsame Aktivitäten mit anderen Menschen durch
	PAT nimmt an Selbsthilfegruppen teil.
IV.02. PAT gestalten ihre Freizeit/ Hobbies.	PAT pflegt ein Hobby.
	PAT nennt Pläne für zukünftige Aktivitäten.
IV.03. PAT führen regelmäßig Bewegungsübungen durch, die dem Gesundheitszustand angepasst sind.	Wenn zutreffend, wechselt PAT sein/ihr Verhalten von „gar keine Bewegung“ zu „ein bisschen Bewegung“.
	PAT führt ausdauerorientierte Bewegung durch (Angabe Minuten/ Tag wenn möglich).
	PAT kennt/ nutzt einen Sportverein in örtlicher Nähe.

PAT-M.V: PAT organisieren ihre medizinisch- pflegerische Versorgung eigenständiger

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
V.01. PAT sichern das persönliche Versorgungsnetz.	PAT kennt Adresse und Kontaktdaten von Fachärzten und weiteren Behandler:innen und hat sie schriftlich hinterlegt.
	PAT weiß um regelmäßige und besondere Termine und hat sie notiert.

	PAT kennt den Weg, bzw. weiß wie er den Transport zu den Behandler:innen organisiert.
	PAT hat Adressen von Kontaktpersonen aus dem Verwandtenkreis hinterlegt.
	PAT hat Versorgungsvollmacht zugänglich abgelegt.
	PAT hat Patientenverfügung zugänglich hinterlegt.
V.02 PAT gestalten Beziehung zu den behandelnden Mediziner:innen.	PAT vereinbart selbstständig Termine (Arztpraxis, komplementäre Therapie,...).
	PAT sagt Termine bei behandelnder Arztpraxis selbstständig ab und sorgt für Ersatztermin.
	PAT bereitet Fragen vor einem Arztbesuch vor.
	PAT sammelt verfügbare Befunde und heftet sie ab.
	PAT fordert aktiv Antworten des behandelnden Arztes/ der Ärztin auf eigene Fragen ein. Auch unter Zeitdruck.

PAT-M.VI: PAT können mit den pandemiebedingten Einschränkungen ihrer Wundversorgung umgehen.

Detailziele/ Handlungsziele	Erfolgskriterien
VI.01 PAT gestalten aktiv Alltag unter Covid 19-Pandemiebedingungen.	PAT informiert sich über die Pandemiebedingungen.
	PAT tauscht sich mit anderen Menschen über die Pandemieentwicklung aus.
	PAT redet über Ängsten und Unsicherheiten, die durch die Covid Pandemie ausgelöst werden.
VI.02 PAT halten Kontakte/ Beziehungen während der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen.	PAT lässt Besuch von Pflegedienst oder FM unter Schutzvorkehrungen zu.
	PAT trägt Maske.
	PAT nutzt Messengerdienst.
	PAT nutzt Videocalls.
VI.03 PAT halten während der pandemiebedingten Kontakteinschränkungen pflegerische/ medizinische Versorgung aufrecht.	PAT organisiert eigenständig Versorgung mit Medikamenten im Lockdown.
	PAT hält Kontakt zum Pflegedienst (wenn eingebunden).

Hier bitte Etikett
aufkleben!

Studien-ID

Vor- und Nachname Patient/-in

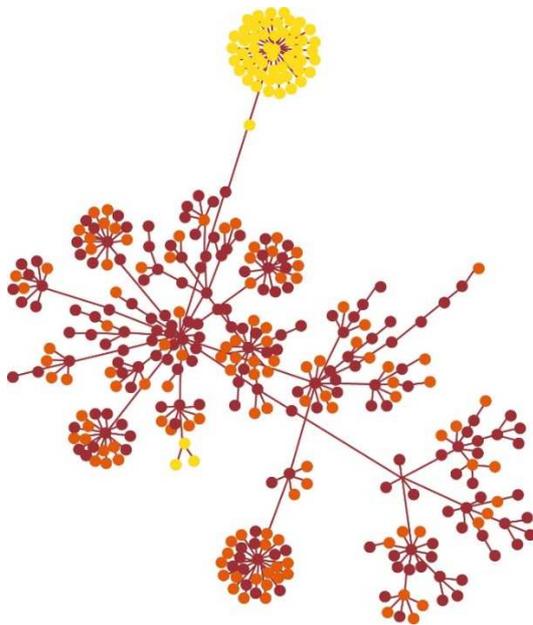
Geburtsdatum Patient/-in
(Hier bitte eintragen!)

VeMaWu RLP

Versorgungs**Ma**nagement **Wu**nde
in Rheinland-Pfalz

► Ärztlicher Erhebungsbogen

Versorgungs**Ma**nagement **Wu**nde Rheinland-Pfalz
Ersterhebung



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

► Allgemeine Hinweise zur Bearbeitung des ärztl. Erhebungsbogen

Vorab erhalten Sie von uns einige Hinweise zur Bearbeitung des ärztlichen Erhebungsbogens.

- Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift (in blau oder schwarz).
- Beachten Sie bitte die jeweiligen Hinweise zur Beantwortung der einzelnen Fragen.
- Bearbeiten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Bitte so markieren:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, schwärzen Sie bitte die falsche Angabe.

Korrektur:

► Bei Rückfragen zu den Fragebögen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden:

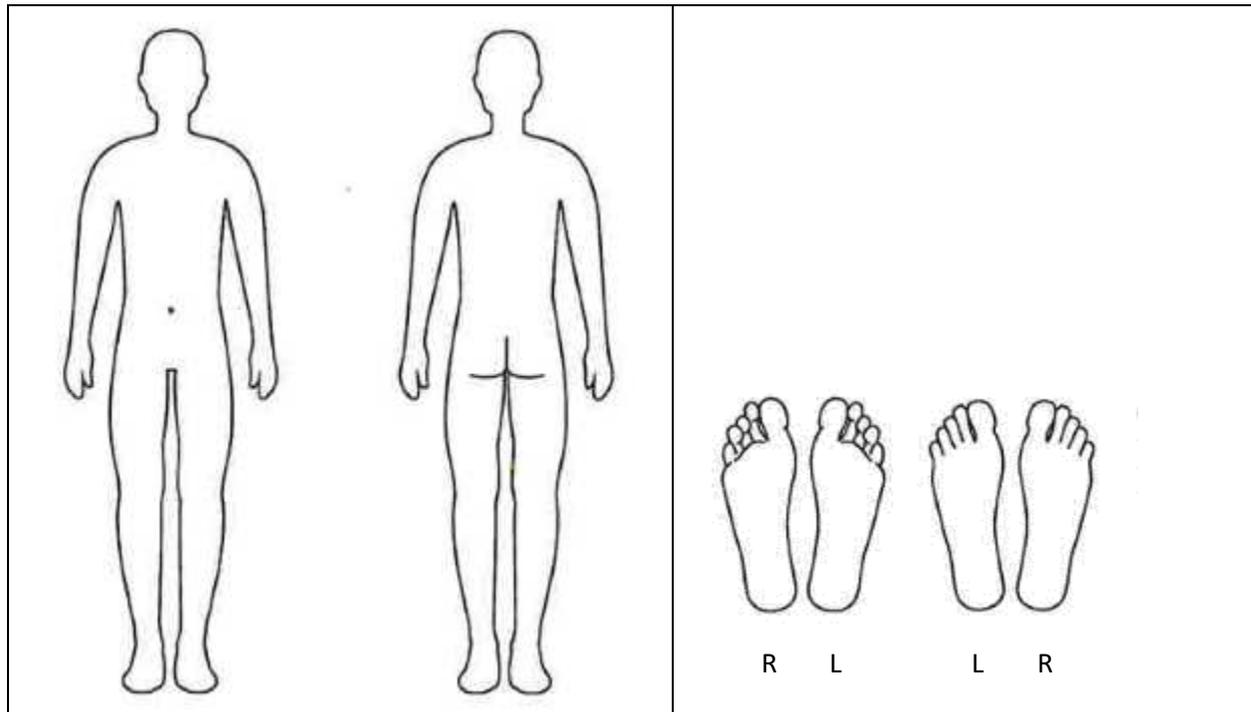
Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Tel.: 0621/5203-456

Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Datum der Untersuchung	__ . __ . ____		
Untersuchende/r:	_____		
Kürzel: Konsonanten ihres Vor- und Nachnamens	_____		
1. Aktuelle ärztliche Erhebung im Rahmen von VeMaWu RLP			
Ist Patient/in aktuell hier in Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja, stationär	<input type="checkbox"/> Ja, ambulant	<input type="checkbox"/> Nein, nur im Rahmen von VeMaWu RLP untersucht.
Falls stationär, seit wie vielen Tagen?	_____ Tage		
In welcher Abteilung?	_____		
Falls ambulant oder nicht zur Behandlung; der Zugang erfolgte aus ...	<input type="checkbox"/> allg.-med. Praxis	<input type="checkbox"/> chirurg. Praxis	
	<input type="checkbox"/> diabet. Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> dermatol. Praxis	
	<input type="checkbox"/> internistische Praxis	<input type="checkbox"/> angiologische Praxis	
	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> sonstige	
Nimmt Patient/in noch an anderen Programmen der besonderen Versorgung teil (DMP, HzV, IV)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, DMP: _____	<input type="checkbox"/> Ja, HzV <input type="checkbox"/> Ja, sonstiges	
2. Allgemeine Anamnese			
Körpergewicht in kg (bitte den Patienten wiegen)	_____		
Körpergröße in cm	_____		
Ist der BMI-Wert nur bedingt aussagekräftig aufgrund von Ödemen oder Amputationen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
3. Wundanamnese			
Anzahl der Wunden <i>Bei Wunden ohne Stege wird jeder Bereich als eine Wunde gezählt. Wunde, die mit einem Steg verbunden sind, sind als eine Wunde abzumessen</i>	_____ Wunden	Stege vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte markieren Sie die Lokalisation der Wunden mit Nummerierung in untenstehendem Körperschema und ergänzen Sie die Angaben zur jeweiligen Wunde in der folgenden Tabelle.



Bitte wählen Sie aus dieser Liste den führenden ICD 10 Code für die einzelnen Wunden aus!			
E10.5-	Prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-1], mit peripheren vaskulären Komplikationen	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung, Ulcus cruris venosum
E10.6-	Prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-1], mit sonst. näher bezeichneten Komplikationen	I87.01	Postthrombotisches/postphlebitisches Syndrom mit Ulzeration
E10.7-	Prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-1], mit multiplen Komplikationen	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration
E11.5-	Nicht prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-2], mit peripheren vaskulären Komplikationen	I89.0	Lympherkkrankungen, nichtinfektiös Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert
E11.6-	Nicht prim. Insulinabh. Diab. mell. [Typ-2], mit sonstigen näher bez. Komplikationen	L89.1-	Dekubitus 2. Grades mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis, Hautverlust o.n.A.
E11.7-	Nicht prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-2], mit multiplen Komplikationen	L89.2-	Dekubitus 3. Grades mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann.
I70.24	Atherosklerose, Ulcus cruris arteriosum, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	L89.3-	Dekubitus 4. Grades mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
I70.25	Atherosklerose, Ulcus cruris arteriosum, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
I73.-	sonstige periphere Gefäßkrankheiten	L98.4	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Chronisches Ulcus der Haut, andernorts nicht klassifiziert (Chronisches Ulcus der Haut o.n.A., Ulcus tropicum o.n.A., Ulkus der Haut o.n.A.)
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, n. n. b. (AVK, Arterien spasmus, Claudicatio intermittens)	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, Ulcus cruris venosum, Jeder Zustand unter I83.9 mit Ulzeration oder als ulzeriert bezeichnet, Ulcus varicosum (untere Extremität, jeder Abschnitt)		

Wunde 1	
Führender ICD 10 Code (siehe Liste)	____.____
Aktuelle Wunddauer seit	____.____ (Monat.Jahr)
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Fußsohle
Körperseite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite nach der Uhrmethode und gemäß Wundtiefenmesser	Wundlänge: _____cm Wundbreite: _____cm Wundtiefe: _____cm
Betroffenes Gewebe	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Muskel/Faszie/Sehne <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Knochen
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrin <input type="checkbox"/> Nekrose und Fibrin
Wundumgebung	<input type="checkbox"/> intakt/normal <input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> mazeriert <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt <input type="checkbox"/> livide verfärbt
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Mögliche Wundursache	<input type="checkbox"/> Druck, Scherkräfte <input type="checkbox"/> insuffiziente oder fehlende Kompression <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/> andere Ursache: _____
Lokale Rötung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber, laborchem. Infektzeichen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich um ein Rezidiv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls Rezidiv, wann Erstdiagnose?	____.____ (Monat.Jahr)
Falls Rezidiv, wievieltes?	_____

Wunde 2	
Führender ICD 10 Code (siehe Liste)	____.____
Aktuelle Wunddauer seit	____.____ (Monat.Jahr)
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Fußsohle
Körperseite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite nach der Uhrmethode und gemäß Wundtiefenmesser	Wundlänge: _____cm Wundbreite: _____cm Wundtiefe: _____cm
Betroffenes Gewebe	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Muskel/Faszie/Sehne <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Knochen
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrin <input type="checkbox"/> Nekrose und Fibrin
Wundumgebung	<input type="checkbox"/> intakt/normal <input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> mazeriert <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt <input type="checkbox"/> livide verfärbt
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Mögliche Wundursache	<input type="checkbox"/> Druck, Scherkräfte <input type="checkbox"/> insuffiziente oder fehlende Kompression <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/> andere Ursache _____
Lokale Rötung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber, laborchem. Infektzeichen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich um ein Rezidiv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls Rezidiv, wann Erstdiagnose?	____.____ (Monat.Jahr)
Falls Rezidiv, wievielftes?	_____

Wunde 3	
Führender ICD 10 Code (siehe Liste)	____.____
Aktuelle Wunddauer seit	____.____ (Monat.Jahr)
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Fußsohle
Körperseite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite nach der Uhrmethode und gemäß Wundtiefenmesser	Wundlänge: _____cm Wundbreite: _____cm Wundtiefe: _____cm
Betroffenes Gewebe	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Muskel/Faszie/Sehne <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Knochen
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrin <input type="checkbox"/> Nekrose und Fibrin
Wundumgebung	<input type="checkbox"/> intakt/normal <input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> mazeriert <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt <input type="checkbox"/> livide verfärbt
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Mögliche Wundursache	<input type="checkbox"/> Druck, Scherkräfte <input type="checkbox"/> insuffiziente oder fehlende Kompression <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/> andere Ursache _____
Lokale Rötung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber, laborchem. Infektzeichen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich um ein Rezidiv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls Rezidiv, wann Erstdiagnose?	____.____ (Monat.Jahr)
Falls Rezidiv, wievielftes?	_____

Für weitere Wunden bitte das Einlegeblatt nutzen!

4. Schmerzen						
Wie stark waren die Wundschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 in den letzten 24 Stunden? Bitte auf der visuellen Analogskala anzeigen lassen. Wird "Keine" angegeben bitte "0" eintragen.				_____		
Nimmt der Patient Schmerzmittel...						
... gegen den Wundschmerz ein?				<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf		
... auf Grund einer anderen Ursache ein?				<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf		
Falls beides NEIN , bitte → weiter mit 5.						
Wie häufig hat er Schmerzmittel in den letzten 7 Tagen genommen?				<input type="checkbox"/> an 1–2 Tagen <input type="checkbox"/> an 5–6 Tagen <input type="checkbox"/> an 3–4 Tagen <input type="checkbox"/> täglich		
Schmerzmedikation						
Der Patient besitzt einen Medikationsplan mit ausgewiesener Schmerzmedikation.				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Falls JA, Medikationsplan bitte kopieren und beilegen. Falls NEIN, Schmerzmedikamente bitte u.s. auflisten.						
Welche Schmerzmedikamente sind das? (Handelsname oder Wirkstoff angeben)	Stärke	Einheit (Stück, Tropfen, IE)	Menge morgens	Menge mittags	Menge abends	Menge bei Bedarf
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Die Schmerzmedikation beinhaltet (Mehrfachangabe möglich)	<input type="checkbox"/> Nichtopioid-analgetika		<input type="checkbox"/> Niedrigpotente Opioid-analgetika		<input type="checkbox"/> Hochpotente Opioid-analgetika	

6. Wundbehandlungsrelevante Begleiterkrankungen nach ärztlicher Feststellung:			
Keine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
KHK	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Cerebrale Zirkulationsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
pAVK	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Chronisch venöse Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Thrombose in der Vorgeschichte	<input type="checkbox"/> Ja, einmalig <input type="checkbox"/> Ja, mehrmalig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Amputation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls Ja, in welcher Region?	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Vorderfuß	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Zehe(n)
Lymphödem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Gerinnungsstörung (durch Erkrankung/Medikamente)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Erkrankungen der Lunge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, HbA1c-Wert (bitte mit Einheit angeben)	_____		
Hypo-/Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Mangelernährung, Vitamin-/Eiweißmangel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Anämie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige Knochen- und Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Bindegeweserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Periphere Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Kontaktekzem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Maligne Tumore	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Immunschwächen (durch Erkrankung/Medikamente)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls Ja, Keim bekannt?	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 3- o. 4-MRGN	<input type="checkbox"/> sons. Keimbesiedelung
Relevante psychische Probleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige	_____		

7. Bereits durchgeführte Diagnostik und Behandlung – Aktuelle Wunde/n			
7.1. Diagnostik (Bitte geben Sie hier nur für die aktuelle/n Wunde/n bereits durchgeführte Diagnostik an)			
Erfassung des Gefäßstatus; Palpation Fußpulse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Doppler/Duplex Untersuchung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Erfassung des Brachio-Pedal-Index ABPI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Biopsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wundabstrich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Allergiediagnostik	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Radiologische Diagnostik (Röntgen, CT, MRT)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
7.2 Allgemeine Maßnahmen/Behandlung (Bitte geben Sie hier nur bereits durchgeführte Maßnahmen an)			
Schmerzanamnese	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Bewegungsförderung und Mobilisierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Druckentlastung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Ernährungsumstellung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
manuelle Lymphdrainage	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
7.3 Spezielle Maßnahmen/Behandlung (Bitte geben Sie hier nur bereits durchgeführte Maßnahmen an)			
Wunddebridement	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wiederherstellung oder Verbesserung der arteriellen Durchblutung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Blutzuckereinstellung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Maßnahmen zur Druckentlastung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Gabe eines Antibiotikums	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Schutz des Wundrandes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Phasengerechte Wundbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, Häufigkeit des Verbandwechsel	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> alle 2 Tage	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche
	<input type="checkbox"/> alle 3 Tage		
Falls JA, wer nimmt den Verbandwechsel vor? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	
	<input type="checkbox"/> MFA	<input type="checkbox"/> Lymphtherapeut	
	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Angehörige	
	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation, die durch eine Fachgesellschaft anerkannt ist		
Ist ein Pflegedienst in die Wundversorgung einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

8. Behandlungsziele	
Haben Sie aufgrund der aktuellen Untersuchung Behandlungsziele definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls JA, welche? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> beschleunigter Wundverschluss
	<input type="checkbox"/> Förderung der Granulation
	<input type="checkbox"/> Förderung der Adhärenz
	<input type="checkbox"/> Schmerzreduktion
	<input type="checkbox"/> Vermeidung von Wundinfektion
	<input type="checkbox"/> Wundbettkonditionierung für die Defektabdeckung
	<input type="checkbox"/> Exsudatmanagement
	<input type="checkbox"/> Förderung der Epithelisierung
	<input type="checkbox"/> Geruchsminimierung
	<input type="checkbox"/> Transplantatsicherung
	<input type="checkbox"/> Verbesserte Wundreinigung
	<input type="checkbox"/> Erhalt der Extremität
	<input type="checkbox"/> Förderung der Angiogenese
	<input type="checkbox"/> Reduktion von Wundödemen
<input type="checkbox"/> Volumen-/Flächenreduktion	
<input type="checkbox"/> Wundschutz	
9. Aufgrund der aktuellen Untersuchung werden Maßnahmen angeordnet	
Haben Sie aufgrund der aktuellen Untersuchung diagnostische Maßnahmen angeordnet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls JA, welche?	_____ _____ _____
Haben Sie aufgrund der aktuellen Untersuchung therapeutische Maßnahmen angeordnet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls JA, welche?	_____ _____ _____

Wir danken Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen umfangreichen Fragebogen auszufüllen.

Bitte hier Etikett
aufkleben!

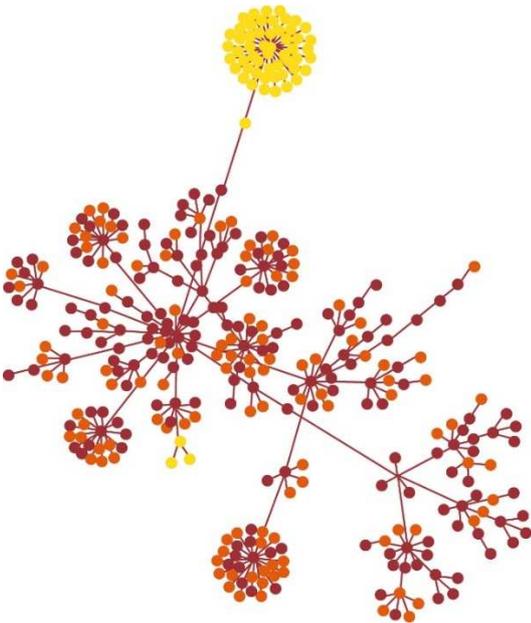
VeMaWu RLP

VersorgungsManagement Wunde
in Rheinland-Pfalz

► Ärztlicher Erhebungsbogen

VersorgungsManagement Wunde Rheinland-Pfalz

Folgerhebung FU1



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

► Allgemeine Hinweise zur Bearbeitung des ärztl. Erhebungsbogen

Vorab erhalten Sie von uns einige Hinweise zur Bearbeitung des ärztlichen Erhebungsbogens.

- Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift (in blau oder schwarz).
- Beachten Sie bitte die jeweiligen Hinweise zur Beantwortung der einzelnen Fragen.
- Bearbeiten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Bitte so markieren:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, schwärzen Sie bitte die falsche Angabe.

Korrektur:

► Bei Rückfragen zu den Fragebögen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden:

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Tel.: 0621/5203-456

Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Teil B: Aktuell vorhandene Wunden	
1. Wundanamnese	
<i>Bitte machen Sie nun die folgenden Angaben für alle aktuell vorhandenen Wunden!</i>	
WUNDE A	Wundfoto ist vorhanden und beigelegt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Ferse _____
Seite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Lokalisation	<input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> hinten
Diagnose nach ICD-10 GM	_____.
Wunddauer seit	____.____ (Monat.Jahr)
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm
Stege vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Granulation	<input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> mind.25% <input type="checkbox"/> keine
Epithelisierung in % der Wundfläche	<input type="checkbox"/> mind. 75% <input type="checkbox"/> teilweise (<75%) <input type="checkbox"/> keine
Betroffenes Gewebe (Tiefe)	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Muskel/Faszie <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Sehne/Knochen
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Fibrin/Nekrose
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel
Wundrand/Umgebung	<input type="checkbox"/> reizlos/intakt <input type="checkbox"/> gerötet/Überwärmung <input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> livide verfärbt <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt/hyperkeratotisch <input type="checkbox"/> ödematös _____ <input type="checkbox"/> mazeriert
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

WUNDE B	Wundfoto ist vorhanden und beigelegt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Ferse	<input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> sonstige _____
Seite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
Lokalisation	<input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> hinten		
Diagnose nach ICD-10 GM	_____.		
Wunddauer seit	____.____ (Monat.Jahr)		
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm		
Stege vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Epithelisierung in % der Wundfläche	<input type="checkbox"/> mind.75% der Wundfläche <input type="checkbox"/> teilweise (<75%)		<input type="checkbox"/> keine
Granulation	<input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> mind.25%		<input type="checkbox"/> keine
Betroffenes Gewebe (Tiefe)	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Subcutis	<input type="checkbox"/> Muskel/Faszie <input type="checkbox"/> Sehne/Knochen	
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Fibrin/Nekrose		
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> viel
Wundrand/Hautumgebung	<input type="checkbox"/> reizlos/intakt <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt/hyperkeratotisch	<input type="checkbox"/> gerötet/Überwärmung <input type="checkbox"/> livide verfärbt <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> mazeriert	<input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch		
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber, laborchem. Infektzeichen)	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein

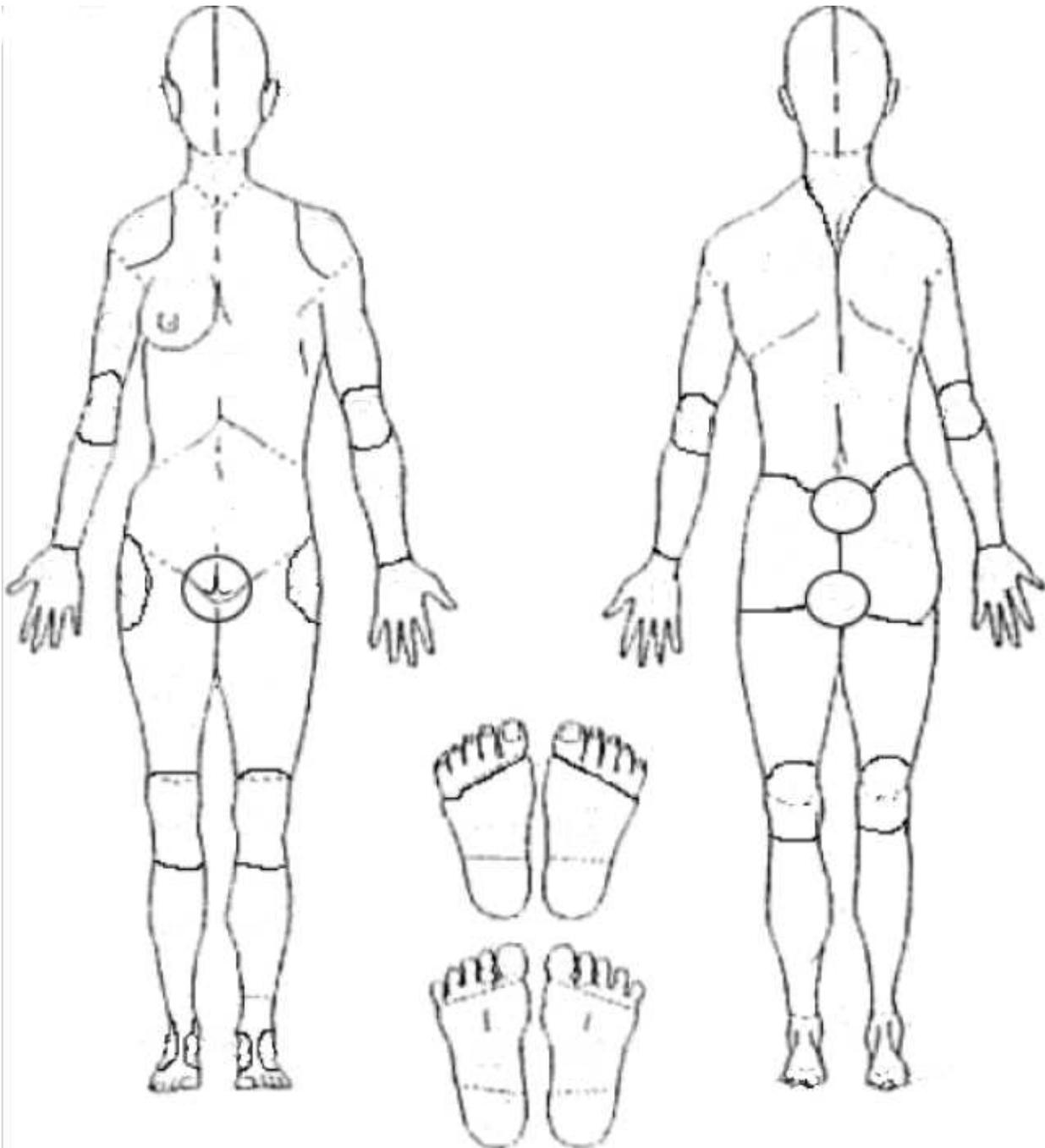
WUNDE C	Wundfoto ist vorhanden und beigelegt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Ferse	<input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> sonstige _____
Seite	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	
Lokalisation	<input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> außen	<input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten	
Diagnose nach ICD-10 GM	_____.		
Wunddauer seit	____.____ (Monat.Jahr)		
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)	Wundlänge: _____ cm	Wundbreite: _____ cm	Wundtiefe: _____ cm
Stege vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Epithelisierung in % der Wundfläche	<input type="checkbox"/> mind.75% der Wundfläche	<input type="checkbox"/> teilweise (<75%)	<input type="checkbox"/> keine
Granulation	<input type="checkbox"/> komplett	<input type="checkbox"/> mind.25%	<input type="checkbox"/> keine
Betroffenes Gewebe (Tiefe)	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Subcutis	<input type="checkbox"/> Muskel/Faszie <input type="checkbox"/> Sehne/Knochen	
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> Fibrin/Nekrose	
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> viel
Wundrand/Hautumgebung	<input type="checkbox"/> reizlos/intakt <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt/hyperkeratotisch	<input type="checkbox"/> gerötet/Überwärmung <input type="checkbox"/> livide verfärbt <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> mazeriert	<input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch		
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber, laborchem. Infektzeichen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Kennzeichen der Wundlokalisation

Wo befinden sich die heute erfassten Wunden?

Bitte kennzeichnen Sie die Lokalisation aller dokumentierten Wunden mit dem entsprechenden Buchstaben (a, b, c) in dem untenstehenden Körperschema.

Vorhandene Wundfotos bitte mit dem gleichen Buchstaben und dem Patientenname kennzeichnen.



2. Verbandswechsel						
Werden derzeit Verbandwechsel durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 3)			
Falls JA , Häufigkeit des Verbandwechsel	<input type="checkbox"/> täglich		<input type="checkbox"/> alle 2 Tage			
	<input type="checkbox"/> alle 3 Tage		<input type="checkbox"/> einmal pro Woche			
Falls JA , wer nimmt den Verbandwechsel vor? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> Arzt		<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft			
	<input type="checkbox"/> MFA		<input type="checkbox"/> Lymphtherapeut			
	<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Angehörige			
	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation, die durch eine Fachgesellschaft anerkannt ist.					
3. Schmerzen						
Werden Schmerzen im Zusammenhang mit der Wunde berichtet?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein			
Wie stark waren die Wundschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 in den letzten 24 Stunden? Bitte auf der visuellen Analogskala anzeigen lassen.	_____					
	Wird "Keine" angegeben bitte "0" eintragen.					
Nimmt Patient/in aktuell Schmerzmittel...						
... gegen den Wundschmerz ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig		<input type="checkbox"/> Nein			
	<input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf					
... auf Grund einer anderen Ursache ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig		<input type="checkbox"/> Nein			
	<input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf					
Wie häufig hat er Schmerzmittel in den letzten 7 Tagen genommen?	<input type="checkbox"/> an 1–2 Tagen		<input type="checkbox"/> an 5–6 Tagen			
	<input type="checkbox"/> an 3–4 Tagen		<input type="checkbox"/> täglich			
Wurden Änderungen der Schmerzmedikation vorgenommen in den letzten sechs Monaten?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein			
Liegt ein Medikationsplan mit ausgewiesener Schmerzmedikation vor, bitte <u>kopieren</u> und beilegen. Falls NICHT, Schmerzmedikamente bitte u.s. auflisten.						
Welche Schmerzmedikamente sind das? (Handelsname oder Wirkstoff angeben)	Stärke	Einheit (Stück, Tropfen, IE)	Menge morgens	Menge mittags	Menge abends	Menge bei Bedarf
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Teil C: Behandlung und Versorgung		
Mit den folgenden Fragen werden Informationen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Wundversorgung der letzten 6 Monate erhoben.		
1. Ambulante medizinische Versorgung		
Welche Haus- oder Fachärzte waren an der Behandlung der Wunde(n) in den letzten 6 Monaten beteiligt ? <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Hausarzt: <input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung <input type="checkbox"/> durch einen anderen Hausarzt <input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Facharzt <input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung <input type="checkbox"/> durch einen anderen Facharzt, Fachrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Die Wunde wurde nicht ärztlich betreut.	
Wurde der/die Patient/in in den letzten 6 Monaten zu weiteren Ärzten zur Mit- und/oder Weiterbehandlung der Wunde(n) überwiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, zu einem Arzt/Ärztin welcher Fachrichtung?	Fachrichtung: _____ _____	
Musste der/die Patient/in eine Notfallambulanz wegen der Wunde(n) aufsuchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2. Stationäre Versorgung im Krankenhaus		
War der/die Patient/in mindestens einmal über Nacht im Krankenhaus (insgesamt, nicht nur wegen der Wunde)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls JA , 1. Krankenhausaufenthalt: 2. Krankenhausaufenthalt: 3. Krankenhausaufenthalt:	Von bis _____:____:____ _____:____:____ _____:____:____ _____:____:____ _____:____:____ _____:____:____	Fachabteilung: _____ _____ _____
Falls JA , war mindestens ein Aufenthalt in den letzten 6 Monaten durch die Wunde ausgelöst?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar Aufenthalt _____ <input type="checkbox"/> Nein	

3. Rehabilitation	
Fand in den letzten 6 Monaten eine Rehabilitation aufgrund der Wunde(n) statt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Nein
Falls JA , wie viele Tage umfasste die Rehabilitationsmaßnahme?	_____ Tage
4. Heil- und Hilfsmittelversorgung	
Hat der /die Patient/in wundbezogen Heilmittel erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Hat der /die Patient/in wundbezogen Hilfsmittel erhalten (z.B. Anziehhilfe, Orthese)?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
5. Wundspezifische Diagnostik	
<i>Die folgenden Fragen sollen mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Unterlagen in den letzten 6 Monaten durchgeführte diagnostische Maßnahmen erfasst werden.</i>	
Wurden in den letzten 6 Monaten diagnostische Maßnahmen zur Abklärung der Wunde durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 6)
Falls JA , welche der folgenden Untersuchungen wurden von Arzt/Pflegedienst durchgeführt?	
Palpation Fußpulse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
ABPI Knöchel-Arm-Druck-Index	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Doppler/Duplex Untersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Radiologische Diagnostik (z.B. Phlebographie, Angiographie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Biopsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Epikutantest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige diagnostische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt _____ _____

6. Maßnahmen der Wundbehandlung			
<i>Die folgenden Fragen sollen mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Unterlagen in den letzten 6 Monaten durchgeführte Maßnahmen zur Behandlung der Wunde(n) erfasst werden.</i>			
Wurden Maßnahmen bezüglich der Wunde(n) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Teil D</i>)	
Falls JA , welche der folgenden Maßnahmen wurden durchgeführt?			
6.1 Chirurgische Maßnahmen			
Wunddeckung rekonstruktiv-chirurgische (z.B. Mesh-/ Spalthaut-Transplantation)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Gefäßchirurgische Sanierung (z.B. Bypass, Stenteinlage)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Minimal-invasive Verfahren (z.B. Sklerosierung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige chirurgische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar	<input type="checkbox"/> Nein	_____
6.2 Lokaltherapie			
Konservative Therapie wie Kompression, Druckentlastung, Lagerung u.a.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wundrand/ Hautumgebungsschutz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Entfernen von Nekrosen und Wundbelägen (Debridement)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, wurde das Debridement regelmäßig durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> mind. 1 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> anderer Turnus <input type="checkbox"/> Nein, und zwar: <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> bei Bedarf			
Elektrostimulation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Lokale Unterdrucktherapie/Vakuumtherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige Lokaltherapie	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	_____
6.3 Begleitende Therapie			
Lymphdrainage KPE	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Diabeteseinstellung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, letzter HbA1c-Wert: (<i>bitte mit Einheit angeben</i>)	_____		<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Teil D: Begleiterkrankungen in den letzten 6 Monaten festgestellt				
<i>Die folgenden Fragen sollten mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Arztbriefe zusammen mit der/dem Patientin/Patienten bearbeiten werden. Vorhandene Unterlagen bitte in Kopie beilegen!</i>				
	Liegt vor	Falls ja, neu innerhalb der letzten 6 Monate?		
Chronisch-venöse Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Vaskulitis	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
pAVK	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Periphere Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Kontaktekzem	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Lymphödem	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Hyperurikämie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Autoimmunerkrankung, Allergie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
KHK	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, Mykose)	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Adipositas	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Aktuelles Körpergewicht:	_____ kg			<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Kachexie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Anämie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Maligne Tumore	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Demenz	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sturz mit Fraktur	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige wundrelevante Neuerkrankungen: <i>(Bitte eintragen!)</i>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
	_____ seit ____ . ____ . ____			
	_____ seit ____ . ____ . ____			

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Hier bitte Etikett
aufkleben!

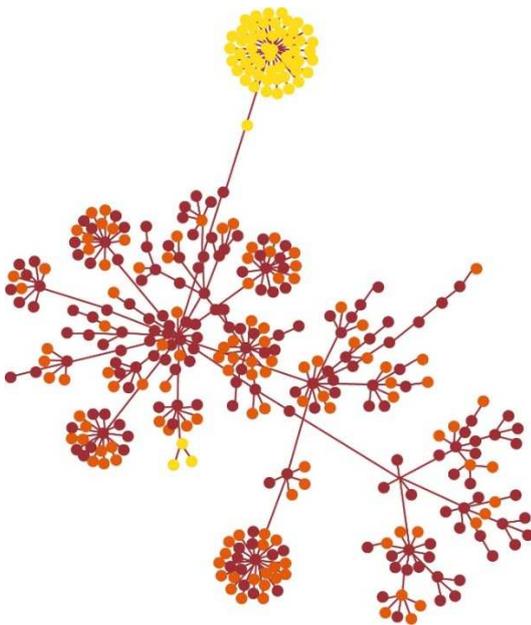
VeMaWu RLP

Versorgungs**M**anagement **W**unde
in Rheinland-Pfalz

► Ärztlicher Erhebungsbogen

Versorgungs**M**anagement **W**unde Rheinland-Pfalz

Folgeerhebung FU2



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

► Allgemeine Hinweise zur Bearbeitung des ärztl. Erhebungsbogen

Vorab erhalten Sie von uns einige Hinweise zur Bearbeitung des ärztlichen Erhebungsbogens.

- Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift (in blau oder schwarz).
- Beachten Sie bitte die jeweiligen Hinweise zur Beantwortung der einzelnen Fragen.
- Bearbeiten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Bitte so markieren:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, schwärzen Sie bitte die falsche Angabe.

Korrektur:

► Bei Rückfragen zu den Fragebögen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden:

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Tel.: 0621/5203-456

Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Behandlung und Versorgung						
Mit den folgenden Fragen werden Informationen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Wundversorgung der letzten 6 Monate, d.h. seit der letzten Follow-up-Untersuchung , erhoben.						
1. Verbandswechsel Wunde(n)						
Werden derzeit Verbandswechsel durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 2)			
Falls JA , Häufigkeit des Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> täglich		<input type="checkbox"/> alle 2 Tage		<input type="checkbox"/> einmal pro Woche	
Falls JA , wer nimmt den Verbandswechsel vor? <i>(Mehrfachantwort möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Arzt		<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft			
	<input type="checkbox"/> MFA		<input type="checkbox"/> Lymphtherapeut			
	<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Angehörige			
	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation, die durch eine Fachgesellschaft anerkannt ist.					
2. Schmerzen						
Werden Schmerzen im Zusammenhang mit der Wunde berichtet?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein			
Wie stark waren die Wundschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 in den letzten 24 Stunden? <small>Bitte auf der visuellen Analogskala anzeigen lassen.</small>	_____ <small>Wird "Keine" angegeben bitte "0" eintragen.</small>					
Nimmt Patient/in aktuell Schmerzmittel...						
... gegen den Wundschmerz ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig		<input type="checkbox"/> Nein			
	<input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf					
... auf Grund einer anderen Ursache ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig		<input type="checkbox"/> Nein			
	<input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf					
Wie häufig hat sie/er Schmerzmittel in den letzten 7 Tagen genommen?	<input type="checkbox"/> an 1–2 Tagen		<input type="checkbox"/> an 5–6 Tagen			
	<input type="checkbox"/> an 3–4 Tagen		<input type="checkbox"/> täglich			
Wurden Änderungen der Schmerzmedikation in den letzten sechs Monaten vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein			
Liegt ein Medikationsplan mit ausgewiesener Schmerzmedikation vor, bitte <u>kopieren</u> und beilegen. Falls NICHT vorhanden, Schmerzmedikamente bitte u.s. auflisten.						
Welche Schmerzmedikamente sind das? (Handelsname oder Wirkstoff angeben)	Stärke	Einheit (Stück, Tropfen, IE)	Menge morgens	Menge mittags	Menge abends	Menge bei Bedarf
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. Ambulante medizinische Versorgung		
Nimmt Patient/in an einem DMP-Programm teil?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 seit _____ <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 seit _____ <input type="checkbox"/> KHK seit _____ <input type="checkbox"/> COPD seit _____ <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Welche Haus- oder Fachärzte waren an der Behandlung der Wunde(n) in den letzten 6 Monaten beteiligt ? <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Hausarzt: <input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung <input type="checkbox"/> durch einen anderen Hausarzt <input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Facharzt <input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung <input type="checkbox"/> durch einen anderen Facharzt, Fachrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Die Wunde wurde nicht ärztlich betreut.	
Wurde der/die Patient/in in den letzten 6 Monaten zu weiteren Ärzten zur Mit- und/oder Weiterbehandlung der Wunde(n) überwiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, zu einem Arzt/Ärztin welcher Fachrichtung?	Fachrichtung: _____ _____	
Musste der/die Patient/in eine Notfallambulanz wegen der Wunde(n) aufsuchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4. Stationäre Versorgung im Krankenhaus		
War der/die Patient/in mindestens einmal über Nacht im Krankenhaus (nicht nur wegen der Wunde)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls JA , 1. Krankenhausaufenthalt: 2. Krankenhausaufenthalt: 3. Krankenhausaufenthalt:	Von bis _____ _____ _____ _____ _____ _____	Fachabteilung: _____ _____ _____
Falls JA , war mindestens ein Aufenthalt in den letzten 6 Monaten durch die Wunde ausgelöst?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar Aufenthalt _____ <input type="checkbox"/> Nein	

5. Rehabilitation	
Fand in den letzten 6 Monaten eine Rehabilitation aufgrund der Wunde(n) statt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Nein
Falls JA , wie viele Tage umfasste die Rehabilitationsmaßnahme?	_____ Tage
6. Heil- und Hilfsmittelversorgung	
Hat der /die Patient/in wundbezogen Heilmittel erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Hat der /die Patient/in wundbezogen Hilfsmittel erhalten (z.B. Anziehhilfe, Orthese)?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
7. Wundspezifische Diagnostik	
<i>Die folgenden Fragen sollen mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Unterlagen in den letzten 6 Monaten durchgeführte diagnostische Maßnahmen erfasst werden. Vorhandene Unterlagen bitte in Kopie beilegen!</i>	
Wurden in den letzten 6 Monaten diagnostische Maßnahmen zur Abklärung der Wunde durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 8)
Falls JA , welche der folgenden Untersuchungen wurden von Arzt/Pflegedienst durchgeführt?	
Palpation Fußpulse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
ABPI Knöchel-Arm-Druck-Index	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Doppler/Duplex Untersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Radiologische Diagnostik (z.B. Phlebographie, Angiographie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Biopsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Epikutantest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige diagnostische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt _____

8. Maßnahmen der Wundbehandlung			
<i>Die folgenden Fragen sollen mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Unterlagen in den letzten 6 Monaten durchgeführte Maßnahmen zur Behandlung der Wunde(n) erfasst werden. Vorhandene Unterlagen bitte in Kopie beilegen!</i>			
Wurden Maßnahmen bezüglich der Wunde(n) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (weiter mit 9)	
Falls JA , welche der folgenden Maßnahmen wurden durchgeführt?			
8.1 Chirurgische Maßnahmen			
Wunddeckung rekonstruktiv-chirurgische (z.B. Mesh-/ Spalthaut-Transplantation)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Gefäßchirurgische Sanierung (z.B. Bypass, Stenteinlage)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Minimal-invasive Verfahren (z.B. Sklerosierung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige chirurgische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar	<input type="checkbox"/> Nein	_____
8.2 Lokaltherapie			
Konservative Therapie wie Kompression, Druckentlastung, Lagerung u.a.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wundrand/ Hautumgebungsschutz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Entfernen von Nekrosen und Wundbelägen (Debridement)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, wurde das Debridement regelmäßig durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> mind. 1 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> anderer Turnus			
<input type="checkbox"/> Nein, und zwar: <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> bei Bedarf			
Elektrostimulation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Lokale Unterdrucktherapie/Vakuumtherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige Lokaltherapie	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	_____
8.3 Begleitende Therapie			
Lymphdrainage KPE	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Diabeteseinstellung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, letzter HbA1c-Wert: (bitte mit Einheit angeben)	_____		<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

9. Begleiterkrankungen <u>neu</u> in den letzten 6 Monaten				
<i>Die folgenden Fragen sollten mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Arztbriefe zusammen mit der/dem Patientin/Patienten bearbeiten werden. Vorhandene Unterlagen bitte in Kopie beilegen!</i>				
	Liegt vor	Falls ja, neu innerhalb der letzten 6 Monate?		
Chronisch-venöse Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Vaskulitis	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
pAVK	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Periphere Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Kontaktekzem	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Lymphödem	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Hyperurikämie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Autoimmunerkrankung, Allergie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
KHK	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, Mykose)	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Adipositas	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Aktuelles Körpergewicht:	_____ kg			<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Kachexie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Anämie	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Maligne Tumore	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Demenz	<input type="checkbox"/> Ja	Neu seit: ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sturz mit Fraktur	<input type="checkbox"/> Ja, seit: ____ . ____ . ____		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige wundrelevante Neuerkrankungen: <i>(Bitte eintragen!)</i>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
	_____ seit ____ . ____ . ____			
	_____ seit ____ . ____ . ____			

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

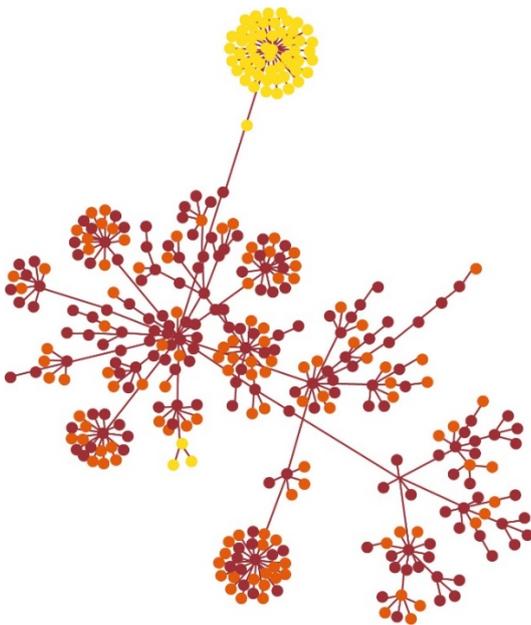
VeMaWu RLP

Versorgungs**M**anagement **W**unde
in Rheinland-Pfalz

► Ärztlicher Erhebungsbogen

Versorgungs**M**anagement **W**unde Rheinland-Pfalz

Folgerhebung FU2



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Bitte tragen Sie das Datum der heutigen Erhebung und Ihren Namen ein.		
Heutiges Datum		_____
Untersucher/in: _____		
Untersuchungsort:	_____	
<input type="checkbox"/> Teilnehmer/in aufgesucht im häuslichen Umfeld		
Status derzeit vorhandener Wunden		
<i>Berücksichtigen Sie bitte alle aktuell vorhandenen chronischen Wunden, unabhängig davon, ob es sich um eine neue Wunde handelt oder eine Wunde, die bereits bei zu T0 und T6 dokumentiert wurde.</i>		
1 Wie viele Wunden hat der Patient heute?	<input type="checkbox"/> _____ Wunden <input type="checkbox"/> Keine Wunde (→ Frage 3)	
2 Sind <u>neue</u> Wunden seit der letzten Follow-Up-Untersuchung entstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 3)	
2a Auf welcher Körperseite?	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
2b Körperregion: <i>Mehrfachantworten möglich!</i>	<input type="checkbox"/> Fußbereich <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Unterschenkelbereich <input type="checkbox"/> Oberschenkelbereich <input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____	<input type="checkbox"/> Fußbereich <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Unterschenkelbereich <input type="checkbox"/> Oberschenkelbereich <input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____
3 Wurde inzwischen eine Amputation vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ bitte wenden)	
3a Falls JA , an welchem Bein wurde amputiert?	<input type="checkbox"/> rechtes Bein	<input type="checkbox"/> linkes Bein
3b Falls JA , was wurde amputiert?	<input type="checkbox"/> Zehe(n) re <input type="checkbox"/> Vor- oder Mittelfuß re <input type="checkbox"/> Unterschenkel re <input type="checkbox"/> Oberschenkel re	<input type="checkbox"/> Zehe(n) li <input type="checkbox"/> Vor- oder Mittelfuß li <input type="checkbox"/> Unterschenkel li <input type="checkbox"/> Oberschenkel li

Bitte Zutreffendes markieren durch Anklicken:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, das falsch markierte Feld erneut anklicken.

Heutiger Befund der dokumentierten Wunden, die zu T ₀ oder T ₆ vorhanden waren.				
		Anzahl dokumentierter Wunden _____ Bitte machen Sie Angaben zu jeder der dokumentierten Wunden!		
4	Die von Ihnen bezeichnete	Wunde ①	Wunde ②	Wunde ③
dokumentiert am:				
befand sich	Region:			
	Seite:			
Wundverschluss				
4a	Ist die Wunde aktuell verschlossen, d.h. die Epidermis ist geschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 4b) <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden da amputiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 4b) <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden da amputiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 4b) <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden da amputiert
Falls JA , geschlossen seit		_____	_____	_____
		(→ nächste Wunde)	(→ nächste Wunde)	(→ nächste Wunde)
4b	Falls NEIN , bitte messen	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)				
4c	War diese Wunde in den letzten 6 Monaten mind. 1 Mal komplett verschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja, wie oft: _____? <input type="checkbox"/> Nein (→ nächste Wunde)	<input type="checkbox"/> Ja, wie oft: _____? <input type="checkbox"/> Nein (→ nächste Wunde)	<input type="checkbox"/> Ja, wie oft: _____? <input type="checkbox"/> Nein (→ nächste Wunde)
Falls JA ,		Von _____ bis _____	Von _____ bis _____	Von _____ bis _____
1. Wundverschluss:		_____ Bis _____	_____ Bis _____	_____ Bis _____
2. Wundverschluss:		_____ Bis _____	_____ Bis _____	_____ Bis _____

Heutiger Befund der dokumentierten Wunden, die zu T ₀ oder T ₆ vorhanden waren.				
4 Die von Ihnen bezeichnete		Wunde 4	Wunde 5	Wunde 6
dokumentiert am:				
befand sich	Region:			
	Seite:			
<i>Bitte machen Sie Angaben zu jeder der dokumentierten Wunden!</i>				
Wundverschluss				
4a Ist die Wunde aktuell verschlossen, d.h. die Epidermis ist geschlossen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 4b) <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden da amputiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 4b) <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden da amputiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 4b) <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden da amputiert
Falls JA , geschlossen seit		_____	_____	_____
		(→ nächste Wunde)	(→ nächste Wunde)	(→ nächste Wunde)
4b Falls NEIN , bitte messen		Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm
4c War diese Wunde in den letzten 6 Monaten mind. 1 Mal komplett verschlossen?		<input type="checkbox"/> Ja, wie oft: _____? <input type="checkbox"/> Nein (→ nächste Wunde)	<input type="checkbox"/> Ja, wie oft: _____? <input type="checkbox"/> Nein (→ nächste Wunde)	<input type="checkbox"/> Ja, wie oft: _____? <input type="checkbox"/> Nein (→ nächste Wunde)
Falls JA ,		Von _____ bis _____	Von _____ bis _____	Von _____ bis _____
1. Wundverschluss:		_____ Bis _____	_____ Bis _____	_____ Bis _____
2. Wundverschluss:		_____ Bis _____	_____ Bis _____	_____ Bis _____

Ggf. Körperskizze

Behandlung und Versorgung		
Mit den folgenden Fragen werden Informationen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Wundversorgung der letzten 6 Monate, d.h. seit der letzten Follow-up-Untersuchung , erhoben.		
5. Stationäre Versorgung im Krankenhaus		
War der/die Patient/in mindestens einmal über Nacht im Krankenhaus (nicht nur wegen der Wunde)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls JA , 1. Krankenhausaufenthalt: 2. Krankenhausaufenthalt: 3. Krankenhausaufenthalt:	Von _____ bis _____ _____ bis _____ _____ bis _____	Fachabteilung: _____ _____ _____
Falls JA , war mindestens ein Aufenthalt in den letzten 6 Monaten durch die Wunde ausgelöst?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar Aufenthalt _____ <input type="checkbox"/> Nein	
6. Rehabilitation		
Fand in den letzten 6 Monaten eine Rehabilitation aufgrund der Wunde(n) statt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Nein	
Falls JA , wie viele Tage umfasste die Rehabilitationsmaßnahme?	_____Tage	

7. Heil- und Hilfsmittelversorgung	
Hat der /die Patient/in wundbezogen Heilmittel erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Hat der /die Patient/in wundbezogen Hilfsmittel erhalten (z.B. Anziehhilfe, Orthese)?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
8. Wundspezifische Diagnostik	
<i>Die folgenden Fragen sollen mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Unterlagen in den letzten 6 Monaten durchgeführte diagnostische Maßnahmen erfasst werden.</i>	
Wurden in den letzten 6 Monaten diagnostische Maßnahmen zur Abklärung der Wunde durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→Frage 8)
Falls JA , welche der folgenden Untersuchungen wurden von Arzt/Pflegedienst durchgeführt?	
Palpation Fußpulse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
ABPI Knöchel-Arm-Druck-Index	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Doppler/Duplex Untersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Radiologische Diagnostik (z.B. Phlebographie, Angiographie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Biopsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Epikutantest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige diagnostische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt _____
9. Maßnahmen der Wundbehandlung	
<i>Die folgenden Fragen sollen mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Unterlagen in den letzten 6 Monaten durchgeführte Maßnahmen zur Behandlung der Wunde(n) erfasst werden.</i>	
9.1 Chirurgische Maßnahmen	
Wunddeckung rekonstruktiv-chirurgische (z.B. Mesh-/ Spalthaut-Transplantation)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Gefäßchirurgische Sanierung (z.B. Bypass, Stenteinlage)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Minimal-invasive Verfahren (z.B. Sklerosierung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige chirurgische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> Nein _____

9.2 Lokalthherapie	
Konservative Therapie wie Kompression, Druckentlastung, Lagerung u.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wundrand/ Hautumgebungsschutz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Entfernen von Nekrosen und Wundbelägen (Debridement)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, wurde das Debridement regelmäßig durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> mind. 1 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> anderer Turnus	
<input type="checkbox"/> Nein, nur: <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
Elektrostimulation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Lokale Unterdrucktherapie/Vakuumtherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige Lokalthherapie	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein _____
9.3 Begleitende Therapie	
Diabeteseinstellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, letzter HbA1c-Wert: (bitte mit Einheit angeben)	_____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt _____
10. Verbandswechsel Wunde(n)	
Werden derzeit Verbandswechsel durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 2)
Falls JA, Häufigkeit des Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> alle 2 Tage <input type="checkbox"/> alle 3 Tage <input type="checkbox"/> einmal pro Woche
Falls JA, wer nimmt den Verbandswechsel vor? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> MFA <input type="checkbox"/> Lymphtherapeut <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation, die durch eine Fachgesellschaft anerkannt ist.
11. Schmerzen	
Werden Schmerzen im Zusammenhang mit der Wunde berichtet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wie stark waren die Wundschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 in den letzten 24 Stunden? Bitte auf der visuellen Analogskala anzeigen lassen.	_____ Wird "Keine" angegeben bitte "0" eintragen.																								
Nimmt Patient/in aktuell Schmerzmittel...																									
... gegen den Wundschmerz ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf																								
... auf Grund einer anderen Ursache ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf																								
Wie häufig hat sie/er Schmerzmittel in den letzten 7 Tagen genommen?	<input type="checkbox"/> an 1–2 Tagen <input type="checkbox"/> an 5–6 Tagen <input type="checkbox"/> an 3–4 Tagen <input type="checkbox"/> täglich																								
Wurden Änderungen der Schmerzmedikation in den letzten sechs Monaten vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																								
Liegt ein Medikationsplan mit ausgewiesener Schmerzmedikation vor, bitte <u>kopieren</u> und beilegen. Falls NICHT vorhanden, Schmerzmedikamente bitte u.s. auflisten.																									
Welche Schmerzmedikamente sind das? (Handelsname oder Wirkstoff angeben)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Stärke</th> <th style="width: 15%;">Einheit (Stück, Tropfen, IE)</th> <th style="width: 10%;">Menge morgens</th> <th style="width: 10%;">Menge mittags</th> <th style="width: 10%;">Menge abends</th> <th style="width: 10%;">Menge bei Bedarf</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Stärke	Einheit (Stück, Tropfen, IE)	Menge morgens	Menge mittags	Menge abends	Menge bei Bedarf	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stärke	Einheit (Stück, Tropfen, IE)	Menge morgens	Menge mittags	Menge abends	Menge bei Bedarf																				
_____	_____	_____	_____	_____	_____																				
_____	_____	_____	_____	_____	_____																				
_____	_____	_____	_____	_____	_____																				
12. Ambulante medizinische Versorgung und Mitbehandlung																									
Neuerkrankungen in den letzten 6 Monaten : (Bitte eintragen!)	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt _____ seit _____ _____ seit _____																								
Nimmt Patient/in an einem DMP-Programm teil?																									
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 seit _____ <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 seit _____ <input type="checkbox"/> KHK seit _____ <input type="checkbox"/> COPD seit _____ <input type="checkbox"/> sonstige _____ 																									
<input type="checkbox"/> Nein																									

<p>Welche Haus- oder Fachärzte waren an der Behandlung der Wunde(n) in den letzten 6 Monaten beteiligt?</p> <p><i>(Mehrfachantworten möglich)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Hausarzt:</p> <p><input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> durch einen anderen Hausarzt</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Facharzt</p> <p><input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> durch einen anderen Facharzt, Fachrichtung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Wunde wurde nicht ärztlich betreut.</p>
<p>Wurde der/die Patient/in in den letzten 6 Monaten zu weiteren Ärzten zur Mit- und/oder Weiterbehandlung der Wunde(n) überwiesen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Falls ja, zu einem Arzt/Ärztin welcher Fachrichtung?</p>	<p>Fachrichtung:</p> <p>_____</p>
<p>Musste der/die Patient/in eine Notfallambulanz wegen der Wunde(n) aufsuchen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte hier Etikett
aufkleben!

Bitte tragen Sie hier Ihren **Vor- und Nachnamen** ein!

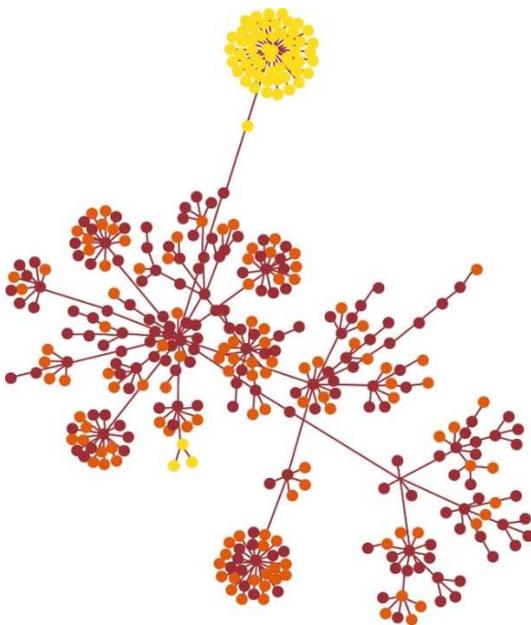
VeMaWu RLP

Versorgungs**Management** **Wunde**
in Rheinland-Pfalz

► Teilnehmerfragebogen

Versorgungs**Management** **Wunde** Rheinland-Pfalz

Ersterhebung



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

das Ausfüllen des Fragebogens ist ganz einfach. Bitte beachten Sie dabei Folgendes:

- Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten durch. Denken Sie nicht lange nach, kreuzen Sie einfach diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen, Eindrücke oder Ihre Meinung am besten beschreibt.
- Die Fragen sollten von Ihnen selbst beantwortet werden. Beim Ausfüllen kann eine vertraute Person Sie unterstützen.
- Wenn nicht anders angegeben, kreuzen Sie bitte nur **eine Antwort** an!
- Beachten Sie bitte die jeweiligen Hinweise zur Beantwortung der einzelnen Fragen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift (in blau oder schwarz).

- Bitte so markieren:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, schwärzen Sie bitte die falsche Angabe.

Korrektur:

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und in pseudonymisierter Form ausgewertet. Das bedeutet, ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden durch eine Zahlenkombination ersetzt, um einen Rückschluss auf ihre Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Den ausgefüllten Fragebogen legen Sie bitte in den beigegefügteten Umschlag und **geben diesen in Ihrer Studieneinrichtung ab**. Alternativ können Sie den Umschlag auch unfrankiert per Post an das Evaluationszentrum senden. Die Gebühren übernehmen wir.

Bei Rückfragen zu den Fragebögen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden:

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Tel.: 0621/5203-456

Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Heutiges Datum		_ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _			
1. Leben mit einer chronischen Wunde					
Zunächst möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht. Bitte setzen Sie für jede Zeile genau ein Kreuz.					
	Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Ziemlich	Sehr
In den letzten 7 Tagen ...					
...hatte ich Schmerzen an der Wunde.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich störenden Wundausfluss.	<input type="checkbox"/>				
...war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>				
...war die Behandlung der Wunde für mich belastend.	<input type="checkbox"/>				
...war ich wegen der Wunde niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>				
...hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert.	<input type="checkbox"/>				
...habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen.	<input type="checkbox"/>				
...konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen.	<input type="checkbox"/>				
...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten.	<input type="checkbox"/>				
...waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>				
...musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken.	<input type="checkbox"/>				
...fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe anderer.	<input type="checkbox"/>				
...war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung.	<input type="checkbox"/>				

2. Behandlungsziele						
Mit den nun folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie wichtig Ihnen persönlich die unten genannten Ziele bei der aktuellen Behandlung Ihrer Wunde sind.						
Falls eine Aussage für Sie nicht zutrifft, antworten Sie bitte mit "Betrifft mich nicht".						
	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr	Betrifft mich nicht
Wie wichtig ist für Sie, ...						
...schmerzfrei zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...keinen Ausfluss an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...an der Wunde geheilt zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...besser schlafen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...weniger niedergeschlagen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...an Lebensfreude zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>					
...keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...ein normales Alltagsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...im Alltag leistungsfähiger zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten.	<input type="checkbox"/>					
...normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...mehr Kontakt mit anderen Menschen haben zu können.	<input type="checkbox"/>					
...sich mehr zeigen zu mögen.	<input type="checkbox"/>					
...in der Partnerschaft weniger belastet zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...eine klare Diagnose und Therapie zu finden.	<input type="checkbox"/>					
...Vertrauen in die Therapie zu haben.	<input type="checkbox"/>					

3. Wissen über meine Erkrankung				
Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen gerne erfahren, was Sie über Ihre Erkrankung wissen und wie sicher Sie sich in Bezug auf Ihren Umgang mit Ihrer Erkrankung fühlen.				
Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen ein Kästchen an, das für Sie persönlich am besten beschreibt, wie sehr Sie der Aussage zustimmen oder nicht zustimmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.				
	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu
Letzten Endes bin ich selbst dafür verantwortlich, mich um meine Erkrankung zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um meine Gesundheit und meine Leistungsfähigkeit zu beeinflussen, ist es am wichtigsten, eine aktive Rolle im Rahmen meiner Behandlung einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich Maßnahmen ergreifen kann, die helfen, Symptome und Probleme meiner Erkrankung zu verhindern oder zu verringern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Medikamente einnehmen: Ich weiß, was jedes der mir verschriebenen Medikamente bewirken soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich beurteilen kann, wann ich eine medizinische Behandlung benötige und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich meinem Behandler meine Anliegen mitteilen kann, auch wenn er nicht danach fragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich medizinische Behandlungen, die ich zu Hause durchführen muss, auch umsetzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß über meine Erkrankung und ihre Ursachen Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in der Lage, die Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten aufrechtzuerhalten, die ich aufgrund meiner Erkrankung begonnen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich weitere Probleme mit meiner Erkrankung verhindern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

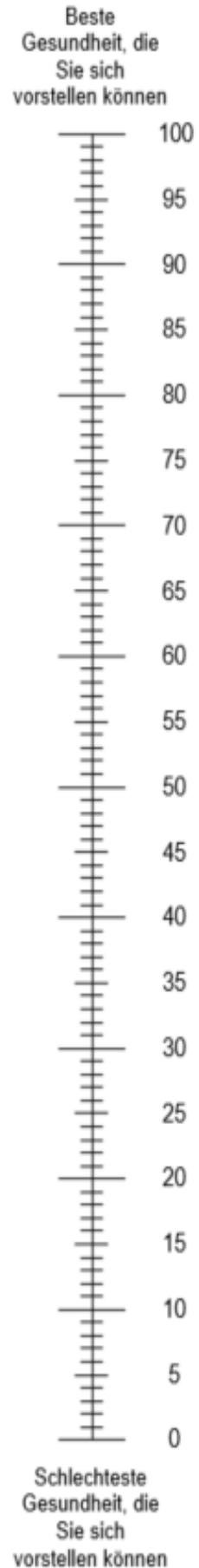
3. Wissen über meine Erkrankung - Fortsetzung					
Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen ein Kästchen an, das für Sie persönlich am besten beschreibt, wie sehr Sie der Aussage zustimmen oder nicht zustimmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.					
	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu	
Ich bin davon überzeugt, dass ich für neu auftretende Situationen oder Probleme mit meiner Erkrankung Lösungen finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich bin davon überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten, wie eine gesunde Ernährung und Sport, auch in stressigen Zeiten beibehalten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Unterstützung durch andere					
Nun möchten wir wissen, wie häufig Ihnen die folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung steht.					
Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die die verfügbare Unterstützung am besten beschreibt!					
	nie	manchmal	meist	immer	
Jemand der Sie zum Arzt führt, wenn es nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen Essen zubereitet, wenn Sie dazu nicht in der Lage sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen bei täglichen Arbeiten hilft, wenn Sie krank sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen in schwierigen Situationen gute Ratschläge gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder mit dem Sie über persönliche Probleme sprechen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihre Probleme versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Zufriedenheit					
Wie zufrieden waren Sie in der <u>vergangenen</u> Woche mit...					
	Gar nicht zufrieden	Etwas zufrieden	Mäßig zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden
...dem Zustand Ihrer Wunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Gesundheit allgemein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihrer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ihre Gesundheit im Allgemeinen	
Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit allgemein und Ihrem Gesundheitsverhalten. Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift das Kästchen an, das Ihre Gesundheit <u>heute</u> am besten beschreibt	
BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT	
Ich habe <i>keine</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
FÜR SICH SELBST SORGEN	
Ich habe <i>keine</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Ich habe <i>keine</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	
Ich habe <i>keine</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>starke</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>extreme</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT	
Ich bin <i>nicht</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>ein wenig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>mäßig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>sehr</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>extrem</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.



7. Ihr Befinden © Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.	
Die Aussagen beziehen sich auf Ihr allgemeines und seelisches Befinden. Beziehen Sie sich beim Beantworten bitte auf die letzte Woche. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.	
Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.
<input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.
<input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.
<input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich aussehe. <input type="checkbox"/> Möglicherweise kümmere ich zu wenig darum. <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich darum so viel wie früher.
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
<input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> viel seltener als früher <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	Ich blicke mit Freude in die Zukunft.
<input type="checkbox"/> einen großen Teil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich/nie	<input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich.	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.
<input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten

8. Ihre Lebensgewohnheiten und Ihre Person	
Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihren Lebensgewohnheiten und Ihrer Person. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht.	
Sie essen ...	
...mindestens zweimal pro Tag frisches Obst und Gemüse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...mindestens einmal pro Tag Milchprodukte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...vegetarisch oder vegan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Hauptmahlzeiten essen Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> 1 Mahlzeit <input type="checkbox"/> 3 Mahlzeiten <input type="checkbox"/> 2 Mahlzeiten <input type="checkbox"/> mehr als 3 Mahlzeiten
Wie viele Tassen Wasser und Tee/Kaffee trinken Sie täglich?	<input type="checkbox"/> 1-2 Tassen <input type="checkbox"/> 3-5 Tassen <input type="checkbox"/> 5-10 Tassen <input type="checkbox"/> mehr als 10 Tassen
Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich (seltener als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> regelmäßig (1x pro Woche oder häufiger)
Haben Sie in ihrem Leben über einen Zeitraum von 6 Monaten regelmäßig geraucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte beantworten Sie die beiden folgenden Fragen nur, wenn Sie mit JA geantwortet haben.	
Falls JA , wie viele Jahre haben Sie insgesamt geraucht?	_____ Jahre
Falls JA , rauchen Sie zur Zeit?	<input type="checkbox"/> ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Zig. <input type="checkbox"/> nein, vor wie vielen Jahren haben Sie das Rauchen beendet? _____ vor _____ Jahren
Ihr Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Ihr Geburtsdatum	__ . __ . _____
Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihr Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet

Wohnen Sie im ...	<input type="checkbox"/> eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> Betreuten Wohnen / Servicewohnen <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim <input type="checkbox"/> Sonstiges
Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?	_____ Personen
Ihr höchster erreichter Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife / POS) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss
Ihre Erwerbstätigkeit <i>Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.</i>	<input type="checkbox"/> ja, ich bin erwerbstätig <input type="checkbox"/> nein, ich bin nicht (mehr) erwerbstätig
Und zuletzt möchten wir noch wissen...	
Wie wurden Sie auf diese Studie aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Arzt/Facharzt <input type="checkbox"/> Studienflyer <input type="checkbox"/> Sonstiges
Hatten Sie Hilfe beim Ausfüllen des Bogens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden und auch die Rückseite ausfüllen!

Teilnehmerangaben

1. Informationen zu Ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung

Wundbehandelnde Arztpraxis

Adresse

Pflegedienst (falls vorhanden)

Adresse

2. Informationen zu Ihrer Erreichbarkeit*

Telefon Festnetz

Telefon mobil

Name weitere Kontaktperson

Telefon Kontaktperson

Wir danken Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen umfangreichen Fragebogen auszufüllen.

(*Falls wir Sie unter Ihrer angegebenen Anschrift nicht mehr erreichen können)

Bitte tragen Sie hier Ihren **Namen** ein!

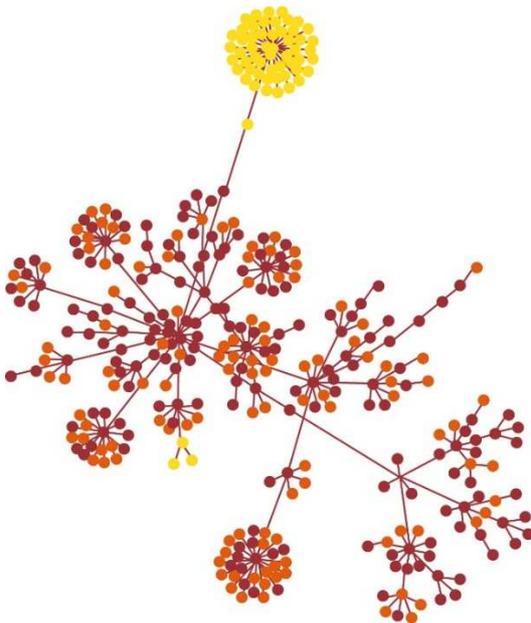
VeMaWu RLP

Versorgungs**Management** **Wunde**
in Rheinland-Pfalz

► Teilnehmerfragebogen

Versorgungs**Management** **Wunde** Rheinland-Pfalz

Folgerhebung FU1



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

das Ausfüllen des Fragebogens ist ganz einfach. Bitte beachten Sie dabei Folgendes:

- Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten durch. Denken Sie nicht lange nach, kreuzen Sie einfach diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen, Eindrücke oder Ihre Meinung am besten beschreibt.
- Die Fragen sollten von Ihnen selbst beantwortet werden. Beim Ausfüllen kann eine vertraute Person Sie unterstützen.
- Wenn nicht anders angegeben, kreuzen Sie bitte nur **eine Antwort** an!
- Beachten Sie bitte die jeweiligen Hinweise zur Beantwortung der einzelnen Fragen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift (in blau oder schwarz) und markieren so:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, schwärzen Sie bitte die falsche Angabe.

Korrektur:

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und in pseudonymisierter Form ausgewertet. Das bedeutet, ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden durch eine Zahlenkombination ersetzt, um einen Rückschluss auf ihre Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Bei Rückfragen zu den Fragebögen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden:

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Tel.: 0621/5203-456

Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de



Für Ihre Teilnahme möchten wir uns mit einem Gutschein im Wert von 18,50 € bei Ihnen bedanken! Dieser Wertgutschein wird Ihnen nach Rücklauf des Fragebogens vom Evaluationszentrum zugesandt.

Bitte kreuzen Sie hier an, welches der Gutschein ihrer Wahl ist:

- Müller Drogerie Thalia Media Markt Aral SuperCard
- Nein danke, ich möchte keinen Wertgutschein zugesandt bekommen.

		Datum		_____ . _____ . _____	
1. Leben mit einer chronischen Wunde					
Zunächst möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht. Bitte setzen Sie für jede Zeile genau ein Kreuz.					
	Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Ziemlich	Sehr
In den letzten 7 Tagen ...					
...hatte ich Schmerzen an der Wunde.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich störenden Wundausfluss.	<input type="checkbox"/>				
...war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>				
...war die Behandlung der Wunde für mich belastend.	<input type="checkbox"/>				
...war ich wegen der Wunde niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>				
...hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert.	<input type="checkbox"/>				
...habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen.	<input type="checkbox"/>				
...konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen.	<input type="checkbox"/>				
...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam.	<input type="checkbox"/>				
...hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten.	<input type="checkbox"/>				
...waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>				
...musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken.	<input type="checkbox"/>				
...fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe anderer.	<input type="checkbox"/>				
...war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung.	<input type="checkbox"/>				

2. Behandlungserfolg						
<p>Mit den nun folgenden Fragen möchten wir erfahren, inwieweit die unten genannten Ziele durch die aktuelle letzte Behandlung Ihrer Wunde bereits erreicht wurden.</p> <p>Falls eine Aussage für Sie nicht zutrifft, antworten Sie bitte mit "Betrifft mich nicht".</p>						
	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr	Betrifft mich nicht
Die jetzige Behandlung hat mir geholfen ...						
...schmerzfrei zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...keinen Ausfluss an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...an der Wunde geheilt zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...besser schlafen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...weniger niedergeschlagen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...an Lebensfreude zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>					
...keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...ein normales Alltagsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...im Alltag leistungsfähiger zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten.	<input type="checkbox"/>					
...normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...mehr Kontakt mit anderen Menschen haben zu können.	<input type="checkbox"/>					
...sich mehr zeigen zu mögen.	<input type="checkbox"/>					
...in der Partnerschaft weniger belastet zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...eine klare Diagnose und Therapie zu finden.	<input type="checkbox"/>					
...Vertrauen in die Therapie zu haben.	<input type="checkbox"/>					

3. Wissen über meine Erkrankung				
Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen gerne erfahren, was Sie über Ihre Erkrankung wissen und wie sicher Sie sich in Bezug auf Ihren Umgang mit der Erkrankung fühlen.				
Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen ein Kästchen an, das für Sie persönlich am besten beschreibt, wie sehr Sie der Aussage zustimmen oder nicht zustimmen.				
	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Letzten Endes bin ich selbst dafür verantwortlich, mich um meine Erkrankung zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um meine Gesundheit und meine Leistungsfähigkeit zu beeinflussen, ist es am wichtigsten, eine aktive Rolle im Rahmen meiner Behandlung einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich Maßnahmen ergreifen kann, die helfen, Symptome und Probleme meiner Erkrankung zu verhindern oder zu verringern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Medikamente einnehmen: Ich weiß, was jedes der mir verschriebenen Medikamente bewirken soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich beurteilen kann, wann ich eine medizinische Behandlung benötige und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich meinem Behandler meine Anliegen mitteilen kann, auch wenn er nicht danach fragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich medizinische Behandlungen, die ich zu Hause durchführen muss, auch umsetzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß über meine Erkrankung und ihre Ursachen Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in der Lage, die Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten aufrechtzuerhalten, die ich aufgrund meiner Erkrankung begonnen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich weitere Probleme mit meiner Erkrankung verhindern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich für neu auftretende Situationen oder Probleme mit meiner Erkrankung Lösungen finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten, wie eine gesunde Ernährung und Sport, auch in stressigen Zeiten beibehalten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

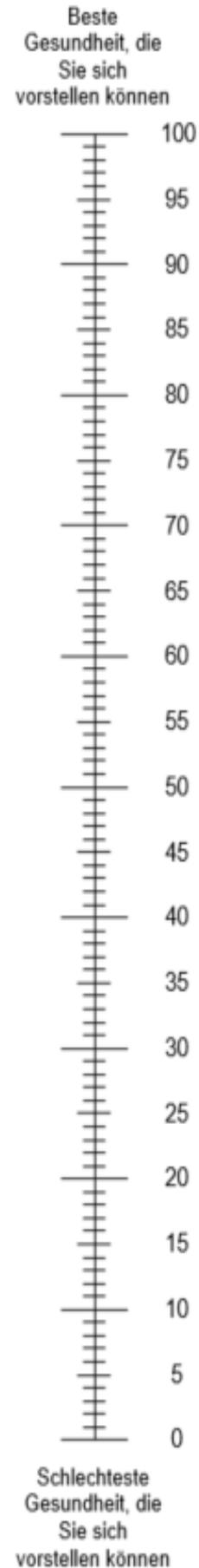
4. Ihre Gesundheit im Allgemeinen	
Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit allgemein und Ihrem Gesundheitsverhalten. Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift das Kästchen an, das Ihre Gesundheit <u>heute</u> am besten beschreibt.	
BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT	
Ich habe <i>keine</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
FÜR SICH SELBST SORGEN	
Ich habe <i>keine</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Ich habe <i>keine</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	
Ich habe <i>keine</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>starke</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>extreme</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT	
Ich bin <i>nicht</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>ein wenig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>mäßig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>sehr</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>extrem</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>

Bitte auch die folgende Seite hierzu beachten!

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen ein.



5. Unterstützung					
Nun möchten wir wissen, wie häufig Ihnen die folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung steht.					
Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die die verfügbare Unterstützung am besten beschreibt!					
	Nie	Manchmal	Meist	Immer	
Jemand der Sie zum Arzt führt, wenn es nötig ist.	<input type="checkbox"/>				
Jemand, der Ihnen Essen zubereitet, wenn Sie dazu nicht in der Lage sind.	<input type="checkbox"/>				
Jemand, der Ihnen bei täglichen Arbeiten hilft, wenn Sie krank sind.	<input type="checkbox"/>				
Jemand, der Ihnen in schwierigen Situationen gute Ratschläge gibt.	<input type="checkbox"/>				
Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder mit dem Sie über persönliche Probleme sprechen können.	<input type="checkbox"/>				
Jemand, der Ihre Probleme versteht.	<input type="checkbox"/>				
6. Zufriedenheit					
Wie zufrieden waren Sie in der <u>vergangenen</u> Woche mit...					
	Gar nicht zufrieden	Etwas zufrieden	Mäßig zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden
...dem Zustand Ihrer Wunde?	<input type="checkbox"/>				
...Ihrer Gesundheit allgemein?	<input type="checkbox"/>				
...der erhaltenen Behandlung?	<input type="checkbox"/>				
...der Beratung zur Wundpflege?	<input type="checkbox"/>				

7. Ihr Befinden © Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.	
Die Aussagen beziehen sich auf Ihr allgemeines und seelisches Befinden. Beziehen Sie sich beim Beantworten bitte auf die letzte <u>Woche</u> .	
Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.	
Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.
<input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Fast immer <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.
<input type="checkbox"/> Ganz genau so <input type="checkbox"/> Nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> Nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> Kaum oder gar nicht	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.
<input type="checkbox"/> Ja, sehr stark <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> Etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich aussehe. <input type="checkbox"/> Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum. <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich darum so viel wie früher.
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
<input type="checkbox"/> Ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> Nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> Viel seltener als früher <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Nicht sehr oft <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	Ich blicke mit Freude in die Zukunft.
<input type="checkbox"/> Einen großen Teil der Zeit <input type="checkbox"/> Verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> Von Zeit zu Zeit/aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> Nur gelegentlich/nie	<input type="checkbox"/> Ja, sehr <input type="checkbox"/> Eher weniger als früher <input type="checkbox"/> Viel weniger als früher <input type="checkbox"/> Kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich.	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.
<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Meistens	<input type="checkbox"/> Ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Nicht sehr oft <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.
<input type="checkbox"/> Ja, natürlich <input type="checkbox"/> Gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> Nicht oft <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Eher selten <input type="checkbox"/> Sehr selten

8. Aufwendungen zur Versorgung der Wunde(n)	
Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir erfassen, welcher (persönliche und finanzielle) Aufwand Ihnen durch Ihre Wunde entstanden ist. Bitte beziehen Sie sich dabei auf die letzten 6 Monate.	
Wie häufig haben Sie für die Behandlung Ihrer Wunde in den letzten 6 Monaten ein Rezept erhalten?	<input type="checkbox"/> Kein <input type="checkbox"/> _____ Rezepte
8.1 Wundauflagen	
Wurden Ihnen spezielle Wundauflagen in den letzten 6 Monaten von Arzt/(Pfleger-)Fachkraft empfohlen oder rezeptiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 8.2</i>)
Falls JA, haben Sie in den letzten 6 Monaten Wundauflagen aus eigener Tasche bezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar zirka _____ € <input type="checkbox"/> Nein
8.2 Hilfsmittel wie z.B. Anziehhilfe, orthopädische Schuhe	
Wurden Ihnen Hilfsmittel in den letzten 6 Monaten von Arzt/(Pfleger-)Fachkraft empfohlen oder rezeptiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 8.3</i>)
Falls JA, welche? _____	
Falls JA, haben Sie in den letzten 6 Monaten Hilfsmittel aus eigener Tasche bezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar zirka _____ € <input type="checkbox"/> Nein
8.3 Heilmittel, wie z.B. Lymphdrainage	
Wurden Ihnen Heilmittel in den letzten 6 Monaten von Arzt/(Pfleger-)Fachkraft empfohlen oder rezeptiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 8.4</i>)
Falls JA, welche? _____	
Falls JA, haben Sie in den letzten 6 Monaten Heilmittel aus eigener Tasche bezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar zirka _____ € <input type="checkbox"/> Nein
8.4 Pflegedienst	
War in den letzten 6 Monaten ein Pflegedienst an der Versorgung Ihrer Wunde(n) beteiligt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 9</i>)
Falls JA, hatten Sie immer denselben Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> Ja, immer derselbe Pflegedienst. <input type="checkbox"/> Nein, ich habe den Pflegedienst gewechselt.
Falls die Versorgung durch den Pflegedienst in den letzten 6 Monaten beendet wurde, was war der Grund?	<input type="checkbox"/> Die Wunde ist verheilt. <input type="checkbox"/> Nicht mehr nötig, ich versorge die Wunde selbst.

9. Ihre Lebensumstände		
Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihren Lebensumständen. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht.		
Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Gelegentlich (seltener als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> Regelmäßig (1x pro Woche oder häufiger)	
Rauchen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie aktuell erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin erwerbstätig. <input type="checkbox"/> Nein, ich bin nicht (mehr) erwerbstätig.	
Falls JA: Wie viele Arbeitstage waren Sie in den letzten 6 Monaten krankgeschrieben (insgesamt, nicht nur wegen Ihrer Wunde)?	<input type="checkbox"/> Keinen	_____ Tage

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Den ausgefüllten Fragebogen legen Sie bitte in den beigegefügteten Umschlag und **geben diesen in Ihrer Studieneinrichtung ab**. Alternativ können Sie den Umschlag auch unfrankiert per Post an das Evaluationszentrum senden. Die Gebühren übernehmen wir.

Bitte tragen Sie hier Ihren **Namen** ein!

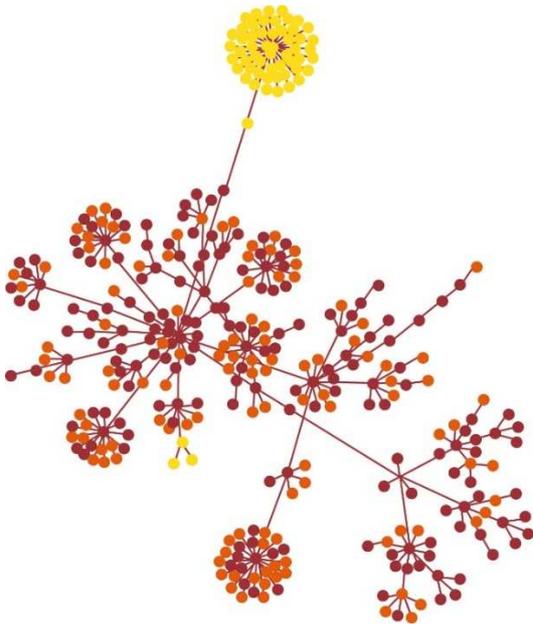
VeMaWu RLP

Versorgungs**Management Wunde**
in Rheinland-Pfalz

► Teilnehmerfragebogen

Versorgungs**Management Wunde** Rheinland-Pfalz

Folgerhebung FU2



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

das Ausfüllen des Fragebogens ist ganz einfach. Bitte beachten Sie dabei Folgendes:

- Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten durch. Denken Sie nicht lange nach, kreuzen Sie einfach diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen, Eindrücke oder Ihre Meinung am besten beschreibt.
- Die Fragen sollten von Ihnen selbst beantwortet werden. Beim Ausfüllen kann eine vertraute Person Sie unterstützen.
- Wenn nicht anders angegeben, kreuzen Sie bitte nur **eine Antwort** an!
- Beachten Sie bitte die jeweiligen Hinweise zur Beantwortung der einzelnen Fragen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig.
- Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift (in blau oder schwarz) und markieren so:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, schwärzen Sie bitte die falsche Angabe.

Korrektur:

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und in pseudonymisierter Form ausgewertet. Das bedeutet, ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden durch eine Zahlenkombination ersetzt, um einen Rückschluss auf ihre Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Bei Rückfragen zu den Fragebögen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden:

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Tel.: 0621/5203-456

Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de



Für Ihre Teilnahme möchten wir uns mit einem Gutschein im Wert von 18,50 € bei Ihnen bedanken! Dieser Wertgutschein wird Ihnen nach Rücklauf des Fragebogens vom Evaluationszentrum zugesandt.

Bitte kreuzen Sie hier an, welches der Gutschein ihrer Wahl ist:

- Müller Drogerie Thalia Media Markt Aral SuperCard
- Nein danke, ich möchte keinen Wertgutschein zugesandt bekommen.

Datum		_____ . _____ . _____			
1. Leben mit einer chronischen Wunde					
Zunächst möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht.					
Sind alle Wunden bereits abgeheilt?		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja	
		Bitte setzen Sie im Folgenden für jede		Weiter mit Frage 2	
		Zeile genau ein Kreuz.			
	Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Ziemlich	Sehr
In den letzten 7 Tagen ...					
...hatte ich Schmerzen an der Wunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich störenden Wundausfluss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war die Behandlung der Wunde für mich belastend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war ich wegen der Wunde niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe anderer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Behandlungserfolg						
<p>Mit den nun folgenden Fragen möchten wir erfahren, inwieweit die unten genannten Ziele durch die aktuelle letzte Behandlung Ihrer Wunde bereits erreicht wurden.</p> <p>Falls eine Aussage für Sie nicht zutrifft, antworten Sie bitte mit "Betrifft mich nicht".</p>						
	Gar nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr	Betrifft mich nicht
Die jetzige Behandlung hat mir geholfen ...						
...schmerzfrei zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...keinen Ausfluss an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...an der Wunde geheilt zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...besser schlafen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...weniger niedergeschlagen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...an Lebensfreude zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>					
...keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...ein normales Alltagsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...im Alltag leistungsfähiger zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten.	<input type="checkbox"/>					
...normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>					
...mehr Kontakt mit anderen Menschen haben zu können.	<input type="checkbox"/>					
...sich mehr zeigen zu mögen.	<input type="checkbox"/>					
...in der Partnerschaft weniger belastet zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
...weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>					
...eine klare Diagnose und Therapie zu finden.	<input type="checkbox"/>					
...Vertrauen in die Therapie zu haben.	<input type="checkbox"/>					

3. Wissen über meine Erkrankung				
Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen gerne erfahren, was Sie über Ihre Erkrankung wissen und wie sicher Sie sich in Bezug auf Ihren Umgang mit der Erkrankung fühlen.				
Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen ein Kästchen an, das für Sie persönlich am besten beschreibt, wie sehr Sie der Aussage zustimmen oder nicht zustimmen.				
	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Letzten Endes bin ich selbst dafür verantwortlich, mich um meine Erkrankung zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um meine Gesundheit und meine Leistungsfähigkeit zu beeinflussen, ist es am wichtigsten, eine aktive Rolle im Rahmen meiner Behandlung einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich Maßnahmen ergreifen kann, die helfen, Symptome und Probleme meiner Erkrankung zu verhindern oder zu verringern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Medikamente einnehmen: Ich weiß, was jedes der mir verschriebenen Medikamente bewirken soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich beurteilen kann, wann ich eine medizinische Behandlung benötige und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich meinem Behandler meine Anliegen mitteilen kann, auch wenn er nicht danach fragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich medizinische Behandlungen, die ich zu Hause durchführen muss, auch umsetzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß über meine Erkrankung und ihre Ursachen Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in der Lage, die Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten aufrechtzuerhalten, die ich aufgrund meiner Erkrankung begonnen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich weitere Probleme mit meiner Erkrankung verhindern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich für neu auftretende Situationen oder Probleme mit meiner Erkrankung Lösungen finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin davon überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten, wie eine gesunde Ernährung und Sport, auch in stressigen Zeiten beibehalten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

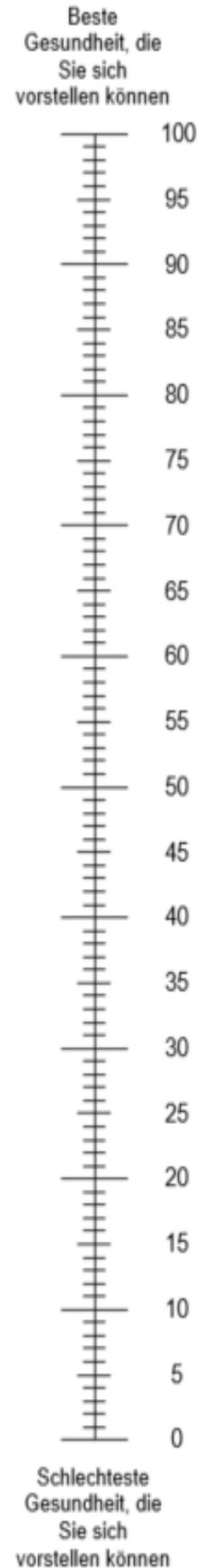
4. Ihre Gesundheit im Allgemeinen	
Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit allgemein und Ihrem Gesundheitsverhalten. Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift das Kästchen an, das Ihre Gesundheit <u>heute</u> am besten beschreibt.	
BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT	
Ich habe <i>keine</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
FÜR SICH SELBST SORGEN	
Ich habe <i>keine</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Ich habe <i>keine</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>große</i> Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nicht</i> in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	
Ich habe <i>keine</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>leichte</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>mäßige</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>starke</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>extreme</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT	
Ich bin <i>nicht</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>ein wenig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>mäßig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>sehr</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
Ich bin <i>extrem</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>

Bitte auch die folgende Seite hierzu beachten!

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen ein.



5. Unterstützung					
Nun möchten wir wissen, wie häufig Ihnen die folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung steht. Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die die verfügbare Unterstützung am besten beschreibt!					
	Nie	Manchmal	Meist	Immer	
Jemand der Sie zum Arzt führt, wenn es nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen Essen zubereitet, wenn Sie dazu nicht in der Lage sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen bei täglichen Arbeiten hilft, wenn Sie krank sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihnen in schwierigen Situationen gute Ratschläge gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder mit dem Sie über persönliche Probleme sprechen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jemand, der Ihre Probleme versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Zufriedenheit					
Wie zufrieden waren Sie in der <u>vergangenen Woche</u> mit...					
	Gar nicht zufrieden	Etwas zufrieden	Mäßig zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden
...dem Zustand Ihrer Wunde?	<input type="checkbox"/>				
...Ihrer Gesundheit allgemein?	<input type="checkbox"/>				
...der erhaltenen Behandlung?	<input type="checkbox"/>				
...der Beratung zur Wundpflege?	<input type="checkbox"/>				

7. Ihr Befinden © Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.	
Die Aussagen beziehen sich auf Ihr allgemeines und seelisches Befinden. Beziehen Sie sich beim Beantworten bitte auf die <u>letzte Woche</u> .	
Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.	
Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.
<input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Fast immer <input type="checkbox"/> Sehr oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.
<input type="checkbox"/> Ganz genau so <input type="checkbox"/> Nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> Nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> Kaum oder gar nicht	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.
<input type="checkbox"/> Ja, sehr stark <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> Etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich aussehe. <input type="checkbox"/> Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum. <input type="checkbox"/> Ich kümmere mich darum so viel wie früher.
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
<input type="checkbox"/> Ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> Nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> Viel seltener als früher <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Nicht sehr oft <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	Ich blicke mit Freude in die Zukunft.
<input type="checkbox"/> Einen großen Teil der Zeit <input type="checkbox"/> Verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> Von Zeit zu Zeit/aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> Nur gelegentlich/nie	<input type="checkbox"/> Ja, sehr <input type="checkbox"/> Eher weniger als früher <input type="checkbox"/> Viel weniger als früher <input type="checkbox"/> Kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich.	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.
<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Meistens	<input type="checkbox"/> Ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Nicht sehr oft <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.
<input type="checkbox"/> Ja, natürlich <input type="checkbox"/> Gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> Nicht oft <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Eher selten <input type="checkbox"/> Sehr selten

8. Aufwendungen zur Versorgung der Wunde(n)	
Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir erfassen, welcher (persönliche und finanzielle) Aufwand Ihnen durch Ihre Wunde entstanden ist. Bitte beziehen Sie sich dabei auf die <u>letzten 6 Monate</u> .	
Wie häufig haben Sie für die Behandlung Ihrer Wunde in den letzten 6 Monaten ein Rezept erhalten?	<input type="checkbox"/> Kein <input type="checkbox"/> _____ Rezepte
8.1 Wundauflagen	
Wurden Ihnen spezielle Wundauflagen in den letzten 6 Monaten von Arzt/(Pfleger-)Fachkraft empfohlen oder rezeptiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 8.2</i>)
Falls JA, haben Sie in den letzten 6 Monaten Wundauflagen/-verbände aus eigener Tasche bezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar zirka _____ € <input type="checkbox"/> Nein
8.2 Hilfsmittel wie z.B. Anziehhilfe, orthopädische Schuhe	
Wurden Ihnen Hilfsmittel in den letzten 6 Monaten von Arzt/(Pfleger-)Fachkraft empfohlen oder rezeptiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 8.3</i>)
Falls JA, welche? _____	
Falls JA, haben Sie in den letzten 6 Monaten Hilfsmittel aus eigener Tasche bezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar zirka _____ € <input type="checkbox"/> Nein
8.3 Heilmittel, wie z.B. Lymphdrainage, Podologie	
Wurden Ihnen Heilmittel in den letzten 6 Monaten von Arzt/(Pfleger-)Fachkraft empfohlen oder rezeptiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 8.4</i>)
Falls JA, welche? _____	
Falls JA, haben Sie in diese Heilmittel aus eigener Tasche bezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar zirka _____ € <input type="checkbox"/> Nein
8.4 Pflegedienst	
War in den <u>letzten 6 Monaten</u> ein Pflegedienst an der Versorgung Ihrer Wunde(n) beteiligt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>weiter mit Frage 9</i>)
Falls JA, hatten Sie immer denselben Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> Ja, immer derselbe Pflegedienst. <input type="checkbox"/> Nein, ich habe den Pflegedienst gewechselt.
Falls die Versorgung durch den Pflegedienst in den letzten 6 Monaten beendet wurde, was war der Grund?	<input type="checkbox"/> Die Wunde ist verheilt. <input type="checkbox"/> Nicht mehr nötig, ich versorge die Wunde selbst.

9. Ihre Lebensumstände	
Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihren Lebensumständen. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht.	
Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Gelegentlich (seltener als 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> Regelmäßig (1x pro Woche oder häufiger)
Rauchen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie aktuell erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin erwerbstätig. <input type="checkbox"/> Nein, ich bin nicht (mehr) erwerbstätig.
Falls JA: Wie viele Arbeitstage waren Sie in den letzten 6 Monaten krankgeschrieben (insgesamt, nicht nur wegen Ihrer Wunde)?	<input type="checkbox"/> Keinen _____ Tage
Zuletzt möchten wir erfahren, ob es Änderungen in Ihrer Wohnsituation gibt. Wohnen Sie im ...	<input type="checkbox"/> eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> Betreuten Wohnen / Servicewohnen <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim <input type="checkbox"/> Sonstiges
Anzahl der Personen, die in Ihrem Haushalt leben, Sie selbst eingeschlossen:	_____ Personen

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Den ausgefüllten Fragebogen legen Sie bitte in den beigefügten Umschlag und **geben diesen in Ihrer Studieneinrichtung ab**. Alternativ können Sie den Umschlag auch unfrankiert per Post an das Evaluationszentrum senden. Die Gebühren übernehmen wir.

Ihr Name, Vorname

► Kurzfragebogen Wundstatus

		Datum
Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer, bei Aufnahme in die VeMaWu RLP Studie wurde(n) die folgende Wunde(n) bei Ihnen festgestellt.		
1.	Ist diese Wunde inzwischen ganz abgeheilt und die obere Hautschicht geschlossen?	
	Zehen, rechts	<input type="checkbox"/> JA, SEIT _____ <input type="checkbox"/> NEIN
		<input type="checkbox"/> JA, SEIT _____ <input type="checkbox"/> NEIN
		<input type="checkbox"/> JA, SEIT _____ <input type="checkbox"/> NEIN
2.	Haben Sie inzwischen andere, neue Wunden?	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Falls JA, wo befinden sich diese? _____		
3.	Werden derzeit Verbandwechsel durchgeführt?	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
4.	Wurde inzwischen eine Amputation vorgenommen?	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Falls JA, was wurde amputiert? _____	
Falls JA, wann war das? _____		
5.	Waren Sie inzwischen in einem Krankenhaus zur stationären Behandlung?	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Falls JA, warum? _____	
Falls JA, wann war das? _____		
6.	Haben Sie an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Falls JA, wann war das? _____		

Bitte hier Etikett
aufkleben!
Studien-ID

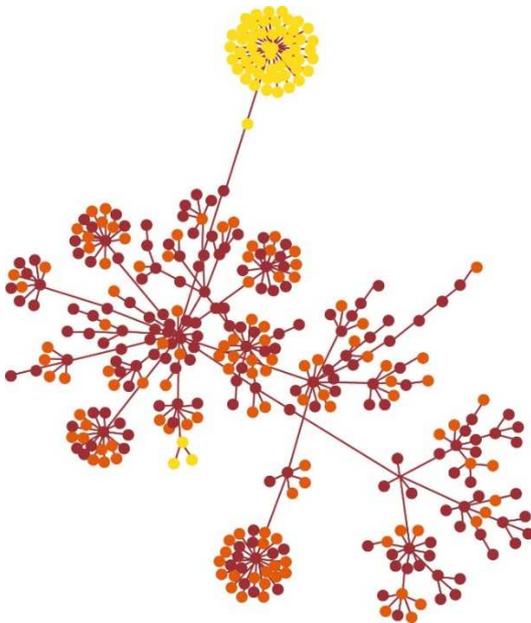
VeMaWu RLP

Versorgungs**M**anagement **W**unde
in Rheinland-Pfalz

► Teilnehmerfragebogen

telefonisch

Versorgungs**M**anagement **W**unde Rheinland-Pfalz
Ersterhebung



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hs-lu.de

Informationen für die Teilnehmerin/ den Teilnehmer vorab:

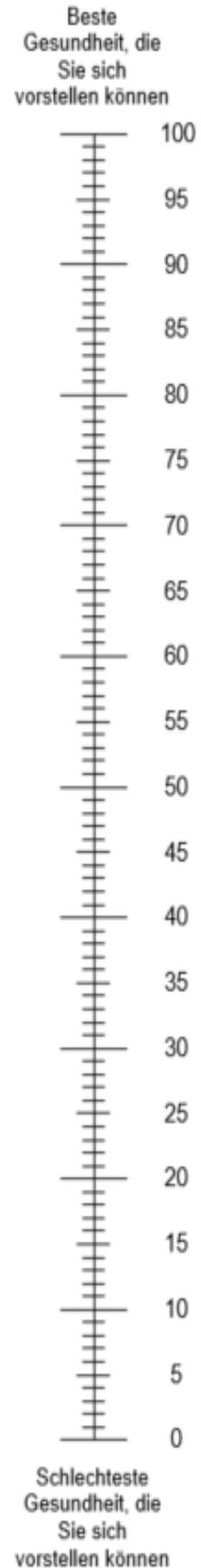
- Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und in pseudonymisierter Form ausgewertet. Das bedeutet, ihr Name und andere Identifikationsmerkmale sind durch eine Zahlenkombination ersetzt, um einen Rückschluss auf ihre Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.
- Wenn nicht anders angegeben, wird für jede Frage genau **eine Antwort** erwartet.
- Bitte denken Sie nicht lange nach, nennen Sie diejenige Antwort, die Ihre Erfahrungen, Eindrücke oder Ihre Meinung am besten beschreibt.

Datum	_____ . _____ . _____
Ihre Gesundheit im Allgemeinen	
Zuerst folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit allgemein und Ihrem Gesundheitsverhalten. Ich nenne Ihnen nun einige Bereiche und möchte jeweils wissen, welche Aussage Ihre Gesundheit <u>heute</u> am besten beschreibt:	
BEWEGLICHKEIT / Herumgehen	
Sie haben <i>keine</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>große</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Sie sind <i>nicht</i> in der Lage herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
SICH SELBST Waschen und Anziehen	
Sie haben <i>keine</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>große</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Sie sind <i>nicht</i> in der Lage, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Sie haben <i>keine</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>große</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Sie sind <i>nicht</i> in der Lage, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	
Sie haben <i>keine</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>starke</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>extreme</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT	
Sie sind <i>nicht</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>ein wenig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>sehr</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>extrem</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Wenn 100 die beste Gesundheit ist, die Sie sich vorstellen können, und 0 (Null) die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können:

Welcher Wert auf einer Skala von 0 bis 100 beschreibt Ihre Gesundheit HEUTE am besten?



Leben mit einer chronischen Wunde					
<p>Nun möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht.</p> <p>Bitte sagen Sie mir zu jeder Frage, ob die Aussage für Sie „gar nicht“, „etwas“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ oder „sehr“ zutrifft.</p> <p>Die Antwortmöglichkeiten werde ich bei jeder Frage wiederholen.</p>					
	Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Ziemlich	Sehr
In den letzten 7 Tagen ...					
... hatten Sie Schmerzen an der Wunde.	<input type="checkbox"/>				
... einen unangenehmen Geruch an der Wunde.	<input type="checkbox"/>				
... störenden Wundausfluss.	<input type="checkbox"/>				
...war ihr Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>				
...war die Behandlung der Wunde für Sie belastend.	<input type="checkbox"/>				
...waren Sie wegen der Wunde niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>				
...hat Sie frustriert, dass die Heilung so lange dauert.	<input type="checkbox"/>				
...haben Sie sich Sorgen wegen meiner Wunde gemacht.	<input type="checkbox"/>				
...hatten Sie Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden.	<input type="checkbox"/>				
... hatten Sie Angst, sich an der Wunde zu stoßen.	<input type="checkbox"/>				
...konnte Sie sich wegen der Wunde schlecht fortbewegen.	<input type="checkbox"/>				
...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam.	<input type="checkbox"/>				
...hatten Sie wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten.	<input type="checkbox"/>				
...waren ihre Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>				
...mussten Sie wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken.	<input type="checkbox"/>				
...fühlte Sie sich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe anderer.	<input type="checkbox"/>				
...war die Wunde eine finanzielle Belastung für Sie.	<input type="checkbox"/>				

Ihre Lebensgewohnheiten und Ihre Person	
Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihren Lebensgewohnheiten und Ihrer Person.	
Haben Sie in ihrem Leben über einen Zeitraum von 6 Monaten regelmäßig geraucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte die beiden folgenden Fragen nur stellen, wenn mit JA geantwortet wurde.	
Wie viele Jahre haben Sie insgesamt geraucht?	_____ Jahre
Rauchen Sie zur Zeit?	<input type="checkbox"/> ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Zig. <input type="checkbox"/> nein, vor wie vielen Jahren haben Sie das Rauchen beendet? <div style="text-align: right;">vor _____ Jahren</div>
Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> (regelmäßig) 1x pro Woche oder häufiger <input type="checkbox"/> (gelegentlich) seltener als 1x pro Woche <input type="checkbox"/> nie
Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife / POS) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss

Angaben zu Ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung

Wundbehandelnde Arztpraxis

Adresse

Pflegedienst (falls vorhanden)

Adresse

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, meine Fragen zu beantworten!

Bitte noch nach dem Interview ergänzen, soweit die Angaben bekannt sind:

<p>Sind Sie erwerbstätig? <i>Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> ja, ich bin erwerbstätig <input type="checkbox"/> nein, ich bin nicht (mehr) erwerbstätig</p>
<p>Ihr Geschlecht</p>	<p><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p>
<p>Ihr Geburtsdatum</p>	<p>__ . __ . ____</p>
<p>Leben Sie in einer festen Partnerschaft?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Ihr Familienstand</p>	<p><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet</p>
<p>Wohnen Sie im ...</p>	<p><input type="checkbox"/> eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> Betreuten Wohnen / Servicewohnen <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>
<p>Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?</p>	<p>_____ Personen</p>

Name

Studien-ID

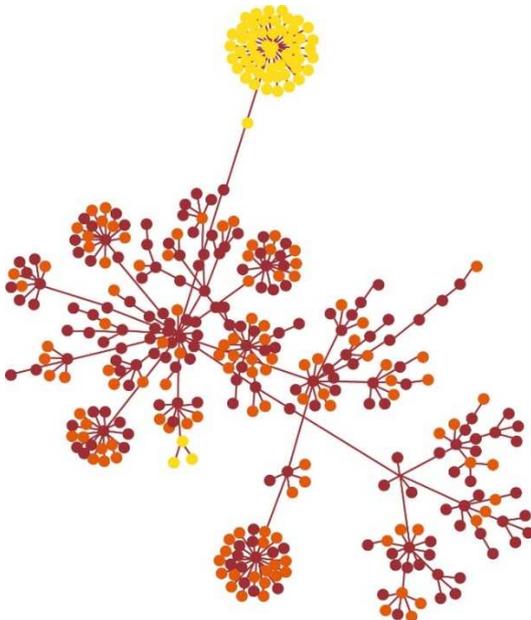
VeMaWu RLP

VersorgungsManagement Wunde
in Rheinland-Pfalz

► Teilnehmerfragebogen

telefonisch

VersorgungsManagement Wunde Rheinland-Pfalz
FOLGEERHEBUNG



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hs-lu.de

Informationen für die Teilnehmerin/ den Teilnehmer vorab:

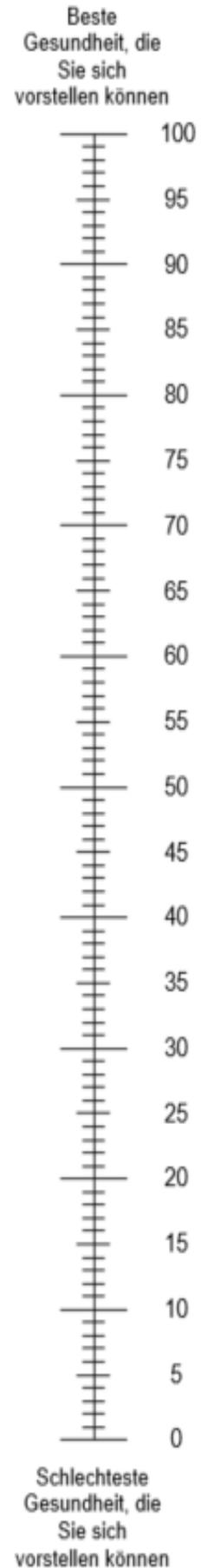
- Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und in pseudonymisierter Form ausgewertet. Das bedeutet, ihr Name und andere Identifikationsmerkmale sind durch eine Zahlenkombination ersetzt, um einen Rückschluss auf ihre Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.
- Wenn nicht anders angegeben, wird für jede Frage genau **eine Antwort** erwartet.
- Bitte denken Sie nicht lange nach, nennen Sie diejenige Antwort, die Ihre Erfahrungen, Eindrücke oder Ihre Meinung am besten beschreibt.

Datum	_____ . _____ . _____
Ihre Gesundheit im Allgemeinen	
Zuerst folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit allgemein und Ihrem Gesundheitsverhalten. Ich nenne Ihnen nun einige Bereiche und möchte jeweils wissen, welche Aussage Ihre Gesundheit <u>heute</u> am besten beschreibt:	
BEWEGLICHKEIT / Herumgehen	
Sie haben <i>keine</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>große</i> Probleme herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
Sie sind <i>nicht</i> in der Lage herumzugehen.	<input type="checkbox"/>
SICH SELBST Waschen und Anziehen	
Sie haben <i>keine</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>große</i> Probleme, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
Sie sind <i>nicht</i> in der Lage, sich selbst zu waschen oder anzuziehen.	<input type="checkbox"/>
ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Sie haben <i>keine</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
... <i>große</i> Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
Sie sind <i>nicht</i> in der Lage, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	<input type="checkbox"/>
SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	
Sie haben <i>keine</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>leichte</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßige</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>starke</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
... <i>extreme</i> Schmerzen oder Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT	
Sie sind <i>nicht</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>ein wenig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>mäßig</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>sehr</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>
... <i>extrem</i> ängstlich oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Wenn 100 die beste Gesundheit ist, die Sie sich vorstellen können, und 0 (Null) die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können:

Welcher Wert auf einer Skala von 0 bis 100 beschreibt Ihre Gesundheit HEUTE am besten?



Behandlungserfolg					
<p>Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, inwieweit die genannten Ziele durch die letzte Behandlung Ihrer Wunde bereits erreicht wurden.</p> <p>Ist Ihre Wunde bereits abgeheilt? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor und Sie sagen mir bitte jeweils, ob diese für Ihre Behandlung „gar nicht“, „etwas“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ oder „sehr“ zutrifft. Die Antwortmöglichkeiten werde ich bei jeder Frage wiederholen.</p>					
	Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Ziemlich	Sehr
Die Behandlung hat mir geholfen ...					
...schmerzfrei zu sein.	<input type="checkbox"/>				
...keinen Ausfluss an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>				
...keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben.	<input type="checkbox"/>				
...an der Wunde geheilt zu sein.	<input type="checkbox"/>				
...besser schlafen zu können.	<input type="checkbox"/>				
...weniger niedergeschlagen zu sein.	<input type="checkbox"/>				
...an Lebensfreude zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>				
...keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben.	<input type="checkbox"/>				
...ein normales Alltagsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>				
...im Alltag leistungsfähiger zu sein.	<input type="checkbox"/>				
...ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten.	<input type="checkbox"/>				
...normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können.	<input type="checkbox"/>				
...ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>				
...mehr Kontakt mit anderen Menschen haben zu können.	<input type="checkbox"/>				
...sich mehr zeigen zu mögen.	<input type="checkbox"/>				
...in der Partnerschaft weniger belastet zu sein.	<input type="checkbox"/>				
...weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>				
...weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben.	<input type="checkbox"/>				
...weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>				

...weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>				
...eine klare Diagnose und Therapie zu finden.	<input type="checkbox"/>				
...Vertrauen in die Therapie zu haben.	<input type="checkbox"/>				

Ihre Lebensgewohnheiten und Ihre Person	
Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihren Lebensgewohnheiten und Ihrer Person.	
Rauchen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/> Nein
Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> (regelmäßig) 1x pro Woche oder häufiger <input type="checkbox"/> (gelegentlich) seltener als 1x pro Woche <input type="checkbox"/> nie
Sind Sie aktuell erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin erwerbstätig. <input type="checkbox"/> Nein, ich bin nicht (mehr) erwerbstätig.
Falls JA: Wie viele Arbeitstage waren Sie in den letzten 6 Monaten krankgeschrieben (insgesamt, nicht nur wegen Ihrer Wunde)?	<input type="checkbox"/> Keinen _____ Tage
Wohnen Sie im ...	<input type="checkbox"/> eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> Betreuten Wohnen / Servicewohnen <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim <input type="checkbox"/> Sonstiges
Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?	_____ Personen

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, meine Fragen zu beantworten!

Angaben zu Ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung (*Falls benötigt*)

 Praxis Hausarzt Adresse

 Pflegedienst (falls vorhanden) Adresse

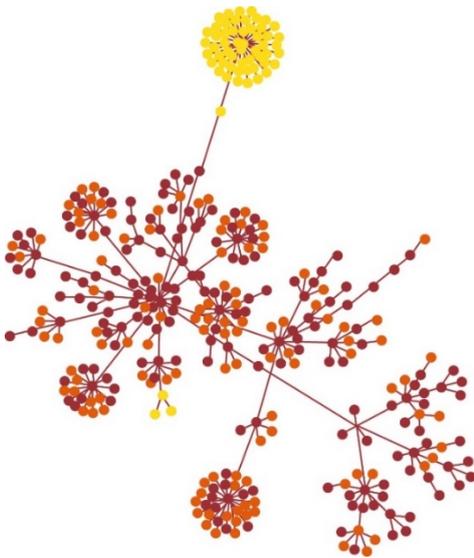
VeMaWu RLP

VersorgungsManagement Wunde
in Rheinland-Pfalz

► Ärztlicher Erhebungsbogen E

VersorgungsManagement Wunde Rheinland-Pfalz

Folgerhebung FU1



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum VeMaWu RLP

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Bitte tragen Sie hier das Datum der heutigen Erhebung und Ihren Namen ein.

Heutiges Datum	_____
Untersucher/in:	_____
Teil A: Identifikation: Bei der Ersterhebung dokumentierte Wunden (T0)	
Abbildung bzw. Fotos der Ersterhebung zur Lokalisation aller dokumentierten Wunden sind hier als Hilfe zur Identifikation wiedergegeben.	
Stand der Dokumentation vom:	
<i>(Markierungen Körperskizze/Foto)</i>	

Bitte Zutreffendes so markieren durch Anklicken:

Richtig:

Wenn Sie etwas korrigieren möchten, das falsch markierte Feld erneut anklicken zum Löschen.

Teil A: Heutiger Befund der bei Studieneinschluss (T0) dokumentierten Wunden					
1 Die von Ihnen dokumentierte	Wunde ①	Wunde ②	Wunde ③	Wunde ④	
befand sich <i>(siehe umseitig)</i>	Region:				
	Seite:				
2 Wundverschluss oder Amputation					
<i>Bitte machen Sie Angaben zu jeder bei der Ersterhebung vor 6 Monaten dokumentierten Wunde!</i>					
2a Wurde eine Amputation vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 2b)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein(→ Frage 2b)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein(→ Frage 2b)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein(→ Frage 2b)	
Falls JA , was wurde amputiert:	<input type="checkbox"/> Zehe(n) <input type="checkbox"/> Vor- und Mittelfuß <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> Zehe(n) <input type="checkbox"/> Vor- und Mittelfuß <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> Zehe(n) <input type="checkbox"/> Vor- und Mittelfuß <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> Zehe(n) <input type="checkbox"/> Vor- und Mittelfuß <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel	
2b Falls NEIN , ist die Wunde aktuell verschlossen, d.h. die Epidermis geschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 2c)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 2c)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 2c)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 2c)	
Falls JA, geschlossen seit:	_____	_____	_____	_____	
2c War die Wunde in den letzten 6 Mon. mind. 1 Mal verschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (→ Wunde 2)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein(→ Wunde 3)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein(→ Wunde 4)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein(→ Frage 3)	
Falls JA , 1. Wundverschluss: 2. Wundverschluss: 3. Wundverschluss:	Von _____ bis _____ _____ bis _____ _____ bis _____	Von _____ bis _____ _____ bis _____ _____ bis _____	Von _____ bis _____ _____ bis _____ _____ bis _____	Von _____ bis _____ _____ bis _____ _____ bis _____	
3 Wie viele Wunden hat der Patient heute insgesamt?					
<i>Berücksichtigen Sie bitte alle sichtbaren Wunden, unabhängig davon, ob es sich um eine neue Wunde handelt oder eine Wunde, die bereits bei Studieneinschluss dokumentiert wurde.</i>					
<input type="checkbox"/> Keine Wunde					
<input type="checkbox"/> _____ Wunden					
Dokumentation in Teil B (am Ende des Bogens)					

Medizinische Versorgung	
1. Stationäre Versorgung im Krankenhaus	
War der/die Patient/in mindestens einmal über Nacht im Krankenhaus (insgesamt, nicht nur wegen der Wunde)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls JA ,	Von bis
1. Krankenhausaufenthalt:	_____ bis _____
2. Krankenhausaufenthalt:	_____ bis _____
3. Krankenhausaufenthalt:	_____ bis _____
4. Krankenhausaufenthalt:	_____ bis _____
	Fachabteilung: _____ _____ _____ _____
Falls JA , war mindestens ein Aufenthalt in den letzten 6 Monaten durch die Wunde ausgelöst?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar Aufenthalt _____ <input type="checkbox"/> Nein
2. Rehabilitation	
Fand in den letzten 6 Monaten eine Rehabilitation aufgrund der Wunde(n) statt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Nein
Falls JA , wie viele Tage umfasste die Rehabilitationsmaßnahme?	_____ Tage
3. Arbeitsunfähigkeit	
War der / die Patient/in wundbedingt arbeitsunfähig mit Krankschreibung?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ Tage <input type="checkbox"/> Nein

4. Heil- und Hilfsmittelversorgung	
Hat der /die Patient/in wundbezogenen Heilmittel erhalten (Lymphdrainage, Podologie)?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Hat der /die Patient/in wundbezogenen Hilfsmittel erhalten (z.B. Orthese)?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
5. Wundspezifische Diagnostik	
<i>Die folgenden Fragen sollen mithilfe der eigenen Dokumentation oder mitgebrachter Unterlagen (Arztbriefe) in den letzten 6 Monaten durchgeführte diagnostische Maßnahmen erfasst werden.</i>	
Palpation Fußpulse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
ABPI Knöchel-Arm-Druck-Index	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Doppler/Duplex Untersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Radiologische Diagnostik (z.B. Phlebographie, Angiographie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige diagnostische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt _____
6. Maßnahmen der Wundbehandlung	
6.1 Chirurgische Maßnahmen	
Wunddeckung rekonstruktiv-chirurgische (z.B. Mesh-/ Spalthaut-Transplantation)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Gefäßchirurgische Sanierung (z.B. Bypass, Stenteinlage)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Minimal-invasive Verfahren (z.B. Sklerosierung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sonstige chirurgische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> Nein _____

6.2 Lokaltherapie			
Konservative Therapie wie Kompression, Druckentlastung, Lagerung u.a.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wundrand/ Hautumgebungsschutz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Entfernen von Nekrosen und Wundbelägen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, wurde das Debridement regelmäßig durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> mind. 1 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> anderer Turnus			
<input type="checkbox"/> Nein, nur: <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> bei Bedarf			
Sonstige Lokaltherapie	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein <hr/>		
Lokale Unterdrucktherapie/Vakuumtherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
6.3 Begleitende Therapie			
Diabeteseinstellung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Falls JA, letzter HbA1c-Wert:	<hr/>		<input type="checkbox"/> nicht bekannt
7. Verbandswechsel			
Werden derzeit Verbandwechsel durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (→ Frage 3)	
Falls JA, Häufigkeit des Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> alle 2 Tage	
	<input type="checkbox"/> alle 3 Tage	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche	
Falls JA, wer nimmt den Verbandswechsel vor? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> MFA <input type="checkbox"/> Lymphtherapeut <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation, die durch eine Fachgesellschaft anerkannt ist.		
8. Schmerzen			
Werden Schmerzen im Zusammenhang mit der Wunde berichtet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wie stark waren die Wundschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 in den letzten 24 Stunden? Bitte auf der visuellen Analogskala anzeigen lassen.	<hr/> Wird "Keine" angegeben bitte "0" eintragen.		
Nimmt Patient/in aktuell Schmerzmittel...			
... gegen den Wundschmerz ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf		

... auf Grund einer anderen Ursache ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf
Wie häufig hat er Schmerzmittel in den letzten 7 Tagen genommen?	<input type="checkbox"/> an 1–2 Tagen <input type="checkbox"/> an 5–6 Tagen <input type="checkbox"/> an 3–4 Tagen <input type="checkbox"/> täglich
Wurden Änderungen der Schmerzmedikation vorgenommen in den letzten sechs Monaten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Liegt ein Medikationsplan mit ausgewiesener Schmerzmedikation vor, bitte kopieren und beilegen.
 Falls NICHT, Schmerzmedikamente bitte u.s. auflisten.

Welche Schmerzmedikamente sind das? (Handelsname oder Wirkstoff angeben)	Stärke	Einheit (Stück, Tropfen, IE)	Menge morgens	Menge mittags	Menge abends	Menge bei Bedarf
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

9. Ambulante medizinische Versorgung und Mitbehandlung

Neuerkrankungen in den letzten 6 Monaten : <i>(Bitte eintragen!)</i>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ seit _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt _____ seit _____
---	--

Welche Haus- oder Fachärzte waren an der Behandlung der Wunde(n) in den letzten 6 Monaten beteiligt ? <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Hausarzt: <input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung <input type="checkbox"/> durch einen anderen Hausarzt <input type="checkbox"/> Versorgung durch einen Facharzt <input type="checkbox"/> in der Studieneinrichtung <input type="checkbox"/> durch einen anderen Facharzt, Fachrichtung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. <input type="checkbox"/> Die Wunde wurde nicht ärztlich betreut.
--	---

Wurde der/die Patient/ zu weiteren Ärzten zur Mit- und/oder Weiterbehandlung der Wunde(n) überwiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--

Falls ja, zu einem Arzt/Ärztin welcher Fachrichtung?	Fachrichtung: _____
--	------------------------

Musste der/die Patient/in eine Notfallambulanz wegen der Wunde(n) aufsuchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

Teil B: Dokumentation aktuell vorhandener Wunden			
WUNDE A	Wundfoto ist vorhanden und beigelegt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Ferse	<input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> sonstige _____
Seite	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	
Lokalisation	<input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> außen	<input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten	
Diagnose nach ICD-10 GM	_____		
Wunddauer seit	_____ (Monat.Jahr)		
Wundgröße in cm: <small>Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)</small>	Wundlänge: _____ cm	Wundbreite: _____ cm	Wundtiefe: _____ cm
Stege vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Granulation	<input type="checkbox"/> komplett	<input type="checkbox"/> mind. 25%	<input type="checkbox"/> keine
Epithelisierung in % der Wundfläche	<input type="checkbox"/> mind. 75%	<input type="checkbox"/> teilweise (<75%)	<input type="checkbox"/> keine
Betroffenes Gewebe (Tiefe)	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Subcutis	<input type="checkbox"/> Muskel/Faszie <input type="checkbox"/> Sehne/Knochen	
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> Fibrin/Nekrose	
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> viel
Wundrand/Umgebung	<input type="checkbox"/> reizlos/intakt <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt/hyperkeratotisch	<input type="checkbox"/> gerötet/Überwärmung <input type="checkbox"/> livide verfärbt <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> mazeriert	<input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch	<input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

WUNDE B	Wundfoto ist vorhanden und beigelegt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Ferse _____
Seite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Lokalisation	<input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> hinten
Diagnose nach ICD-10 GM	_____
Wunddauer seit	_____ (Monat.Jahr)
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm
Stege vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Granulation	<input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> mind. 25% <input type="checkbox"/> keine
Epithelisierung in % der Wundfläche	<input type="checkbox"/> mind. 75% <input type="checkbox"/> teilweise (<75%) <input type="checkbox"/> keine
Betroffenes Gewebe (Tiefe)	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Muskel/Faszie <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Sehne/Knochen
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Fibrin/Nekrose
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel
Wundrand/Umgebung	<input type="checkbox"/> reizlos/intakt <input type="checkbox"/> gerötet/Überwärmung <input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> livide verfärbt <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt/hyperkeratotisch <input type="checkbox"/> ödematös _____ <input type="checkbox"/> mazeriert
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

WUNDE C	Wundfoto ist vorhanden und beigelegt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Ferse _____
Seite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Lokalisation	<input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> hinten
Diagnose nach ICD-10 GM	_____
Wunddauer seit	_____ (Monat.Jahr)
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm
Stege vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Granulation	<input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> mind. 25% <input type="checkbox"/> keine
Epithelisierung in % der Wundfläche	<input type="checkbox"/> mind. 75% <input type="checkbox"/> teilweise (<75%) <input type="checkbox"/> keine
Betroffenes Gewebe (Tiefe)	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Muskel/Faszie <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Sehne/Knochen
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Fibrin/Nekrose
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel
Wundrand/Umgebung	<input type="checkbox"/> reizlos/intakt <input type="checkbox"/> gerötet/Überwärmung <input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> livide verfärbt <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt/hyperkeratotisch <input type="checkbox"/> ödematös _____ <input type="checkbox"/> mazeriert
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

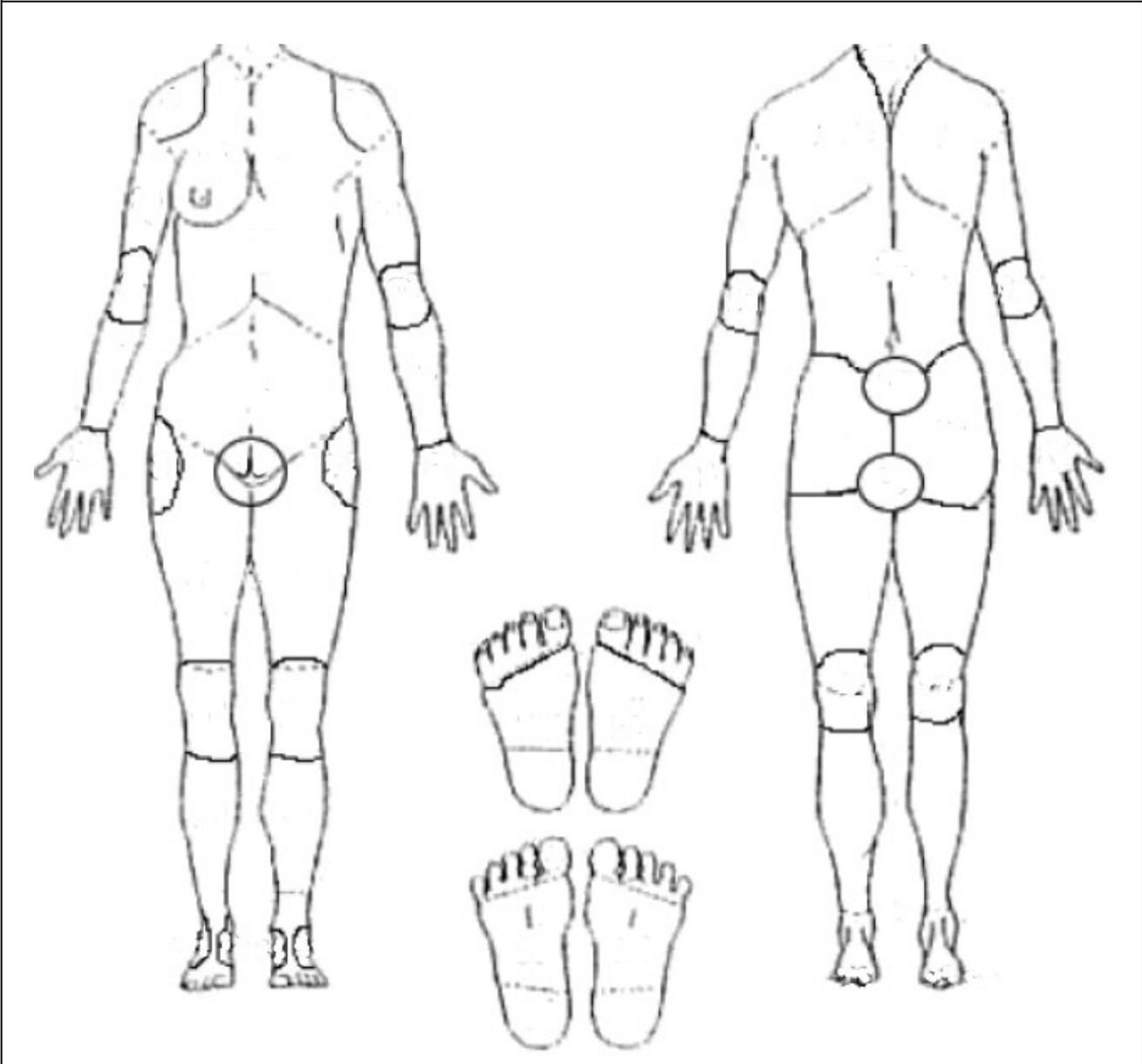
WUNDE D	Wundfoto ist vorhanden und beigelegt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körperregion	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Ferse _____
Seite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Lokalisation	<input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> hinten
Diagnose nach ICD-10 GM	_____
Wunddauer seit	_____ (Monat.Jahr)
Wundgröße in cm: Messen der größten Länge und Breite entlang der Körperachse („12 zu 6 Uhr“ bzw. „9 zu 3 Uhr“)	Wundlänge: _____ cm Wundbreite: _____ cm Wundtiefe: _____ cm
Stege vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Granulation	<input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> mind. 25% <input type="checkbox"/> keine
Epithelisierung in % der Wundfläche	<input type="checkbox"/> mind. 75% <input type="checkbox"/> teilweise (<75%) <input type="checkbox"/> keine
Betroffenes Gewebe (Tiefe)	<input type="checkbox"/> Epidermis/Dermis <input type="checkbox"/> Muskel/Faszie <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Sehne/Knochen
Wundbelag	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Fibrin/Nekrose
Wundexsudat, Menge	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> viel
Wundrand/Umgebung	<input type="checkbox"/> reizlos/intakt <input type="checkbox"/> gerötet/Überwärmung <input type="checkbox"/> atroph <input type="checkbox"/> trocken/schuppig <input type="checkbox"/> livide verfärbt <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> verhärtet/vernarbt/hyperkeratotisch <input type="checkbox"/> ödematös _____ <input type="checkbox"/> mazeriert
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffälliger Wundgeruch <input type="checkbox"/> Patienten beeinträchtigender Geruch
Klinische Infektzeichen (z.B. LN Schwellung, Fieber)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Markieren der Wundlokalisierung neu

Wo befinden sich die heute erfassten Wunden?

Bitte kennzeichnen Sie die Lokalisation aller dokumentierten Wunden mit dem entsprechenden Buchstaben (a, b, c) in dem untenstehenden Körperschema.

Vorhandene Wundfotos bitte mit dem gleichen Buchstaben und dem Patientenname kennzeichnen.



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Erhebungsbogen VeMaWu RLP - Studie

Studien-ID _____

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an und tragen entsprechende Angaben ein.

1.	Wann war die oben genannte Person das letzte Mal in Ihrer Sprechstunde oder fand ein Hausbesuch statt?		
	TT MM JJJJ _____ . _____ . _____		
2a.	Zum Zeitpunkt des Einschluss in die VeMaWu RLP Studie wurde(n) folgende chronische Wunde(n) dokumentiert. Wie war der Wundstatus bei oben genanntem Kontakt?		
	Wundlokalisierung:	Die Wunde war verschlossen, d.h. die Epidermis ganz geschlossen?	
	1	<input type="checkbox"/> JA, SEIT _____ <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT	
	2	<input type="checkbox"/> JA, SEIT _____ <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT	
		<input type="checkbox"/> JA, SEIT _____ <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT	
2b.	Falls NEIN, war(en) diese Wunde(n) mindestens einmal verschlossen seit dem (<i>Einschlussdatum</i>)?		
	Wunde:	<input type="checkbox"/> JA, VON-BIS: _____ <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT	
	Wunde:	<input type="checkbox"/> JA, VON-BIS: _____ <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT	
3.	Hatte die oben genannte Person beim letzten Kontakt mindestens eine andere chronische Wunde (d.h. eine Wunde, die über 4 Wochen nicht abheilt)?		
	<input type="checkbox"/> JA, und zwar _____ (Anzahl Wunden) <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT		
	Falls JA, wo befand(en) sich diese Wunde(n)? Bitte tragen Sie die Lokalisation aller Wunden ein:		
	RECHTES BEIN <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Ferse <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel	LINKES BEIN <input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> Fußsohle <input type="checkbox"/> Fußrücken <input type="checkbox"/> Ferse <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel	RUMPF <input type="checkbox"/> Kreuz-/Steißbein <input type="checkbox"/> Bauch SONSTIGES: _____
4.	Wurden Amputationen an den unteren Extremitäten nach dem (<i>Einschlussdatum</i>) vorgenommen?		
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
	Falls JA, was wurde amputiert? (Bitte jeweils die Seite re / li mitangeben)		
		Lokalisation:	Datum der Amputation:
	1.		
	2.		

Name, Vorname

Geburtsdatum

5.	War die oben genannte Person seit dem (<i>Einschlussdatum</i>) im Krankenhaus zur stationären Behandlung ?		
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT		
	Falls JA, bitte den jeweiligen Zeitraum sowie die Entlassdiagnose angeben:		
	von:		bis: ICD-10-GM
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	Bitte legen Sie vorliegende Entlassberichte bzw. Arztbriefe bei der Rücksendung dem Bogen bei.		
	6.	Fanden Rehabilitationsmaßnahmen seit dem (<i>Einschlussdatum</i>) statt?	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT			
Falls JA, bitte den jeweiligen Zeitraum und die rehabilitationsbegründenden Diagnosen angeben:			
von:		bis: ICD-10-GM	
1.			
2.			
7.	Wurden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seit dem (<i>Einschlussdatum</i>) ausgestellt?		
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NICHT BEKANNT <input type="checkbox"/> Person ist nicht erwerbstätig.		
	Falls JA, bitte die jeweiligen AU-Zeiten und AU-Diagnosen eintragen:		
	von:		bis: ICD-10-GM
	1.		
	2.		
	3.		
8.	Ergänzungen:		

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Praxisstempel
Datum, Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

VeMaWu-RLP Studie

Verstorbene Studienteilnehmer

Studien-ID _____

Falls oben genannter Patient / genannte Patientin bereits verstorben ist, bitten wir Sie auch um die folgenden Angaben.

Sterbedatum:

TT MM JJJJ
____ . ____ . _____

NICHT BEKANNT

Sterbeort:

NICHT BEKANNT

Todesursache
(ICD-10 GM):

NICHT BEKANNT

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Praxisstempel

Datum, Unterschrift

Evaluation VeMaWu RLP
Standard Operation Procedure
Ersterhebung

Version:	V01.3	gültig ab:	25.06.2019
Ersetzte Version:	V01.2	von:	17.12.2018

Anlagen

- MUSTER - Teilnahmeerklärung IV (1) (=FM)**
- MUSTER - Teilnahmeerklärung IV (2) (=RV)**
- MUSTER - PAKET 1 - Teilnahmerklärung BGB (FM)**
- MUSTER - PAKET 2 - Teilnahmeerklärung BGB (RV)**
- MUSTER - Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Evaluation**
- MUSTER - Teilnahme-Datenblatt Evaluation**
- MUSTER - Faxformular Randomisierung**
- MUSTER - Teilnahme-Informationsbroschüre**
- Informationsblatt Kostenträger Besondere Versorgung**
- Informationsblatt Rückversand**

Zielgruppen: Studienärztinnen, Studienärzte, Mitarbeiter_innen Studiensekretariat, Projektmanager

Inhalt

1 Ziel	3
2 Geltungsbereich der SOP.....	3
3 Benötigte Dokumente	3
4 Identifikation der Teilnehmenden.....	3
Einschlusskriterien.....	3
Ausschlusskriterien.....	4
5 Aufklärung	5
Ansprache.....	5
Mündliches Einverständnis	5
Allgemeine Studienteilnahme	5
Wissenschaftliche Begleitung.....	5
6 Teilnehmenden-Registrierung.....	6
7 Randomisierung.....	6
Randomisierung Zeiten	6
Angaben zur Randomisierung	6
Rückmeldung Hochschule LU	7
Nachtrag Teilnahme-Datenblatt Evaluation.....	7
8 Ärztliche Erhebung	7
9 Teilnehmerfragebogen.....	7
10 Schriftliches Einverständnis.....	8
Teilnahmeerklärungen Fallmanagement <i>oder</i> Regelversorgung.....	8
Teilnahmeerklärung Wissenschaftliche Begleitung	8
11 Terminvereinbarung Folgerhebung nach 6 Monaten	8
12 Prüfung Vollständigkeit der Dokumente.....	9
13 Weiterleitung der Studienunterlagen	9
Evaluationszentrum Hochschule Ludwigshafen.....	9
mamedicon GmbH	9
Ordner Studieneinrichtung.....	10
Ordnungssystematik Studiendokumentation	10

1 Ziel

Ziel der SOP ist die Festlegung eines Qualitätsstandards für die Vorbereitung, Durchführung und Überprüfung der Ersterhebung von klinischen Daten im Rahmen des Forschungsprojekts Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWu RLP).

2 Geltungsbereich der SOP

Diese SOP gilt für alle teilnehmenden Studieneinrichtungen. Voraussetzung für die Übernahme der beschriebenen Tätigkeiten durch die Studieneinrichtungen ist eine schriftliche Legitimierung im Vorfeld (z.B. Vertrag-Studieneinrichtungen „Kooperationsvertrag zur Realisierung der Aufgaben im durch den Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V geförderten Projekt Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWuRLP)“).

3 Benötigte Dokumente

- Teilnahme-Informationsbroschüre
- Evaluations-Paket
 - Teilnahme-Datenblatt Evaluation
 - Ärztlicher Erhebungsbogen
 - Teilnehmerfragebogen (dieser wird von den Teilnehmenden selbst ausgefüllt)
 - Rückumschlag für Teilnehmerfragebogen
- ggf. Faxformular Randomisierung
- Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung ODER Teilnahmeerklärung BGB
 - Fallmanagement **oder**
 - Regelversorgung
 - ggf. Einwilligung zum Versorgungskonzept und zur Datenverarbeitung
- Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Begleitung

4 Identifikation der Teilnehmenden

Geeignete Teilnehmer werden in den unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen (beim Hausarzt, Facharzt oder stationär) behandelt. Je nach Kenntnisstand der Behandelnden kann der potentielle Teilnehmer / die potentielle Teilnehmerin auf die Studie aufmerksam gemacht werden und ein Kontakt zur Studieneinrichtung hergestellt werden. Hierzu wird der potentielle Teilnehmer / die potentielle Teilnehmerin mündlich oder mittels Informationsflyer informiert.

Die detaillierten und strukturierten Informationen zur Studie erhält der potentielle Teilnehmer/die potentielle Teilnehmerin im Erstkontakt mit dem Facharzt oder der Fachärztin in der Studieneinrichtung. Hier erfolgt ggf. auch die Übergabe der Teilnahme-Informationsbroschüre. Im Vorfeld hat der Facharzt / die Fachärztin in der Studieneinrichtung die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.

Einschlusskriterien

Einschlusskriterium sind schlecht heilende Wunden mit mindestens 4 Wochen Heilungsstagnation oder der direkte Einschluss bei Wunden im Sinne Ulcus cruris, Dekubitus, diabetisches Fußsyndrom gemäß folgender Liste der ICD-10 DM Kodierungen. **Die Teilnehmenden müssen bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sein.**

Liste der für die Studie gültigen ICD 10 Codes *			
E10.5-	Prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-1], mit peripheren vaskulären Komplikationen	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung, Ulcus cruris venosum
E10.6-	Prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-1], mit sonst. näher bezeichneten Komplikationen	I87.01	Postthrombotisches/postphlebitisches Syndrom mit Ulzeration
E10.7-	Prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-1], mit multiplen Komplikationen	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration
E11.5-	Nicht prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-2], mit peripheren vaskulären Komplikationen	I89.0	Lympherkkrankungen, nichtinfektiös Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert
E11.6-	Nicht prim. Insulinabh. Diab. mell. [Typ-2], mit sonstigen näher bez. Komplikationen	L89.1-	Dekubitus 2. Grades mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis, Hautverlust o.n.A.
E11.7-	Nicht prim. insulinabh. Diab. mell. [Typ-2], mit multiplen Komplikationen	L89.2-	Dekubitus 3. Grades mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann.
I70.24	Atherosklerose, Ulcus cruris arteriosum, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	L89.3-	Dekubitus 4. Grades mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
I70.25	Atherosklerose, Ulcus cruris arteriosum, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
I73.-	sonstige periphere Gefäßkrankheiten	L98.4	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Chronisches Ulcus der Haut, andernorts nicht klassifiziert (Chronisches Ulkus der Haut o.n.A., Ulcus tropicum o.n.A., Ulkus der Haut o.n.A.)
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, Ulcus cruris venosum, Jeder Zustand unter I83.9 mit Ulzeration oder als ulzeriert bezeichnet, Ulcus varicosum (untere Extremität, jeder Abschnitt)	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert

*Ein Bindestrich – bezeichnet alle Subkategorien einer 5. Stelle nach ICD-10-GM; dabei kann es sein, dass nur bestimmte Schlüssel dem Forschungsgegenstand tatsächlich entsprechen und ausgewählt werden sollten, z.B. E10.74 (mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet).

Ausschlusskriterien

Personen, die eines der folgenden Merkmale erfüllen, können nicht in die Studie aufgenommen werden:

- Alter < 18 Jahre
- Lebenserwartung < 1 Jahr
- pAVK Stadium > III nach Fontaine*
- Herzinsuffizienz NYHA IV (I50.05, I50.14)
- diagnostizierte Demenzerkrankung
- aktive Suchterkrankungen mit Medikamenten, Alkohol und / oder Drogen
- diagnostizierte psychiatrische Erkrankung (F23.-)

*Das Ausschlusskriterium pAVK Stadium IV nach Fontaine bezieht sich nicht auf den Fall einer erfolgreichen interventionellen und operativen Revaskularisation. Diese Patientinnen und Patienten sind einschließbar, siehe Einschlusscodes I70.24, I70.25.

5 Aufklärung

Ansprache

Bitte überprüfen Sie die Ein- und Ausschlusskriterien. Wenn die Patientin / der Patient weiterhin für die Studie in Frage kommt, klären Sie diese / diesen über die Studie auf und weisen bitte noch einmal auf die **Teilnahme-Informationsbroschüre (bei Einschluss über IV-Vertrag) bzw. die Information zum Versorgungskonzept und zum Datenschutz (bei Einschluss über BGB)** hin, die alle relevanten Informationen enthalten. In stationären Einrichtungen erfolgt die Ansprache zeitnah zum Entlassungstermin (idealerweise 1-3 Tage vor der geplanten Entlassung).

Nachdem die Patientin / der Patient ausreichend Zeit hatte, sich über die Studie zu informieren, auftretende Fragen durch Sie beantwortet wurden und die Patientin / der Patient bereit ist, an der Studie teilzunehmen, ist explizit ein zunächst **mündliches Einverständnis** einzuholen. Die Patientin / der Patient wird nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie / er zu jeder Zeit die Teilnahme an der Studie abbrechen kann.

Mündliches Einverständnis

Das mündliche Einverständnis ist zu folgenden Aspekten einzuholen:

Allgemeine Studienteilnahme

Einwilligung in

- Teilnahme an dem Versorgungsforschungsprojekt VeMaWu RLP,
- Versorgungsangebot im Rahmen der Normalversorgung (Regelversorgung),
- Versorgungsangebot im Rahmen einer neuen Versorgungsform mit Fallmanagement. Wichtig ist hierbei der Hinweis darauf, dass die Teilnehmenden von einem Fallmanager / einer Fallmanagerin zuhause besucht werden und insbesondere während des 1. Monats eine intensivierete Betreuung durch das Fallmanagement vorgesehen ist.
- Austausch von Gesundheitsdaten,
- Datenübermittlung von Teilnahmedaten, ggf. zum Zwecke der Abrechnung und/oder Zuordnung des Fallmanagements (Studienärzte, mamedicon, Fallmanager/-innen),
- Widerrufsmöglichkeiten.

Wissenschaftliche Begleitung

Einwilligung in

- die wissenschaftliche Begleitung der Wundversorgung,
- zufällige Verteilung auf eine Studiengruppe,
- Wiedervorstellung zu zwei weiteren Zeitpunkten (nach 6 Monaten, nach 12 Monaten)
- Datenübermittlung von Teilnahmedaten zum Teilnahmestatus,
- Kontaktierung durch Mitarbeiterinnen des Evaluationszentrums der Hochschule Ludwigshafen (Wiedereinladung, ggf. Interviewtermin),
- Datenübermittlung zum Zwecke der Evaluation an das Evaluationszentrum durch die Krankenkasse,
- bei Kontaktabbruch, Übermittlung von Behandlungsdaten zur Wunde durch die behandelnde Hausarztpraxis, ggf. weitere wundbehandelnde Einrichtungen und/oder Pflegedienst,
- Recht auf Widerruf schriftlich, mündlich oder elektronisch.

6 Teilnehmenden-Registrierung

Benötigte Dokumente:

Teilnahme-Datenblatt Evaluation

Bitte prüfen Sie, ob die **Studien-IDs** auf den Unterlagen des **Evaluationspakets** übereinstimmen.

Beginnen Sie mit dem Ausfüllen des **Teilnahme-Datenblatts Evaluation**. Dafür werden folgende Angaben benötigt:

Angaben Teilnahme-Datenblatt Evaluation:

- Datum der Rekrutierung und Name der Studienärztin / des Studienarztes,
- Dokumentation der Ein- und Ausschlusskriterien,
- ICD-10 Code der Einschlussdiagnose mit Diagnosestatus (gesichert),
- Vor- und Nachname der / des Teilnehmenden,
- Adresse,
- Telefonnummer,
- Geburtsdatum,
- Versichertennummer.

Im Falle einer Teilnahme gemäß § 630a BGB treffen einzelne Unterpunkte des Teilnahme-Datenblatts Evaluation nicht zu (Einschlusskriterium "TK/GWQ-versichert" nicht erforderlich, Angabe der Versichertennummer ebenfalls nicht erforderlich).

7 Randomisierung

Benötigte Dokumente:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Teilnahme-Datenblatt Evaluation (Teil des Evaluationspakets)○ Evtl. Faxformular Randomisierung (außerhalb der Hotline-Zeiten) |
|--|

Die Zuordnung zur Studiengruppe Regelversorgung oder Fallmanagement erfolgt zufällig und wird durch das **Evaluationszentrum an der Hochschule Ludwigshafen** durchgeführt. Sie erreichen hierzu eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter unter folgender Telefonnummer:

Randomisierungs-Hotline Evaluationszentrum: 0800 5656456

Randomisierung Zeiten

Unter der o.g. Telefonnummer kann von Montag bis Freitag zwischen **9:00 und 16:30 Uhr** eine neue Teilnahme fernmündlich gemeldet werden. Außerhalb dieser Zeiten nutzen Sie bitte das Faxformular Randomisierung und senden es an den Anschluss mit der Nr.: 0621/5203-458.

Angaben zur Randomisierung

Zur Durchführung der Randomisierung müssen folgende Angaben übermittelt werden:

- Studieneinrichtung,
- Initialien Vor- und Nachname Teilnehmer,
- Geburtsdatum Teilnehmer,
- Geschlecht Teilnehmer,
- Krankenkasse,
- ICD-10 Code der Einschlussdiagnose mit Diagnosestatus (gesichert),

- Wundarten:
 - Ulcus Cruris,
 - Dekubitus,
 - Diabetisches Fußsyndrom (DFS),
 - sonstige Wunden mit 4 Wochen Heilungsstagnation,
- Telefonnummer Rückruf.

Rückmeldung Hochschule LU

Die Randomisierung erfolgt online. Werktags von 9:00 bis 16:30 Uhr wird Ihnen das Randomisierungsergebnis innerhalb von 30 Minuten telefonisch mitgeteilt. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt die Mitteilung am nächsten Werktag. Es wird Ihnen die Randomisierungsnummer und die Zuteilung in die Studiengruppe Regelversorgung oder Fallmanagement mitgeteilt. **Bitte tragen Sie beide Angaben sofort im Teilnahme-Datenblatt Evaluation ein.**

Falls Sie außerhalb der Hotline-Zeiten ein Fax gesendet haben, wird Ihnen die Rückmeldung am darauffolgenden Arbeitstag zukommen. Bitte hierbei auch den Nachtrag auf dem Teilnahme-Datenblatt wie folgt sowie Punkt 10 schriftliches Einverständnis beachten.

Nachtrag Teilnahme-Datenblatt Evaluation

- Randomisierungsnummer
- Zuweisungsergebnis

Während Sie auf das Ergebnis der Randomisierung warten, können Sie mit der Erhebung beginnen.

8 Ärztliche Erhebung

Benötigte Dokumente:

Ärztlicher Erhebungsbogen (Teil des Evaluationspakets)

Detaillierte Hinweise über das Ausfüllen finden Sie auf Seite 1 des Erhebungsbogens.

Bitte legen Sie dem Erhebungsbogen einen aktuellen Medikationsplan der / des Teilnehmenden ebenso wie eine Fotodokumentation der Wunde/n bei (möglichst als Farbkopie).

9 Teilnehmerfragebogen

Benötigte Dokumente:

Teilnehmerfragebogen (Teil des Evaluationspakets)
Rückumschlag

Händigen Sie der Teilnehmerin / dem Teilnehmer den Teilnehmerfragebogen aus. Bitte geben Sie den Teilnehmenden die Möglichkeit, das Formular in Ruhe vollständig zu bearbeiten. Beim Ausfüllen kann der Teilnehmende bei Bedarf von einer vertrauten Person unterstützt werden. Bitte stellen Sie sicher, dass die Teilnehmenden den Fragebogen bei Ihnen oder im Studiensekretariat ausgefüllt abgeben. Zur Wahrung der Privatsphäre der Teilnehmenden liegt jedem Evaluationspaket ein Rückumschlag bei, in dem der Fragebogen direkt abgegeben werden kann.

Sollte eine unmittelbare Beantwortung des Teilnehmerfragebogens nicht möglich sein, können die Teilnehmenden den Umschlag im Ausnahmefall auch zu einem späteren Zeitpunkt unfrankiert auf dem Postweg an das Evaluationszentrum der Hochschule Ludwigshafen senden.

10 Schriftliches Einverständnis

Der Einschluss einer Teilnehmerin / eines Teilnehmers erfolgt abhängig von der Kassenzugehörigkeit (siehe Liste unter „Weitere Studienunterlagen“ in der Studienbox) in unterschiedlicher Rechtsform, durch einen integrierten Versorgungsvertrag oder einen Behandlungsvertrag nach § 630a BGB.

Benötigte Dokumente (jeweils in doppelter Ausführung: 1. für die Teilnehmerin / den Teilnehmer und 2. für die Studienleitung (mamedicon GmbH)):

- Teilnahmeerklärung integrierter Versorgungsvertrag
 - (1) = Fallmanagement
 - (2) = Regelversorgung
- Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Begleitung ODER
- Information zum Versorgungskonzept und Datenschutz
- Teilnahmeerklärung gemäß § 630a BGB
 - (FM) = Fallmanagement
 - (RV) = Regelversorgung
- Einwilligung in die Datenverarbeitung
- Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Begleitung

Die Einholung des schriftlichen Einverständnisses kann erst nach der Zuordnung der Teilnehmenden in eine der Studiengruppen mit den entsprechenden Dokumenten, also z.B. am Ende der ärztlichen Erhebung, erfolgen.

Bitte gehen Sie die Informationen und Teilnahmeerklärungen mit den Teilnehmenden durch und weisen Sie noch einmal kurz auf die bereits im Rahmen der Aufklärung ausgeführten Punkte hin.

(ggf. Informationen zum Versorgungskonzept und Datenschutz)

- Kenntnisnahme “Information zum Versorgungskonzept” und “Information zum Datenschutz”

Teilnahmeerklärungen Fallmanagement *oder* Regelversorgung

- allgemeine Studienteilnahme VeMaWu RLP
- ggf. Kenntnisnahme IV-Vertrag der Krankenkassen
- Datenverarbeitung

Teilnahmeerklärung Wissenschaftliche Begleitung

- Randomisierung
- Datenerhebung
- Datenverarbeitung
- Veröffentlichung von Ergebnissen, Publikationen

Ein unterschriebenes Exemplar jeder Information und/oder Teilnahmeerklärung verbleibt bei der / dem Teilnehmenden.

11 Terminvereinbarung Folgerhebung nach 6 Monaten

Benötigte Dokumente:

Teilnahme-Datenblatt Evaluation

Bitte vereinbaren Sie mit der Teilnehmerin / dem Teilnehmer einen passenden Termin für die Folgerhebung nach 6 Monaten in Ihrer Studieneinrichtung und tragen ihn abschließend auf dem Teilnahme-Datenblatt ein.

Bitte beachten Sie dabei folgende Kriterien:

- Die erste Folgeuntersuchung soll möglichst exakt **nach 6 Monaten** stattfinden
- **+/- 7 Tage**
- Sollte eine Terminvereinbarung innerhalb Termin Ersterhebung + 6 Monate +/- 7 Tage keinesfalls möglich sein, soll eine Terminvereinbarung innerhalb Termin Ersterhebung + 6 Monate +/- 14 Tage angestrebt werden.

12 Prüfung Vollständigkeit der Dokumente

Zum Ende der ärztlichen Erhebung möchten wir Sie bitten, die Vollständigkeit der Erhebungsunterlagen und Teilnahmeerklärungen zu überprüfen und auf dem Teilnahme-Datenblatt Evaluation abschließend zu dokumentieren.

Folgende Unterlagen jeder Teilnehmerin / jedes Teilnehmers sollten vorliegen:

- komplettiertes Teilnahme-Datenblatt Evaluation,
- ausgefüllter ärztlicher Erhebungsbogen,
- ausgefüllter Teilnehmerfragebogen,
- ggf. unterschriebene Informationen zum Versorgungskonzept und Datenschutz, Duplikat bei Teilnehmerin / Teilnehmer,
- unterschriebene Teilnahmeerklärung IV oder BGB (Fallmanagement oder Regelversorgung), Duplikat bei Teilnehmerin / Teilnehmer,
- unterschriebene Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Begleitung,
- Duplikat bei Teilnehmerin / Teilnehmer.

13 Weiterleitung der Studienunterlagen

Evaluationszentrum Hochschule Ludwigshafen

- **Teilnahme-Datenblatt Evaluation**

Bitte faxen Sie das vollständige **Teilnahme-Datenblatt Evaluation am Ende der ärztlichen Erhebung an das Evaluationszentrum der Hochschule Ludwigshafen**. Nur so erhält das Evaluationszentrum zeitnah die Information über die Aufnahme einer / eines Teilnehmenden in die Studie.

Die Faxnummer lautet: **0621/5203-458**

- **Versand des Ärztlichen und ggf. des Teilnehmer-Fragebogens**

Bitte senden Sie die ausgefüllten Erhebungsbögen einmal wöchentlich in den vorbereiteten Rücksendekuverts frankiert und mit Einschreibemarke versehen (siehe das entsprechende Register in der Studienbox) an das Evaluationszentrum der Hochschule Ludwigshafen. Das separate „Informationsblatt VeMaWu RLP Rückversand“ informiert Sie nochmal ausführlich über die verschiedenen Möglichkeiten des Rückversands.

mamedicon GmbH

Bitte leiten Sie folgende Dokumente **direkt per Fax** an die mamedicon GmbH weiter:

- **Teilnahmeerklärung IV (1) (= Fallmanagement/FM) oder (2) (= Regelversorgung/RV)**
- **ODER Teilnahmeerklärung BGB (FM) oder (RV)**
- **Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Evaluation**

Die Faxnummer lautet: **05402/702305**

Die mamedicon GmbH holt die Teilnahmeerklärungen **im Original zeitnah ab**. Bitte fertigen Sie sich eine Kopie aller Teilnahmeerklärungen und Formulare für die eigenen Unterlagen an (Studienakte).

Im Falle einer Begleitung durch das Fallmanagement leitet die mamedicon GmbH die Kontaktaufnahme an den Fallmanager zeitnah in die Wege. Innerhalb von 7 Tagen wird das Fallmanagement aktiv.

Ordner Studieneinrichtung

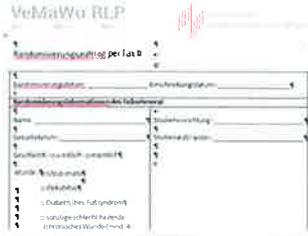
Bitte legen Sie alle Studiendokumente **nach der im folgenden Kapitel beschriebenen Ordnungssystematik im / in den grünen Studienordner/n ab**.

- **Teilnahme-Datenblatt Evaluation**
- **unterschiedene Teilnahmeerklärung IV (1) (= Fallmanagement/FM) oder (2) (= Regelversorgung/RV) (Kopie)**
- **ODER unterschriebene Informationen zum Versorgungskonzept und Datenschutz ebenso wie unterschriebene Teilnahmeerklärung BGB (FM) oder (RV)**
- **unterschiedene Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Evaluation (Kopie)**

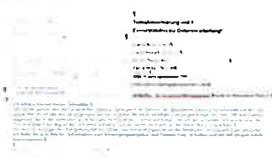
Ordnungssystematik Studiendokumentation

Alle Studienunterlagen werden pro Teilnehmerin / Teilnehmer **in alphabetischer Reihenfolge** abgeheftet. Um eine leichte Umsetzung vor Ort zu gewährleisten, wird hierfür jeder Studieneinrichtung ein **A-Z-Register** zur Verfügung gestellt.

Information zur Ersterhebung

	PROZESSSCHRITT	DOKUMENT / EMPFÄNGER
Vorbereitung	 <p>Potentielle*r Patient*in mit chronischer Wunde</p>	<p>Einschlusskriterium erfüllt? Liegt kein Ausschlusskriterium vor? Gesetzlich krankenversichert? Wohnort Rheinland-Pfalz?</p>
	 <p>Ansprechen, Aufklären u.a. zufällige Zuteilung 1:1, Zeitbedarf Fallmanagement insbes. im 1. Monat/Hausbesuch, Termine Wiederholungserhebungen, Datenverarbeitung und –Weitergabe im Projekt (Kassen/FM/Evaluation).</p>	 
	 <p>Nach mündlichem Einverständnis: Studiennummer zuordnen. Personendaten aufnehmen und das Teilnahme-Datenblatt anlegen.</p>	<p>Ein Kuvert Teilnehmer-Unterlagen ziehen (enthält Bögen mit Studiennummer).</p> 
	 <p>Randomisieren</p>	<p>Hotline 9.00 -16.30 Uhr</p>  <p>0800-5656456</p> <p>oder Randomisierungsauftrag per FAX (Randzeiten)</p>
	 <p>Ergebnis eintragen im Teilnahme-Datenblatt.</p>	
 <p>Steht Entlassung in 1-3 Tagen bevor? Studierhebung (ca. 60 min) kann geplant und durchgeführt werden.</p>		

Möglichst binnen 1 Tag

PROZESSCHRITT	UNTERLAGEN / EMPFÄNGER
 <p>Unterschreiben Teilnahmeerklärungen: Erstes Formular abhängig von Krankenkasse (s. Liste) & Studiengruppe. Duplikate für Patient*in</p>	<p>1a. Gesetzliche Kassen mit Vertrag der Besonderen Versorgung (IV): je 1 Unterschrift</p>  <p>● IV (FM): mit Fallmanagement- Zuteilung (1)</p> <p>oder</p> <p>● IV (RV): Routineversorgung (2)</p> <p>1b. gesetzliche Kassen, die nicht auf der Liste (IV) stehen: je 4 Unterschriften</p> <p>● BGB (FM): Paket I Fallmanagement</p> <p>oder</p> <p>● BGB (RV): Paket II Routine</p> <p>+ 2. Einwilligung in die wissenschaftliche Begleitung</p> 
 <p>Weiterleiten der Teilnahmeerklärungen (jeweils 2 bzw. 3 Seiten)</p>	<p>mamedicon GmbH</p>  <p>1. Version erhält der Patient 2. Version verbleibt in der Studienakte 3. Fax an: 0 54 02 - 70 23 05</p>
 <ul style="list-style-type: none"> • Ärztlichen Bogen durchführen • Teilnehmerbogen ausgeben (incl. Freikuvert) und ggf. einsammeln 	<p>Stimmt die Studiennummer mit dem Teilnahme-Datenblatt überein?</p>
 <p>Neuen Studientermin 6 Monate (mind. 180 Tage) nach der Ärztlichen Erhebung/Dokumentation vereinbaren.</p>	
 <p>Checkliste Teilnahme-Datenblatt: Informationen vollständig? Dokumente ausgegeben und weitergeleitet wie vorgesehen?</p>	
 <p>Weiterleitung Teilnahme-Datenblatt (ggf. Fallmanagement wird damit informiert)</p>	<p>Hochschule Ludwigshafen ☎ 0621 5203 458</p>
 <p>Ablage im Studienordner: Original Teilnahmeerklärungen, weitere Dokumente</p>	
 <p>Weiterleiten Erhebungsbögen: Rückversand per Post wöchentlich</p>	<p>Voradressiertes Kuvert Porto incl. Einschreibemarken</p>

Datenschutz- und IT-Sicherheitskonzept
für die Evaluation der Studie
VersorgungsManagement Wunde RLP
(VeMaWuRLP)

Version 1.5 vom 02.08.2018, ergänzt mit Anlage am 11.05.2021

Herausgeber:

Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Hochschule Ludwigshafen am Rhein

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Prof. Dr. Elke Raum, Prof. Dr. Manfred Erbsland

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
1 Einleitung	4
1.1 Verantwortliche Stelle	4
1.2 Zweck der Datenverarbeitung.....	5
1.3 Rechtsgrundlagen	5
2 Organisation und Aufgabenteilung	6
2.1 Einwilligung, Widerruf	7
2.2 Datenzugriff und Verschlüsselung.....	9
2.3 Identitätsmanagement	9
3 Datenbanken	10
3.1 Personendatenbank	10
3.2 Studiendatenbanken	10
4 Technische und organisatorische Maßnahmen	11
4.1 Vertraulichkeit gemäß Art. 32 Abs. 1 lit. DSGVO.....	11
4.1.1 Zutrittskontrolle.....	11
4.1.2 Zugangskontrolle	11
4.1.3 Zugriffskontrolle	12
4.1.4 Trennungskontrolle	13
4.2 Integrität (Art. 32 Abs. 1 lit. b DSGVO).....	13
4.2.1 Weitergabekontrolle	13
4.2.2 Eingabekontrolle.....	14
4.3 Verfügbarkeit und Belastbarkeit (Art. 32 Abs. 1 lit. b DSGVO)	15
4.3.1 Verfügbarkeitskontrolle.....	15
4.4 Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung (Art. 32 Abs. 1 lit. d DSGVO; Art. 25 Abs. 1 DSGVO).....	16
4.4.1 Datenschutz-Management	16
4.4.2 Incident-Response-Management	16
4.4.3 Datenschutzfreundliche Voreinstellungen (Art. 25 Abs. 2 DSGVO	17
4.4.4 Auftragskontrolle (Outsourcing an Dritte)	17
Anlage: Grundsätze zu Sperrung, Löschen und Archivierung von Studiendaten	19

Abkürzungsverzeichnis

VeMaWuRLP	Versorgungsmanagement Wunde Rheinland-Pfalz
IMÖVG	Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
DSGVO	Europäische Datenschutz-Grundverordnung
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
PDB	Personendatenbank
SID	Studienidentifikationsnummer (Studien-ID)
SDB	Studiendatenbank

1 Einleitung

Das vorliegende Konzept beschreibt alle Maßnahmen zum Datenschutz und zur IT-Sicherheit für das Projekt „VeMaWuRLP – **V**ersorgungs**M**anagement **W**unde in Rheinland-Pfalz“ im Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG) der Hochschule Ludwigshafen. Das darin enthaltene Datenschutzkonzept hat zum Ziel, alle datenschutzrechtlichen Aspekte der Evaluation des Projekts zusammenfassend darzustellen. Die Struktur und Organisation der Datenhaltung vor Ort werden detailliert beschrieben.

Bei Versorgungsmanagement Wunde RLP (VeMaWuRLP) handelt es sich um eine randomisiert kontrollierte Interventionsstudie, die durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wird. Ziel der Studie ist es, ein flächendeckendes Versorgungsmanagement zur Begleitung von Menschen mit chronischen Wund im Land Rheinland-Pfalz zu etablieren. Die Evaluation wird im Sinne eines Mixed-Methods-Designs mittels eines quantitativen und qualitativen Ansatzes durchgeführt, um das Versorgungskonzept gemäß dem wissenschaftlich anerkannten Goldstandard mit der Regelversorgung zu vergleichen und die Komplexität des Versorgungskonzeptes angemessen zu berücksichtigen. Das Projektkonsortium besteht aus folgenden Partnern:

- mamedicon GmbH, Bissendorf
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz
- GWQ Service Plus AG, Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- Hochschule Ludwigshafen am Rhein

Da das Versorgungsmanagement einen interdisziplinären und sektorübergreifenden Ansatz verfolgt, sind darüber hinaus folgende Kooperationspartner in das Projekt involviert:

- Wundnetz Rheinland-Pfalz e.V.
- Initiative Chronische Wunden e.V.
- Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V.
- InnoNet Health Economy

Die Evaluation wird auf Grundlage der national und international anerkannten Standards der Leitlinien für „Gute Klinische Praxis“, „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ und der „Standards für Evaluation (DeGEval – Gesellschaft für Evaluation), sowie den Memoranden des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und der DFG geplant und durchgeführt. Alle Inhalte dieses Dokuments wurden mit der Datenschutzbeauftragten der Hochschule Ludwigshafen abgestimmt.

1.1 Verantwortliche Stelle

Kontaktdaten der Gesamtstudienleitung

Herr Uwe Imkamp
Geschäftsführer
mamedicon GmbH
Gewerbepark 18
49143 Bissendorf
E-Mail: u.imkamp@mamedicon.de

Kontakt Daten der Verantwortlichen für die Evaluation

Prof. Dr. Elke Raum, Prof. Dr. Manfred Erbsland
Hochschule Ludwigshafen am Rhein
Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Ernst-Boehe-Str. 4
67059 Ludwigshafen am Rhein
E-Mail: elke.raum@hs-lu.de, manfred.erbsland@hs-lu.de

Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten für die Evaluation

Datenschutzbeauftragter der Hochschule Ludwigshafen am Rhein
Ernst-Boehe-Str. 4
67059 Ludwigshafen am Rhein
E-Mail: datenschutz@hs-lu.de

1.2 Zweck der Datenverarbeitung

Der Zweck der Datenverarbeitung leitet sich aus dem Ziel der Studie ab. Es wird angestrebt, durch individuelle Beratung und Begleitung von Menschen mit chronischen Wunden in der Organisation, Koordination und Umsetzung ihrer komplexen Behandlungsmaßnahmen und zur Optimierung der medizinischen und individuellen Heilungsvoraussetzung sowie des Lebensumfelds beizutragen. Ausschließlich zur Studiendurchführung und zur wissenschaftlichen Beurteilung der für das Projekt relevanten Sachverhalte werden Daten erhoben und verarbeitet.

1.3 Rechtsgrundlagen

Das vorliegende Konzept basiert auf der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Landesdatenschutzgesetzes Rheinland-Pfalz (LDSG) sowie der Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen). Rechtliche Grundlage für eine Studienteilnahme ist eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Bei Gesundheitsdaten handelt es sich gem. Art. 9 Abs. 1 DSGVO um eine „besondere Kategorie personenbezogener Daten,“ die besonders schutzbedürftig sind. Gesundheitsdaten sind gemäß Art. 4 Nr. 15 DSGVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder

geistige Gesundheit einer natürlichen Person (Patienten), einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist an dem Ziel auszurichten, so wenig personenbezogene Daten wie möglich zu erheben und zu verarbeiten (Datenvermeidbarkeit und Datensparsamkeit), Art. 5 Abs. 1 lit. c DSGVO. Insbesondere sind die Daten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren, soweit dies für den Verwendungszweck mit angemessenem Aufwand möglich ist (Art. 32 DSGVO).

Im direkten Behandlungszusammenhang unterliegen die medizinischen Daten, die im Rahmen der Studie erhoben, verarbeitet und genutzt werden, dem Schutz durch die ärztliche Schweigepflicht (vgl. § 9 Abs. 1 MBO-Ä). Gemäß § 203 StGB betrifft diese das Behandlungsteam (im Studienkontext: Ärzte, Therapeuten und Fallmanager). Sobald die medizinischen Daten den Behandlungskontext verlassen, verlieren die medizinischen Daten diesen Schutz durch die Schweigepflicht und eine informierte Einwilligung der Patienten in die Entbindung der datenverarbeitenden Institution(en) von der Schweigepflicht ist erforderlich. Alle nicht-ärztlichen/wissenschaftlichen Mitarbeiter des Evaluationszentrums sind an die Verschwiegenheitspflicht nach §8 LDSG gebunden und schriftlich zur Vertraulichkeit verpflichtet worden. Alle weiteren nicht-ärztlichen Mitarbeiter der Studie sind ebenfalls schriftlich zur Vertraulichkeit verpflichtet worden.

Analog zu Art. 28 ff. DSGVO darf die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch einen externen Auftragnehmer nur auf Grundlage eines schriftlichen Vertrags zur Auftragsverarbeitung stattfinden. Eine Verarbeitung ist nur auf Weisung des für die Daten Verantwortlichen erlaubt.

2 Organisation und Aufgabenteilung

Die Gesamtleitung bzw. Konsortialführung des Projekts ist bei der mamedicon GmbH angesiedelt. Die Techniker Krankenkasse (Landesvertretung Rheinland-Pfalz) und die GWQ ServicePlus AG sind als Konsortialpartner an der Umsetzung der Studie beteiligt und unterstützen das Projekt darüber hinaus durch die Bereitstellung von Sekundärdaten. Die Hochschule Ludwigshafen verantwortet die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projekts.

Um eine möglichst flächendeckende Rekrutierung von Patienten sicherzustellen, hat die mamedicon GmbH Gesundheitseinrichtungen (Kliniken/MVZ/Arztpraxen) in ganz Rheinland-Pfalz für die Studienteilnahme identifiziert und vertraglich eingebunden. In insgesamt 14 Untersuchungszentren werden Patienten mit chronischen Wunden nach klar definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien ausgewählt und zur Studienteilnahme eingeladen. Durch die Hochschule Ludwigshafen erfolgt dann telefonisch nach dem schriftlichen Einverständnis

zur Teilnahme die zentrale, unabhängige und individuelle Randomisierung in die beiden Arme der Interventionsstudie.

Das Probandenmanagement wird aufgrund der Struktur der Studie auf zwei Standorte aufgeteilt. Die Verantwortlichkeit bezüglich Einwilligungs- und Rechtsmanagement liegt aus rechtlichen Gründen bei der mamedicon GmbH. Hier werden auch die Einwilligungen zur Studienteilnahme im Original aufbewahrt. Die Statusdokumentation der Teilnehmer ebenso wie das Kontaktmanagement und das gesamte Identitätsmanagement im Studienverlauf ist im Evaluationszentrum an der Hochschule Ludwigshafen angesiedelt.

In den Untersuchungszentren werden die Teilnehmer aufgeklärt, ihre Einwilligungen zur Studienteilnahme werden eingeholt und die Untersuchungen und Befragungen durchgeführt. Personenidentifizierende Daten werden räumlich strikt getrennt von den Gesundheitsdaten der Teilnehmer, Zugangsgesichert und nur vorübergehend aufbewahrt. Insbesondere in Vorbereitung der Folgeuntersuchungen nach 6 und 12 Monaten arbeiten die Untersuchungszentren mit dem Probandenmanagement zusammen und haben in Zusammenhang auch einen erneuten Zugriff auf bestimmte personenidentifizierende Daten der jeweiligen Teilnehmer. Die pseudonymisierten Gesundheitsdaten jedes Teilnehmers in Form der Fragebögen werden Zugangsgesichert und nur vorübergehend aufbewahrt bis in regelmäßigen Abständen eine Abholung durch das Evaluationszentrum erfolgt. Dort werden die Fragebögen bis zur Digitalisierung gesammelt und Zugangsgesichert ebenso wie räumlich separat von personenidentifizierenden Daten aufbewahrt. Nach erfolgter Digitalisierung werden alle Fragebögen archiviert bzw. nach Ablauf der 10-jährigen Aufbewahrungsfrist DSGVO-konform vernichtet.

An zwei Stellen findet eine Verarbeitung personenbezogener Studiendaten durch externe Auftragnehmer statt. Zum einen ist im Rahmen der qualitativen Auswertung innerhalb des Evaluationszentrums eine methodische und inhaltliche Begleitung durch einen externen Mitarbeiter vorgesehen, der mit pseudonymisierten Studiendaten in Kontakt kommen wird. Zum anderen wird der Prozess der Digitalisierung der erhobenen Fragebögen durch den Hochschulevaluierungsverbund Südwest e.V. bzw. durch dessen Geschäftsstelle, das Zentrum für Qualitätssicherung und –entwicklung (ZQ) in Mainz umgesetzt, das somit ebenfalls pseudonymisierte Studiendaten im Auftrag der Hochschule Ludwigshafen verarbeitet. Entsprechende Verträge zur Auftragsdatenvereinbarung liegen vor.

2.1 Einwilligung, Widerruf

Die Teilnahme an der Studie basiert auf der freiwilligen, informierten Einwilligung entsprechend den Anforderungen des Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO und § 25 und 26 der Deklaration von Helsinki. Zur Studienteilnahme eingeladenen Personen erhalten eine schriftliche Teilnehmerinformation, in der sie umfassend zu allen wesentlichen Aspekten der Studienteilnahme informiert werden. Im Rahmen eines vorbereitenden Gesprächs

erfolgt eine detaillierte Aufklärung durch einen Studienarzt des Studienzentrums und es besteht die Möglichkeit, Fragen zu stellen, bevor die Einwilligungen unterzeichnet werden.

Die Einwilligungen gelten grundsätzlich für die Dauer der Studiendurchführung bzw. bis zum Abschluss der Datenerhebung des Projektes. Innerhalb des Zeitraums der Studiendurchführung gelten die Einwilligungen auch, falls der Teilnehmer seine Selbstbestimmungsfähigkeit verlieren sollte und für den Fall, dass der Teilnehmer verstirbt, über seinen Tod hinaus. Für die Folgebefragungen nach 6 und 12 Monaten gibt es eine erneute Einwilligung zur Erhebung von Gesundheitsdaten.

Die allgemeine Teilnahmeerklärung ist modular aufgebaut und umfasst einzelne Einwilligungen in den Bereichen

- Allgemeine Studienteilnahme (mit der Möglichkeit, per Randomisierung der Interventionsgruppe zugewiesen zu werden und im Rahmen dessen eine Begleitung im Sinne eines Fallmanagements zu erhalten)
- Datenverarbeitung und -speicherung
- Weitergabe von Gesundheits- und Routinedaten
- Entbindung der behandelnden Ärzte und Pflegepersonen von der Schweigepflicht bezüglich Diagnosen und Behandlungsinformationen, die unmittelbar mit der Studienteilnahme, insbesondere mit dem Fallmanagement, in Verbindung stehen
- Abfragen Melderegister, Gesundheitsämter
- Hinweis auf die Nutzung der Daten für Forschungszwecke, den Ausschluss der kommerziellen Nutzung, die Weitergabe an Dritte bzw. Kooperationspartner
- Belehrung über das Auskunfts- und Widerrufsrecht

Aus rechtlichen Gründen von Seiten der beteiligten Krankenkassen gibt es zwei Versionen der Teilnahmeerklärung, jeweils eine für die Teilnehmer der Interventionsgruppe und eine für die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Die jeweilige Teilnahmeerklärung wird in doppelter Ausführung erstellt und unterzeichnet. Ein Exemplar erhält der Teilnehmer für seine Unterlagen. Das weitere Exemplar verbleibt im Studienzentrum bis zur Abholung durch das Probandenmanagement der mamedicon GmbH.

Ein Teilnehmer bzw. sein gesetzlicher Vertreter kann die erteilten Einwilligungen jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der zuständigen Stelle (Probandenmanagement der mamedicon GmbH) widerrufen. Er kann dabei jede Einwilligung einzeln (Teilwiderruf) oder alle zusammen (vollständiger Widerruf) widerrufen. Ein Widerruf der Einwilligung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten hat zur Folge, dass eine weitere Studienteilnahme nicht möglich ist.

2.2 Datenzugriff und Verschlüsselung

Die erhobenen Befragungsdaten werden in den zentralen Studiendatenbanken pseudonymisiert gespeichert. Personenbezogene Daten der Studie werden nur auf solchen Studienrechnern gespeichert, die mit einem individuellen Zugangsschutz gesichert sind. Nur authentifizierte Nutzer erhalten den Zugriff auf die personenbezogenen Daten. Ein gesicherter Austausch personenbezogener Daten zwischen den datenverarbeitenden Stellen der Studie findet ausschließlich über eine studieninterne, DSGVO-konforme Speicherplattform (own-Cloud) statt, auf die bei Bedarf per VPN-Tunnel zugegriffen wird. Dieser Weg dient der kurzfristigen Übermittlung personenbezogener Daten (meist in PDF-Form) zwischen den Konsortialpartnern. Alle Daten sind zusätzlich verschlüsselt. Nach erfolgreicher Übermittlung werden die in der ownCloud abgelegten, temporären Daten gelöscht.

Eine Speicherung von personenbezogenen Daten auf mobilen Datenträgern (USB-Sticks, CD/DVD, Festplatten, etc.) wird vermieden und ist grundsätzlich nur zulässig, wenn die Daten verschlüsselt nach dem aktuellen Stand der Technik sind und das Passwort geheim gehalten wird (Siehe auch Kap. 4.2.1). Eine Übermittlung von personenidentifizierenden Daten zwischen Rechnern findet nur verschlüsselt nach dem aktuellen Stand der Technik statt. Eine Übermittlung von pseudonymisierten Studiendaten erfolgt ebenfalls nur verschlüsselt nach dem aktuellen Stand der Technik.

Widerruft ein Teilnehmer seine Einwilligung in die Nutzung der erhobenen Primärdaten, werden sie aus den Studiendatenbanken und aus der Forschungsdatenbank gelöscht. Nicht gelöscht werden sie allerdings aus den für wissenschaftliche Auswertungen bereits erstellten, anonymisierten Auswertedatensätzen.

Die Gesamtheit der Primärdaten, die im Evaluationszentrum der Studie entstehen, wird auf haltbaren und gesicherten Trägern 10 Jahre aufbewahrt, um eine GCP-konforme Überprüfbarkeit der Quelldaten zu gewährleisten.

2.3 Identitätsmanagement

Innerhalb der Studie erfolgt die Speicherung und Nutzung von Studiendaten grundsätzlich pseudonymisiert, d.h. ohne personenidentifizierende Daten. Entsprechend des Leitfadens der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. (kurz TMF) zum Datenschutz in medizinischen Forschungsprojekten werden für unterschiedliche Bereiche individuelle, unabhängig voneinander erzeugte Pseudonyme verwendet. Die Pseudonyme werden vom Probandenmanagement des Evaluationszentrums erzeugt und die Zuordnung zu Teilnehmern ist ausschließlich dort möglich. Bei den Pseudonymen handelt es sich um alphanumerische Codes oder Zufallszahlen definierter Länge, die ohne Kenntnis der Zuordnungsliste keinen Rückschluss auf konkrete Personen erlauben.

3 Datenbanken

Im Rahmen der Studie werden im Evaluationszentrum an der Hochschule Ludwigshafen eine Personendatenbank und jeweils eine Studiendatenbank für die quantitative Erhebung und für die qualitative Erhebung eingerichtet.

Grundsätzlich haben alle Datenbanken einen gesicherten, passwortgeschützten Zugang. Eine Authentifizierung ist bei jeder Anmeldung erforderlich. Siehe auch Kap. 4.1.2.

3.1 Personendatenbank

Die personenidentifizierenden Daten aller Studienteilnehmer und Interviewpartner werden in einer Personendatenbank (PDB) gespeichert. Dazu gehören:

- alle Daten zur Kontaktaufnahme mit den Teilnehmern
- alle Daten zur Kontaktaufnahme mit Interviewpartnern für den qualitativen Erhebungsteil
- die Details zur Studienteilnahme (Einwilligungen, Widerruf(e), Studienstatus)

Jedem rekrutierten Teilnehmer wird im Rahmen der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung eine allgemeine Studienidentifikationsnummer (Studien-ID bzw. SID) zugewiesen. Siehe auch Informationen zum Identitätsmanagement (Kapitel 2.3).

Die PDB wird auf einem Stand-Alone-Rechner in einem separaten Raum gehalten, der Zugang ist nur den Mitarbeitern des Probandenmanagements gestattet. In der PDB werden alle persönlichen Daten der Studienteilnehmer gespeichert. Ebenso werden hier Informationen zu Kontaktpersonen, behandelnden Personen und zum aktuellen Status der Studienteilnahme (inkl. einer Übersicht der erteilten Einwilligungen) dokumentiert.

3.2 Studiendatenbanken

Die in der quantitativen Erhebung gesammelten studienbezogenen Daten aller Studienteilnehmer werden in pseudonymisierter Form in einer geschützten Studiendatenbank (SDB) lokal gespeichert. Die SDB enthält keine personenidentifizierenden Informationen. Alle im Rahmen der qualitativen Erhebung gesammelten Daten werden in pseudonymisierter Form in der Studiendatenbank MaxQDA lokal gespeichert. Auch in MaxQDA werden keine personenidentifizierenden Informationen dokumentiert.

4 Technische und organisatorische Maßnahmen

In diesem Kapitel werden gemäß Art. 32 DSGVO alle technischen und organisatorischen Maßnahmen beschrieben, die in den datenverarbeitenden Prozessen des Evaluationszentrums der Hochschule Ludwigshafen zum Einsatz kommen.

Das Evaluationszentrum erfüllt die Vorgaben von Art. 32 DSGVO durch folgende Maßnahmen:

4.1 Vertraulichkeit gemäß Art. 32 Abs. 1 lit. DSGVO

4.1.1 Zutrittskontrolle

Maßnahmen, die geeignet sind, Unbefugten den Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene Daten verarbeitet oder genutzt werden, zu verwehren. Als Maßnahmen zur Zutrittskontrolle können zur Gebäude- und Raumsicherung unter anderem automatische Zutrittskontrollsysteme, Einsatz von Chipkarten und Transponder, Kontrolle des Zutritts durch Pförtnerdienste und Alarmanlagen eingesetzt werden. Server, Telekommunikationsanlagen, Netzwerktechnik und ähnliche Anlagen sind in verschließbaren Serverschränken zu schützen. Darüber hinaus ist es sinnvoll, die Zutrittskontrolle auch durch organisatorische Maßnahmen (z.B. Dienstanweisung, die das Verschließen der Diensträume bei Abwesenheit vorsieht) zu stützen.

Technische Maßnahmen		Organisatorische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Alarmanlage	<input checked="" type="checkbox"/>	Schlüsselregelung / Liste
<input type="checkbox"/>	Automatisches Zugangskontrollsystem	<input checked="" type="checkbox"/>	Empfang / Rezeption / Pförtner
<input type="checkbox"/>	Biometrische Zugangssperren	<input type="checkbox"/>	Besucherbuch / Protokoll der Besucher
<input checked="" type="checkbox"/>	Chipkarten / Transpondersysteme	<input checked="" type="checkbox"/>	Mitarbeiter- / Besucherausweise
<input checked="" type="checkbox"/>	Manuelles Schließsystem	<input type="checkbox"/>	Besucher in Begleitung durch Mitarbeiter
<input type="checkbox"/>	Sicherheitsschlösser	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt bei Auswahl des Wachpersonals
<input type="checkbox"/>	Schließsystem mit Codesperre	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt bei Auswahl Reinigungsdienste
<input type="checkbox"/>	Absicherung der Gebäudeschächte	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Türen mit Knauf Außenseite	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Klingelanlage mit Kamera	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Videüberwachung der Eingänge	<input type="checkbox"/>	

4.1.2 Zugangskontrolle

Maßnahmen, die geeignet sind zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme (Computer) von Unbefugten genutzt werden können.

Mit Zugangskontrolle ist die unbefugte Verhinderung der Nutzung von Anlagen gemeint. Möglichkeiten sind beispielsweise Bootpasswort, Benutzerkennung mit Passwort für Betriebssysteme und eingesetzte Softwareprodukte, Bildschirmschoner mit Passwort, der Einsatz von Chipkarten zur Anmeldung wie auch der Einsatz von Callback-Verfahren. Darüber hinaus können auch organisatorische Maßnahmen notwendig sein, um beispielsweise eine unbefugte Einsichtnahme zu verhindern (z.B. Vorgaben zur Aufstellung von Bildschirmen, Herausgabe von Orientierungshilfen für die Anwender zur Wahl eines „guten“ Passworts).

Technische Maßnahmen		Organisatorische Maßnahmen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Login mit Benutzername + Passwort	<input checked="" type="checkbox"/>	Verwalten von Benutzerberechtigungen
<input type="checkbox"/>	Login mit biometrischen Daten	<input checked="" type="checkbox"/>	Erstellen von Benutzerprofilen
<input checked="" type="checkbox"/>	Anti-Viren-Software Server	<input type="checkbox"/>	Zentrale Passwortvergabe
<input checked="" type="checkbox"/>	Anti-Virus-Software Clients	<input type="checkbox"/>	Richtlinie „Sicheres Passwort“
<input type="checkbox"/>	Anti-Virus-Software mobile Geräte	<input type="checkbox"/>	Richtlinie „Löschen / Vernichten“
<input checked="" type="checkbox"/>	Firewall	<input type="checkbox"/>	Richtlinie „Clean desk“
<input type="checkbox"/>	Intrusion Detection Systeme	<input type="checkbox"/>	Allg. Richtlinie Datenschutz und / oder Sicherheit
<input type="checkbox"/>	Mobile Device Management	<input type="checkbox"/>	Mobile Device Policy
<input checked="" type="checkbox"/>	Einsatz VPN bei Remote-Zugriffen	<input type="checkbox"/>	Anleitung „Manuelle Desktopsperre“
<input checked="" type="checkbox"/>	Verschlüsselung von Datenträgern	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Verschlüsselung Smartphones	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Gehäuseverriegelung	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	BIOS Schutz (separates Passwort)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sperre externer Schnittstellen (USB)	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Automatische Desktopsperre	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Verschlüsselung von Notebooks / Tablet	<input type="checkbox"/>	

4.1.3 Zugriffskontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können, und dass personenbezogene Daten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können.

Die Zugriffskontrolle kann unter anderem gewährleistet werden durch geeignete Berechtigungskonzepte, die eine differenzierte Steuerung des Zugriffs auf Daten ermöglichen. Dabei gilt, sowohl eine Differenzierung auf den Inhalt der Daten vorzunehmen als auch auf die möglichen Zugriffsfunktionen auf die Daten. Weiterhin sind geeignete Kontrollmechanismen und Verantwortlichkeiten zu definieren, um die Vergabe und den Entzug der Berechtigungen zu dokumentieren und auf einem aktuellen Stand zu halten (z.B. bei Einstellung, Wechsel des Arbeitsplatzes, Beendigung des Arbeitsverhältnisses). Besondere Aufmerksamkeit ist immer auch auf die Rolle und Möglichkeiten der Administratoren zu richten.

Technische Maßnahmen		Organisatorische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Aktenschredder (mind. Stufe 3, cross cut)	<input checked="" type="checkbox"/>	Einsatz Berechtigungskonzepte
<input checked="" type="checkbox"/>	Externer Aktenvernichter (DIN 32757)	<input type="checkbox"/>	Minimale Anzahl an Administratoren
<input type="checkbox"/>	Physische Löschung von Datenträgern	<input checked="" type="checkbox"/>	Datenschutztesor
<input type="checkbox"/>	Protokollierung von Zugriffen auf Anwendungen, konkret bei der Eingabe, Änderung und Löschung von Daten	<input checked="" type="checkbox"/>	Verwaltung Benutzerrechte durch Administratoren

4.1.4 Trennungskontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Daten getrennt verarbeitet werden können. Dieses kann beispielsweise durch logische und physikalische Trennung der Daten gewährleistet werden.

Technische Maßnahmen		Organisatorische Maßnahmen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Trennung von Produktiv- und Testumgebung	<input checked="" type="checkbox"/>	Steuerung über Berechtigungskonzept
<input checked="" type="checkbox"/>	Physikalische Trennung (Systeme / Datenbanken / Datenträger)	<input checked="" type="checkbox"/>	Festlegung von Datenbankrechten
<input type="checkbox"/>	Mandantenfähigkeit relevanter Anwendungen	<input type="checkbox"/>	Datensätze sind mit Zweckattributen versehen

4.2 Integrität (Art. 32 Abs. 1 lit. b DSGVO)

4.2.1 Weitergabekontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können, und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung personenbezogener Daten durch Einrichtungen zur Datenübertragung vorgesehen ist. Zur Gewährleistung der Vertraulichkeit bei der elektronischen Datenübertragung können z.B. Verschlüsselungstechniken und Virtual Private Network eingesetzt werden. Maßnahmen beim Datenträgertransport bzw. Datenweitergabe sind Transportbehälter mit Schließvorrichtung und Regelungen für eine datenschutzgerechte Vernichtung von Datenträgern.

Technische Maßnahmen		Organisatorische Maßnahmen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Email-Verschlüsselung intern	<input checked="" type="checkbox"/>	Dokumentation der Datenempfänger sowie der Dauer der geplanten Überlassung bzw. der Löschrufen
<input checked="" type="checkbox"/>	Einsatz von VPN	<input type="checkbox"/>	Übersicht regelmäßiger Abruf- und Übermittlungsvorgänge
<input checked="" type="checkbox"/>	Protokollierung der Zugriffe und Abrufe	<input checked="" type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Weitergabe in anonymisierter oder pseudonymisierter Form
<input checked="" type="checkbox"/>	Sichere Transportbehälter	<input checked="" type="checkbox"/>	Sorgfalt bei Auswahl von Transport-Personal und Fahrzeugen
<input checked="" type="checkbox"/>	Bereitstellung über verschlüsselte Verbindungen wie sftp, https	<input type="checkbox"/>	Persönliche Übergabe mit Protokoll
<input type="checkbox"/>	Nutzung von Signaturverfahren	<input type="checkbox"/>	

4.2.2 Eingabekontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind. Eingabekontrolle wird durch Protokollierungen erreicht, die auf verschiedenen Ebenen (z.B. Betriebssystem, Netzwerk, Firewall, Datenbank, Anwendung) stattfinden können. Dabei ist weiterhin zu klären, welche Daten protokolliert werden, wer Zugriff auf Protokolle hat, durch wen und bei welchem Anlass/Zeitpunkt diese kontrolliert werden, wie lange eine Aufbewahrung erforderlich ist und wann eine Löschung der Protokolle stattfindet.

Technische Maßnahmen		Organisatorische Maßnahmen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Technische Protokollierung der Eingabe, Änderung und Löschung von Daten	<input type="checkbox"/>	Übersicht, mit welchen Programmen welche Daten eingegeben, geändert oder gelöscht werden können
<input type="checkbox"/>	Manuelle oder automatisierte Kontrolle der Protokolle	<input checked="" type="checkbox"/>	Nachvollziehbarkeit von Eingabe, Änderung und Löschung von Daten durch individuelle Benutzernamen (nicht Benutzergruppen)
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Vergabe von Rechten zur Eingabe, Änderung und Löschung von Daten auf Basis eines Berechtigungskonzepts
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Aufbewahrung von Formularen, von denen Daten in automatisierte Verarbeitungen übernommen wurden
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Klare Zuständigkeiten für Löschungen

4.3 Verfügbarkeit und Belastbarkeit (Art. 32 Abs. 1 lit. b DSGVO)

4.3.1 Verfügbarkeitskontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass personenbezogene Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind. Hier geht es um Themen wie eine unterbrechungsfreie Stromversorgung, Klimaanlage, Brandschutz, Datensicherungen, sichere Aufbewahrung von Datenträgern, Virenschutz, RAID-Systeme, Plattenspiegelungen etc.

Technische Maßnahmen	Organisatorische Maßnahmen
<input checked="" type="checkbox"/> Feuer- und Rauchmeldeanlagen	<input checked="" type="checkbox"/> Backup & Recovery-Konzept (ausformuliert)
<input checked="" type="checkbox"/> Feuerlöscher Serverraum	<input type="checkbox"/> Kontrolle des Sicherungsvorgangs
<input checked="" type="checkbox"/> Serverraumüberwachung Temperatur und Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/> Regelmäßige Tests zur Datenwiederherstellung und Protokollierung der Ergebnisse
<input checked="" type="checkbox"/> Serverraum klimatisiert	<input checked="" type="checkbox"/> Aufbewahrung der Sicherungsmedien an einem sicheren Ort außerhalb des Serverraums
<input checked="" type="checkbox"/> USV	<input type="checkbox"/> Keine sanitären Anschlüsse im oder oberhalb des Serverraums
<input checked="" type="checkbox"/> Schutzsteckdosenleisten Serverraum	<input type="checkbox"/> Existenz eines Notfallplans (z.B. BSI IT Grundschutz 100-4)
<input type="checkbox"/> Datenschutztresor (S60DIS, S120DIS, andere geeignete Normen mit Quelldichtung etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Getrennte Partitionen für Betriebssysteme und Daten
<input checked="" type="checkbox"/> RAID-System / Festplattenspiegelung	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Videoüberwachung Serverraum	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alarmmeldung bei unberechtigtem Zutritt zu Serverraum	<input type="checkbox"/>

*Backup-Konzept Stand-Alone-PC:

Tägliche Sicherung auf NAS Laufwerk.

Wöchentliche Sicherung auf externe HDD mit anschließender Sicherheitsverwahrung in einem Tresor, der räumlich und brandschutztechnisch getrennt ist.

**Backup-Konzept Server:

Diese Server stehen im Serverraum des Rechenzentrums der Hochschule Ludwigshafen und werden nach dem Backup-Konzept der Hochschule gesichert.

4.4 Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung (Art. 32 Abs. 1 lit. d DSGVO; Art. 25 Abs. 1 DSGVO)

4.4.1 Datenschutz-Management

Technische Maßnahmen	Organisatorische Maßnahmen
<input type="checkbox"/> Software-Lösungen für Datenschutzmanagement im Einsatz	<input checked="" type="checkbox"/> Interne Datenschutzbeauftragte Frau Annika Vorwerk Datenschutzbeauftragte der Hochschule LU Ernst-Boehe-Str. 4 67059 Ludwigshafen
<input checked="" type="checkbox"/> Zentrale Dokumentation aller Verfahrensweisen und Regelungen zum Datenschutz mit Zugriffsmöglichkeit für Mitarbeiter nach Bedarf / Berechtigung (z.B. Wiki, Intranet ...)	<input checked="" type="checkbox"/> Mitarbeiter geschult und auf Vertraulichkeit/ Datengeheimnis verpflichtet
<input type="checkbox"/> Sicherheitszertifizierung nach ISO 27001, BSI IT-Grundschutz oder ISIS12	<input checked="" type="checkbox"/> Regelmäßige Sensibilisierung der Mitarbeiter mindestens jährlich
<input type="checkbox"/> Anderweitiges dokumentiertes Sicherheitskonzept	<input checked="" type="checkbox"/> Interner Informationssicherheitsbeauftragter Herr Michael Jobst IT-Sicherheitsbeauftragter der Hochschule LU Ernst-Boehe-Str. 4 67059 Ludwigshafen
<input checked="" type="checkbox"/> Eine Überprüfung der Wirksamkeit der Technischen Schutzmaßnahmen wird mind. jährlich durchgeführt	<input checked="" type="checkbox"/> Die Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) wird bei Bedarf durchgeführt
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Die Organisation kommt den Informationspflichten nach Art. 13 und 14 DSGVO nach
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Formalisierter Prozess zur Bearbeitung von Auskunftsanfragen seitens Betroffener ist vorhanden

4.4.2 Incident-Response-Management

Technische Maßnahmen	Organisatorische Maßnahmen
<input checked="" type="checkbox"/> Einsatz von Firewall und regelmäßige Aktualisierung	<input checked="" type="checkbox"/> Dokumentierter Prozess zur Erkennung und Meldung von Sicherheitsvorfällen / Daten-Pannen (auch im Hinblick auf Meldepflicht gegenüber Aufsichtsbehörde)
<input checked="" type="checkbox"/> Einsatz von Spamfilter und regelmäßige Aktualisierung	<input checked="" type="checkbox"/> Dokumentierte Vorgehensweise zum Umgang mit Sicherheitsvorfällen

<input checked="" type="checkbox"/> Einsatz von Virens Scanner und regelmäßige Aktualisierung	<input checked="" type="checkbox"/> Einbindung <input checked="" type="checkbox"/> DSB und <input checked="" type="checkbox"/> ISB in Sicherheitsvorfällen und Datenpannen
<input type="checkbox"/> Intrusion Detection System (IDS)	<input type="checkbox"/> Dokumentation von Sicherheitsvorfällen und Datenpannen z.B. via Ticketsystem
<input type="checkbox"/> Intrusion Prävention System (IPS)	<input type="checkbox"/> Formaler Prozess und Verantwortlichkeiten zur Nachbearbeitung von Sicherheitsvorfällen und Datenpannen

4.4.3 Datenschutzfreundliche Voreinstellungen (Art. 25 Abs. 2 DSGVO)

Technische Maßnahmen	Organisatorische Maßnahmen
<input checked="" type="checkbox"/> Es werden nicht mehr personenbezogene Daten erhoben, als für den jeweiligen Zweck erforderlich sind	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Einfache Ausübung des Widerrufsrechts des Betroffenen durch technische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>

4.4.4 Auftragskontrolle (Outsourcing an Dritte)

Maßnahmen, die gewährleisten, dass personenbezogene Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers verarbeitet werden können. Unter diesen Punkt fällt neben der Datenverarbeitung im Auftrag auch die Durchführung von Wartung und Systembetriebsarbeiten sowohl vor Ort als auch per Fernwartung. Sofern der Auftragnehmer Dienstleister im Sinne einer Auftragsverarbeitung einsetzt, sind die folgenden Punkte stets mit diesen zu regeln.

Technische Maßnahmen	Organisatorische Maßnahmen
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Vorherige Prüfung der vom Auftragnehmer getroffenen Sicherheitsmaßnahmen und deren Dokumentation

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Auswahl des Auftragnehmers unter Sorgfaltsgesichtspunkten (gerade in Bezug auf Datenschutz und Datensicherheit)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Abschluss der notwendigen Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung bzw. EU Standard-Vertragsklauseln
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Schriftliche Weisungen an den Auftragnehmer
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Verpflichtung der Mitarbeiter des Auftragnehmers auf Datengeheimnis
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Verpflichtung zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten durch den Auftragnehmer bei Vorliegen Bestellpflicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vereinbarung wirksamer Kontrollrechte gegenüber dem Auftragnehmer
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Regelung zum Einsatz weiterer Subunternehmer
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Sicherstellung der Vernichtung von Daten nach Beendigung des Auftrags
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bei längerer Zusammenarbeit: Laufende Überprüfung des Auftragnehmers und seines Schutzniveaus

**Anlage: Grundsätze zu Sperrung, Löschen und Archivierung von
Studiendaten**

Grundsätze zu Sperrung, Löschen und Archivierung von Studiendaten

Anlage zum **Datenschutz- und IT-Sicherheitskonzept** für die Evaluation der Studie VersorgungsManagement Wunde RLP (VeMaWuRLP) (Version 1.5), gültig seit 02.08.2018

Herausgeber:

Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Hochschule Ludwigshafen am Rhein

Ernst-Boehe-Str. 4

67059 Ludwigshafen am Rhein

Prof. Dr. Elke Raum, Prof. Dr. Manfred Erbsland

Tel.: 0621/5203-456

E-Mail: VeMaWuRLP@hwg-lu.de

1. Sperren und Löschen von Datenobjekten

Datenobjekte, die Personenbezug aufweisen, werden gemäß Definition gelöscht, wenn sie nach der **Löschung** nicht mehr vorhanden sind, unkenntlich sind und nicht mehr verwendet werden können. Löschen wird z. B. durch das physische Überschreiben von Datenobjekten erreicht oder indem der Datenträger, auf dem sie enthalten sind, geeignet vernichtet wird.

Im Rahmen der Durchführung einer Studie gespeicherte Identitätsdaten werden gelöscht, sobald die Qualitätsüberprüfung der (Primär-)Daten erfolgreich abgeschlossen wurde und kein weiterer direkter Kontakt zu den Teilnehmenden und keine Re-Identifizierung mehr erforderlich ist; spätestens zum Ende des Förderzeitraums der Studie. Nicht länger benötigte Dokumente der Papierakten (Laufzettel etc.) werden gemäß DIN66399 vernichtet.

Bei Widerruf Betroffener werden die Daten zur Person unmittelbar gesperrt. Pseudonymisiert werden Kerninformationen, die einen erneuten Studieneinschluss verhindern sowie die Dokumentation der Studiendurchführung sicherstellen, bis zum Ende der Laufzeit der Studie vorgehalten. Alle anderen Merkmale werden innerhalb eines Monats gelöscht.

Personenidentifizierenden Daten von verstorbenen Teilnehmenden werden nach Abschluss der Ermittlung der Todesursachen gelöscht.

Generell gelten für die Löschung von Daten aufgrund eines Widerrufs oder Ablaufs der Gültigkeit der betreffenden Einwilligung folgende Fristen:

1. Sperrung der Daten für die weitere Nutzung unmittelbar.
2. Löschung personenbezogener Daten innerhalb eines Monats.
3. Löschung von Befragungs- und Gesundheitsdaten innerhalb von einem Monat.
4. Löschung von Pseudonymen unmittelbar, sobald die über diese Pseudonyme zugeordneten Daten gelöscht wurden.

Sind Sozial- und Gesundheitsdaten bereits in die Verarbeitung und Auswertung eingegangen, sind die Zuordnung zu einer natürlichen Person und Löschen nicht mehr möglich.

2. Datenverknüpfung

Durch die Pseudonymisierung von personenbezogenen Forschungsdaten wird der Personenbezug in den Auswertungsdaten eliminiert. Soweit eine Vertrauensstelle

(Datentreuhänder) zur 1:1 Verknüpfung von Datenwerten einbezogen ist, sind Konkordanz/Schlüssel zur Verknüpfung und Reidentifizierung ausschließlich an dieser Stelle gespeichert. Die Datennutzenden haben keinerlei Zugriff auf die Zuordnungsregeln, womit die Forschungsdaten nicht mehr personenbezogen im Sinne des Gesetzes sind.

Die Verantwortung für die Vernichtung der Konkordanz/Schlüssel obliegt der gewählten Vertrauensstelle und wird vertraglich festgeschrieben. Die Löschung des oder der Schlüssel erfolgt in der Vertrauensstelle unmittelbar zum Abschluss des Forschungsprojektes, spätestens 6 Monate nach Ablauf der Studienlaufzeit.

3. Verfahren nach Ende der Förderdauer

Für die **Archivierung** von Forschungsdaten findet der Grundsatz der Speicherbegrenzung Anwendung. Eine Speicherung erfolgt maximal so lange, wie es für die Verarbeitungszwecke erforderlich ist. Die Grundsätze Guter Wissenschaftlicher Praxis, beispielsweise der DFG, empfehlen eine Aufbewahrung der Daten für mindestens 10 Jahre, „um eine Nachprüfung der Forschungsergebnisse auf der Grundlage der ursprünglichen Datenbasis sowie eine Verarbeitung für weitere Forschungsvorhaben ... zu ermöglichen.“ (SGB X §75 Abs. 1)¹

Die Forschungsdaten inklusive der Protokolle zur Datenbearbeitung werden Passwort- geschützt auf einem externen Speichermedium archiviert. Die Aufbewahrung erfolgt im Safe des Fachbereichs I an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft mit geregelter Zugriffskontrolle. Eine Weitergabe von Forschungsdaten ist lediglich zur Nachprüfung der Forschungsergebnisse sowie einer Verarbeitung für weitere Forschungsvorhaben möglich und vorgesehen innerhalb der EU. Über die Zulässigkeit der Herausgabe entscheidet die Projektleitung bzw. deren Rechtsnachfolge.

Verantwortlich für die fristgemäße und sachgerechte Vernichtung nach der gesetzlichen Aufbewahrungszeit ist die Studienleitung bzw. deren Rechtsnachfolge.

VeMaWu RLP

Versorgungs**M**anagement **W**unde
in Rheinland-Pfalz

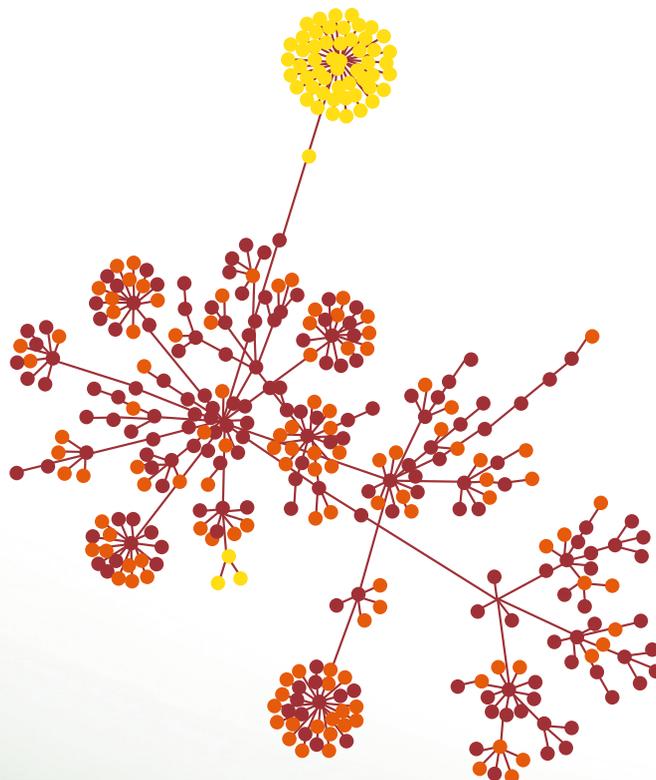
Teilnahme-Informationsbroschüre

Versorgungs**M**anagement**W**unde in **R**hein**l**and-**P**falz (**V**e**M**a**W**u RLP)

Ein Forschungsprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz

Studienlaufzeit Mai 2018 – April 2021

Informationen zu Zielen, Durchführung, Datenschutz und den beteiligten Studienverantwortlichen



Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Allgemeine Zielsetzungen und Finanzierung des Projekts.....	4
Integrierte Versorgung.....	4
Definition chronische Wunde.....	4
Ihre Mitwirkung.....	5
Studienablauf.....	5
Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	6
Begleitung der Menschen mit chronischen Wunden in zwei Gruppen.....	6
Erfassung des Heilungsverlaufs und der Lebensqualität.....	7
Vergleich des Kostenaufwands.....	8
Gesamtauswertung und Interpretation der Ergebnisse.....	8
Aufwandsentschädigung.....	8
Datenschutz.....	8
Versicherungsschutz.....	9
DRKS-Registrierung.....	9
Projektbeteiligte.....	10
Konsortialpartner.....	11
Projektpartner.....	11
Ihre Studieneinrichtung.....	12

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17048 gefördert.

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

mit dieser Broschüre möchten wir Sie über das Forschungsprojekt „VersorgungsManagement chronische Wunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWu RLP)“ informieren. Das Ziel dieses Projektes ist es, die alltägliche Versorgung (Regelversorgung) von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz zu verbessern.

Deshalb werden im Zeitraum von November 2018 bis Ende November 2019 Menschen mit chronischen Wunden gesucht, die ihren Heilungsprozess für ein Jahr wissenschaftlich begleiten lassen möchten.

Wenn Sie derzeit von einer schwer heilenden Wunde betroffen sind, dann möchten wir Sie zur Teilnahme an unserer Studie einladen. Nur in Zusammenarbeit mit Ihnen ist ein Erfolg dieses Projektes möglich!

Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden dreimal umfassende Erhebungen mit einem Fragebogen durchgeführt. Einige Teilnehmende werden um ein ausführliches Gespräch über ihre Situation gebeten.

Der Heilungsprozess von 500 Menschen mit chronischen Wunden, die wie üblich von ihren ortsansässigen Pflegediensten und Ärztinnen und Ärzten versorgt werden, wird mit dem von 500 Menschen mit chronischen Wunden verglichen, die neben dieser Regelversorgung eine Fallmanagerin/ einen Fallmanager als Ansprechpartner zur Seite gestellt bekommen. Die Zuteilung zu einer dieser Gruppen erfolgt per Zufall, um die Ergebnisse richtig auswerten zu können.

Die gesamten Erhebungen und das Fallmanagement sind für Sie kostenfrei.

Wenn Sie damit einverstanden sind, arbeiten wir mit Ihrer am Projekt beteiligten Krankenkasse zusammen, um auch die Kosten Ihres Heilungsverlaufs berechnen zu können.

Sollten Sie nach der Lektüre dieser Broschüre weitere Fragen zu Ihrer Studienteilnahme haben, stehen wir und die betreuende Studieneinrichtung Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit

Ihr Gesamtprojektleiter

Uwe Imkamp

Allgemeine Zielsetzungen und Finanzierung des Projekts

Mit dem Projekt VeMaWu RLP bietet sich die Chance, die Regelversorgung von Menschen mit schlecht heilenden, chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz zu beobachten und zu verbessern bzw. eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern.

Mit dem Projekt VeMaWu RLP wird überprüft, ob ein Fallmanagement zu einer Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden führt. Mit Ihrem Einverständnis ist außerdem eine Auswertung der dabei entstehenden Kosten durch Mitwirkung Ihrer Krankenkasse möglich.

Seit Mai 2018 stehen zu diesem Zweck Fördergelder des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verfügung. Mit diesen Mitteln werden die Organisation des Projekts, die Erhebungen, das Fallmanagement, die unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung und die Aufwände der beteiligten Krankenkassen bezahlt.

Die Mittel des Innovationsfonds werden von den gesetzlichen Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds bereitgestellt. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine Verbesserung der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Integrierte Versorgung

Der Begriff „Integrierte Versorgung“ (IV) steht für die Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungsbereichen im Gesundheitswesen und zielt auf eine patientenorientierte und interdisziplinär-fachübergreifende medizinische Versorgung ab. Kennzeichnend ist die enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner, so zum Beispiel Haus- und Fachärzte, nichtärztliche medizinische Berufe, Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren, Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze oder Pflegeeinrichtungen. Mit einer integrierten Versorgung sollen neben der Qualität der medizinischen Versorgung, z. B. durch ein höheres Maß an Abstimmung und Kooperation, auch Ihre persönliche Lebensqualität verbessert werden. Im Rahmen dieser besonderen Versorgung können auch Behandlungsformen angeboten werden, die bisher noch nicht zum Standard gehören. Projekte auf der Basis dieser Vertragsgrundlage zielen auch darauf ab, die geforderte Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu untersuchen.

Zwischen der mamedicon GmbH und Ihrer Krankenkasse wurde ein Vertrag zur besonderen Versorgung abgeschlossen. Ihre Teilnahme an dieser integrierten Versorgung und somit am Projekt ist freiwillig, daher werden Sie um ihre Zustimmung gebeten.

Definition chronische Wunde

Eine Wunde, die über einen Zeitraum von über vier Wochen nicht abheilt, bezeichnet man als chronisch. Die schlechte Wundheilung ist häufig Folge einer Durchblutungsstörung, einer Infektion, eines Immundefekts oder eines Diabetes mellitus. Eine häufige chronische Wunde ist das Wundliegegeschwür (Dekubitus) oder das Unterschenkelgeschwür/offenes Bein (Ulcus cruris). Auch eine akute Wunde, die nicht fachgerecht gepflegt wird, kann chronisch werden.

Häufig sind die Patienten im Alltag durch ihre chronischen Wunden erheblich eingeschränkt. Geruch, Schmerzen und zahlreiche Arztbesuche können das seelische Wohlbefinden deutlich belasten. Zur optimalen Versorgung der Wunde gehört auch, dass Sie lernen, im Alltag mit Ihrer Wunde umzugehen. Wird die Entstehungsursache nicht behoben, besteht kaum eine Chance auf Heilung. Darum müssen die Grunderkrankungen bestmöglich behandelt werden!

Ihre Mitwirkung

Ihre Mitwirkung am Projekt VeMaWu RLP ist wichtig und besteht aus folgenden Bausteinen:

- Sie erklären sich bereit, an der Studie teilzunehmen.
- Sie geben uns zu Beginn Ihrer Teilnahme Auskunft über Ihre Gesundheit.
- Sie erhalten eine eingehende ärztliche Erhebung Ihrer Versorgungssituation, um den Zustand Ihrer Wunde zu Beginn der Studie zu erfassen.
- Sie werden zweimal innerhalb eines Jahres zu weiteren medizinischen Befragungen von Ihrer Studieneinrichtung eingeladen.
- Sie werden zufällig in eine Studiengruppe eingeteilt:
 - o Bei einer Gruppe ändert sich an der Versorgung der Wunde nichts (Regelversorgung), außer dass zusätzlich drei strukturierte ärztliche Befragungen und Erhebungen erfolgen.
 - o Die andere Gruppe erhält ebenso weiterhin die übliche Versorgung (Regelversorgung) und die drei strukturierten ärztlichen Befragungen und Erhebungen. Zudem werden die Teilnehmenden dieser Gruppe regelmäßig von einer Fallmanagerin/ einem Fallmanager als Ansprechpartner für sie besucht.
- Ihre Teilnahme an der Studie endet nach 12 Monaten.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich zu einer Teilnahme an der Studie zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz entschließen würden!

Im Weiteren möchten wir Ihnen den Studienablauf genau erläutern.

Studienablauf

Das Projekt gliedert sich in sechs Abschnitte:

1. Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2. Begleitung der Menschen mit chronischen Wunden in zwei Gruppen
3. Erfassung des Heilungsverlaufs und der Lebensqualität
4. Vergleich des Kostenaufwands
5. Gesamtauswertung und Interpretation der Ergebnisse
6. Veröffentlichung der Ergebnisse in der Fachpresse unter ausschließlicher Nutzung anonymisierter Daten

Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Um 1.000 Menschen mit chronischen Wunden zu erreichen, hat die Projektleitung der mamedicon GmbH verschiedene Krankenhäuser, Facharztpraxen und Medizinische Versorgungszentren in Rheinland-Pfalz zur Kooperation gewonnen. Diese werden im Projekt „Studieneinrichtung“ genannt. Die Studienärzte in den Studieneinrichtungen gehen auf Menschen mit chronischen Wunden zu. Bei Interesse beantworteten diese Ihre Fragen zur Teilnahme und holen Ihr Einverständnis zur Teilnahme ein. Dann werden Sie durch die Hochschule Ludwigshafen in einem Zufallsverfahren einer Studiengruppe zugeteilt.

Begleitung der Menschen mit chronischen Wunden in zwei Gruppen

Gruppe Regelversorgung chronische Wunde:

Die Versorgung von chronischen Wunden wird bereits durch Ihre Behandler vor Ort auf einem hohen Niveau durchgeführt. Die Ärztinnen und Ärzte Ihres Vertrauens sorgen für die fachgerechte Behandlung bzw. für die regelmäßige Unterstützung durch einen Pflegedienst in Ihrer Nähe u. a. mit

1. regelmäßiger Säuberung der Wunde und Bekämpfung von Infektionen,
2. Auswahl der passenden Wundauflagen,
3. begleitenden Maßnahmen zur Unterstützung der Wundheilung (z.B. Beratung zu Ernährungsgewohnheiten, Abstimmung und Durchführung der Kompressionstherapie),
4. Behandlung von Schmerzen.

Gruppe Regelversorgung / Fallmanagement:

Auch in dieser Gruppe obliegt die Behandlung Ihrer chronischen Wunde weiterhin Ihrer Arztpraxis und Ihrem Pflegedienst.

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Behandlungen wird Ihnen eine Fallmanagerin/ein Fallmanager zugeteilt. Ihr individueller Versorgungsbedarf wird mit Ihnen besprochen und Behandlungsziele werden mit ihnen gemeinsam festgelegt (z.B. schmerzfreier Verbandswechsel oder verbesserte Beweglichkeit). Diese gemeinsam festgelegten Ziele werden dann mit Ihrem behandelnden Arzt, Pflegedienst und ggf. weiteren Therapeuten abgestimmt. Regelmäßig wird Ihr Wundverlauf in Expertenrunden (Fallbesprechung) anonym besprochen.

Im Rahmen des Fallmanagements werden Hausbesuche durchgeführt und bei Bedarf Termine mit anderen Diensten koordiniert. Es werden Ihnen Schulungen zu einzelnen Aspekten Ihrer Wundsituation angeboten. Die Fallmanager sind zusätzliche Ansprechpartner bei Fragen zu Ihrer Wunde. Nach Abheilung Ihrer Wunde, aber spätestens nach einem halben Jahr kommt Ihnen eine sechsmonatige Nachbetreuung zu. Damit soll eine erneute Verschlechterung Ihrer Situation oder eine neue Wunde verhindert werden.

Um feststellen zu können, ob ein Fallmanagement bei chronischen Wunden einen messbaren Effekt auf die Heilung, den Kostenaufwand oder die Lebensqualität hat, sind die Erhebungen in beiden Gruppen notwendig.

Ihre Teilnahme ist von großer Bedeutung, unabhängig von der Gruppe, der Sie zugeordnet werden!

Erfassung des Heilungsverlaufs und der Lebensqualität

Im Rahmen der Studie erfolgen drei ärztliche Einzelbefragungen und -erhebungen, bei denen Ihnen auch ein Fragebogen vorgelegt wird. Innerhalb eines Jahres werden Ihnen jeweils im Abstand von 6 Monaten zwei weitere Befragungstermine vergeben (Termine werden schon vorab abgestimmt). Nur durch die nochmalige Befragung können wir maßgebliche Veränderungen bezogen auf die Wundheilung sowie Ihre Gesamtsituation feststellen.

Im Folgenden finden Sie eine kurze Zusammenstellung der Inhalte der Erhebungen in Ihrer Studieneinrichtung, die bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie durchgeführt werden.

Befragung und Erhebung durch die Studienärztin/ den Studienarzt:

- Dokumentation Ihrer individuellen Wundsituation und Therapie,
- Dokumentation der aktuellen Medikation,
- Krankheitsgeschichte, Begleiterkrankungen,
- Lebensstil.

Individueller Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Zudem werden Sie gebeten, zusätzlich einen Fragebogen vor Ort auszufüllen und ihn direkt in der Studieneinrichtung abzugeben. Es werden Ihnen Fragen zu folgenden Themen gestellt:

- Lebensqualität,
- soziale Unterstützung,
- gesundheitsförderliches Verhalten,
- eigene Behandlungsziele,
- Wohlbefinden,
- Angaben zu Ihrer Person.

Individuelle Gesprächstermine außerhalb der Studieneinrichtungen

Einzelne Patientinnen und Patienten werden im Verlauf der Studie um einen Gesprächstermin gebeten. Eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Ludwigshafen wird Sie gegebenenfalls kontaktieren und besuchen, um mit Ihnen über Ihre Situation ins Gespräch zu kommen.

Vergleich des Kostenaufwands

Mit Ihrem Einverständnis werden im Laufe des Projekts von Ihrer Krankenkasse anonymisierte Abrechnungsdaten (Routinedaten) an die Hochschule Ludwigshafen weitergeleitet, um so Berechnungen über die Kosten der Versorgung chronischer Wunden durchführen zu können.

Gesamtauswertung und Interpretation der Ergebnisse

Ihre Angaben und die Ergebnisse werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hochschule Ludwigshafen ausgewertet und interpretiert. Informationen zu Ihrer Person werden dabei so verschlüsselt, dass daraus keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Ergebnisse werden 2021 dem Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegt und später auch veröffentlicht.

Am Ende des Projektes werden die gewonnenen Erkenntnisse und Ableitungen der Fachwelt zur Verfügung gestellt. In diesen Veröffentlichungen finden sich keinerlei Daten, die auf Sie als Patient oder Patientin zurück zu führen wären. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Artikel gerne zu.

Aufwandsentschädigung

Bei den Wiedervorstellungen nach 6 Monaten und 12 Monaten in Ihrer Studieneinrichtung möchten wir uns bei Ihnen für Ihre Teilnahme mit einem Wertgutschein bedanken. Er wird Ihnen vom Evaluationszentrum postalisch zugesandt.

Datenschutz

In einer Studie spielt der Schutz personenbezogener Daten, speziell in Verbindung mit medizinischen Ergebnissen, eine besonders wichtige Rolle und unterliegt den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen.

Der Umgang mit Ihren persönlichen Daten und den Studienergebnissen entspricht den Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Sie haben jederzeit das Recht personenbezogenen Daten, die von Ihnen gespeichert werden einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen oder einzuschränken oder löschen zu lassen, solange diese nicht zur grundsätzlichen medizinischen Dokumentation gehören.

Die Teilnahmeerklärung und das Einverständnis zur Datenverarbeitung werden von Ihnen unterzeichnet und Ihnen ausgehändigt. Ein zweites Original erhält die mamedicon GmbH als Gesamtprojektleitung. Eine Kopie erhalten jeweils die Studieneinrichtung, die Hochschule Ludwigshafen und Ihre Krankenkasse zum Nachweis Ihrer Teilnahme und Ihres Einverständnisses.

Vor Beginn der Erhebungen wurde die Planung der Studie der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vorgelegt. Die Ethikkommission hat nach Prüfung der eingereichten Unterlagen keine Bedenken bezüglich der Durchführung der Studie geäußert.

Alle medizinischen und wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studie, sowie alle Fallmanagerinnen und Fallmanager unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und/oder der Verpflichtung zur Vertraulichkeit. Alle Akteure sind schriftlich zur Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet worden.

Das Datenschutzkonzept der wissenschaftlichen Begleitung wurde von der Datenschutzbeauftragten der Hochschule Ludwigshafen geprüft. Das Datenschutzkonzept des strukturierten und elektronische Fallmanagements wurde vom Datenschutzbeauftragten der mamedicon GmbH geprüft.

Jegliche Veröffentlichung wissenschaftlicher Ergebnisse lässt keinen Rückschluss auf einzelne Personen zu.

Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet durch:

Datenschutzbeauftragter der

mamedicon GmbH
Herrn Nils Hesberg
Kampingring 9
49328 Melle

Hochschule Ludwigshafen
Ernst-Boehe-Str. 4
D-67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621/5203-175
Email: datenschutz@hs-lu.de

Versicherungsschutz

Hinsichtlich des Versicherungsschutzes genießen Sie bezüglich des An- und Abreiseweges den allgemeinen Krankenversicherungsschutz, der allen Versicherten zusteht.

Wir weisen Sie vorsorglich dennoch darauf hin, dass Wegeunfälle, also die An- und Abreise zur Studieneinrichtung, nicht über das normale Maß hinaus versichert sind.

DRKS-Registrierung

Die Studie ist im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) eingetragen, das Informationen zu laufenden und abgeschlossenen klinischen Studien in Deutschland allgemein zugänglich macht.

Projektbeteiligte

Die **organisatorische Gesamtprojektleitung** obliegt der **mamedicon GmbH**.

Die mamedicon GmbH, gegründet 2009, ermöglicht den Aufbau und die Entwicklung von Netzwerkstrukturen im deutschen Gesundheitssystem. Mit über 20 Jahren Erfahrung in verschiedenen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems und einer langjährigen Projekterfahrung entwickelt die mamedicon regionale Gesundheitsnetzwerke bis hin zur Umsetzung von Selektivverträgen. Die von uns entwickelten Versorgungsstrukturen und Qualifikationen aller medizinischen Berufe arbeiten auf der Basis von Leitlinien, Qualitätsmanagement und verbindlichen Kommunikationsregeln.

Die mamedicon GmbH ist für die Durchführung des gesamten Projektes verantwortlich und wird durch den Gesamtprojektleiter vertreten: Herr Uwe Imkamp, Geschäftsführer, Bissendorf.

Die **Leitung der wissenschaftlichen Begleitforschung** liegt bei der **Hochschule Ludwigshafen am Rhein**, Frau Prof. Dr. Elke Raum und Herrn Prof. Dr. Manfred Erbsland, Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG).

Das im März 2014 gegründete Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG) bündelt die Forschungskompetenzen der Hochschule Ludwigshafen am Rhein im Bereich Gesundheitsökonomie, Gesundheitsmanagement und Versorgungsforschung. Eine interdisziplinäre Ausrichtung gewährleistet das Zusammenführen von Fachwissen aus den Bereichen BWL, VWL, Medizin, Pflege und Recht.

Das Institut untersucht vor dem Hintergrund zunehmend knapper Ressourcen und einer älter werdenden Gesellschaft Möglichkeiten, die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Folgende **Krankenkassen** sind mit Start am 1. November 2018 am Projekt beteiligt:

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **GWQ ServicePlus AG**
 - o atlas BKK ahlmann
 - o BAHN-BKK
 - o Bertelsmann BKK
 - o BKK Deutsche Bank AG
 - o BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
 - o Daimler BKK
 - o Die Schwenninger Krankenkasse
 - o energie-BKK
 - o Heimat Krankenkasse
 - o IKK Brandenburg und Berlin
 - o IKK Südwest
 - o Merck BKK
 - o SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
 - o Südzucker BKK

Im Projektverlauf können weitere Krankenkassen dem Projekt / Vertrag der integrierten Versorgung beitreten.

Konsortialpartner

mamedicon

Gesamtorganisation (Konsortialführung)

Gewerbepark 18, 49143 Bissendorf

Projekthomepage: <https://www.vemawu.de>

Geschäftsführung: Uwe Imkamp

E-Mail: u.imkamp@mamedicon.de



Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Nikolaus-Otto-Straße 5, 55129 Mainz



Tersteegenstr 28, 40474 Düsseldorf



Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Evaluationszentrum, Ernst-Boehe Str. 4, 67059 Ludwigshafen
Telefon: 0621/5203-456

Projektpartner

Wundnetz Rheinland-Pfalz e.V. (Mainz) mit seinen Sektionen

Landespflegekammer RLP (Mainz)

InnoNet HealthEconomy e.V. (Mainz)

Initiative Chronische Wunden e.V. (Quedlinburg)

Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (Berlin)

Deutsche Venenliga e.V. (Bad Bertrich)

Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie RLP e.V.

Ihre Studieneinrichtung

Ihr Notizen

Anlage 2 - Qualitative Evaluation

Dateiname	Seite Anlage
01_Vorab_Information_Interview_PAT_VeMaWuRLP	2-3
02_Einwilligung Interview_PAT_VeMaWuRLP	4
03_Einwilligung_Interview_Datenverarbeitung_Experten	5-6
04_Anschreiben_Telefon_Interview_PAT	7
05_Telefon_Einverständnis_Interview	8
06_FM_Vorab_Befragung_2018	9-31
07_Fokusgruppe Arbeitsblatt blanco	32-38
08_Vorlage_Postskript	39
09_Leitfaden für Interviews mit PAT_Z1	40-43
10_Leitfaden für Interviews mit PAT_Z2	44-48
11_Leitfaden für Interviews mit EXP	49-55
12_Leitfaden für Interviews mit FM	56-62
13_Dokumentenliste QualEval_Analyse	63-65
14_Codebuch ProgrammVeMaWu-RLP	66-70

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Institut für Management, Ökonomie und
Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum

Ernst-Boehe-Straße 4
67059 Ludwigshafen

Tel.: +49 (0)621/5203-456

VeMaWuRLP@hwg-lu.de

www.vemawu.de

Information zur Interviewteilnahme

**im Rahmen der Evaluation des Projekts VeMaWu RLP
„Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz“**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir freuen uns, dass Sie sich zur Teilnahme an der pflegewissenschaftlichen Studie zur Verbesserung der Wundversorgung entschlossen haben.

Danke, dass Sie bereits den Teilnehmerfragebogen ausgefüllt und an der ärztlichen Erhebung mitgewirkt haben.

Das Projekt VeMaWu RLP hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz zu verbessern. **Der Auftrag des hochschulischen Evaluationszentrums ist die Beschreibung und Bewertung der Wundversorgung während der Projektlaufzeit.**

Ihre individuellen Erfahrungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Projekts sind von großer Wichtigkeit. Für die Bewertung und Weiterentwicklung der Wundversorgung kommt es entscheidend darauf an, welche Informationen, Meinungen und Einschätzungen Sie uns zu Ihrer Situation geben.

Wir würden gerne mit Ihnen (ggf. zu unterschiedlichen Zeitpunkten) über Ihre persönlichen Erfahrungen mit der Wundversorgung ins Gespräch kommen und freuen uns darauf, Sie persönlich kennenlernen zu dürfen.

Ihr

Evaluationsteam

Bitte um Einverständnis zur Erhebung

Wir bitten Sie um Ihr schriftliches Einverständnis (Einverständniserklärung) zum Interview (ggf. unterschiedlichen Zeitpunkten), zur digitalen Aufzeichnung (Ton) des Interviews, zur Abschrift dieser Tonaufnahme (Transkription) durch professionelle Schreibbüros und zu Notizen, die zu Analysezwecken angefertigt werden dürfen.

Auf Ihren Wunsch hin kann das jeweilige Interview zu jedem Zeitpunkt unterbrochen oder abgebrochen werden.

Zur Sicherung des Datenschutzes gelten folgende Vereinbarungen:

Vertraulichkeit im Umgang mit den Daten

Die Projektleitung und alle am Projekt beteiligten Mitarbeitenden gewährleisten, dass alle erhobenen Daten (Tonaufnahme, Transkript und Notizen) streng vertraulich behandelt, gegen unbefugten Zugriff geschützt aufbewahrt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck der wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden.

Pseudonymisierung nach Art. 4 Nr. 5 DS-GVO (Ersetzung durch Codenamen)

Vor der wissenschaftlichen Bearbeitung werden Namen und Ortsangaben, die während des Interviews genannt werden, im Transkript und in den Notizen durch ein Pseudonym ersetzt. Damit wird die Zuordnung des Interviewten ausgeschlossen oder wesentlich erschwert.

In Veröffentlichungen wird ebenfalls sichergestellt, dass eine Identifikation aller Personen nicht möglich ist.

Löschdatum Tonaufnahme, Transkript und Notizen

Die Tonaufnahme wird nach Abschluss der Auswertung gelöscht. Transkript und Notizen werden nach Ende des Projekts in pseudonymisierter Form aufbewahrt. Nach Ablauf der offiziellen Aufbewahrungsfrist werden diese Daten durch die Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft in Ludwigshafen gelöscht.

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Institut für Management, Ökonomie und
Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Maïke Scheipers (MScN)

Ernst-Boehe-Straße 4

67059 Ludwigshafen

Tel.: +49 (0)621/5203-456

VeMaWuRLP@hwg-lu.de

www.vemawu.de

Name Interviewpartner/ Interviewpartnerin

Geburtsdatum

Einverständniserklärung

zur Interviewteilnahme

im Rahmen der Evaluation zum Projekt VeMaWu RLP

„Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz“

Ich wurde von der verantwortlichen Person der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen vollständig über das Vorgehen und die Bedeutung der Interviews aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich bin über das Vorgehen und die Inhalte des Interviews informiert worden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dem Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass die Abschrift durch ein professionelles Transkriptionsbüro erfolgt und das Interview in Textform pseudonymisiert von der HWG-LU wissenschaftlich ausgewertet und mindestens bis zum Ende der offiziellen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren gespeichert wird.

Ich habe das Informationsschreiben und ein Exemplar dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Interview.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Mitwirkenden

Ort, Datum

Unterschrift der wissenschaftlichen Mitarbeiterin

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen
Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)
Evaluationszentrum
Ernst-Boehe-Straße 4
67059 Ludwigshafen
VeMaWuRLP@hwg-lu.de

Qualitative Evaluation
„Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz“ (VeMaWu-RLP)

Einwilligungserklärung

zur Erhebung und Verarbeitung
personenbezogener Interviewdaten,
Expert*inneninterview

Projektleitung: Prof. Dr. med Elke Raum; Prof. Dr.rer. pol. Manfred Erbsland
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Interviewerin: Maike Scheipers (MScN)

Interviewdatum: _____

Das Projekt der Versorgungsforschung Versorgungsmanagement Wunde in RLP und der Zweck der Evaluation sind mir bekannt.

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen können, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von den Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Einige Interviews (nach vorheriger Abstimmung mit der/dem Experten*in) werden in Fachzeitschriften unter Nennung des Klarnamens der/des Experten*in veröffentlicht.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojektes werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sei denn, sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückzuziehen, ohne dass ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview/mehrere Interviews teilzunehmen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass das Interview oder auch Teile davon nach vorheriger Abstimmung unter Nennung meines Klarnamens veröffentlicht werden.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, für zukünftige Themen verwandte Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Hierzu bleiben meine Kontaktdaten über das Ende des Forschungsprojektes hinaus gespeichert.

ja nein

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort, Datum/Unterschrift

Sie können Ihre Einwilligung jeder Zeit gegenüber Frau Scheipers per Email VeMaWuRLP@hwg-lu.de für die Zukunft widerrufen.

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen
Ernst-Boehe-Straße 4 • 67059 Ludwigshafen

Frau
Adresse

**Versorgungsmanagement Wunde
in Rheinland-Pfalz (VeMaWu RLP)**

**Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im
Gesundheitsbereich (IMÖVG)**

Ernst-Boehe-Straße 4
D-67059 Ludwigshafen

Projektleitung:

Prof. Dr. Elke Raum, Prof. Dr. Manfred Erbsland

Ihre Ansprechpartnerin:

Maike Scheipers (wiss. Mitarbeiterin)

Telefon: +49 621/52 03- 455

Mail: maike.scheipers@hwg-lu.de

Homepage: www.hwg-lu.de

Datum:

Telefoninterview, am 09.12.2020 um 10:00 Uhr

Sehr geehrte Frau xy,

herzlichen Dank für das freundliche Telefonat
Ihre Erfahrungen mit Ihrer Wunde und der Wundversorgung sind von großem Interesse für uns.
Daher haben wir Sie als Interviewpartnerin ausgewählt.

Da wir ein persönliches Treffen während der Corona-Pandemie vermeiden möchten, würden wir
gerne, wie besprochen, das Interview telefonisch mit Ihnen durchführen.
Bevor wir Ihre Antworten digital aufzeichnen und auswerten dürfen, benötigen wir Ihre schriftliche
Einwilligung.

Bevor wir mit Ihnen das Interview führen, möchten wir Sie daher um Folgendes bitten:

- a) Bitte lesen Sie sich den beiliegenden Informationszettel durch.
- b) Unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung in das Interview.
- c) Schicken Sie das unterschriebene Formular in dem beiliegenden frankierten Umschlag per Post
an uns zurück.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Ich freue mich auf das Gespräch mit Ihnen.
Mit freundlichen Grüßen

Maike Scheipers, wissenschaftliche Mitarbeiterin

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Institut für Management, Ökonomie und
Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Maïke Scheipers (MScN)

Ernst-Boehe-Straße 4

67059 Ludwigshafen

Tel.: +49 (0)621/5203-456

VeMaWuRLP@hwg-lu.de

www.vemawu.de

Name Interviewpartner/ Interviewpartnerin

Geburtsdatum:

Einverständniserklärung**zur Interviewteilnahme per Telefon****im Rahmen der Evaluation zum Projekt VeMaWu RLP****„Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz“**

Ich wurde von der verantwortlichen Person der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen vollständig über das Vorgehen und die Bedeutung der Interviews aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich bin über das Vorgehen und die Inhalte des Interviews informiert worden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dem Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass die Abschrift durch ein professionelles Transkriptionsbüro erfolgt und das Interview in Textform pseudonymisiert von der HWG-LU wissenschaftlich ausgewertet und mindestens bis zum Ende der offiziellen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren gespeichert wird.

Ich habe das Informationsschreiben und ein Exemplar dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Interview.

Ort, Datum

Unterschrift Interviewteilnehmer:in

Ort, Datum

Unterschrift der wissenschaftlichen Mitarbeiterin

Fallmanagement vorab 18.-23.10.2018 -

Start of Block: Evaluationskonzept Hochschule Ludwigshafen

Q28 **Liebe Fallmanagerin, lieber Fallmanager**, wir geben Ihnen noch einmal eine Übersicht des **Evaluationskonzeptes der Hochschule Ludwigshafen**. Sie erhalten **Informationen zum Datenschutz** und werden dann um **Ihr Einverständnis** gebeten, bevor Sie mit der **Beantwortung des Fragebogens** beginnen. **Die externe und unabhängige Evaluation** dient der Prüfung, wie und mit **welchen Erfolgen** das „**mamedicon Fallmanagement**“ umgesetzt wird.

Dazu sieht die Hochschule Ludwigshafen zwei Zugänge vor.

Q1



End of Block: Evaluationskonzept Hochschule Ludwigshafen

Start of Block: Quantitative Evaluation

Start of Block: Qualitative Evaluation

Q5 QUALITATIVE EVALUATION Die **qualitative Forschung** wendet sich den **Wirkmechanismen des Fallmanagements** zu und ist daher auf **Ihre Auskünfte, Erfahrungen und Fachexpertise** angewiesen. **Fragestellungen:** · **Wie effektiv und effizient unterstützt das Fallmanagement die angestrebte patientenorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Beteiligten?** · **Wie reagieren Patienten und ihr soziales Umfeld auf die durch ein Fallmanagement strukturierte Wundversorgung? Inwieweit berichten die Betroffenen von Verbesserungen im täglichen Leben?** Um das Konzept und die Wirkungen des Fallmanagements zu erfassen, werden **Interviews mit den betroffenen Menschen und professionellen Akteuren** durchgeführt und die Fallmanagerinnen und Fallmanager zur Teilnahme an Gruppeninterviews gebeten. Dabei werden Inhalte und Vorgehen des Fallmanagements diskutiert. Bitte beteiligen Sie sich aktiv an diesen Angeboten. Je genauer Ihr Vorgehen deutlich wird, umso besser können die Möglichkeiten des Fallmanagements erfasst und eine Entwicklung des Fallmanagements forciert werden. Die mamedicon GmbH will die Bausteine des **Fallmanagements mit Ihrer Hilfe weiterentwickeln. Die externe Evaluation der Hochschule Ludwigshafen wird diesen Prozess begleiten.** Sie als Person werden das Fallmanagement individuell ausfüllen. **Ihr Verständnis des Fallmanagements**, Ihre Sicht auf die Menschen mit chronischen Wunden und ihr Umfeld oder Ihr Zugang zur Netzwerkarbeit hängt auch **von Ihren persönlichen Voraussetzungen** ab, die Sie mit in das Projekt einbringen. Der vorliegende Online-Fragebogen dient dazu, ihren individuellen Bildungsweg und ihre persönlichen Meinungen vor Aufnahme Ihrer Tätigkeit als Fallmanagerin in diesem Projekt zu erfassen. Es ist geplant, einen weiteren Fragebogen zum Ende des Projektes zu versenden, um so die Entwicklung und Ausgestaltung des Fallmanagements beschreiben zu können. Die **mamedicon GmbH wird Ihnen ebenfalls Fragen stellen**, um eine **interne Qualitätssicherung** des Fallmanagements voranzutreiben. Wir bitten Sie um Verständnis, dass es zu Dopplungen von Fragen kommen kann, da wir **Ihre Antworten nicht bzw. nur als Auswertungsergebnis an die mamedicon GmbH** weitergeben dürfen.

Q3 QUANTITATIVE EVALUATION Dieser Teil der Evaluation dient der Erfassung mess- und zählbarer Informationen zu drei Zeitpunkten, um den Erfolg des Fallmanagements einzuschätzen. Diese Erhebungen werden sowohl bei Menschen mit chronischen Wunden durchgeführt die "normal" versorgt werden, als auch bei Patient_innen die zusätzlich ein Fallmanagement erhalten. In diesen Teil der Evaluation werden Sie als Fallmanagerin/ Fallmanager nicht einbezogen. Die Erfolge Ihrer Arbeit werden aber bei den Folgeuntersuchungen an den Ergebnissen abzulesen sein.

Fragestellung: Lassen sich durch die neue Versorgungsform bei Patienten mit chronischen Wunden die wesentlichen **medizinischen, pflegerischen, patientenorientierten Zielparameter** der Wundbehandlung, wie z.B. nachhaltige **Heilungsraten, Krankenhauseinweisungen, Amputationsraten, das Auftreten von Wundinfektionen, die Lebensqualität**, verbessern **sowie die Kosten senken**? **Zur Beantwortung dieser Frage wird folgendermaßen vorgegangen:** **Menschen mit chronischen Wunden** die einer **kooperierenden Krankenkasse** angehören und in den teilnehmenden Studieneinrichtungen zur Teilnahme gewonnen werden können, **werden per Zufall** einem von **zwei Studienarmen** **zugeteilt. 500 Menschen** werden in den folgenden Monaten „**as usual**“, d.h. nach Standard der üblichen Versorgung versorgt. Weiteren **500 Menschen** **kommt** neben der Versorgung durch Pflegedienste und Arztpraxen die Begleitung durch **Ihr Fallmanagement** zu. **Jeder dieser Menschen mit chronischen Wunden wird zu drei festgelegten Zeitpunkten in einer Studieneinrichtung ein ärztliches Assessment durchlaufen** und um eine **Selbsteinschätzung durch einen Teilnehmerfragebogen** gebeten. Der Schwerpunkt des ärztlichen Assessments liegt dabei auf dem **Zustand der Wunde** und bei der Selbstauskunft auf der **Lebensqualität**. Im Weiteren werden Krankenkassendaten angefordert, die ökonomische Berechnungen ermöglichen.

End of Block: Qualitative Evaluation

Start of Block: Datenschutz

Q30

DATENSCHUTZ



Q6

Für das gesamte Projekt spielt der **Schutz personenbezogener Daten** eine wichtige Rolle und unterliegt den **aktuellen gesetzlichen Bestimmungen**. Der Umgang mit Ihren persönlichen Daten und den Studienergebnissen entspricht den **Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**. Sie haben jederzeit das Recht personenbezogene Daten, die von Ihnen gespeichert werden, einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen oder einzuschränken oder löschen zu lassen. Daten die zum Zeitpunkt des Widerspruchs bereits verarbeitet sind, können nicht mehr gelöscht werden.

Ihre Daten werden auf **geschützten lokalen Speicherplätzen** der Hochschule Ludwigshafen abgelegt und von Mitarbeiterinnen der Hochschule Ludwigshafen zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. **Die Daten werden 10 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht.** Eine **Kopie der Online-Teilnahmeerklärung und des Einverständnisses zur Datenverarbeitung wird Ihnen ausgehändigt.** Eine digitale Kopie verwahrt die Hochschule Ludwigshafen zu Nachweiszwecken. Vor Beginn der Erhebungen wurde die Planung der Studie der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vorgelegt. **Die Ethikkommission hat nach Prüfung der eingereichten Unterlagen keine Bedenken bezüglich der Durchführung der Studie geäußert.** **Alle wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studie unterliegen der Verpflichtung zur Vertraulichkeit.** Alle Akteure sind schriftlich zur Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet worden. Das Datenschutzkonzept der wissenschaftlichen Begleitung wurde von der **Datenschutzbeauftragten der Hochschule Ludwigshafen geprüft.** **Jegliche Veröffentlichung wissenschaftlicher Ergebnisse lässt keinen Rückschluss auf einzelne Personen zu.** **Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet durch:**

Datenschutzbeauftragte der
Hochschule Ludwigshafen Ernst-Boehe-Str. 4
D-67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621/5203-175
Email: datenschutz@hs-lu.de

End of Block: Datenschutz

Start of Block: Einverständniserklärung

Q34

EINVERSTÄNDNIS



TNE

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich habe die Information zur begleitenden Evaluation des Projekts "VersorgungsManagementWunde in Rheinland Pfalz (VeMaWu RLP)" gelesen und kann/konnte Fragen zur wissenschaftlichen Begleitung stellen und bin mit dem Vorgehen einverstanden (Kontaktdaten siehe unten). Ich habe schriftliche Information darüber erhalten, wie und wo meine personenbezogenen Daten dokumentiert werden.

Einwilligung in die wissenschaftliche Begleitung und Datenübermittlung zur Evaluation durch die Hochschule Ludwigshafen Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Tätigkeit als Fallmanagerin / Fallmanager zusammenhängenden **Daten, meine persönlichen Fragebögen, Daten die durch meine Teilnahme an Fokusgruppen oder in Einzelinterviews entstehen** durch die Hochschule Ludwigshafen am Rhein zur **wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation** verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass **personenidentifizierende Daten zum Zwecke der Kontaktierung** und Durchführung der wissenschaftlichen Evaluation an die Hochschule Ludwigshafen weitergegeben werden.

Ich gestatte die **Übermittlung meines Namens, Geburtsjahres und meiner beruflichen Kontaktdaten an die Hochschule Ludwigshafen.**

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass meine studienbezogenen Angaben erhoben, auf Datenträgern gespeichert und von Mitarbeiter_innen der

Hochschule Ludwigshafen zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden. Die Daten werden 10 Jahre gespeichert, und anschließend gelöscht.

Mir ist bekannt, dass die Weitergabe an Dritte (auch an die mamedicon GmbH) einschließlich Publikation ausschließlich in anonymisierter oder pseudonymisierter Form erfolgt, d.h. Aussagen können nicht meiner Person zugeordnet werden. **Widerrufsmöglichkeiten** Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten durch die Hochschule Ludwigshafen kann ich **jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch.**

Für den Fall, dass ich die Zustimmung zur Verwendung widerrufe, werden meine bereits erhobenen personenbeziehbaren Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt gelöscht:

Evaluationszentrum VeMaWu-RLP, Hochschule Ludwigshafen am Rhein, Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich, Tel. 0621/5203-456, Mail: VeMaWuRLP@hs-lu.de.

- Ich stimme zu (1)
- Ich stimme nicht zu (2)

Skip To: End of Survey If EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG Ich habe die Information zur begleitenden Evaluation des Projekts Verso... = Ich stimme nicht zu

End of Block: Einverständniserklärung

Start of Block: Information zur Person

IP **Information zu Ihrer Person** Um Ihre Beiträge in diesem Fragebogen mit weiteren Aussagen von Ihnen im Rahmen der Fokusgruppen, in einem Einzelinterview oder aus weiteren Kurzfragebögen zusammenbringen zu können, ist es wichtig **diesen Bogen Ihrer Person zuordnen zu können. Daher bitte ich Sie an dieser Stelle um Ihren Namen.** Ihre Antworten werden mit den Ergebnissen der weiteren Fragebögen zusammengestellt und ausgewertet. **Die Ergebnisse werden nur pseudonymisiert weitergegeben.**

Bitte geben Sie Ihren Namen an:

IP_2 Welchem Geschlecht gehören Sie an?

- weiblich (1)
- männlich (2)
- divers (3)
-

IP_3 In welchem Jahr sind Sie geboren?

Q32



End of Block: Information zur Person

Start of Block: Fachkompetenz / Bildung

FKB_1 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Volks-/Hauptschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse (1)
- Mittlere Reife/Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse (2)
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.) (3)
- Abitur (Hochschulreife) bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (4)
-

FKB_2 Welche berufliche Qualifizierung haben Sie abgeschlossen? (Mehrfachantworten möglich)

- Altenpfleger/ Altenpflegerin (1)
- Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger (2)
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3)
- Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter (4)
- Bachelorstudiengang; bitte benennen: (5)

- Masterstudiengang; bitte benennen: (6)

- Sonstiges: (7) _____
-

FKB_3 Bitte geben Sie Ihre wundspezifische Qualifikation bzw. Weiterbildungen an
(Mehrfachnennungen möglich)

Zertifizierte_r Wundmanager-/in® mit Zertifikat (ZWM®) (1)

Geprüfter Wundberater AWM® (2)

Wundassistent - WAcert® (DGfW) (3)

Wundtherapeut - WTcert® (DGfW) (4)

Pflegetherapeut Wunde® (5)

Wundexperte® ICW (6)

Sonstiges, bitte benennen: (7)

ich habe keine wundspezifische Qualifikation absolviert (8)

FKB_4 Welche weiteren berufsspezifischen Fortbildung und/oder Weiterbildungen haben Sie absolviert?

bitte benennen: (1) _____

keine (2)

End of Block: Fachkompetenz / Bildung

Start of Block: Berufserfahrung

Q35



BE_1 Bitte geben Sie an, inwieweit Sie jemals in den folgenden Arbeitsbereichen nach Abschluss Ihrer Ausbildung und/oder Ihres Studiums tätig waren.

	keine Berufserfahrung (1)	bis zu einem Jahr (5)	bis zu 3 Jahren (2)	bis zu 5 Jahren (3)	mehr als 5 Jahre (4)
Intensivstation (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie (18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin (19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie (20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie (21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospiz (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senioren/- Pflegeheim (8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanter Pflegedienst (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitäts- Fachhandel (9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homecare Unternehmen (12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztliche Praxis (10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliche Praxis (11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre Pflege, bitte Bereich benennen: (14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weiterer
Arbeitsbereich,
bitte
benennen:
(15)

weiterer
Arbeitsbereich:
(16)

weiterer
Arbeitsbereich:
(17)

26 (26)



BE_2 Inwieweit gehören folgende Tätigkeiten zu Ihrer Berufspraxis der vergangenen zwei Jahre?

	nie (1)	unregelmäßig (2)	monatlich (3)	wöchentlich (4)	täglich (5)	kann ich nicht beurteilen (6)
Netzwerkarbeit (1)	<input type="checkbox"/>					
Identifikation und Dokumentation von Selbstpflegeaktivitäten der Pat. (2)	<input type="checkbox"/>					
EDV gestützte Dokumentation und Kommunikation (3)	<input type="checkbox"/>					
Leitung / Organisation Abläufe (4)	<input type="checkbox"/>					
Teilnahme Qualitätszirkel (5)	<input type="checkbox"/>					
Wundversorgung (6)	<input type="checkbox"/>					
Arbeit mit pflegenden Angehörigen (7)	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit Schmerzen (22)	<input type="checkbox"/>					
Organisation Qualitätszirkel (8)	<input type="checkbox"/>					
Aushandlung Zielvereinbarung (9)	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit psychischen Problemlagen (10)	<input type="checkbox"/>					
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (11)	<input type="checkbox"/>					
Information, Beratung (12)	<input type="checkbox"/>					

Schulungen (13)	<input type="checkbox"/>					
Kommunikation mit Arztpraxen (14)	<input type="checkbox"/>					
Praxisanleitung (15)	<input type="checkbox"/>					
ggf. weitere Tätigkeit ergänzen: (17)	<input type="checkbox"/>					

Display This Question:

If Inwieweit gehören folgende Tätigkeiten zu Ihrer Berufspraxis der vergangenen zwei Jahre? = kann ich nicht beurteilen

Q48 Aus welchem Grund können Sie diesen Aspekt nicht beurteilen?

End of Block: Berufserfahrung

Start of Block: Arbeitsorganisation

Q48

Wieviele Stunden planen Sie für das Fallmanagement ein?

Bitte geben Sie die von Ihnen geplante Anzahl an Stunden pro Woche/ pro Monat an:

pro Woche (1) _____

pro Monat (4) _____

Q36

Inwieweit unterstützt Sie Ihr **derzeitiger Arbeitgeber** bei Ihrer Aktivität als Fallmanagerin/ Fallmanager im Rahmen dieses Projekts?

- Ideelle Unterstützung (5)
- Freistellung (6)
- Dienstplangestaltung berücksichtigt Einsätze FM (2)
- Reduktion der Arbeitszeit (4)
- Angebot neuer beruflicher Perspektiven für den Zeitpunkt nach Abschluss des Projekts (7)
- bisher wird mir keine Unterstützung angeboten (8)
- andere Form der Unterstützung (9)

AO_2 Was glauben Sie, auf welche Tätigkeiten Sie als Fallmanagerin/ Fallmanager Ihre Zeit verwenden werden? Bitte setzen Sie Fahrzeit und Tätigkeiten in ein Verhältnis (die Summe sollte 100 ergeben).

Fahrzeiten : _____ (1)

fallbezogene Tätigkeiten rund um die Menschen mit chronischen Wunden : _____ (2)

weitere Tätigkeiten wie z.B. mamedicon Schulungen, Mitarbeit Evaluation HS-LU, usw. : _____ (3)

Total : _____

Display This Question:

If Inwieweit unterstützt Sie Ihr derzeitiger Arbeitgeber bei Ihrer Aktivität als Fallmanagerin/ Fall... = andere Form der Unterstützung

Q41 Welche weiteren Unterstützungsformen hat Ihr Arbeitgeber für Sie gefunden?

Display This Question:

If Inwieweit unterstützt Sie Ihr derzeitiger Arbeitgeber bei Ihrer Aktivität als Fallmanagerin/ Fall... = bisher wird mir keine Unterstützung angeboten

Q40 Was glauben Sie, welche Gründe Ihr Arbeitgeber hat, Ihnen die Unterstützung zu verwehren?

End of Block: Arbeitsorganisation

Start of Block: Rollenerwartung

Q33



RE_1

Stellen Sie sich vor, Sie könnten nach Abschluss des Projektes als Fallmanager/in arbeiten.

Inwieweit erwarten Veränderungen im Vergleich zu Ihrer jetzigen Arbeitssituation bezüglich der folgenden Aspekte?

	verringert sich sehr -2 (1)	verringert sich etwas -1 (2)	bleibt gleich 0 (3)	verbessert sich etwas +1 (4)	verbessert sich sehr +2 (5)	kann ich nicht einschätzen (6)
Zeitliche Flexibilität (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verdienstmöglichkeit (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vereinbarkeit von Familie und Beruf (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusammenarbeit im Team (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interprofessionelles Arbeiten (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigenständigkeit Arbeitsfeld (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abgrenzung Privatleben zu Beruf (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RE_2 Inwieweit sind die folgenden Faktoren für eine Verbesserung des täglichen Lebens von Menschen mit chronischen Wunden notwendig? Bitte kreuzen sie maximal fünf Aspekte an, die Ihnen am bedeutsamsten erscheinen.

- sachgerechte Information der Menschen mit chronischen Wunden und ihres Umfelds (1)
- die Hoffnung auf Genesung (2)
- ein förderndes Umfeld (3)
- Ernährung/ Ernährungszustand (4)
- Steigerung der Bewegungsfähigkeit/ Mobilität (5)
- Pflege der sozialen Beziehungen (6)
- Therapietreue (7)
- Ärztliche Diagnostik (8)
- zunehmende Kontinenz (9)
- Behandlung der Grunderkrankungen (10)
- Umgang mit Schmerz (11)
- Humor (12)
- Pflegerische Diagnostik (13)
- Regelrechte Medikamenteneinnahme (14)
- Vertrauen in die professionellen Begleiter_innen (15)
- Motivierende Gesprächsführung (16)
- Passende Hilfsmittel (17)
- Erreichbarkeit Facharztpraxis (18)

Erreichbarkeit Hausarztpraxis (19)

es fehlt ein wichtiger Aspekt (20)

Display This Question:

If Inwieweit sind die folgenden Faktoren für eine Verbesserung des täglichen Lebens von Menschen mit... = es fehlt ein wichtiger Aspekt

Q42

Welcher Aspekt fehlt Ihnen in dieser Liste?

End of Block: Rollenerwartung

Start of Block: Persönliche Meinung

Q31 **Ihr Verständnis von Fallmanagement** wird Ihre Arbeit prägen. Daher würden wir gerne mehr darüber erfahren. Bitte antworten Sie **stichwortartig und in eigenen Worten** auf die folgenden Fragen.

DEINE MEINUNG



PMei_1 Was verstehen Sie persönlich unter Fallmanagement?

PMei_2 Was halten Sie am Fallmanagement für besonders wirksam?

PMei_3 Was wird sich Ihrer Meinung nach für die Menschen mit chronischen Wunden durch das Fallmanagement verbessern?

PMei_4 Wenn Sie an Ihr neues Tätigkeitsfeld denken, welche Herausforderungen erwarten Sie?

PMei_5 Gibt es Fortbildungsinhalte, die Sie als wertvoll zur Bewältigung Ihrer neuen Tätigkeiten erachten und die Ihrer Meinung nach vom Träger der Schulung angeboten werden sollten? Wenn ja, welche?

Q47 Timing
Erster Klick (1)
Letzter Klick (2)
Seite absenden (3)
Auf Anzahl klicken (4)

Q21

Sie sind am Ende der Befragung angekommen.



End Gibt es etwas, dass Sie uns noch mitteilen möchten?

- Nein (7)
- Anmerkungen zur Evaluation (4)
- allgemeine Anmerkung zum Projekt (5)
- sonstiges (6)

Display This Question:

If Gibt es etwas, dass Sie uns noch mitteilen möchten? = Anmerkungen zur Evaluation

Q43 Haben Sie Fragen, Kritik oder Anregungen zur Evaluation?

Display This Question:

If Gibt es etwas, dass Sie uns noch mitteilen möchten? = allgemeine Anmerkung zum Projekt

Q44 Wir sind gespannt auf Ihre Anmerkung...

Display This Question:

If Gibt es etwas, dass Sie uns noch mitteilen möchten? = sonstiges

Q45 wir sind gespannt auf Ihre Anmerkung...

End of Block: Persönliche Meinung

Fallmanagement

Fokusgruppe

Qualitätszirkel

01.10.2019

14:00 – 18:00 Uhr

Wittlich



Programm

	Zeit	Inhalt
Teil I Evaluation HS-LU	14:00	Empfang, Begrüßung
	14:05	Arbeit an Arbeitsblatt 
	14:15	Bearbeitung Foki 1-4 im Plenum
	15:30	Pause 
	15:45	Bearbeitung Foki 5-8 im Plenum
	16:30	Pause 
Teil II Qualitätszirkel mamedicon	16:45	EBW Einzelfall Besprechung
	17:50	Abschlussrunde
	18:00	Ende der Veranstaltung



Bitte machen Sie sich zur Vorbereitung auf das Gruppengespräch kurze, stichwortartige Notizen zu folgenden Themen:

1. Fokus Rolle Fallmanagement Wunde

Was glauben Sie, welche Rolle die Patient*innen Ihnen zuschreiben?

Welche Rolle nehmen Sie derzeit tatsächlich im Fallmanagement der Wunde ein?

2. Fokus FM-Konzept Implementation

Was sind derzeit die größten Probleme/ Hürden bei der Umsetzung des FM-Konzepts?

--

3. Fokus Interprofessionelle Zusammenarbeit im Fallmanagement der Wunde (z.B.: HA, Pflegedienste, Lymphtherapeut*innen,...)

gute Zusammenarbeit	schwierige Zusammenarbeit

4. Fokus: Erfahrungen mit Patient_innen und ihren Angehörigen, direkter Kontakt

Was läuft gut?	Was ist problematisch?

--	--

7. weitere wichtige Themen

Gibt es darüber hinaus Themen, die sich als wichtig erwiesen haben?	
wichtiges Thema	Problemfelder

FAHRTKOSTENERSTATTUNG

FÜR DIE FAHRTKOSTENERSTATTUNG GELTEN DIE VORSCHRIFTEN DES LANDESREISEKOSTENGESETZES (LRKG).

Vorname, Name:

Reisezweck: **Teilnahme Fokusgruppe II Fallmanagement** (Projekt VeMaWu-RLP)

Beförderungsmittel: ÖPNV Privates KFZ

Reiseverlauf Hinfahrt: _____ Strecke _____ km

Reiseverlauf Rückfahrt: _____ Strecke _____ km

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

Vorname, Name:

Straße:

Ort:

BANKVERBINDUNG:

IBAN:

BIC:

Bankname:

BUDGETFREIGABE:

Ort/ Datum:

Unterschrift Fallmanager*in:

Unterschrift Mitarbeiterin HWG-LU:

Postskript

Datum Interview:

Postskript letzte Überarbeitung:

Interviewpartner:in:

Nickname:

Interviewer:in:

Interviewform (Telefon, Video, Präsenz):

Kontaktaufnahme (Kurzbeschreibung):

Während des Interviews: (Situation, Räumlichkeiten, Störungen/Atmosphäre; Verständigung, Verhalten, Besonderheiten)

Nach dem Interview: (Situation, Gespräch, ...):

Memos (Hinweise für weitere Interviews oder Datenanalyse):

Inhalt Überblick

Wundursache:

Dauer der Problematik:

Versorgung der Wunde:

Soziales Umfeld, psychische Verfassung:

Selbstpflege:

Resümee:

Implikationen FM:

Gesamteindruck:

Nachtrag:

Z1 Leitfaden für Interviews mit Patient:innen

Leitfragen/ Erzählaufforderungen/ Nachfragen

Themenbereiche

I Angaben zur Wundsituation/ Wundverlauf	1
II Einschätzung individueller Ressourcen.....	2
III Wunde im Alltag.....	2
IV Aktuelle persönliche Versorgungssituation	2
V Professionelle Begleitung/ Unterstützung.....	3
VI Zukunftsvorstellungen	4
VIII Abschluss.....	4

I Angaben zur Wundsituation/ Wundverlauf

1. Erkennen und Beschreiben von Gesundheitsproblemen

- **Könnten Sie mir bitte erklären, was Sie für eine Wunde haben?**
 - Kennen Sie die Ursache Ihrer Wunde?
 - Wie/ Warum ist Ihre Wunde entstanden?
 - Seit wann leben Sie mit dieser Wunde?
 - Haben Sie schon Erfahrungen mit Wunden?
 - Wie sieht Ihre Wunde genau aus?
 - Haben Sie Schmerzen?
 - Wenn ja, was tun sie dagegen?
 - Nutzen Sie Hilfsmittel?
 - Welche Diagnostik wurde gemacht, um mehr über die Wundursache herauszubekommen?
 - Was denken Sie, was könnte Ihrer Meinung nach der Grund sein, warum sich Ihre Wunde so schwer verschließt?
 - Würden Sie mir das genau erklären?
 - Haben Sie noch andere Gesundheitsprobleme?
 - Wenn ja, welche?

- Haben diese Gesundheitsprobleme einen Einfluss auf Ihre

Wunde?

- Wie wird Ihre Wunde derzeit versorgt?
 - Von wem?
- Woher bzw. von wem haben Sie Ihr Wissen über die Wunde und Ihre Ursachen?
 - Überprüfen Sie Ihre Informationen?

II Einschätzung individueller Ressourcen

2. Anwenden/ Umsetzung (Bewertung)

- **Wie können Sie ihre Meinung nach zur Heilung Ihrer Wunde beitragen?**
- Was tun Sie darüber hinaus, um Ihre Gesundheit zu fördern?

Wenn Heilung nicht zeitnah möglich ist:

- Was können Sie tun, damit Ihre Situation sich nicht verschlechtert?
- Was motiviert Sie am meisten, Ihr Verhalten zu verändern?
- Was hindert Sie daran, Ihre veränderten Gewohnheiten beizubehalten?

III Wunde im Alltag

3. Verstehen

Inwieweit hat die Wunde Ihr Alltagsleben verändert?

- Wie macht sich das bemerkbar?
- Könnten Sie mir ein Beispiel nennen?

Bei geäußertem Leidensdruck:

- Was beeinträchtigt Sie am meisten?
- Was haben Sie für Hobbys?
- Was (welche Situationen) können Sie besonders genießen?

IV Aktuelle persönliche Versorgungssituation

4. Persönliches Netzwerk

- **Erhalten Sie im Alltag Unterstützung von Ihrer Familie oder Nachbarn?**
 - Wenn ja, welche?

- Wenn nein, fehlt Ihnen das?

- **Wünschten Sie sich mehr Unterstützung?**

- Wenn ja: Wer unterstützt Sie aus Ihrem Umfeld?
- In welcher Weise?

5. Kontakt zu Betroffenen

- **Haben Sie Kontakt zu anderen Menschen mit chronischen Wunden?**

- zu einer Selbsthilfegruppe?
- Wenn ja, bei welchen Gelegenheiten?

V Professionelle Begleitung/ Unterstützung

6. Zugang zur Versorgung verschaffen und medizinische Betreuung nutzen

- **Von welchem Arzt oder Ärztin werden Sie betreut?**

- In welchen Situationen suchen Sie Ihren Arzt oder Ärztin auf?
- Wie häufig?
- HA? FA?

- **Welche Fragen haben Sie Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin das letzte Mal gestellt?**

- Können Sie mit Ihrem Arzt die Fragen rund um Ihre Wunde und Erkrankung besprechen?
- Wenn ja, welche Frage haben Sie das letzte Mal gestellt?
 - Wenn nein, warum nicht?
 - Fühlen Sie sich von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin verstanden?
 - Stellen Sie Ihrem Arzt die Frage, die Ihnen wichtig sind?
 - Wenn ja, bekommen Sie eine Antwort?
 - Wenn nein, warum nicht?

7. Versorgernetz

- **Welche Therapien oder Dienstleistungen nutzen Sie noch?**

- Pflegedienst, Lymphtherapie, Podologie
- Was meinen Sie, arbeiten Ihre Ärzte und die Pflegekräfte in Bezug auf Ihre Wundversorgung zusammen?
- Wenn ja, Wann haben Sie das beobachtet?
- Wenn nein, fehlt Ihnen das?
- Bitte nennen Sie Beispiele
- *ggf. bei Krankenhausaufenthalt*
- Wie wurde Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus organisiert?

- Wer koordiniert Ihre Termine?

VI Zukunftsvorstellungen

8. Hoffnungen, Sorgen

- **Was sind Ihre größten Sorgen, wenn Sie an Ihre Gesundheit in der Zukunft denken?**

Angenommen Ihre Wunde verbessert sich zunehmend oder heilt sogar ab.

- Worüber würden Sie sich am meisten freuen?
- Auf welche Veränderung hoffen Sie am meisten?

VIII Abschluss

- Gibt es etwas, das Sie noch erwähnen möchten?
- Haben Sie Fragen, die Sie mir stellen möchten?
- Darf ich Sie noch einmal kontaktieren?

Leitfaden für Interviews mit Patient:innen VeMaWu-RLP (Z2)

Stand 23.11.2021 Gesundheitskompetenz/ Selbstpflege/ Auswirkungen FM/ Alltag mit Wunde und Grunderkrankungen/ Patientenorientierung/ Interprofessionelle Zusammenarbeit

Themenbereiche

I Zustand der Wunde, Verlauf der Wundheilung	1
II Gesundheitswissen.....	1
III Umsetzung Selbstpflege.....	1
IV Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung im Alltag.....	2
V Umfeld, Freunde und Familie/ Helfernetz Laien.....	3
VI Medizinische Behandlung und Begleitung.....	3
VII Fallmanagement (bei Teilnahme an FM)	4
VIII Zusammenfassung zum Abschluss	5

I Zustand der Wunde, Verlauf der Wundheilung

1. Gesundheitswissen konkrete Wunde

- **Wie hat sich Ihre Wunde innerhalb des vergangenen Jahres entwickelt?**
- Gab es einen Zeitpunkt, an dem die Wunde nicht mehr geheilt ist oder sich wieder verschlechtert hat?
- Wenn ja: Warum?

II Gesundheitswissen

2. Wissen zur Grunderkrankung

- **Haben Sie im letzten Jahr etwas Neues über Ihre Erkrankung gelernt?**
 - zur *Ursache* Wunde(n)
 - Grunderkrankung
 - Begleiterkrankung
 - Sonstiges

III Umsetzung Selbstpflege

3. Selbstmanagement Wunde

- **Was haben Sie selbst beigetragen, um die Abheilung der Wunde zu fördern?**
 - Was hat dabei am meisten geholfen?

4. Umgang mit Beobachtungen und Symptome

- Haben Sie **im letzten Jahr Anzeichen beobachtet**, von denen Sie wissen, dass sich, wenn sie auftreten, danach Ihre **Krankheit oder die Wunde verschlechtern** wird?
- **Was tun Sie**, wenn sich Ihre (oben genannte Grunderkrankung) verschlechtert, um diese in den Griff zu bekommen?
- Was tun Sie, wenn Sie **Schmerzen oder Stress**, haben?

5. Umgang mit therapeutischen Vorgaben

- Ihnen wurden letztes Jahr **Kompressionsstrümpfe** empfohlen.
 - Tragen Sie die Strümpfe HEUTE täglich?
 - Können Sie das Tragen der Strümpfe jetzt aushalten und tragen?
- Nehmen Sie derzeit **Medikamente** ein?
 - Sind seit unserem letzten Treffen weitere Medikamente dazugekommen?
- Gibt es **Hilfsmittel** die Sie im letzten Jahr für sich entdeckt haben und die Ihnen den Alltag erleichtern?
 - Wie sind sie darauf gekommen?

IV Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung im Alltag

6. Leben mit Wunde

- Wie sieht Ihr Alltag im Moment aus?

7. Hoffnung

- In welchen Situationen gelingt es Ihnen, ihr **Leben trotz der gesundheitlichen Probleme zu genießen**?
- Gibt es etwas, das Sie sich für **heute bewusst vorgenommen haben, weil es Ihnen wirklich Freude bereitet**?
- Gibt es etwas, das Sie **sich für morgen** vornehmen, um Spaß zu haben?

8. Sorgen

- Wann bzw. über was machen Sie sich Sorgen?

9. Gesundheitsförderung

- **Was tun Sie, um Ihren Gesundheitszustand zu verbessern?**
 - Nennen Sie bitte die 3 wichtigsten Aktivitäten
- Sind Sie häufiger als letztes Jahr, **vor Einschluss in die Studie, körperlich aktiv**?
 - Spazieren gehen
 - Erledigung der Hausarbeit
 - Radfahren, ...

V Umfeld, Freunde und Familie/ Helfernetz Laien

10. Unterstützung durch das persönliche Umfeld

- Glauben Sie, dass **Ihre Familie oder Freunde nachempfinden und verstehen können**, was sie durchmachen, wenn sie sich krank fühlen?
- Auf welche **Menschen können sie sich (blind) verlassen**, wenn sie Hilfe brauchen?
 - Auf wie viele Familienmitglieder oder Freunde können Sie zählen, **wenn Sie Unterstützung** bei gesundheitlich Problemen brauchen?
 - An welcher Stelle fühlen Sie sich von Ihrer Familie und Freunden besonders gut unterstützt?
- Können Sie mit (xy, oben benannt) über ihre **gesundheitlichen Probleme sprechen**?
 - Gibt es Situationen in denen Sie es als hilfreich erlebt haben, **dass andere Personen ähnliche Probleme** zu bewältigen haben, wie Sie?
- Haben Sie Kontakt mit einer **Selbsthilfegruppe**?

VI Medizinische Behandlung und Begleitung

11. Medizinische Behandlung

- Wer behandelt momentan Ihre Wunde?
 - Wurde Ihre Wunde im letzten Jahr noch von einem anderen Arzt (nicht Studienarzt) untersucht?
 - Wie wird ihre Wunde versorgt?
 - Was wird derzeit getan?
- Sind Sie im Krankenhaus behandelt worden?
 - Wenn ja, warum?

12. Zufriedenheit mit medizinischer Betreuung, Begleitung durch weitere Behandler

- **Wie zufrieden/ nicht zufrieden sind Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin**?
 - Gab es etwas, dass Sie gerne besprochen hätten, aber sich nicht **trauten** anzusprechen?
- Gibt es noch **weitere Fachleute**, die sich um Sie kümmern?
- An wen wenden Sie sich am liebsten, **wenn Sie Fragen haben**?
- Gab es Situationen in denen sich die Fachleute zu Ihrem Fall ausgetauscht haben?
 - Gab es Situationen, in denen Sie sich gewünscht hätten, dass **die Fachleute sich zu Ihrem Fall austauschen** und Sie dazu eine Rückmeldung erhalten?

VII Fallmanagement (bei Teilnahme an FM)

13. Unterstützung durch Fallmanager:innen (emotional, sozial)

- Welche Fallmanager:in hat Sie begleitet?
- Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit Ihrer FM erlebt?
- Gab es Situationen in denen Sie sich von Ihrer FM (Frau xy) besonders gut unterstützt gefühlt haben?

14. Informationen

- **Welche Informationen oder Tipps, die Ihnen von der FM gegeben wurden, waren für Sie besonders bedeutsam oder hilfreich?**

15. Schulungen

- **Welche Schulungsinhalte setzen Sie heute noch um?**

16. Vertrauen, Beziehungsaufbau

- War es Ihnen möglich mit der **FM auch schwierige evtl. auch private Themen anzusprechen** und zu diskutieren? (Welche waren das?)
 - Hatten Sie **genug Zeit**, sich in Gegenwart der FM zu äußern?
 - Hatten Sie den Eindruck, dass die FM ausreichend Zeit für Sie hatte?
 - Gab es Situationen, in denen Sie sich mehr oder andere Unterstützung gewünscht hätten?
 - An wen wenden Sie sich heute, wenn Sie Fragen haben?

17. Zielvereinbarungen und Anpassung der Ziele

- Haben Sie sich gemeinsam mit Ihrer FM Ziele gesetzt?
 - Haben Sie **Zielvereinbarungen** mit Ihrer FM verabredet?
- Wenn ja, welche?
- Wurden diese schriftlich festgehalten?

18. Moderation

- **Gab es weitere Situationen in denen die Fallmanager:in sich für Sie eingesetzt hat?**
- Wenn ja, welche?
 - Vertretung von Interessen gegenüber Krankenhäusern oder Versicherungen
 - Koordination von Terminen
 - Rücksprache mit anderen Behandlern (Ä, Physio)
 - Kontinuierliche Überwachung, Bewertung und Dokumentation
 - Im persönlichen Umfeld

VIII Zusammenfassung zum Abschluss

19. Rückblick auf die Versorgung

- Wie würden Sie Ihre **Wundversorgung zusammenfassend** beurteilen?
- Wenn Sie an das **letzte Jahr denken, wie bewerten Sie die Entwicklung** Ihrer gesundheitlichen Situation?
- Welchen **Verlauf Ihrer Erkrankung** (wenn noch vorhanden- Wunde) erwarten Sie in den nächsten Jahren?

20. Übertragung der Erfahrungen

- Welchen Rat würden Sie anderen Patient:innen in einer ähnlichen Situation geben?
 - **Welche Patient:innen** brauchen Ihrer Meinung nach eine **besondere Unterstützung**?
 - **FM / Welche Patient:innen** würden besonders **vom FM profitieren**?
 - In welchen Situationen?

21. Abschluss

- Gibt es noch etwas, dass Sie erwähnen möchten?
- Haben Sie noch Fragen?
- Darf ich Sie noch einmal kontaktieren, falls bei der Auswertung Ihrer Antworten Fragen entstehen?

Leitfaden für Experteninterviews mit Expert:innen / Ärzt:innen

Themenbereiche

I Fallmanagement (Konzeption, konkrete Tätigkeit am/für/mit PAT)	1
II FM-TN Interaktion	2
III Interprofessionelle Zusammenarbeit, Ä-FM	3
IV Qualifikation FMs	4
V Erwartungen der Ärzteschaft an das FM.....	4
VI Wundnetz e. V.....	5
VII Versorgungsstruktur, Lücken, Doppelstruktur.....	6
VIII Reflexion, Zukunftsperspektive.....	7
IX Abschluss	7

I Fallmanagement (Konzeption, konkrete Tätigkeit am/für/mit PAT)

1. Rollenverständnis FM im System

- Wie würden Sie einem ärztlichen Kollegen/ Kollegin erklären, was eine FM in diesem Projekt macht?
- Wie erklären Sie es Ihren Patient:innen, was mit dem Projekt auf sie zukommen wird?
- Wie bereiten Sie die Patient:innen auf das Fallmanagement vor?

2. Ablehnung („Verweigerungsrate“)

- Gab es PAT, die nicht an der Studie teilnehmen wollten?
- Wenn ja, wie viele Pat. waren das? (ggf. Schätzung in %)
- Welche Gründe könnten dahinterstecken?

3. Aktivitäten FM

- Welche Aktivitäten der Fallmanagerinnen haben Sie wahrgenommen?

4. Umgang des PAT Wunde

- Sehen Sie einen Unterschied im Umgang mit der eigenen Wunde der Pat mit FM zu den Pat ohne FM?
- Wenn ja,
 - Welche Unterschiede sind das?
 - Woran machen Sie das fest?
 - Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

- Wenn nein, verwundert Sie das?

5. Gesundheitswissen/ Gesundheitskompetenz

- Wie schätzen Sie die Gesundheitskompetenz, insbesondere das Gesundheitswissen Ihrer Patienten ein?

1. Veränderung Gesundheitswissen/ Gesundheitskompetenz

- Haben Sie bemerkt, ob sich das Gesundheitswissen/ Gesundheitskompetenz der Patient*innen durch das FM verändert hat?
- Wenn ja, woran merken Sie das?
- In welchen Bereichen? (Prozeduren, Grunderkrankungen, ...)
- Wenn nein, woran könnte das liegen?

2. Umgang mit der Wunde

- Sehen Sie einen Unterschied zwischen den Pat mit FM und den Pat ohne FM im Umgang mit der eigenen Wunde?

3. Edukation, Schulungseinheiten

- Haben Sie bemerkt, ob die PAT durch die FM geschult wurden?
- Wenn ja, woran merken Sie das?
- Gibt es eine Schulungseinheit von der die TN besonders profitiert haben?
- Wenn nein, heißt das, dass es keinen Unterschied zu den TN in der Regelversorgung gab?
- Hat Ihnen etwas gefehlt? Hätten sie sich mehr erhofft?

4. Selbstpflege

- Hat die Motivation der PAT, sich um sich selbst zu kümmern, sich mit dem Fallmanagement verändert?
 - Wenn ja, woran machen Sie das fest?
- Wenn nein, glauben Sie, dass das FM Einfluss auf die Motivation zur Selbstpflege nehmen kann?

5. Angehörigenarbeit

- Wie hat sich die Zusammenarbeit mit den Angehörigen Ihrer Patient:innen verändert?

6. Koordinierung

- Können Sie Koordinierungsleistungen der Fallmanagerinnen benennen?

II FM-TN Interaktion

7. Interaktion, Gestaltung Arbeitsbeziehung

- Wie reagieren Ihre Patienten auf das Fallmanagement?
- Wie schätzen Sie die Beziehungen zwischen den TN und den Fallmanager:innen ein?
- Gibt es Situationen in denen es für die FM schwierig oder unmöglich war, eine Beziehung zum PAT aufzubauen und aufrechtzuerhalten?
 - Wenn ja, woran könnte das gelegen haben?
 - Welche Situationen oder Patienten waren das?
- In welchen Situationen oder mit welchen Patient:innen ist es besonders gut gelungen, eine professionelle und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen?
 - Woran könnte das gelegen haben?

III Interprofessionelle Zusammenarbeit, Ä-FM

8. Zusammenarbeit

- Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit den Fallmanagerinnen gemacht?
- Gibt es Situationen, die Sie besonders hervorheben möchten?
 - Wenn ja, welche?
 - Wenn nein, warum?
- In welchen Situationen kommt die FM auf Sie zu und wann suchen Sie von sich aus dem Kontakt zur FM?
 - Bitte nennen Sie ein Beispiel?
- Wie oft tauschen Sie sich mit den FMs zu einzelnen PAT aus?
 - Auf welchem Wege?

9. Compliance, Adhärenz

- Wie hat sich während des Fallmanagements die „Therapietreue“ der Studienteilnehmer:innen in Bezug auf die medizinische Therapie entwickelt?
- Bemerkten Sie eine erwähnenswerte Veränderung?
 - Wenn ja, welche?
 - Wenn nein, warum nicht?

10. Zielvereinbarungen

- Wurden Sie in die Entwicklung von Zielvereinbarungen einbezogen, die die FMs mit den TN erarbeitet haben?
 - Wenn ja, was waren das für Zielvereinbarungen?
 - Wenn nein, warum nicht?

11. Austausch von Dokumentation

- FM an A: Haben Sie den FM Teile ihrer schriftlichen Dokumentation zum PAT zur Verfügung gestellt?
 - Wenn ja, welche?
 - Wenn nein, warum nicht?
- A an FM: Haben Sie den FM Teile ihrer schriftlichen Dokumentation zum PAT zur Verfügung gestellt?
 - Wenn ja, welche?
 - Wenn nein, warum nicht?

12. Hindernisse, Irritationen

- Gab es Situationen, in denen die Zusammenarbeit mit einer FM nicht reibungslos funktioniert hat oder Sie sich über eine Fallmanagerin geärgert haben?
 - Wenn ja, welche?

IV Qualifikation FMs

13. Qualifikation der FM

- Welche Qualifikationsanforderungen stellen Sie an eine Fallmanagerin/ einen Fallmanager?

14. Fachexpertise

- Welchen Stellenwert hat für Sie die Fachexpertise zur Wunde der Fallmanager:innen?

15. Inhalte Weiterbildung

- Welche Inhalte sollten in der Weiterbildung zur Fallmanager:innen berücksichtigt werden

16. Berufliche Grundqualifikation

- Welche Berufsgruppen sollten nach einer Weiterbildung Fallmanagement übernehmen können?

V Erwartungen der Ärzteschaft an das FM

17. Erwartungen vorab

- Was haben Sie sich am Anfang des Projektes vom FM erhofft?

18. Bestätigung/ Enttäuschung

- Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?
 - Wenn ja welche?

- Was wurde nicht umgesetzt?
- Was hat Sie überrascht?
- Könnten Sie mir bitte ein konkretes Beispiel nennen, in dem FM für einen PAT/ eine Patientin besonders wirksam war?
- Gibt es ein Beispiel, in dem das FM nichts ausrichten konnte oder in Ihren Augen sogar „ungünstig“ gewirkt hat?

19. Vorbehalte der Ärzteschaft

- Manche ärztlichen Kolleginnen und Kollegen lehnen das Projekt oder die Entwicklung des Fallmanagements ab. Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen?

20. Kompetenzbereich FM Fallbeispiel

- Eine Fallmanagerin im Projekt hat einen TN aus der Klinik übernommen. Sie besucht ihn das erste Mal am Mittwochnachmittag Zuhause und stellt fest, dass es seit zwei Tagen noch keinen Kontakt zu einem Facharzt oder anderen Arzt gegeben hat und auch kein Pflegedienst involviert wurde. Der Verband „suppt durch“. Sollte sie den Verband selbstständig öffnen und wechseln dürfen?
- Wenn ja, warum haben einige ärztliche Kolleg:innen ein Problem damit?
- Wenn nein, wie sollte die Fallmanagerin reagieren?

VI Wundnetz e. V.

21. Einfluss Wundnetz e. V.

- Was hat sich im letzten Jahr in der Region durch den Aufbau des Wundnetzes verändert?
- Welchen Stellenwert räumen Sie der Entwicklung des Wundnetzes ein, wenn es um die Sicherung der Versorgungsqualität geht?
- Gehört für Sie die Entwicklung des Fallmanagements und der Aufbau des Wundnetzes zusammen?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum?
- In wie weit hängt der Erfolg des FMs von der Teilnahme der Fallmanager:innen am Qualitätszirkel an den regionalen Wundnetzen ab?
- Haben Sie persönlich eine Rolle im Wundnetz e.V. der Region übernommen?
 - Wenn ja welche?
 - Wenn nein, was hindert Sie?

VII Versorgungsstruktur, Lücken, Doppelstruktur

22. Bei Praxisbetrieb: Abgrenzung Wundassistenten/FM

- Wenn Sie in Ihrer Praxis Wundassistentinnen beschäftigen -
- Könnten Sie bitte die Aufgaben dieser Mitarbeiterinnen von den Aufgaben der FM abgrenzen?
- Welche Überschneidungen der Tätigkeitsfelder sehen Sie? FM/ MFA/ PFK/ Wundexpertinnen
 - Edukation
 - Koordination, ...
- Gab es Situationen in denen Ihre MFAs, insbesondere die Wundassistentinnen in Konkurrenz zu den FMs gekommen sind?
 - Wenn ja, in welchen Situationen?
 - Wenn nein, warum nicht?

23. Doppelstrukturen

- Manche befürchten die Implementierung einer Doppelstruktur in der Wundversorgung. Sehen Sie da eine Gefahr?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum nicht?

24. FÄ mit besonderer Wundexpertise

- Wir beobachten, dass Pat. die sich bereits in die Behandlung bei einer FÄ / einem FA mit besonderer Wundexpertise begeben haben, auf einem hohen Niveau versorgt werden. Die Ursachendiagnostik wird vorangetrieben, Grunderkrankungen behandelt, eine moderne Wundversorgung garantiert und den Patient:innen Schulungen angeboten.
- Was genau ist kann in diesem Fall eine Fallmanagerin übernehmen?
- Wann wäre für Sie das Fallmanagement überflüssig?

25. Versorgung auf dem Land ohne FA

- Wie könnte die Versorgung der Pat. mit chronischen Wunden in Landstrichen gewährleistet werden, in denen die PAT nicht ohne Weiteres eine Facharztpraxis mit spezieller Wundexpertise aufsuchen können?

26. Neuer Akteur „Wundzentren“

- Welche Lücke füllen Ihrer Meinung nach die landesweit entstehenden „Wundzentren“?
 - Entsteht in Ihrer Region auch ein Wundzentrum?
 - Werden Sie mit dem Wundzentrum in Ihrer Region zusammenarbeiten?

- Macht ein Wundzentrum Fallmanagement überflüssig?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum nicht?

27. Weiterer Stakeholder

- In welchem Verhältnis steht die AG Fuß zum Projekt VeMaWu-RLP?

28. Organisatorische Anbindung

- Wenn das FM flächendeckend implementiert werden sollte/ könnte:
- An welcher Stelle sollte Ihrer Meinung nach FM organisatorisch angebunden werden?
- z.B. FA-Praxis, HA-Praxis, Pflegedienst, GKV, Wundzentrum Kammlander, als freie Dienstleistung, ...o.a.
- Wo sollten Fallmanager:innen auf keinen Fall angebunden werden?

VIII Reflexion, Zukunftsperspektive

29. Zielgruppe

- Welche Patientengruppen können aus Ihrer Sicht besonders vom FM profitieren?

30. Verordnungspraxis

- In welchen Versorgungssituationen sollte FM regelhaft „verordnet“ werden können?

31. Verordnungszeitraum

- Über welchen Zeitraum?

32. Zuteilung

- Wann kann oder sollte auf FM verzichtet werden?

33. Weiterentwicklung FM

- Wie sollte das Fallmanagement weiterentwickelt werden?
- Welche Herausforderungen/ Hindernisse sehen Sie bei dem Versuch einer dauerhaften Implementation?

Zusammenfassung: Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...

IX Abschluss

- Gibt es noch etwas, dass Sie erwähnen möchten?
- Haben Sie noch Fragen?
- Darf ich Sie noch einmal kontaktieren, wenn Fragen auftauchen?

Leitfaden für Interviews mit Fallmanager:innen

Stand 23.08.2021

Themenbereiche

I Fallmanagement (Konzeption, konkrete Tätigkeit am/für/mit PAT)	1
II FM-TN Interaktion	2
III Edukation: Veränderung Verhalten/Erweiterung Wissen der Patient:innen.....	2
IV Interprofessionelle Zusammenarbeit, Ä-FM	3
V Reflexion Rahmenbedingungen FM	4
VI Qualifikation FMs	4
VII Erwartungen an das Fallmanagement	5
VIII Wundnetz-RLP	5
IX Versorgungsstruktur, Lücken, Doppelstruktur	5
X Abschluss	7

I Fallmanagement (Konzeption, konkrete Tätigkeit am/für/mit PAT)

1. Erfahrungshintergrund

- Wie viele Patient:innen haben Sie betreut?
- Wie viele Begleitungen konnten Sie bis zum geplanten Ende führen?
- Was für chronische Wunden haben Sie übernommen?

2. Zielgruppe

- Welche Patientengruppen können aus Ihrer Sicht besonders vom FM profitieren?

3. Erfolge

- Bei welchen Patient:innen waren Sie mit Ihrem Fallmanagement besonders erfolgreich?
- Warum?

4. Schwierigkeiten/ Herausforderungen

- In welchen Fällen sind Sie mit Ihren Möglichkeiten gescheitert?
- Wo lagen die Schwierigkeiten genau?
 - Patienten
 - Arzt
 - Fallmanagerin
 - An- Zugehörige
 - Wundart

- sonstiges

- Was würden Sie als die größte Herausforderung für das FM benennen?

II FM-TN Interaktion

5. Tragfähige Arbeitsbeziehung

- In welchen Situationen oder mit welchen Patient:innen ist es besonders gut gelungen, eine professionelle und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen?
 - Woran könnte das gelegen haben?

6. Herausforderung Beziehungsaufbau und -gestaltung

- Gibt es Situationen in denen es für Sie als FM schwierig oder unmöglich war, eine Beziehung zum PAT aufzubauen oder aufrechtzuerhalten?
 - Wenn ja, woran könnte das gelegen haben?

7. Zielvereinbarungen

- Welche Erfahrungen haben Sie mit Zielvereinbarungen gemacht?
 - Welche Art von Zielvereinbarungen haben Sie mit den Patient:innen ausgehandelt?
 - War das hilfreich für Ihre Arbeit mit den Patient:innen?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum nicht?
- Wurden Ärzt:innen in die Absprachen in Bezug auf ihre gemeinsamen Patient:innen einbezogen?
 - Wenn ja: Bei welchen?
 - Wenn nein: Woran liegt das?

III Edukation: Veränderung Verhalten/Erweiterung Wissen der Patient:innen

8. Umsetzung Edukation

- Welche Rolle hat Edukation bei Ihrer Arbeit eingenommen?
 - Könnten Sie mir Beispiele für Edukation nennen?
 - Gelungene Edukationsmaßnahmen
 - Misslungene Edukationsmaßnahmen
- Haben Sie auch An-Zugehörige geschult?

9. Compliance, Adhärenz

Ein Ziel des Projektes ist, dass die Pat. sich mehr an die therapeutischen Vorgaben der Ärzt:innen halten.

- Ist das Ihrer Meinung nach gelungen?
 - Wenn ja, in welchen Fällen?
 - Wenn nein, warum nicht?

10. Selbstpflege

- In welchen Fällen hat sich die Motivation der Patient:innen sich um sich selbst zu kümmern durch das FM verändert?
 - Woran machen Sie das fest?
 - Wenn nein, woran könnte es liegen, dass FM keinen Einfluss auf die Motivation nimmt?

11. Angehörigenarbeit

- In wie weit haben Sie mit den Angehörigen zusammengearbeitet?
- Welche Situationen gab es in denen Sie Angehörige geschult haben?

IV Interprofessionelle Zusammenarbeit, Ä-FM

12. Zusammenarbeit

- Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen gemacht?
 - Welche Anlässe führten zum Austausch zwischen Ihnen und den Ärzt:innen?
 - Gibt es etwas, das Sie in der Zusammenarbeit besonders hervorheben möchten?
 - Wenn ja, welche?
- A an FM: Haben die Ärzt:innen Ihnen Teile der schriftlichen Patientendokumentation, z.B. Wundfotos zum PAT zukommen lassen?
 - Wenn ja, was zum Beispiel?
- FM an A: Haben Sie von Ihrer Seite aus den Ärzt:innen Teile Ihrer schriftlichen Dokumentation oder Befunde zum PAT zur Verfügung gestellt?
 - Wenn ja, was?
- Wenn nein, warum nicht?

13. Hindernisse, Irritationen

- Gab es Situationen, in denen Ihre Zusammenarbeit mit Ärzt:innen nicht reibungslos funktioniert hat?
- Wenn ja, welche Momente waren das?

14. Vorbehalte der Ärzteschaft

- Manche ärztlichen Kolleginnen und Kollegen lehnen das Projekt oder die Entwicklung des Fallmanagements ab.
- Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen?

15. Kompetenzbereich Fallbeispiel

Eine Fallmanagerin im Projekt hat einen TN aus der Klinik übernommen. Sie besucht ihn das erste Mal am späten Mittwochnachmittag Zuhause und stellt fest, dass es seit zwei Tagen noch keinen Kontakt zu einem Facharzt oder anderen Arzt gegeben hat und noch kein Pflegedienst involviert wurde. Der Verband „suppt durch“.

- Wie sollte die Fallmanagerin Ihrer Meinung nach reagieren (dürfen)?

V Reflexion Rahmenbedingungen FM

16. Zielgruppe

- Welche Patientengruppen können aus Ihrer Sicht besonders vom FM profitieren?

17. Verordnungspraxis

- In welchen Versorgungssituationen sollte FM regelhaft „verordnet“ werden können?

18. Verordnungszeitraum

- Über welchen Zeitraum?

19. Zuteilung

- Wann kann oder sollte auf FM verzichtet werden?

20. Weiterentwicklung FM

- Wie sollte das Fallmanagement weiterentwickelt werden?

21. Bedingungen Nachhaltigkeit

- Was braucht es, damit das Konzept FMmac dauerhaft in die Versorgung von Pat. mit chronischen Wunden implementiert werden könnte?
- Welche Herausforderungen/ Hindernisse sehen Sie bei dem Versuch einer dauerhaften Implementation?

VI Qualifikation FMs

22. Qualifikation der FM

- Welche Qualifikationsanforderungen stellen Sie an eine Fallmanagerin/ einen Fallmanager?
- Welche Inhalte sollten in einer Fortbildung zur Fallmanager:innen besonders berücksichtigt werden?

23. Fachexpertise

- Welchen Stellenwert hat für Sie die Fachexpertise zur Wunde der Fallmanager:innen?

24. Berufliche Grundqualifikation

- Welche Berufsgruppen sollten Ihrer Meinung nach Fallmanagement übernehmen?

VII Erwartungen an das Fallmanagement

25. Erwartungen vorab

- Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen an das VeMaWu-RLP Projekt erfüllt?
- Was hat Sie überrascht?

VIII Wundnetz-RLP

26. Wundnetz e.V.

- Ist in Ihrer Region ein Wundnetz entstanden und belebt worden?
- Welchen Stellenwert räumen Sie der Entwicklung eines Wundnetzes ein, wenn es um die Sicherung der Versorgungsqualität geht?

27. Verhältnis FM/ Wundnetz

- Gehört für Sie die Entwicklung des Fallmanagements und der Aufbau des Wundnetzes zusammen?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum?
- In wie weit hängt der Erfolg des FMs von der Teilnahme der Fallmanager:innen am Qualitätszirkel an den regionalen Wundnetzen ab?

IX Versorgungsstruktur, Lücken, Doppelstruktur

28. Abgrenzung Praxisbetrieb Wundassistentz/FM

Überschneidungen Tätigkeitsfelder

- **FM/ MFA/Wundexpertinnen** Welche Überschneidungen der Verantwortungsbereiche gibt es zwischen FMs und den Mitarbeiterinnen der hausärztlichen oder wundbetreuenden Praxen? (z.B.: Edukation, Koordination)
- Gab es Situationen in denen MFAs, insbesondere die Wundassistentinnen in Konkurrenz zu Ihnen als FM gekommen sind?
 - Wenn ja, in welchen Situationen?
- Wenn nein, warum nicht?

29. Doppelstrukturen

Manche befürchten die Implementierung einer Doppelstruktur in der Wundversorgung.

- Sehen Sie da eine Gefahr?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum nicht?

30. FÄ mit besonderer Wundexpertise

Wir beobachten, dass Pat. die sich bereits in die Behandlung bei einer FÄ / einem FA mit besonderer Wundexpertise begeben haben, auf einem hohen Niveau versorgt werden. Die Ursachendiagnostik wird vorangetrieben, Grunderkrankungen behandelt, eine moderne Wundversorgung garantiert und Schulungen der Pat. angeboten.

- Was genau könnte in diesem Fall eine Fallmanagerin übernehmen?
- Wäre in diesen Fällen Fallmanagement überflüssig?

31. Akteur „Wundzentren“

- In welche Lücke springt ihrer Meinung nach die landesweit entstehenden „Wundzentren“?
 - Macht ein Wundzentrum Fallmanagement überflüssig?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum nicht?

32. Weitere Stakeholder

- In welchem Verhältnis steht die AG Fuß zum Projekt VeMaWu?

33. Organisatorische Anbindung

Wenn das FM flächendeckend implementiert werden könnte:

- An welcher Stelle sollte Ihrer Meinung nach FM organisatorisch angebunden werden?
z.B. FA-Praxis, HA-Praxis, Pflegedienst, GKV, Wundzentrum, als freie Dienstleistung
- Wo sollten Fallmanager:innen auf keinen Fall angebunden werden?

Zusammenfassung: Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...

X Abschluss

- Gibt es noch etwas, dass Sie erwähnen möchten?
- Haben Sie noch Fragen? Darf ich Sie noch einmal kontaktieren, wenn Fragen auftauchen?

1. Dokumentenliste

Nr.	Dokument	Erstellt von
1	Fokusgruppen > 190917_FG I a_pseu	maike.scheipers
2	Fokusgruppen > 190917_FG I a_pseu	maike.scheipers
3	Fokusgruppen > 191001_FG II a_pseu	maike.scheipers
4	Fokusgruppen > 191001_FG II a_pseu	maike.scheipers
5	Fokusgruppen > 220904_FG_PSEU	maike.scheipers
6	PSEU_PAT_RV > PAT02 RV_Bürgen_Z1	maike.scheipers
7	PSEU_PAT_RV > PAT02 RV_Bürgen_Z2a	maike.scheipers
8	PSEU_PAT_RV > PAT03 RV_Havel_Z1	maike.scheipers
9	PSEU_PAT_RV > PAT03 RV_Havel_Z2	maike.scheipers
10	PSEU_PAT_RV > PAT04 RV_Skall_Z1	maike.scheipers
11	PSEU_PAT_RV > PAT04 RV_Skall_Z2	maike.scheipers
12	PSEU_PAT_RV > PAT_A07 RV_Karte_Z1	maike.scheipers
13	PSEU_PAT_RV > PAT07 RV_Karte_Z2	maike.scheipers
14	PSEU_PAT_RV > PAT08 RV_Theis_Z1	maike.scheipers
15	PSEU_PAT_RV > PAT12 RV_Liebsch_Z1	maike.scheipers
16	PSEU_PAT_RV > PAT12 RV_Liebsch_Z2	maike.scheipers
17	PSEU_PAT_RV > PAT13 RV_Bank_Z1	maike.scheipers
18	PSEU_PAT_RV > PAT13 RV_Bank_Z2	maike.scheipers
19	PSEU_PAT_RV > PAT17 RV_Fromm_Z1	maike.scheipers
20	PSEU_PAT_RV > Pat17_RV_FrommZ2	maike.scheipers
21	PSEU_PAT_RV > PAT18 RV_Koch_Z1	maike.scheipers
22	PSEU_PAT_FM > PAT01 FM_Mang_Z1	maike.scheipers
23	PSEU_PAT_FM > PAT01 FM_Mang_Z2	maike.scheipers
24	PSEU_PAT_FM > PAT05 FM_Leis_Z1	maike.scheipers
25	PSEU_PAT_FM > PAT05 FM_Leis_Z2	maike.scheipers
26	PSEU_PAT_FM > PAT06 FM_Monteur_Z1	maike.scheipers
27	PSEU_PAT_FM > PAT06 FM_Monteur_Z2a	maike.scheipers

28	PSEU_PAT_FM > PAT06 FM_Monteur_Z2b	maike.scheipers
29	PSEU_PAT_FM > PAT_A09 FM_Oster_Z1a	maike.scheipers
30	PSEU_PAT_FM > PAT_A09 FM_Oster_Z1b	maike.scheipers
31	PSEU_PAT_FM > PAT_A09 FM_Oster_Z1c	maike.scheipers
32	PSEU_PAT_FM > PAT_A09 FM_Oster_Z2	maike.scheipers
33	PSEU_PAT_FM > PAT_A11 FM_Sess_Z1	maike.scheipers
34	PSEU_PAT_FM > PAT_A11 FM_Sess_Z2	maike.scheipers
35	PSEU_PAT_FM > PAT14 FM_Immler_Z1	maike.scheipers
36	PSEU_PAT_FM > PAT14 FM_Immler_Z2	maike.scheipers
37	PSEU_PAT_FM > PAT15 FM_Franz_Z1	maike.scheipers
38	PSEU_PAT_FM > PAT16 FM_Lang_Z2a	maike.scheipers
39	PSEU_PAT_FM > PAT16 FM_Lang_Z2b	maike.scheipers
40	PSEU_PAT_FM > PAT19 FM_Hase_Z2 1+2	maike.scheipers
41	PSEU_PAT_FM > PAT20 FM_Putt_Z2	maike.scheipers
42	PSEU_PAT_FM > PAT21 FM_Pastell_Z2	maike.scheipers
43	Ä > Experte_Ä_01	maike.scheipers
44	Ä > Experte_Ä_02	maike.scheipers
45	Ä > Experte_Ä_03	maike.scheipers
46	Ä > Zusammenfassung Ärzte	maike.scheipers
47	Ä > Zusammenfassung Interview Ä_01	maike.scheipers
48	Ä > Zusammenfassung Interview Ä_02	maike.scheipers
49	Ä > Zusammenfassung Interview Ä_03	maike.scheipers
50	FM > FM01	maike.scheipers
51	FM > FM02	maike.scheipers
52	FM > FM03	maike.scheipers
53	FM > FM04	maike.scheipers
54	FM > FM05	maike.scheipers
55	FM > FM06	maike.scheipers
56	FM > Zusammenfassung FM01	maike.scheipers
57	FM > Zusammenfassung FM02	maike.scheipers
58	FM > Zusammenfassung FM03	maike.scheipers

59	FM > Zusammenfassung FM04	maike.scheipers
60	FM > Zusammenfassung FM05	maike.scheipers
61	FM > Zusammenfassung FM06	maike.scheipers
62	Postskript_PAT10_FM_Hardt_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT01_FM_Mang_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT01_FM_Mang_Z2	maike.scheipers
	Postskript_PAT05_FM_Leis_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT05_FM_Leis_Z2	maike.scheipers
	Postskript_PAT06_FM_Monteur_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT11_FM(A)_Sess_Z1	maike.scheipers
	Postskript PAT20_FM_Putt	maike.scheipers
	Postskript_PAT03_RV_Havel_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT03_RV_Havel_Z2	maike.scheipers
	Postskript_PAT04_RV_Skall_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT04_RV_Skall_Z2	maike.scheipers
	Postskript_PAT07_RV_Karte_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT07_RV_Karte_Z2	maike.scheipers
	Postskript_PAT08_RV_Theis_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT13_RV_Bank_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT02_RV_Bürgen_Z2	maike.scheipers
	Postskript_PAT12_RV_Liebsch_Z1	maike.scheipers
	Postskript_PAT12_RV_Liebsch_Z2	maike.scheipers
	Postskript PAT20_FM_Putt	maike.scheipers
	Postskript_PAT21_FM_Z2_Pastell	maike.scheipers

Codebuch

ProgrammVeMaWuRLP.mx22

30.09.2022

Codesystem

1 Bedingungen
1.1 Incomes
1.1.1 Klientel chronische Wunde
1.1.1.1 Selbsthilfegruppen
1.1.1.2 Rolle der Angehörigen
1.1.1.3 Lebenssituation
1.1.1.3.1 Phase 5 Abstumpfung
1.1.1.4 Motivationslage
1.1.1.5 Probleme
1.1.1.6 Wunde rundum
1.1.1.6.1 Krankengeschichte
1.1.1.6.2 Wundgeschichte
1.2 Kontext
1.2.1 Covid
1.3 Input
1.4 Struktur
1.4.1 Professionalisierung FM
1.4.1.1 Supervision
1.4.1.2 kollegiale Beratung
1.4.1.3 digitale Dokumentation
1.4.1.4 Betreuung durch mamedicon
1.4.1.5 Qualifikationsanforderungen FM
2 Umsetzung
2.1 Aktivitäten/ Prozesssicherung FM "am" Pat
2.1.1 Patientenbegleitung
2.1.1.1 Detektivarbeit
2.1.1.2 (Neben-)Baustellen bearbeiten
2.1.2 Beziehungskunst
2.1.2.1 Kontakt halten
2.1.2.2 einfach mal Mensch sein
2.1.3 Konflikte
2.1.4 Zielvereinbarungen
2.1.5 Fürsprecher:in sein für PAT
2.1.6 sich selbst überflüssig machen
2.1.7 Edukation/ BIS
2.2 Aktivitäten/ Prozesssicherung FM im Versorgernetz
2.2.1 Moderation
2.2.2 Vitamin B

2.2.3 Überblick verschaffen
2.2.4 Angehörige Beratung/ Anleitung
2.2.5 Prozesse absichern
2.2.6 Kooperation_Koordination
2.2.7 Termine absprechen
2.2.8 Therapie/ Diagnostik Vorschlag
2.2.9 Fachexpertise einsetzen
2.2.10 Informationen weitergeben
2.2.11 Akzeptanz herstellen
3 Resultate
3.1 Wirkung auf Alltag des Patienten mit chronischer Wunde
3.1.1 Emotionale Stabilität
3.1.2 gesundheitsbezogenes Wissen
3.1.2.1 Selbstpflegefähigkeit
3.2 Wirkung Verbesserung Versorgungernetz
3.3 Angehörige / Laiennetz
4 Reflexion
4.1 Fallmanagement
4.1.1 Bewertung FM
4.2 was müsste gegeben sein?
4.3 Anbindung FM
4.4 Grenzen FM
4.5 Einordnung Konzept VeMaWu
4.6 Rollenverständnis FM
4.7 Wundexpertise FM
5 Autocodes
5.1 Autocode - ANY: Foto
5.2 Autocode - ANY: Sinn
5.3 Autocode - ANY: Hilfe
5.4 Autocode - ANY: Hund
5.5 Autocode - ANY: Wund RV Satz
5.6 Autocode - ANY: Wund FM Satz
5.9 Autocode - ANY: Wund RV
6 Zitate

1 Bedingungen

unter diesem Code werden Hinweise codiert, die Bedingungen beschreiben, unter denen das Programm VeMAWuRLP umgesetzt wird.

Kontext (ökonomische, politische, kulturelle, rechtliche und soziale Rahmenbedingungen),
Incomes, Beschreibungen zur Zielgruppe der Patient:innen mit chronischen Wunden,
Input, Zitate zu den von der mamedicon GmbH eingebrachten Ressourcen (Fallmanager:innen,
Dokumentationssystem)
Struktur, Äußerungen zum Projektträger und Kooperationsnetzwerk

1.1 Incomes

Als Incomes werden Textstellen codiert, die die Menschen mit chronischen Wunden beschreiben. Dazu zählen Hinweise auf die Lebenssituationen, Herausforderungen, Finanzielle Situation, Gesundheitskompetenz, Informationen zur Wunde und zur Krankengeschichte, sowie zu Kenntnissen, Haltungen, zur Motivationslage, aber auch zur Rolle von An- und Zugehörigen.

1.2 Kontext

unter Kontext werden Zitate codiert, die auf hemmende und fördernde Faktoren und Systemlogik hinweisen, sowie über den Einfluss von Covid und über die Auswirkungen der pandemiebedingten Kontakteinschränkungen informieren.

1.3 Input

Zitate zu der Qualifikation, Expertise und Motivation der Fallmanager:innen und dem Dokumentationssystem jalomed.

1.4 Struktur

Alle Informationen zur a) Unterstützung der Professionalisierung der tätigen Fallmanager:innen seitens des Programmträgers mamedicon GmbH, sowie b) Aufbau des Wundnetzwerks, sowie c) zur Sicherung und Durchführung der Evaluation, RCT Studie, Zusammenarbeit mit den Studieneinrichtungen, usw. Was ist gelungen? Welche Schwierigkeiten oder Anmerkung werden zur Durchführung: Rekrutierung, Organisation Studieneinrichtungen, Follow Ups, usw. benannt? spezialisiertes Wissen und Fähigkeiten wird zur Umsetzung des Fallmanagements gefordert.

2 Umsetzung

unter "Umsetzung" werden Textstellen zu Aktivitäten und Prozessen codiert, die im Rahmen des Projekts durch die Fallmanager:innen entfaltet werden.

2.1 Aktivitäten/ Prozesssicherung FM "am" Pat

Alle Aktivitäten die das FM dem einzelnen Patienten anbietet, den Pat. erreicht und vom Patienten angenommen wird. Dazu zählen Patientenbegleitung, Begutachtung des Wundzustands, Bedarfseinschätzung, die Bearbeitung von (Neben-) Baustellen, Formen der Beziehungskunst, der Umgang mit Konflikten, Zielvereinbarungen und Hinweise auf Edukationsangebote.

2.2 Aktivitäten/ Prozesssicherung FM im Versorgernetz

alle Aktivitäten und Prozesse, die durch die Versorger rund um den Pat. entfaltet werden, Aussagen zu Kooperation und Koordination, zur Absicherung von Prozessen, Terminabsprachen, Einsatz der Fachexpertise und von "Vitamin B", Umgang mit den Ärzt:innen.

3 Resultate

Unter Resultate werden outputs (zählbare Leistungen und Produkte), und Beschreibungen von outcomes gefasst. Hinweise auf Wirkungen bei den Studienpatient:innen, Angehörigen oder im Versorgungsnetz, wie ein vergrößertes Wissen oder erste Gewohnheitsänderungen, die auf die Aktivitäten der Fallmanager:innen zurückgeführt werden.

3.1 Wirkung auf Alltag des Patienten mit chronischer Wunde

Alle Zitate, aus denen eine Wirkung des Fallmanagements auf die emotionale Stabilität, das gesundheitsbezogene Wissen, die Selbstpflegefähigkeit, die Verbesserung des Versorgernetzes oder das Verhalten der Angehörigen beschreibt.

4 Reflexion

unter Reflexion werden weiterführende Überlegungen der Akteure codiert: Bewertung, Einordnung, Anbindung, Grenzen und Rollenverständnis, Zukunft und Entwicklung des Fallmanagements, Stellenwert der Wundexpertise im Fallmanagement.

5 Autocodes

unter diesem Code werden Autocodes und Farbmarkierungen zusammengefasst, die zur ersten Orientierung in den Transkripten dienen.

Autocode: beispielsweise "Hilfe", "Wund", "Foto", "Hund", "Sinn",

6 Zitate

Doppelcodierung besonders geeigneter Zitate