

Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Oberbergischer Kreis
Förderkennzeichen:	01NVF18009
Akronym:	OBERBERG_FAIRsorgt
Projekttitel:	Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis
Autoren:	Christian Grebe, Dr. Ursula Köstler, Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt
Förderzeitraum:	01.07.2019 – 31.03.2024
Ansprechperson:	Christian Grebe

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt OBERBERG_FAIRsorgt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF18009 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Ziel des Projekts OBERBERG_FAIRsorgt war, die intersektorale Vernetzung von Leistungserbringern und die Stärkung von informeller Pflege sowie Patientenautonomie, insbesondere angesichts demografischer Herausforderungen wie einer alternden Bevölkerung und hausärztlicher Unterversorgung im ländlichen Raum. Das Konzept umfasst obligatorische und fakultative Teilleistungen, darunter regionale Care-und-Case-Manager (RCCM), ein geriatrisches Eingangsassessment, Fallkonsile, eine technische Kommunikationsplattform sowie telemedizinisches Monitoring und eine Erweiterte ärztliche Erreichbarkeit. Die Evaluation diente der Analyse von Kosteneffekten, Auswirkungen auf die Ausschöpfung von SGB XI-Regelleistungen, Veränderungen des Gesundheitsstatus, der Akzeptanz der Neuen Versorgungsform sowie von Barrieren und förderlichen Faktoren.

Methodik: Die Evaluation folgte einem parallelen Mixed-Methods-Ansatz, der zwei quantitative und einen qualitativen Evaluationsbaustein kombinierte. Im quantitativen Evaluationsbaustein A wurden mittels ANCOVAs auf der Basis von Krankenkassen-Routinedaten Effekte auf Kosten, notfallbedingte Krankenhausaufenthalte, Verbleib in der Häuslichkeit und auf die Ausschöpfung von SGB XI-Regelleistungen untersucht. Als primäres Outcome dienten die kombinierten SGB-V- und SGB-XI-Kosten im 9-monatigen Interventionszeitraum. Die Interventionsgruppe wurde dabei mit zwei Kontrollgruppen verglichen, die mittels Propensity-Score-Matching zu den Fällen der Interventionsgruppe gematched wurden. Im quantitativen Evaluationsbaustein B wurden längsschnittliche Effekte auf den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme formeller und informeller Hilfen der Interventionsgruppe untersucht. Als Querschnitt wurden im Follow-Up zudem die Zufriedenheit und die Umsetzung des Prozesses erfragt. Mit dem qualitativen Evaluationsbaustein wurden Prozesse, Erlebnisse und Verbesserungspotenziale mittels leitfadengestützter Face-to-Face-Interviews und Gruppendiskussionen in den Stakeholdergruppen durchgeführt und diese inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: In den quantitativen Analysen zeigten sich keine signifikanten Effekte der Versorgungsform auf die untersuchten Outcomes. Im Evaluationsbaustein B lag die Erschöpfung der Teilnehmenden im Follow-Up signifikant höher, dieser kleine Effekt wurde als klinisch nicht relevant angesehen. Die qualitativen Ergebnisse verdeutlichen, dass die RCCM als Kümmerer, Berater, Lotse, Mediator, Krisenintervenierer, Schnittstellenmanager und als Angehörigenvertretung fungieren und in diesen Rollen aus Sicht der verschiedenen Stakeholdergruppen auch wirksam sind. Die Neue Versorgungsform leistet einen Beitrag zur Stabilisierung von Versorgungspfaden. Die qualitativen Befunde wie auch die quantitativen Querschnittsdaten zeigen eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen der Versorgungsform sowie eine subjektiv wahrgenommene Verbesserung der Versorgung.

Diskussion: Der nur 9-monatige Interventions- und Beobachtungszeitraum stellte eine wesentliche Limitation dar. Trotz des fehlenden Nachweises von Effekten auf die untersuchten quantitativen Outcomes sehen die Evaluatoren auf Basis der Gesamtheit der Evaluationsergebnisse Potenzial in der neuen Versorgungsform. Wir empfehlen, diese - mit einigen Veränderungen - mit einem längerfristigen Interventions- und Beobachtungszeitraum weiter zu erproben, um Kosteneffekte sowie Effekte auf den Verbleib in der Häuslichkeit, (notfallbedingte) Krankenhausaufnahmen, die Inanspruchnahme von Regelleistungen sowie die Entwicklung des Gesundheitsstatus belastbar abbilden zu können.

Schlagworte: Care-und-Case-Management, Kümmerer, Lotse, Empowerment, Verbleib in der Häuslichkeit, intersektorale Versorgung, telemedizinisches Monitoring.

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis.....	5
II	Abbildungsverzeichnis	6
III	Tabellenverzeichnis.....	6
1	Ziele der Evaluation	8
1.1	Ausgangslage: Rahmendaten der Versorgung im Oberbergischen Kreis.....	8
1.1.1	Geografische Einordnung	8
1.1.2	Demografie.....	9
1.1.3	Gesundheitsbezogene Kennzahlen	10
1.2	Kurzdarstellung der Neuen Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt	11
1.2.1	Regionale Care-and-Case-Manager (RCCM), obligatorisch	11
1.2.2	Technische Plattform, fakultativ	12
1.2.3	Erstaufnahme der Teilnehmenden (nVf0), obligatorisch	12
1.2.4	Geriatrisches Eingangsassessment (nVf1), obligatorisch.....	12
1.2.5	Erstellung abgestimmter Versorgungsplan im Behandlungsverlauf (nVf2), obligatorisch.....	13
1.2.6	Interdisziplinäres Fallkonsil (nVf3), fakultativ	13
1.2.7	Erweiterte Erreichbarkeit (nVf 4), fakultativ	14
1.2.8	Elektives telemedizinisches Monitoring (nVf6), fakultativ	14
1.3	Evaluationsziele	14
2	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	15
2.1	Überblick über das Evaluationsdesign.....	15
2.2	Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien	16
2.3	Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte	17
2.4	Rekrutierung.....	17
2.5	Methodik des quantitativen Evaluationsbausteins A (Routinedaten)	17
2.5.1	Studiendesign	17
2.5.2	Fragestellungen und Endpunkte	18
2.5.3	Fallzahlberechnung	20
2.5.4	Matching.....	21
2.5.5	Verblindung	22
2.5.6	Statistische Analyse	22
2.6	Methodik des quantitativen Evaluationsbausteins B (prä-post-Befragung).....	24
2.6.1	Studiendesign	24
2.6.2	Fragestellungen und Endpunkte	24
2.6.3	Datenerhebung	27
2.6.4	Statistische Analyse	27

2.7	Methodik des qualitativen Evaluationsbausteins	28
2.7.1	Fragestellungen	28
2.7.2	Studienpopulation und Stichprobe	28
2.7.3	Datenerhebung und Datenauswertung	29
2.8	Erhebung ergänzender Daten	30
3	Ergebnisse der Evaluation.....	31
3.1	Versorgte Teilnehmende und Inanspruchnahme der fakultativen Teilleistungen	31
3.2	Quantitativer Evaluationsbaustein A: Routinedaten	32
3.2.1	Stichprobe	32
3.2.2	Matching.....	35
3.2.3	Outcomes	36
3.2.4	Kosten der Intervention	45
3.3	Quantitativer Evaluationsbaustein B: längsschnittlicher Verlauf der Interventionsgruppe.....	50
3.3.1	Stichprobe	50
3.3.2	Outcomes	51
3.3.3	Outputs und Prozesse	58
3.4	Qualitativer Evaluationsbaustein (Stakeholder-Interviews)	61
3.4.1	Stichprobe	61
3.4.2	Realisierte Durchführung der Datenerhebung	62
3.4.3	Ergebnisse	63
4	Diskussion der Projektergebnisse	77
4.1	Limitationen.....	77
4.2	Diskussion und Einordnung	78
4.2.1	Hürde: Corona und geringe Anzahl an eingeschriebenen Stakeholdern	78
4.2.2	Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe.....	79
4.2.3	RCCM als Kümmerer, Berater, Lotse, Mediator, Krisenintervenierer, Schnittstellenmanager, Angehörigenvertretung	79
4.2.4	Kosteneffekte und Inanspruchnahme von Regelleistungen	80
4.2.5	Versorgungspfade werden patientenzentriert stabilisiert	80
4.2.6	Prävention	81
4.2.7	Teilleistungen	81
4.2.8	Fallkosten	82
5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	83
IV	Literaturverzeichnis	85
V	Anlagen	89

I Abkürzungsverzeichnis

IA	Innovationsausschuss
ANCOVA	Kovarianzanalyse
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CI	confidence interval, Konfidenzintervall
EMMEANS	Estimated Marginal Means
EUR	Euro
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IG	Interventionsgruppe
IQR	inter-quartile Range, Interquartilsabstand
ISAR-Test	Identification of Seniors at Risk Test
KG OBK	Kontrollgruppe (Matches) aus dem Oberbergischen Kreis
KG RS	Kontrollgruppe (Matches) aus dem Rhein-Sieg Kreis
km ²	Quadratkilometer
KTW	Krankentransportwagen
MD	mean difference, Mittelwertsunterschied
MRC	Medical Research Council
N	Stichprobenumfang, Fallzahl
NAW	Notarzwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NRW	Nordrhein-Westfalen
nVf	Neue Versorgungsform; Abkürzung verwendet mit numerischem Suffix, welches die Nummer einer Teilleistung der Versorgungsform angibt (z.B. nVf4)
OBK	Oberbergischer Kreis
Q	Quartal; Abkürzung verwendet mit numerischem Suffix, welches das Quartal im Kalenderjahr angibt (z.B. Q4)
QUANT-A	quantitativer Evaluationsbaustein A (Routinedatenanalyse)
QUANT-B	quantitativer Evaluationsbaustein B (standardisierte pre-post Befragung)
RCCM	Regionale Care- und Case-Manager, Fallmanagerinnen
RSK	Rhein-Sieg Kreis
RTW	Rettungswagen
SD	standard deviation, Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SMR	Standardized Morbidity Ratio
t0	erster Messzeitpunkt (Baseline)
t1	zweiter Messzeitpunkt (Follow-Up)
z.B.	zum Beispiel

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geografische Lage der Kommunen im Oberbergischen Kreis	8
Abbildung 2: CONSORT Flow Chart (a-priori)	20
Abbildung 3: CONSORT Flowchart für die Analyse der Routinedaten (QUANT A)	32
Abbildung 4: Verteilung der versorgten Teilnehmer über die Kommunen	33
Abbildung 5: Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)	39
Abbildung 6: Krankenhauskosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)	40
Abbildung 7: Kosten für Kurzzeitpflege (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)	41
Abbildung 8: Kosten für Tagespflege (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)	42
Abbildung 9: Kosten für „zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)	43
Abbildung 10: Veränderung der Multimorbidität (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)	44
Abbildung 11: Kosten für SGB V- und SGB XI- Leistungen unter Einbeziehung der Fallkosten der Neuen Versorgungsform (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)	50

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Operationalisierung der zehn Endpunkte	19
Tabelle 2: Kovariate für das Propensity Score Matching	21
Tabelle 3: Übersicht der Outcomes und der verwendeten Messinstrumente im quantitativen Evaluationsbaustein B	26
Tabelle 4: Übersicht der angestrebten Datenerhebungen des qualitativen Moduls.	29
Tabelle 5: Qualität des Propensity Score Matchings	35
Tabelle 6: Metrisch skalierte Outcomes QUANT-A (Hypothesentests: ANCOVA)	37
Tabelle 7: Dichotome Outcomes QUANT-A (Hypothesentests: Fisher's exakter Test)	38
Tabelle 8: Auf den Zeitraum 01.01.2022 bis 31.03.2023 bezogene Kosten für die Versorgung (Rohwerte)	45
Tabelle 9: Auf den Projektzeitraum bezogene Kosten für die Versorgung (Rohwerte)	45
Tabelle 10: Fallkosten für den betrachteten 9-monatigen Interventionszeitraum (QUANT-A)	49
Tabelle 11: Outcomes der Pre-Post-Befragung der Interventionsgruppe	52
Tabelle 12: p-Werte für die Inanspruchnahme professioneller Leistungserbringer und informeller Hilfen im Längsschnitt	55
Tabelle 13: Globale Beurteilung der Versorgungsform	56
Tabelle 14: Wichtigkeit der einzelnen Teilleistungen	57

Tabelle 15: Häufigkeit der Kontakte zum Fallmanager nach Quartalen des eigenen Interventionszeitraums	58
Tabelle 16: Einbeziehung in den Versorgungsprozess	59
Tabelle 17: Prozesse und Outputs: Erweiterte Erreichbarkeit.....	60
Tabelle 18: Outputs und Prozesse: Telemedizinisches Monitoring	61
Tabelle 19: Realisierte Stichprobe im qualitativen Evaluationsbaustein.:.....	61
Tabelle 20: Sample befragter Versorgter und Angehöriger in t0 und t1 nach Kohorten	62

1 Ziele der Evaluation

1.1 Ausgangslage: Rahmendaten der Versorgung im Oberbergischen Kreis

1.1.1 Geografische Einordnung

Die Implementierung der Neuen Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt erfolgte im Oberbergischen Kreis. Dieser Landkreis liegt in Nordrhein-Westfalen im Regierungsbezirk Köln und ist Teil des Kulturrums Bergisches Land. Dem Landkreis gehören 13 Städte und Gemeinden an (Abbildung 1).



Abbildung 1: Geografische Lage der Kommunen im Oberbergischen Kreis

Im regionalen Sprachgebrauch wird üblicherweise eine Gliederung dieser Gemeinden in einen „Nordkreis“ und einen „Südkreis“ vorgenommen, teilweise wird auch ein „Mittelkreis“ unterschieden. Eine einheitliche formale Abgrenzung dieser Begriffe existiert jedoch nicht. Hinsichtlich der Wahlkreise zu Landtagswahlen werden der Wahlbezirk „Oberbergischer Kreis I (Nordkreis)“ mit Gummersbach, Hückeswagen, Lindlar, Marienheide, Radevormwald und Wipperfürth sowie der Wahlkreis „Oberbergischer Kreis II (Südkreis)“ mit Bergneustadt, Engelskirchen, Morsbach, Nümbrecht, Reichshof, Waldbröl und Wiehl unterschieden. Der Grundstücksmarktbericht 2021 für den Oberbergischen Kreis (Gutachterausschuss für Grundstückswerte im Oberbergischen Kreis 2021) unterscheidet hingegen zwischen Nordkreis (mit Hückeswagen, Lindlar, Radevormwald und Wipperfürth), Mittelkreis (mit Engelskirchen, Gummersbach, Marienheide und Wiehl) und Südkreis (mit Bergneustadt, Morsbach, Nümbrecht, Reichshof und Waldbröl).

Die beiden nördlichsten Gemeinden, Radevormwald und Hückeswagen, kamen 1975 (neben Engelskirchen, Lindlar und Wipperfürth) durch das Köln-Gesetz zum Kreisgebiet und gehörten

zuvor dem aufgelösten Rhein-Wupper-Kreis an. Dies ist insofern relevant, als dass in diesen Gemeinden aufgrund der geografischen Nähe zu den benachbarten Großstädten Wuppertal und Remscheid im Alltag ein räumlicher und kultureller Bezug besteht, der sich auch auf die Wahrnehmung von Leistungen des Gesundheitssystems (Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken, Therapeuten etc.) auswirken dürfte. Dieser geografisch-kulturelle Bezug wird unter anderem durch die Zahlen der sozialversicherungspflichtigen Auspendler aus diesen beiden Gemeinden untermauert¹. So pendelten 2021 aus Radevormwald 1.829 Personen ins 10 km entfernte Remscheid (29% aller Auspendler) aus und weitere 1.141 (18,1%) ins 14 km entfernte Wuppertal. In die eigene, 25 km entfernte, Kreisstadt Gummersbach pendelten hingegen lediglich 71 Personen (1,1%) aus. Etwas weniger stark ausgeprägt sind die Auspendler-Bewegungen aus Hückeswagen. Von dort pendelten 2021 1.156 Personen (22,0%) ins 9 km entfernte Remscheid und 379 Personen (7,2%) ins 16 km entfernte Wuppertal aus, 86 Personen (1,8%) ins 21 km entfernte Gummersbach aus. Aufgrund der topografischen Begebenheiten, unterschieden nach den Demografietypen der Bertelsmann Stiftung², leben im Oberbergischen Kreis 40,8% der Bevölkerung in „kleinen und mittleren Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung“ (Typ 3), nämlich in Engelskirchen, Hückeswagen, Morsbach, Radevormwald, Wiehl und Wipperfürth. In „moderat wachsenden Städten und Gemeinden mit regionaler Bedeutung“ (Typ 5) leben 18,9%, dieser Typus wird durch die Kreisstadt Gummersbach repräsentiert. 14,4% der Einwohner leben in „wohlhabenden Städten und Gemeinden in wirtschaftlich dynamischen Regionen“ (Typ 8), dies sind Lindlar und Nümbrecht. Weitere 13,6% leben in Bergneustadt und Reichshof und damit in „stabilen Städten und Gemeinden in ländlichen Regionen (Typ 4). In „wachsenden familiengeprägten ländlichen Städten und Gemeinden“ (Typ 9), nämlich in Marienheide und Waldbröl, leben 12,34% der Einwohner des Landkreises. Kommunen der Typen 1 („stark schrumpfende und alternde Gemeinden in strukturschwachen Regionen“), 2 („alternde Städte und Gemeinden mit sozioökonomischen Herausforderungen“), 6 („Städte/Wirtschaftsstandorte mit sozioökonomischen Herausforderungen“), 7 („Großstädte und Hochschulstandorte mit heterogener sozioökonomischer Dynamik“), 10 („wohlhabende Städte und Gemeinden im Umfeld von Wirtschaftszentren“) und 11 („sehr wohlhabende Städte und Gemeinden in Regionen der Wissensgesellschaft“) existieren im Oberbergischen Kreis nicht.

1.1.2 Demografie

Die folgenden Daten basieren auf den Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder, der verwendete Indikator ist jeweils angegeben. Sofern nicht anders ausgewiesen, beziehen sich die Daten auf das Jahr 2022, aktuellere Daten sind zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht verfügbar.

Der Anteil der Einwohner, die 65 Jahre und älter sind, liegt im Landkreis bei 22,1% und damit etwas höher als in ganz NRW (21,5%). Auch der Anteil der Hochbetagten (80 Jahre und älter) liegt mit 7,3% etwas höher als im Bundesland insgesamt (7,0%). Der Altenquotient (Verhältnis der Personen im Rentenalter zu jenen im erwerbsfähigen Alter) beträgt 36,9 und liegt merklich über dem Wert für NRW (35,2).

Die Bevölkerungsprognose für das Jahr 2050 (Indikator 2.12) geht für den Oberbergischen Kreis von einer Abnahme der dort lebenden Bevölkerung um 6,3% aus. Diese Abnahme liegt damit deutlich über der Prognose für ganz NRW (minus 1,7%).

Hinsichtlich des höchsten erreichten Schulabschlusses (Indikator 2.13) liegt der Oberbergische Kreis bezogen auf Personen mit (Fach-) Hochschulreife deutlich unter dem Landesschnitt (34,1%; NRW: 40,1%), andererseits gibt es im Landkreis im Vergleich zum gesamten Bundesland

¹ Pendlerrechnung der Länder, Auspendelverflechtungen nach Geschlecht - Gemeinden bzw. Gemeindeverbände (Code 19321-021i), Stichtag: 30.06.2021 recherchiert auf <https://www.landesdatenbank.nrw.de/>

² recherchiert auf <https://www.wegweiser-kommune.de>

einen geringeren Anteil von Personen ohne Schulabschluss (5,5%; NRW: 7,1%). Dementsprechend liegt der Anteil von Personen mit Haupt-/Volksschulabschluss (30,2%; NRW: 26,5%) sowie mittlerem Schulabschluss (25,8%; NRW: 22,1%) höher als im Gesamt-NRW.

Das verfügbare Haushaltseinkommen (Indikator 2.16) im Landkreis liegt oberhalb des NRW-Durchschnitts (24.482 EUR; NRW: 23.812 EUR). Der Anteil der Personen, die (bezogen auf 100.000 Einwohner) außerhalb von Einrichtungen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen (Indikator 2.23), liegt deutlich unter dem Wert für ganz NRW (1.183,7; NRW: 1.588,6). Der Anteil der Bevölkerung, der Erwerbsminderungsrenten bezieht (Indikator: 3.40), liegt aber je 100.000 Einwohner bei 3.670,1 und damit wesentlich höher als der Landesschnitt (3.414,4). Im Landkreis beziehen je 100.000 Einwohner 9,0 Personen Wohngeld (Indikator 2.24) und damit ähnlich viele wie im Landesdurchschnitt (9,1).

1.1.3 Gesundheitsbezogene Kennzahlen

Teile des Oberbergischen Kreises weisen gemäß der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2024) einen hausärztlichen Versorgungsgrad unter 100% auf. Die aktuellen Zahlen vom 05.04.2024 verdeutlichen, dass die Versorgungsgrade sich seit Projektstart von OBERBERG_FAIRsorgt weiter verschlechtert haben. So weisen derzeit nur die Mittelbereiche Engelskirchen mit den Kommunen Engelskirchen und Lindlar (107,8%; 2019: 106,7%) und Radevormwald (107,2%; 2019: 109,0%) Versorgungsgrade über 100% auf. Der Mittelbereich Wipperfürth mit Wipperfürth und Hückeswagen lag 2019 noch bei 109,0%, weist aktuell aber nur noch 94,3% auf. In den bereits 2019 unterversorgten Mittelbereichen Gummersbach mit Gummersbach, Bergneustadt, Marienheide, Reichshof und Wiehl (85,8%; 2019: 96,4%) und Waldbröl mit Waldbröl, Morsbach und Nümbrecht (75,9%; 2019: 85,9%) hat sich der hausärztliche Versorgungsgrad weiter verschlechtert. Somit leben im Oberbergischen Kreis im Jahr 2024 76,8% der Einwohner in Kommunen mit einem Versorgungsgrad unter 100%.

Die folgenden Daten basieren wieder auf den Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder (siehe oben).

Der Oberbergische Kreis weist für beide Geschlechter eine geringfügig niedrigere Lebenserwartung (Indikator 3.10) auf als der Landesschnitt Nordrhein-Westfalens. Sie liegt für Frauen bei 82,5 Jahren (NRW: 82,7) und für Männer bei 78,0 Jahren (NRW: 78,1).

2022 wiesen je 100.000 altersentsprechende Einwohner ab 65 Jahren 27.949,1 Personen eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50%) auf (Indikator 3.45). Dies sind weniger als der Landesschnitt NRWs (29.428,9).

Je 100.000 Einwohner waren 7.899,2 Personen pflegebedürftig nach den Kriterien des SGB XI, was einen deutlich höheren Anteil als der Landesschnitt von 6.650 Personen darstellt. Während sich bei den Leistungsarten der Langzeitpflege hinsichtlich vollstationärer Pflege (14,5% der Pflegebedürftigen; NRW: 14,0%) und Pflegegeld (54,4%; NRW: 55,0%) nur geringe Unterschiede zeigen, liegt der Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen mit 22,5% merklich höher als im Landesschnitt (19,7%).

Der Landkreis verfügt über fünf Akutkrankenhäuser mit jeweils mehreren Abteilungen. Die Krankenhäuser in Gummersbach und Waldbröl stehen in kommunaler Trägerschaft, der Landkreis sowie die Städte Gummersbach, Waldbröl und Wiehl halten 78% der Gesellschafteranteile der Klinikum Oberberg GmbH (der Landschaftsverband Rheinland die übrigen 22%). Der Standort Gummersbach verfügt über neun Abteilungen (innere Medizin, Neurologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Unfallchirurgie, Pädiatrie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, allgemeine Chirurgie, Augenheilkunde und Strahlenheilkunde). Für diesen Standort weist der Bundes Klinikatlas des Bundesministeriums für Gesundheit 18.443 Behandlungsfälle aus, es ist damit mit großem Abstand das größte Krankenhaus im Landkreis.

Einen weiteren Standort betreibt die Klinikum Oberberg GmbH in Waldbröl mit den fünf Abteilungen Kardiologie, innere Medizin, allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie. Mit 8.139 Behandlungsfällen ist es das zweitgrößte Krankenhaus im Landkreis. Das Krankenhaus in Engelskirchen, in kirchlicher Trägerschaft der Katholische Kliniken Oberberg gGmbH, verfügt über fünf Abteilungen (innere Medizin, Orthopädie, Urologie, allgemeine Chirurgie und Geriatrie) mit 7.208 Behandlungsfällen. Die Helios-Kliniken Gruppe betreibt das Krankenhaus in Wipperfürth mit den fünf Abteilungen für allgemeine Chirurgie, innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie und Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde bei 5.806 Behandlungsfällen. Das Krankenhaus in Radevormwald wird von der Sana Kliniken AG betrieben und verfügt über die drei Abteilungen innere Medizin, allgemeine Chirurgie und Geriatrie bei 3.684 Behandlungsfällen. Zudem existiert in Nümbrecht die Dr. Becker Rhein-Sieg Klinik mit einer Abteilung, die privatärztliche neurologische Akutversorgung anbietet und dabei auf 104 Behandlungsfälle kommt.

Im Landkreis kam es je 100.000 Einwohnern 2022 mit 22.087,8 Fällen zu etwas weniger stationären Krankenhausfällen (Indikator 3.27) als im Landesschnitt (22.682,6), das am Mittelwert NRW standardisierte Standardized Morbidity Ratio (SMR) liegt dementsprechend bei 0,96. Hingegen lagen die Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen je 100.000 Einwohner mit 1.871,9 Fällen um 9% höher als der Landesschnitt (1671,5; SMR= 1,09).

Je 100.000 Einwohner kam es im Jahr 2022 zu 20.213,1 Rettungseinsätzen, davon 3.701,1 mit Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) bzw. Notarztwagen (NAW), 11.324,1 mit Rettungswagen (RTW) und 5.805,6 mit Krankentransportwagen (KTW). Einsätze mit KTW liegen deutlich über dem landesweiten Schnitt (5.047,7), auch Einsätze mit NEF/NAW liegen je 10.000 Einwohner über dem Wert für ganz NRW (3.315,6). Einsätze mit RTW finden hingegen seltener statt als im Landesschnitt (NRW: 11.885,0). Der Landkreis verfügte 2022 über 16 KTW, 15 RTW und 6 NEF/NAW und damit um einen RTW mehr als zu Projektbeginn.

1.2 Kurzdarstellung der Neuen Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt

Als Reaktion auf die für die Zukunft zu erwartenden Entwicklungen (Demografische Entwicklung, schrumpfende Bevölkerung, hausärztliche Unterversorgung im ländlichen Raum) entwickelte der Oberbergische Kreis ein Konzept für eine Neue Versorgungsform, die auf eine Verbesserung der Vernetzung zwischen Leistungserbringern und Sektoren, auf eine Stärkung der informellen Pflege und der Patientenautonomie und die Stärkung gerontologisch-geriatriischer Fachexpertise abzielt. Die Verwaltung des Landkreises selbst übernimmt in diesem Ansatz Verantwortung und nimmt eine übergreifende und gestaltende Rolle bei der Steuerung und Koordination der Leistungserbringer ein. Bei der implementierten Neue Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt handelt es sich um eine komplexe Intervention, die sich aus mehreren, ineinandergreifenden Teilleistungen zusammensetzt (siehe auch Erklärvideos unter <https://info.oberbergfairsorgt.de/projektinhalte>). Einige dieser Teilleistungen sind obligatorisch, werden also bei allen Teilnehmenden erbracht. Der andere Teil der Teilleistungen ist fakultativ und wird nur bei besonderen Fallkonstellationen erbracht. Im Einzelnen setzt sich OBERBERG_FAIRsorgt aus den folgenden Teilleistungen zusammen:

1.2.1 Regionale Care-and-Case-Manager (RCCM), obligatorisch

Die RCCM stellen den zentralen Dreh- und Angelpunkt der OBERBERG_FAIRsorgt Versorgung dar. Als aktives Unterstützungsmanagement verfolgen sie das übergeordnete Ziel, intersektorale Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Hilfebedürftigkeit zu leisten und zugleich die verbliebenen Gesundheitspotentiale zu fördern. Die RCCM:

- begleiten die Patienten durch den Behandlungspfad, schaffen und gewährleisten eine fallorientierte intersektorale Versorgungs- und Pflegeorganisation und sichern

Kontinuität in der medizinischen und sozialen Patienten- und Pflegeempfangerversorgung.

- tragen zur Optimierung des Überleitungsmanagements bei, durch die Entwicklung standardisierter Versorgungs- und Behandlungspfade, durch die Steuerung von Behandlungs- und Versorgungsabläufen und durch die Übernahme der Koordination der pflegerischen ggf. auch medizinischen Leistungen im Gesamtversorgungsprozess über die Versorgungsgrenzen hinweg.
- koordinieren zwischen den einzelnen Sozialgesetzbüchern (SGB XI, SGB V, SGB XII, etc.) und bauen Netzwerke auf.

1.2.2 Technische Plattform, fakultativ

Die Kommunikationsplattform dient dazu, allen an der Versorgung Beteiligten schnellen Zugriff auf die für die Behandlung relevanten Patientendaten zu gewähren – mit dem Patienten als Herr seiner Daten. Bereits bei der Einschreibung wird dem Patienten die Plattform vorgestellt und die Entscheidung zur Nutzung getroffen.

Zu den gespeicherten Daten gehören u.a. der Notfalldatensatz, der Behandlungsverlauf, der Medikationsplan, Ergebnis des Eingangsassessments und möglicher Fallkonsile, Einschätzungen/Updates der Pflege etc.

1.2.3 Erstaufnahme der Teilnehmenden (nVf0), obligatorisch

Diese Teilleistung umfasst die Rekrutierung und die Einschreibung in den Selektivvertrag. Details sind im Abschnitt 2.4 beschrieben.

1.2.4 Geriatrisches Eingangsassessment (nVf1), obligatorisch

Das Eingangsassessment kann entweder von den Geriatern der beteiligten Krankenhäuser im Kreis, von dem jeweiligen Hausarzt oder einem unterwiesenen Pflegedienst durchgeführt werden. Führt ein Pflegedienst das Assessment durch, sind die Unterlagen zur Begutachtung und Diagnosestellung einem der beteiligten Ärzte vorzulegen. Wir haben uns aus zwei Gründen entschlossen, die Pflegedienste in die Durchführung aufzunehmen:

- die Ärzte und Geriater halten dies für eine sehr gute Lösung und sehen keinerlei Probleme in der Durchführung nach vorheriger Einweisung
- wir haben uns das Ziel gesetzt (Kranken-)Transporte durch den OBK zu verringern – deshalb macht es Sinn, nicht an anderer Stelle Transporte zu initiieren, sondern Pflegebedürftige auch in der Häuslichkeit zu testen.

Die Konsortialführung stellt sicher, dass alle Testenden das gleiche Verfahren nutzen. Dieses besteht aus den Bausteinen:

- ISAR-Test (erweitert um Erschöpfung und unfreiwilligen Gewichtsverlust)
- Barthel-Index
- Timed „Up and Go“ Test
- Uhrentest
- DemTect
- Handkraftmessung
- Body Mass Index
- Wadenumfang
- Aktuelle Medikation und Selbstmedikation

Das Assessment bietet eine Ist-Analyse des aktuellen Gesundheitszustandes. Aus diesem und dem initialen Hausbesuch der RCCM entsteht eine einheitliche Risikobewertung des Patienten, die für den weiteren Verlauf der Behandlung relevant ist.

1.2.5 Erstellung abgestimmter Versorgungsplan im Behandlungsverlauf (nVf2), obligatorisch

Der Versorgungsplan wird nach Sichtung aller Unterlagen erstellt. Hierfür machen die Case-Manager zusammen mit unseren koordinierenden Ärzten einen Vorschlag, der dann mit den Beteiligten besprochen wird.

Der Versorgungsplan kann nach der ersten Erstellung zwei weitere Male angepasst werden, wenn sich gravierende Änderungen im Gesundheitszustand ergeben. Im Versorgungsplan ist ein geprüfter Medikationsplan vorgesehen sowie je nach Bedarf therapeutische Maßnahmen. Zusätzlich im Versorgungsplan enthalten sind altersgemäße Sport- und Präventionsangebote in der Umgebung. Je nach Zustand des Patienten können die darauffolgenden Versorgungsformen Anwendung finden. Hierbei werden die Grenzen der verschiedenen Sozialgesetzbücher überschritten. Es sind sektorenübergreifende Maßnahmen zu beschreiben, die sowohl aus dem SGB V, wie auch aus dem SGB IX und XII kommen können, je nach individueller Bedarfslage. Hierbei ist besonders die durch International Classification of Function (ICF) ermittelte Teilhabebeeinträchtigung zu beschreiben sowie die notwendigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, die zu einer Verbesserung bzw. Linderung der Teilhabebeeinträchtigung und damit zu einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und somit der subjektiv empfundenen Lebensqualität führen können.

Der RCCM steht dem Patienten mit Rat und Tat zur Seite. Der Hausarzt verpflichtet sich bei gravierenden Veränderungen (z.B. nach stationärem Aufenthalt) die Daten zu aktualisieren bzw. an den RCCM weiterzuleiten. Bei Bedarf schließt sich nVf3 an.

1.2.6 Interdisziplinäres Fallkonsil (nVf3), fakultativ

Das interdisziplinäre Fallkonsil findet bei den Personen Anwendung, bei denen eine Risikobewertung dafürspricht, dieses durchzuführen. Es kann pro Patient bis zu dreimal abgerufen werden, wenn unerwartete Veränderungen eintreten. Es wird von den RCCM organisiert. Alle Beteiligten können den RCCM mitteilen, wenn sie es anstoßen möchten.

Das Fallkonsil kann direkt nach dem Eingangsassessment stattfinden, wenn

- der Teilnehmer eine Frailty oder PreFrailty (Buttery et al. 2015), also mindestens einen der folgenden Indikatoren aufweist:
 - Erschöpfung (auf Basis einer standardisierten SF-36-Interviewfrage)
 - geringe Muskelkraft (adjustiert nach Geschlecht und Body Mass Index)
 - langsame Gehgeschwindigkeit (Timed Up and Go Test $\geq$ 15 Sekunden)
 - geringe körperliche Aktivität
 - unfreiwilliger Gewichtsverlust in den vergangenen 12 Monaten (standardisierte Interviewfrage)
- und/oder der Teilnehmer Anzeichen für kognitive Einbußen aufweist
- und/oder fünf oder mehr Medikamente einnimmt (inklusive Selbstmedikation und Bedarfsmedikation, die in den vorangegangenen 4 Wochen auch eingenommen wurde)

Am interdisziplinären Fallkonsil sind immer der für das Eingangsassessment verantwortliche Arzt, der RCCM sowie der Hausarzt (sofern dieser nicht selbst das Eingangsassessment durchgeführt hat) beteiligt. Weitere Beteiligte sind je nach Bedarfslage die Bezugspflegekraft des ambulanten Pflegedienstes bzw. der stationären Pflegeeinrichtung (sofern vorhanden) und, je nach Ergebnis des Eingangsassessments, ein weiterer Facharzt (z.B. Diabetologe,

Neurologe), ein Diätassistent, ein Physio- oder ein Ergotherapeut. Themenschwerpunkte eines interdisziplinären Fallkonsils können sein:

- Unter welchen Bedingungen ist der Verbleib im häuslichen Umfeld möglich?
- Abschätzung der individuellen Gesundheitsrisiken (aktuell und prognostisch).
- Welche therapeutischen Maßnahmen sind indiziert?
- Sind Anpassungen der Medikation erforderlich?
- Wie sieht es mit der Ressource der informellen, familiären Pflege aus?
- Ist ein telemedizinisches Fallkonsil und/oder Monitoring sinnvoll?
- Wann sollte die Wiedervorstellung beim Hausarzt erfolgen?

Bei Patienten des telemedizinischen Monitorings (siehe nVf6) kann das darauf bezogene Fallkonsil (nVf5) drei weitere Male stattfinden.

1.2.7 Erweiterte Erreichbarkeit (nVf 4), fakultativ

Für die im Projekt eingeschriebenen Patienten wird eine bevorzugte Erreichbarkeit im Bereitschaftsdienst zur Verfügung gestellt. Diese Erreichbarkeit wird voraussichtlich über die Leitstelle koordiniert und sichert die Versorgung sowohl im häuslichen Umfeld als auch im Pflegeheim ab.

Im Detail bedeutet das, dass jemand bei einer durchs Projekt zur Verfügung gestellten Telefonnummer anruft, wo er/sie einen Arzt erreicht (Tele-Notarzt). Dieser klärt zuerst ab, ob es sich um einen Notfall für die 112 handeln könnte. Wenn nicht, ruft er den Patienten in der Kommunikationsplattform auf und hilft ihm/ihr mit fundiertem ärztlichem Rat weiter.

1.2.8 Elektives telemedizinisches Monitoring (nVf6), fakultativ

Ein telemedizinisches Monitoring kann sowohl in der Häuslichkeit als auch im Pflegeheim stattfinden. Die mit einem solchen Monitoring zu erhebenden patientenbezogenen Vitalparameter können z.B. sein: Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz, Blutzucker.

1.3 Evaluationsziele

Das Ziel der Evaluation bestand zum einen darin, die Wirtschaftlichkeit der Neuen Versorgungsform zu beurteilen, insbesondere mittels des primären Outcomes – der Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI- Leistungen – im Vergleich mit zwei Kontrollgruppen (teilnahmeberechtigten aber nicht teilnehmenden Versicherten aus dem Oberbergischen Kreis sowie Versicherten mit identischen Ein- und Ausschlusskriterien aus dem Rhein-Sieg-Kreis). Als weiteres Outcome zur Wirtschaftlichkeit wurden separat die Kosten für notfallbedingte Krankenhausaufnahmen analysiert. Der zweite Teilaspekt bezieht sich auf die Ausschöpfung von Regelleistungen (Kurzzeit- und Tagespflege, zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel, Maßnahmen zur Wohnraumanpassung). Weiter wurden zudem die Progression der Pflegebedürftigkeit sowie der Verbleib in der Häuslichkeit, im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen, analysiert. Diesen Fragestellungen wurde im quantitativen Evaluationsbaustein A auf der Basis von Routinedaten, nachgegangen. Die detaillierten Fragestellungen finden sich in Abschnitt Fragestellungen und Endpunkte 2.5.2.

Weitere Fragestellungen bezogen sich auf die längsschnittliche Entwicklung gesundheitsbezogener Outcomes der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum sowie auf die Wahrnehmung der Prozesse und die Bewertung der Neuen Versorgungsform und ihrer Einzelleistungen. Diese Fragestellungen wurden im quantitativen Evaluationsbaustein B, einer standardisierten prä-post Befragung, beantwortet. Die einzelnen Fragestellungen sind Abschnitt 2.6.2 zu entnehmen.

Im qualitativen Evaluationsbaustein wurden die Prozesse und das Erleben der einzelnen Elemente der Neuen Versorgungsform aus der Perspektive der einzelnen Stakeholdergruppen nachgezeichnet und bewertet, um sie zu explizieren und um Verbesserungspotenziale abzuleiten. Die detaillierten Fragestellungen finden sich in Abschnitt 2.7.1.

2 Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1 Überblick über das Evaluationsdesign

Das Evaluationsmodell orientiert sich strukturell am Qualitätsmodell von Donabedian, das zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheidet (*Donabedian 1980*). Hinsichtlich der inhaltlich-thematischen Ausrichtung der Evaluationsfragestellungen lehnt sich das Evaluationsmodell an die Evaluationsprinzipien des Medical Research Council (MRC) für komplexe Interventionen an, nach denen zum einen die Wirksamkeit (Effektivität) der Neuen Versorgungsform zu überprüfen ist und zum anderen die ein Verständnis der Prozesse bzw. Wirkprinzipien erlangt werden soll (*Craig et al. 2013, Mühlhauser et al. 2011*). Diese evaluationstheoretischen Bezüge wurden eingebettet in das Prozessmodell von Balzer (*Balzer 2005*).

Das Design ist methodologisch geprägt von Prinzipien der Mixed Methods-Forschung (*Baur et al. 2018; Kuckartz 2014; Kelle 2008*) in einem mehrdimensionalen Sinne, ist transdisziplinär offen und umfasst neben dem dominanten summativen Kern der Evaluation (*Widmer et al. 2009*) am Rande auch formative Evaluationskomponenten. Realisiert wird ein Mixed Methods-Design, in dem mehrere quantitative und qualitative Zugänge parallel kombiniert werden (*Kuckartz 2014*).

Die Evaluation setzt sich aus mehreren quantitativen und qualitativen Bausteinen zusammen. Quantitativ wurde zum einen ein quasi-experimentelles Design umgesetzt, welches ausschließlich die Outcome-Ebene adressiert. Untersucht werden hier mit einem 3-Gruppen pre-post-Test-Design, auf Basis von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, Gruppenunterschiede zwischen Teilnehmern an der Neuen Versorgungsform, Versicherten aus dem Oberbergischen Kreis, die sich nicht in die Neue Versorgungsform eingeschrieben haben, sowie Versicherten im benachbarten Rhein-Sieg-Kreis. Die Analyse bezieht sich auf die Kosten der Neuen Versorgungsform (inkl. des primären Outcomes: Gesamtkosten SGB V/ SGB XI) sowie auf die Inanspruchnahme von Regelleistungen (u.a. Kurzzeit- und Tagespflege) sowie auf den Verbleib in der Häuslichkeit (quantitativer Evaluationsbaustein A). Hier wurden zudem quantitative Daten zur Nutzung der Teilleistungen sowie zu Kosten der Versorgung, die seitens der Konsortialführung geliefert werden, ergänzt.

Zudem wurden mittels standardisierter Fragenbögen in einem 1-Gruppen pre-post Design in der Interventionsgruppe Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Teilhabe und den Gesundheitszustand im Längsschnitt untersucht (quantitativer Evaluationsbaustein B).

Qualitativ wurden leitfadengestützte Interviews mit den an der Versorgung beteiligten Stakeholdern, schwerpunktmäßig aber mit den Patienten selbst, geführt. Ein Teil der Patienten sollte seine Erfahrungen und Eindrücke zudem über den gesamten Interventionszeitraum hinweg mittels einer Tagebuchmethode erfassen (qualitativer Evaluationsbaustein).

Die Überprüfung der Strukturqualität im Sinne des geplanten Aufbaus der Versorgungsstrukturen der Neuen Versorgungsform und deren personeller (quantitativ wie auch hinsichtlich der erforderlichen Qualifikationen) sowie sachlicher Ausstattung wurde im Evaluationsmodell nicht berücksichtigt. Im Sinne einer Output-Evaluation wurde auf der Strukturebene aber für die fakultativen Bestandteile der Neuen Versorgungsform

(Elektronische Plattform, interdisziplinäres Fallkonsil, telemedizinische Fallkonferenz, erweiterte Notfallbereitschaft und Telemonitoring) der Nutzungsgrad erhoben.

Auf der Ebene der Prozessqualität wurden die Prozesse der einzelnen Elemente der Neuen Versorgungsform mittels Stakeholder-Interviews und Tagebuchaufzeichnungen von Patienten nachgezeichnet und bewertet, um diese zu explizieren und um Verbesserungspotenziale abzuleiten. Erkenntnisse zu Verbesserungspotenzialen werden im Projektverlauf im Sinne einer formativen Evaluation an das Konsortium zurückgemeldet.

Auf der Ebene der Ergebnisqualität wurden Effekte auf die GKV-Kosten, die Ausschöpfung von Regelleistungen des SGB XI und SGB V und den Verbleib in der Häuslichkeit (durch eine Analyse von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg) sowie auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Teilnehmer (mittels standardisierter Fragebögen) erhoben. Einen wesentlichen Beitrag zum subjektiven Verständnis der beiden letztgenannten Effekte und das subjektive Erleben der Interventionen liefern, gewissermaßen als „Tiefenbohrung“ die bereits genannten Stakeholder-Interviews und Tagebuchaufzeichnungen aus dem qualitativen Evaluationsbaustein.

Da laut Auskunft der AOK Rheinland/Hamburg die Krankenkassendaten aus dem ambulanten Versorgungsbereich generell erst mit einer Verzögerung von bis zu neun Monaten vorliegen, konnten für die Evaluation nur Daten bis einschließlich des 1. Quartals 2023 berücksichtigt werden (Stichtag: 31.03.2023). Dieser Termin wird als einheitlicher Messzeitpunkt t_1 für die auf die Kosteneffekte der Neuen Versorgungsform abzielenden Outcomes definiert. In diese Analyse gehen die ersten 3 Quartale der Versorgung ein. Für die quantitative längsschnittliche Analyse in der Interventionsgruppe mittels Fragebögen (quantitativer Evaluationsbaustein B) wird hingegen die komplette Interventionsdauer von einem Jahr betrachtet.

Die Ergebnisse der einzelnen Evaluationsbausteine werden dabei gemeinsam zu den Empfehlungen der Evaluatoren trianguliert, wobei die qualitativen Erkenntnisse die quantitativen Befunde zum einen verstärken oder auch relativieren können, aber explizit auch wesentliche eigene Befunde generieren.

2.2 Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien

Die Studienpopulation umfasst gesetzlich Krankenversicherte mit den folgenden **Einschlusskriterien**:

- akut oder latent pflegebedürftig: dauerhafte medizinische und/oder pflegerische Versorgung aufgrund einer chronischen Erkrankung oder ab Pflegegrad 1
- ≥ 65 Jahre
- wohnhaft im Oberbergischen Kreis (Interventionsgruppe, Vergleichsgruppe 1) bzw. im Rhein-Sieg-Kreis (Vergleichsgruppe 2).
- Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg (Mitgliedschaft besteht zum Zeitpunkt der Einschreibung sowie durchgängig in den vier vorausgegangenen Quartalen)
- Zudem gelten die folgenden Ausschlusskriterien:
- ambulant versorgte Beatmungspatienten
- präfinale Patienten

Die Ein- und Ausschlusskriterien in der Interventionsgruppe wurden in drei Schritten überprüft: zunächst vom einschreibenden Hausarzt, dann von der Vertrauensstelle (Koordinierungsstelle) nach Eingang der Einschreibeunterlagen und schließlich von der Krankenkasse hinsichtlich der vorliegenden Vorversicherungszeiten. Die von der Krankenkasse für das Matching gelieferten Routinedaten der Zielpopulation wurden vom zuständigen Analysten der Krankenkasse geprüft und als Filter für die Ein- und Ausschlusskriterien verwendet.

2.3 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

Teilnehmende wurden über einen Interventionszeitraum von 12 Monaten (vier Quartale) versorgt. Um den insbesondere in den ersten Wochen der Versorgung erhöhten Workload adäquat verteilen zu können sowie um nicht alle Teilnehmenden zu einem einheitlichen Stichtag rekrutieren zu müssen, erfolgte der Interventionsstart in drei Kohorten, jeweils zum Quartalsbeginn (01.01.2022, 01.04.2022 und 01.07.2022).

Der Messzeitpunkt t0 (Baseline) bezieht sich auf den Zeitpunkt unmittelbar vor dem Interventionsstart. Im quantitativen Evaluationsbaustein A wurde dieser hinsichtlich kostenbezogener Outcomes auf die drei Quartale vor dem Quartal des Interventionsstarts definiert. Im quantitativen Evaluationsbaustein B ist damit die Eingangsbefragung (innerhalb 14 Tage vor Interventionsstart) gemeint.

Das Follow-Up (t1) erfolgte im quantitativen Evaluationsbaustein B nach abgeschlossenen 12 Monaten Versorgung, im quantitativen Evaluationsbaustein A nach drei versorgten Quartalen (9 Monaten), wobei dichotome Endpunkte den Routinedaten des dritten versorgten Quartals entnommen wurden und kostenbezogene Endpunkte sich auf die gesamten drei Quartale Interventionszeitpunkt beziehen.

2.4 Rekrutierung

Zuständig für die Rekrutierung der Teilnehmenden war die Konsortialführung von OBERBERG_FAIRsorgt, der Oberbergische Kreis. Da die Einschreibung der Teilnehmenden über deren Hausärzte erfolgte, richtete sich die Rekrutierung schwerpunktmäßig an die Hausarztpraxen im Oberbergischen Kreis mittels Informationsveranstaltungen (gemeinsam mit dem Hausärzterverband) und persönlicher Besuche durch die RCCM. Die so gewonnenen Hausärzte rekrutierten dann wiederum teilnehmende Patienten und schrieben diese in den mit der AOK Rheinland/Hamburg geschlossenen Selektivvertrag ein. Analog erfolgte die Information von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeheimen sowie der Krankenhäuser im Landkreis, die als Klinikum Oberberg GmbH ebenfalls Teil des Konsortiums waren. Flankiert wurden diese Strategien durch eine Medienkampagne (Radio, Tages- und Wochenzeitungen), Informationsstände auf Märkten sowie die Ansprache durch die Seniorenberatung. Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützte die Rekrutierung durch persönliche Anschreiben ihren teilnahmeberechtigten Versicherten. Ziel dieser Maßnahmen war es, Versicherten bereits vor einer etwaigen Ansprache durch den einschreibenden Hausarzt zu informieren bzw. diese, ihre Angehörigen und etwaige Pflegedienste möglichst dazu zu bewegen, proaktiv ihren Hausarzt auf die Neue Versorgungsform anzusprechen.

2.5 Methodik des quantitativen Evaluationsbausteins A (Routinedaten)

2.5.1 Studiendesign

Umgesetzt wurde ein 3-Gruppen pre-post Design mit zwei Messzeitpunkten. Die Interventionsgruppe der in die Neue Versorgungsform eingeschriebenen Versicherten wurde zwei separate Vergleichsgruppen gegenübergestellt. Bei der Vergleichsgruppe OBK handelte es sich um Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnort im Oberbergischen Kreis, die die Einschlusskriterien für die Neue Versorgungsform erfüllen, sich aber nicht in die Neue Versorgungsform eingeschrieben haben. Diese Vergleichsgruppe setzt sich also aus Fällen zusammen, denen die Möglichkeit zur Teilnahme offenstand, die aber nicht an der Neuen Versorgungsform teilnahmen. Die Vergleichsgruppe RSK wurde aus Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg gebildet, die die Einschlusskriterien erfüllen und deren Wohnort sich im benachbarten Rhein-Sieg-Kreis befand. Diese Vergleichsgruppe besteht folglich aus Fällen aus einer Region, die nicht durch die Neue Versorgungsform beeinflusst wurde. Die Fälle der

Vergleichsgruppen wurden mittels Propensity Score Matching zu den Fällen der Interventionsgruppe gematched.

Zur Analyse wurden Routinedaten der Krankenkasse herangezogen, die von der AOK Rheinland/Hamburg, die als Konsortialpartner in das Projekt eingebunden war, in pseudonymisierter Form angefordert wurden. Dazu wurde von Teilnehmenden der Interventionsgruppe eine Einwilligung auf Basis einer informierten Zustimmung eingeholt.

2.5.2 Fragestellungen und Endpunkte

Innerhalb des quantitativen Evaluationsbausteins A (Routinedatenanalyse) wurden die folgenden Fragestellungen untersucht:

1. **GKV-Gesamtkosten (primäres Outcome):** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der GKV-Kosten im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen (nicht eingeschriebene Versicherte aus dem Oberbergischen Kreis, Versicherte aus der Vergleichsregion Rhein-Sieg-Kreis)?
2. **Krankenhauskosten:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Krankenhauskosten im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
3. **Ausschöpfung von Regelleistungen:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
4. **Ausschöpfung von Regelleistungen:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Tagespflege im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
5. **Ausschöpfung von Regelleistungen:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Pflege- und zum Verbrach bestimmten Hilfsmitteln im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
6. **Ausschöpfung von Regelleistungen:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
7. **Notfallbedingte Krankenhausaufnahmen:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Anzahl ihrer notfallbedingten Krankenhausaufnahmen im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
8. **Verbleib in der Häuslichkeit:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inzidenz einer Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
9. **Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit:** Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich einer Verschlechterung (bzw. Neu-Zuerkennung) ihres SGB-XI- Pflegegrades im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?

10. Veränderung der Multimorbidität: Unterscheiden sich die Teilnehmenden an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich ihrer Multimorbidität am Ende des Interventionszeitraums von Angehörigen der Vergleichsgruppen?

Die Operationalisierung der entsprechenden zehn Endpunkte zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Operationalisierung der zehn Endpunkte

Nr.	Endpunkt	Operationalisierung
1	GKV Gesamtkosten	Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen in den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)
2	Krankenhauskosten	Kosten für akutstationäre Leistungen in den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)
3	Kurzzeitpflegekosten	Kosten für Leistungen nach §42 SGB XI den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)
4	Tagespflegekosten	Kosten für Leistungen nach §41 SGB XI den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)
5	Kosten für Pflege- und zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Summierte Kosten für Leistungen nach §40 SGB XI und §33 SGBV (Produktgruppe 54) den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)
6	Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Fälle mit Leistungen nach §40 Abs. 4 SGB XI im Interventionszeitraum (t1)
7	Notfallbedingte Krankenhausaufnahmen	Fälle mit als Notfall kodierter stationärer Krankenhausaufnahme im Versorgungszeitraum
8	Verbleib in der Häuslichkeit	Fälle mit Leistung stationäre Sachleistungen (SGB XI) im Quartal 3 Monate nach Interventionsstart, bei denen zugleich im Quartal vor Interventionsstart keine solche Leistung vorhanden war
9	Pflegebedürftigkeit	Fälle mit höherem (bzw. neu zuerkannten) Pflegegrad im 3. Quartal der Versorgung (t1), verglichen mit dem Quartal vor Versorgungsbeginn (t0)
10	Multimorbidität	Elixhauser Komorbiditätsindex (Elixhauser et al. 1998) im Quartal vor Interventionsstart (t0) und im dritten Quartal nach Interventionsstart (t1)

Da im quantitativen Evaluationsbaustein B aufgrund nichtsignifikanter Effekte keine inkrementellen Kosteneffektivitätsverhältnisse analysiert wurden, die Fallkosten für diese Analyse aber ermittelt worden waren, wurde ein nicht im Evaluationskonzept vorgesehenes non-protocol Outcome ergänzt. Dieses entspricht dem primären Outcome, aber unter Einbezug der laufenden Fallkosten in die Kosten der Interventionsgruppe.

Hinsichtlich der Richtung der Effekte bestand in Anbetracht der untersuchten Population und der Neuartigkeit der Kombination der umgesetzten Einzelleistungen keine klare Erwartung. So war z.B. eine Kostenreduktion (z.B. durch Reduzierung von Krankenhauseinweisungen, Mehrfachuntersuchungen, Stabilisierung der Pflegebedürftigkeit) ebenso denkbar wie eine Kostensteigerung (durch bessere Ausschöpfung von SGB XI-Leistungen, zusätzlich eingeleitete

ärztliche Untersuchungen, nachgeholte Anpassungen des Grades der Pflegebedürftigkeit). Gleiches gilt für die Ausschöpfung von SGB XI-Regelleistungen, wo z.B. auch Verschiebungen durch eine Restrukturierung von Versorgungsarrangements denkbar war. Die genannten Fragestellungen wurden daher als ungerichtete Hypothesen auf Gruppenunterschiede formuliert und getestet.

2.5.3 Fallzahlberechnung

Die Analyse des primären Outcomes erfolgte mittels einer Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit den t_0 -Werten als Kovariate und den drei Untersuchungsgruppen als Faktoren. Da als weiteres Outcome auch die Kosten für stationäre Krankenhausaufenthalte untersucht werden, die eine Teilmenge der Kostenvariable des primären Outcomes darstellen, wird der Alphafehler dieser beiden Tests nach Bonferroni korrigiert. Für das primäre Outcome wird daher ein Signifikanzniveau von 0,025 angesetzt. Die Fallzahl wurde so kalkuliert, dass bei $df=2$ Freiheitsgraden mit einer Power von 80% einer Effektstärke von $f=0,15$ nachgewiesen werden kann. Die Fallzahlschätzung erfolgte mit G*Power 3.1 (Faul et al. 2009).

Die erforderliche Fallzahl beträgt $N=515$, je Gruppe folglich $N=172$. Die Fallzahlschätzung erfolgte unter der Annahme, dass von 10% der an t_0 in die Neue Versorgungsform eingeschriebenen Fälle am Follow-Up-Messzeitpunkt t_1 keine Daten vorliegen (Drop-Out bzw. Lost-to-Follow-Up), so dass sich eine Fallzahl von $N=192$ Fällen in der Interventionsgruppe ergab, die in die Neue Versorgungsform eingeschrieben werden mussten. Da das Matching erst erfolgte, nachdem die letzte Kohorte der Interventionsgruppe t_1 erreicht hatte, kam es in den Vergleichsgruppen zu keinem Lost-to-Follow-Up, da Verstorbene oder Verzogene der für das Matching verfügbaren Population per se entzogen sind.

Zur Ermittlung des Potenzials der Versicherten überprüfte die AOK Rheinland/Hamburg im November 2019, wie viele ihrer Versicherten die definierten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. Diese Analyse ergab 14.098 Personen im Oberbergischen Kreis (OBK) sowie 16.678 Personen in der Vergleichsregion Rhein-Sieg Kreis (RSK). Das Consort Schema zeigt Abbildung 2.

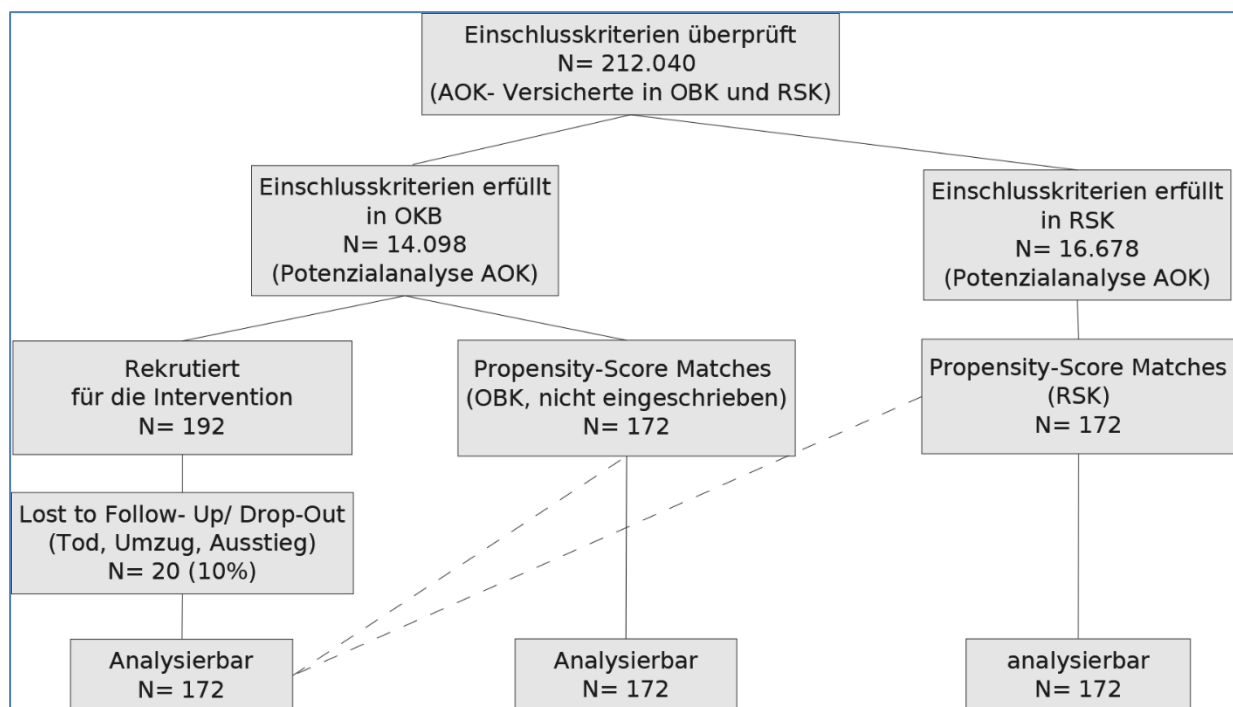


Abbildung 2: CONSORT Flow Chart (a-priori)

2.5.4 Matching

Das Sampling der Fälle der beiden Vergleichsgruppen erfolgte mittels Propensity Score Matching (Caliendo et al. 2008). Dazu wurden die in Tabelle 2 dargestellten Kovariate genutzt. Das Matching wurde in R (R Core Team 2023) mittels des Packages MatchIt (Ho et al. 2011) unter Anwendung der Nearest-Neighbor Methode. Als Distanzmaß wurden Logits aus logistischer Regression verwendet. Das Matching erfolgte im Verhältnis 1:1:1, es wurden also je Vergleichsgruppe exakt so viele Fälle gematched wie in der Interventionsgruppe vertreten waren. Beim Matching wurde sichergestellt, dass das Kriterium stationäre Dauerpflege exakt übereinstimmt, stationäre Fälle wurden also stets zu stationären Fällen gematched.

Da nicht alle prinzipiell matchbaren Fälle der Vergleichspopulationen zu jeder der drei Kohorten gematched werden konnten (weil für das t0-Quartal einer oder mehrerer Kohorten die Einschlusskriterien nicht vollumfänglich erfüllt waren), wurden zunächst Fälle zur dritten Kohorte gematched (ohne zurücklegen), dann zur zweiten und abschließend zur ersten Kohorte. Für jedes Match der Vergleichsgruppen gingen die Outcome-Daten basierend auf dem gleichen Zeitraum in die Analyse ein wie beim jeweiligen Studienteilnehmer, zu dem der Fall gematched wurde (für die erste Kohorte mit Interventionsstart zum 01.01.2022 für t0 also etwa die GKV-Gesamtkosten der Quartale 2-4/2021 und für t1 jene der Quartale 1-3/2022).

Tabelle 2: Kovariate für das Propensity Score Matching

Kriterium	Operationalisierung
Alter	2022-Geburtsjahr
Geschlecht	In Q4/2021
Multimorbidität	Charlson Komorbiditäts-Index im Q4/2021
Pflegegrad	Im Q4/2021
SGB XI Leistungsart	im Quartal vor t ₀ : Pflegegeld, Sachleistung ambulant, Sachleistung stationär
GKV Kosten	Kosten im Q4/2021
Krankenhauskosten	Kosten im Q4/2021
SGB XI Kosten für Leistungen nach §42 (Kurzzeitpflege)	Kosten im Q4/2021
Leistungen nach §42 SGB XI (Tages- und Nachtpflege)	Kosten im Q4/2021
Leistung nach § 40 Abs. 1 SGB XI (Pflegehilfsmittel) und Leistungen nach § 33 SGB V; Produktgruppe 54 des Hilfsmittelverzeichnisses	Kosten im Q4/2021
Leistung nach § 40 Abs. 4 SGB XI (Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes)	im Q4/2021 (Kosten > 0 EUR ja/nein)
Leistung nach § 45 SGB XI (Pflegekurse)	im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein
Leistung nach § 7a SGB XI (Pflegeberatung)	im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein
Leistung nach § 45a SGB XI (Angebote zur Unterstützung im Alltag)	im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein
Leistung nach § 33 SGB V; für die Produktgruppen 1-53; 98-99 des Hilfsmittelverzeichnisses	(separat für die Produktgruppen 3-, 8, 10-15, 17, 19-21, 23, 25, 29, 33): im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein
Wohnt in ambulant betreuter Wohngruppe (Leistung nach §38a SGB XI)	im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein

Kriterium	Operationalisierung
Demenz-Diagnose	im Quartal 4/2021 Diagnose F00-F03; G30 ICD-10 dichotom ja (mindestens eine der o.g. Diagnosen)/nein
Bevölkerungsdichte am Wohnort	< Median BRD (232 Einwohner/km ²) (ja/nein) Quelle: NRW.IT
Hausarztichte	Versorgungsgrad <100% am Wohnort; Quelle: Bedarfsplan KVNo vom 30.04.2019

2.5.5 Verblindung

Eine Verblindung erfolgte nicht. Die Leistungserbringer (Fallmanager, Ärzte etc.) waren aufgrund der Natur der Intervention Prinzip bedingt nicht verblindbar. Da die Kontrollgruppen aus gematchten Fällen bestanden, war auch die Outcomemessung nicht verblindbar.

2.5.6 Statistische Analyse

2.5.6.1 Analyse des primären und der sekundären Outcomes

Die Analyse erfolgte Intention-to-treat, Fälle, die für die Intervention rekrutiert wurden, wurden unabhängig davon, ob die Intervention im Einzelfall wie vorgesehen erbracht wurde, als Interventionsgruppe analysiert. Fälle, die als Drop-Outs aus der Studie ausschieden, etwa aufgrund von Todesfällen im Interventionszeitraum, Wegzug aus dem Versorgungsgebiet oder Rückzug aus der Studie, konnten jedoch nicht analysiert werden, da für diese Fälle keine Daten für den Messzeitpunkt t2 vorlagen.

Die Daten der kostenbezogenen Outcomes sowie des Outcomes Multimorbidität sind metrisch skaliert. Für diese Outcomes wurden ANCOVAs berechnet, bei denen die Baseline-Werte (t0) als Kovariate in die Analyse eingingen. Fälle mit standardisierten Residuen >3 wurden als Outlier angesehen und aus der Analyse des betreffenden Outcomes ausgeschlossen. Die Voraussetzungen für die Durchführung einer ANCOVA wurde wie folgt geprüft:

- linearer Zusammenhang zwischen Kovariate und abhängiger Variable (Outcome): grafisch mittels nach Untersuchungsgruppen gruppiertem Streudiagramm
- Homogenität der Regressionssteigungen: nicht signifikante Interaktion zwischen Kovariate und Untersuchungsgruppen, getestet mittel ABNOVA, zudem grafisch mittels der Parallelität der Regressionslinien der Untersuchungsgruppen im Streudiagramm
- Normalverteilung der Residuen: grafisch mittels QQ-Plots
- Homoskedastizität: nicht signifikanter ($p > 0,05$) Levene-Test (Untersuchungsgruppen bezogen auf die standardisierten Residuen)

Bei einer Verletzung der Voraussetzungen wurde zur Absicherung eine rangdatenbasierte Quade-ANCOVA gerechnet, bei der nach einer Rangtransformation der Werte der Kovariate und des Outcomes eine lineare Regression dieser beiden Variablen durchgeführt und anschließend eine einfaktorielle ANOVA auf deren Residuen (Quade 1967).

Berichtet werden die p-Werte des Gruppeneffekts, die Estimated Marginal Means an t0 (identisch für die 3 Untersuchungsgruppen) und an t1 mit Standardfehlern, basierend auf den Estimated Marginal Means an t1 die adjustierte Mittelwertsdifferenz (MD) sowie die 95%-Konfidenzintervalle der Estimated Marginal Means an t1. Die Analysen erfolgten in R (R Core Team 2023), zur Berechnung der Estimated Marginal Means wurde das Package emmeans (Lenth 2023) eingesetzt.

Die übrigen Outcomes dieses Evaluationsbausteins sind dichotom. Für diese Outcomes (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds, notfallbedingte Krankenhausaufnahmen, Verbleib in der Häuslichkeit und Anstieg der Pflegebedürftigkeit) wurden chi²-Unabhängigkeitstests berechnet. Berichtet wird jeweils die relative Häufigkeit (Event Rate) der Fälle je Untersuchungsgruppe sowie der p-Wert des Hypothesentests.

Alle Hypothesen wurden zweiseitig getestet.

2.5.6.2 Berechnung der Fallkosten und Analyse des non-protocol Outcomes

Um für das non-protocol Outcome eine Gesamtaussage über die Gesundheitsausgaben der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum treffen zu können, müssen die Fallkosten der Intervention bestimmt werden. Berechnet wurden die durchschnittlichen Fallkosten im 9-monatigen betrachteten Interventionszeitraum des quantitativen Evaluationsbausteins A. Der so bestimmte Mittelwert der Fallkosten wurde in einem zweiten Schritt für jeden Fall einheitlich zu der Kostengröße des primären Outcomes (SGB V- und SGB XI-Kosten im Interventionszeitraum) hinzuaddiert und mit dieser Variable als abhängige Variable eine ANCOVA für den Gruppenvergleich mit den Vergleichsgruppen gerechnet.

Seitens der Konsortialführung wurden zum einen Kosten für die Leistungserbringung der einzelnen Teilleistungen bezogen auf den betrachteten Interventionszeitraum vom 01.01.2022 bis 31.03.2023 angefordert. Dieser Zeitraum umfasst die für die quantitativen Evaluationsbaustein A betrachtete Interventionsdauer von 9 Monaten, also vom Interventionsstart der ersten Kohorte (01.01.2022) bis zum Ende des 9-monatigen Interventionszeitraums der dritten Kohorte (31.03.2022). Zu beachten ist dabei, dass a) die reguläre Interventionsdauer 12 Monate umfasste (wie im quantitativen Evaluationsbaustein B abgebildet), bezogen auf die Routinedaten aber nur ein Zeitraum von drei Quartalen (9 Monaten) betrachtet werden konnte und b) die Teilnehmenden mit Genehmigung des Projektförderers letztlich auch über die 12 Monate hinaus bis Projektende versorgt wurden. Dies bedeutet zum einen, dass nicht fallbezogene Kosten vor dem 01.01.2022 (Teile der Versorgung der „Testkohorte“ 0, Personalkosten für die RCCM vor dem Interventionsstart) berücksichtigt wurden. Zum anderen bedeutet dieser Ansatz, dass im betrachteten Zeitraum sowohl die N=10 Fälle der „Testkohorte“ 0 weiterversorgt wurden als auch Aufwände für Fälle der ersten Kohorte für sechs Monate nach Ende des 9-monatigen Interventionszeitraums und der zweiten Kohorte für weitere drei Monate nach Abschluss dieses Zeitraums enthalten sind.

Daher wurden für jede Teilleistung zunächst die versorgten Fallmonate im Zeitraum vom 01.01.2022 bis 31.03.2023 bestimmt. In diese flossen die Fälle der dritten Kohorte mit 9 Monaten, jene der zweiten mit 12 Monaten und jene der Kohorte 1 mit 15 Monaten ein. Auch die neun durchgehend weiterversorgten Fälle der „Testkohorte“ 0 wurden für diesen Zeitraum mit 15 Monaten berücksichtigt. Drop-Outs wurden mit jedem begonnenen Monat bis zu ihrem Ausscheiden aus der Versorgung berücksichtigt. Für die Vergütungen für das telemedizinische Monitoring gelten aufgrund des späteren Starts dieser Teilleistung abweichende Zeiträume, siehe 3.2.4.8. Auf dieser Grundlage wurden jeweils die versorgten Fallmonate im Zeitraum 01.01.2022 bis 31.03.2023 bestimmt und durch die für eine 9-monatige Versorgung der analysierbaren Fälle dividiert.

Zudem wurden versorgungsbezogene Kosten berichtet, die für den gesamten Projektzeitraum anfielen. Von diesen Positionen wurden lediglich die Kosten für das Equipment für das telemedizinische Monitoring in die Berechnung der Fallkosten einbezogen. Die Kommunikationsplattform, deren Höhe als nicht wesentlich skalierbar angesehen wurde – bei einer größeren Fallzahl würde hier auch eine größere Anzahl an Geräten benötigt, auch die Kosten für die Konnektivität würden entsprechend steigen. Die Kosten für die Kommunikationsplattform wurden hingegen als Pauschale verhandelt und sind daher sowohl von der Fallzahl als auch von der Dauer der Versorgung im Wesentlichen unabhängig (etwaige abweichende Konditionen im Falle einer Regelversorgung sind hier auch nicht bekannt). Die

Kosten für die an Hausarztpraxen gezahlten Einschreibepremien wurden ebenfalls nicht in die Fallkosten einberechnet, da diese einen Projekt- aber keinen direkten Versorgungsbezug haben. Im Falle einer Weiterführung der Versorgung und/oder einer Implementierung in anderen Regionen kann davon ausgegangen werden, dass diese Kosten nicht anfallen würden. Die Kosten für Equipment für das Eingangsassessment wurden, ebenso wie jene für die Kommunikationsplattform, als einmalige Anlaufkosten betrachtet.

Die getroffenen Annahmen für die Berechnungen der Kosten der jeweiligen Teilleistungen sind im Ergebnisteil in Abschnitt 3.2.4 beschrieben.

2.6 Methodik des quantitativen Evaluationsbausteins B (prä-post-Befragung)

2.6.1 Studiendesign

Die Studienpopulation dieses Evaluationsbausteins ist identisch mit jener der Interventionsgruppe des quantitativen Evaluationsbausteins A. Die Teilnehmenden wurden mittels Pen-and-Paper-Fragebögen an zwei Messzeitpunkten im Abstand von 13 Monaten standardisiert befragt. Die Baseline-Befragung (t0) erfolgte in den 14 Tagen vor Interventionsstart, die Follow-Up-Befragung wurde binnen 14 Tagen nach Abschluss der 12-monatigen Versorgung versandt.

2.6.2 Fragestellungen und Endpunkte

Die folgenden Fragestellungen zu gesundheitsbezogenen Outcomes wurden im längsschnittlichen Verlauf betrachtet und die Outcomes folglich an beiden Messzeitpunkten erhoben:

- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die gesundheitsbezogene Lebensqualität am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Resilienz am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die körperliche Funktionsfähigkeit am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Erschöpfung am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheiden sich in der Interventionsgruppe die depressive Stimmungslage am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Schmerzintensität am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Schlafbeeinträchtigung am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?

Hinsichtlich der Richtung der Effekte keine klare Erwartung, insbesondere da nicht vorhersehbar war, welche Merkmale die tatsächlich versorgte Stichprobe aufweisen würde. Welche Fallkonstellationen die Hausärzte innerhalb der definierten Ein- und Ausschlusskriterien rekrutieren würden, war a priori unklar. Es war aber davon auszugehen, dass vor allem Versicherte, bei denen die Hausärzte einen besonderen Unterstützungsbedarf

identifizierten, verstärkt berücksichtigt werden würden. Hinsichtlich Baseline-Gesundheitszustand, Stabilität der Versorgungssituation und Kognition war keine Verteilung dieser Merkmale analog der Grundgesamtheit zu erwarten. Für die untersuchten Outcomes wäre je nach Verteilung u.a. dieser Merkmale in der realisierten Stichprobe eine Verbesserung binnen 9 Monaten vorstellbar oder andererseits selbst eine Nichtverschlechterung unrealistisch. Die genannten Fragestellungen wurden daher als ungerichtete Hypothesen auf Gruppenunterschiede formuliert und getestet. Die Interpretation und Einordnung der längsschnittlichen Outcomes konnte seriös letztlich nur unter Würdigung der Charakteristika der tatsächlich realisierten Stichprobe und unter Einbezug der qualitativen Befunde erfolgen.

Mit der Aktualisierung des Evaluationskonzepts vom März 2023 wurde zudem eine Fragestellung zur Kosteneffektivität der in den vorgenannten Fragestellungen untersuchten Outcomes ergänzt. Für die längsschnittlich gemessenen Outcomes dieses Evaluationsbausteins, für die signifikante Gruppenunterschiede nachweisbar sind, sollte zusätzlich das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis analysiert werden³. Neben den längsschnittlichen Effekten werden in der Befragung an t1 zudem querschnittliche Fragestellungen bezogen auf Outcomes (Zufriedenheit), Outputs (Inanspruchnahme von Leistungen) und Prozesse adressiert. Bezogen auf Outcomes werden in diesem Evaluationsbaustein folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie zufrieden ist der Befragte mit der Neuen Versorgungsform allgemein?
- Wie zufrieden ist der Befragte mit den einzelnen Elementen der Neuen Versorgungsform?

Bezogen auf die Outputs werden in diesem Evaluationsbaustein folgende Fragestellungen untersucht:

- War der Befragte in die Versorgungsplanung einbezogen?
- Waren Bezugspersonen des Befragten in die Versorgungsplanung einbezogen?
- Wie häufig hatte der Befragte Kontakt zu seinem RCCM?
- Wie regelmäßig hatte der Befragte Kontakt zu seinem RCCM?
- Nutzt der Befragte die technische Plattform?
- Hat der Befragte nach einem Notruf (112) die Erweiterte Erreichbarkeit genutzt?
- Hat der Befragte an einer telemedizinischen Fallkonferenz teilgenommen?
- Hat der Befragte das telemedizinische Monitoring genutzt?

Bezogen auf die Prozesse werden in diesem Evaluationsbaustein folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie charakterisiert der Befragte die Beziehung zu seiner Fallmanagerin?
- In welcher Weise wurde der Befragte in die Versorgungsplanung einbezogen?
- Wie konsistent wird er Befragte in den Versorgungsprozess einbezogen?
- In wieweit hat der Befragte das Gefühl, seinen Versorgungsprozess aktiv zu steuern?
- Wie intensiv nutzt der Befragte die Elektronische Plattform passiv (lesend)?
- Wie intensiv nutzt der Befragte die Elektronische Plattform aktiv (Uploads, Kommunikation)?

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem EQ5D-5L (Herdman et al. 2011) gemessen, wobei sowohl der fünf Items umfassende Index als auch die visuelle Analogskala verwendet wurden. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wurde mit der 10 Items umfassenden Skala von Schwarzer und Jerusalem (Schwarzer & Jerusalem 1999) gemessen,

³ Da für keines der Outcomes ein signifikanter Gruppenunterschied in einer klinisch relevanten Größenordnung vorlag, wurde diese Analyse letztlich nicht durchgeführt.

Resilienz mit der Kurzskaala der 11 Items umfassenden Kurzform (RS-11) der Resilienzskala RS-11 (Schumacher et al. 2005). Zur Messung der subjektiven Gesundheitskompetenz wurde die Kurzform HLS-EU-Q16 des European Health Literacy Survey (Röthlin et al. 2013) mit 16 Items eingesetzt. Die übrigen Outcomes zum Gesundheitszustand wurden mit den jeweiligen Short Forms des Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS-29) (Cella et al., 2010, Fisher et al., 2018) gemessen. Zur Messung der Polypharmazie, der Kenntnis der eigenen Medikation, der Unterstützung durch Dienste und informelle Hilfen sowie der Inanspruchnahme von Therapeuten wurden selbstentwickelte dichotome Items verwendet. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der in diesem Evaluationsbaustein eingesetzten Messinstrumente.

Tabelle 3: Übersicht der Outcomes und der verwendeten Messinstrumente im quantitativen Evaluationsbaustein B

Outcome	Messinstrument	Quelle	Wertebereich und Orientierung
gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ5D-5 (index und VAS)	Herdman et al. 2011	0-100 höhere Werte = höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität
allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	SWE - Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	Schwarzer & Jerusalem 1999	10-40 höhere Werte = höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung
Resilienz	RS-11	Schumacher et al. 2005	0-100 höhere Werte = höhere Resilienz
subjektive Gesundheitskompetenz	HLS-EU-Q16	Röthlin et al. 2013	0-16 höhere Werte = höhere Gesundheitskompetenz
körperliche Funktionsfähigkeit, Erschöpfung, depressive Stimmungslage, Schmerzintensität, Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten, Schlafbeeinträchtigung	PROMIS-29	Cella et al., 2010, Fisher et al., 2018	0-100 höhere Werte = höhere Ausprägung des jeweiligen Konstrukts (z.B. höhere körperliche Funktionsfähigkeit, aber auch höhere Schlafbeeinträchtigung)
Polypharmazie	eigenentwickeltes Einzelitem (dichotom ja/nein): „Nehmen Sie mehr als 4 Medikamente ein? Zählen Sie bitte alle Tabletten, Tropfen, Salben, Injektionen (Spritzen) und Inhalationen (Sprays) mit, die Sie in einem festen Abstand (täglich, wöchentlich etc.) einnehmen – egal ob ärztlich verordnet oder privat gekauft. Zählen Sie Medikamente, die Sie unregelmäßig (bei Bedarf) einnehmen, bitte nur mit, wenn Sie sie in den letzten 4 Wochen auch eingenommen haben.“		
Kenntnis der eignen Medikation	eigenentwickeltes Einzelitem (dichotom ja/nein): „Wissen Sie bei jedem Medikament, warum Sie es einnehmen?“		
Unterstützung durch Dienste und informelle Hilfen	eigenentwickeltes Einzelitem (dichotom (ja/nein): „Von welchen Personen und/oder Dienstleistern werden Sie in Ihrem Alltag unterstützt?“ Mehrfachnennungen: ambulanter Pflegedienst; Tagespflege-Einrichtung; Pflegeheim-Personal (wenn Sie im Pflegeheim leben); im Haushalt lebende Angehörige (z.B. Ehepartner, Kinder, Geschwister); im Haushalt lebende 24-Stunden-Pflegekraft; Angehörige/Freunde/Bekannte, Nachbarn, die nicht in Ihrem		

Outcome	Messinstrument	Quelle	Wertebereich und Orientierung
	Haushalt leben; Nachbarschaftshilfe-Verein; Lieferdienst für zubereitete Mahlzeiten („Essen auf Rädern“); Lieferdienst für Lebensmittel (z.B. durch einen Supermarkt); andere		
Inanspruchnahme von Therapeuten	eigenentwickeltes Einzelitem (dichotom (ja/nein): „Bei welchen der folgenden Leistungserbringer waren Sie in den letzten 3 Monaten in Behandlung?“ Mehrfachnennungen: Physiotherapeut; Logopäde; Ergotherapeut; Ernährungsberater oder Diätassistent; Podologe; Masseur oder medizinischer Bademeister; Heilpraktiker		

Bei den nur an t1 erhobenen Items, die die oben genannten Fragestellungen zu Zufriedenheit, Outputs und Prozesse adressierten, handelt es sich ebenfalls um selbst entwickelte Items. Diese sind als Einzelitems konzipiert und ausschließlich für eine deskriptive Auswertung als Einzelitems konzipiert. Die Formulierungen und Antwortformate sind aus den Tabellen im Ergebnisteil (

Tabelle 13 bis Tabelle 18) sowie aus den als Anlagen beigefügten Erhebungsbögen (Anlagen 1 und 2) ersichtlich.

2.6.3 Datenerhebung

Die Fragebögen wurden den Teilnehmenden durch die Koordinierungsstelle der Konsortialführung, die am Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises angesiedelt war, zugestellt. Dort wurden die Fragebögen auch mit dem jeweiligen Projektpseudonym versehen, so dass den Evaluatoren zu keinem Zeitpunkt Klarnamen oder Kontaktdaten der Teilnehmenden bekannt waren. Auch der Rücklauf wurde über diese Koordinierungsstelle abgewickelt.

2.6.4 Statistische Analyse

Die Analyse erfolgte Intention-to-treat, Fälle die für die Intervention rekrutiert wurden unabhängig davon, ob die Intervention im Einzelfall wie vorgesehen erbracht wurde, als Interventionsgruppe analysiert. Fälle, die als Drop-Outs aus der Studie ausschieden, etwa aufgrund von Todesfällen im Interventionszeitraum, Wegzug aus dem Versorgungsgebiet oder Rückzug aus der Studie, konnten jedoch nicht analysiert werden, da für diese Fälle keine Daten für den Messzeitpunkt t2 vorlagen.

Der überwiegende Teil der Outcome-Variablen ist metrisch skaliert, Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten wurden mittels t-Tests für verbundene Stichproben auf einem 5% Signifikanzniveau 2-seitig getestet. Für dichotome Outcomes (Polypharmazie und Kenntnis der eigenen Medikation) wurden exakte Tests nach Fisher eingesetzt, für die Levels der Gesundheitskompetenz der Wilcoxon-Vorzeichenrangtest. Die Daten zum Prozessgeschehen, zur Bewertung und Zufriedenheit wurden als Einzelitems deskriptiv ausgewertet.

Zur Kosteneffektivität der Outcomes waren die Berechnung einer inkrementellen Kosten-Effektivitätsrelation (IKER) für jedes der längsschnittlich gemessenen metrisch skalierten Outcomes vorgesehen, für das in der pre-post- Analyse ein statistisch signifikanter und klinisch relevanter Effekt nachweisen lässt. Da dies für keines der Outcomes der Fall war, waren diese Voraussetzungen letztlich aber nicht gegeben, so dass diese Analyse nicht durchgeführt wurde.

2.7 Methodik des qualitativen Evaluationsbausteins

Das Ziel war es, durch eine qualitative Befragung der beteiligten Stakeholder eine multiperspektivische Bewertung der Neuen Versorgungsform zu erhalten. Dies soll primär der Identifikation der erfolgsrelevanten Prozesse der Neuen Versorgungsform und zudem der Beschreibung und Bewertung der Prozesse dienen.

2.7.1 Fragestellungen

Die folgenden Fragestellungen beziehen sich auf alle Stakeholder.

- Wie beschreiben die Stakeholder die Prozesse der Neuen Versorgungsform aus ihren jeweiligen Rollen heraus?
- Welche Unterschiede nehmen die Stakeholder im Vergleich zur Regelversorgung wahr?
- Wie wird die Neue Versorgungsform in ihrer Gesamtheit seitens der Stakeholder aus deren jeweiligen Rollen heraus bewertet?
- Wie werden die einzelnen Elemente der Neuen Versorgungsform seitens der Stakeholder aus deren jeweiligen Rollen heraus bewertet?
- Welche Stärken, Schwächen und Optimierungspotenziale sehen die Stakeholder?

In der Gruppe der Versicherten stehen zusätzlich folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Was hat die Versicherten dazu bewogen, sich in die Neue Versorgungsform einzuschreiben?
- Wie wirkt sich die Zusammenarbeit mit den RCCM auf den Versorgungspfad aus?
- Wie wird die Beziehung zu den RCCM beschrieben?
- Welche Gründe sprechen für und welche gegen eine Teilnahme an der Elektronischen Plattform?
- Wie wurde ein Anruf bei der Erweiterten Erreichbarkeit erlebt?
- Wie werden Beteiligungen und Auswirkungen der anderen fakultativen Elemente der Neuen Versorgungsform erlebt und bewertet?

2.7.2 Studienpopulation und Stichprobe

Für qualitative Befragungen der Versicherten in der Interventionsgruppe sollten N=40 Fälle rekrutiert werden, die an zwei Messzeitpunkten in deren jeweiligen Interventionszeitraum in Face-to-Face-Interviews und Telefoninterviews befragt werden. Das erste Interview findet einige Wochen nach Interventionsstart statt, das zweite nach Beendigung der Intervention, also im Abstand von ca. zwölf Monaten. Die Interviews mit den Versicherten werden insgesamt gerahmt durch kurze Fragebögen zur sozio-demografischen Lebenslage (Wohnen, Sozialkapital, Teilhabe). Die Interviews wurden auditiv gespeichert und anschließend nach falltypisch (Burzan & Hitzler 2018) relevanten Regeln (Dittmar 2009) transkribiert. Das Sample soll einen Grad an Heterogenität aufweisen, damit eine gewisse soziale Diversität abgebildet wird.

Bei N=20 Fällen waren Interviews mit einer Bezugsperson (typischerweise einem Angehörigen bzw. einer Angehörigen) vorgesehen. Auch diese Interviews erfolgten an je zwei Messzeitpunkten. In Konstellationen, in denen dies als sinnvoll angesehen wurde, wurden auch Dyaden aus Patientin und Bezugsperson oder Patient und Bezugsperson mittels Gruppendiskussion befragt.

Die Stichprobenziehung erfolgte nach den Prinzipien des selektiven und theoretischen Samplings (Strauss & Corbin 1996). Ziel war es, eine heterogene Auswahl zu gewährleisten, um eine breite Abbildung relevanter Merkmalskombinationen zu ermöglichen. Die Kriterien für die Auswahl umfassten:

- Lebenssituation (alleinlebend, mit Partner oder weiteren Personen in einem Haushalt lebend)
- Geschlecht
- Altersgruppen
- Pflegegrad (vorhanden/nicht vorhanden)
- Vorhandensein sozialer Netzwerke

Die RCCM fungierten als Gatekeeper und unterstützten durch ihre Vertrauensbeziehung den Zugang zu den Versorgten und Angehörigen. Dies stellte eine wichtige Grundlage für den Feldzugang dar. Die Interviewer erhielten regelmäßiges Feedback zu Abdeckung und Lücken im Sample, wodurch eine iterative Anpassung der Auswahlkriterien ermöglicht wurde.

Diese methodische Grundlage gewährleistete eine umfassende und differenzierte Erhebung der Perspektiven der beteiligten Stakeholder.

Alle sechs RCCM wurden im Projektverlauf dreimal mittels einer Gruppendiskussion interviewt. Zusätzlich waren ca. 15 Interviews mit Hausärzten und Hausärztinnen sowie ca. fünf Interviews mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringenden (Fachärzten und Fachärztinnen, Pflegefachkräften, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Logopäden und Logopädinnen, Diätassistenten und Diätassistentinnen, Apothekern und Apothekerinnen etc.) geplant.

Die geplanten Datenerhebungen je Stakeholdergruppe zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4: Übersicht der angestrebten Datenerhebungen des qualitativen Moduls.

Stakeholder	Erhebungsmethode	Erhebungen pro Fall	Anzahl Befragte (N)
Versorgter/Versorgte	Interview	2x	40
	Tagebuch	individuell	20
Bezugsperson	Interview	2x	20
Hausarzt, Hausärztin, weiterer Leistungserbringende	Interview	1x	20
RCCM	Gruppendiskussion	2x	6

Zudem wurden aus der Interventionsgruppe N=20 sozialepidemiologisch besonders relevante Fälle rekrutiert, die ihre Eindrücke und Erfahrungen mittels der Tagebuchmethode (Bolger et al. 2003; Lida et al. 2012) über den Interventionszeitraum hinweg narrativ berichten.

2.7.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Die Datenerhebung der Einzelinterviews erfolgte nach der Methode problemorientierter, offener, halbstrukturierter Interviews nach Andreas Witzel (Witzel 1982; Witzel 1985; Witzel & Reiter 2012). Die Gruppendiskussionen wurden nach den Prinzipien der Fokusgruppenforschung (Schulz et al. 2012) gestaltet. Ziel war es, kollektive Erfahrungen der RCCM bzw. der Patient- Angehörigen-Dyade zu erfassen und durch die Interaktion zwischen den Teilnehmenden Reflexionsprozesse anzustoßen. Einer abduktiven Offenheit (Reichert 2010; Reichert 2013) für die Entdeckung weiterer/neuer Aspekte wurde ausdrücklich nachgegangen, sodass sich im Projektverlauf weitere relevante Fragestellungen ergeben konnten.

Die Stakeholder wurden entweder einmalig oder zu zwei Zeitpunkten befragt. In der praktischen Handhabung diente der jeweilige Leitfaden (siehe Anlage 3) bei den Befragungen zur Selbststrukturierung der Interviewperson und wurde, um narrative Gesprächspassagen zu befördern (Küsters 2019; Lucius-Hoene & Deppermann 2004), eher im Hintergrund gehalten.

Die Befragung der Versorgten und Angehörigen (in wenigen Ausnahmen wurde ein Telefoninterview bevorzugt) erfolgte im Rahmen von Face-to-Face-Interviews in der Häuslichkeit der Befragten.

Die Interviews von drei Versorgten und zwei Angehörigen der Testkohorte K0 im Herbst 2021 dienten als Pretest. Da die Interviews aussagekräftig waren, wurden diese in das Befragungssample aufgenommen, und es erfolgte eine weitere Befragung am Ende des Interventionszeitraums.

Mit den RCCM wurden drei Gruppendiskussionen vor Ort durchgeführt. Bei den Hausärzten, Hausärztinnen und weiteren Leistungserbringenden, die zum Ende der Intervention für ein Interview angesprochen wurden, fand der Erstkontakt telefonisch und per E-Mail statt. Um Ort und Zeit der Befragung möglichst flexibel für die Befragten wählbar zu gestalten, wurde eine Befragung vor Ort, per Zoom oder Telefon vorgeschlagen. Letztendlich wurden 14 Telefoninterviews, vier Face-to-Face Interviews in den Hausarztpraxen und drei Befragungen per Zoom durchgeführt.

Den Befragten wurde im Anschluss an ihr Interview ein Tagebuch übergeben, in dem sie ihre Kontakte und Erlebnisse mit der NVF dokumentieren sollten. Besondere Aufmerksamkeit galt der Dokumentation von Entscheidungsprozessen und situativen Bewertungen unmittelbar nach relevanten Ereignissen, um retrospektive Verzerrungen zu vermeiden.

Ziel war es, kontinuierliche und zeitnahe Einblicke in die Erfahrungen der Befragten zu erhalten. Die Tagebücher umfassten je Eintrag Spalten für Datum, Kontaktperson, Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustands, Inhalt des Gesprächs, Resultat des Gesprächs, Gesundheitszustand 4 Wochen später.

Nach Einholung der Einverständniserklärung wurden die Befragungen auditiv gespeichert und nach falltypisch (Burzan & Hitzler 2018) relevanten Regeln transkribiert (Dresing & Pehl 2018). Alle Auswertungen der qualitativen Daten basieren auf einer reflektierten kommunikativen Validierung der Fall-Rekonstruktionen im Sinne des Vier-Augen-Prinzips des Evaluationsteams. Alle Daten aus Interviews und Gruppendiskussionen wurden inhaltsanalytisch (nach Mayring 2015) ausgewertet. Dies war auch für die Analyse der Tagebuchdaten vorgesehen, die sich mangels Rücklaufs aber nicht realisieren ließ. Versorgungspolitisch besonders relevante Interviews wurden zusätzlich einer interpretativen Analyse (nach Rosenthal 2014; Froschauer & Lueger 2009) lebenslagensensibel hermeneutisch (Schulz-Nieswandt 2016) vertieft analysiert. Erkenntnisziel qualitativer Tiefenanalysen ist die Generierung versorgungspolitisch relevanter personaler Cases (vgl. exemplarisch Gurtner et al. 2018).

2.8 Erhebung ergänzender Daten

Zusätzlich zu den Routinedaten der Krankenkasse und der durch die Evaluatoren selbst erhobenen Daten (schriftliche Befragung, qualitative Interviews, Tagebuchaufzeichnungen) wurden verschiedene Daten aggregiert durch die Konsortialführung geliefert. Dabei handelte es sich zum einen um pseudonymisierte Daten, die jene Fälle kennzeichneten, die die fakultativen Teilleistungen in Anspruch genommen haben und die Pseudonyme, Gründe und der Drop-Outs inklusive des Datums des Ausscheidens aus der Studie. Zudem wurden Angaben zu den Kosten für die RCCM und die gezahlten Leistungsvergütungen für die Teilleistungen im beobachteten Interventionszeitraum sowie zu den Kosten für das telemedizinische Equipment und die Kommunikationsplattform geliefert. Beim Anbieter der Kommunikationsplattform wurden Daten zu registrierten Leistungserbringern, Teilnehmenden und deren Angehörigen erfragt und geliefert. Es war zusätzlich vorgesehen, auf diesem Wege auch Daten zur Nutzungshäufigkeit und zum Informationsfluss auf der Plattform zu erhalten sowie Daten zu eingeleiteter Kommunikation nach Nutzung der Erweiterten Erreichbarkeit. Es stellte sich aber heraus, dass diese Daten nicht im benötigten

Detailgrad aus den Statistiken der Plattform extrahiert werden konnten, beispielsweise, weil die Usergruppen nicht die Leistungserbringer nicht nach Anbieterart unterscheiden. Um die gewünschten Daten zu generieren, hätte auf jeden einzelnen Fall zugegriffen werden müssen. Dies war dem Plattformanbieter aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich und hätte ansonsten nur manuell, also nicht automatisiert, durch die Konsortialführung erfolgen können. Von diesem Aufwand wurde abgesehen.

3 Ergebnisse der Evaluation

3.1 Versorgte Teilnehmende und Inanspruchnahme der fakultativen Teilleistungen

Insgesamt wurden initial N=321 Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg für die Neue Versorgungsform rekrutiert. Vier Versicherte schieden bereits vor Interventionsstart wieder aus. N=307 Personen starteten in drei Kohorten jeweils zu Quartalsbeginn ab dem 01.01.2022 bis zum 01.07.2022 in die Intervention. Die übrigen zehn Teilnehmenden, die bereits im 2. Halbjahr 2021 rekrutiert worden waren, starteten mit Genehmigung des Projektförderers ab September 2021 bereits als „Testkohorte K0“ ohne Bindung an einen Quartalsbeginn zu individuellen Terminen in die Versorgung.

Die nicht-obligatorischen Teilleistungen der Versorgungsform wurden anhand der im Folgenden dargestellten Fallzahlen erbracht:

- Interdisziplinäre Fallkonsile wurden bei N=14 Fällen umgesetzt, wobei bei drei Teilnehmenden ein zweites Fallkonsil initiiert wurde. Bei 16 dieser 17 Fallkonsile war der Hausarzt beteiligt, in einem Fall war dieser kurzfristig verhindert. An jeweils 12 der Fallkonsile waren Angehörige und Pflegedienste beteiligt, in drei Fällen auch mehrere Pflegedienste. Die dominierende Zusammensetzung (in 12 Fallkonsilen) umfasste mindestens die Beteiligung aus RCCM, Hausarzt, Pflegedienst und Angehörigen. An zwei Fallkonsilen war (jeweils neben einem ambulanten Pflegedienst) auch ein Pflegeheim beteiligt, Fachärzte wurden bei zwei der Fallkonsile hinzugezogen. In Einzelfällen waren Physiotherapie, die Krankenkasse, die Berufsgenossenschaft sowie die „Aktion Hilfe für alte Menschen“ beteiligt.
- Die Erweiterte Erreichbarkeit wurde von 19 Teilnehmenden insgesamt 48x genutzt. Im Maximum kam ein Fall dabei auf sieben Kontaktaufnahmen, der Median unter den Teilnehmenden, die diese Teilleistung nutzten, liegt bei zwei Anrufen.
- Bei N=99 Fällen wurden telemedizinische Leistungen (Teilleistung nVf6) erbracht.

Die Angaben beziehen sich jeweils auf den gesamten Zeitraum, über den die Neue Versorgungsform erbracht wurde (01.10.2021 bis 30.06.2023, 21 Monate) und schließen ggf. auch Fälle, die zu Drop-Outs wurden sowie Fälle der „Testkohorte“ K0 mit ein.

Ausnahmslos alle Teilnehmenden haben in die Nutzung der Kommunikationsplattform eingewilligt, alle Fälle wurden somit auf dieser Plattform dokumentiert. Nach Angaben des Plattformbetreibers waren 853 Leistungserbringer auf der Plattform hinterlegt, 28 Leistungserbringer (mit ggf. mehreren berechtigten Usern) hatten Leseberechtigungen für einen oder mehrere Teilnehmende. Dabei handelte es sich um 21 Allgemeinärztpraxen, die RCCM, die Klinikum Oberberg GmbH, zwei ambulante Pflegedienste sowie jeweils eine Praxis für Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung. Auf der Ebene einzelner User waren 61 Leistungserbringende, 10 Teilnehmende und 22 Angehörige auf der Plattform aktiv.

3.2 Quantitativer Evaluationsbaustein A: Routinedaten

3.2.1 Stichprobe

3.2.1.1 Soziodemografische Daten

Von der N=321 im Zuge der neuen Versorgungsform rekrutierten Versicherten schieden vier Personen bereits vor ihrem Interventionsstart aus. Eine dieser Personen zog seine Einwilligung zurück und kündigte ihre Teilnahme am Selektivvertrag, drei Personen verstarben zwischen der Rekrutierung und ihrem Interventionsstart. Weitere 10 Teilnehmende gehörten der so bezeichneten „Testkohorte“ (oder Kohorte 0) an. Für diese Fälle lag eine Genehmigung des Projektförderers vor, mit der Versorgung bereits vor der finalen Genehmigung des Interventionsstarts zu beginnen. Die Versorgung dieser Fälle startete fließend im 2. Halbjahr 2021, der Interventionsstart war nicht an ein einheitliches Startdatum gebunden. Da für diese Kohorte keine saubere Unterscheidung in Quartale mit und ohne Versorgung möglich ist, wäre es nicht sinnvoll gewesen, diese Fälle in die Analyse der Routinedaten einzubeziehen. Dies war zu keinem Zeitpunkt vorgesehen.

Der Stichprobenumfang, der in diesem Evaluationsbaustein analysierten Fälle, lag an Baseline (Interventionsstart der jeweiligen Kohorte) bei N=307. Zwischen Baseline (t0 und dem Follow-Up nach drei Quartalen (t1) kam es zu 36 Drop-Outs aus der Versorgung, von denen 28 verstarben. In fünf Fällen kam es zu einer Kündigung der Teilnahme am Selektivvertrag durch den Teilnehmenden, in einem Fall wurde der Vertrag durch den Hausarzt gekündigt und zwei Fälle verzogen vor dem Follow-Up aus dem Oberbergischen Kreis. Diese 36 Fälle erreichten den Messzeitpunkt t1 folglich nicht, so dass der analysierbare Stichprobenumfang jene N=271 Fälle beträgt, die den regulär versorgten drei Kohorten angehörten und für die im Follow-Up analysierbare Routinedaten vorlagen (Abbildung 3). Alle weiteren Daten beziehen sich auf diese N=271 Fälle. Die Lost-to-Follow-Up-Rate für diesen Evaluationsbaustein liegt somit bei 15,6%.

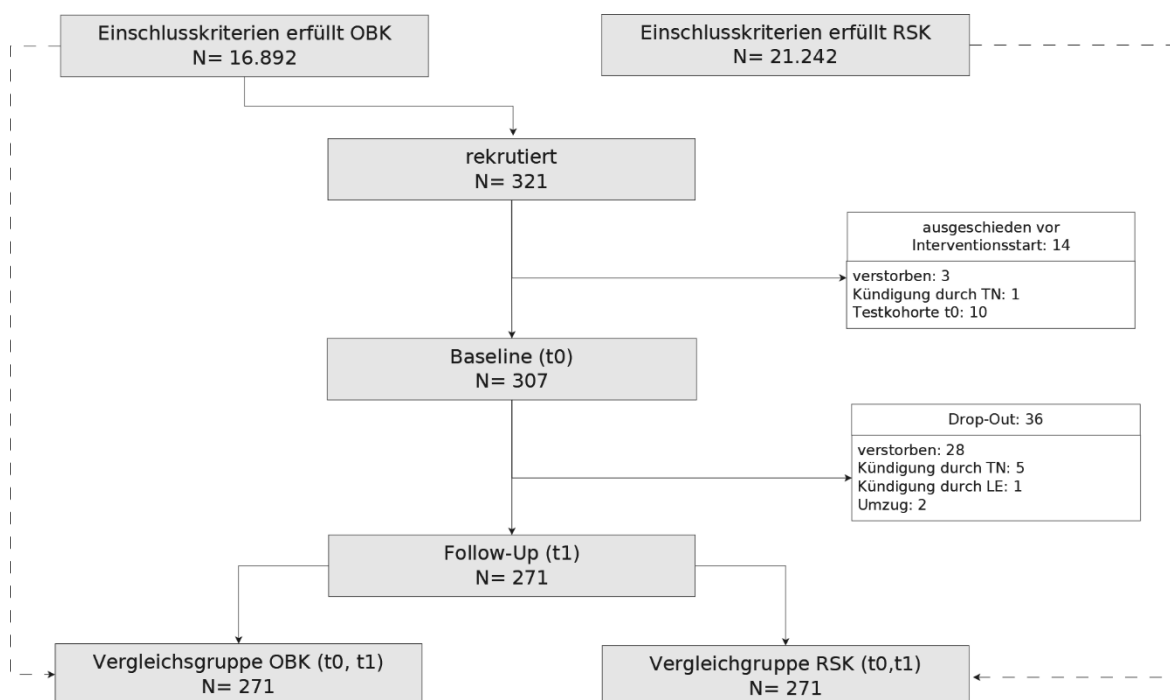


Abbildung 3: CONSORT Flowchart für die Analyse der Routinedaten (QUANT A)

Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei $79,42 \pm 7,63$ Jahre⁴, von denen 60,5% weiblichen und 29,5% männlichen Geschlechts waren.

Die Verteilung der rekrutierten Teilnehmenden über die Kommunen des Landkreises zeigt Abbildung 4. Deutlich wird zum einen eine stark ungleichmäßige Verteilung über die Kommunen, die auch keinen Bezug zur jeweiligen Einwohnerzahl aufweist. So wohnten 49,7% der rekrutierten Versicherten in Bergneustadt, weitere 15% in der einwohnerstärksten Kommune, der Kreisstadt Gummersbach und weitere 11,9% in Wiehl. Die übrigen Kommunen stellten maximal jeweils 5% der Teilnehmenden. Aus Wipperfürth, Morsbach, Marienheide und Hückeswagen konnten nur vereinzelt Teilnehmende rekrutiert werden, aus Engelskirchen gar keiner.

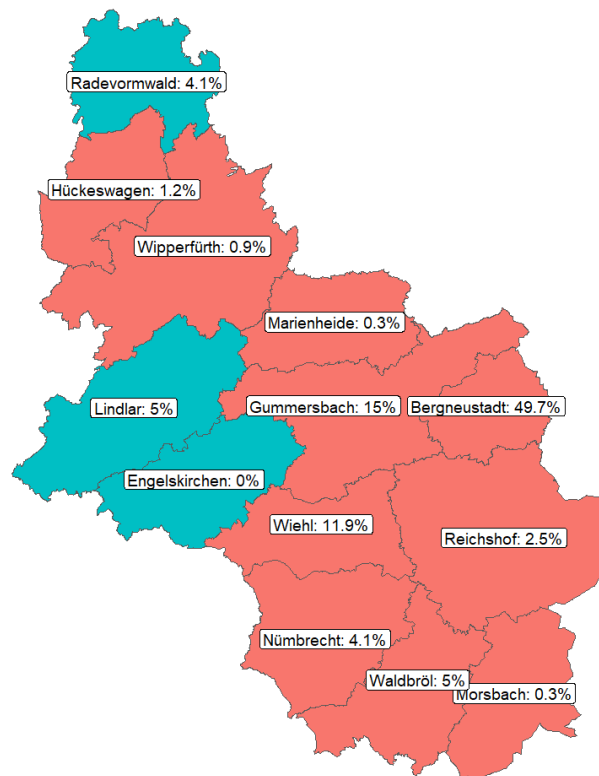


Abbildung 4: Verteilung der versorgten Teilnehmer über die Kommunen

4,1% der Teilnehmenden lebten in Wohnorten mit einer Bevölkerungsdichte unter dem Median der Kommunen der Bundesrepublik Deutschland (232 Einwohner/km²). Abbildung 4 illustriert neben der Verteilung der versorgten Teilnehmenden auch den hausärztlichen Versorgungsgrad der Kommunen (rot: Versorgungsgrad <100%). 88,6% der Teilnehmenden lebten in Kommunen, die nach den Maßstäben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Versorgungsgrad von <100% in der hausärztlichen Versorgung aufweisen.

Weitere soziodemografische Daten können aus den Routinedaten nicht bezogen werden. Weitere Angaben wurden sowohl in der Pre-Post-Befragung der Interventionsgruppe (QUANT-B) als auch im qualitativen Baustein erhoben und sind dort, bezogen auf die jeweilige Stichprobe, dargestellt. Eine Verknüpfung mit dem Sample der Routinedatenanalyse ist nicht vollständig möglich, da die Stichproben nicht identisch sind.

⁴ durch $\pm$ getrennte Werte kennzeichnen im Folgenden das arithmetische Mittel und die zugehörige Standardabweichung.

3.2.1.2 Diagnose-, Versorgungs- und Kostenbezogene Daten

Die folgenden Angaben beziehen sich auf das 4. Quartal 2021, das einheitlich und unabhängig vom tatsächlichen Interventionsstart (Kohortenzugehörigkeit) für das Matching mit den Vergleichsgruppen herangezogen wurde.

Demnach wiesen 8,5% eine in den Routinedaten dokumentierte Demenzdiagnose (mindestens eine Diagnose aus F00-F03 oder G30 ICD-10) auf.

Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Maß für Multimorbidität. Er setzt sich aus 30 Erkrankungen zusammen und kann Werte zwischen -19 und 89 annehmen. Höhere Werte zeigen dabei ein höheres Risiko an, während eines Krankenhausaufenthalts zu versterben. Die Teilnehmenden wiesen im Mittel einen Score von $6,33 \pm 7,38$ auf.

49,1% der Teilnehmenden hatten keinen Pflegegrad nach dem SGB XI, demzufolge ist eine knappe Mehrheit der Teilnehmenden nach den Kriterien des SGB XI als pflegebedürftig anzusehen. 9,6% wiesen den Pflegegrad 1 auf, 20,3% Pflegegrad 2, 14,4% Pflegegrad 3, 4,1% Pflegegrad 4 und 2,6% den höchsten Pflegegrad 5. Leistungen stationärer Dauerpflege bezogen 8,1% der Teilnehmenden.

Die Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen in den Quartalen 2-4 des Jahres 2021 lagen im Mittel bei $\text{€}3.684,49 \pm \text{€}11.214,09$. Sie weisen also eine sehr hohe Streuung auf. Gleiches gilt für die Kosten für Krankenhausbehandlungen im selben Zeitraum, die im Mittel bei $\text{€}11.591,96 \pm \text{€}19.791,80$ lagen. Die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (SGB V und SGB XI) lagen in diesem Zeitraum im Mittel bei $\text{€}80,79 \pm \text{€}171,21$.

3.2.1.3 Repräsentativität der Interventionsgruppe

Vergleicht man die N=310 Fälle der Interventionsgruppe (exklusive der Fälle, die vor Interventionsstart ausgeschieden waren und der Testkohorte K0) mit der übrigen Grundgesamtheit der bei der AOK Rheinland/Hamburg Versicherten, die die Einschlusskriterien für die neue Versorgungsform zum 01.01.2022 erfüllten (N=16.582), so lassen sich folgende Befunde feststellen:

Die Interventionsgruppe ist mit $80,86 \pm 7,49$ Jahren im Mittel älter und auch homogener verteilt als die übrige Grundgesamtheit ($77,47 \pm 8,10$ Jahre). Der Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,01$, t-Test für unabhängige Stichproben).

Die Interventionsgruppe ist multimorbider als die übrige Grundgesamtheit. Der Elixhauser Komorbiditätsindex lag in der Interventionsgruppe im 4. Quartal 2021 im Mittel bei $6,72 \pm 7,54$, in der übrigen Grundgesamtheit hingegen bei $5,07 \pm 6,69$. Auch dieser Unterschied ist signifikant ($p < 0,01$, t-Test für unabhängige Stichproben).

Die Interventionsgruppe unterscheidet sich von der Grundgesamtheit hinsichtlich ihrer sozialrechtlich zuerkannten Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-Test). Während in der Grundgesamtheit 29,1% eine Pflegestufe aufweisen, ist dies in der Interventionsgruppe bei 50,6% der Versicherten der Fall. Auch der prozentuale Anteil der Personen, die einen der Pflegegrade 1-5 aufweisen, liegt in der Interventionsgruppe jeweils höher. Statistisch signifikant, aber in der Differenz zur Grundgesamtheit weniger deutlich, fallen die Inanspruchnahmen der SGB XI-Leistungsarten aus. 34,2% der Personen der Interventionsgruppe bezogen Pflegegeld (übrige Grundgesamtheit: 21,6%, $p < 0,001$, Fishers exakter Test), 10,3% bezogen ambulante Sachleistungen (Grundgesamtheit: 4,7%, $p < 0,001$, Fishers exakter Test) und 8,7% erhielten Sachleistungen für stationäre Dauerpflege (Grundgesamtheit: 4,1%, $p < 0,001$, Fishers exakter Test).

Hinsichtlich der Gesamtkosten für SGBV- und SGB XI- Leistungen (Quartale 2-4 2021) liegt die Interventionsgruppe mit $4.473,40 \text{ EUR} \pm 7.523,69 \text{ EUR}$ hingegen niedriger als die übrige Grundgesamtheit ($6.614,44 \text{ EUR} \pm 11.656,42 \text{ EUR}$). Auch dieser Unterschied ist statistisch

signifikant ($p < 0,01$, t-Test für unabhängige Stichproben). Aufgrund der sehr hohen Streuung der Kosten, empfiehlt sich für den Vergleich der Mittelwerte eher die Verwendung des Medians anstelle des arithmetischen Mittels. Im Median liegen die Gesamtkosten der Interventionsgruppe bei 1.980 EUR, in der übrigen Grundgesamtheit bei 2.110 EUR, also lediglich um 110 EUR über die 3 Quartale auseinander.

3.2.2 Matching

Nach Durchführung des Propensity Score Matchings wurden die in das Matching einbezogenen Variablen hinsichtlich der Nullhypothese analysiert, dass sich die drei Untersuchungsgruppen nicht voneinander unterscheiden. Angelegt wurde ein 5% Signifikanzniveau. Für alle einbezogenen Merkmale gilt die Nullhypothese, die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich folglich nicht signifikant. Die p-Werte zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Qualität des Propensity Score Matchings

Merkmal	p-Wert
Bevölkerungsdichte	0,970
Hausarzttdichte	1,000
Alter	0,960
Geschlecht	0,995
SGB XI: Pflegegeld	0,927
SGB XI: ambulante Sachleistung	0,838
SGB XI: stationäre Sachleistung	1,000
Demenz-Diagnose	0,984
Elixhauser Score	0,985
Pflegegrad GSGb XI	1,000
Gesamtkosten GKV	0,776
Krankenhauskosten	0,630
SGB XI: Kurzzeitpflege	0,981
SGB XI: Tagespflege	0,411
Kosten Pflegehilfsmittel (SGB XI §40, SGB V Produktgruppe 5)	0,747
SGB XI: Kosten für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	1,000
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 15)	0,991
SGBX: Pflegeberatung	0,987
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 3)	0,985
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 4)	0,678
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 8)	0,912
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 10)	0,480
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 13)	0,851
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 14)	0,498
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 17)	0,343
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 21)	0,983
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 23)	0,932
Hilfsmittelkosten (SGB V Produktgruppe 33)	0,912

3.2.3 Outcomes

3.2.3.1 Kurzüberblick

Bei keinem der Outcomes zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen. Die Ergebnisse der metrisch skalierten Outcomes zeigt Tabelle 6, Ergebnisse der dichotomen Endpunkte sind in Tabelle 7 dargestellt. Details folgen in den nächsten Abschnitten.

Tabelle 6: Metrisch skalierte Outcomes QUANT-A (Hypothesentests: ANCOVA)

Outcome	N	Gruppe	Deskriptiv	EMMEANS			Korr. MD	95% CI		p
			T0 (MW $\pm$ SD)	T0 (MW)	T1 (MW)	T1 (SE)	Gruppe gg. IG	unten	Oben	
Gesamtkosten SGB V und SGB XI (in Euro)	791	IG	11.241,17 $\pm$ 19.586,69	9.983	10.429	488		9.471	11.388	0,793
		KG OBK	10.911,53 $\pm$ 18.949,58		10.896	488	+467	9.937	11.854	
		KG RSK	9.685,92 $\pm$ 13.487,83		10.714	489	+285	9.753	11.674	
Krankenhauskosten (in Euro)	790	IG	3.634,00 $\pm$ 11.265,76	2.960	1.422	201		1.028	1.817	0,528
		KG OBK	3.172,70 $\pm$ 9.917,96		1.339	201	+288	943	1.734	
		KG RSK	2.073,61 $\pm$ 9.286,80		1.650	201	-83	1.255	2.044	
Kosten für Kurzzeitpflege (in Euro)	785	IG	159,29 $\pm$ 563,16	200	124	23		78	169	0.319
		KG OBK	159,30 $\pm$ 563,20		130	23	+6	85	176	
		KG RSK	283,25 $\pm$ 748,64		170	24	+46	124	216	
Kosten für Tages- und Nachtpflege (in Euro)	786	IG	0,00 $\pm$ 0,00	14	12	6		0	24	0.691
		KG OBK	41,19 $\pm$ 437,06		19	6	+7	7	31	
		KG RSK	0,00 $\pm$ 0,00		15	6	+3	3	26	
Kosten für Pflege- und zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (SGB V und SGB XI) (in Euro)	801	IG	74,84 $\pm$ 168,65	77	64	6		53	75	0,471
		KG OBK	80,51 $\pm$ 176,19		64	6	+0	53	75	
		KG RSK	76,92 $\pm$ 181,29		72	6	+8	62	84	
Multimorbidität (Elixhauser)	791	IG	6,06 $\pm$ 7,07	5,93	6,22	0,19		5,85	6,59	0,132
		KG OBK	6,05 $\pm$ 6,93		6,22	0,19	+0	5,85	6,59	
		KG RSK	5,67 $\pm$ 6,96		5,75	0,19	-0,47	5,38	6,12	

Tabelle 7: Dichotome Outcomes QUANT-A (Hypothesentests: Fisher's exakter Test)

Outcome	N	Gruppe	Event Rate t1	p
Notfallbedingte Krankenhausaufnahmen	813	IG	14,76%	0,197
		KG OBK	15,13%	
		KG RSK	19,93%	
Umzug in stationäre Dauerpflege	813	IG	1,20%	0,578
		KG OBK	2,41%	
		KG RSK	1,61%	
Anstieg des Pflegegrades SGB XI	813	IG	18,08%	0,373
		KG OBK	17,71%	
		KG RSK	14,02%	
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	813	IG	2,24%	0,452
		KG OBK	2,24%	
		KG RSK	3,79%	

3.2.3.2 Kosten: Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen

Die Estimated Marginal Means der Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI- Kosten pro Fall lagen an t0 (Kosten der drei Quartale vor Interventionsstart) bei 9.983 EUR. Während des betrachteten 9-monatigen Interventionszeitraums bis t1 kam es zu einem Anstieg in allen drei Untersuchungsgruppen. In der Interventionsgruppe lag der EMMEAN der Gesamtkosten mit 10.429 EUR (95%-CI: 9.471 EUR bis 11.388 EUR) dabei am niedrigsten, die Gesamtkosten der beiden Kontrollgruppen (Oberbergischer Kreis: 10.896 EUR, 95%-CI: 9.937 EUR bis 11.854 EUR; Rhein-Sieg-Kreis: 10.714 EUR, 95%-CI: 9.753 EUR bis 11.674 EUR) fielen geringfügig höher aus. Der Unterschied ist nicht signifikant ($p=0,793$), ebenso wenig die paarweisen Vergleiche zwischen den Untersuchungsgruppen. Die Konfidenzintervalle der Untersuchungsgruppen überlappen sich deutlich (Abbildung 5).

Der QQ-Plot deutet darauf hin, dass die Modellannahme normalverteilter Residuen verletzt ist, die übrigen Modellannahmen sind erfüllt. Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ($p=0,923$).

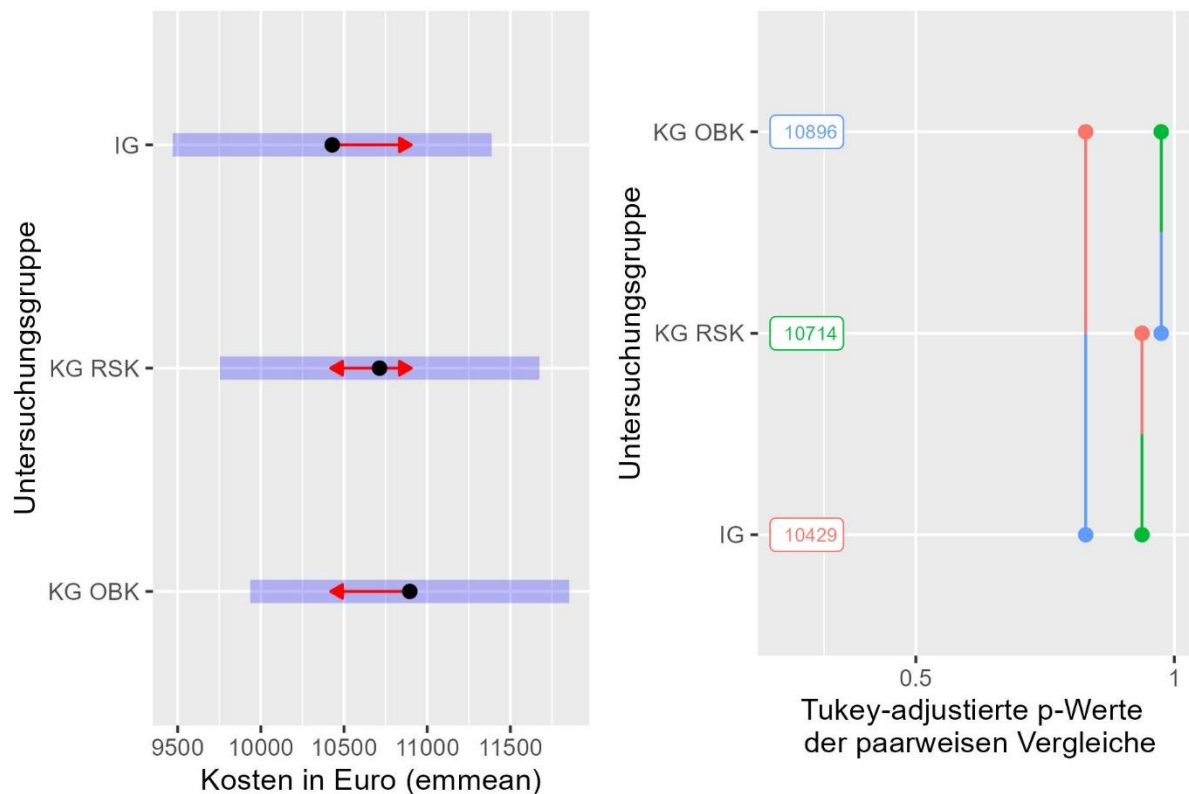


Abbildung 5: Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)

3.2.3.3 Kosten: Krankenhauskosten

Die Kosten für Akutversorgung im Krankenhaus lagen an t0 im Mittel bei 2.960 EUR (EMMEANS). In allen drei Untersuchungsgruppen lagen die Kosten im Interventionszeitraum deutlich niedriger. Die Kosten der Interventionsgruppe beliefen sich auf 1.422 EUR (95%-CI: 1.028 EUR bis 1.817 EUR). In der Kontrollgruppe des Oberbergischen Kreises lagen die Kosten mit 1.339 EUR (95%-CI: 943 EUR bis 1.734 EUR) noch niedriger, in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis mit 1.650 EUR (95%-CI: 1.255 EUR bis 2.044 EUR) hingegen höher als in den beiden anderen Gruppen. Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ($p=0,528$). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich (Abbildung 6).

Der QQ-Plot deutet darauf hin, dass die Modellannahme normalverteilter Residuen verletzt ist, die übrigen Modellannahmen sind erfüllt. Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ($p=0,920$).

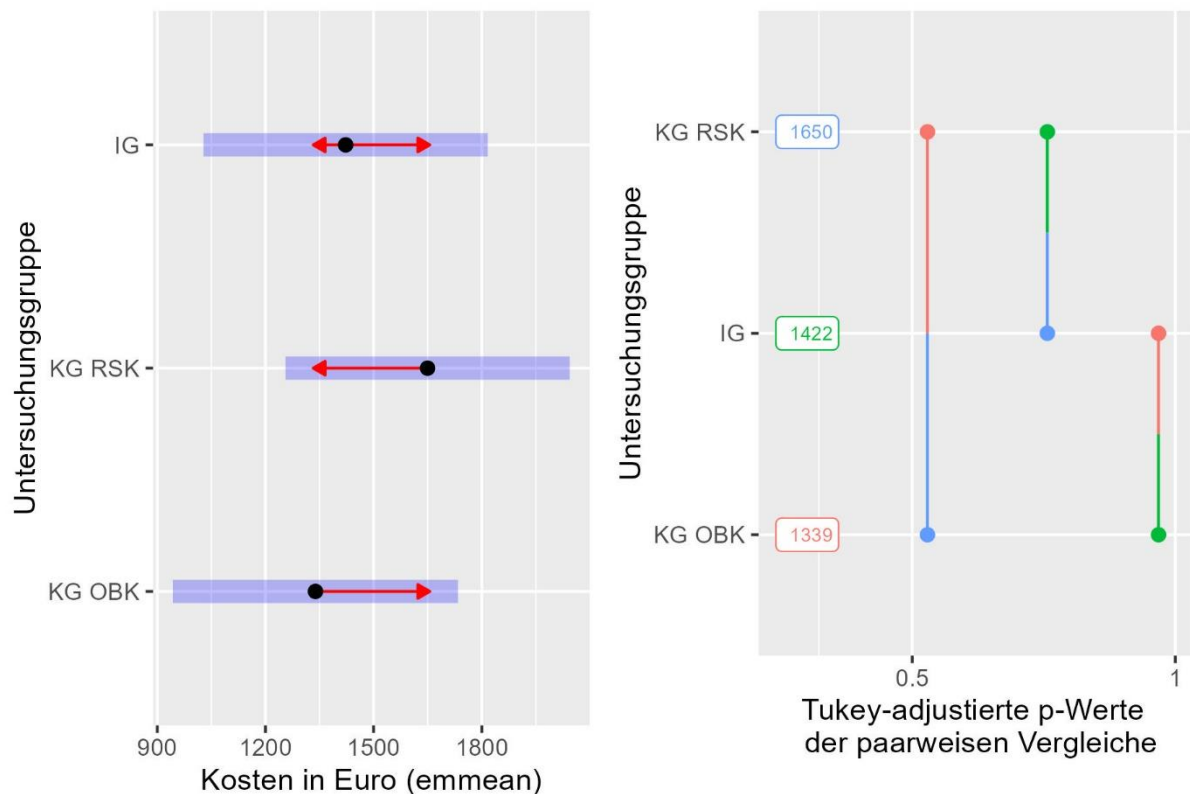


Abbildung 6: Krankenhauskosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)

3.2.3.4 Ausschöpfung von Regelleistungen: Kosten für Kurzzeitpflege

Die Kosten für Kurzzeitpflege nach §42 SGB XI lagen an t0 im Mittel (EMMEANS) bei 200 EUR. In allen drei Untersuchungsgruppen lagen die Kosten im Interventionszeitraum niedriger. Die Kosten der Interventionsgruppe beliefen sich auf 124 EUR (95%-CI: 78 EUR bis 169 EUR). In der Kontrollgruppe des Oberbergischen Kreises lagen die Kosten mit 130 EUR (95%-CI: 85 EUR bis 176 EUR) annähernd auf dem gleichen Niveau, in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis mit 170 EUR (95%-CI: 124 EUR bis 216 EUR) hingegen höher als in den beiden anderen Gruppen. Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ($p=0,319$). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich (Abbildung 7).

Der QQ-Plot deutet darauf hin, dass die Modellannahme normalverteilter Residuen verletzt ist, die übrigen Modellannahmen sind erfüllt. Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ($p=0,913$).

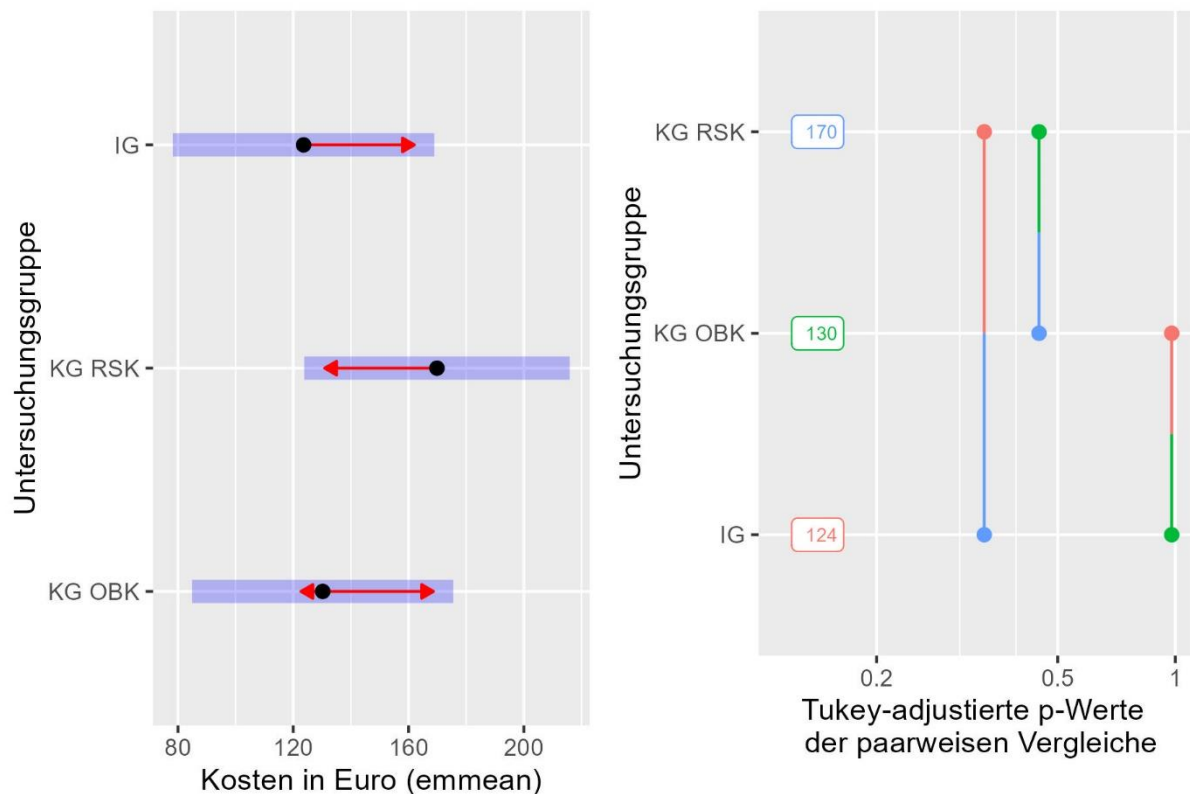


Abbildung 7: Kosten für Kurzzeitpflege (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)

3.2.3.5 Ausschöpfung von Regelleistungen: Kosten für Tagespflege

Die EMMEANS für die Kosten für Tagespflege nach §41 SGB XI lagen an t0 bei 14 EUR. Die Kosten der Interventionsgruppe sanken an t1 geringfügig auf 12 EUR (95%-CI: 0 EUR bis 24 EUR). In den beiden Kontrollgruppen lagen die Kosten an t1 etwas höher als an t0, im Oberbergischen Kreis bei 19 EUR (95%-CI: 7 EUR bis 31 EUR) und im Rhein-Sieg-Kreis bei 15 EUR (95%-CI: 3 EUR bis 26 EUR). Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ($p=0,691$). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich (Abbildung 8).

Der QQ-Plot deutet darauf hin, dass die Modellannahme normalverteilter Residuen verletzt ist, die übrigen Modellannahmen sind erfüllt. Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ($p=0,613$).

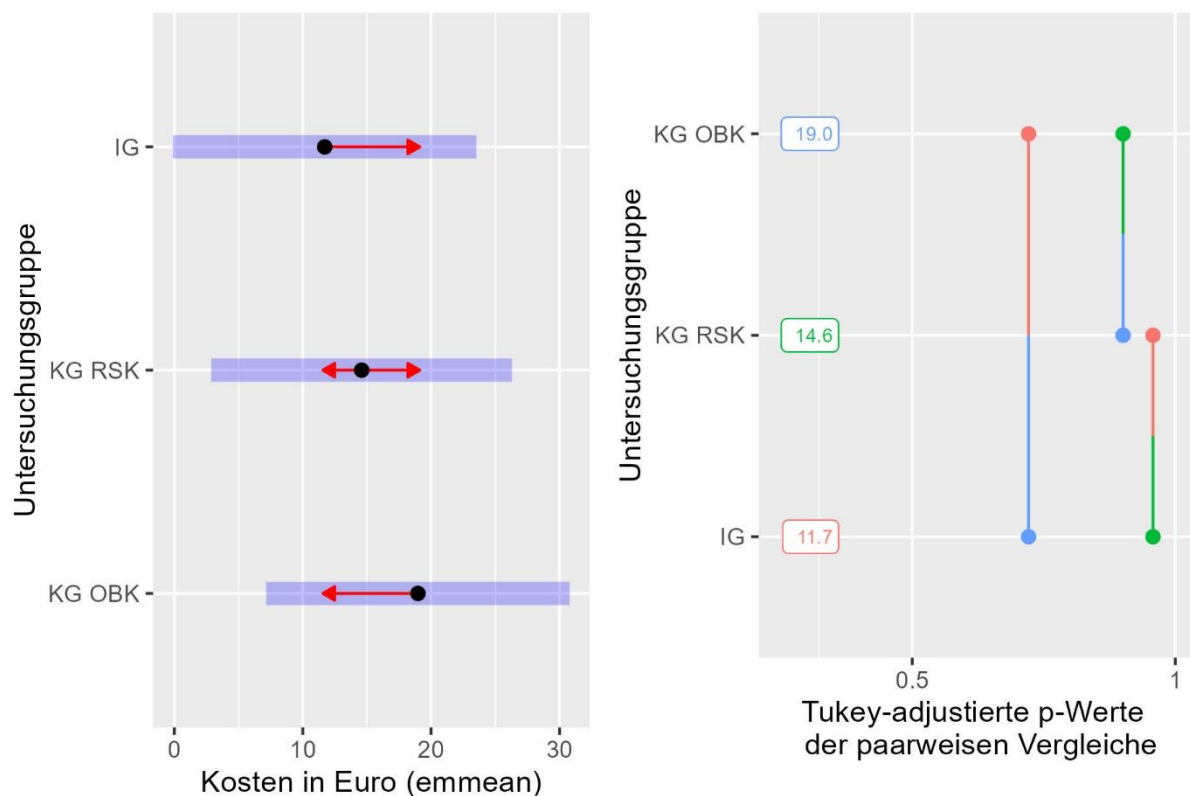


Abbildung 8: Kosten für Tagespflege (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)

3.2.3.6 Ausschöpfung von Regelleistungen: Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach §40 SGB XI sowie der Produktgruppe 54 für Hilfsmittel nach §33 SGB V lagen die EMMEANS an t0 bei 77 EUR. An t1 lagen diese Kosten in allen drei Untersuchungsgruppen etwas niedriger. Im Oberbergischen Kreis lagen die Kosten sowohl in dortigen Kontroll- wie auch in der Interventionsgruppe bei 74 EUR (95%-CI in beiden Gruppen 53 EUR bis 75 EUR) und in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis bei 72 EUR (95%-CI: 62 EUR bis 84 EUR). Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ($p=0,471$). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich (Abbildung 9).

Der QQ-Plot deutet darauf hin, dass die Modellannahme normalverteilter Residuen verletzt ist, die übrigen Modellannahmen sind erfüllt. Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ($p=0,944$).

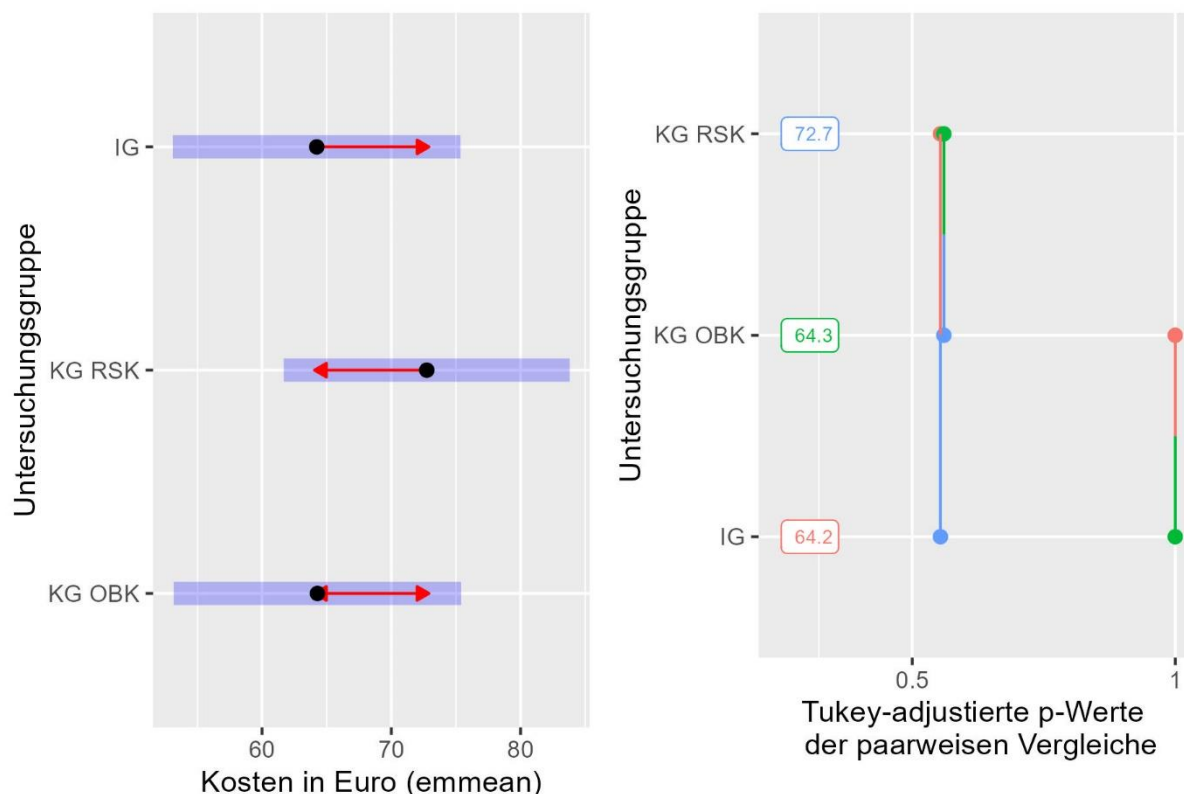


Abbildung 9: Kosten für „zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)

3.2.3.7 Ausschöpfung von Regelleistungen: Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds

In der Interventionsgruppe nahmen 2,24% der Teilnehmenden im Interventionszeitraum (t1) Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfelds nach §40 Abs. 4 SGB XI in Anspruch, bei denen dies in den drei Quartalen vor Interventionsstart (t0) nicht der Fall war. Der Anteil lag in der Kontrollgruppe aus dem Oberbergischen Kreis exakt gleich hoch (2,24%) und in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis geringfügig höher (3,79%). Die Event-Rate dieses Endpunkts ist in allen drei Gruppen niedrig, die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ($p=0,452$).

3.2.3.8 Notfallbedingte Krankenhausbehandlungen

Die Event-Rate notfallbedingter Krankenhausaufnahmen im Interventionszeitraum lag in allen drei Untersuchungsgruppen hoch, jede sechste Person wies binnen der betrachteten 9 Monate eine solche als Notfall kodierte Aufnahme in ein Akutkrankenhaus auf. Die Interventionsgruppe wies dabei die höchste Event-Rate auf (18,45%), in den beiden Kontrollgruppen (Oberbergischer Kreis: 17,34%; Rhein-Sieg-Kreis: 16,61%) lag sie etwas niedriger. Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ($p=0,197$).

3.2.3.9 Verbleib in der Häuslichkeit

Die Event-Rate der Personen, die im Interventionszeitraum nicht in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnten (die im Vergleich zu vor dem Interventionsstart neu Leistungen stationärer Dauerpflege in Anspruch nahmen), war in allen drei Untersuchungsgruppen gering. In der Interventionsgruppe lag sie mit 1,20% am niedrigsten, in der Kontrollgruppe aus

dem Oberbergischen Kreis lag sie bei 2,41% und in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis bei 1,61%. Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ($p=0,578$).

3.2.3.10 Veränderung der Pflegebedürftigkeit

Die Event-Rate der Personen, bei denen es im Interventionszeitraum zu einem neu zuerkannten SGBI XI-Pflegegrad oder zu einem Anstieg des Pflegegrads kam, war in allen drei Untersuchungsgruppen hoch und fiel in der Interventionsgruppe bei 18,08%. In den Untersuchungsgruppen lag die Event-Rate etwas niedriger (Oberbergischer Kreis: 17,71%, Rhein-Sieg-Kreis: 14,02%). Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ($p=0,373$).

3.2.3.11 Veränderung der Multimorbidität

Das EMMEAN des Eilxhauser-Komorbiditätsindex lag an t0 bei 5,93 Punkten und erhöhte sich an t1 in der Interventionsgruppe auf 6,22 (95%-CI: 5,85 bis 6,59). Dies entspricht exakt den Werten der Vergleichsgruppe aus dem Oberbergischen Kreis. In der Vergleichsgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis nahm die Punktzahl jedoch geringfügig ab auf 5,75 Punkte (95%-CI: 5,38 bis 6,12). Die Konfidenzintervalle der drei Gruppen überlappen sich (Abbildung 10), der Gruppeneffekt ist nicht signifikant ($p=0,132$).

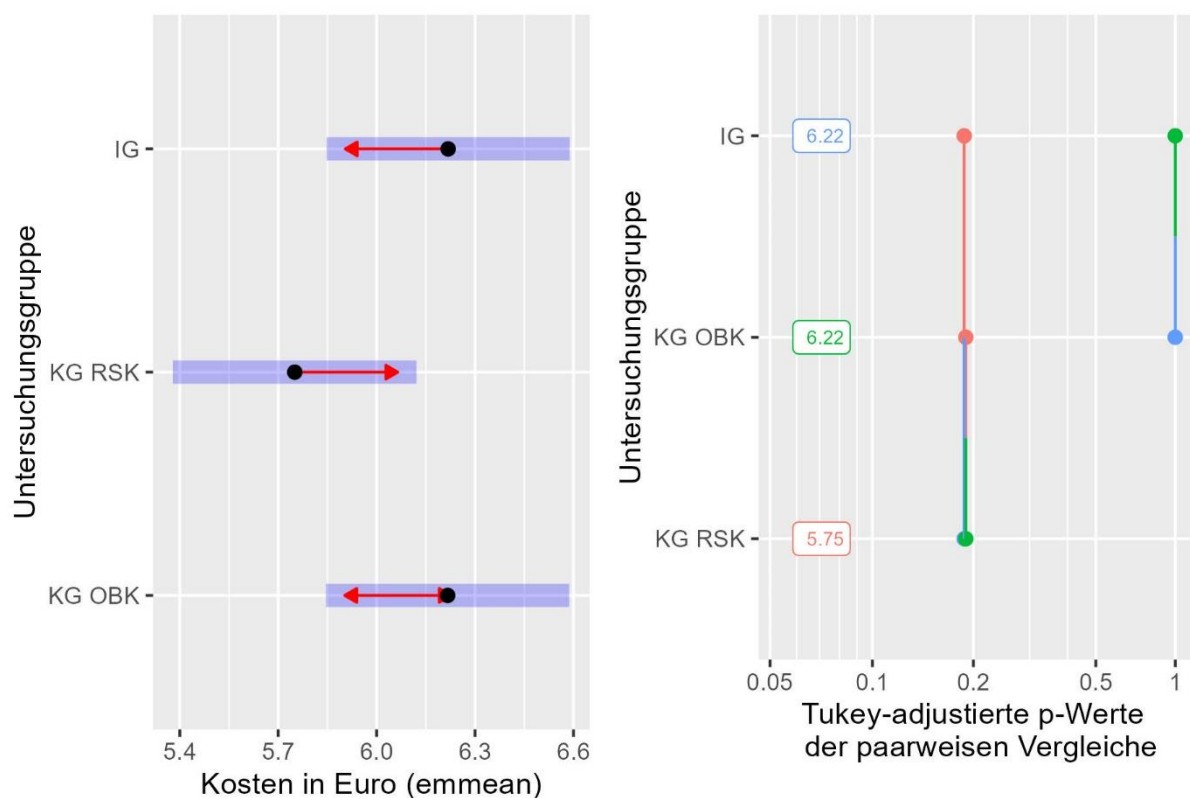


Abbildung 10: Veränderung der Multimorbidität (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)

Der QQ-Plot deutet darauf hin, dass die Modellannahme normalverteilter Residuen verletzt ist, die übrigen Modellannahmen sind erfüllt. Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ($p=0,16$).

3.2.4 Kosten der Intervention

3.2.4.1 Berichtete Gesamtkosten

Die Grundlage für die Berechnung der Fallkosten stellen die seitens der Konsortialführung berichteten Kosten für die Leistungserbringung der einzelnen Teilleitungen, bezogen auf den betrachteten Interventionszeitraum vom 01.01.2022 bis 31.03.2023, dar. Diese sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Auf den Zeitraum 01.01.2022 bis 31.03.2023 bezogene Kosten für die Versorgung (Rohwerte)

Position	Betrag
Personalkosten Fallmanager*innen	361.110,39 €
Kosten Erweiterte Erreichbarkeit NVF 4	576.336,60 €
Vergütungen Telemedizinisches Monitoring NVF 6	32.641,50 €
Vergütungen Eingangsassessment NVF 1	15.109,92 €
Vergütungen interdisziplinäre Fallkonsile NVF 3a	812,99 €
Vergütungen Erstellung interdisziplinärer Versorgungspläne NVF 2a+b	33.615,16 €
Gesamt	1.019.626,56 €

Versorgungsbezogene Kosten, die für den gesamten Projektzeitraum anfielen, zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9: Auf den Projektzeitraum bezogene Kosten für die Versorgung (Rohwerte)

Position	Betrag
Equipment Telemedizinisches Monitoring	69.536,46 €
Kommunikationsplattform	571.529,77 €
Einschreibungsprämien	56.400,00 €
Ausstattung Eingangsassessment	585,57 €
Gesamt	698.051,80 €

3.2.4.2 Personalkosten für die RCCM

Die versorgten Fallmonate summieren sich für den betrachteten Zeitraum auf 3.535 versorgte Fallmonate. Für die Versorgung der N=271 analysierbaren Fälle mit Routinedaten wären davon $271 \cdot 9 = 2.439$ Fallmonate erforderlich, ein Anteil von 0,69. Die Personalkosten der RCCM wurden mit diesem Faktor multipliziert, womit sich Gesamtkosten von 249.166,17 EUR ergeben bzw. 919,43 EUR pro Fall für den betrachteten 9-monatigen Versorgungszeitraum.

3.2.4.3 Kosten für die Erweiterte Erreichbarkeit (nvf4)

Die Kosten für die Bereitstellung der Erweiterten Erreichbarkeit durch die Leitstelle wurden zwischen der Konsortialführung und der Leitstelle verhandelt und vereinbart. Details zu den dabei getroffenen Annahmen sind den Evaluatoren nicht bekannt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass zu Projektbeginn von einer Versorgung von N=1000 Fällen ausgegangen wurde, die Erweiterte Erreichbarkeit auf diese Fallzahl kalkuliert wurde.

Die Kosten für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis 31.03.2023 wurden daher in einem ersten Schritt auf 1.000 Fälle verteilt (durch 1.000 dividiert). Eine weitere Adjustierung nach Fallmonaten erfolgte im Unterschied zu den Personalkosten der RCCM (siehe oben) ohne Adjustierung für die Drop-Outs, da bei den kalkulierten 1.000 Fällen zumindest explizit ebenfalls von Drop-Outs ausgegangen worden sein muss. Um den 9-Monatszeitraum der jeweiligen Kohorten herauszurechnen, wurden aber für die Fallmonate für die im betrachteten Zeitraum weiterversorgten Kohorten adjustiert wie bei den Personalkosten der RCCM (15 Monate für Kohorte 1 und die „Testkohorte K0, 12 Monate für Kohorte 2 und 9 Monate für Kohorte 3). Dabei wurde auch für das Szenario mit 1.000 versorgten Fällen von der empirischen Verteilung der Fallzahlen über die Kohorten ausgegangen. Dies summiert sich auf 3.348 versorgte Fallmonate. Für die erforderlichen 2.439 Fallmonate der analysierbaren Fälle ergibt sich hier ein Faktor von 0,73. Die Kosten für die Erweiterte Erreichbarkeit wurden also durch 1.000 kalkulierte Fälle dividiert und mit dem Faktor 0,73 multipliziert. Dies ergibt Fallkosten von 420,73 EUR.

Die verhandelten Kosten für die Teilleistung der Erweiterten Erreichbarkeit in Höhe von 576.336,60 EUR für die 15 Monate vom 01.01.2022 bis 31.03.2023 (38.422,44 EUR pro Monat!) erscheinen allerdings gemessen am zu erwarteten Aufwand und erst recht bezogen auf den Aufwand, der sich empirisch zeigte, sehr hoch angesetzt. Die tatsächliche Nutzungshäufigkeit der Erweiterten Erreichbarkeit war selbstverständlich a priori sehr schwierig vorherzusehen, da Erfahrungswerte mit ähnlichen Leistungen fehlten und zudem auch der Gesundheitszustand der rekrutierten Teilnehmenden unbekannt war.

3.2.4.4 Kosten für Eingangsassessments NVF 1

Die Weiterversorgung von Fällen früherer Kohorten im betrachteten Zeitraum spielt bei dieser Teilleistung keine Rolle, da sie früh im Versorgungsprozess verortet ist und pro Fall nur einmal vorkommt. Für die Berechnung der Fallkosten für das Eingangsassessment wurde von N=306 Fällen mit Eingangsassessment im betrachteten Zeitraum vom 01.01.2022 bis 31.03.2023 ausgegangen. N=317 Fälle sind in die Versorgung gestartet, davon sind die 10 Fälle der „Testkohorte“ K0 abzuziehen, da diese ihr Eingangsassessment bereits vor dem 01.01.2022 durchlaufen haben müssen. Der Richtwert für das Vorliegen des Eingangsassessments war mit 21 Tagen nach Quartalsbeginn festgelegt, von der Drop-Outs stieg ein einziger Fall früher aus der Studie aus. Von den N=317 in die Intervention gestarteten Fällen sind somit 11 Fälle zu subtrahieren. Die Rohkosten für den betrachteten Zeitraum wurden folglich durch 306 dividiert. Damit ergeben sich Fallkosten von 49,32 EUR. Zwar wurden nicht für alle Fälle Vergütungen an die Hausärzte ausbezahlt, da die Eingangsassessments zum Teil durch die RCCM durchgeführt wurden. Die Verteilung der Rohkosten auf alle 306 Fälle erscheint hier aber vertretbar, da zum einen eine solche Praxis auch bei folgenden Implementierungen der Versorgungsform denkbar und praktikabel ist und zum anderen diese Rollenverteilung weniger von der Fallkonstellation des betreffenden Teilnehmers als vielmehr von den Ressourcen seines Hausarztes abhängig war.

3.2.4.5 Kosten für Fallkonsile

Die Konsortialführung berichtete für den betrachteten Zeitraum vom 01.01.2022 bis 31.03.2023 gezahlte Vergütungen für diese Teilleistung in Höhe von 812,99 EUR. Da diese Teilleistung prinzipiell unmittelbar anschließend an das Eingangsassessment erbracht werden konnte, wurde dieser Betrag wie bei der Teilleistung der Eingangsassessments auf die N=306 Fälle der Kohorten 1-3 verteilt, die mindestens einen Monat versorgt wurden. Daraus ergeben sich Fallkosten in Höhe von 2,66 EUR.

3.2.4.6 Kosten für Versorgungspläne

Bei den Kosten für Versorgungspläne muss unterschieden werden zwischen dem ersten Versorgungsplan, für den als Richtwert eine späteste Fertigstellung zwei Monate nach Quartalsbeginn des Interventionsstarts festgelegt war, und bis zu zwei weiteren interdisziplinär erstellten Versorgungsplänen, die bei Erforderlichkeit abrechenbar waren. Die übermittelten Kostendaten der Konsortialführung weisen diese Positionen getrennt aus, für die Fallkosten wurden sie unterschiedlich adjustiert.

Für den ersten Versorgungsplan wurde ein Vorgehen analog dessen für die Eingangsassessments gewählt, da hier die gleichen Rahmenbedingungen zutreffen. Von den N=317 in die Versorgung gestarteten Fällen waren hier neben den 10 Fällen der „Testkohorte“ K0 jene Drop-Outs abzuziehen, die früher als 2 Monate nach Interventionsstart ausschieden. Dies betraf 11 Fälle, weshalb von 296 Fällen mit einem ersten Versorgungsplan ausgegangen wurde. Die Kosten für Vergütungen an Leistungserbringer für ihre Beteiligung am ersten Versorgungsplan zwischen 01.01.2022 und 31.03.2023 (22.698,50 EUR) wurden folglich durch 296 dividiert. Für diesen Teil der Kosten ergeben sich somit Fallkosten von 76,68 EUR.

Für einen zweiten und ggf. dritten Versorgungsplan ist den Evaluatoren weder bekannt, welche Fälle dies betraf, noch zu welchem Zeitpunkt der Versorgung diese ggf. erstellt wurden. Es ist hier wie bei den Personalkosten der RCCM und den Kosten für die Erweiterte Erreichbarkeit davon auszugehen, dass in den Rohkosten Vergütungen für Fälle enthalten sind, die sich zum jeweiligen Zeitpunkt nicht mehr im zu analysierenden 9-monatigen Zeitraum befanden. Daher wurde für diesen Teil der Kosten die Adjustierung nach Fallmonaten verwendet, wie sie bei den Personalkosten für die RCCM beschrieben wurde. Die Rohkosten (10.916,66 EUR) wurden somit mit dem Faktor 0,69 multipliziert und anschließend durch die N=271 analysierbaren Fälle mit Routinedaten dividiert. Daraus ergeben sich für diesen Kostenteil Fallkosten in Höhe von 27,80 EUR.

Die Summe der Fallkosten für Vergütungen für die Beteiligung an Versorgungsplänen addiert sich somit auf 104,48 EUR.

3.2.4.7 Kosten für telemedizinische Infrastruktur

Die Kosten für die Anschaffung der telemedizinischen Devices könnten pauschal den Anlaufkosten zugeschlagen und aus den Fallkosten exkludiert werden. Da in diesen Kosten aber auch laufende Kosten für die Bereitstellung der Konnektivität (also für den Service, die gemessenen Vitaldaten auf die Elektronische Plattform zu übertragen) enthalten sind und zudem auch Verbrauchsmaterialien wie Messstreifen für die Blutzuckermessgeräte und Lanzetten, war eine komplexere Modellierung erforderlich.

Generell legen die Kostendaten nahe, dass in den Beschaffungskosten pro Device jeweils sechs Monate Konnektivität inkludiert waren. Einige Positionen vermischen aber auch Konnektivitätskosten mit eindeutig als Anlaufkosten zuzuordnenden (z.B. „Engineering + Training“ plus 6 Monate Konnektivität für 98 Devices). Bei Rechnungspositionen, die nachgebuchte Konnektivität für die Monate Februar bis Juni beinhalten, bleibt andererseits offen, auch auf wie viele bzw. welche Devices sich dies bezieht (und wie viele Devices

umgekehrt sich in diesem Zeitraum innerhalb der anfänglich erworbenen 6-monatigen Konnektivität befanden). Auch die Kosten für die Verbrauchsmaterialien konnten nicht transparent ermittelt werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die ersten Messgeräte erst ab Juli 2022 verfügbar waren, die Erbringung dieser Teilleistung erst zum 01.09.2022 startete und einige Devices erst in 2023, zum Teil auch erst nach dem betrachteten Zeitraum (nach dem 31.03.2023) beschafft wurden. Eine Verteilung der Kosten kann somit nur auf Basis einer Schätzung erfolgen.

Die Kosten für die Messgeräte an sich sind über die Nutzungsdauer zu verteilen. Da für diese Messgeräte keine Positionen in der AFA-Tabelle vorliegen, wurden stattdessen die Nutzungszeiträume, die die Deutsche Forschungsgesellschaft (DFG) für Blutdruckmessgeräte und andere medizinische Messgeräte bezogen auf das Kreislaufsystem ausweist, herangezogen. Diese liegen einheitlich bei 72 Monaten (6 Jahren).

Von den 69.536,46 EUR, die für Equipment für das telemedizinische Monitoring verausgabt wurden, wurden pauschal 30% (20.860,94 EUR) als Kosten für Konnektivität und Verbrauchsmaterialien angesetzt und diese auf die N=317 versorgten Fälle verteilt. Die laufenden Fallkosten belaufen sich folglich auf 65,81 EUR. Dieser Ansatz dürfte die laufenden Kosten eher überschätzen. Die übrigen 48.675,52 EUR wurden als Anschaffungskosten für Devices angesehen und über die Abschreibungsdauer von 72 Monaten linear verteilt. Daraus ergeben sich 676,05 EUR pro Monat der Nutzung, also 6.084,44 EUR für den 9-monatigen Interventionszeitraum. Verteilt auf N=317 insgesamt versorgte Fälle (denen das Equipment prinzipiell bei entsprechender Indikation und ärztlicher Verordnung zur Verfügung stand) liegen die Kosten für Devices somit bei 19,19 EUR. Für das telemedizinische Equipment ergeben sich aus diesen Ansätzen folglich laufende Fallkosten in Höhe von 85 EUR.

3.2.4.8 Kosten für telemedizinische Versorgungsleistungen

Im betrachteten Zeitraum vom 01.01.2022 bis 31.03.2023 wurden insgesamt 32.641,50 EUR Vergütungen für die Teilleistung des telemedizinischen Monitorings ausgezahlt, fast ausschließlich an Hausärzte, in einem Fall auch an einen ambulanten Pflegedienst.

Da diese Teilleistung nicht im gesamten betrachteten Interventionszeitraum zur Verfügung stand, sondern erst ab September 2022, konnten für Fälle der ersten Kohorte nur noch ein Monat, für Fälle der zweiten Kohorte fünf und für Fälle der dritten Kohorte sieben Monate im Beobachtungszeitraum betrachtet werden. Zwar waren zum Zeitpunkt 01.09.2022 auch noch Fälle, die später zu Drop-Outs wurden, in der Versorgung, zugleich handelte es sich aber eben nicht um neun Monate Versorgung mit dieser Teilleistung. Für die N=271 analysierbaren Fälle wären für einen 9-Monatszeitraum 2.439 Fallmonate erforderlich, tatsächlich wurden nur 2.011 Fallmonate erbracht. Um diese Teilleistung entsprechend in die Fallkosten einzurechnen, wurden die seitens der Konsortialführung berichteten Kosten für diese Teilleistung im betrachteten Zeitraum 01.01.2022 bis 31.02.2023 daher mit dem Faktor 1,21 multipliziert und anschließend auf die N=271 analysierbaren Fälle verteilt. So errechnen sich laufende Fallkosten von 108,79 EUR.

3.2.4.9 Gesamt-GKV-Kosten inklusive Fallkosten der Intervention (non-protocol Outcome)

Auf Basis der in den vorangegangenen Abschnitten dargelegten Kalkulationen summieren sich die laufenden Fallkosten für den betrachteten 9-Monatszeitraum auf 1.727,75 EUR (siehe

Tabelle 10). Unberücksichtigt blieben als einmalige Anlaufkosten die einmaligen, aber hinsichtlich der Fallzahlen beliebig skalierbaren Kosten für die Kommunikationsplattform sowie die gezahlten Einschreibepremien.

Tabelle 10: Fallkosten für den betrachteten 9-monatigen Interventionszeitraum (QUANT-A)

Position	Betrag
Personalkosten Fallmanager*innen	919,43 €
Kosten Erweiterte Erreichbarkeit NVF 4	420,73 €
Vergütungen Telemedizinisches Monitoring NVF 6	146,08 €
Vergütungen Erstellung interdisziplinärer Versorgungspläne NVF 2a+b	104,84 €
Equipment Telemedizin	85,00 €
Vergütungen Eingangsassessment NVF 1	49,38 €
Vergütungen interdisziplinäre Fallkonsile NVF 3a	2,66 €
Gesamt	1.727,75 €

Aufgrund der Ungenauigkeiten hinsichtlich des Kostenbestandteils für das telemedizinische Monitoring wurde davon abgesehen, die Interventionskosten je nach in Anspruch genommenen Teilleistungen fallweise zu berücksichtigen. Berechnet wurde eine simple Modellierung, die die mittleren laufenden Fallkosten (1.690,46 EUR) allen Fällen der Interventionsgruppe den GKV-Gesamtkosten für die betrachteten 9 Monate (siehe Abschnitt 3.2.3.2) hinzuaddiert.

Unter der Berücksichtigung der laufenden Fallkosten für die Intervention wächst deren EMMEAN an t1 auf 12.157 EUR an (95%-CI: 11.199 EUR bis 13.116 EUR). Die Kosten für SGB V- und SGB XI- Leistungen liegen somit unter Einbeziehung der Fallkosten der Neuen Versorgungsform um 1.261 EUR (gegenüber der KG OBK) bzw. 1.443 EUR (gegenüber der KG RSK) höher (Abbildung 11). Dies entspricht 140 EUR bzw. 160 EUR pro Monat. Die Konfidenzintervalle der drei Untersuchungsgruppen überlappen sich, der p-Wert für den Gruppeneffekt der ANCOVA liegt bei $p=0,076$ und ist nicht signifikant. Die QQ-Plots der Residuen deuten aber darauf hin, dass die Normalverteilungsannahme nicht hinreichend erfüllt ist, die Ergebnisse mithin etwas verzerrt sein dürften, die übrigen Modellannahmen sind erfüllt. Die zusätzlich gerechnete Quade-ANCOVA zeigt einen signifikanten Gruppeneffekt ($p<0,001$).

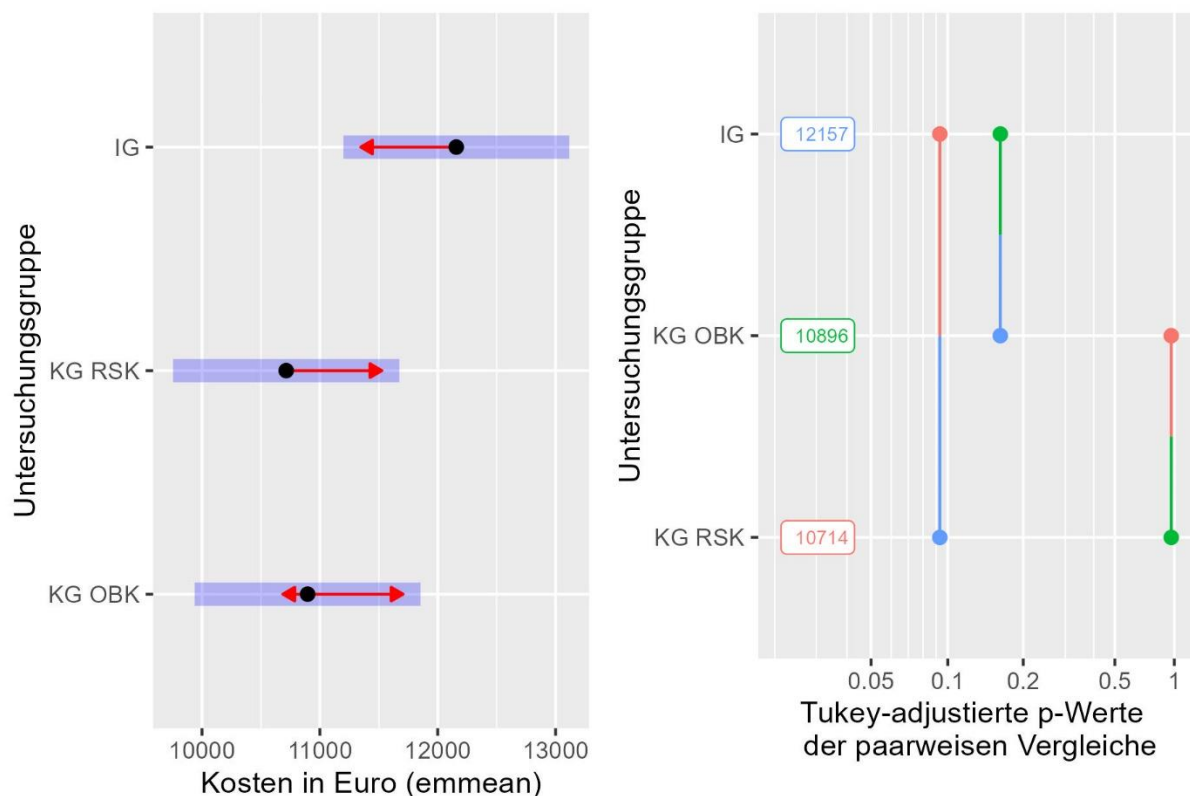


Abbildung 11: Kosten für SGB V- und SGB XI- Leistungen unter Einbeziehung der Fallkosten der Neuen Versorgungsform (EMMEANS der Untersuchungsgruppen und paarweise Vergleiche)

3.3 Quantitativer Evaluationsbaustein B: längsschnittlicher Verlauf der Interventionsgruppe

3.3.1 Stichprobe

3.3.1.1 Drop-Out Analyse

Von den N=271 Fällen, die im quantitativen Evaluationsbaustein A mit ihren Routinedaten in die Analyse eingehen konnten, lagen im quantitativen Evaluationsbaustein B von 186 Teilnehmenden Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten vor, die zumindest hinsichtlich eines Outcomes analysierbar waren. Dies entspricht 68,6% der in den drei Kohorten über den gesamten Interventionszeitraum versorgten Fälle. Zusätzlich gingen in die Stichprobe 7 der N=10 Fälle ein, die keiner der drei regulären Kohorten zugehörten, sondern der „Testkohorte“ K0, die unabhängig von Quartalsgrenzen mit Genehmigung des Projektförderers bereits vor der ersten Kohorte mit der Intervention startete. Ausgehend von den N=321 rekrutierten Fällen beträgt die Lost-to-Follow-Up-Rate für diesen Evaluationsbaustein 39,9%.

Der überwiegende Teil der Befragten war in der Lage, den Fragebogen komplett selbstständig zu bearbeiten (54,4% an t0, 59,1% an t1). Unterstützung durch eine Bezugsperson erhielten 31,1% an t0 bzw. 27,5% an t1, und in 14,0% (t0) bzw. 11,4% der Fälle antwortete eine Bezugsperson als Proxy. Bei einem Fall an t0 und vier Fällen an t1 fehlte eine entsprechende Angabe.

Die folgenden Angaben zu Unterschieden zwischen den Stichproben der quantitativen Evaluationsbausteine A und B beziehen sich auf die N=186 Fälle des quantitativen Evaluationsbausteins A mit (im Weiteren als „QUANT-B-Fälle bezeichnet) und die N=85 Fälle ohne analysierbaren Rücklauf im quantitativen Evaluationsbaustein B (im Weiteren als

„QUANT-B-Dropouts“ bezeichnet). Über die N=7 Fälle der „Testkohorte“ K0, für die Fragebogendaten vorliegen, können keine weitergehenden Aussagen getroffen werden, da für diese Fälle keine Routinedaten im quantitativen Evaluationsbaustein A angefordert wurden.

Hinsichtlich des Geschlechts bestehen keine Unterschiede zwischen den beiden Stichproben ($p=0,231$, Fisher's exakter Test). Die QUANT-B-Fälle waren mit $78,16 \pm 7,09$ Jahren aber signifikant jünger ($p<0,001$, t-Test für unabhängige Stichproben) als die QUANT-B-Dropouts mit $82,18 \pm 7,23$ Jahren.

Von den QUANT-B-Dropouts weisen 22,4% an t0 eine Demenzdiagnose auf, unter den QUANT-B-Fällen nur 2,2%. Auch dieser Unterschied ist signifikant ($p<0,001$, Fisher's exakter Test). Die QUANT-B-Fälle wiesen an t0 auch signifikant ($p<0,001$, Mann-Whitney-U-Test) geringere SGB XI- Pflegegrade auf. So haben 58,6% der QUANT-B-Fälle keinen Pflegegrad (gegenüber 28,2% der QUANT-B-Dropouts) und nur 1,6% wiesen einen Pflegegrad von 4 oder 5 auf (QUANT-B-Dropouts: 17,6%). Auch die Kosten für Kurzzeitpflege an t0 (drei Quartale vor Interventionsstart) lagen unter den QUANT-B-Dropouts ($320 \text{ EUR} \pm 791,91 \text{ EUR}$) signifikant höher ($p=0,041$) als unter den QUANT-B-Fällen ($123,03 \text{ EUR} \pm 560,02 \text{ EUR}$). Der Anteil an Fällen mit stationärer Dauerpflege an t0 lag unter den QUANT-B-Dropouts ebenfalls signifikant höher ($p>0,001$, Fisher's exakter Test) mit 23,5% gegenüber 1,1% der QUANT-B-Fälle.

Hinsichtlich der t0-Werte des Elixhauser-Komorbiditätsindex ($p=0,342$), der GKV-Gesamtkosten ($p=0,133$), der Krankenhauskosten ($p=0,856$), der Kosten für zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel ($p=0,186$) und der Kosten für Tagespflege ($p=0,390$, jeweils t-Test für unabhängige Stichproben) unterscheiden sich die beiden Stichproben hingegen nicht. Unter den QUANT-B-Fällen hatten drei Fälle in den drei Quartalen vor Interventionsstart (t0) Leistungen zur Anpassung des Wohnumfelds erhalten, unter den QUANT-B-Dropouts kam dies gar nicht vor. Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant ($p=0,554$, Fisher's exakter Test).

3.3.2 Outcomes

3.3.2.1 Kurzüberblick

Im längsschnittlichen Verlauf zeigen sich über 12 Monate bei keinem der Outcomes signifikante Veränderungen, mit Ausnahme der PROMIS-Kurzskala für Erschöpfung. Einen Überblick bietet Tabelle 11, Details folgen in den nächsten Abschnitten.

Tabelle 11: Outcomes der Pre-Post-Befragung der Interventionsgruppe

	N	MW t0	SD t0	MW t1	SD t1	MD	p
Körperliche Funktionsfähigkeit	166	38,15	10,14	37,51	10,03	-0,64	0,161
Emotionale Belastung - Angst	145	55,11	10,28	55,15	10,26	0,04	0,952
Emotionale Belastung - Depressivität	151	54,87	9,99	55,15	10,30	0,28	0,671
Erschöpfung	156	56,21	11,85	57,94	11,50	1,73	0,032
Schlafbeeinträchtigung	129	53,55	9,29	53,48	9,46	-0,07	0,917
Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten	143	41,51	10,51	40,34	10,64	-1,17	0,087
Beeinträchtigung durch Schmerzen	151	61,22	9,50	62,23	9,26	1,01	0,068
Gesundheitsbezogene Lebensqualität - EQ5D-Index	168	57,89	35,92	56,12	37,22	-1,77	0,438
Gesundheitsbezogene Lebensqualität - EQ5D-VAS	182	53,92	21,24	52,55	21,06	-1,37	0,330
Schmerzintensität	182	4,96	2,49	4,84	2,61	-0,12	0,480
Resilienz	151	51,58	16,66	50,5	16,90	-1,08	0,411
Selbstwirksamkeitserwartung	155	29,88	8,49	29,52	10,48	-0,36	0,598
Gesundheitskompetenz Score	144	10,29	4,42	10,55	4,47	0,26	0,434
Gesundheitskompetenz Levels	144						0,474
Anzahl Ärzte	175	3,38	1,73	3,41	1,61	0,03	0,751
Mehr als 4 Medikamente	184	74,50%		75,50%		-1,00%	0,860
Kenntnis der eigenen Medikation	182	91,20%		90,70%		0,50%	1,000

3.3.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die berichtete gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wertebereich jeweils zwischen 0 und 100 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität anzeigen) lag an Baseline sowohl gemessen als EQ5D-Index als auch mittels visueller Analogskala im mittleren Bereich (57,89 bzw. 53,92 Punkte). Im Follow-Up zeigten sich geringfügig niedrigere Werte (56,12 bzw. 52,55 Punkte), die aber nicht statistisch signifikant sind ($p=0,438$ bzw. $p=0,330$) und somit im Bereich erwartbarer statistischer Schwankungen liegen.

3.3.2.3 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Die verwendete Skala zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung hat einen Wertebereich von 10 bis 40 Punkten, höhere Scores zeigen eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung an. An Baseline lag der mittlere Score der Stichprobe bei 29,88 Punkten, im Follow-Up (29,52 Punkte) veränderte er sich nur geringfügig. Der Gruppenunterschied ist nicht signifikant ($p=0,598$). Der Score entspricht fast exakt dem

arithmetischen Mittel der Bevölkerungsnorm (Hinz et al. 2006) für Männer zwischen 61 und 95 Jahren (29,8) und liegt über jenem für Frauen der gleichen Altersgruppe (27,6).

3.3.2.4 Resilienz

Der Wertebereich der Resilienzskala RS-11 erstreckt sich von 0 bis 100 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere Resilienz anzeigen. Der an Baseline gemessene mittlere Score für die Resilienz der Teilnehmenden lag bei 51,58 Punkten. Im Follow-Up lag der Score geringfügig um ca. einen Punkt niedriger (50,50 Punkte), dieser Unterschied ist nicht signifikant ($p=0,411$). Einen Score von maximal 52 Punkten weisen in der Gesamtbevölkerung 30% der 14-95-Jährigen auf (Schumacher et al. 2005), die Stichprobe liegt hinsichtlich ihrer Resilienz also im Mittel also auf dem Niveau des unteren Drittels der Bevölkerung.

3.3.2.5 Gesundheitskompetenz

Der Wertebereich des HLS-EU-Q16 liegt zwischen 0 und 16 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere Gesundheitskompetenz anzeigen. An Baseline lag der mittlere Score bei 10,29, im Follow-Up etwas höher mit 10,55 Punkten. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,434$). Aus dem Index-Wert des Instruments lassen sich drei Levels der Gesundheitskompetenz ableiten (Röthlin et al. 2013). Bezogen auf die N=144 Befragten, von denen Scores für beide Messzeitpunkte vorlagen, wiesen an Baseline 36,1% eine ausreichende Gesundheitskompetenz auf, im Follow-Up waren es 39,6%. Eine problematische Gesundheitskompetenz zeigten Baseline 28,5%, im Follow-Up 25,7%. Auf dem niedrigsten Level, dem der inadäquaten Gesundheitskompetenz, befanden sich an Baseline 35,4% der Befragten und im Follow-Up 34,7%. Auch der Unterschied zwischen den Levels ist statistisch nicht signifikant ($p=0,474$). Verglichen mit der Bevölkerungsnorm (Jordan & Hoebel 2015) für die Levels auf Basis des HLS-EU-Q16 für die Altersgruppe 60 und älter (54,7% ausreichend, 32,8% problematisch, 12,5% inadäquat) ist die Gesundheitskompetenz der Stichprobe deutlich niedriger.

3.3.2.6 Körperliche Funktionsfähigkeit

Die so genannten T-Scores der PROMIS-Skalen haben einen Wertebereich von 0 bis 100. Höhere Punkte zeigen dabei eine höhere Ausprägung des jeweils gemessenen Konstrukts an. Die Scores sind so normiert, dass der Durchschnitt der Referenzpopulation bei 50 Punkten liegt und 10 Punkte jeweils eine Standardabweichung bedeuten. Dies gilt auch für die in den folgenden Abschnitten berichteten Outcomes. Für die körperliche Funktionsfähigkeit, gemessen mit der Short Form PROMIS SF v2.0 – Physical Function 4a, lag an Baseline im Mittel bei 38,15 von 100 Punkten, was einer moderaten Beeinträchtigung (30-40 Punkte) entspricht. Im Follow-Up reduzierte sie sich um weniger als einen Punkt auf 37,15 Punkte. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,161$).

3.3.2.7 Erschöpfung

Die selbst wahrgenommene Erschöpfung bei alltäglichen Verrichtungen wurde mit der Short Form PROMIS SF v1.0 – Fatigue 4a gemessen. An Baseline lag der mittlere Punktwert bei 56,21, was einer milden Beeinträchtigung (55-60 Punkte) entspricht. Im Follow-Up bei 57,93. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p=0,032$). Wir bewerten diese Zunahme an Erschöpfung um 1,72 Punkte aber als nicht klinisch bedeutsam, zumal beide Scores im Bereich der „milden“ Beeinträchtigung liegen.

3.3.2.8 Depressive Stimmungslage

Durch die Teilnehmenden berichtete depressive Stimmungslagen wurden mit der Short Form PROMIS SF v1.0 – Depression 4a gemessen. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 100 Punkten, wobei höhere Werte eine depressivere Stimmungslage anzeigen. An Baseline lag der mittlere Punktwert bei 54,87, im Follow-Up bei 55,15. In der Logik der PROMIS-Skalen liegt der t0-Wert gerade noch im normalen Bereich (unter 55 Punkten), während der t1-Wert eine milde Beeinträchtigung (55-60 Punkte) darstellt. Dieser Unterschied ist statistisch aber nicht signifikant ($p=0,671$).

3.3.2.9 Beeinträchtigung durch Schmerzen und Schmerzintensität

Die subjektiv erlebte Schmerzintensität wurde mittels eines zum PROMIS-29 v2.1 Profil gehörenden Einzelitem („Global07“) gemessen. Es handelt sich um eine numerische Ratingskala mit einem Wertebereich zwischen 0 (keine Schmerzen) und 10 (schlimmste vorstellbare Schmerzen). An Baseline lag die im Mittel berichtete Schmerzintensität bei 4,96, im Follow-Up wurde im Mittel eine etwas geringere Schmerzintensität (4,84 Punkte) berichtet. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,480$). Die Beeinträchtigung durch Schmerzen lag an t0 bei 61,22 Punkten und an t1 bei 62,23 Punkten. Beide Werte liegen im Bereich einer moderaten Beeinträchtigung. Der Unterschied ist nicht signifikant ($p=0,068$).

3.3.2.10 Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten

Die Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten wurde mittels der Short Form PROMIS SF v1.0 – Ability to Participate in Social Roles and Activities 4a gemessen, der Wertebereich liegt zwischen 0 und 100 Punkten. An Baseline lag der mittlere Punktwert bei 41,51 Punkten, im Follow-Up bei 40,34 Punkten. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,087$). Beide Scores entsprechen einer milden Beeinträchtigung (40-45 Punkte).

3.3.2.11 Schlafbeeinträchtigung

Schlafbeeinträchtigung wurde mittels der Short Form PROMIS SF v1.0 – Sleep Disturbance 4a gemessen, die einen Wertebereich zwischen 0 und 100 Punkten umfasst. An Baseline lag der mittlere Score bei 53,55 Punkten, im Follow-Up fast unverändert bei 53,48 Punkten. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,917$). Beide Scores sind als normal („within normal limits“) zu interpretieren.

3.3.2.12 Polypharmazie

Bezogen auf die N=184 Teilnehmenden, von denen für beide Messzeitpunkte Daten vorlagen, lag der Anteil von Personen mit 5 oder mehr Medikamenten an Baseline bei 74,5% und im Follow-Up bei 75,5%. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,860$). 91,20% der Befragten gaben an Baseline an, für jedes ihrer Medikamente zu wissen, wofür sie es einnehmen. Im Follow-Up lag der Anteil bei 90,7%, dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=1,000$).

3.3.2.13 Kenntnis der eigenen Medikation

Von N=182 Befragten gaben an t0 91,2% an, für jedes ihrer Medikamente zu wissen, warum sie es einnehmen. An t1 blieb dieser Anteil mit 90,7% nahezu gleich, der Unterschied ist nicht statistisch signifikant ($p=1,000$).

3.3.2.14 Inanspruchnahme von Ärzten, anderen Leistungserbringern und informellen Hilfen

An Baseline gaben die Befragten im Mittel an, bei 3,38 Ärzten zeitgleich in Behandlung zu sein. Dieser Wert blieb im Follow-Up fast unverändert bei 3,41. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,751$).

Auch für andere professionelle Leistungserbringer und informelle Hilfen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen von t0 zu t1 (Tabelle 12), mit einer Ausnahme: Einen Lieferdienst für Lebensmittel (z.B. durch einen Supermarkt) nahmen an t1 9 Personen (5,3%) in Anspruch, an t0 war dies nur bei einem Teilnehmenden (0,6%) der Fall. Der Unterschied ist signifikant ($p=0,008$). Auffällige Veränderungen zeigten sich auch bei der Inanspruchnahme von Lieferungen zubereiteter Lebensmittel, hier kamen zu einer Person an t0 (0,6%) sechs weitere an t1 hinzu. Der Anteil steigt auf 4,7%, der Unterschied war aber nicht signifikant ($p=0,070$). Ein deutlicher Zuwachs zeigte sich auch bei der informellen Unterstützung durch nicht im Haushalt lebende Personen. Der Anteil der Teilnehmenden, die auf diese Weise unterstützt wurden, erhöhte sich von 58 Personen (32,6%) auf 67 Personen (37,6%), wobei 10 Personen diese Unterstützung an t1 nicht mehr erhielten, sie bei 19 Personen aber neu hinzukam. Die Nutzung von Physiotherapie lag bereits an t0 mit 22,2% in einem eher hohen Bereich und erhöhte sich zu t1 auf 27,5%, wobei 24 Personen diese Leistung neu in Anspruch nahmen und sie bei 15 Personen im Vergleich zu t0 wegfiel. Diese Veränderungen waren aber nicht signifikant (0,200). Auf niedrigem Niveau zeigte sich auch eine Veränderung bei der Nutzung von Diätassistenten und Ernährungsberatern. An t0 nutzten zwei Personen (1,2%) diese Leistung, bei beiden war dies an t1 nicht mehr der Fall. Im Gegenzug kamen sechs neue Teilnehmende (3,6%) hinzu, die diese Leistung nutzten. Der Unterschied war nicht signifikant ($p=0,289$). Leistungen eines Podologen nahmen an t0 17,4% der Teilnehmenden in Anspruch, an t1 sank der Anteil auf 13,8%. Während acht Personen diese Leistung neu in Anspruch nahmen, fiel sie bei 14 Personen weg. Auch dieser Unterschied war nicht signifikant ($p=0,286$). Bei allen übrigen Leistungserbringern und informellen Hilfen zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen.

Tabelle 12: p-Werte für die Inanspruchnahme professioneller Leistungserbringer und informeller Hilfen im Längsschnitt

Leistungserbringer	p-Wert
Ambulanter Pflegedienst	1,000
Tagespflege	0,700
Pflegeheim	0,250
im Haushalt lebende Angehörige	1,000
im Haushalt lebende 24-Stunden-Pflegekraft	1,000
Nicht im Haushalt lebende Angehörige, Freunde, Bekannte	0,136
Nachbarschaftsverein	1,000
Lieferdienst für zubereitete Mahlzeiten („Essen auf Rädern“)	0,070
Lieferdienst für Lebensmittel (z.B. durch einen Supermarkt)	0,008
Logopäde	---
Physiotherapeut	0,200
Ergotherapeut	0,774
Ernährungsberater oder Diätassistent	0,289
Podologe	0,286
Masseur oder medizinischer Bademeister	1,000
Heilpraktiker	1,000

3.3.2.15 Zufriedenheit

Die globale, auf einer Schulnoten-Skala von 1-6 erfragte Zufriedenheit mit den Leistungen der Versorgungsform insgesamt lag im Mittel bei $1,9 \pm 1,1$, wobei nur 3,0% der Befragten die Noten 5 oder 6 vergaben und 44,6% ein „sehr gut“.

Ähnlich wurde die Zufriedenheit mit der durch die Fallmanager erhaltene Unterstützung bewertet, sie lag im Mittel bei $1,83 \pm 1,1$.

Die Zufriedenheit mit der Elektronischen Plattform wurde mangels eigener Erfahrungen von der Mehrzahl der Befragten nicht beantwortet (N=49), die Zufriedenheit lag hier lediglich bei einer Durchschnittsnote von $3,53 \pm 1,72$, wobei jeder Fünfte (24,5%) ein „ungenügend“ vergab und weitere 4,1% die Note 5. Umgekehrt vergaben 34,7% die Noten 1 („sehr gut“) oder 2, das Meinungsbild hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Plattform kann als sehr heterogen bezeichnet werden.

Die Befragten, die die Teilleistung des telemedizinischen Monitorings in Anspruch genommen hatten, bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Nutzung der telemedizinischen Geräte mit Mittel mit der Note $1,81 \pm 1,31$, wobei 56,6% ihre Zufriedenheit mit der Note „sehr gut“ und weitere 25,9% die Note 2 ausdrückten. 7,1% vergaben eine 5 oder ein „ungenügend“.

N=39 Personen bewerteten, ebenfalls auf einer Schulnotenskala, ihre Zufriedenheit mit der Hilfe, die sie bei einem Anruf im Rahmen der Teilleistung „Erweiterte Erreichbarkeit“ erhalten hatten. Die Durchschnittsnote lag bei $2,38 \pm 1,58$. Mehr als zwei Drittel der Befragten vergaben die Noten „sehr gut“ oder „gut“, andererseits zeigten sich 15,4%, die die Noten 5 oder „ungenügend“ vergaben, unzufrieden.

93,9% der Befragten stimmten der Aussage, dass das Angebot von OBERBERG_FAIRsorgt unbedingt weiterbestehen solle, tendenziell zu (82,7%: stimmt genau). Ein ähnlich hoher Anteil bejahte die Aussage, dass die Versorgungsform auch Versicherten anderer Krankenkassen offenstehen sollte (92,8%, davon 76,9% stimmt genau). Im Follow-Up gaben zwei Drittel der Befragten an, dass sich durch die Versorgungsform ihre Gesundheitsversorgung verbessert habe (jeweils ca. ein Drittel „stimmt eher“ und „stimmt genau“). Kategorisch verneint („stimmt nicht“) wurde diese Aussage von 12,4%. Ein Drittel der Befragten befand, dass sie ohne die Versorgungsform im Zeitraum der Versorgung nicht so hätten weiter wohnen können wie zuvor (

Tabelle 13).

Tabelle 13: Globale Beurteilung der Versorgungsform

	N	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	Median	IQR
Das Angebot von OBERBERG_FAIRsorgt sollte unbedingt weiter bestehen.	196	3,1%	3,1%	11,2%	82,7%	3 (stimmt genau)	0
Ein Angebot wie OBERBERG_FAIRsorgt sollte auch Menschen offenstehen, die nicht bei der AOK krankenversichert sind.	195	3,1%	4,1%	15,9%	76,9%	3 (stimmt genau)	0
Durch OBERBERG_FAIRsorgt hat sich die Qualität meiner Gesundheitsversorgung verbessert.	185	12,4%	18,4%	33,0%	36,2%	2 (stimmt eher)	2
Ohne OBERBERG_FAIRsorgt hätte ich im letzten Jahr	184	51,6%	14,1%	15,8%	18,5%	0 (stimmt nicht)	2

nicht weiter so wohnen können wie zuvor.							
---	--	--	--	--	--	--	--

Die Wichtigkeit, die die Befragten den einzelnen Teilleistungen der Versorgungsform beimessen, wurde auf einer Skala von 0 (überflüssig) bis 4 (unverzichtbar) gemessen. Den höchsten Mittelwert (3,4 von 4) erreichte dabei der Aspekt, dass alle an der eigenen Gesundheitsversorgung Beteiligten zusammenarbeiten und einen gemeinsamen Versorgungsplan erstellen. Auch die Erweiterte Erreichbarkeit, also die Möglichkeit, zu jeder Zeit einen Arzt telefonisch erreichen zu können, wurde mit einem Mittelwert größer als 3 bewertet. Diese beiden Teilleistungen bewerteten über 60% der Befragten als unverzichtbar. Gut die Hälfte der Befragten sah die Unterstützung durch einen Fallmanager als unverzichtbar an (Mittelwert: 2,98). Auch der regelmäßige Austausch aller an der eigenen Gesundheitsversorgung Beteiligten (Fallkonsil), die gemeinsame Nutzung gesundheits- bzw. versorgungsrelevanter Daten auf einer gemeinsamen Elektronischen Plattform sowie ein telemedizinisches Monitoring in der eigenen Häuslichkeit wurde mit Mittelwerten zwischen 2,9 und 2,7 als wichtig erachtet (Tabelle 14).

Tabelle 14: Wichtigkeit der einzelnen Teilleistungen

„Wie wichtig ist es Ihnen, dass...“	N	überflüssig	1	2	3	unverzichtbar	MW	SD
Sie von einer Fallmanagerin/einem Fallmanager unterstützt werden?	184	4,9%	12,4%	13,0%	18,9%	50,8%	2,98	1,26
alle an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten (Ärzte, Fallmanager, ggf. Pflegedienst, etc.) zusammenarbeiten und gemeinsam einen Versorgungsplan für Sie erstellen?	74	4,1%	2,7%	5,4%	25,7%	62,2%	3,4	1,00
sich alle an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten regelmäßig untereinander zu Ihrer Versorgung austauschen?	179	4,5%	11,7%	14,5%	25,1%	44,1%	2,9	1,21
Informationen zu Ihrer Gesundheit allen an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten auf einer gemeinsam genutzten Elektronischen Plattform zur Verfügung stehen?	170	7,6%	10,6%	12,9%	31,2%	37,6%	2,8	1,26
die Möglichkeit besteht, über eine besondere Telefonnummer in Notfällen immer eine Ärztin oder einen Arzt erreichen zu können	184	5,4%	9,8%	6,0%	17,9%	60,9%	3,2	1,23

(„Erweiterte Erreichbarkeit“)?								
die Möglichkeit besteht, dass Sie zu Hause selbst z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Körpergewicht oder ein EKG messen können und diese Daten automatisch elektronisch zu Ihrem Arzt übertragen werden?	168	7,7%	17,3%	11,9%	25,0%	38,1%	2,7	1,34

3.3.3 Outputs und Prozesse

3.3.3.1 Rekrutierungswege

In der Baseline-Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten, darüber Auskunft zu geben, auf welchen Wegen sie von dem Angebot der neuen Versorgungsform erfahren haben. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Als der mit weitem Abstand dominante Rekrutierungsweg stellte sich dabei die Information durch den Hausarzt heraus (82,1% der Fälle). Informationen durch Familie oder Bekannte (8,4%) spielten ebenfalls eine Rolle, allerdings eine untergeordnete, seltener erfuhren die Befragten über ihren Pflegedienst (4,0%) oder über die Medien (2,6%) von der Versorgungsform, nur in einem Fall während eines Krankenhausaufenthalts. 11,0% der Befragten gaben sonstige Kanäle an. 5,9% gaben dabei an, angeschrieben worden zu sein, wobei der Großteil dieser Befragten explizit Anschreiben der Krankenkasse nennt. Vier Personen gaben an, direkt über das Team von OBERBERG_FAIRsorgt von dem Angebot erfahren zu haben, weitere Einzelnennungen waren die Senioren- und Pflegeberatung, die Stadtverwaltung, ein „Informationsstand auf dem Markt“, das eigene Pflegeheim sowie allgemein „Reklame“.

3.3.3.2 Zusammenarbeit mit dem Fallmanager

Der Aussage, durch den Fallmanager vor allem zu Beginn der Teilnahme unterstützt worden zu sein, stimmten 82,7% der Befragten tendenziell zu (53,9%: stimmt genau, Median: stimmt genau). Zugleich stimmten der Aussage, in den letzten Monaten der Versorgung mehr Unterstützung durch den Fallmanager benötigt zu haben, 73,2% der Befragten tendenziell nicht zu (54,2%: stimmt nicht, Median: stimmt nicht). Gefragt nach der Häufigkeit der Kontakte zum Fallmanager, gab für jedes der vier Quartale der einjährigen Versorgung eine deutliche Mehrheit (zwischen 57,5% und 69,5%) an, dass es 1-5 Kontakte gegeben habe. Für die jeweiligen Quartale 2-4 antwortete jeweils mehr als jeder Fünfte, dass im betreffenden Quartal gar kein Kontakt zum Fallmanager stattgefunden habe (Tabelle 15).

Tabelle 15: Häufigkeit der Kontakte zum Fallmanager nach Quartalen des eigenen Interventionszeitraums

	N	>10x	6-10x	1-5x	gar nicht	Median	IQR
In den ersten 3 Monaten	167	6,0%	15,6%	69,5%	9,0%	2 (1-5x)	0
In den Monaten 4-6	159	0,6%	13,2%	64,2%	22,0%	2 (1-5x)	0
In den Monaten 7-9	155	2,6%	12,9%	60,0%	24,5%	2 (1-5x)	0
In den Monaten 10-12	174	8,0%	11,5%	57,5%	23,0%	2 (1-5x)	0

Danach gefragt, ob es ihnen gelungen sei, zu ihrem Fallmanager ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, antworteten 55,7% der Befragten mit „stimmt genau“ und 24,6% mit „stimmt eher“. 8,2% verneinten dies kategorisch („stimmt nicht“). 85,8% bejahten tendenziell die Aussage, dass sie sich stets mit allen Fragen an ihren Fallmanager hatten wenden können (72,1% stimmt genau). 83,7% der Befragten stimmten tendenziell der Aussage zu, dass der Fallmanager im Nachhinein für sie das Wichtigste an der Neuen Versorgungsform gewesen sei (70,4% stimmt genau).

15,9% der Befragten gab in der Follow-Up-Befragung an, dass es im Versorgungszeitraum zu einem Wechsel des zuständigen Fallmanagers gekommen sei. Zugleich bejahten tendenziell 85,8% der Befragten (77,5% stimmt genau, Median: stimmt genau), dass es für sie wichtig sei, als Fallmanager immer den gleichen Ansprechpartner zu haben.

3.3.3.3 Einbeziehung in Versorgungsplanung und Steuerung des Versorgungsprozesses

Der Aussage, dass ein Versorgungsplan erstellt und dieser mit ihnen besprochen worden sei, stimmten lediglich 59,5% der Befragten zu (43,8%: stimmt genau, Median: „stimmt eher“), 28,1% verneinten diese Aussage kategorisch („stimmt nicht“). Der Anteil der Befragten, die tendenziell der Aussage zustimmen, sich in alle Planungen die eigene Gesundheitsversorgung betreffend einbezogen gefühlt zu haben, lag mit 70,6% höher (48,9% „stimmt genau“). Diese Aussage wurde aber auch von 18,9% der Befragten strikt („stimmt nicht“) verneint. Knapp jeder Zweite gab an, dass ihm/ihr manchmal nicht ganz klar gewesen sei, was zwischen Arzt und Fallmanager besprochen worden sei (28,7% „stimmt genau“, 17,8% „stimmt eher“). Hingegen bejahten 88,2% die Aussage, letztendlich alle wichtigen, die Gesundheitsversorgung betreffenden, Entscheidungen selbst zu treffen (72,7% „stimmt genau“, Tabelle 16).

Tabelle 16: Einbeziehung in den Versorgungsprozess

	N	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	Median	IQR
Es wurde ein Versorgungsplan für mich erstellt, der mit mir besprochen wurde.	178	28,1%	12,4%	15,7%	43,8%	2 (stimmt eher)	3
Ich habe mich in alle Planungen, die meine Gesundheitsversorgung betreffen, einbezogen gefühlt.	180	18,9%	10,6%	21,7%	48,9%	2 (stimmt eher)	2
Am Ende treffe ich selbst alle wichtigen Entscheidungen, die meine Gesundheitsversorgung betreffen.	186	6,5%	5,4%	17,2%	71,0%	3 (stimmt genau)	1
Manchmal war mir nicht ganz klar, was meine Fallmanagerin/mein Fallmanager und mein Arzt/meine Ärztin zusammen besprochen haben.	174	32,2%	21,3%	17,8%	28,7%	1 (stimmt kaum)	3

3.3.3.4 Nutzung der Elektronischen Plattform

Lediglich 5,6% der Befragten gaben an, während des Versorgungszeitraums jemals selbst auf die Elektronische Plattform zugegriffen zu haben.

3.3.3.5 Erweiterte Erreichbarkeit

14,5% der Befragten gaben an, während des Versorgungszeitraums die Teilleistung der Erweiterten Erreichbarkeit genutzt, also die entsprechende besondere Rufnummer angerufen zu haben. Die Möglichkeit, diese Leistung zu nutzen, war einem großen Teil der Befragten bewusst, 82,4% stimmten dieser Aussage voll oder eher zu. Ein knappes Viertel der Befragten gab allerdings an, die entsprechende Telefonnummer nicht immer griffbereit gehabt zu haben. Zwei Drittel der Befragten stimmte der Aussage zu, dass die Erweiterte Erreichbarkeit ihnen ein zusätzliches Sicherheitsgefühl gegeben habe, voll zu, weitere 10,1% stimmten dieser Aussage eher zu (Tabelle 17).

Tabelle 17: Prozesse und Outputs: Erweiterte Erreichbarkeit

	N	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	Median	IQR
Mir war bewusst, dass ich die „Erweiterte Erreichbarkeit“ nutzen konnte.	188	8,0%	9,6%	8,5%	73,9%	3 (stimmt genau)	1
Ich hatte die Telefonnummer immer griffbereit.	189	13,2%	11,6%	15,3%	59,8%	3 (stimmt genau)	1,5
Die Möglichkeit, auch außerhalb der Sprechzeiten einen Arzt zu erreichen, hat mir ein zusätzliches Gefühl von Sicherheit gegeben.	189	12,7%	9,5%	10,1%	67,7%	3 (stimmt genau)	1

3.3.3.6 Telemedizinisches Monitoring

Von den Befragten, die die Teilleistung des telemedizinischen Monitorings in Anspruch genommen hatten, gab eine große Mehrheit an, mit der Nutzung der ihnen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Geräte keine Probleme gehabt zu haben, nachdem sie in der Handhabung unterwiesen worden waren (81,6% „stimmt genau“, 7,1% „stimmt eher“). Drei Viertel dieser Befragten sahen es positiv, dass ihnen die Nutzung dieser Geräte Besuche bei ihrem Arzt erspart habe (58,5% „stimmt genau“, 18,1% „stimmt eher“). Zu einer Veränderung der medizinischen Behandlung kam es in der Folge der Nutzung des telemedizinischen Monitorings nach Angaben der Teilnehmenden in etwas mehr als jedem dritten Fall (31,9% „stimmt genau“, 4,3% „stimmt eher“). Allerdings gaben nur zwei Drittel der Befragten an, dass ihr Arzt mit ihnen über die gemessenen Werte gesprochen habe, das übrige Drittel verneinte dies tendenziell (25,5% „stimmt nicht“, 9,6% „stimmt kaum“, Tabelle 18).

Tabelle 18: Outputs und Prozesse: Telemedizinisches Monitoring

	N	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	Median	IQR
Ich finde es gut, dass die Nutzung der Geräte mir Besuche bei meinem Arzt/meiner Ärztin erspart hat.	94	13,8%	9,6%	18,1%	58,5%	3 (stimmt genau)	0
Mein Arzt/meine Ärztin hat mit mir über meine gemessenen Werte gesprochen.	94	25,5%	9,6%	12,8%	52,1%	3 (stimmt genau)	0
Nach dem Messen meiner Werte hat mein Arzt/meine Ärztin etwas an meiner Behandlung verändert (z.B. die Medikamente)	94	58,5%	5,3%	4,3%	31,9%	0 (stimmt nicht)	3
Nachdem mir die Handhabung des Geräts/der Geräte erklärt wurde, hatte ich keine Probleme mit der Nutzung.	98	6,1%	5,1%	7,1%	81,6%	3 (stimmt genau)	0

3.4 Qualitativer Evaluationsbaustein (Stakeholder-Interviews)

3.4.1 Stichprobe

Nachfolgende Tabelle 19 zeigt die realisierte Stichprobe.

Tabelle 19: Realisierte Stichprobe im qualitativen Evaluationsbaustein.:

Stakeholder	Erhebungsmethode	Erhebungen pro Fall	Anzahl Befragte (N)
Versorgter/Versorgte	Interview	2x	40
	Tagebuch	individuell	20
Angehöriger/Angehörige	Interview	2x	20
Hausarzt/Hausärztin	Interview	1x	13
Weitere Leistungserbringende	Interview	1x	8
RCCM	Gruppendiskussion	3x	6 bzw. 4*
	Telefon-Updates zum Informationsaustausch	kontinuierlich über die Projektlaufzeit	6 bzw. 4

*Bei der ersten Gruppendiskussion im Mai 2022 nahmen sechs RCCM teil. Zwei weitere Gruppendiskussionen wurden im Mai 2023 und Oktober 2023 mit je vier RCCM durchgeführt; zwei RCCM waren Ende August 2022 planmäßig aus OBERBERG_FAIRsorgt ausgeschieden.

Die Zuordnung zu den Befragungszeitpunkten und Kohorten zeigt Tabelle 20.

Tabelle 20: Sample befragter Versorgter und Angehöriger in t0 und t1 nach Kohorten

Kohorte	Befragung t0		Wiederholungsbefragung t1		Ergänzende Erstbefragung in t1	
	Versorgter/ Versorgte	Angehöriger/ Angehörige	Versorgter/ Versorgte	Angehöriger/ Angehörige	Versorgter/ Versorgte	Angehöriger/ Angehörige
K0	5	2	5	2	0	0
K1	11	6	10	4	0	1
K2	14	7	13	6	0	0
K3	10	5	8	4	4	3
N	40	20	36	16	4	4

Alle sechs im Rahmen von OBERBERG_FAIRsorgt eingesetzten RCCM wurden in der Startphase der K2 im Mai 2022 befragt. Zum September 2022 schieden planmäßig zwei RCCM aus. Die Wiederholungsbefragungen fanden im April 2023 und Oktober 2023 mit je vier RCCM statt.

Von den 17 Hausarztpraxen, die Patienten und Patientinnen eingeschrieben hatten, wurden 13 Hausarztpraxen nach dem Ende der Intervention der K3 befragt (von August 2023 bis November 2023). Zusätzlich wurden acht weitere Leistungserbringende, die Schnittstellen zu OBERBERG_FAIRsorgt hatten, interviewt. Diese Leistungserbringenden kommen aus nachfolgenden Gruppen: ambulante Pflegedienste, Versicherungsträger, Notärzte und Notärztinnen im Hintergrund des Rettungsdiensts, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Logopäden und Logopädinnen, Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, Apotheken, Sanitätshäuser, Einrichtungen der stationären Kurz- und Langzeitpflege. Zur Wahrung der Anonymität werden hier keine näheren Angaben gemacht.

3.4.2 Realisierte Durchführung der Datenerhebung

Die 60 Befragten (Teilnehmende und Angehörige) der ersten Befragungswelle wurden im Rahmen von 37 Befragungen interviewt. 17 Interviews wurden mit Einzelpersonen geführt, die weiteren Befragungen wurden mit zwei oder drei Personen als Gruppendiskussionen durchgeführt. Daran waren in 17 Fällen zwei Personen (beide Partner in der Versorgung; ein Partner in der Versorgung und der andere Partner als Angehöriger, Versorgte zusammen mit Tochter) und in 3 Fällen drei Personen (Sohn als Angehöriger zusammen mit den Eltern in der Versorgung; Tochter bzw. Schwiebertochter als Angehörige zusammen mit Mutter und Schwiegermutter in der Versorgung; Versorgte mit Tochter und Schwiegersohn als Angehörige) beteiligt.

Die 60 Befragten der zweiten Befragungswelle wurden im Rahmen von 40 Befragungen interviewt. 21 Interviews wurden mit Einzelpersonen geführt, 18 Befragungen wurden als Gruppendiskussion mit zwei Personen geführt und eine Befragung wurde mit drei Personen geführt.

Zum Zeitpunkt der zweiten Befragungswelle waren drei Versorgte, die an der ersten Befragung teilgenommen hatten, und zwei Versorgte, bei denen Angehörige in einem Einzelinterview stellvertretend befragt worden waren, verstorben. Eine Versorgte, deren ebenfalls in die Versorgung aufgenommener Partner im Versorgungszeitraum verstorben war, wollte an der zweiten Befragung nicht mehr teilnehmen, ebenso vier Angehörige. Damit wurden für die zweite Befragungswelle vier Versorgte und vier Angehörige nachrekrutiert.

Die Stakeholder wurden entweder einmalig oder zu zwei Zeitpunkten befragt. Die Leitfäden wurden im Evaluationsteam entwickelt. In der praktischen Handhabung diente der jeweilige Leitfaden bei den Befragungen zur Selbststrukturierung der Interviewperson und wurde, um narrative Gesprächspassagen zu befördern (Küsters 2019; Lucius-Hoene & Deppermann 2004), eher im Hintergrund gehalten. Die Befragung der Versorgten und Angehörigen (in

wenigen Ausnahmen wurde ein Telefoninterview bevorzugt) erfolgte im Rahmen von Face-to-Face-Interviews in der Häuslichkeit der Befragten.

Mit den RCCM wurden drei Gruppendiskussionen vor Ort durchgeführt. Bei den Hausärzten, Hausärztinnen und weiteren Leistungserbringenden, die zum Ende der Intervention für ein Interview angesprochen wurden, fand der Erstkontakt telefonisch und per E-Mail statt. Um Ort und Zeit der Befragung möglichst flexibel für die Befragten wählbar zu gestalten, wurde eine Befragung vor Ort, per Zoom oder Telefon vorgeschlagen. Letztendlich wurden 14 Telefoninterviews, vier Face-to-Face Interviews in den Hausarztpraxen und drei Befragungen per Zoom durchgeführt.

3.4.3 Ergebnisse

3.4.3.1 Outputs und Prozesse

3.4.3.1.1 Startphase der Neuen Versorgungsform aus Perspektive der Versorgten und Angehörigen

Im Rahmen der ersten Befragungswelle, die zum Start der Versorgung mit Versorgten und Angehörigen stattfand, standen nachfolgende Themen im Vordergrund: Zugang zu OBERBERG_FAIRsorgt, Motivation zur Teilnahme an der Neuen Versorgungsform sowie Erlebnisse mit und Einstellungen zu den neuen Elementen in der Startphase der Versorgung: RCCM, Eingangsassessment, Versorgungsplan, Elektronische Plattform.

3.4.3.1.2 Rekrutierungswege

OBERBERG_FAIRsorgt bedingt, dass für eine Projektteilnahme sowohl die Hausarztpraxis als auch die Versicherten, die von eben dieser Praxis versorgt werden, eingeschrieben sein müssen. Damit ist der Prozess mehrstufig. Die Kreisverwaltung warb per E-Mail bei den Hausarztpraxen für die Projektteilnahme und lud zu zahlreichen Zoom-Informationsveranstaltungen (die Jahre 2020 und 2021 waren von Lock-Downs der Corona-Pandemie geprägt) ein. Als nächsten Schritt galt es, Hausarztpraxen und Versicherte in die Neue Versorgungsform einzuschreiben. Hier waren die Überzeugungskraft der RCCM, deren hoher zeitlicher Einsatz und deren Vernetzung im Oberbergischen wesentlich.

Die Rekrutierung zur Teilnahme der Versorgten an OBERBERG_FAIRsorgt erfolgte auf verschiedenen Pfaden. Als zielsicher zeigten sich nachstehende zwei Rekrutierungsinstrumente.

Ansprache der Versicherten durch die Hausarztpraxen

Die überwiegende Anzahl der Befragten berichtet, dass sie vom Hausarzt oder der Hausärztin oder dessen Team zur Teilnahme angesprochen und hier wesentliche Überzeugungsarbeit geleistet wurde. Als notwendige Bedingung für eine Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt kann ein vertrauensvolles Arzt/Ärztin-Patienten/Patientinnen-Verhältnis, das sich über das gesamte Team der Hausarztpraxis erstreckt, konstatiert werden. Auch Angehörige, die z. T. die gesetzliche Betreuung ihrer Verwandten innehaben, wurden vom Hausarzt oder der Hausärztin stellvertretend für die Versicherten zur Teilnahme angesprochen.

Motivationsschreiben der AOK Rheinland/Hamburg an die Versicherten

Im Januar 2022 verschickte die AOK Rheinland/Hamburg an alle über 65jährigen Versicherten im Oberbergischen Informationsschreiben und machte auf OBERBERG_FAIRsorgt aufmerksam. Einige Versorgte berichten, dass das AOK-Anschreiben sie ermutigte, ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin auf die Teilnahme an der Neuen Versorgungsform anzusprechen. Vorausgesetzt die Hausarztpraxis nahm an OBERBERG_FAIRsorgt teil, erfolgte

dann, wenn die Versicherten die Teilnahmekriterien erfüllten, eine kurze Aufklärung und die Übergabe der Einschreibungsunterlagen an die Versicherten.

Weitere Rekrutierungswege

Zahlreiche Beiträge in Print und Radio flankierten das Werben. Befragte erwähnen Berichte in Zeitungen und Radio, allerdings sind die Befragten zu diesem Zeitpunkt schon in OBERBERG_FAIRsorgt eingeschrieben, sodass bei den Befragten keiner im direkten Zusammenhang mit Medienberichten zur Teilnahme motiviert wurde.

Zusätzlich warb die Kreisverwaltung mit Informationsständen auf Wochenmärkten. Hier berichtet eine Versorgte, dass sie auf einem Wochenmarkt von einer RCCM beim Verweilen an einem Informationsstand angesprochen und zur Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt überzeugt wurde.

3.4.3.1.3 Motivation zur Teilnahme an der Neuen Versorgungsform

Gefragt nach der Motivation, an OBERBERG_FAIRsorgt teilzunehmen, offenbaren sich unterschiedliche Blickwinkel. Der Begriff Motivation wird im Folgenden im Sinn eines Antriebs für eine Handlung, eben für die Entscheidung zur Teilnahme an der Neuen Versorgungsform gegenüber der Handlungsalternative der Nichtteilnahme, verwendet (Brandstätter 2018, S. 3). Die dahinterstehenden Motive sind dann die Gründe, warum sich die Versicherten zur Teilnahme befähigt haben. Demnach steht hinter der Motivation, ein Motiv, mit dem das Handeln gerechtfertigt wird (Becker 2019, S. 20). Da keine biografischen Interviews geführt wurden, ist es im Folgenden schwierig, die Motivation als den psychologischen Prozess, der sich ganz allgemein auf die Ursache des Verhaltens bezieht und das Motiv als Grund für das Verhalten zu trennen. Hier werden diese Begriffe, wenn auch nicht wissenschaftlich korrekt, synonym verwendet.

Die Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt kann aus *Neugierde* auf die Neue Versorgungsform, die mit zusätzlichen Elementen wirbt und Änderungen bei der Gesundheitsversorgung verspricht, erfolgen. Vor dem Hintergrund, dass es aktuell oder in der Vergangenheit Geschehnisse (Krankenhausaufenthalte, Schwierigkeiten bei der Facharztsuche oder den Begleittherapien) gab, die als Herausforderungen bilanziert werden, bietet OBERBERG_FAIRsorgt die Option, die eigene Gesundheitsversorgung oder die eines Angehörigen zu stabilisieren, gar zu verbessern. Damit ist die Teilnahmemotivation *Neugierde* durchaus nutzenorientiert an erwartete Leistungen geknüpft:

1. RCCM als unterstützende Ansprechpersonen
Wir haben das in Anlauf genommen, weil eine OP anstand bei meiner Mutter. Das war so das erste Anliegen, dass ich dann auch so ein bisschen jemanden im Hintergrund habe, der das auch managt, was ich halt jetzt nicht weiß, sei es mit Pflegedienst, sei es mit gewissen Sachen, die anberaumt worden sind. Das war so der Anstoß, wo ich gesagt habe: 'Mensch, Mama, es gibt da eine Versorgungsform, eine Neue Versorgungsform. Da würde ich dich gern reinpacken. Da passt du rein.' Und ich finde, das ist wichtig. Das war so diese OP, das fing damit an. (A2, Pos.27)
2. RCCM als zusätzliche Fachexperten und Fachexpertinnen
Sie haben sich eigentlich nur das Bein angeguckt. Es ging um das Bein. Ende August war er umgeknickt, ist er hier gestürzt in der Küche. Und ich bin mit ihm mehrfach überall gewesen und die haben ihn immer wieder hier nach Hause gebracht und da in seinen Stuhl hingesetzt. Und dann hat er zu mir gesagt: 'Ich habe aber Schmerzen.' Aber ich sage: 'Was soll ich denn machen?' So, und dann kamen die Frau RCCM und die Frau RCCM und die guckten sich den Fuß an, die hatte den abgewickelt, sage ich mal, aufgemacht und haben direkt gesagt: 'Was ist das? Der Fuß ist deformiert. Sofort ins Krankenhaus.' (A6, Pos.34)

3. Erweiterte Erreichbarkeit

Was ich sehr gut fand oder der Punkt, der mir am wichtigsten war, diese Erweiterte Erreichbarkeit. Das ist jetzt freigeschaltet worden. Und das finde ich wirklich gut, weil oft am Wochenende irgendwas ist. Wir sind bekannt mit unserem Hausarzt, aber den will man auch nicht am Wochenende mal anrufen. Wenn jetzt etwas wäre. Sie hat zwar auch den Knopf von den Johannitern. Aber ich finde so jemanden, wo man weiß, wenn jetzt irgendein Problem ist, den kann ich fragen, einen Facharzt, oder einen Arzt. Das fand ich gut. Das beruhigt irgendwie, wenn man so eine Möglichkeit hat. Das ist schon irgendwie so ein bisschen, als wenn einem ein Stück von dem Rucksack abgenommen wird. Oder ein bisschen unterstützt wird. (A8, Pos.3)

4. Zusammenarbeit der Leistungserbringenden

Ja, vorrangig war natürlich die Hilfe. Was für mich auch maßgebend war, war das auf dem Prospekt steht, dass Hausarzt und Facharzt und AOK-Krankenkasse, dass die halt zusammenarbeiten. Und das war für mich ausschlaggebend. Also alle zusammen. Und dann habe ich gedacht: Das kann ja nicht schiefgehen. (P6, Pos.26)

Situationen und Gefühle der *Überforderung* mit der Gesundheitsversorgung, aktuell oder aber in der nahen Vergangenheit, werden sowohl von den Versorgten als auch von den Angehörigen berichtet und stellen eine Motivation zur Teilnahme dar.

Ich habe in meinem Leben mit dieser Sache noch nie was zu tun gehabt. So und das ist jetzt alles Neuland. Und weil man selber auch nicht so gut drauf ist, ist das dann auch anstrengender alles. Und dann ist es schön, wenn man jemanden hat, der einem zur Hand gehen kann, sage ich jetzt mal so. (P11, Pos.88)

Aber dann wo mein Mann im Krankenhaus war, jetzt im Januar und Februar kam sehr viel auf mich zu. Wir mussten viele Ärzte besuchen. Ärzte, wo sie Termine bekommen in zwei Jahren nur. Und dann stand ich da, viele Überweisungen, Medikamente, was Neues, Katheter hier. Er war voll Wasser und andere Probleme auch. Und dann war ich irgendwie fertig. (A5, Pos.3)

Ja, man ist dann irgendwann mal 55, muss sich um die Eltern kümmern. Und man weiß ja gar nicht, wo vorne und hinten ist. Also wo mein Vater aus dem Krankenhaus rauskam, da ist für mich die Welt zusammengebrochen, weil, dann waren wir wieder beim Hausarzt, und er hat mir fünf Überweisungen auf den Tisch gelegt, da habe ich gesagt: 'Hey, Leute, wie soll ich denn das Ganze schaffen?' (A9, Pos.48)

Wir sind hier in einem Notfall. Wir nehmen nichts und gar nichts in Anspruch. Meine Frau kann gar nichts. Die macht auch nichts. Die kann nicht gehen, die kann schlecht, fast gar nichts sehen. Wer was macht, das bin ich. Ich mache den Haushalt, ich koche, ich gehe einkaufen, ich mache vor dem Haus alles und ich bin letztendlich auch 89 Jahre. Also ich bin auch in dem Bereich, wo ich auch vielleicht mal von heute auf morgen auch mal das ein oder andere in Anspruch nehmen muss. (P35, Pos.19)

Angehörige beschreiben einen *vorsorgenden Blick* in die Zukunft, der dann in krisenbehafteten Herausforderungen Unterstützungen durch OBERBERG_FAIRsorgt erhofft.

Im Moment, wie es läuft, läuft es eigentlich ganz gut. Aber wir wissen nicht, was morgen, übermorgen oder sonst wie passiert. Und wenn dann wirklich irgendwas ist, wenn es sich verschlimmert oder sonst was passiert. Dann erwarten wir uns einfach dann die nötige Hilfe. Wenn es jetzt vielleicht ein Kurzzeit-Platz sein muss. Oder wenn wir jetzt auf einmal zu den Fachärzten laufen müssen. Oder so. Dann erhoffen wir uns, dass wir beraten werden. Und dass uns auch manches, vielleicht die Terminierung oder so, abgenommen wird, damit es schneller geht. (A15, Pos.57)

Der Wunsch so lange wie möglich zu *Hause bleiben zu können*, oder den dementiell eingeschränkten Partner bzw. die dementiell eingeschränkte Partnerin so lange wie möglich in der Häuslichkeit versorgen zu können, stellt ein dominantes Motiv für die Teilnahme dar.

Vor allen Dingen hat mich eins [überzeugt] – Ich glaube die Frau RCCM, oder es stand in dem Schreiben, das weiß ich jetzt nicht mehr, dass solange betreut wird Zuhause und nicht abgeschoben wird im Heim. (P10, Pos.14)

Was mich daran überzeugt hat, das ist, man möchte ja so lange es möglich ist zuhause bleiben. Und ich merke ja selber, du brauchst ja immer mehr Hilfe. Ich bin ja dann auch mittlerweile von Pflegegrad zwei auf drei, weil ich das ja selber merke. Der Kopf, der will immer, aber mein Körper will nicht mehr. (P38, Pos.15)

Er (meint den Versorgten) hat gesagt: 'Ich gehe nicht ins Heim.' Und solange wir das realisieren können, machen wir das auch. Und wenn es nicht geht, dann müssen wir einen Kompromiss finden. Aber bis dahin denke ich, vergeht noch ein bisschen Zeit, hoffe ich. (t1A6, Pos. 72)

3.4.3.1.4 Interventionen der RCCM in der Startphase

Die erste Kontaktaufnahme der RCCM mit den Versorgten und deren Angehörigen erfolgte jeweils telefonisch. Dieser erste Kontakt wird als offen und freundlich beschrieben, öffnet den Zugang zur Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt und schafft die Grundlage zum Vertrauensaufbau der Dyade Versorgter/Versorgte – RCCM oder der Triade Versorgter/Versorgte – Angehöriger/Angehörige – RCCM. Ziel der ersten Besuche der RCCM in der Häuslichkeit der Versorgten ist das Erstellen einer Situationsanalyse der Versorgungssituation. Die RCCM führten bei den Versorgten ein geriatrisches Eingangsassessament durch (bei einigen wenigen Versorgten übernahmen dies die Hausarztpraxen) und im Anschluss daran ein Versorgungsgespräch mit den Hausärzten und Hausärztinnen, die dann den finalen Versorgungsplan für die Patienten und Patientinnen aufstellten.

Bei einer Gruppe der Versorgten stellte sich die Versorgungssituation als patientenzentriert dar und es mussten keine Vorschläge für Anpassungen der Versorgung gemacht werden. Hier ging es darum, die Versorgten in die Versorgungsform zu integrieren, über das Versorgungsjahr als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin zu begleiten sowie bei Änderungen des Gesundheitszustands und/oder der Versorgungssituation als beratender Ansprechpartner bzw. beratende Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen und zu intervenieren. Dabei handelt es sich beispielsweise um „jüngere“ Versorgte, die aufgrund einer chronischen Erkrankung in die Neue Versorgungsform aufgenommen wurden, aber weder in ihrer Selbstständigkeit noch Mobilität eingeschränkt sind, und um Versorgte, die sich selbst oder mit Hilfe von Angehörigen patientenzentriert organisiert haben und letztendlich zumindest zum Interventionsstart u. U. Beratung, aber keine weiterführenden Handlungsbedarfe benötigten.

Bei der weitaus größeren Gruppe diagnostizierten die RCCM Handlungsbedarfe für Anpassungen der Versorgungssituation und informierten über Möglichkeiten einer situationspassgerechten Versorgung. Viele dieser Informationen zentrieren um Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Weitere Informationen wurden gegeben: zu Zugängen zu Leistungserbringenden, Diagnostiken bei Fachärzten bzw. Fachärztinnen, Bedarfen von begleittherapeutischen Behandlungen, zur Beantragung von Wohngeld und Schwerbehindertenausweisen.

3.4.3.1.5 Geriatrisches Eingangsassessment

Zur Erfassung der IST-Situation wurden zum Interventionsstart bei den Versorgten geriatrische Eingangsassessments durchgeführt. Diese umfassen eine Vielzahl grundlegender Tests: Bartel, ISAR, Demtec, Uhrentest, Fatigue, Time up to go, Handkraft, Körpergröße, Gewicht, BMI, Blutdruck, Puls, ATL, Wohnumfeld- und Umgebungsfaktoren zur Sturzprävention, Erfassung aller eingenommenen Medikamente (auch die freiverkäuflichen in der Schublade) und Erfassung der vorhandenen Hilfsmittel.

Geplant war, das Eingangsassessment von den Hausarztpraxen durchführen zu lassen. Allerdings zeigte sich schon zum Projektstart, dass die RCCM dies überwiegend übernahmen. Die Befragung der Hausarztpraxen legte offen, dass die Hausärzte und Hausärztinnen das Eingangsassessment gerne an die RCCM übertrugen. Als Gründe wurden genannt: 1. eine zeitliche Entlastung des Arztes bzw. der Ärztin und 2. ein zusätzlicher Blick auf die Versorgungssituation, vor allem unter dem Blickwinkel des Zusammenwirkens des Gesundheitszustands des Patienten bzw. der Patientin und dessen bzw. deren häuslichen Umfelds.

Auch die Versorgten sehen bei den Besuchen in ihrer Häuslichkeit den Vorteil der ganzheitlichen gesundheitlichen Einschätzung durch eine Pflegefachkraft.

Ja, fand ich ausgesprochen sympathisch. Also, weil ich auch denke, es ist für sie (meint RCCM) ja auch wichtig einzuschätzen, in welchem Umfeld lebt der Proband. (P35, Pos. 41)

Genau dieser fachliche Blick auf die häusliche Versorgungssituation wird auch von den Angehörigen geschätzt, die aus der Nähe zu den Erkrankten oft nicht objektiv die tatsächlichen Hilfebedarfe einschätzen können.

Doch, sie (meint RCCM) hat mich angerufen. Sie hat sich vorgestellt. Und dann haben wir einen Termin ausgemacht. Und dann haben wir miteinander gesprochen. Und dann haben wir noch mit den Eltern gesprochen, sie war dann bei meinen Eltern. Und sie hat sie dann befragt, auch gesehen und so eingeschätzt, wie sie so sind. Also das ist immer sehr wichtig, finde ich, wenn jemand Menschen beurteilt, ist es immer schöner, wenn man eine Person vor sich hat, als wenn man nur so Kreuzchen macht und irgendwas ausfüllt. Das finde ich sehr wichtig. Weil man als Laie das gar nicht beurteilen kann: Wie schwer sind wirklich die Eltern krank? Oder unfähig, allein zu leben. (A9, Pos. 4)

Alle Befragten bewerteten es positiv, dass die Tests der Eingangsuntersuchung bei ihnen Zuhause durchgeführt wurden. „Das ist mir lieber Zuhause. Ja, das ist eine andere Atmosphäre dann Zuhause.“ (P11, Pos.40) „Sie (meint RCCM) ist gekommen und das fand ich an sich sogar noch angenehmer. Weil beim Arzt hat man immer das Gefühl, der hat keine Zeit.“ (A7, Pos. 21). Die Alternative, die Untersuchungen in der Hausarztpraxis zu machen, wird als suboptimal bewertet: „beim Hausarzt, die haben sowieso keine Zeit.“ (P21, Pos.43). „Ist doch viel zu unruhig. Der [Hausarzt] ist doch viel zu sehr unter Druck.“ (A17, Pos. 6). Auch ist auf einen Rollstuhl angewiesene Versorgte oder in ihrer Lungenfunktion stark eingeschränkte Versorgte der Weg zur Arztpraxis aufgrund von Treppen nur mit Hilfe eines Krankentransports möglich. Die Atmosphäre beim Eingangsassessment wird als entspannt beschrieben: „Es war direkt ein Vertrauensverhältnis da.“ (P4, Pos.20)

3.4.3.1.6 Einbeziehung in Versorgungsplanung und Steuerung des Versorgungsprozesses

Auf der Basis der Eingangsassessments wurden von den RCCM Vorschläge für Versorgungspläne gemacht. Anschließend führten die RCCM mit den Hausärzten und Hausärztinnen in den Arztpraxen Versorgungsgespräche, im Rahmen derer die RCCM die Versorgungspläne mit den Hausärzten und Hausärztinnen besprachen. Die Hausärzte und

Hausärztinnen verantworteten die Versorgungspläne, die auf die Elektronische Plattform hochgeladen wurden. Erläutert wurden die Versorgungspläne dann beim nächsten Hausbesuch oder Telefonat mit den Versorgten und/oder Angehörigen. Beim Interview auf den Versorgungsplan angesprochen, können die Befragten mit dem Terminus Versorgungsplan nichts anfangen. „Nein. Versorgungsplan, wie sieht der aus?“ (P2, Pos. 83). Für die Befragten ist es eher wichtig, dass sie erkennen, dass etwas passiert, sie den Eindruck haben, mit ihren Problemen nicht mehr allein zu sein und dass dies mit dem Hausarzt und der Hausärztin abgesprochen ist. Der Versorgungsplan ist aus der Perspektive der Versorgten und Angehörigen gleichzusetzen mit den Elementen und Unterstützungen, die mit der Neuen Versorgungsform einhergehen.

3.4.3.1.7 Elektronische Plattform

Im Rahmen der ersten Befragungswelle wurde nach der Bereitschaft zur Teilnahme an der Elektronischen Plattform, und ob schon erste Schritte zur Registrierung unternommen worden sind, gefragt. Es zeigte sich, dass viele Versorgte und Angehörige zum Befragungszeitpunkt noch keine Kenntnisse von der Elektronischen Plattform hatten. Das mag damit zusammenhängen, dass zum Zeitpunkt der Interviews die RCCM den Versorgten die Elektronische Plattform noch nicht vorgestellt hatten. Vielleicht war aber auch die Information, dass OBERBERG_FAIRsorgt eine Elektronische Plattform zur Verfügung stellt, von den Befragten nicht aktiv wahrgenommen worden, da andere Informationsinhalte die ersten Besuche der RCCM überlagerten.

Wesentlich in diesem Zusammenhang ist die Altersstruktur der Versorgten und die Verfügbarkeit digitaler Endgeräte. Viele Versorgte haben ein Smartphone oder Tablet; oft aber ist der einzige Grund für die Nutzung, mit den Kindern und Enkeln in Kontakt zu sein. Für die tatsächliche Nutzung ist oftmals ausschlaggebend, inwieweit die ältere Generation bei der Einrichtung, Wartung und Handhabung digitaler Endgeräte Unterstützung erfährt.

3.4.3.1.8 Startphase der Neuen Versorgungsform aus Perspektive der RCCM

Die kurz nach dem Start der K2 mit den sechs RCCM durchgeführte Gruppendiskussion zentrierte auf folgende Themen: 1. Charakterisierung der Versorgungssituationen, 2. Rekrutierung und Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen und 3. Arbeiten der RCCM in der Startphase.

3.4.3.1.9 Charakterisierung der Versorgungssituationen

Insgesamt sind die beobachtbaren Versorgungssituationen der Versorgten sehr heterogen. Dies betrifft den Gesundheitszustand (multimorbide versus fitte Versorgte), die Gesundheitsversorgung (defizitäre versus patientenzentrierte Versorgung), das verfügbare Netzwerk (netzwerklos, isoliert lebend versus gut eingebunden), die Angehörigen (überfordert versus gut organisiert), aber auch die vorhandenen personalen und materiellen Ressourcen. Zudem ist Einsamkeit ein beobachtetes Phänomen (Huxhold/Henning 2023).

Auffällig ist, dass bei einem Großteil der Versorgten die Kinder im Umkreis von 20 Kilometer leben (das trifft auch bei der Gruppe der Interviewten zu), hier demnach potentielles Sozialkapital vorhanden ist. Die tatsächliche Mobilisierung wird dennoch als sehr unterschiedlich beschrieben. Oft fehlt aufgrund starker beruflicher Einbindung die Zeit für eine intensive Betreuung der Eltern. Dann gibt es Angehörige die „*können sich nicht kümmern, weil sie einfach keine Luft mehr haben, weil sie das seit Jahren schon machen.*“ (GDt0, Pos. 12). Und schließlich gibt es Angehörige mit einer gesteigerten Erwartungshaltung. Bei letzteren Gruppen geht es um Abgrenzung, eben die stetige Abwägung der RCCM welche Unterstützungen, in welchem Umfang übernommen werden und wo Angehörige eingebunden werden können.

3.4.3.1.10 Rekrutierung – Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen

Das Projekt bedingt, dass die Versorgten über einen Zeitraum von neun Monaten an vier festen Startzeiten (K0, K1, K2, K3) in die Versorgung eingeschrieben wurden. Schnell zeigte sich, dass die Durchführung der Eingangsassessments den RCCM übertragen wurde, was deren Workload erheblich erhöhte. Das führte dazu, dass Rekrutierungen, Eingangsassessments, Versorgungsgespräche mit den Hausärzten und Hausärztinnen sowie erste Interventionen stets parallel liefen. So musste immer wieder abgeschätzt werden, was Vorrang hatte; zusätzlich zeitbindend sind die „weiten Fahrtstrecken vor Ort im Gebiet“. (GDt0, Pos. 63). Die Rekrutierung der teilnehmenden Hausarztpraxen erfolgte zum größten Teil durch die RCCM. Waren die Hausarztpraxen zur Teilnahme bereit, arbeiteten die Praxen bei der Rekrutierung der Patienten und Patientinnen mit den RCCM eng zusammen. In der Regel lief die Kommunikation zwischen den RCCM und den Praxen über das Team der MFA. „Die Arzthelferinnen wissen, wie es geht, die haben Kontakt mit mir, die haben auch einen guten Blick dafür und sind auch vom Projekt überzeugt“ (GDt0, Pos. 35).

Im Rahmen eines Versorgungsgesprächs besprachen die RCCM mit den Hausärzten und Hausärztinnen die Ergebnisse der von den RCCM durchgeführten Eingangsassessments. Die Besuche der RCCM in der Häuslichkeit verschafften einen Einblick in vorhandene persönliche und soziale Ressourcen und vervollständigten den diagnostischen Blick des Arztes bzw. der Ärztin zu einem Gesamtblick auf die Versorgten und deren Versorgungssituationen. Das Zusammentragen der verschiedenen Perspektiven im Rahmen des Versorgungsgesprächs wird als produktiv und auf Augenhöhe beschrieben.

Es ist echt überraschend, wie gut das funktioniert. Ich war anfangs skeptisch, was diese Besprechung angeht. Aber es ist eigentlich ganz cool, dass die (meint Hausärzte und Hausärztinnen) sich dann auch Zeit nehmen, man echt dann was in die Hand bekommt und dann auch zugestimmt wird. Ich bin echt überrascht von diesem Format des Zusammensitzens. (GDt0, Pos. 81-82)

3.4.3.1.11 Arbeiten der RCCM in der Startphase

Die ersten Besuche bei den Versorgten in deren Häuslichkeit dienten dem Aufbau von Vertrauen. Im Rahmen der Eingangsassessments stellte sich die Überprüfung des Medikamentenplans als wichtiges Tool heraus. So konnten Versorgte herausgefiltert werden, die selbst wenig Kenntnisse über ihre Medikation hatten und/oder ihre Medikamente falsch nahmen, was gerade bei älteren Patienten und Patientinnen mit Multimorbidität Gesundheitsrisiken mit sich bringt (Haverhals et. al. 2011).

Da war ich zum Erstbesuch, da kippt mir der Mann in einer Papiertüte alle Medikamente auf den Tisch. 'So, das nehme ich'. Die waren auch noch auseinander, da mussten wir die Blister noch alle wieder in die richtige Packung sortieren. Dann habe ich gefragt, 'Wie viele nehmen Sie? Das und das und das?' 'Ja, dann-. Alles so-.' Dann habe ich alles aufgeschrieben, bin mit dem Plan zur Hausarztpraxis gegangen, habe gesagt, 'Gucken sie mal. Das sind die Medikamente, die der Patient so nimmt. So ist die Information. Wisst ihr das überhaupt?' Wussten sie nicht. 'Ja, nein, das Medikament ist nicht da, haben wir nicht aufgeschrieben.' (GDt0, Pos. 155)

Bei der Überprüfung des Medikamentenplans bestand für die RCCM die Option, die Expertise einer Amsapothekerin zu nutzen, um Medikamentenunverträglichkeiten und Nebenwirkungen abzuklären.

3.4.3.1.12 Neue Versorgungsform aus Perspektive der Versorgten und Angehörigen

Im Rahmen der zweiten Befragungswelle wurde nach den Elementen der Neuen Versorgungsform gefragt: Interventionen der RCCM, Erweiterte Erreichbarkeit, Nutzung der Elektronischen Plattform und Teilnahme am Telemedizinischen Monitoring.

3.4.3.1.13 Interventionen der RCCM

Die Kontakte und Interventionen der RCCM unterschieden sich von Versorgten zu Versorgten. Es gibt Versorgte, die engmaschig betreut wurden, Versorgte, bei denen die RCCM im Rahmen einer Gesundheitskrise intervenierten, Versorgte, die einige wenige Interventionen benötigten, aber auch solche, die im Versorgungsjahr kaum bis keine Unterstützung durch die RCCM benötigten. Bei Letzteren standen die RCCM abwartend im Hintergrund als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin zur Verfügung und der Kontakt beschränkte sich auf die halbjährigen Kontaktaufnahmen der RCCM. Diese Gruppe mit geringen bis keinen Unterstützungsbedarfen kennzeichnet sich dadurch, dass diese Versorgten sich selbstständig organisieren und versorgen und/oder dass eine engmaschige Einbindung und Versorgung durch Angehörige besteht und/oder dass das Versorgungsjahr als ein Zeitraum ohne krisenbehaftete Gesundheitsereignisse erlebt wurde.

Die Rollen der RCCM sind vielschichtig. Die RCCM haben Funktion des Kümmerns, Beraters, Lotsens und der Krisenintervention. Gleichzeitig bekommt die Unterstützung und Vertretung von Angehörigen einen hohen Stellenwert.

Ausführlich werden die Rollen der RCCM evaluiert in: Köstler et al. 2024. „Und wann kommen Sie wieder vorbei?“ Zwei Jahre Neue Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt: wie Care-und-Case-Management empowert. In: ProAlter, 37-41. Und in: Grebe, Ch., Köstler, U., & Schulz-Nieswandt, F. 2024. Stabilisierung der Gesundheitsversorgung durch Case-Management und integrative Vernetzung im Sozialraum. Ergebnisse, Analysen und Diskussion des Innovationsfonds-Projekts OBERBERG_FAIRsorgt. Baden-Baden: Nomos.

3.4.3.1.14 Elektronische Plattform

Im Rahmen der zweiten Befragungswelle bekundeten die Versorgten kein Interesse an der Teilnahme an der Elektronischen Plattform. Es ist nicht eine prinzipielle Ablehnung der Digitalisierung, sondern es fehlt die Neugierde und Bereitschaft, sich mit digitalen Neuerungen auseinanderzusetzen. Zudem zeigt sich, dass der ein oder andere mit der Versorgungssituation derart gefordert ist, dass keine Kraft und Ausdauer mehr für neue Herausforderungen vorhanden sind.

Kein befragter Versorgter bzw. keine befragte Versorgte hat sich auf der Elektronischen Plattform registriert. Vier befragte Angehörige geben an, sich registriert zu haben. Eine Angehörige berichtet, dass sie für die Registrierung die Unterstützung der jüngeren Generation benötigte; zur Nutzung der Elektronischen Plattform ist es dann aber nicht mehr gekommen, da der Versorgte kurz darauf im Krankenhaus verstarb. Eine Angehörige, deren Mann in der Versorgung ist, hat das Telemedizinische Monitoring dazu motiviert, sich zu registrieren. Die Registrierung wird als zeitaufwendig beschrieben und wurde mit den RCCM und wiederholter Kontaktaufnahme zum IT-Support des Plattformanbieters bewerkstelligt. Die weiteren zwei Angehörigen mit erfolgreichem Zugang arbeiten als MFA in Hausarztpraxen, die an OBERBERG_FAIRsorgt teilnehmen und die Elektronische Plattform nutzen.

3.4.3.1.15 Erweiterte Erreichbarkeit

Das Team der diensthabenden Notärzte und Notärztinnen im Hintergrund des Rettungsdiensts in der Leitstelle im Rahmen der 24 Stundendienste bediente die Telefonnummer der Erweiterten Erreichbarkeit. Drei Versorgte und eine Angehörige berichten, dass sie im Versorgungsjahr die Notrufnummer der Erweiterten Erreichbarkeit gewählt haben. Zu vermuten ist, dass eine höhere Anzahl an Versorgten und Angehörigen die Erweiterte Erreichbarkeit genutzt hat. Denn es stellte sich des Öfteren im Rahmen der Erzählungen von Krisensituationen heraus, dass nicht mehr genau unterschieden werden konnte, ob die Erweiterte Erreichbarkeit oder andere Optionen, wie RCCM, Hausnotruf, Rettungsdienst, Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst gewählt wurden.

Die überwiegende Anzahl an Befragten berichtet, dass sie die Notrufnummer nicht gebraucht hat, allerdings die Möglichkeit, diese im Bedarfsfall nutzen zu können, als Beruhigung erlebt. Damit bekommt die Existenz der Notfallnummer einen psychologischen Input, insbesondere für Alleinlebende.

Was ich auch sehr gut finde, diesen Arzt im Hintergrund, den haben wir jetzt allerdings nie gebraucht. Aber allein schon der Gedanke, dass man jederzeit da anrufen kann und nicht gleich Krankenhaus und gleich sie dahin. Das fand ich sehr gut. (t1A8, Pos. 6)

Ja, sie beruhigt einen. Wenn was ist, kann ich ja anrufen. Also, allein der Gedanke schon, der beruhigte, da ist jemand. Das ist schon gut, was ja sonst nicht ist. Und dann hat man auch mehr Ängste. Die hat man dann nicht mehr, man weiß ja, man kann dann anrufen und dann wird einem geholfen. So hat man das Gefühl und das gibt Ruhe. Ja, macht schon viel aus, denn Familie geht nicht. Kinder leben alle ihr Leben. (t1P2, Pos.21)

3.4.3.1.16 Telemedizinisches Monitoring

Das Telemedizinische Monitoring, ein fakultatives Element wurde 109 Versorgten zugeführt. Bei einer Interventionsgruppe von 323 sind dies 33 %. Neun Hausarztpraxen nutzten das Angebot des Telemonitorings. Insgesamt wurden fünf EKG, 47 Waagen zur Gewichtskontrolle, 63 Geräte zur Blutdruckmessung, 33 Kombinationsgeräte für Blutdruck- und Blutzuckermessung, also insgesamt 148 Geräte in der aktiven Patientenversorgung genutzt. Das Ausschreibungs- und Vergabeprozedere für die Devices des Telemonitorings zog sich in die Startphase der K3. Das Telemedizinische Monitoring startete sukzessiv ab September 2022. Ein Telemedizinisches Monitoring ist speziell bei Patienten und Patientinnen zielführend, die eine erschwerte oder inadäquate Therapie aufgrund fehlender Daten haben. In dem Sinne ist es aus ärztlicher Sicht indiziert, Patienten und Patientinnen mit schwankenden Vitalwerten oder Patienten und Patientinnen, die ihre Medikamente unregelmäßig einnehmen, telemedizinisch zu überwachen. Genau dieser Gruppe wurde das Telemedizinische Monitoring angeboten (21 der Teilnehmenden der qualitativen Befragung).

Die telemedizinischen Geräte wurden den Versorgten von den RCCM in der Häuslichkeit übergeben und deren Handhabung erklärt; zusätzlich beschafften die RCCM den Versorgten Verbrauchsmaterial für die Geräte (nötig z. B. bei Blutzuckermessungen). Im Allgemeinen wird die Handhabung der Geräte von den Versorgten als einfach und praktikabel bewertet. Dies betrifft Waage, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte. Die Bedienung der EKG-Messgeräte erforderte einiges Üben, bis die Messungen valide waren.

Insgesamt bewerten die Versorgten die Teilnahme am Telemedizinischen Monitoring überwiegend als positiv. Es gibt ihnen Sicherheit und das Gefühl, dass sich um sie gekümmert wird. Zusätzlich berichten Versorgte, dass der Einsatz des Telemonitorings motiviert, die vom Arzt und der Ärztin angedachten Therapieziele umzusetzen. Die Compliance wird gesteigert. Die telemedizinischen Geräte und die Übertragung der Werte an den Arzt bzw. die Ärztin

erzeugen eine Sichtbarkeit für die ansonsten abstrakte Diagnose Bluthochdruck. „Du weißt jetzt genau, was du hast. Du hast dich ja nie interessiert. So: ‘Blutdruck. Ah, ja.’“ (t1P43, Pos. 61).

3.4.3.1.17 Neue Versorgungsform aus Perspektive der Leistungserbringenden

Zum Ende der Intervention wurden 13 der 17 teilnehmenden Hausarztpraxen, acht weitere Leistungserbringende und vier RCCM befragt. Im Mittelpunkt standen die Elemente der Neuen Versorgungsform: Interventionen und Rolle der RCCM, Nutzung der Elektronischen Plattform, Erweiterte Erreichbarkeit, Telemedizinisches Monitoring und interdisziplinäre Fallkonsile.

3.4.3.1.18 Interventionen der RCCM

Die befragten Hausärzte, Hausärztinnen und Leistungserbringenden ziehen unisono eine positive Bilanz und sehen Verbesserungen in der Versorgung der Versorgten.

Ja, das finde ich eine gute Sache. Und warum finde ich es gut? Ich glaube, dass die Versorgung der Patienten verbessert wird. Ich habe kein Problem damit, dass da irgendjemand mitmischt, in Anführungsstrichen. (...) Ich fand das gut mit dem Assessment. (...) Und sobald dann ein Study Nurse oder jemand anders quasi Arbeit für uns abnimmt, läuft das viel besser. Ist meine Erfahrung. (H1, Pos.67)

Für die versorgten Patienten war das sicher ein Benefit. Macht aber natürlich langfristig nur Sinn, wenn es allen Patienten zugänglich wird. (H5, Pos.5) Das ist eine gute Sache. Das Projekt ist insgesamt gut, keine Frage. Das ist ein gutes Projekt und optimiert die Versorgung. Und es soll ja für die Patienten der große Benefit daraus sein. Ich glaube, wir als Ärzte, wir haben nicht den entscheidenden Benefit. Das muss man jetzt einfach so sagen. Aber es ist ja auch gar nicht so angedacht, denke ich. Es geht ja nicht primär um uns. (H5, Pos.81)

Und die eine Patientin, fand ich, die ist mir am eindrücklichsten in Erinnerung. Und was da von OBERBERG_FAIRsorgt unternommen wurde rund um Facharzttermine, Pflegedienst und auch Kontakten zu Angehörigen, wo ich das im Vergleich zu vorher halt wirklich als ausgesprochen entlastend empfunden habe und für die Patientin halt auch nutzbringend. (H10, Pos.13)

Die Hilfen, die die (meint RCCM) leisten im Alltag, bei Formularen, bei Anträgen und allem, was so anfällt, funktionieren super gut, hat den Leuten sehr gut gefallen. Tut ihnen auch gut und hat an vielen Stellen wirklich richtig gut geholfen. Hat Dinge bei Behörden erleichtert, mit den Krankenkassen die Kommunikation oder so deutlich vereinfacht und erleichtert. Hat sehr gut funktioniert. (...) Ansonsten hat das für uns eigentlich, wie gesagt, hauptsächlich gut funktioniert. Super waren diese Begleitungen durch die RCCM hier. Das war perfekt. Das ist von den Patienten super gut angenommen worden. (H7, Pos.7)

3.4.3.1.19 Benefits für die Versorgten

Bei den Benefits für die Versorgten konnten nachfolgende fünf Unterkategorien gebildet werden:

1. Die Aktivierung der Versorgten durch die RCCM stärkt die Versorgten psychosozial, damit wird die Compliance gesteigert.

Die Patienten sind glücklich damit. Das kann ich durch die Bank sagen. Die sind besser versorgt. Die haben Ansprechpartner. Die fühlen sich auch besser versorgt und das war durch die Bank der Tenor. Die waren wirklich alle glücklich. (H4, Pos.6) In der Tat sind sie besser überwacht, auch medizinisch besser kontrolliert. Dadurch, dass sie eben einfach auch von den Damen (meint RCCM) regelmäßig besucht wurden. (H4, Pos.8)

Und da geht es, glaube ich, weniger darum, wann kommt denn jetzt der Toilettenstuhl oder wann kommt jetzt der oder der? Sondern da geht es, glaube ich, eher um das Kümmeren. (H12, Pos.97)

2. Die Vernetzung der Leistungsanbietenden wird als versorgungsqualitätssteigernd hervorgehoben.

Da ist dann noch mehr Vernetzung. Der Patient ist noch besser vernetzt. Ich bin Palliativmediziner und im palliativmedizinischen Bereich ist es so, dass sie einen Pflegedienst haben, unter Umständen Sozialdienst, Krankengymnastik, noch einen ambulanten Hospizdienst und so weiter. Und die Familienangehörigen. Das heißt, sie haben eigentlich eine große Gruppe von Menschen, die mit einem Menschen betraut ist. Das ist was, was ich hier immer als ganz positiv empfunden habe, dass ich mit denen von OBERBERG_FAIRsorgt, mit den Beiden (meint RCCM) immer wieder mich abgesprochen habe, wenn es was gab, oder die auf mich zugekommen sind. (H9, Pos.35)

Die Zusammenarbeit war super. Die Patienten haben sich wohl aufgehoben gefühlt, weil eben zusätzlich noch jemand praktisch ins Boot kam, wo sie einen niederschweligen Kontakt hatten. Und daraus resultierend auch relativ zügig Problemlösungen angeboten bekommen haben über mich oder über wen auch immer. (H13, Pos.3)

3. Vulnerable, pflegebedürftige Patienten und Patientinnen mit hohen Versorgungsgraden profitieren.

Die Patienten profitieren, Pflegebedürftige und ältere Leute und auch Angehörige, so geriatrische Fälle mit Multimorbidität. Es waren jetzt auch zwei Fälle mit Demenzerkrankungen dabei bei uns. Die profitieren, gerade die Angehörigen, immer von einem Ansprechpartner. Das ist niederschwellig. Sonst haben sie den Pflegedienst. Die haben dann oft keine Zeit, beziehungsweise sind nicht kompetent. Da kommt dann halt irgendeine Pflegeperson, die dann eventuell auch gar nicht Bescheid weiß, die wechseln ja auch, und haben wenig Zeit. Und der Hausarzt, wir sind schon ansprechbar, und auch meine Mitarbeiterinnen sind ansprechbar. Aber wir sind halt auch nicht immer erreichbar telefonisch. Wir sind nicht immer da und haben auch nicht immer Zeit. Die Leute profitieren schon von der niederschwelligeren Ansprechperson bei diesem ganzen Dschungel und Dickicht der Versorgungsformen, die es gibt. Davon profitieren die Leute. Dass die noch einen Ansprechpartner haben. Auch jemand, der kompetent ist und sich auskennt. (H6, Pos.27)

Es macht die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten einfacher. Wenn das allgemein etabliert wäre, wird das sicher so sein. (H5, Pos.11)

4. Isolierte, netzwerklose Patienten und Patientinnen profitieren.

Die Angehörigen sind zum Ende hin immer ein entscheidender Faktor für jeden Patienten. Wer alleine ist und niemanden hat, der sich ein bisschen für ihn einsetzt, der ist ganz schnell verloren hier in unserem System. Und zum Ende hin können die alle immer weniger. Und diejenigen, die hier keine nahen Angehörigen haben oder das Glück haben, dass sie wirklich jemanden haben, der sich für sie einsetzt. Da gibt es ja auch alte, freundschaftliche Beziehungen. Nachbarschaftliche Hilfe. Da erlebt man ja tolle Sachen manchmal. Aber die sind wirklich allein gelassen. Und die haben es extrem schwer. (H4, Pos.86)

5. Prävention: Sich anbahnende Gesundheitskrisen und kritische Versorgungssituationen werden im Anfangsstadium erkannt.

Das waren alles Patienten, die eben einen hohen Bedarf haben, der immer danach schreit, wenn es praktisch brennt. Und dann muss hier das Team (meint sein Praxisteam) mit mir zusammen natürlich dann auch zügig zu Problemlösungen mit hohem Zeitaufwand kommen. Und so fühlte ich mich schon entlastet, weil das früher stattfand, bevor es brannte. Also wenn da Probleme auftauchten, wurden die besprochen. Und dann wurde praktisch schon unterschwellig angefangen, weil als das Problem anfang, wurde das schon angegangen, sodass ich im Schnitt die Leute viel weniger gesehen habe, weil sie mich nicht brauchten. (H13, Pos.11)

Aber auch für mich ist es insofern ein bisschen einfacher gewesen, weil ich einfach wusste. Dann kamen die Damen teilweise hier vorbei und haben Probleme konkret angesprochen. Was sonst die Patienten so ohne Weiteres entweder gar nicht gemacht hätten oder erst dann gekommen wären, wenn es wirklich deutlich schlechter gewesen wäre. (H4, Pos.10)

3.4.3.1.20 Entlastung der Hausarztpraxen

Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte sehen die RCCM in ihren unterschiedlichen Funktionen der Beratung und Koordination als Entlastung für die Arbeit der Hausarztpraxen. „Diese Fallmanager, das ist aus meiner Sicht eine ganz wichtige Komponente, weil es ja letztlich dann auch, ich sage mal, eine Entlastung ist für die Praxis.“ (H1, Pos.87). Hier konnten vier Unterkategorien gebildet werden.

1. Fachkraftblick und Zeitersparnis durch Übernahme der Eingangsassessments

Das Eingangsassessment ist eine Entlastung und die Tatsache, dass die Patienten besucht werden von den RCCM. Das ist auch eine Entlastung. Da kommt ein Blick drauf und ich krieg ein Feedback, ohne dass ich selber vorbeigefahren bin. (H4, Pos.56)

Natürlich die Zeitersparnis. Unter Umständen vielleicht ja auch neue Erkenntnisse, was ich nicht gesehen habe oder andere nicht gesehen haben. (H1, Pos.19)

Ich denke, das ist auch mal wichtig, dass man aus einem anderen Blickwinkel das sieht. Ich sehe das ja immer hauptsächlich aus dem medizinischen Aspekt. Und der pflegerische Bereich hat einen ganz anderen Blickwinkel. Und wenn man jetzt von diesem Projekt kommt, hat man sicherlich noch mal wieder einen anderen Blickwinkel gehabt als der Pflegedienst, der ins Haus kommt oder der MDK, der ins Haus kommt. Das sind ja alles unterschiedliche Foki, die man da hat. (H12, Pos.107)

2. Der Standby Modus der RCCM bringt einen gewissen Grad an Sicherheit, dass es, insbesondere bei vulnerablen und isoliert lebenden Patientinnen und Patienten, weniger zu versorgungskritischen Situationen kommt.

Wir bestellen den Patienten ein, Patient kommt nicht, dann steht in der Akte: Patient nicht erschienen, kriegt einen neuen Termin. Und dann steht da drei-, viermal, Patient nicht erschienen. Und irgendwann werden wir dann aktiv und sagen: 'Da ist ja irgendwas.' Aber wenn man dann sagt: 'Es ist OBERBERG_FAIRsorgt da', dann hat man ja mehr so das Gefühl, da ist dann auch noch einer im Hintergrund, der guckt. Das ist gerade wichtig bei den Patienten, die noch keinen Pflegedienst haben. (H3, Pos.21)

3. Weniger Kontakte von Versorgten zur Arztpraxis

Ich kenne die alle zu Hause. Ich habe alle, die ich jetzt auch in OBERBERG_FAIRsorgt gesehen habe, schon zu Hause besucht, bedingt entweder durch Krankheit oder sonst was. Ich war in jeder Häuslichkeit. Deswegen, das wäre mir nicht fremd gewesen. Aber zu dem Zeitpunkt jetzt, als die da eingestiegen sind, brauchte ich eigentlich

nirgendwohin. Es sei denn, bei einer Akutgeschichte. Und jetzt ist es eben auch so, dass die dann auch weniger in der Praxis waren, die einfach weniger Bedarf hatten. (H13, Pos.15)

4. RCCM als Ansprechperson für Gesundheitliches und Soziales

OBERBERG_FAIRsorgt hat für uns den Benefit, dass die Patienten mit Terminsorgen, mit Nöten, dass dann ein Ansprechpartner zwischengeschaltet ist. Die kommen nicht unbedingt dann zu uns. Ich denke grundsätzlich, in der medizinischen Versorgung war vielleicht manches dann schneller. Wir müssten uns nicht um Termine kümmern. Das hat dann OBERBERG_FAIRsorgt gemacht. (H5, Pos.13)

3.4.3.1.21 Entlastung der ambulanten Pflegedienste bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen

Die ambulanten Pflegedienste kommen bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen an die Grenzen ihres Versorgungsauftrags. Bei alleinlebenden, multimorbiden Patientinnen und Patienten und bei Patientinnen und Patienten, deren Partnerinnen und Partner keine Unterstützungen mehr geben können, kann der Umfang der Versorgung immens sein, was einen gesteigerten Organisationsbedarf erfordert.

Vor allem sind es auch oft Angehörige oder Ehepartner, die in der Regel ältere, multimorbide Patienten versorgen, die oft selber auch schon nicht mehr die Fittesten sind, sage ich jetzt mal, und da bin ich dann froh, wenn da jemand im Hintergrund ist, der mir kompetent Unterstützung geben kann. Wenn Angehörige da sind, die einigermaßen fit sind, dann kompensieren die das auch. (L7, Pos.17)

3.4.3.1.22 Schnittstellenmanagement bei Überleitungen ins und aus dem Krankenhaus

Bei der Schnittstelle Krankenhauseinweisung und -entlassung in den Privathaushalt werden von den Hausärztinnen und Hausärzten Informations- und Kommunikationsbrüche, die die Art der gewählten Kommunikationswege und den Wechsel von Medien im Rahmen eines Kommunikationspfades betreffen (Telefon, Fax, E-Mail, postalisch), angesprochen. Beschrieben werden Situationen der Entlassung in Gesundheitszuständen mit nicht geregelten Unterstützungs- und Pflegebedarfen am Freitagnachmittag. An dieser Stelle hat das Care-und-Case-Management von OBERBERG_FAIRsorgt großes Potential, „wenn sie (meint RCCM) informiert würden.“ (H4, Pos.114). Insbesondere Drehtüreffekte könnten verhindert werden, wenn die RCCM die Entlassung vorbereiten, insbesondere bei Entlassungen mit verändertem Gesundheitszustand. Die Sozialdienste der Krankenhäuser müssten dann die RCCM in die Informationskette miteinbeziehen.

3.4.3.1.23 RCCM unterstützen und ersetzen Angehörige

Von den Leistungserbringenden sowie den Hausärztinnen und Hausärzten wird die Bedeutung der Angehörigen für die Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten betont, auch für die Umsetzung der Therapien und Steigerung der Compliance.

Man muss das wirklich bei alten und bei dementen Leuten immer auch mit irgendjemanden besprechen, weil sonst wird das alles nicht umgesetzt. (H6, Pos.29)

Ganz wichtig für die pflegebedürftigen Patienten. Keine Frage. Das sind so die Bereiche, denke ich, wo OBERBERG_FAIRsorgt natürlich noch näher am Patienten und an den Angehörigen ist. (H5, Pos.55)

Dabei füllen die RCCM eine Lücke, wenn weder Versorgte noch Angehörige in der Lage sind, die Bedürfnisse und Bedarfe der Versorgten zu erkennen und durchzusetzen. Die RCCM

erfüllen dann mehrere Funktionen: Lotsenfunktion (Schnittstellenmanagement und Mediation), Beraterfunktion (Organisation) und Angehörigenfunktion (Stellvertretung).

3.4.3.1.24 Elektronische Plattform

Von der idealtypisch gedachten Idee einer Elektronischen Plattform, die Diagnostiken und Versorgungspläne der Versicherten bündelt und eine Zugriffs- und Austauschplattform für alle Leistungserbringenden der Gesundheitsversorgung im Oberbergischen darstellt, sind alle befragten Leistungserbringenden überzeugt.

Die Elektronische Plattform wurde als Dokumentationssystem der Gesundheitsversorgungssituationen der Versorgten (Diagnostiken, Medikation, Arztbriefe, Krankenhausentlassungsbriefe, Therapiepläne, Hilfsmittel) genutzt. Dass sich hier kein aktiver Kommunikationsaustausch entwickelte, ist auf den beschränkten Kreis an aktiven Nutzern und Nutzerinnen (RCCM, einige Hausarztpraxen und Erweiterte Erreichbarkeit) zurückzuführen. Der Austausch der RCCM sowohl untereinander als auch mit den Hausärzten erfolgte in der Regel per Telefon, oder per E-Mail, wenn telefonisch niemand erreicht wurde. Gechattet wurde vereinzelt mit Behandlern, wenn diese digitalaffin sind. Mit dem Start des Telemedizinischen Monitorings wurde die Elektronische Plattform von den Hausarztpraxen für den Abruf der Vitaldaten genutzt.

3.4.3.1.25 Erweiterte Erreichbarkeit

In der praktischen Ausgestaltung war die Erweiterte Erreichbarkeit an die Notfallnummer des Rettungsdienstes angeschlossen, sodass die diensthabenden Notärzte im Hintergrund des Rettungsdienstes angegliedert an die Leitstelle, direkten Zugriff auf die Elektronische Plattform mit den hinterlegten Diagnosen und Versorgungsplänen hatten, in dem Augenblick, in dem Versorgte des Projekts OBERBERG_FAIRsorgt anriefen. Abgedeckt wurden die Zeitfenster, in denen die Hausarztpraxen nicht erreichbar sind; werktags ab 17 Uhr bis 8 Uhr morgens des Folgetages, Mittwoch und Freitag schon ab mittags sowie die Wochenenden und Feiertage. Die Dokumentation auf der Elektronischen Plattform zeigt, die Inanspruchnahme der Erweiterten Erreichbarkeit hielt sich zahlenmäßig in Grenzen.

Die Nutzung der Datenbasis auf der Elektronischen Plattform mit Diagnosen und Medikamentenplänen wird als hilfreich bewertet. Berichtet wird eine Situation, in der eine RTW-Alarmierung abgewendet werden konnte. Allerdings wird sich auch an eine Situation erinnert, in der die Informationen nicht ausreichend waren. Im konkreten Beispiel konnte auf den Einsatz eines RTW verzichtet werden und ausschließlich ein Krankenwagen geschickt werden, was tatsächlich auch ausreichend war, da es nicht zeitdringlich war; damit konnte ein Teilziel erreicht werden, in dem nicht reflexartig ein Rettungswagen mit Alarm geschickt wurde und Ressourcen gebunden wurden, die nicht erforderlich waren. In diesem Zusammenhang zeigt sich die Notwendigkeit, dass die Daten auf der Elektronischen Plattform stets auf dem aktuellen Stand sein sollten; was die Frage nach der Zuständigkeit der Aktualisierung der Datenbasis aufwirft.

3.4.3.1.26 Telemedizinisches Monitoring

Die am Telemonitoring teilnehmenden Hausarztpraxen bewerten den Einsatz meist als zielführend. Beobachtet wird, dass die Patienten sich durch das Telemonitoring wertgeschätzt fühlen: „Der [Patient] fühlt sich in der Regel ernster genommen, wenn er selber was tun kann und wenn er das Gefühl hat, Mensch, jetzt sieht der das, der Doktor.“ (H4, Pos. 32). Angemerkt wird der unterschiedliche Nutzen der vier verschiedenen Monitoringgeräte. Bei Blutzucker-Blutdruckmessgeräten und Waagen werden Benefits für die Versorgten konstatiert. Während der Einsatz der EKG-Geräte oftmals an der Handhabung scheiterte und die Diagnostik zeitlich verzögert erfolgte, da die Werte nicht in Echtzeit von den Hausarztpraxen abgerufen wurden.

Eine Nichtteilnahme am Telemedizinischen Monitoring wird von den Hausarztpraxen mit knappen Zeitressourcen begründet.

3.4.3.1.27 Interdisziplinäre Fallkonsile

Das im Modellprojekt OBERBERG_FAIRsorgt vorgesehene fakultative Element des interdisziplinären Fallkonsils konnte nur punktuell umgesetzt werden. Angeregt wird der Austausch mit Fachärzten der Neurologie.

Schön wäre gewesen an der Stelle, wenn tatsächlich Neurologen mitgemacht hätten, weil dann wäre es interessant gewesen. Das wäre natürlich so ein interdisziplinäres Fallkonsil gewesen, die hätten wir viel häufiger gebraucht. Weil wir da natürlich relativ viel überweisen. (H13, Po. 69)

Vorgeschlagen wird auch die Vernetzung mit Facharzttrichtungen wie Dermatologie und Rheumatologie, die besonders bei älteren Patienten und Patientinnen wichtig werden. Idealtypisch könnte die Vernetzung über die Elektronische Plattform erfolgen: „Foto hoch und angucken.“ (H4, Pos. 104).

4 Diskussion der Projektergebnisse

4.1 Limitationen

Die Evaluation weist einige offensichtliche Limitationen auf. So war es nicht möglich, ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign umzusetzen. Ein solches hätte den Zugang zur Neuen Versorgungsform im Oberbergischen Kreis zu stark limitiert und wäre auch ethisch schwierig zu vertreten gewesen, weil unabhängig vom Aspekt der Wirksamkeit der Versorgungsform ein Mehr an Versorgung (Nutzung eines Case-Management mit kontinuierlichem Ansprechpartner, Zugang zu erweiterter ärztlicher Erreichbarkeit sowie zu telemedizinischen Leistungen) angeboten wurde. Durch das gewählte Propensity Score Matching, durch welches zwei Kontrollgruppen generiert werden konnten, die sich zu Baseline in keiner einzigen der zahlreichen Matching-Kovariate von der Interventionsgruppe unterschieden, konnte diese Limitation bestmöglich kompensiert werden. Stärker ins Gewicht fällt die Limitation der fehlenden Kontrollgruppen im quantitativen Evaluationsbaustein B. Um hier ein kontrolliertes Design umzusetzen, wäre aber ein erheblicher Aufwand zur Rekrutierung erforderlich gewesen, der die Ressourcen der Evaluation bei weitem überschritten hätte.

Generell ist für eine Versorgungsform, die im Wesentlichen präventive Ziele verfolgt (Verbleib in der Häuslichkeit, Vermeidung von notfallbedingten Krankenhausaufenthalten u.a.) sowohl der Interventions- als auch der Beobachtungszeitraum für die Evaluation zu kurz. Dieses Grundproblem teilt OBERBERG_FAIRsorgt mit vielen anderen durch den Innovationsfonds geförderten Projekten. Insbesondere zum Nachweis von Effekten auf die Hospitalisierung wäre neben einem längeren Beobachtungszeitraum auch ein größerer Stichprobenumfang erforderlich gewesen, das aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums die Event-Rate erwartungskonform sehr gering war.

Die schließlich rekrutierte Stichprobe ist in ihrer Aussagekraft ebenfalls limitiert. Zum einen beteiligte sich nur eine recht geringe Anzahl an Hausärzten am Selektivvertrag, davon mehrere auch nur mit vereinzelt Fällen. Die rekrutierten Fälle weisen daher eine sehr unausgewogene regionale Verteilung auf, mit einem deutlichen Schwerpunkt auf der Kommune Bergneustadt. Hinzu kommt, dass einige wenige Hausärzte große Teile der rekrutierten Fälle versorgten. Die rekrutierte Stichprobe nutzt die Einschlusskriterien bezogen auf wenig komplexe Fälle kaum aus, die Stichprobe ist älter, pflegebedürftiger, multimorbider und auch in höherem Maße von prekären Versorgungssituationen gekennzeichnet, als dies

aufgrund der Einschlusskriterien zu erwarten gewesen wäre. Die Hausarztpraxen legten bei der Rekrutierung, zumindest zu Beginn, einen starken Fokus auf Fälle, die aus ihrer Sicht aufgrund ihrer Bedarfslagen besonders von der Neuen Versorgungsform profitieren könnten. Für den Workload der RCCM war dies eher ungünstig, Empfehlungen für einen konkreten Schlüssel für Fälle pro RCCM waren so nicht möglich. Die hohe Komplexität der rekrutierten Stichprobe wirkte sich auch auf die standardisierte Befragung im quantitativen Evaluationsbaustein B aus, die ein erheblicher Anteil der Teilnehmenden nicht ohne Unterstützung selbstständig bewältigen konnte. Auch die Umsetzung der vorgesehenen Tagebuchaufzeichnungen über ein Jahr Intervention hinweg war aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmenden nicht so umzusetzen wie ursprünglich vorgesehen.

Die Leistungserbringung der Neuen Versorgungsform erfolgte nicht in allen Punkten so, wie die Leistungsbeschreibung dies vorsah. So wurde ein Teil der Eingangsassessments nicht durch die Hausärzte, sondern durch die RCCM vorgenommen. Fallkonsile konnten nur vereinzelt durchgeführt werden. Beides hat seinen Grund darin, dass die Arztpraxen, auch beeinflusst durch die COVID-19-Pandemie, von deren Beteiligung die Umsetzung dieser Teilleistungen abhing, keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung stellen konnten oder wollten. Die verspätete Verfügbarkeit der telemedizinischen Teilleistung erschwerte es, für diese Teilleistung aussagekräftige Befunde zu generieren bzw. deren Anteil an den Fallkosten präziser abzubilden.

Die im quantitativen Evaluationsbaustein A berechneten ANCOVAs erfüllten aufgrund starken Kostenvarianz zum Teil die Voraussetzungen für diese statistische Analyse nicht, weshalb die Punkt- und Bereichsschätzer mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die generelle Hypothesentestung zu Gruppenunterschieden wurde aber durch Quade-ANCOVAs abgesichert. ANCOVA-Ergebnisse sind teilweise bezogen auf die Punkt- und Bereichsschätzer verzerrt. Die grundsätzliche Aussage zur jeweiligen Hypothese wurde aber mittels Quade-ANCOVAs abgesichert.

4.2 Diskussion und Einordnung

OBERBERG_FAIRsorgt hat Potenzial. Der Einsatz von RCCM als ein in der häuslichen Versorgung Hilfe zur Selbsthilfe aktivierendes und vernetzendes Element (dargelegt in: Köstler et al. 2024 und Grebe et al. 2024) und die alle Leistungserbringenden im Gesundheitswesen vernetzende Elektronische Plattform repräsentieren die zukünftige kommunale Gesundheitsversorgung (dargelegt in: Köstler 2024). Bei vulnerablen Personengruppen - pflegebedürftig, alt, isoliert lebend, einsam - zielt dies auf eine kommunale Pflegepolitik (Schulz-Nieswandt et al. 2021a).

4.2.1 Hürde: Corona und geringe Anzahl an eingeschriebenen Stakeholdern

Insgesamt konnte sich im Projektverlauf das Potenzial von OBERBERG_FAIRsorgt allerdings nur bedingt entwickeln. Als ursächlich können die Rahmenbedingungen konstatiert werden. Zunächst, und nicht von unerheblichem Einfluss, ist die Corona Pandemie zu benennen, die für Gesellschaft und Politik zu großen Herausforderungen führte. Doch gerade die Corona Krise mit ihrer Eskalation der „Kasernierung“ hebt die Frage nach Alternativen zu stationären Settings priorisiert in die gesellschaftspolitische Diskussion (Schulz-Nieswandt et al. 2021b) und verweist auf die von OBERBERG_FAIRsorgt getragenen Leitbilder des *Empowerns* und der *Befähigung des Capability-Ansatzes* (Nussbaum 1998, Sen 2020). Verknüpft mit dem Corona Geschehen ist die zahlenmäßig geringe Bereitschaft der Hausarztpraxen und weiteren Leistungserbringenden an OBERBERG_FAIRsorgt teilzunehmen und dort auch aktiv zu werden. Dazu kommt die aufgrund der im Oberbergischen Kreis existierenden hausärztlichen Unterversorgung bei gleichzeitigem Facharztmangel resultierende hohe Arbeitsbelastung der einzelnen Hausarztpraxen.

4.2.2 Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe

Die Teilnehmenden beurteilten die Wichtigkeit der Unterstützung durch ihre RCCM als sehr hoch, jeder Zweite sah diese in der Befragung in QUANT-B als „unverzichtbar“ an, mehr als 80% der Befragten sahen die RCCM; als den wichtigsten Bestandteil von OBERBERG_FAIRsorgt an. In acht von zehn Fällen gelingt aus Sicht der Teilnehmenden der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.

Die RCCM arbeiten nach dem *Prinzip der »empowernden« Hilfe zur Selbsthilfe*. Mittels niederschwelliger, gesundheitsfördernder Beratung wird ein Unterstützungsnetzwerk um die Versorgten aufgebaut. Es geht darum, die gesundheitlichen und sozialen Ressourcen (Geithner & Wagner 2022) der Versorgten zu erkennen, zu aktivieren und zu stärken, also Eigenanstrengungen mit positiven Wirksamkeitserfahrungen (Bandura 1997) zu unterstützen, ohne die Versorgten aus ihrer Eigenverantwortung (Alisch 2018) zu entlassen. Voraussetzend werden die Versorgten als Experten und Expertinnen ihrer eigenen Gesundheitsversorgung anerkannt. Im Idealfall des mündigen Patienten bzw. der mündigen Patientin bewerkstelligen die Versorgten ihre gesundheitliche Versorgung selbsttätig. In der Praxis zeigen sich manche Versorgungssituation und mancher Versorgungspfad als nicht patientenzentriert. Die Gründe dafür sind vielfältig: bspw. ein Nicht-Erkennen von Versorgungsdefiziten, Nicht-Wissen über Versorgungsangebote und Versorgungsalternativen, physische und psychische Einschränkungen zur Umsetzung, selbst tätig zu werden oder sich unterstützende Hilfe zu organisieren, aber auch mangelnde Selbstsorge und Selbstfürsorge etc. Nach dem Prinzip des »Empowerns« werden die Versorgten von den RCCM – gegebenenfalls unter Einbezug von Angehörigen - stets motiviert, selbst tätig zu werden. Bei Bedarf werden Unterstützungs- und Teilhabeangebote vermittelt und krisenhafte Versorgungssituationen von den RCCM begleitet, solange bis die häusliche Versorgungssituation sich stabilisiert, im Idealfall in ein Netzwerk eingebettet ist. Das Arbeitsprinzip des »Empowerns« erfordert von den RCCM neben den umfassenden fachlichen Kompetenzen einer Pflegefachkraft, Kompetenzen des Fachbereichs Soziale Arbeit, vor allem aber ein hohes Maß an Empathie, situationsbedingt immer wieder zu entscheiden, welche Unterstützung in welchem Umfang Versorgungspfad-angepasst erforderlich ist.

4.2.3 RCCM als Kümmerer, Berater, Lotse, Mediator, Krisenintervenierer, Schnittstellenmanager, Angehörigenvertretung

Die eingeleiteten Interventionen der RCCM heben Versorgungspfade auf ein patientenzentriertes Gesundheitsversorgungsniveau. Hier können Fallbeispiele benannt werden (hierzu: Grebe et al. 2024). Die RCCM stehen im Standby Modus im Hintergrund, werden zum *Kümmerer*, *Berater* und *Lotsen*, oft auch zum *Mediator* (bei innerfamiliären Versorgungskonflikten und Konflikten mit Leistungserbringenden) und *Krisenintervenierer* (bei Überleitungen mit lebensverändernden Erkrankungen: Krankenhausentlassung (Schulz-Nieswandt 2018), dementielle Erkrankungen (Michalowsky 2019), bei Wegfall von Unterstützungsressourcen (Blüher 2021)). Ein besonderer Wert wird auf ein passgenaues *Schnittstellenmanagement* der unterschiedlichen Stakeholder (Krankenhaus, Hausarzt, Fachärzte, Rehabilitations-, Kurz- und Langzeitpflegeeinrichtungen) gelegt. Eben genau dort, wo es oft zu Informations- und Kommunikationsbrüchen kommt. Bekannt ist, die Grenzen der häuslichen Versorgung werden von der Überlastung pflegender Angehöriger und den kognitiven Einschränkungen der Pflegebedürftigen gesetzt (Büker 2021; Jacobs et al. 2021). Damit sind ein weiteres Betätigungsfeld *Angehörigenfunktionen*, die Entlastungsstrukturen für Angehörige sicherstellen, Versorgungssituationen mit Fachexpertise fern von emotionaler Involviertheit der Angehörigenperspektive bewerten und Angehörige bei alleinlebenden, isoliert und einsamen Versorgten ersetzen.

4.2.4 Kosteneffekte und Inanspruchnahme von Regelleistungen

Die Gesamtkosten für Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V- und SGB XI-Kosten) unterscheiden sich im betrachteten 9-monatigen Interventionszeitraum nicht signifikant von jenen der beiden Kontrollgruppen. Dies gilt auch unter Einbeziehung der laufenden Fallkosten (Personalkosten der RCCM, Vergütung von Versorgungsleistungen, Abschreibung von Anschaffungskosten für telemedizinisches Equipment), wenngleich hier statistische Unsicherheit besteht. Berücksichtigt man das Mehr als Leistungen, die den Teilnehmenden zur Verfügung standen (Case-Management mit Lotsenfunktion, vielschichtigen Beratungen, Kümmerer-Funktion und der Krisenintervention; Erweiterte Erreichbarkeit eines Arztes, interdisziplinärer Versorgungsplanung sowie telemedizinischen Leistungen für ca. ein Drittel der Teilnehmenden), so lässt sich konstatieren, dass den Teilnehmenden eine im Grundsatz höherwertige, die Regelversorgung ergänzende, Versorgung zur Verfügung stand, ohne auf Seiten der GKV signifikant höhere (aber auch keine geringeren) Ausgaben zu produzieren.

Die Kosten für Krankenhausaufenthalte sowie die Anzahl notfallbedingter Krankenhauseinweisungen und die Rate der Umzüge in stationäre Dauerpflege lagen auf dem Niveau der Kontrollgruppen. Hier wären Projekte mit längerem Beobachtungszeitraum sowie einer Stichprobe, die den Kreis der Anspruchsberechtigten hinsichtlich weniger komplexen Fällen besser ausschöpft, erforderlich und zu begrüßen.

Die Ausschöpfung von Regelleistungen (Pflegegrade, Kurzzeitpflege, Tagespflege, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds) gelang OBERBERG_FAIRsorgt nicht besser als der Regelversorgung in den Kontrollgruppen.

4.2.5 Versorgungspfade werden patientenzentriert stabilisiert

Die auf den Gesundheitszustand abzielenden Outcomes aus der pre-post-Befragung (QUANT-B), mit Ausnahme der Erschöpfung, haben sich über 12 Monate nicht signifikant verändert. Unter Berücksichtigung der Komplexität der schlussendlich rekrutierten und versorgten Fälle sowie des Anstiegs der Pflegegrade im Interventionszeitraum, interpretieren wir dies als eine Stabilisierung von Gesundheitsstatus und Versorgungssituation. Diese Interpretation wird durch die qualitativen Befunde gestützt.

Der sogenannte Value-Based Healthcare-Ansatz von Porter (2008, S. 503) besagt, dass alle Beteiligten gewinnen, wenn sie zusammen und nicht gegeneinander arbeiten. Porter (2010, S. 247) definiert: „Achieving high value for patients must become the overarching goal of health care delivery, with value defined as the health outcomes achieved per dollar spent.“ Die Interventionen der RCCM sind bei der teilnehmenden Patientengruppe (die Hausarztpraxen schrieben bevorzugt Patienten mit hohen Unterstützungsbedarfen ein) als effizient zu bezeichnen. Diese Patientengruppe, oft mit Lücken in der Sozialkapitalausstattung (Schultze 2022), dem zentralen Risikofaktor für die Übersiedlung in stationäre Settings (Jacobs et al. 2021), hat überwiegend (bei den von uns im qualitativen Modul Befragten, waren es alle) den Wunsch, auch bei zunehmenden Unterstützungsbedarfen in ihrer privaten Häuslichkeit verbleiben zu dürfen (SGB XI §3). Neben der medizinischen Versorgung geht es um die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe (Zweites Pflegestärkungsgesetz SGB XI § 45 a und b). Auch das Thema Einsamkeit (Huxhold & Henning 2023, Krieger & Seewer 2022) ist präsent. Großbritannien hat seit Januar 2018 ein cross-government Tackling Loneliness Strategy Team! Die Sicherstellung einer stabilen Gesundheitsversorgungssituation in der privaten Häuslichkeit kann somit als das vorrangige Ziel der Interventionen der RCCM konstatiert werden. Damit ist das stets formulierte Ziel einer Verbesserung der Versorgungssituationen inkludiert. Denn eine stabile Versorgung in der privaten Häuslichkeit über krisenhafte Versorgungsphasen hinweg, im Sinne eines bei Instabilitäten sich stets einpendelnden Systems in mittelfristige und dann langfristige

Stabilitäten, stellt für die Gruppe von Patienten und Patientinnen hohen Alters, oftmals multimorbid, pflegebedürftig, u. U. netzwerklos oder mit überforderten, selbst schon hilfebedürftigen Angehörigen, eine Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation dar.

Es geht um die Bewältigung von Krisen, die instabile Versorgungssituationen schaffen. (1) Das sind plötzlich eintretende Gesundheitskrisen, in denen durch die Organisation einer vernetzten Versorgung (ambulanter Pflegedienst, ärztliche Hausbesuche, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, Aktivierung von Sozialkapital) ein Krankenhausaufenthalt verhindert werden kann, z. B. bei schweren Infekten im hohen Alter. (2) Das sind Gesundheitskrisen, die Übergänge bei lebensverändernden Erkrankungen mit sich bringen, z. B. Überleitungsmanagement aus dem Krankenhaus nach einem Oberschenkelhalsbruch, nach einer Schlaganfalldiagnose etc. (3) Das sind sich durch eine progredient verlaufende Erkrankung anbahnende Versorgungskrisen, z. B. bei Tumorerkrankungen, dementiellen Erkrankungen. (4) Auch können unterstützende Netzwerke an ihre Belastungsgrenzen kommen, oder gar wegfallen (pflegender Partner erkrankt/stirbt, Angehörige sind überfordert).

4.2.6 Prävention

Die RCCM leisten Beziehungsarbeit (bei den Versorgten: präventiver Hausbesuch, Beratung, Vermittlung, Begleitung, Intervention) und Vernetzungsarbeit (der Stakeholder). Beides ist, wird Pflegebedürftigkeit sozialmedizinisch betrachtet, Pflegebedürftigkeitsprävention (Rott et al. 2020). Dem Entstehen und Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit wird entgegengewirkt (Nüchtern et al. 2017). Dem Lebenslagenansatz folgend wird das Leben in der Häuslichkeit salutogenetisch (Antonovsky 1997) denkend kompetenzfördernd unterstützt und Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt. Damit bekommt der von den Versorgten oft geäußerte Wunsch, auch bei Krankheit und Autonomieverlust in ihrem Zuhause wohnen bleiben zu dürfen, erste Priorität.

4.2.7 Teilleistungen

Die aufgebaute **Elektronische Plattform** wurde als strukturiertes Dokumentationssystem (Diagnostiken, Medikation, Arztbriefe, Krankenhausentlassungsbriefe, Therapiepläne, Hilfsmittel) des Care-und-Case-Managements genutzt. Die RCCM erstellten für alle Versorgten digitale Fallakten und hielten diese auf dem aktuellen Stand, was dem Informationsaustausch zwischen RCCM, Leistungserbringenden, Versorgten und Angehörigen hohe Bedeutung zuweist. Das Verharren der Elektronischen Plattform in der Ausprägung eines Dokumentationstools ist auf den beschränkten Kreis an aktiven Nutzern (RCCM, wenige Hausarztpraxen, Erweiterte Erreichbarkeit) und die fehlende Schnittstellenkompatibilität zurückzuführen. Dass die Teilnehmenden selbst kaum bzw. gar nicht regelmäßig aktiv auf die Plattform zugreifen, ist in Anbetracht des versorgten Klientels erwartungskonform.

Die **Eingangsassessments** wurden überwiegend nicht, wie vorgesehen, durch die Hausärzte durchgeführt, sondern durch die RCCM. Begründet wurde dies mit begrenzten Ressourcen der Arztpraxen. Die Durchführung durch die RCCM wurde seitens der Hausärzte begrüßt und eher als Vorteil wahrgenommen.

Die **Interdisziplinäre Versorgungsplanung** wurde im qualitativen Teil der Evaluation nicht differenziert untersucht. Die Teilnehmenden und deren Angehörige konnten, angesprochen auf diesen Begriff, wenig damit anfangen. Dies erklärt womöglich, dass in der QUANT-B-Befragung nur knapp 60% der Befragten tendenziell der Aussage zustimmten, dass ein Versorgungsplan mit ihnen besprochen worden sei. Ein höherer Anteil der Teilnehmenden fühlte sich aber in die Planungen bezüglich ihrer Versorgung einbezogen. Allerdings stimmte auch knapp die Hälfte der Aussage zu, dass ihnen nicht immer klar gewesen sei, was zwischen RCCM und Hausarzt besprochen worden sei. Zu berücksichtigen ist, dass ein Teil der

Teilnehmenden unter kognitiven Beeinträchtigungen litt und die QUANT-B-Befragung teils auch durch Angehörige als Proxys beantwortet wurde. Der Transparenz gegenüber den Teilnehmenden und der Nachvollziehbarkeit durch diese erscheint aber dennoch ausbaufähig zu sein. Schlussendlich hatten aber knapp 9 von 10 Fällen den Eindruck, am Ende selbst alle wichtigen Entscheidungen betreffend ihrer Gesundheitsversorgung zu treffen.

Interdisziplinäre Fallkonsile wurden nur in geringer Zahl realisiert, obschon diese für Fälle mit (Pre-) Frailty, kognitiven Einbußen und/oder Polypharmazie vorgesehen waren. Die Leistung wurde in Anbetracht der Charakteristika der versorgten Stichprobe (allein drei Viertel der QUANT-B-Stichprobe wies an Baseline Polypharmazie auf) somit weitaus weniger umgesetzt als vorgesehen, was vor allem in der Komplexität begründet lag, die entsprechenden Leistungserbringer auch tatsächlich für ein Fallkonsil zusammenzubringen. Wo dies gelang, zeigte sich ein breites Spektrum Beteiligter, das in den meisten Fällen auch Angehörige sowie Pflegedienste einschloss. Für künftige Implementierungen ist zumindest eine unzweideutige Verpflichtung des Hausarztes an erforderlichen Fallkonsilen (sowie ohnehin an der Versorgungsplanung) im Selektivvertrag angezeigt.

Für das **Tool der Erweiterten Erreichbarkeit**, mitbedient von den Notärzten und Notärztinnen der Leitstelle, ist die Elektronische Plattform zentrales Informationssystem und Mitentscheidungsgrundlage. Notwendige Bedingung ist die stete Aktualisierung der digitalen Fallakten. Die Erweiterte Erreichbarkeit hat für die Versorgten, aber auch deren Angehörigen, den psychologischen Wert der Beruhigung und vermittelt Sicherheit, Gesundheitskrisen außerhalb der hausärztlichen Erreichbarkeit bewältigen zu können und nicht direkt beim Notruf der Leitstelle anzurufen. Mehr als drei Viertel der Befragten gaben in der QUANT-B-Befragung an, dass reine Existenz der Erweiterten Erreichbarkeit ihnen ein zusätzliches Gefühl an Sicherheit gebe.

Das **fakultative Tool des telemedizinischen Monitorings** bringt in der Therapiegestaltung des Arztes für einen bestimmten Patiententypus (mit hoher Compliance, schwankenden Vitalwerten) einen Nutzen. Telemonitoring rechnet sich dann, wenn dadurch Versorgungspfade patientenzentriert stabilisiert werden, z. B. Krankenhauseinweisungen verhindert werden (Kosten Telemonitoring < Kosten Krankenhausaufenthalt). Beim Telemonitoringgerät Waage kann bei Patienten mit Herzinsuffizienz bei auftretenden Wassereinlagerungen zielgenauer (schneller) ein Diuretikum verordnet werden und somit einer Gesundheitskrise mit Krankenhausaufenthalt gegengesteuert werden. Konkrete Beispiele konnten die Hausärzte nicht benennen. Hier wäre eine eigenständige Studie nötig. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Teilnahme am Telemonitoring bei den Patienten einen psychologischen Input brachte, in dem Sinne, dass sie sich besser versorgt fühlen und darüber eine Steigerung der Compliance beobachtbar war. Die Nutzung der Devices stellt die Zielgruppe zudem nach entsprechender Einweisung vor keine Probleme.

4.2.8 Fallkosten

Hinsichtlich der Fallkosten ist zu betonen, dass diese bei einer Weiterführung oder Neuimplementierung aller Voraussicht nach deutlich geringer ausfallen würden. Dafür gibt es mehrere Gründe.

Erstens wurden die (ärztlichen) Versorgungsleistungen sehr großzügig vergütet, um im Projekt- und Erprobungskontext einen (pekuniären) Anreiz für die Teilnahme am Selektivvertrag zu schaffen. Bei einer Neuimplementierung wäre diese Vergütungshöhe jedoch kaum realisierbar. Als Beispiel sei die Vergütung in Höhe von 104,93 EUR für das Eingangsassessment genannt. Das hausärztliche geriatrische Basisassessment wird in der Regelversorgung derzeit mit 13,49 EUR vergütet. Zwar ist das Eingangsassessment in OBERBERG_FAIRsorgt umfassender, aber nicht so umfassend, dass diese Vergütungs Differenz auch nur annähernd zu rechtfertigen wäre – zumal die Hausärzte, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, das hausärztliche geriatrische Basisassessment zusätzlich

abrechnen können. Ähnliches gilt analog für die Vergütungshöhe der übrigen ärztlichen Versorgungsleistungen. Selbst wenn die Teilleistung der Fallkonsile bei einer künftigen Implementierung tatsächlich auch in allen Fällen bei entsprechendem Bedarf erbracht und vergütet würde, ist davon auszugehen, dass die Fallkosten durch Vergütungen, die näher am Einheitlichen Bewertungsmaßstab liegen, um mindestens 200 EUR niedriger ausfallen würden.

Bei einer kompletten Übernahme der Eingangsassessments durch die RCCM entfielen die 49,38 EUR für diese Leistung komplett aus den Vergütungen, andererseits stiege natürlich der Personalaufwand bei den RCCM – allerdings nur punktuell unmittelbar nach Versorgungsstart. Zweitens ist davon auszugehen, dass die RCCM bei einer Teilnehmendenstruktur, die die Möglichkeiten der Einschlusskriterien wirklich ausschöpft, auch eine höhere Fallzahl betreuen könnten. Gemeint ist hier ein höherer Anteil jüngerer Teilnehmender zwischen 65 und 70 Jahren mit weniger ausgeprägter Multimorbidität und ohne Pflegebedürftigkeit – mithin also Fälle, die zwar in den ersten Wochen (bis zur Erstellung des Versorgungsplans) einen ähnlich hohen Workload bedeuten, bei denen die RCCM im Anschluss vor allem aber im „stand-by“-Modus wirken. Hier wären 20% zusätzlich versorgte Fallmonate durchaus realistisch, was die Fallkosten in der Position der Personalkosten für die RCCM um ca. 160 EUR reduzieren würde.

Schließlich sind hier nochmals die bereits angeklungenen unverhältnismäßig hohen Kosten für die Erweiterte Erreichbarkeit zu thematisieren. Diese Teilleistung ist für die Teilnehmenden von hoher psychologischer Bedeutung, wie die Evaluationsergebnisse zeigen. Die Inanspruchnahme ist jedoch gering, es handelt sich im Wesentlichen um eine Vorhalteleistung, die bei einer existierenden Leitstelle ideal aufgehoben ist. Setzt man Arbeitgeberkosten für einen Telenotarzt in Höhe von 7.500 EUR und einen großzügig bemessenen durchschnittlichen Aufwand von 30 Minuten pro Anruf an und berücksichtigt, dass die empirisch aufgetretenen 48 Anrufe sich auf den gesamten Interventionszeitraum aller Kohorten (18 Monate) erstrecken, so lägen die Fallkosten bei gerade noch ca. 1,60 EUR. Selbst wenn man von einer Verdreifachung der Nutzung ausginge und einer Leitstelle zudem eine Pauschale für das Vorhalten pro versorgtem Fall vergütete, würde ein großzügiger Ansatz von 20 EUR pro Fall die Fallkosten um 400 EUR reduzieren.

Bei den Kosten für die Kommunikationsplattform, die in den Fallkosten unberücksichtigt blieben, wäre bei einer dauerhaften Implementierung ggf. ein Modell mit monatlicher Vergütung je versorgtem Fall denkbar. Diese würde bei den Fallkosten voraussichtlich nur unwesentlich ins Gewicht fallen.

In der Gesamtbetrachtung erscheint es somit möglich und auch realistisch, die Neue Versorgungsform mit Fallkosten zu erbringen, die um 700 EUR bis 760 EUR niedriger liegen, also um etwa 1.000 EUR für einen 9-Monats-Zeitraum.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Wir empfehlen, die Versorgungsform weiter zu erproben und bei einer Weiterführung im Oberbergischen Kreis sowie bei etwaigen Neuimplementierungen in anderen Regionen folgende Anpassungen und evaluative Schwerpunkte zu setzen:

1. Implementierungen dieser Versorgungsform müssen mit einem längerfristigen Interventions- und Beobachtungszeitraum erfolgen, um Kosteneffekte sowie Effekte auf den Verbleib in der Häuslichkeit, (notfallbedingte) Krankenhausaufnahmen, die Inanspruchnahme von Regelleistungen sowie die Entwicklung des Gesundheitsstatus verlässlicher abbilden zu können.

2. Dabei ist bei der Rekrutierung (die idealerweise nicht nur auf Versicherte einer Krankenkasse beschränkt sein sollte) stärker darauf zu achten, dass die Teilnehmenden hinsichtlich Alter, Pflegebedürftigkeit, (Multi-)Morbidität und Polypharmazie die Einschlusskriterien besser abbilden, d.h. vergleichsweise jüngere, nicht pflegebedürftige Klienten zu einem höheren Anteil für die Versorgungsform gewonnen werden. Alternativ könnten die Einschlusskriterien enger gefasst werden und die Versorgungsform stärker auf komplexe Fälle ausgerichtet werden.
3. Es müssen Strategien entwickelt werden, um die Quote der beteiligten Hausärzte massiv zu erhöhen, insbesondere muss auf eine ausgewogene regionale Verteilung in der betreffenden Region hingearbeitet werden. Zugleich müssen Hausärzte, die sich an der Versorgungsform beteiligen, effektiv auf die Erbringung der obligatorischen Teilleistungen verpflichtet werden. In Regionen mit bereits geringem Versorgungsgrad besteht hier allerdings ein Zielkonflikt. Der als Befund aus der qualitativen Evaluation gewonnene Effekt einer Entlastung der Arztpraxen durch die RCCM muss daher klarer kommuniziert und mit quantitativen Daten unterfüttert werden. Die Pflichten der beteiligten Hausarztpraxen dürfen die wahrgenommene Entlastung nicht konterkarieren. Diesbezüglich sollte geprüft werden, ob die Durchführung der Eingangsassessments grundsätzlich von den RCCM sowie von bereits in die Versorgung involvierten Pflegediensten bzw. Pflegeheimen übernommen werden kann, wie dies überwiegend bereits der Fall.
4. Es müssen Anreize geschaffen werden, um die Hausärzte und weitere Leistungserbringer aktiv an die elektronische Kommunikationsplattform zu binden, damit diese Plattform ihr Potenzial entfalten und nicht nur im Wesentlichen als Dokumentationssystem der RCCM verwendet wird. Die telemedizinische Teilleistung hat in diesem Zusammenhang einen gewissen Effekt entwickelt, da die gewonnenen Vitaldaten auf der Elektronischen Plattform eingehen und die Hausärzte dadurch einen Anreiz zur Nutzung der Plattform haben. Auch in diesem Zusammenhang gilt, dass die Nutzung der Plattform seitens der angebundenen Leistungserbringer nicht als zusätzlicher Aufwand ohne entsprechenden Gegenwert empfunden werden darf. Die wesentliche Voraussetzung dafür ist die Schaffung einer Interoperabilität zwischen der Plattform und möglichst vielen Praxissoftware-Produkten mittels entsprechender Schnittstellen und idealerweise einem (teil-)automatisierten Datenaustausch. Gleiches gilt für die Anbindung der Dokumentationssysteme anderer Leistungserbringer (Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeheime, Apotheken, Therapeuten etc.).
5. Die Teilleistung der Erweiterten Erreichbarkeit schafft für die Teilnehmenden ein nicht zu unterschätzendes Sicherheitsgefühl. Sie sollte daher beibehalten werden, allerdings muss diese Leistung weitaus kostengünstiger realisiert werden, was problemlos möglich erscheint. Die erfolgte Anbindung an die Leistelle erscheint prinzipiell als vielversprechend, um hohe Verfügbarkeit zu verschiedenen Tageszeiten bei zugleich niedriger Nutzungsquote kosteneffizient zu verbinden, sodass lediglich an bestehende Strukturen und bestehendes Personal angedockt werden muss.
6. Die telemedizinische Teilleistung wurde sehr gut angenommen und kann als weiterer Beitrag zur Entlastung der Arztpraxen (wie auch der Versicherten) wirken. Bei einer Weiterführung der Versorgung im Oberbergischen Kreis sowie bei möglichen

Neuimplementierungen sollte man in der Evaluation besonders darauf achten, für welche Indikationen diese Teilleistung erbracht wird und wie Hausärzte den Messzeitraum begründen (bzw. in welchen Konstellationen sie eine dauerhafte häusliche Messung der Vitalparameter als indiziert sehen). Diese Erkenntnisse helfen zudem, den Bedarf an Equipment besser planen und steuern zu können.

IV Literaturverzeichnis

- Alisch, M. et al. (2018). „Irgendwann brauch' ich dann auch Hilfe ...!“ – Selbstorganisation, Engagement und Mitverantwortung älterer Menschen in ländlichen Räumen. Opladen: Budrich.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Thüringen: dgvt-Verlag.
- Balzer, L. (2005). Wie werden Evaluationsprojekte erfolgreich. Ein integrierender theoretischer Ansatz und eine empirische Studie zum Evaluationsprozess. Verlag Empirische Pädagogik., Landau.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control, New York: Freeman/Times Books/Henry Holt & Co
- Baur, N., Kelle, U. & Kuckartz, U. (Hrsg.) (2018). Mixed Methods. Springer VS, Wiesbaden. Bertelsmann Stiftung
- Becker, F. (2019). Motivation und Motive: Definitionen und Eigenschaften. In: Becker F Mitarbeiter wirksam motivieren. Berlin, Heidelberg: Springer. 19-25.
- Blüher, S., Stein, T., Schnitzer, S., Schilling, R., Grittner, U., & Kuhlmei, A. (2021). Care dependency factors: analyses of assessment data from the medical service of German statutory health insurance providers. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(33-34), 563.
- Büker, C. (2021). Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bolger, N., Davis, A., & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual review of psychology* 54(1): 579-616.
- Brandstätter, V., Schüler, J., Puca, R. M., & Lozo, L. (2018). Motivation und Emotion. Wiesbaden: Springer.
- Burzan, N., & Hitzler, R. (Hrsg) (2018). Typologische Konstruktionen. Wiesbaden: Springer VS.
- Buttery, A. K., Busch, M. A., Gaertner, B., Scheidt-Nave, C., & Fuchs, J. (2015). Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. *BMC geriatrics*, 15, 1-9.
- Caliendo, M. & Kopenig, S. (2008). Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. *Journal of economic surveys*, 22(1): 31-72.
- Cella, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Youn, T.S., Amtmann, D., Bode, R., Buysse, D., Choi, S., Cook, K., Devellis, R., DeWalt, D., Fries, J.F., Gershon, R., Hahn, E.A., Lai, J.S., Pilkonis, P., Revicki, D., Rose, M., Weinfurt, K. & Hays, R. (2010). Initial item banks and first wave testing of the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) network: 2005–2008. *Journal of Clinical Epidemiology* 63(11): 1179–1194.

- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International journal of nursing studies* 50(5): 587-592.
- Dittmar, N. (2009). *Transkription*. Wiesbaden: Springer VS.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Dresing, Th., & Pehl, Th. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschende*. 8.Aufl. Marburg.
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R. & Coffey, R. M. (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*, 36(1), 8-27.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 41: 1149-1160.
- Fisher, F., Gibbons, C., Coste, J., Valderas, J.M., Rose, M., & Leplège, A. (2018). Measurement invariance and general population reference values of the PROMIS profile 29 in the UK, France, and Germany. *Quality of Life Research* 27(4): 999-1014.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (2009). *Interpretative Sozialforschung: Der Prozess*. Wien: Facultas (UTB).
- Geithner, L., & Wagner, M. (2022). Old-age lifestyles: Patterns of participation in leisure activities and their associations with different forms of capital. *Journal of Aging Studies*, 61, 101022. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101022>.
- Grebe, Ch., Köstler, U., & Schulz-Nieswandt, F. 2024. Stabilisierung der Gesundheitsversorgung durch Case-Management und integrative Vernetzung im Sozialraum. Ergebnisse, Analysen und Diskussion des Innovationsfonds-Projekts OBERBERG_FAIRsorgt. Baden-Baden: Nomos.
- Gutachterausschuss für Grundstückswerte im Oberbergischen Kreis (2021). *Grundstücksmarktbericht 2021 für den Oberbergischen Kreis*. Oberbergischer KReis, Gummersbach.
- Gurtner, C. et. al. (2018). Patientenbezogene Komplexität in der Pflege – kollektive Case Studies im Akutspital. *Pflege* 31(5): 237-244.
- Haverhals, L., Lee, C., Siek, K., Darr, C., Linnebur, S., Ruscin, J., & Ross, S. (2011). Older Adults with Multi-Morbidity: Medication Management Processes and Design Implications for Personal Health Applications. *J Med Internet Res*, 13(2): e44 DOI: 10.2196/jmir.1813.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M.F., Kind, P., Parkin, D., Bonser, G. & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research* 20(10): 1727-1736.
- Ho, D., Imai, K., King, G., Stuart, E. (2011). "MatchIt: Nonparametric Preprocessing for Parametric Causal Inference." *Journal of Statistical Software*, 42*(8), 1-28.
- Huxhold, O., & Henning, G. (2023). The Risks of Experiencing Severe Loneliness Across Middle and Late Adulthood. *The Journals of Gerontology: Series B*. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad099>.
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Berlin: Springer.

- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 58(9), 942-950.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2024). Übersicht der hausärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung NORDRHEIN (Stand 05.04.2024). Online: https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/bedarfsplanung/anlagen_bedarfsplanung.pdf, Abruf: 06.05.2024.
- Kelle, U. (2008). Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. 2. Aufl. Springer VS, Wiesbaden.
- Köstler, U. 2024. Die Neue Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt erprobt eine Digitale Plattform als lernendes und wachsendes System - Der lange Weg vom Inkubator zur steten Annäherung an den Idealtypus einer Digitalen Kommunikationsplattform. In: ProAlter.
- Köstler, U. et al. 2024. „Und wann kommen Sie wieder vorbei?“ Zwei Jahre Neue Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt: wie Care-und-Case-Management empowert. In: ProAlter, 37-41.
- Krieger, T., & Seewer, N. (2022). Einsamkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Kuckartz, U. (2014). Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesign und Analyseverfahren. Springer VS, Wiesbaden.
- Küsters, I. (2019). Narrative Interviews. 3. Aufl. Springer, Wiesbaden.
- Lenth, R. (2023). emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. R package version 1.8.9.
- Lida, M., Shrout, P., Laurenceau, J. P., & Bolger, N. (2012). Using diary methods in psychological research. In: Cooper, H. (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology: Foundations, planning, measures and psychometrics* (Vol. 1, pp. 277-305). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Mayring, Ph. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Michalowsky, B., Kaczynski, A., & Hoffmann, W. (2019). Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland–Eine Metaanalyse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 62, 981-992.
- Mühlhauser, I., Lenz, M. & Meyer, G. (2011). Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105(10): 751-761.
- Nüchtern, E., Gansweid, B., Gerber, H., & von Mittelstaedt, G. (2017). Teilhabe als Ziel von Sozialmedizin und Pflege: Definition von Pflegebedürftigkeit – Prävention von Pflegebedürftigkeit. *Das Gesundheitswesen*. 79(01). 37-41.
- Nussbaum, M. (1998). Gerechtigkeit oder Das gute Leben. 10.Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*. 248(4):503-509. DOI: <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e31818a43af>.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine* 363(26):2477-2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024.
- Quade, D. (1967). Rank analysis of covariance. *Journal of the American Statistical Association*, 62(320), 1187-1200.
- R Core Team (2023). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

- Reichertz, J. (2010). Abduction: The Logic of Discovery of Grounded Theory. In: Bryant, A. & Charmaz K (editors): The Sage Handbook of Grounded Theory. London, Sage Publication. 214-229.
- Reichertz, J. (2013). Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Über die Entdeckung des Neuen. 2. akt. erw. Aufl. Springer VS. Wiesbaden.
- Rosenthal, G. (2014). Interpretative Sozialforschung. Weinheim-München: Beltz-Juventa.
- Röthlin, F., Pelikan, J. M., & Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie.
- Rott, C., Wiloth, S., Kramer, B. et al (2020). Prävention statt Pflege. G+G digital 06/2020.
- Schultze, E.-M. (2022). Sozialkapital und Reziprozität im Werk von Coleman und Bourdieu. Springer VS, Wiesbaden.
- Schulz, M., Mack, B., & Renn, O. (Eds). (2012). Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: Springer VS.
- Schulz-Nieswandt, F. (2016). Sozialökonomie der Pflege und ihre Methodologie. Nomos, Baden-Baden.
- Schulz-Nieswandt, F. (2018). Bridging the gap. Ein Kommentar zu Beispielen der Brückenfunktionsbildung im Kontext der Krankenhausentlassung gemäß § 11 (4) SGB V. *Pflege und Gesellschaft* 23 (4): S. 373-374.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., & Mann, K. (2021a). Kommunale Pflegepolitik - eine Vision. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., & Mann, K. (2021b). Lehren aus der Corona-Krise. Modernisierung des Wächterstaates im SGBXI. Baden-Baden: Nomos.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother*, 53(1), 16-39.
- Schwarzer, R.& Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.Schumacher et al. 2005.
- Sen, A. (2020). The possibility of social choice. In *Shaping Entrepreneurship Research* (pp. 298-339). Routledge.
- Strauß A.L., Corbin, J.M. (1996). Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Widmer, T., Beywl, W., & Fabian, C. (Hrsg) (2009) Evaluation. Ein systematisches Handbuch. Wiesbaden: Springer VS.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G, (Hrsg) Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz, S. 227-256.
- Witzel, A. & Reiter, H. (2012). *The problem-centred Interview*. London/Thousand Oaks, Ca./New Delhi/Singapore.

V Anlagen

- Anlage 1: Eingangsbefragung
Anlage 2: Abschlussbefragung
Anlage 3: Interviewleitfäden

Patienten- Identifikationsnummer
(wird von der Vertrauensstelle ausgefüllt)

Eingangsbefragung

Fragebogen für Patientinnen und Patienten

im Rahmen der Begleitforschung zu



OBERBERG_FAIRsorgt



Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie diesen bitte mit dem **beigefügten Rückumschlag** an die Vertrauensstelle von OBERBERG_FAIRsorgt beim Oberbergischen Kreis zurück.

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten von OBERBERG_FAIRsorgt,

wir bitten Sie, diesen Fragebogen zu beantworten. Wir stellen Ihnen diese Fragen, um die neue Versorgungsform OBERBERG_FAIR_sorgt wissenschaftlich zu bewerten. Für eine genaue Analyse sind wir auf möglichst vollständige Daten angewiesen. Wir bitten Sie daher darum, möglichst alle Fragen zu beantworten. Wir sind uns bewusst, dass einige Fragen sehr persönlich sind. Wenn Sie aber dennoch einzelne Fragen nicht beantworten können oder nicht beantworten möchten, dann lassen Sie die Antworten auf diese Fragen einfach frei.

Der Fragebogen richtet sich an die Person, die an OBERBERG_FAIRsorgt als Patient bzw. Patientin teilnimmt. Diese Person soll die Fragen nach Möglichkeit auch selbst beantworten. Wenn Sie bei der Beantwortung unterstützt werden müssen, dann möglichst so, dass die Fragen und Antworten vorgelesen werden.

Wenn Sie eine Bezugsperson sind, die diesen Fragebogen (oder Teile davon) stellvertretend für den Patienten bzw. die Patientin ausfüllt, dann versuchen Sie bitte, nicht aus Ihrer eigenen Perspektive zu antworten, sondern so, wie der Patient bzw. die Patientin antworten würde. Geben Sie Ihre Unterstützung bitte unbedingt in der letzten Frage auf der letzten Seite an.

Die meisten Fragen haben vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Bitte wählen Sie jeweils die Antwortmöglichkeit aus, die für Sie am ehesten zutrifft und setzen Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen. Für die Auswertung ist es wichtig, dass Sie Ihr Kreuz immer in ein Kästchen und nicht zwischen zwei Kästchen setzen. Bei einigen Fragen sind auch mehrere Antworten möglich. Das ist bei den betreffenden Fragen angegeben.

Manche Fragen beinhalten deutlich hervorgehobene Zeitangaben, z.B. heute, in den letzten 7 Tagen oder in den letzten 4 Wochen. Bitte denken Sie bei diesen Fragen an den entsprechenden Zeitraum.

Bei den Fragen stehen jeweils in kleinerer Schrift Codes wie z.B. „net01“. Diese sind für Sie nicht relevant. Ignorieren Sie sie einfach, sie dienen nur der Dateneingabe.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt
Universität zu Köln
Institut für Soziologie und Sozialpsychologie

Hilfen im Alltag

net01

Bei wie vielen Ärzten sind Sie aktuell in Behandlung?

*Denken Sie an Haus- und Fachärzte, auch an Augen- und Zahnärzte.
Tragen Sie bitte die Anzahl ein.*

_____ Ärzte

net02

Von welchen Personen und/oder Dienstleistern werden Sie in Ihrem Alltag unterstützt?

Denken Sie dabei bitte an Unterstützung...

- *bei der Körperpflege*
- *beim Essen und Trinken*
- *bei der Zubereitung der Mahlzeiten*
- *beim Einkaufen*
- *bei Aktivitäten außer Haus*
- *bei der medizinischen Versorgung in Ihrem Wohnumfeld (Verbände, Spritzen, Einnahme der Medikamente, Kompressionsstrümpfe usw.)*

*Kreuzen Sie bitte alle Personen und Dienste an, von denen Sie **in den letzten 4 Wochen** Unterstützung erhalten haben.*

- ☐ ambulanter Pflegedienst
- ☐ Tagespflege-Einrichtung
- ☐ Pflegeheim-Personal (wenn Sie im Pflegeheim leben)
- ☐ im Haushalt lebende Angehörige (z.B. Ehepartner, Kinder, Geschwister)
- ☐ im Haushalt lebende 24-Stunden-Pflegekraft
- ☐ Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn, die nicht in Ihrem Haushalt leben
- ☐ Nachbarschaftshilfe-Verein
- ☐ Lieferdienst für zubereitete Mahlzeiten („Essen auf Rädern“)
- ☐ Lieferdienst für Lebensmittel (z.B. durch einen Supermarkt)
- ☐ andere (bitte angeben):

netz01txt

- ☐ Ich habe in den letzten 4 Wochen von niemandem Unterstützung erhalten.

net03

Bei welchen der folgenden Leistungserbringer waren Sie in den letzten 3 Monaten in Behandlung?

Es sind mehrere Antworten möglich. Kreuzen Sie bitte alle an, die zutreffen. Falls keine Antwort zutrifft, kreuzen Sie bitte „bei keinem davon“ an.

- ☐ Physiotherapeut
- ☐ Logopäde
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Ernährungsberater oder Diätassistent
- ☐ Podologe
- ☐ Masseur oder medizinischer Bademeister
- ☐ Heilpraktiker
- ☐ bei keinem davon

Medikamente

sodem09

Nehmen Sie mehr als 4 Medikamente ein?

Zählen Sie bitte alle Tabletten, Tropfen, Salben, Injektionen (Spritzen) und Inhalationen (Sprays) mit, die Sie in einem festen Abstand (täglich, wöchentlich etc.) einnehmen – egal ob ärztlich verordnet oder privat gekauft.

Zählen Sie Medikamente, die Sie unregelmäßig (bei Bedarf) einnehmen, bitte nur mit, wenn Sie sie in den letzten 4 Wochen auch eingenommen haben.

- ☐ nein
- ☐ ja

med04

Wissen Sie bei jedem Medikament, warum Sie es einnehmen?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ nein
- ☐ ja

Gesamtbewertung Ihrer Gesundheit

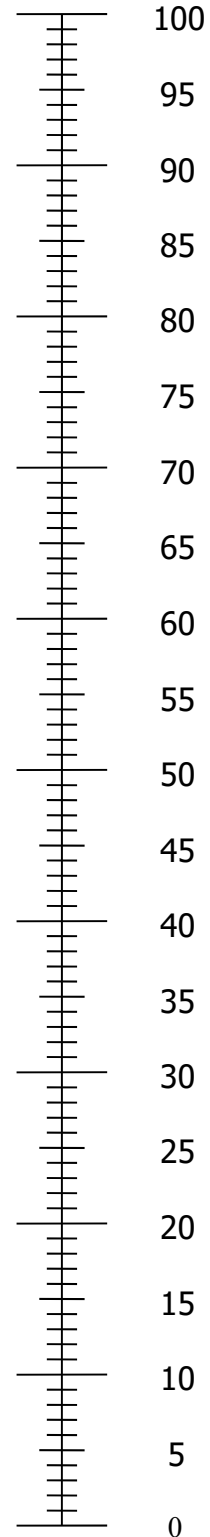
Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit **heute** ist.

- 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.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

eq06

beste Gesundheit, die Sie
sich vorstellen können



schlechteste Gesundheit,
die Sie sich vorstellen
können

Probleme im Alltag

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, ob Sie Probleme damit haben, alltägliche Tätigkeiten auszuführen und wie erschöpft Sie sich fühlen. Bitte beachten Sie, dass das Antwortformat von Frage zu Frage mehrmals wechselt.

eq01

Wie groß sind heute Ihre Probleme mit Ihrer Beweglichkeit/ Mobilität?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich habe *keine Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich habe *leichte Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich habe *mäßige Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich habe *große Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich bin *nicht in der Lage* herumzugehen

eq02

Wie groß sind heute Ihre Probleme sich selbst zu waschen oder anzuziehen?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich habe *keine Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich habe *leichte Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich habe *mäßige Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich habe *große Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich bin *nicht in der Lage*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

eq03

Wie groß sind heute Ihre Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten?

(z.B. Arbeit, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich habe *keine Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich habe *leichte Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich habe *mäßige Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich habe *große Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich bin *nicht in der Lage*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die momentan am besten zutrifft. <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		ohne jede Schwierigkeiten					
		mit geringen Schwierigkeiten					
		mit einigen Schwierigkeiten					
		mit großen Schwierigkeiten					
		kann ich gar nicht					
pfa11	Können Sie Hausarbeiten erledigen, z. B. Staubsaugen oder Gartenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐	
pfa21	Können Sie mit normaler Geschwindigkeit Treppen hoch- und runtergehen?	☐	☐	☐	☐	☐	
pfa23	Können Sie mindestens 15 Minuten lang spazieren gehen?	☐	☐	☐	☐	☐	
pfa53	Können Sie Besorgungen machen und einkaufen gehen?	☐	☐	☐	☐	☐	

Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die für die <u>letzten 7 Tage</u> am besten zutrifft. <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		überhaupt nicht					
		ein wenig					
		mäßig					
		ziemlich					
		sehr					
h17	Ich war erschöpft.	☐	☐	☐	☐	☐	
an3	Es fiel mir schwer etwas <u>anzufangen</u> (zu beginnen), weil ich müde war.	☐	☐	☐	☐	☐	
fatexp41	Wie ausgelaugt fühlten Sie sich im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐	
fatexp40	Wie erschöpft waren Sie im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐	

Wie schwer fallen Ihnen momentan die folgenden Aktivitäten? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		nie					
		selten					
		manchmal					
		oft					
		immer					
srpper11	Es fällt mir schwer, allen meinen regelmäßigen Freizeitaktivitäten mit anderen nachzugehen.	☐	☐	☐	☐	☐	
srpper18	Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit meiner Familie machen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	
srpper23	Es fällt mir schwer, meine gewohnte Arbeit zu erledigen (einschließlich der Arbeit zu Hause).	☐	☐	☐	☐	☐	
srpper46	Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit meinen Freunden machen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	

Stimmungslage

In diesem Abschnitt möchten wir etwas über Ihre Stimmungslage erfahren. Bitte beachten Sie, dass das Antwortformat von Frage zu Frage mehrmals wechselt.

eq05 **In welchem Maße fühlen Sie sich heute ängstlich oder deprimiert?**

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich bin *nicht* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *ein wenig* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *mäßig* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *sehr* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *extrem* ängstlich oder deprimiert.

Denken Sie bitte an Ihre Stimmung in den letzten <u>7</u> Tagen. Wie häufig trafen die folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 8 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>							
		nie					
			selten				
				manchmal			
					oft		
				immer			
edanx01	Ich fürchtete mich.	☐	☐	☐	☐	☐	
edanx40	Ich fand es schwer, auf etwas anderes zu achten als auf meine Angst.	☐	☐	☐	☐	☐	
edanx41	Meine Sorgen haben mich überwältigt.	☐	☐	☐	☐	☐	
edanx53	Ich fühlte mich unruhig.	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep04	Ich fühlte mich wertlos	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep06	Ich fühlte mich hilflos.	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep29	Ich fühlte mich niedergeschlagen.	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep41	Ich fühlte mich hoffnungslos.	☐	☐	☐	☐	☐	

Schlafqualität

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, wie gut Sie schlafen und ob Sie Probleme mit dem Schlafen haben. Bitte beachten Sie, dass das Antwortformat der Fragen unterschiedlich ist.

Bitte bewerten Sie Ihre Schlafqualität in den <u>letzten 7</u> Tagen. <i>Kreuzen Sie bitte nur <u>eine</u> Antwort an.</i>							
		sehr schlecht					
			schlecht				
				mäßig			
					gut		
				sehr gut			
sleep109	Meine Schlafqualität war...	☐	☐	☐	☐	☐	

Denken Sie bitte an Ihren Schlaf in den <u>letzten 7 Tagen</u> . Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 3 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		überhaupt nicht					
		ein wenig					
		mäßig					
		ziemlich					
				sehr			
sleep116	Mein Schlaf war erfrischend.	☐	☐	☐	☐	☐	
sleep20	Ich hatte Schlafprobleme.	☐	☐	☐	☐	☐	
sleep44	Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	☐	☐	☐	☐	☐	

Beeinträchtigung durch Schmerzen
In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, ob Sie Schmerzen haben, wie stark diese sind und ob die Schmerzen Sie bei Ihren Aktivitäten beeinträchtigen. Bitte beachten Sie, dass die Fragen unterschiedliche Antwortformate haben.

eq04	Wie stark empfinden Sie <u>heute</u> Ihre Schmerzen oder körperlichen Beschwerden? <i>Bitte kreuzen Sie nur <u>eine</u> Antwort an.</i>
------	---

- ☐ Ich habe *keine* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *leichte* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *mäßige* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *starke* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *extreme* Schmerzen oder Beschwerden.

global07	Wie würden Sie Ihre Schmerzen <u>in den letzten 7 Tagen</u> im Allgemeinen einschätzen? <i>Bitte kreuzen Sie nur <u>ein</u> Kästchen an.</i>
----------	--

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen					schlimmste vorstellbare Schmerzen					

Denken Sie bitte an Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen. Wie sehr waren Sie durch die Schmerzen bei den folgenden Aktivitäten beeinträchtigt? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>							
		überhaupt nicht					
		ein wenig					
		mäßig					
		ziemlich					
		sehr					
painin9	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten?	☐	☐	☐	☐	☐	
painin22	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre häuslichen Tätigkeiten?	☐	☐	☐	☐	☐	
paini31	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Fähigkeiten, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen?	☐	☐	☐	☐	☐	
painin34	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Sie bei Ihrer Hausarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐	

Umgang mit Herausforderungen

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie mit Herausforderungen im Leben umgehen. Bitte beachten Sie, dass bei beiden Fragenblöcke unterschiedliche Antwortformate haben.

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 11 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		<i>Bitte kreuzen Sie jeweils einen Wert zwischen 1 („Nein, ich stimme nicht zu“) und 7 („ja, ich stimme völlig zu“) an.</i>						
		1	2	3	4	5	6	7
res01	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res02	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res03	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res04	Ich mag mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res05	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res06	Ich bin entschlossen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res07	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res08	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res09	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res11	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 10 Aussagen nur eine Antwort an.</i>		stimmt nicht				
		stimmt kaum				
		stimmt eher				
		stimmt genau				
swk01	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐	
swk02	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐	
swk03	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	
swk04	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐	
swk05	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐	
swk06	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐	
swk07	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐	
swk08	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐	
swk09	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	☐	☐	☐	☐	
swk10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐	

Gesundheitskompetenz

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, wie leicht es Ihnen fällt, Informationen zu Ihrer Gesundheit zu finden und zu verstehen. Die beiden Fragenblöcke haben das gleiche Antwortformat.

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach... <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 9 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		sehr einfach				
		ziemlich einfach				
		ziemlich schwierig				
		sehr schwierig				
gek01	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	☐	☐	☐	☐	
gek02	herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind (Arzt, Apotheker, Psychologe)?	☐	☐	☐	☐	
gek03	die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	☐	☐	☐	☐	
gek04	zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	☐	☐	☐	☐	
gek05	mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	☐	☐	☐	☐	
gek06	den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	☐	☐	☐	☐	
gek07	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	☐	☐	☐	☐	
gek08	Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	☐	☐	☐	☐	
gek09	zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen (Krebs-Früherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)?	☐	☐	☐	☐	

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach... <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 7 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		sehr einfach				
		ziemlich einfach				
		ziemlich schwierig				
		sehr schwierig				
gek10	zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind (Fernsehen, Internet oder andere Medien)?	☐	☐	☐	☐	
gek11	aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können (Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)?	☐	☐	☐	☐	
gek12	Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind (Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)?	☐	☐	☐	☐	
gek13	Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	☐	☐	☐	☐	
gek14	Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)?	☐	☐	☐	☐	
gek15	zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)?	☐	☐	☐	☐	
gek16	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	☐	☐	☐	☐	

Angaben zu Ihrer Person

In diesem letzten Abschnitt fragen wir Sie nach einigen Angaben zu Ihrer Person, die wir benötigen.

sodem01

Wie alt sind Sie?

Tragen Sie bitte Ihr Alter in vollen Jahren ein.

_____ Jahre

sodem02

Welches Geschlecht haben Sie?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ divers
- ☐ möchte ich nicht beantworten

sodem03

Welcher oder welchen Nationalitäten gehören Sie an?

Tragen Sie diese bitte so ein wie im Pass angegeben. Wenn Sie mehrere Staatsangehörigkeiten haben, tragen Sie bitte alle ein.

sodem04

Welchen Familienstand haben Sie?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

- ☐ ledig
- ☐ Partnerschaft
- ☐ verheiratet
- ☐ verwitwet
- ☐ geschieden

sodem09

Wie lauten die ersten 3 Ziffern Ihrer Postleitzahl?

Bitte tragen Sie diese 3 Ziffern in die 3 Kästchen ein.

--	--	--

sodem11

Wie wohnen Sie?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

- ☐ mit Partner oder Partnerin im eigenen Haushalt
- ☐ alleine im eigenen Haushalt
- ☐ Pflegeheim
- ☐ betreutes Wohnen
- ☐ Wohngemeinschaft
- ☐ andere (bitte angeben):

sodem11xt

sodem07

Wie hoch ist das Netto-Einkommen Ihres Haushalts pro Monat?

Tragen Sie bitte ein, wie viel Einkommen Ihrem Haushalt ungefähr nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben monatlich zur Verfügung steht.

_____ Euro

sodemx1

Welches ist Ihr höchster Schul- oder Hochschulabschluss?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

- ☐ kein Schulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss (mittlere Reife)
- ☐ Abitur
- ☐ abgeschlossenes Hochschul-Studium
- ☐ Promotion
- ☐ sonstiges:

Sodemx1txt

sodemx2

Haben Sie eine berufliche Ausbildung abgeschlossen?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

- ☐ keine abgeschlossene Ausbildung/Lehre
- ☐ abgeschlossene Ausbildung/Lehre
- ☐ abgeschlossene Ausbildung/Lehre und abgeschlossene Fachschule
- ☐ abgeschlossene Meister- oder Techniker-Prüfung

sodem06

Was trifft auf Ihr aktuelles Arbeitsverhältnis zu?

Es sind mehrere Antworten möglich. Kreuzen Sie bitte alle an, die zutreffen.

- ☐ Rentner/ Rentnerin
- ☐ Vollzeitanstellung
- ☐ Teilzeitanstellung (auch geringfügig beschäftigt)
- ☐ selbstständig
- ☐ arbeitsunfähig
- ☐ arbeitssuchend
- ☐ Hausfrau bzw. Hausmann
- ☐ Ehrenamt
- ☐ sonstiges:

sodem06txt

rec01

Wie sind Sie auf OBERBERG_FAIRsorgt aufmerksam geworden?

Kreuzen Sie bitte alle Aussagen an, die zutreffen.

- ☐ Mein Pflegedienst hat mich darauf angesprochen.
- ☐ Mein Hausarzt hat mich darauf angesprochen.
- ☐ Ich wurde während eines Krankenhaus-Aufenthalts darauf angesprochen.
- ☐ Ich habe aus den Medien davon erfahren.
- ☐ Ich wurde von meiner Familie oder meinem Bekanntenkreis darauf aufmerksam gemacht.
- ☐ sonstiges (bitte angeben): _____

rec011xt

supp01

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

Kreuzen Sie bitte die eine Antwort an, die am besten auf den gesamten Fragebogen zutrifft.

- ☐ der Patient/die Patientin selbstständig
- ☐ der Patient/die Patientin mit Unterstützung durch eine Bezugsperson
- ☐ eine Bezugsperson stellvertretend (aus der Sicht des Patienten bzw. der Patientin)

Patienten- Identifikationsnummer
(wird von der Vertrauensstelle ausgefüllt)

Abschlussbefragung

Fragebogen für Patientinnen und Patienten

im Rahmen der Begleitforschung zu



OBERBERG_FAIRsorgt



Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie diesen bitte mit dem **beigefügten Rückumschlag** an die Vertrauensstelle von OBERBERG_FAIRsorgt beim Oberbergischen Kreis zurück.

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten von OBERBERG_FAIRsorgt,

vor ca. einem Jahr haben wir Ihnen das erste Mal einen Fragebogen zugesandt. Das war zu Beginn Ihrer Teilnahme an Oberberg_FAIRsorgt. Nun möchten wir im ersten Teil dieses Fragebogens gerne erfahren, wie Sie Ihre Teilnahme erlebt haben und wie Sie das Angebot von Oberberg_FAIRsorgt bewerten. In zweiten Teil möchten wir erfahren, ob und wie sich Ihre gesundheitliche Situation im letzten Jahr verändert hat. Daher stellen wir Ihnen Fragen, die wir Ihnen vor einem Jahr bereits schon einmal gestellt haben nun noch einmal.

Wir stellen Ihnen diese Fragen, um die neue Versorgungsform OBERBERG_FAIR_sorgt wissenschaftlich zu bewerten. Für eine genaue Analyse sind wir auf möglichst vollständige Daten angewiesen. Wir bitten Sie daher darum, möglichst alle Fragen zu beantworten. Wir sind uns bewusst, dass einige Fragen sehr persönlich sind. Wenn Sie aber dennoch einzelne Fragen nicht beantworten können oder nicht beantworten möchten, dann lassen Sie die Antworten auf diese Fragen einfach frei.

Der Fragebogen richtet sich an die Person, die an OBERBERG_FAIRsorgt als Patient bzw. Patientin teilnimmt. Diese Person soll die Fragen nach Möglichkeit auch selbst beantworten. Wenn Sie bei der Beantwortung unterstützt werden müssen, dann möglichst so, dass die Fragen und Antworten vorgelesen werden.

Wenn Sie eine Bezugsperson sind, die diesen Fragebogen (oder Teile davon) stellvertretend für den Patienten bzw. die Patientin ausfüllt, dann versuchen Sie bitte, nicht aus Ihrer eigenen Perspektive zu antworten, sondern so, wie der Patient bzw. die Patientin antworten würde. Geben Sie Ihre Unterstützung bitte unbedingt in der letzten Frage auf der letzten Seite an.

Die meisten Fragen haben vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Bitte wählen Sie jeweils die Antwortmöglichkeit aus, die für Sie am ehesten zutrifft und setzen Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen. Für die Auswertung ist es wichtig, dass Sie Ihr Kreuz immer in ein Kästchen und nicht zwischen zwei Kästchen setzen. Bei einigen Fragen sind auch mehrere Antworten möglich. Das ist bei den betreffenden Fragen angegeben.

Manche Fragen beinhalten deutlich hervorgehobene Zeitangaben, z.B. heute, in den letzten 7 Tagen oder in den letzten 4 Wochen. Bitte denken Sie bei diesen Fragen an den entsprechenden Zeitraum.

Bei den Fragen stehen jeweils in kleinerer Schrift Codes wie z.B. „net01“. Diese sind für Sie nicht relevant. Ignorieren Sie sie einfach, sie dienen nur der Dateneingabe.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt
Universität zu Köln
Institut für Soziologie und Sozialpsychologie

TEIL 1: IHRE ERFAHRUNGEN MIT OBERBERG_FAIRSORGT

Gesamtbeurteilung von Oberberg_FAIRsorgt

beglob01

Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit den Leistungen, die Sie durch Oberberg_FAIRsorgt erhalten haben?

Bitte antworten Sie mit einer Schulnote von 1=sehr gut bis 6=ungenügend.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		stimmt nicht				
		stimmt kaum				
		stimmt eher				
		stimmt genau				
beglob02	Das Angebot von Oberberg_FAIRsorgt sollte unbedingt weiter bestehen.	☐	☐	☐	☐	
beglob03	Ein Angebot wie Oberberg_FAIRsorgt sollte auch Menschen offenstehen, die nicht bei der AOK krankenversichert sind.	☐	☐	☐	☐	
beglob04	Durch Oberberg_FAIRsorgt hat sich die Qualität meiner Gesundheitsversorgung verbessert.	☐	☐	☐	☐	
beglob05	Ohne Oberberg_FAIRsorgt hätte ich im letzten Jahr nicht weiter so wohnen können wie zuvor.	☐	☐	☐	☐	

Zusammenarbeit mit Ihrer Fallmanagerin/ Ihrem Fallmanager

Während Ihrer Teilnahme an Oberberg_FAIRsorgt wurden Sie durch eine Pflegefachperson als Fallmanagerin bzw. Fallmanager betreut. Die Fragen in diesem Abschnitt beziehen sich auf Ihre Betreuung durch diese Person(en).

befm01

Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung, die Sie durch Ihre Fallmanagerin/ ihren Fallmanager erhalten haben?

Bitte antworten Sie Sie mit einer Schulnote von 1=sehr gut bis 6=ungenügend.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Bitte versuchen Sie sich zu erinnern, wie oft Sie ungefähr in den jeweiligen Phasen während Ihrer Teilnahme Kontakt zu Ihrer Fallmanagerin/ ihrem Fallmanager hatten.

Zählen Sie bitte auch Kontakte mit, die keine Hausbesuche bei Ihnen waren, also z.B. Telefonate oder ein Austausch über die elektronische Plattform von Oberberg_FAIRsorgt.

mehr als 10 mal in diesem Zeitraum

6-10 mal in diesem Zeitraum

1-5 mal in diesem Zeitraum

gar nicht

		mehr als 10 mal in diesem Zeitraum	6-10 mal in diesem Zeitraum	1-5 mal in diesem Zeitraum	gar nicht
befm02	in den ersten 3 Monaten	☐	☐	☐	☐
befm03	in den Monaten 4-6	☐	☐	☐	☐
befm04	in den Monaten 7-9	☐	☐	☐	☐
befm05	in den Monaten 10-12	☐	☐	☐	☐

befm06

Hat während Ihrer Teilnahme Ihre zuständige Fallmanagerin/ Ihr zuständiger Fallmanager gewechselt?

☐ nein
☐ ja

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		stimmt nicht				
		stimmt kaum				
		stimmt eher				
		stimmt genau				
befm07	Unterstützung durch die Fallmanagerin/ den Fallmanager hatte ich vor allem zu Beginn der Teilnahme.	☐	☐	☐	☐	
befm08	In den letzten Monaten hätte ich mehr Unterstützung durch die Fallmanagerin/ den Fallmanager benötigt.	☐	☐	☐	☐	
befm09	Ich habe zu meiner Fallmanagerin/ meinem Fallmanager ein Vertrauensverhältnis aufgebaut.	☐	☐	☐	☐	
befm10	Ich konnte mich stets mit allen Fragen an meine Fallmanagerin/ meinen Fallmanager wenden.	☐	☐	☐	☐	
befm11	Für mich ist es sehr wichtig, dass ich als Fallmanagerin/ Fallmanager immer den gleichen Ansprechpartner habe.	☐	☐	☐	☐	
befm12	Dass ich meine Fallmanagerin/ meinen Fallmanager hatte, war für mich im Nachhinein das Wichtigste an Oberberg_FAIRsorgt.	☐	☐	☐	☐	

Nutzung und Beurteilung der elektronischen Plattform

Zu Oberberg_FAIRsorgt gehörte auch eine elektronische (Online-) Plattform, auf der die an Ihrer Versorgung Beteiligten (z.B. Ihr Arzt, Ihr Fallmanager, ggf. Ihr Pflegedienst etc.) Informationen austauschen konnten. Dieser Abschnitt bezieht sich darauf, inwiefern Sie selbst oder Ihre Angehörigen diese Plattform genutzt haben.

beep01

Haben Sie und/oder einer Ihrer Angehörigen während Ihrer Teilnahme jemals selbst auf diese elektronische Plattform zugegriffen?

- ☐ nein (*überspringen Sie bitte die weiteren Fragen dieses Abschnitts und fahren Sie bei der nächsten grau hinterlegten Überschrift fort.*)
- ☐ ja

beep02

Wie häufig haben Sie und/oder einer Ihrer Angehörigen während Ihrer Teilnahme jemals selbst LESEND auf diese elektronische Plattform zugegriffen?

Mit LESEND ist gemeint, dass Sie z.B. Nachrichten vom Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin oder von Ihrer Fallmanagerin/ Ihrem Fallmanager empfangen haben oder dass Sie sich Informationen auf der Plattform angesehen haben. Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ mehrmals pro Monat
- ☐ mindestens 1x pro Monat
- ☐ seltener
- ☐ nie

beep03

Wie häufig haben Sie und/oder einer Ihrer Angehörigen während Ihrer Teilnahme jemals selbst SCHREIBEND auf diese elektronische Plattform zugegriffen?

Mit SCHREIBEND ist gemeint, dass Sie (bzw. ein Angehöriger) z.B. Anfragen an Ihren Arzt/ Ihre Ärztin oder an Ihre Fallmanagerin/ Ihren Fallmanager geschrieben haben oder dass auf Anfragen von diesen geantwortet wurde oder dass Sie (bzw. ein Angehöriger) Daten auf die Plattform hochgeladen haben (z.B. einen aktuellen Medikamentenplan, ein Röntgenbild etc.). Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ mehrmals pro Monat
- ☐ mindestens 1x pro Monat
- ☐ seltener
- ☐ nie

beep04

Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit der Nutzung der elektronischen Plattform?

Bitte antworten Sie mit einer Schulnote von 1=sehr gut bis 6=ungenügend.

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Einbeziehung in die Versorgungsplanung

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		stimmt nicht				
		stimmt kaum				
		stimmt eher				
		stimmt genau				
beinv01	Es wurde ein Versorgungsplan für mich erstellt, der mit mir besprochen wurde.	☐	☐	☐	☐	
beinv02	Ich habe mich in alle Planungen, die meine Gesundheitsversorgung betreffen, einbezogen gefühlt.	☐	☐	☐	☐	
beinv03	Am Ende treffe ich selbst alle wichtigen Entscheidungen, die meine Gesundheitsversorgung betreffen.	☐	☐	☐	☐	
beinv04	Manchmal war mir nicht ganz klar, was meine Fallmanagerin/ mein Fallmanager und mein Arzt/ meine Ärztin zusammen besprochen haben.	☐	☐	☐	☐	

Nutzung von Geräten zur Übermittlung von Blutdruck, Blutzucker, Körpergewicht, EKG etc. („Telemonitoring“)

Manchen Teilnehmern an Oberberg_FAIRsorgt wurden Gerätschaften zur Verfügung gestellt, mit denen Sie zu Hause in Absprache mit ihrem Arzt den Blutdruck, Puls, Blutzucker, Körpergewicht oder ein EKG messen und direkt auf die elektronische Plattform übertragen konnten. Damit befasst sich dieser Abschnitt.

betm01 **Haben Sie im Rahmen von Oberberg_FAIRsorgt Geräte genutzt, mit denen Sie zu Hause z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Körpergewicht oder ein EKG gemessen und online übertragen haben?**

*Diese Leistung haben nicht alle Teilnehmer*innen erhalten.*

- ☐ nein *(überspringen Sie bitte die weiteren Fragen dieses Abschnitts und fahren Sie bei der nächsten grau hinterlegten Überschrift fort.)*
- ☐ ja

betm02

Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit der Nutzung dieser Geräte?

Bitte antworten Sie mit einer Schulnote von 1=sehr gut bis 6=ungenügend.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1 2 3 4 5 6

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		stimmt nicht				
		stimmt kaum				
		stimmt eher				
		stimmt genau				
betm03	Ich finde es gut, dass die Nutzung der Geräte mir Besuche beim meinem Arzt/ meiner Ärztin erspart hat.	☐	☐	☐	☐	
betm04	Mein Arzt/ meine Ärztin hat mit mir über meine gemessenen Werte gesprochen.	☐	☐	☐	☐	
betm05	Nach dem Messen meiner Werte hat mein Arzt/ meine Ärztin etwas an meiner Behandlung verändert (z.B. die Medikamente)	☐	☐	☐	☐	
betm06	Nachdem mir die Handhabung des Geräts/ der Geräte erklärt wurde, hatte ich keine Probleme mit der Nutzung.	☐	☐	☐	☐	

Nutzung der besonderen Notfallnummer

Den Teilnehmenden an Oberberg_FAIRsorgt steht eine besondere Rufnummer zur Verfügung, unter der z.B. in Notfällen ein Arzt/ eine Ärztin erreicht werden kann (genannt: „erweiterte Erreichbarkeit“). Hiermit ist nicht die Telefonnummer Ihrer Fallmanagerin/ Ihres Fallmanagers gemeint, sondern die 02261-883719.

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		stimmt nicht				
		stimmt kaum				
		stimmt eher				
		stimmt genau				
beee01	Mir war bewusst, dass ich die „erweiterte Erreichbarkeit“ nutzen konnte.	☐	☐	☐	☐	
betm02	Ich hatte die Telefonnummer immer griffbereit.	☐	☐	☐	☐	
beee03	Die Möglichkeit, auch außerhalb der Sprechzeiten einen Arzt zu erreichen, hat mir ein zusätzliches Gefühl von Sicherheit gegeben.	☐	☐	☐	☐	

beee04

Haben Sie während Ihrer Teilnahme an Oberberg_FAIRsorgt die Telefonnummer für die „erweiterte Erreichbarkeit“ angerufen?

- ☐ nein (*überspringen Sie bitte die weiteren Fragen dieses Abschnitts und fahren Sie bei der nächsten grau hinterlegten Überschrift fort.*)
- ☐ ja

beee05

Wie zufrieden waren Sie mit der Hilfe, die Sie bei Ihrem Anruf erhalten haben?

Falls Sie die Telefonnummer mehrmals genutzt haben und dabei unterschiedlich zufrieden waren, geben Sie bitte Ihre Zufriedenheit mit der Gesamtheit Ihrer Anrufe an.

Bitte antworten Sie mit einer Schulnote von 1=sehr gut bis 6=ungenügend.

- ☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5
 ☐ 6

Wichtigkeit der einzelnen Elemente von Oberberg_FAIRsorgt

Die Versorgungsform Oberberg_FAIRsorgt setzt sich aus mehreren Elementen zusammen, wobei nicht jeder Teilnehmer alle Elemente in Anspruch nimmt. Wir möchten von Ihnen erfahren, für wie wichtig Sie die einzelnen Elemente halten – unabhängig davon, ob Sie diese genutzt haben oder nicht.

Bitte bewerten Sie, wie wichtig Ihnen die einzelnen Aspekte von Oberberg_FAIRsorgt sind. Wie wichtig ist es Ihnen, dass...		Bitte kreuzen Sie jeweils einen Wert zwischen 0 („überflüssig“) und 4 („unverzichtbar“) an.				
		0	1	2	3	4
bewic01	Sie von einer Fallmanagerin/ einem Fallmanager unterstützt werden?	☐	☐	☐	☐	☐
bewic02	alle an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten (Ärzte, Fallmanager, ggf. Pflegedienst, etc.) zusammenarbeiten und gemeinsam einen Versorgungsplan für Sie erstellen?					
bewic03	sich alle an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten regelmäßig untereinander zu Ihrer Versorgung austauschen?	☐	☐	☐	☐	☐
bewic04	Informationen zu Ihrer Gesundheit allen an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten auf einer gemeinsam genutzten elektronischen Plattform zur Verfügung stehen?	☐	☐	☐	☐	☐
bewic05	die Möglichkeit besteht, über eine besondere Telefonnummer in Notfällen immer eine Ärztin oder einen Arzt erreichen zu können („erweiterte Erreichbarkeit“)?	☐	☐	☐	☐	☐
bewic06	die Möglichkeit besteht, dass Sie zu Hause selbst z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Körpergewicht oder ein EKG messen können und diese Daten automatisch elektronisch zu Ihrem Arzt übertragen werden?	☐	☐	☐	☐	☐

TEIL 2: IHR AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Hilfen im Alltag

net01

Bei wie vielen Ärzten sind Sie aktuell in Behandlung?

*Denken Sie an Haus- und Fachärzte, auch an Augen- und Zahnärzte.
Tragen Sie bitte die Anzahl ein.*

_____ Ärzte

net02

Von welchen Personen und/oder Dienstleistern werden Sie in Ihrem Alltag unterstützt?

Denken Sie dabei bitte an Unterstützung...

- *bei der Körperpflege*
- *beim Essen und Trinken*
- *bei der Zubereitung der Mahlzeiten*
- *beim Einkaufen*
- *bei Aktivitäten außer Haus*
- *bei der medizinischen Versorgung in Ihrem Wohnumfeld (Verbände, Spritzen, Einnahme der Medikamente, Kompressionsstrümpfe usw.)*

*Kreuzen Sie bitte alle Personen und Dienste an, von denen Sie **in den letzten 4 Wochen** Unterstützung erhalten haben.*

- ☐ ambulanter Pflegedienst
- ☐ Tagespflege-Einrichtung
- ☐ Pflegeheim-Personal (wenn Sie im Pflegeheim leben)
- ☐ im Haushalt lebende Angehörige (z.B. Ehepartner, Kinder, Geschwister)
- ☐ im Haushalt lebende 24-Stunden-Pflegekraft
- ☐ Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn, die nicht in Ihrem Haushalt leben
- ☐ Nachbarschaftshilfe-Verein
- ☐ Lieferdienst für zubereitete Mahlzeiten („Essen auf Rädern“)
- ☐ Lieferdienst für Lebensmittel (z.B. durch einen Supermarkt)
- ☐ andere (bitte angeben):

netz01txt

- ☐ Ich habe in den letzten 4 Wochen von niemandem Unterstützung erhalten.

net03

Bei welchen der folgenden Leistungserbringer waren Sie in den letzten 3 Monaten in Behandlung?

Es sind mehrere Antworten möglich. Kreuzen Sie bitte alle an, die zutreffen. Falls keine Antwort zutrifft, kreuzen Sie bitte „bei keinem davon“ an.

- ☐ Physiotherapeut
- ☐ Logopäde
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Ernährungsberater oder Diätassistent
- ☐ Podologe
- ☐ Masseur oder medizinischer Bademeister
- ☐ Heilpraktiker
- ☐ bei keinem davon

Medikamente

med09

Nehmen Sie mehr als 4 Medikamente ein?

Zählen Sie bitte alle Tabletten, Tropfen, Salben, Injektionen (Spritzen) und Inhalationen (Sprays) mit, die Sie in einem festen Abstand (täglich, wöchentlich etc.) einnehmen – egal ob ärztlich verordnet oder privat gekauft.

Zählen Sie Medikamente, die Sie unregelmäßig (bei Bedarf) einnehmen, bitte nur mit, wenn Sie sie in den letzten 4 Wochen auch eingenommen haben.

- ☐ nein
- ☐ ja

med04

Wissen Sie bei jedem Medikament, warum Sie es einnehmen?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ nein
- ☐ ja

Gesamtbewertung Ihrer Gesundheit

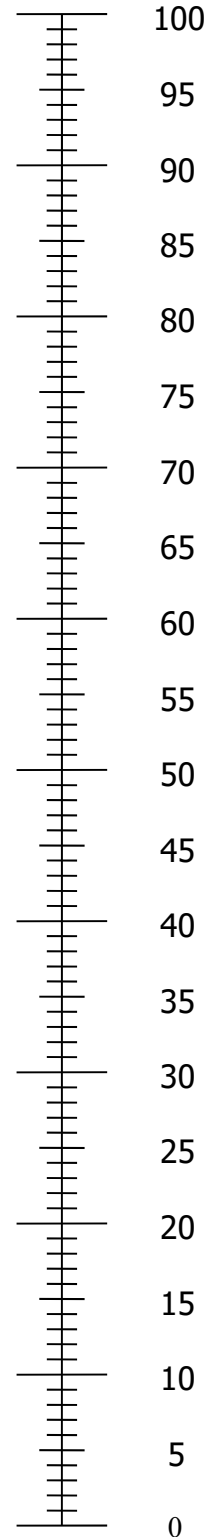
Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit **heute** ist.

- 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.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

eq06

beste Gesundheit, die Sie
sich vorstellen können



schlechteste Gesundheit,
die Sie sich vorstellen
können

Probleme im Alltag

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, ob Sie Probleme damit haben, alltägliche Tätigkeiten auszuführen und wie erschöpft Sie sich fühlen. Bitte beachten Sie, dass das Antwortformat von Frage zu Frage mehrmals wechselt.

eq01

Wie groß sind heute Ihre Probleme mit Ihrer Beweglichkeit/Mobilität?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich habe *keine Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich habe *leichte Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich habe *mäßige Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich habe *große Probleme* herumzugehen.
- ☐ Ich bin *nicht in der Lage* herumzugehen

eq02

Wie groß sind heute Ihre Probleme sich selbst zu waschen oder anzuziehen?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich habe *keine Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich habe *leichte Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich habe *mäßige Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich habe *große Probleme*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.
- ☐ Ich bin *nicht in der Lage*, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

eq03

Wie groß sind heute Ihre Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten?
(z.B. Arbeit, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich habe *keine Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich habe *leichte Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich habe *mäßige Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich habe *große Probleme*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich bin *nicht in der Lage*, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die momentan am besten zutrifft. <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		ohne jede Schwierigkeiten					
		mit geringen Schwierigkeiten					
		mit einigen Schwierigkeiten					
		mit großen Schwierigkeiten					
		kann ich gar nicht					
pfa11	Können Sie Hausarbeiten erledigen, z. B. Staubsaugen oder Gartenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐	
pfa21	Können Sie mit normaler Geschwindigkeit Treppen hoch- und runtergehen?	☐	☐	☐	☐	☐	
pfa23	Können Sie mindestens 15 Minuten lang spazieren gehen?	☐	☐	☐	☐	☐	
pfa53	Können Sie Besorgungen machen und einkaufen gehen?	☐	☐	☐	☐	☐	

Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die für die <u>letzten 7 Tage</u> am besten zutrifft. <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		überhaupt nicht					
		ein wenig					
		mäßig					
		ziemlich					
		sehr					
h17	Ich war erschöpft.	☐	☐	☐	☐	☐	
an3	Es fiel mir schwer etwas <u>anzufangen</u> (zu beginnen), weil ich müde war.	☐	☐	☐	☐	☐	
fatexp41	Wie ausgelaugt fühlten Sie sich im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐	
fatexp40	Wie erschöpft waren Sie im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐	

Wie schwer fallen Ihnen momentan die folgenden Aktivitäten? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		nie					
		selten					
		manchmal					
		oft					
		immer					
srpper11	Es fällt mir schwer, allen meinen regelmäßigen Freizeitaktivitäten mit anderen nachzugehen.	☐	☐	☐	☐	☐	
srpper18	Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit meiner Familie machen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	
srpper23	Es fällt mir schwer, meine gewohnte Arbeit zu erledigen (einschließlich der Arbeit zu Hause).	☐	☐	☐	☐	☐	
srpper46	Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit meinen Freunden machen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	

Stimmungslage

In diesem Abschnitt möchten wir etwas über Ihre Stimmungslage erfahren. Bitte beachten Sie, dass das Antwortformat von Frage zu Frage mehrmals wechselt.

eq05 **In welchem Maße fühlen Sie sich heute ängstlich oder deprimiert?**
Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

- ☐ Ich bin *nicht* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *ein wenig* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *mäßig* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *sehr* ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin *extrem* ängstlich oder deprimiert.

Denken Sie bitte an Ihre Stimmung in den letzten 7 Tagen. Wie häufig trafen die folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 8 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		nie					
		selten					
		manchmal					
		oft					
		immer					
edanx01	Ich fürchtete mich.	☐	☐	☐	☐	☐	
edanx40	Ich fand es schwer, auf etwas anderes zu achten als auf meine Angst.	☐	☐	☐	☐	☐	
edanx41	Meine Sorgen haben mich überwältigt.	☐	☐	☐	☐	☐	
edanx53	Ich fühlte mich unruhig.	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep04	Ich fühlte mich wertlos	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep06	Ich fühlte mich hilflos.	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep29	Ich fühlte mich niedergeschlagen.	☐	☐	☐	☐	☐	
eddep41	Ich fühlte mich hoffnungslos.	☐	☐	☐	☐	☐	

Schlafqualität	
In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, wie gut Sie schlafen und ob Sie Probleme mit dem Schlafen haben. Bitte beachten Sie, dass das Antwortformat der Fragen unterschiedlich ist.	

Bitte bewerten Sie Ihre Schlafqualität in den letzten 7 Tagen. <i>Kreuzen Sie bitte nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		sehr schlecht					
		schlecht					
		mäßig					
		gut					
		sehr gut					
sleep109	Meine Schlafqualität war...	☐	☐	☐	☐	☐	

Denken Sie bitte an Ihren Schlaf in den <u>letzten 7 Tagen</u> . Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 3 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		überhaupt nicht					
		ein wenig					
		mäßig					
		ziemlich					
		sehr					
sleep116	Mein Schlaf war erfrischend.	☐	☐	☐	☐	☐	
sleep20	Ich hatte Schlafprobleme.	☐	☐	☐	☐	☐	
sleep44	Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	☐	☐	☐	☐	☐	

Beeinträchtigung durch Schmerzen
In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, ob Sie Schmerzen haben, wie stark diese sind und ob die Schmerzen Sie bei Ihren Aktivitäten beeinträchtigen. Bitte beachten Sie, dass die Fragen unterschiedliche Antwortformate haben.

eq04	Wie stark empfinden Sie <u>heute</u> Ihre Schmerzen oder körperlichen Beschwerden? <i>Bitte kreuzen Sie nur <u>eine</u> Antwort an.</i>
------	---

- ☐ Ich habe *keine* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *leichte* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *mäßige* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *starke* Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe *extreme* Schmerzen oder Beschwerden.

global07	Wie würden Sie Ihre Schmerzen <u>in den letzten 7 Tagen</u> im Allgemeinen einschätzen? <i>Bitte kreuzen Sie nur <u>ein</u> Kästchen an.</i>
----------	--

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen					schlimmste vorstellbare Schmerzen					

Denken Sie bitte an Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen. Wie sehr waren Sie durch die Schmerzen bei den folgenden Aktivitäten beeinträchtigt? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 4 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>							
		überhaupt nicht					
		ein wenig					
		mäßig					
		ziemlich					
		sehr					
painin9	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten?	☐	☐	☐	☐	☐	
painin22	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre häuslichen Tätigkeiten?	☐	☐	☐	☐	☐	
paini31	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Fähigkeiten, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen?	☐	☐	☐	☐	☐	
painin34	Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Sie bei Ihrer Hausarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐	

Umgang mit Herausforderungen

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie mit Herausforderungen im Leben umgehen. Bitte beachten Sie, dass bei beiden Fragenblöcke unterschiedliche Antwortformate haben.

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 11 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		<i>Bitte kreuzen Sie jeweils einen Wert zwischen 1 („Nein, ich stimme nicht zu“) und 7 („ja, ich stimme völlig zu“) an.</i>						
		1	2	3	4	5	6	7
res01	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res02	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res03	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res04	Ich mag mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res05	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res06	Ich bin entschlossen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res07	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res08	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res09	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
res11	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 10 Aussagen nur eine Antwort an.</i>		stimmt nicht				
		stimmt kaum				
		stimmt eher				
		stimmt genau				
swk01	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐	
swk02	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐	
swk03	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	
swk04	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐	
swk05	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐	
swk06	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐	
swk07	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐	
swk08	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐	
swk09	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	☐	☐	☐	☐	
swk10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐	

Gesundheitskompetenz

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, wie leicht es Ihnen fällt, Informationen zu Ihrer Gesundheit zu finden und zu verstehen. Die beiden Fragenblöcke haben das gleiche Antwortformat.

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach... <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 9 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		sehr einfach				
		ziemlich einfach				
		ziemlich schwierig				
		sehr schwierig				
gek01	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	☐	☐	☐	☐	
gek02	herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind (Arzt, Apotheker, Psychologe)?	☐	☐	☐	☐	
gek03	die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	☐	☐	☐	☐	
gek04	zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	☐	☐	☐	☐	
gek05	mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	☐	☐	☐	☐	
gek06	den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	☐	☐	☐	☐	
gek07	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	☐	☐	☐	☐	
gek08	Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	☐	☐	☐	☐	
gek09	zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen (Krebs-Früherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)?	☐	☐	☐	☐	

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach... <i>Kreuzen Sie bitte für jede der 7 Aussagen nur <u>eine</u> Antwort an.</i>		sehr einfach					
		ziemlich einfach					
		ziemlich schwierig					
		sehr schwierig					
gek10	zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind (Fernsehen, Internet oder andere Medien)?	☐	☐	☐	☐		
gek11	aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können (Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)?	☐	☐	☐	☐		
gek12	Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind (Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)?	☐	☐	☐	☐		
gek13	Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	☐	☐	☐	☐		
gek14	Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)?	☐	☐	☐	☐		
gek15	zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)?	☐	☐	☐	☐		
gek16	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	☐	☐	☐	☐		

Hilfestellung bei dieser Befragung

Mit der letzten Frage möchten wir gerne erfahren, ob Sie der der Beantwortung dieses Fragebogens Unterstützung hatten.

rec011xt

supp01

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

Kreuzen Sie bitte die eine Antwort an, die am besten auf den gesamten Fragebogen zutrifft.

- ☐ der Patient/die Patientin selbstständig
- ☐ der Patient/die Patientin mit Unterstützung durch eine Bezugsperson
- ☐ eine Bezugsperson stellvertretend (aus der Sicht des Patienten bzw. der Patientin)

Anlage 3: Interview- und Diskussionsleitfäden

Interviewleitfaden: Versorgte und Angehörige (t0)

Zu adressierende Aspekte:

- Wohn- und Versorgungssituation, Gesundheitszustand, Teilhabe
- Erlebnisse/Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten bisher (vor OBERBERG_FAIRsorgt)
- Rekrutierung/Motivation zum Beitritt in die Neue Versorgungsform
- Start der Versorgung: Eingangsassessment, Versorgungsplan, Digitale Plattform
- Rolle der RCCM
- Erwartungen an die Neue Versorgungsform

Leitfragen:

1. Wie kommen die Patientin und der Patient mit der Versorgungssituation zurecht?
2. Welche Erfahrungen wurden mit der Gesundheitsversorgung in der Vergangenheit, vor der Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt gemacht? 3. Wie gelang die Rekrutierung zu OBERBERG_FAIRsorgt?
3. Wie lief der Start der Versorgung, wie lief das Eingangsassessment, wie gestaltet sich der erstellte Versorgungsplan, nutzen die Patientin und der Patient die Digitale Plattform bzw. möchten sie diese nutzen?
4. Wie gestaltet sich der Kontakt zu den RCCM?
5. Welche Erwartungen haben Versorgte und Angehörige an die Neue Versorgungsform?

Interviewleitfaden: Versorgte und Angehörige (t1)

Zu adressierende Aspekte:

- Kontakte mit der Neuen Versorgungsform
- Resultate/Ergebnisse der Kontakte mit der Neuen Versorgungsform
- Einschätzung und Bewertung der Kontakte
- Handhabung instabiler Situationssettings der Versorgten
- Nutzung der Erweiterten Erreichbarkeit
- Rolle der RCCM
- Nutzung und Handhabung des Medizinischen Telemonitorings
- Nutzung der Digitalen Plattform

Leitfragen:

1. Welche Kontakte hatten die Versorgten und Angehörigen im Laufe des Versorgungsjahres mit OBERBERG_FAIRsorgt?
2. Wie gestaltete sich der Ablauf der Kontakte, welche Ergebnisse resultierten aus den Kontakten?

3. Wie bewerten die Versorgten und die Angehörigen die Kontakte?
4. Wie wurden instabile Versorgungssituationen bewältigt?
5. Wurde die Erweiterte Erreichbarkeit genutzt?
6. Wie wird die Rolle der RCCM beschrieben und bewertet?
7. Falls daran teilgenommen wurde, wie wurde die Nutzung des Medizinischen Telemonitorings wahrgenommen?
8. Wurde die Digitale Plattform genutzt und wenn ja, welche Barrieren und Verbesserungsvorschläge gibt es?

Moderationsleitfäden: Gruppendiskussionen mit den RCCM (t0)

Zu adressierende Aspekte:

- Wohn- und Versorgungssituation, Gesundheitszustand, Teilhabe der Versorgten
- Rekrutierung/Motivation/Erwartungen seitens der Versorgten und deren Angehörigen
- Erste Kontakte im Rahmen der Versorgung: Eingangsassessment, Versorgungsplan, Nutzung der Digitalen Plattform
- Kontakt: Versorgte – RCCM
- Kontakt: Hausarztpraxis – RCCM
- Rolle der Angehörigen
- Rolle der RCCM

Leitfragen:

1. Wie ist die Versorgungssituation zu Beginn der Neuen Versorgungsform?
2. Wie gelingt die Rekrutierung?
3. Wie läuft der Start der Versorgung?
4. Wie gestaltet sich die Beziehung zu den Versorgten?
5. Wie läuft die Kommunikation mit den Hausarztpraxen?
6. Wie gelingen der Kontakt und die Einbindung der Angehörigen?
7. Wie sehen die RCCM ihre Rolle?

Moderationsleitfäden: Gruppendiskussionen mit den RCCM (t0)

Zu adressierende Aspekte:

- Ergebnisse und Bewertungen der Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform
- Handhabung instabiler Situationssettings bei den Versorgten
- Nutzung der Digitalen Plattform
- Nutzung und Handhabung des Medizinischen Telemonitorings
- Kontakt: Versorgte – RCCM
- Rolle der Angehörigen
- Kontakt: Hausarztpraxis – RCCM
- Rolle der RCCM

Leitfragen:

Ziel ist es, anhand von Schilderungen beispielhafter Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform zu analysieren:

1. Welche Ergebnisse folgen aus Kontakten mit der Neuen Versorgungsform?
2. Wie werden die Ergebnisse aus Sicht der RCCM bewertet?
3. Wie wurden instabile Versorgungsphasen gemanagt?
4. Wie gestaltete sich die Nutzung der Digitalen Plattform?
5. Was haben die Versorgten bzgl. der Nutzung des Medizinischen Telemonitorings berichtet?
6. Wie unterschiedlich gestalteten sich die Kontakte zwischen Versorgten und RCCM?
7. Welche Rolle nahmen die Kontakte zu den Angehörigen ein?
8. Wie sind die Kontakte mit den Hausarztpraxen zu beschreiben und zu bewerten?
9. Wie sehen die RCCM ihre Rolle in der Neuen Versorgungsform?

Interviewleitfaden: Hausärztinnen und Hausärzte (t1)

Zu adressierende Aspekte:

- Ergebnisse der Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform
- Bewertung der Begegnungen, insbesondere bei instabilen Versorgungssituationen
- Nutzung der Digitalen Plattform
- Bewertung des Medizinischen Telemonitorings
- Kontakt: Hausarztpraxis – RCCM
- Einschätzung der Rolle der RCCM
- Änderungen beim Kontakt: Hausarztpraxis – Versorgter
- Bewertung der Rolle der Angehörigen
- Leitfragen:

Leitfragen:

1. Welche Ergebnisse folgen aus den Kontakten mit der Neuen Versorgungsform?
2. Wie werden die Ergebnisse aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte bewertet?
3. Wie wird die Nutzung der Digitalen Plattform eingeschätzt?
4. Wie wird das Medizinische Telemonitoring bewertet?
5. Wie war der Kontakt zu den RCCM? 6. Wie wird die (zukünftige) Rolle der RCCM bewertet?
7. Gab es Änderungen beim Kontakt zu den Patientinnen und Patienten beeinflusst durch die Neue Versorgungsform?
8. Wie wird die Rolle der Angehörigen bewertet?

Interviewleitfaden: weitere Leistungserbringen (t1)

Zu adressierende Aspekte:

- Ergebnisse der Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform
- Einschätzung und Bewertung der Begegnungen
- Nutzung der Digitalen Plattform
- Handhabung instabiler Situationssettings bei den Versorgten
- Kontakt: weiterer Leistungserbringender mit RCCM, mit Hausarztpraxis
- Bewertung der Rolle der Angehörigen

Leitfragen:

1. Welche Kontakte hatten die Leistungserbringenden mit der Neuen Versorgungsform?
2. Wie werden diese Kontakte bewertet in Hinblick auf die sich daraus ergebenden Resultate?
3. Wie wurde die Digitale Plattform genutzt?
4. Wurden instabile Versorgungssituationen beobachtet und wie wurden diese gemanagt?
5. Wie sahen die Kontakte zu anderen Leistungserbringenden der Neuen Versorgungsform aus?
6. Wie wird die Rolle der Angehörigen bewertet?