

Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Prof. Dr. Miriam Tariba Richter, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Förderkennzeichen:	01NVF20007
Akronym:	FaPP-MgB
Projekttitel:	Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
Autorinnen und Autoren:	Annika Gröndahl, Karina Ilkens, Tessa Schulkorf, Marie Grunwald, Nina Borchardt, Sarah Palmdorf, Christian Grebe, Stephan Nadolny, Änne-Dörte Latteck (HSBI) Matthias Offermanns, Ann Katrin Parloh (DKI)
Förderzeitraum:	01.01.2022 - 31.03.2025
Ansprechperson:	Änne-Dörte Latteck aenne-doerte.latteck@hsbi.de, Tel. 0521 106-7424

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt FaPP-MgB wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF20007 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit geistiger Behinderung haben ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen wie Diabetes, Epilepsie oder Asthma und gleichzeitig schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sie erhalten seltener Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Methodik: Zur Verbesserung des Zugangs von Menschen mit geistiger Behinderung zu Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention wurde ein Fallmanagement durch Pflege- und Gesundheitsexpertinnen überwiegend auf Masterniveau entwickelt, erprobt und evaluiert. Die Evaluation erfolgte mittels eines parallelen Mixed-Methods Designs. Zur Evaluation der Effektivität wurde eine randomisiert- kontrollierte Interventionsstudie (RCT) mit drei Messzeitpunkten durchgeführt (t0, t1, t2). Untersucht wurden die Auswirkungen der neuen Versorgungsform auf den Gesundheitszustand nach 12 Monaten (primäres Outcome), nach 6 Monaten, sowie die Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität (sekundäre Outcomes). Die Datenanalyse erfolgte mittels Kovarianzanalyse (ANCOVA). Zusätzlich wurden Prozessevaluationen im Hinblick auf Durchführbarkeit, Effektivität und Veränderungsprozesse durchgeführt - einschließlich Dokumentenanalyse, standardisierter Querschnittsbefragung, qualitativer Interviewstudie, Kosten-Wirksamkeitsanalyse und partizipativer Forschung mit Menschen mit geistiger Behinderung.

Ergebnisse: Für die RCT konnten N=214 Teilnehmende rekrutiert werden, von denen zu t2 N=167 verblieben (Dropout-Rate 17,3 %). Im Gesundheitsstatus (t2) wurde eine relevante Mittelwertsdifferenz von -4,58 Punkten zugunsten der Interventionsgruppe ($p=0,009$) erzielt. Die Effektstärke lag bei $\eta^2=0,041$. Für die sekundären Outcomes gab es keine relevanten Unterschiede. In der Querschnitterhebung wurde die Intervention von den Teilnehmenden positiv bewertet (Schulnote 1,57), die Bezugspersonen bewerteten die neue Versorgungsform als eher positiv (Schulnote 2,7). Die Dokumentenanalyse zeigt Abweichungen zwischen Planung und Umsetzung der Maßnahmen. Die qualitative Evaluation belegt, eine insgesamt Zufriedenheit und identifizierte fördernde und hemmende Faktoren für die Interventionsdurchführung. In der Kosten-Wirksamkeitsanalyse fielen die Personalkosten bei kurzer Interventionsdauer stark ins Gewicht; eine positive Kosten-Nutzen-Abwägung konnte nicht erreicht werden. Die inklusive Forschung verdeutlichte, dass weniger Wissensdefizite als Unterstützungsbedarf bei der praktischen Umsetzung gesunder Ernährung bestehen.

Diskussion: Die Intervention zeigte nach 12 Monaten einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand, während die Kostenanalyse hohe Kosten der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen bei kurzer Interventionsdauer aufdeckte, die langfristig jedoch potenziell Kosten sparen könnten. Die Prozessevaluation und partizipative Forschung verdeutlichten zudem den Bedarf an alltagsnaher Unterstützung und konkreten Handlungshilfen. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung personenzentrierter Ansätze und unterstützender Strukturen sowie das Potenzial erweiterter Pflegerollen zur Verbesserung der Versorgung dieser Zielgruppe.

Schlagworte: geistige Behinderung; Gesundheitsförderung; Prävention; Pflege; Advanced Practice Nursing; Case Management; randomisiert-kontrollierte Studie; Prozessevaluation

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Tabellenverzeichnis	6
1	Ziele der Evaluation	10
1.1	Fragestellungen / Arbeitshypothesen	12
1.1.1	Randomisiert-kontrollierte Studie.....	12
1.1.2	Querschnittserhebung.....	12
1.1.3	Dokumentenanalyse.....	12
1.1.4	Qualitative Evaluation	13
1.1.5	Partizipative Forschung	13
2	Darstellung des Evaluationsdesigns	13
2.1	Studiendesign	17
2.1.1	Randomisiert-kontrollierte Studie.....	17
2.1.2	Querschnittserhebung und Dokumentenanalyse	19
2.1.3	Qualitative Evaluation	21
2.1.4	Partizipative Forschung	21
2.1.5	Gesundheitsökonomische Evaluation	24
2.2	Datenerhebung.....	25
2.2.1	Randomisiert-kontrollierte Studie.....	25
2.2.2	Querschnittserhebung.....	25
2.2.3	Dokumentenanalyse.....	26
2.2.4	Qualitative Evaluation	26
2.2.5	Partizipative Forschung	27
2.2.6	Gesundheitsökonomische Evaluation Datengrundlage und -bereinigung	27
2.3	Datenauswertung	28
2.3.1	Randomisiert-kontrollierte Studie.....	28
2.3.2	Querschnittserhebung.....	29
2.3.3	Dokumentenanalyse.....	29
2.3.4	Qualitative Evaluation	30
2.3.5	Partizipative Forschung	30
2.3.6	Gesundheitsökonomische Evaluation Ermittlung der Kosten	30
3	Ergebnisse der Evaluation	47
3.1	Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie.....	47
3.1.1	Stichprobe	47
3.1.2	ANCOVA.....	50
3.1.3	Modellannahmen der ANCOVA.....	52

3.1.4	Drop-out-Analyse	53
3.1.5	Sensitivitätsanalyse	54
3.1.6	Verblindung der Forschenden	54
3.2	Ergebnisse der Querschnittserhebung	54
3.2.1	Stichprobe Teilnehmende	54
3.2.2	Stichprobe Bezugspersonen	55
3.2.3	Perspektive der Teilnehmenden	57
3.2.4	Perspektive der Bezugspersonen	66
3.3	Ergebnisse der Dokumentenanalyse	80
3.3.1	Stichprobe	80
3.3.2	Formale Kriterien der Dokumentation	80
3.3.3	Inhaltliche Kriterien	82
3.4	Ergebnisse der qualitativen Stakeholder-Interviews.....	86
3.4.1	Stichprobe	86
3.4.2	Überblick über das Kategoriensystem	87
3.4.3	Ergebnisse	87
3.5	Ergebnisse der partizipativen Forschung.....	104
3.6	Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation	107
3.6.1	Ermittlung der Kosten	107
3.6.2	Ermittlung der Effekte	137
3.6.3	Durchführung Gesundheitsökonomische Evaluation.....	145
4	Diskussion der Projektergebnisse	154
4.1	Wirksamkeitsevaluation: Klinische Relevanz der Ergebnisse	154
4.2	Wirksamkeitsevaluation: Qualifizierung von Advanced Practice Nurses	155
4.3	Wirksamkeitsevaluation: Übertragbarkeit auf das deutsche Pflegesystem.....	155
4.4	Wirksamkeitsevaluation: Verteilung der Ergebnisdaten zu Studienbeginn	156
4.5	Wirksamkeitsevaluation: Limitationen	157
4.6	Wirksamkeitsevaluation: Abweichungen vom Protokoll.....	158
4.7	Prozessevaluation	158
4.8	Partizipative Forschung: Besonderheiten, Schwierigkeiten und Lernerfolge bei der Datenerhebung.....	161
4.9	Partizipative Forschung: Mögliche Implikationen für Forschung und Intervention...	162
5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	163
IV	Literaturverzeichnis.....	165
V	Anlagen.....	170

I Abkürzungsverzeichnis

ANCOVA	Kovarianzanalyse
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
CI/KI	Konfidenzintervall
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EQ-5D VAS	European Quality of Life 5 Dimensions, visuelle Analogskala
FaPP-MgB	Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
HAW	Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HSBI	Hochschule Bielefeld - University of Applied Sciences and Arts
IBM	International Business Machines Corporation
ICER/IKER	Inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
MAXQDA	Software für qualitative Datenanalyse
MD	Mittelwertsdifferenz
MRC	Medical Research Council
MW	Mittelwert
PE	Pflege- oder Gesundheitsexpertin
PEPP	pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PZN	Pharmazentralnummer
RCT	randomisiert-kontrollierte Studie
RS-11	Resilience Scale, 11 Items
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHODAS	Disability Assessment Schedule der Weltgesundheitsorganisation

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Evaluationsmodell (Eigene Darstellung)	14
Abbildung 2: Evaluationsbausteine und Zeitschiene (Eigene Darstellung).....	15
Abbildung 3: Vier Optionen der Kosteneffektivität (Eigene Darstellung).....	25
Abbildung 4: Gegenüberstellung der Anzahl der Studienteilnehmenden vor und nach der Datenbereinigung (Eigene Darstellung)	28
Abbildung 5: CONSORT Flussdiagramm (Eigene Darstellung)	48
Abbildung 6: Koordinatensystem EQ5D VAS Self-Rating (Eigene Darstellung)	149
Abbildung 7: Koordinatensystem EQ5D VAS Proxy-Rating (Eigene Darstellung)	150

Abbildung 8: Koordinatensystem RS Score (Eigene Darstellung)	152
Abbildung 9: Koordinatensystem WHODAS (Eigene Darstellung)	154

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Output-Kriterien	11
Tabelle 2: Messzeitpunkte für standardisierte Befragungen.....	16
Tabelle 3: Übersicht der Outcomes, Instrumente und Messzeitpunkte der RCT	18
Tabelle 4: Fallzahlplanung für die standardisierten Querschnittserhebungen	20
Tabelle 5: Erhebungsinstrumente der standardisierten Querschnittserhebung.....	20
Tabelle 6: Zeitlicher Ablauf der Schulung der Forschungs-AG	22
Tabelle 8: Anzahl Teilnehmende ohne Dropouts nach Gruppen und Zeitpunkten	37
Tabelle 9: Anteil der Teilnehmenden mit einer Arbeitsunfähigkeit	44
Tabelle 10: Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen je Teilnehmendem mit Arbeitsunfähigkeit	44
Tabelle 11: Qualifikation der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen.....	45
Tabelle 12: Anzahl der Teilnehmenden, die zu beiden Zeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben und für die Kostendaten vorliegen	47
Tabelle 13: Baseline-Daten.....	49
Tabelle 14: Outcome-Daten t1 und t2	50
Tabelle 15: Unterschiede in den Outcomes zwischen Dropouts und verbliebenen Studienteilnehmenden.....	53
Tabelle 16: Altersverteilung der Bezugspersonen (t3/t5).....	55
Tabelle 17: Beruflicher Hintergrund Bezugspersonen	56
Tabelle 18: Berufserfahrung Bezugspersonen	56
Tabelle 19: Verständnis und Bewertung des Präventionsplans (t3/t5)	57
Tabelle 20: Wissenszuwachs der Teilnehmenden in den Handlungsfeldern von Prävention (t3/t5)	57
Tabelle 21: Wünsche und Kritik an den Beratungsangeboten (offene Fragen).....	58
Tabelle 22: Einschätzung des Nutzens der Intervention durch die Teilnehmenden (t3/t5)....	59
Tabelle 23: Aufwand und Alltagsnähe der Intervention (t3/t5)	60
Tabelle 24: Aufwand und Alltagsnähe der Präventionsangebote (t3/t5).....	61
Tabelle 25: Kommunikation Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Teilnehmende (t3/t5) ..	61
Tabelle 26: Selbstständige Umsetzung der Präventionsangebote (t3/t5).....	61
Tabelle 27: Präventionsbereich Bewegung (t3/t5)	62
Tabelle 28: Präventionsbereich Ernährung (t3/t5)	62
Tabelle 29: Präventionsbereich Stress (t3/t5)	63
Tabelle 30: Präventionsbereich Sucht (t3/t5)	63
Tabelle 31: Verhaltensänderungen in den einzelnen Präventionsbereichen (offene Frage) (t3/t5)	64
Tabelle 32: Beziehungsgestaltung Pflege- und Gesundheitsexpertinnen - Teilnehmende (t3/t5)	65
Tabelle 33: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Teilnehmende (t3/t5)	66
Tabelle 34: Von Bezugspersonen übernommene Aufgaben (Mehrfachantworten) (t3/t5) ...	67
Tabelle 35: Involviertheit von Bezugspersonen (t3/t5)	67
Tabelle 36: Verständnis der Teilnehmenden (t3/t5).....	68

Tabelle 37: Bewertung der Beratungsangebote (t3/t5).....	68
Tabelle 38: Nutzen der Intervention (t3/t5)	69
Tabelle 39: Positive Nebeneffekte der Intervention (Mehrfachnennungen) (t3/t5)	69
Tabelle 40: Angemessenheit der Anforderungen (t3/t5)	70
Tabelle 41: Aufwand durch die Präventionsangebote (t3/t5)	71
Tabelle 42: Komplexität der Sprache (t3/t5).....	71
Tabelle 43: Unterstützung der Kommunikation (t3/t5)	72
Tabelle 44: Angemessenheit der Kommunikation (t3/t5)	72
Tabelle 45: Austausch Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Bezugspersonen (t3/t5)	73
Tabelle 46: Selbstständigkeit bei der Teilnahme an Präventionsangeboten (t3/t5)	73
Tabelle 47: Veränderung Bewegung (t3/t5)	74
Tabelle 48: Veränderung Ernährung (t3/t5)	75
Tabelle 49: Veränderung Stress (t3/t5).....	76
Tabelle 50: Veränderung Sucht (t3/t5)	76
Tabelle 51: Beziehung Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Teilnehmende (t3/t5)	77
Tabelle 52: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Bezugspersonen (t3/t5)	78
Tabelle 53: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – professionelle Bezugspersonen (t3/t5).....	79
Tabelle 54: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen - Angehörige	79
Tabelle 55: Zufriedenheit mit der Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen...	80
Tabelle 56: Geplante und durchgeführte Maßnahmen nach Art	83
Tabelle 57: Hemmende Faktoren bei der Umsetzung	83
Tabelle 58: Bearbeitete Präventionsbereiche.....	85
Tabelle 60: Durchschnittliche Kosten der vertragsärztlichen Versorgung je Teilnehmenden und Quartal – alle mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnete Leistungen	108
Tabelle 61: Durchschnittliche Kosten der vertragsärztlichen Versorgung je Teilnehmenden – alle mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnete Leistungen	108
Tabelle 62: Kosten je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	110
Tabelle 63: Durchschnittliche Kosten der Früherkennungsuntersuchungen je Teilnehmenden und Quartal.....	111
Tabelle 64: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	111
Tabelle 65: Durchschnittliche Kosten der hausärztlichen Versorgung je Teilnehmenden und Quartal.....	112
Tabelle 66: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	112
Tabelle 67: Anteil der möglichen an den tatsächlichen (ersten) Hausarztbesuchen im Quartal	113
Tabelle 68: Durchschnittliche Kosten der hausärztlichen Versichertenpauschalen/ Vorhaltung je Teilnehmenden und Quartal	113
Tabelle 69: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	113
Tabelle 70: Durchschnittliche Kosten der Chronikerpauschalen/ Gesprächsleistung je Teilnehmenden und Quartal	114

Tabelle 71: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	114
Tabelle 72: Anteil der möglichen an den tatsächlichen abgerechneten Chronikerpauschale im Quartal.....	115
Tabelle 73: Durchschnittliche Kosten Labor je Teilnehmenden und Quartal	115
Tabelle 74: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmendem – beide Messzeitpunkte	116
Tabelle 75: Durchschnittliche Anzahl Laborleistungen je Teilnehmenden.....	116
Tabelle 76: Mittelwerte der Laborleistungen über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	116
Tabelle 77: Durchschnittliche Kosten der Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie je Teilnehmenden und Quartal	117
Tabelle 78: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	117
Tabelle 79: Anteil Teilnehmende mit Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie.....	118
Tabelle 80: Durchschnittliche Kosten der relevanten vertragsärztlichen Leistungen	119
Tabelle 81: Mittelwerte der Kosten der relevanten vertragsärztlichen Leistungen über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	119
Tabelle 82: Verordnete Medikamente nach ATC anatomische Gruppe	120
Tabelle 83: TOP-10 verordnete Medikamente nach therapeutischen Hauptgruppen ATC ..	120
Tabelle 84: Kosten der TOP-10 verordnete Medikamente	121
Tabelle 85: Durchschnittlich verordnete TOP-10 Medikamente nach therapeutischen Hauptgruppen ATC je Teilnehmenden	122
Tabelle 86: Mittelwerte der Medikamentenanzahl je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	123
Tabelle 87: Durchschnittlich Kosten der verordneten TOP-10 Medikamente nach therapeutischen Hauptgruppen ATC je Teilnehmenden	123
Tabelle 88: Mittelwerte der Medikamentenkosten je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	124
Tabelle 89: Anzahl Teilnehmende mit stationärem Krankenhausaufenthalt	125
Tabelle 90: Kosten der stationären Krankenhausaufenthalte	125
Tabelle 91: Durchschnittliche Kosten der stationären Krankenhausaufenthalte	126
Tabelle 92: Übersicht über krankenhausaufenthaltsambulante Behandlungsmöglichkeiten	126
Tabelle 93: Anzahl Teilnehmende mit Behandlung in einer Krankenhausambulanz	126
Tabelle 94: Kosten der Behandlung in den Krankenhausambulanzen	127
Tabelle 95: Durchschnittliche Kosten der Behandlung in den Krankenhausambulanzen	127
Tabelle 96: Anteil der Teilnehmenden mit Zahnarzt*innenbesuchen in den Jahren 2022 und 2023	128
Tabelle 97: Anteil der Teilnehmenden, die in beiden Jahren Zahnarzt*innen besucht haben	128
Tabelle 98: Anzahl der Teilnehmenden mit zahnärztlicher Behandlung	129
Tabelle 99: Durchschnittliche Anzahl der zahnärztlichen Abrechnungen je Teilnehmenden mit zahnärztlicher Behandlung	130
Tabelle 100: Anteil der Teilnehmenden mit zahnärztlicher Behandlung	130
Tabelle 101: Durchschnittliche Kosten der zahnärztlichen Behandlung je Teilnehmenden ..	130
Tabelle 102: Angaben zu den Ausreißerwerten bei den Sonstigen Leistungen	131

Tabelle 103: Durchschnittliche Kosten der sonstigen Leistungen je Teilnehmenden	131
Tabelle 104: Kosten der Sonstigen Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte	132
Tabelle 104: Durchschnittliche Kosten der sonstigen Leistungen je Inanspruchnahme	132
Tabelle 105: Kosten der Sonstigen Leistungen je Inanspruchnahme – beide Messzeitpunkte	133
Tabelle 106: Kosten der Intervention	134
Tabelle 107: Kosten pro Leistungs-Inanspruchnehmenden - Interventionsgruppe	135
Tabelle 108: Kosten pro Leistungs-Inanspruchnehmenden - Kontrollgruppe	135
Tabelle 109: Kosten pro Teilnehmenden Interventionsgruppe	136
Tabelle 110: Kosten pro Teilnehmenden Kontrollgruppe	136
Tabelle 111: Gesamte Kosten – beide Messzeitpunkte	137
Tabelle 112: Ergebnis Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben – Gesamtkosten	137
Tabelle 113: Anzahl der Teilnehmenden, die zu beiden Zeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben und für die Kostendaten vorliegen.	138
Tabelle 113: Anzahl der Teilnehmenden, die zu beiden Zeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben und für die Kostendaten vorliegen nach Kohorten.	138
Tabelle 114: Kennzahlen zu RS Score	139
Tabelle 115: Veränderung des RS Score-zwischen den beiden Messzeitpunkten	139
Tabelle 116: Kennzahlen zu EQ5D-Index	140
Tabelle 117: Veränderung des EQ5D VAS (Self-Rating)-Index zwischen den beiden Messzeitpunkten	141
Tabelle 118: Veränderung des EQ5D VAS (Proxy) zwischen den beiden Messzeitpunkten ..	141
Tabelle 119: Kennzahlen zu WHODAS Score	142
Tabelle 120: Veränderung des WHODAS Score-Index zwischen den beiden Messzeitpunkten	142
Tabelle 121: Mittelwerte für den Messzeitpunkt t0	143
Tabelle 122: Mittelwerte für den Messzeitpunkt t2	144
Tabelle 123: Veränderung der Mittelwerte im Zeitablauf	145
Tabelle 124: Anzahl Teilnehmende an den beiden Varianten des EQ5D VAS	147
Tabelle 125: Durchschnittliche Nutzwerte – arithmetisches Mittel den beiden Varianten des EQ5D VAS	147
Tabelle 126: Ergebnisse t-Test EQ5D Nutzen	148
Tabelle 127: Ergebnisse t-Test EQ5D Selbsteinschätzung – Unterschied Gesamtkosten	148
Tabelle 128: Ergebnisse t-Test EQ5D Fremdeinschätzung – Unterschied Gesamtkosten	149
Tabelle 129: Anzahl Teilnehmende RS Score	150
Tabelle 130: Ergebnisse Mittelwerte RS Score – Unterschied Nutzenwerte	151
Tabelle 131: Durchschnittliche Nutzwerte – arithmetisches Mittel RS Score	151
Tabelle 132: Ergebnisse Mittelwerte RS Score – Unterschied Gesamtkosten	151
Tabelle 133: Anzahl Teilnehmende an den beiden Varianten des WHODAS	152
Tabelle 134: Durchschnittliche Nutzwerte – arithmetisches Mittel den beiden Varianten des WHDAS	153
Tabelle 135: Mittelwerte WHODAS	153
Tabelle 136: Ergebnisse Mittelwerte – Unterschied Gesamtkosten	153

1 Ziele der Evaluation

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine vulnerable und gesundheitlich ungleich versorgte Gruppe. Eine geringe Gesundheitskompetenz aufgrund verminderter kognitiver Leistungsfähigkeit und geringes Wissen über eine gesunde Lebensführung sowie ein wenig auf die spezifischen Bedarfe der Betroffenen ausgerichtetes Gesundheitssystem, führen zu einer erhöhten Gefährdung der Zielgruppe (Hasseler, 2014). Zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen treten daher häufiger und früher auf (Latteck & Weber, 2015). Körperliche Aktivitäten sind im Vergleich seltener, z. B. ca. 85 % der Zielgruppe verbringt ihre Freizeit sitzend (Lynch et al., 2022; Barnes et al., 2013). Durch die geringe körperliche Aktivität, geringe kardiovaskuläre Fitness und ungesunde Ernährungsgewohnheiten ist die Zielgruppe häufiger u.a. von Adipositas sowie Mangel- und Fehlernährung betroffen, die im Verlauf zu chronischen Erkrankungen (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus) führen können (Hsieh et al., 2014). Beim Thema Stressbewältigung ist die Prävalenz von psychischen Erscheinungsbildern bei der Zielgruppe höher als in der Allgemeinbevölkerung. Erstere erlebt soziale Interaktionen häufiger stressbeladen, was z. B. mit Essstörungen und geringerer Aktivität einhergehen kann (Dieckmann & Metzler, 2013). Das Thema Sucht ist für die Zielgruppe wenig erforscht (Latteck & Backhaus, 2017), jedoch bezogen auf den Alkohol- und Nikotinkonsum als Risiko für chronische Erkrankungen bedeutsam. Zwar unterscheidet sich das Risiko der Zielgruppe unwesentlich, muss aber hinsichtlich der kognitiven Voraussetzungen der Zielgruppe, z. B. für die Aufklärung, angepasst werden (Kerr et al., 2013). Aus den besonderen Gesundheitsproblemen und Erkrankungsrisiken resultieren spezifische Herausforderungen und hohe Anforderungen an gesundheitsbezogene Behandlungs- und Versorgungsprozesse, insbesondere für die Prävention (Latteck & Backhaus, 2017). Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat Menschen mit Behinderung explizit als vulnerable Bevölkerungsgruppe aufgenommen, um zielgruppenspezifische Ansätze der Prävention nachhaltig zu implementieren, zu erproben und zu evaluieren. Daher werden nach dem Präventionsgesetz (2015) im Projekt die vier Handlungsfelder von Prävention: Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Sucht aufgegriffen, die sich wechselseitig beeinflussen und sich sowohl auf individuelle verhaltens- wie auch auf verhältnispräventive (z. B. lebensweltbezogene) Ansätze beziehen. Hier sind ambulante, barrierefreie und aufsuchende Versorgungsformen erfolgversprechend, da sie eine zeitnahe, angepasste und kontinuierliche Betreuung und Kommunikation ermöglichen. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen besteht ein hoher zeitlicher Ressourcenbedarf bei der Prävention der Zielgruppe, die im derzeitigen Vergütungssystem kaum Berücksichtigung finden und durch knappe Behandlungszeiten, z. B. ärztlicher Akteur*innen, nicht gedeckt werden. Hinzu kommen eine begrenzte Anzahl spezialisierter und für die Bedürfnisse der Zielgruppe qualifizierte Akteur*innen in der Gesundheitsversorgung (Steffen & Blum, 2012). Hochgradige Arbeitsteilung, leistungsrechtliche Zersplitterung und fehlende Zuständigkeiten in der Versorgung führen zu Versorgungsbrüchen. Daraus ergeben sich spezifische Anforderungen an eine präventive und zielgruppenspezifische Versorgung. Der Ansatz von Prävention durch spezifisches Fallmanagement und spezialisierte Pflegeexpertise ist dann indiziert, wenn Versorgungssysteme auf komplexe Bedarfssituationen und Lebenssituationen der Adressat*innen nicht ausgerichtet sind und diese nachhaltig in ihrer Gesundheit gestärkt werden sollen.

Das FaPP-MgB-Projekt verfolgte mit einem zielgruppenbezogenen Präventionsansatz durch spezifisches Fallmanagement und spezialisierte Pflegeexpertise, dessen Details der Interventionsbeschreibung im Ergebnisbericht (Kap. 2.2) zu entnehmen sind, drei Projektziele:

- 1) Verbesserung der individuellen Gesundheitssituation: Vermeidung/Verringerung von gesundheitlichen Problemen und Risiken, Chronifizierung bereits bestehender Erkrankungen und von Arbeitsunfähigkeit und Pflegeabhängigkeit sowie Verkürzung/Verhinderung von Krankenhausaufenthalten bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung.
- 2) Verbesserung der Resilienz und damit: Stärkung von physischen und psychischen Widerstandskräften von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, Förderung von Gesundheitskompetenz und Stärkung von Empowerment zur Lebensbewältigung (Individual) und positiven Gestaltung der Lebensbedingungen (Setting) und damit Förderung der Akzeptanz von Prävention.
- 3) Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung durch stärkere soziale Teilhabe an Präventionsmaßnahmen und durch Verbesserung sektorenübergreifender, interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung mithilfe zielgruppenspezifischer, gemeindenaher Netzwerkarbeit. Aus der Projektzielsetzung ergeben sich nachstehende Indikatoren:

Tabelle 1: Output-Kriterien

1.	Für jede*n Teilnehmer*in der Intervention liegt, unterzeichnet von den Teilnehmer*innen und Pflegeexpert*innen, im zweiten Monat nach erfolgtem Erst- und Zweitbesuch ein individueller Präventionsplan mit Diagnosen, Zielen, Maßnahmen und Erfolgsparametern für den Interventionszeitraum vor.
2.	Der individuelle Präventionsplan wird im Interventionszeitraum alle zwei Monate überprüft und ggf. aktualisiert. Ab dem achten Interventionsmonat fokussiert der Präventionsplan Maßnahmen zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Teilnehmer*innen über den Projektzeitraum hinaus.
3.	Alle Teilnehmer*innen erhalten Face-to-Face und/oder telefonisch sowie digital unterstützt umfangreiche individuelle Beratungs- und Informationsangebote zum Thema Prävention in den für sie identifizierten Handlungsfeldern. Zur Stärkung ihrer Resilienz, Gesundheitskompetenz und Motivation erhalten sie nach sechs Monaten ein Video zur Bedeutung und Motivation für Prävention.
4.	Für jeden der sieben Hamburger Bezirke liegen mit Interventionsbeginn mittels Sozialraumanalyse Informationen zu regionalen Präventionsoptionen vor.
5.	Mindestens 70 % der Teilnehmer*innen führen zunehmend selbstständig Präventionsmaßnahmen durch, die primär durch Pflegeexpert*innen initiiert und regional im Setting umgesetzt werden, z. B. Sportangebote, Ernährungsberatung, Vorsorgeuntersuchung.
6.	Die Pflegeexpert*innen wirken in bestehenden regionalen Gesundheitskonferenzen mit.
7.	Gründe für Krankenhauseinweisungen, Ärzt*innenbesuche, Änderungen des Pflegegrades werden von Pflegeexpert*innen dokumentiert und in ihrer Bedeutung für Prävention der Zielgruppe analysiert.

Eigene Darstellung

1.1 Fragestellungen / Arbeitshypothesen

1.1.1 Randomisiert-kontrollierte Studie

Die primäre Fragestellung der randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) lautete: Lässt sich durch spezialisiertes Fallmanagement der Gesundheitsstatus von Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Regelversorgung verbessern?

1.1.2 Querschnittserhebung

Die standardisierte Querschnittserhebung adressierte die Elemente Durchführbarkeit, Effektivität und Veränderungsprozesse aus Nutzer*innenperspektive. Adressat*innen waren die Teilnehmenden mit geistiger Behinderung und deren Bezugspersonen. Fragestellungen dieses Teils der Evaluation waren:

- Haben die Studienteilnehmer*innen den Präventionsplan verstanden?
- Wie bewerten die Studienteilnehmer*innen die bereitgestellten Informations- und Beratungsangebote?
- Wie wird die neue Versorgungsform aus der jeweiligen Perspektive der Befragten heraus bewertet (unter den Aspekten Nutzen, Aufwand, Alltagsnähe, Kommunikation)?
- Welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen setzen die Studienteilnehmer*innen selbstständig um?
- Welche gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Proband*innen haben sich verändert?
- Wie bewerten die Studienteilnehmer*innen und deren Bezugspersonen die Zusammenarbeit mit ihren Pflegeexpert*innen?

1.1.3 Dokumentenanalyse

Die Dokumentenanalyse diente zum einen der Prozessevaluation, um die Versorgungsprozesse nachzuzeichnen und Hinweise zu Wirkmechanismen zu erhalten. Zum anderen diente sie dem Monitoring der Output-Kriterien, mit Ausnahme der Kriterien 4 und 6, die auf Basis der Dokumentationen nicht beantwortbar sind (Tabelle 1).

Analysiert wurde die Versorgungsdokumentation der Pflegeexpert*innen unter den Fragestellungen:

- Wurde ein Präventionsplan erstellt und regelmäßig aktualisiert?
- Haben die Studienteilnehmer*innen die im Präventionsplan vorgesehenen Maßnahmen verstanden?
- Welche Maßnahmen des Präventionsplans wurden umgesetzt, welche nicht und warum?
- Wurden Gründe für Krankenhauseinweisungen, nicht-routinemäßige Ärzt*innenbesuche sowie Änderungen des Pflegegrades seitens der Pflegeexpert*innen mit ihren Auswirkungen auf den Präventionsplan dokumentiert?
- Welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen setzen die Studienteilnehmer*innen selbstständig um?

- Welche gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Proband*innen haben sich verändert?

Zudem wurden weitere fallrelevante Informationen extrahiert, die zur besseren Beschreibung der Stichprobe als auch zur Verbesserung des Fallverstehens dienten.

1.1.4 Qualitative Evaluation

Im qualitativen Teil der Evaluation lauteten die Fragestellungen:

- Wird aus der Perspektive der Nutzer*innen und der Leistungserbringenden (Pflegeexpert*innen) der Interventionsanspruch erreicht?
- Inwieweit haben sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Nutzer*innen verändert?
- Wie gestaltete sich die Beziehung zur Pflegeexpert*in aus Sicht der Nutzer*innen und umgekehrt?
- Welche Strategien / Ansätze haben sich aus Sicht der befragten Personen bewährt?
- Welche Strategien / Ansätze wurden aus der Perspektive der befragten Personen als besonders hilfreich empfunden?
- Wo zeigten sich aus der Perspektive der befragten Personen Umsetzungshindernisse / Barrieren und wie konnte bzw. könnte diesen begegnet werden?

1.1.5 Partizipative Forschung

Da die Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung sehr vielfältig sind, ist es für die Forschung entscheidend, sie als Co-Forschende einzubeziehen, um ihre Perspektiven und Erfahrungen direkt zu erfassen. Im Projekt „FaPP-MgB – Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz“ wurde daher eine Forschungs-Arbeitsgruppe aus fünf Menschen mit geistiger Behinderung und einer professionell forschenden Mitarbeiterin gebildet. Ziel war es, die Forschungsfrage gemeinsam zu entwickeln, die Selbstkompetenz und das Empowerment der Co-Forschenden zu stärken sowie eine selbstbestimmte Erforschung des eigenen Lebensumfeldes zu ermöglichen. Nach einer zielgruppenadäquaten Schulung erarbeiteten die Co-Forschenden ein eigenes Erhebungsinstrument in Leichter Sprache, das als Grundlage für die weiteren qualitativen Untersuchungen diente.

2 Darstellung des Evaluationsdesigns

Die Evaluation der neuen Versorgungsform orientierte sich am CIPP-Modell (Stufflebeam & Zhang, 2017; Stufflebeam & Shinkfield, 2007) und umfasste somit eine Evaluation des Kontextes, des Inputs, der Prozesse sowie des Produkts (bzw. der Outputs und Outcomes). Zudem wurden die Prinzipien des Medical Research Council (MRC) zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Craig et al., 2008; Mühlhauser et al., 2011) berücksichtigt und in das CIPP-Modell integriert. Damit untersuchte die Evaluation Aspekte der Umsetzbarkeit (feasibility), der Veränderungsprozesse und Wirkmechanismen (change process) sowie der Wirksamkeit (effectiveness). Im gesundheitsökonomischen Teil der Evaluation wurden Kosten-Nutzen-Aspekte (cost effectiveness) evaluiert. Dieser Teil der

Evaluation wurde durch das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) verantwortet. Hauptverantwortlich für die Evaluation ist die Hochschule Bielefeld (HSBI).

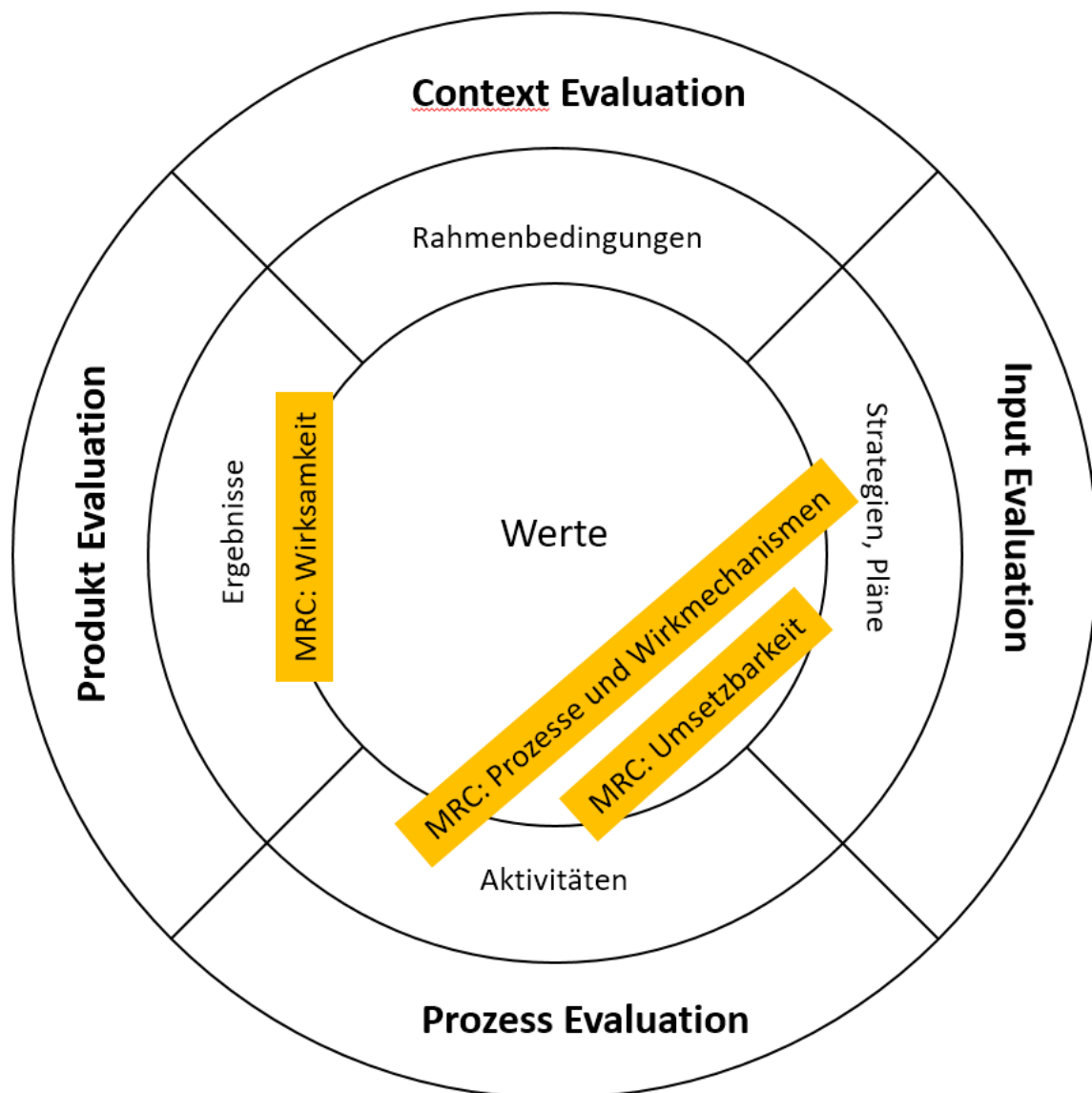


Abbildung 1: Evaluationsmodell (Eigene Darstellung)

Die Evaluation dieser unterschiedlichen Ebenen erfolgte mittels eines parallelen Mixed-Methods Designs aus mehreren Evaluationsbausteinen, die sich unterschiedlicher methodischer Zugänge bedienen. Diese sind in Abbildung 2 dargestellt. Sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe wurden aus Kapazitätsgründen in zwei Kohorten aufgeteilt (vgl. Kap. 3.1.1). Die zwei verschiedenen Zeitschienen bilden die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte für die zwei Kohorten ab.

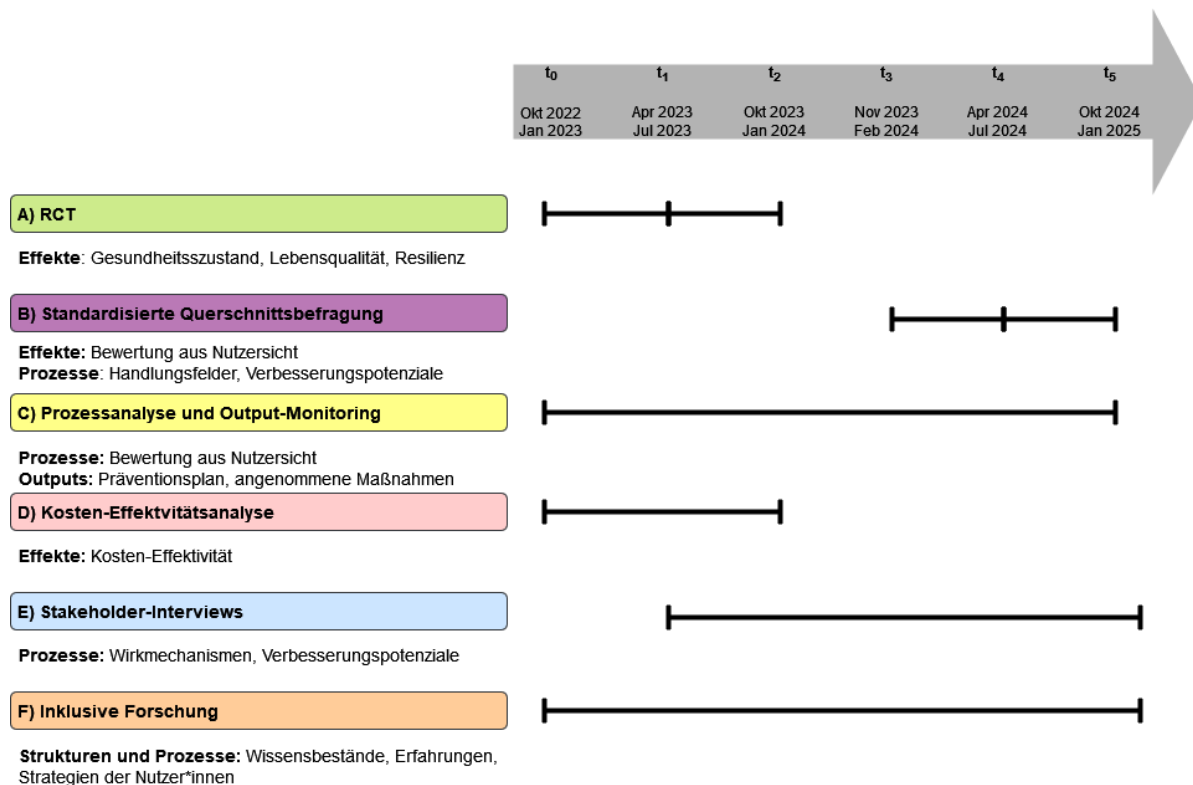


Abbildung 2: Evaluationsbausteine und Zeitschiene (Eigene Darstellung)

Auf der Ebene der Produktevaluation wurden sowohl Outcomes als auch Outputs der Versorgungsform gemessen. Als Outcomes wurden dabei die Auswirkungen der Versorgungsform auf den Gesundheitszustand der Teilnehmer*innen, auf deren Resilienz sowie deren gesundheitsbezogene Lebensqualität analysiert. Zur Evaluation der Effektivität (Outcomes) wurde eine multizentrische, zweiarmige randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie mit drei Messzeitpunkten (t_0 , t_1 und t_2) realisiert.

Als zweiter standardisierter Baustein der Evaluation wurde eine fallbezogene Querschnittsbefragung der Proband*innen und ihrer Bezugspersonen durchgeführt. Dieser auf den Prozess fokussierende Baustein hatte die Aspekte der Durchführbarkeit, Effektivität und Veränderungsprozesse aus Sicht der Nutzer*innen und Leistungserbringer zum Gegenstand. Die Befragungen fanden zu drei Messzeitpunkten (t_3 , t_4 und t_5) statt, wobei jeweils unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erfolgten.

Zudem wurde in diesem Baustein das Erreichen der in Tabelle 1 dargestellten Output-Kriterien analysiert (mit Ausnahme der Kriterien 4 und 7, die im Zuge der qualitativen Interviews mit den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen erhoben wurden). Diese Kriterien waren im Sinne eines Monitorings der Outputs sowie der Prozesse ebenfalls Gegenstand einer Dokumentenanalyse der Versorgungsdokumentation.

Die Perspektiven der Stakeholder (Menschen mit geistiger Behinderung, ihre gesetzlich Betreuenden und Bezugspersonen, Hausärzt*innen, professionelles Pflege- und Betreuungspersonal sowie Anbieter von Sport- und Gesundheitskursen) auf die Durchführbarkeit, die Effektivität und auf Veränderungsprozesse wurden mittels qualitativer Methodik (leitfadengestützte Interviews) erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ein weiterer qualitativer Zugang bezog die Zielgruppe direkt ein: Im Rahmen der Arbeit der Forschungs-AG setzten die beteiligten Co-Forschenden ihre im Rahmen der AG erworbenen Kompetenzen praktisch um, indem sie Peer-Interviews mit Teilnehmenden der vorliegenden Studie führten. Dabei nutzten sie das gemeinsam entwickelte Erhebungsinstrument in leichter Sprache. Die gewonnenen Daten wurden anschließend von der begleitenden Forschenden der Hochschule Bielefeld inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse flossen zusammen mit den Stakeholder-Perspektiven in die Prozessevaluation ein, wodurch die Sichtweisen der Zielgruppe systematisch berücksichtigt und praxisrelevante Erkenntnisse zu Prävention und Gesundheitsförderung gewonnen wurden.

Solange ein Mensch mit geistiger Behinderung noch Proband*in der Interventionsstudie war, blieb er unberührt von weiteren evaluativen Zugängen bzw. Befragungen. In die qualitativen Befragungen wurden Proband*innen erst dann einbezogen, wenn bei ihnen die Datenerhebung in der RCT abgeschlossen war.

Für die standardisierten Befragungen wurden sechs Messzeitpunkte definiert, die in Tabelle 2 dargestellt sind. Die zuvor gleichzeitige Erhebung von Outcomedaten im Rahmen der RCT (t2) und der standardisierten Querschnittserhebung (t3) wurde in zwei separate Erhebungen ausdifferenziert. Grund hierfür war die Sicherstellung der Verblindung seitens der Evaluator*innen. Nur Teilnehmende, die in der Interventionsgruppe waren, erhielten die Prozessevaluation zu diesem Zeitpunkt. Eine simultane Erhebung von Outcomedaten und Prozessevaluation hätte somit selbst beim Einsatz von zwei Evaluator*innen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Auflösung der Verblindung geführt.

Tabelle 2: Messzeitpunkte für standardisierte Befragungen

t0	Baseline	RCT
t1	6 Monate nach Baseline	RCT
t2	12 Monate nach Baseline	RCT
t3	13 Monate nach Baseline	Standardisierte Querschnittsbefragung (Interventionsgruppe)
t4	18 Monate nach Baseline, 6 Monate nach Start der nachgelagerten Intervention	Standardisierte Querschnittsbefragung (Wartegruppe)
t5	24 Monate nach Baseline, 12 Monate nach Start der nachgelagerten Intervention	Standardisierte Querschnittsbefragung (Wartegruppe)

Eigene Darstellung

2.1 Studiendesign

2.1.1 Randomisiert-kontrollierte Studie

Die zweiarmige, randomisiert-kontrollierte Studie wurde mittels Wartegruppendesign realisiert. Die Teilnehmenden in der Kontrollgruppe erhielten zunächst die Regelversorgung. Nach Abschluss der Datenerhebung an t2 erhielten die Teilnehmenden der Kontrollgruppe dieselbe neue Versorgungsform über zwölf Monate wie die Teilnehmenden der Interventionsgruppe. Gründe für das Wartegruppendesign waren: a) Die, nach Rücksprache mit den Kooperationspartner*innen aus der Praxis, voraussichtlich geringe Teilnahmebereitschaft bzw. deutlich höhere antizipierte Dropout-Rate in der Kontrollgruppe, b) die Ermöglichung des Zugangs zur Intervention für alle Teilnehmenden bei dieser vulnerablen Gruppe.

Population

Für den Einschluss in die RCT und gleichbedeutend für den Einschluss in die Erbringung der Intervention im Sinne der neuen Versorgungsform und deren Evaluation wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

- diagnostizierte Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (F70-F79),
- Volljährigkeit,
- aktiv-motivierte Interessensbekundung für präventive Verhaltensänderung und
- Einwilligung der betroffenen Person und ggf. der rechtlichen Betreuer*innen.

Zudem galten die folgenden Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der neuen Versorgungsform:

- SGB-XI-Pflegegrad >3,
- Sterbephase.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden sowie die Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien oblag der Evangelischen Stiftung Alsterdorf als Leistungserbringer.

Outcomes

Den primären Endpunkt der randomisiert-kontrollierten Studie bildete der Gesundheitsstatus der Teilnehmenden nach zwölf Monaten (t2), gemessen anhand der 32-Item Version des „World Health Organization Disability Assessment Schedule“ (WHODAS 2.0, Interviewer-Version) (Üstün et al., 2010). Der WHODAS umfasst sechs Bereiche: Kognition, Mobilität, Selbstversorgung, Umgang mit anderen, Lebensaktivitäten und Teilhabe. Die Daten wurden in einer Fremdeinschätzung mit den primären Bezugspersonen der Teilnehmenden erhoben. Sekundäre Outcomes waren:

- Gesundheitszustand nach sechs Monaten (t1), gemessen mit dem WHODAS (Fremdeinschätzung),
- Resilienz nach sechs (t1) und zwölf (t2) Monaten, gemessen mit der Resilience Scale 11 (RS-11) (Schumacher et al., 2005) (Selbsteinschätzung),
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach sechs (t1) und zwölf (t2) Monaten, gemessen mit dem EQ5D-VAS (Ludwig et al., 2018) (Fremd- und Selbsteinschätzung).

Eine Übersicht der Outcomes und der zur Messung verwendeten Instrumente zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3: Übersicht der Outcomes, Instrumente und Messzeitpunkte der RCT

	Outcome	Instrument	Messzeitpunkt	Befragte
Primäres Outcome	Gesundheitsstatus	WHODAS 2.0	t ₂	Bezugspersonen
Sekundäre Outcomes	Gesundheitsstatus	WHODAS 2.0	t ₁	Bezugspersonen
	Resilienz	RS-11	t ₁ , t ₂	Teilnehmende
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ5D-VAS	t ₁ , t ₂	Teilnehmende und Bezugspersonen

Eigene Darstellung

Die eingesetzten Instrumente erfüllen die wissenschaftlichen Gütekriterien hinsichtlich Reliabilität und Validität über verschiedene Populationen hinweg (vgl. Glarin et al., 2010; Potcovaru et al., 2024; Üstün et al., 2010 für den WHODAS, Kocalevent et al., 2015; Schumacher et al., 2005 für den RS-11 und Ludwig et al., 2018 für den EQ5D). Es bestehen jedoch keine Validationsstudien für die Zielpopulation, da keine validierten und übersetzten Instrumente in deutscher Sprache vorliegen.

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden zudem demografische Daten erhoben sowie Daten zum funktionellen und sozio-ökonomischen Status sowie zur Versorgungssituation.

Alle Instrumente wurden unverändert eingesetzt. Für die Teilnehmenden mit geistiger Behinderung wurden die Fragen bei Bedarf mündlich vereinfacht formuliert oder sie wurden gemäß dem individuellen Verständnis der Teilnehmenden anhand von Alltagsbeispielen veranschaulicht.

Die Instrumente zur Fremdeinschätzung wurden von den primären Bezugspersonen beantwortet. Als Bezugspersonen der Teilnehmenden wurden Personen definiert, die den Teilnehmenden nahe genug standen, um Aussagen über ihren Gesundheitszustand und ihr Verhalten treffen zu können. Dabei konnte es sich beispielsweise um Familienangehörige, professionell Unterstützende oder gesetzlich Betreuende handeln. Die Teilnehmenden wurden bei der Terminvereinbarung zur ersten Datenerhebung darum gebeten, eine feste Bezugsperson zu benennen, die an den Datenerhebungen teilnimmt.

Stichprobengröße

Zur Ermittlung der erforderlichen Stichprobengröße für die Studie wurde eine Poweranalyse mit der Software G*power (Faul et al., 2009) durchgeführt. Basierend auf einer Effektgröße von $f = 0,23$ für eine ANCOVA, einer Power von 0,8 und einem Signifikanzniveau von 0,05 mit Bonferroni-Korrektur auf 0,025 ergab die Analyse, dass 184 Teilnehmende erforderlich waren, um eine ausreichende statistische Power zu erreichen. Aufgrund des innovativen Charakters der Versorgungsform hinsichtlich komplexer Intervention und Zielgruppe, konnten a priori keine Effektstärken aus eng vergleichbaren Studien herangezogen werden. Ähnliche Interventionen (komplexe Interventionen unter Beteiligung von Fallmanagement) zeigen überwiegend moderate bis schwache Effekte. Daher wurde für die Fallzahlschätzung pragmatisch von einer moderaten Effektstärke ausgegangen, die auf dem Nachweis einer Effektstärke von $f=0,23$ (mittlerer Effekt, ausgehend von einer Varianzaufklärung des Gruppeneffekts von 5 %) mittels ANCOVA beruht. Da bezogen auf die Outcomes

Gesundheitsstatus, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Resilienz jeweils zwei Hypothesen an der gleichen Stichprobe getestet wurden (jeweils an zwei Messzeitpunkten), war eine Korrektur der Family-wise Error Rate (FWER) erforderlich. Zur Family-wise Korrektur der Alpha-Fehler wurde daher für jede der Hypothesen eine Bonferroni-Korrektur angewandt. Aufgrund des Zeitrahmens von einem Jahr, der Besonderheiten der Zielpopulation und der Komplexität der Intervention wurde eine Dropout-Rate von 30 % geschätzt. Geplant wurde, 256 Teilnehmende (128 pro Gruppe) für die Studie zu rekrutieren.

Randomisierung

Die Teilnehmenden wurden mit dem R-Package "randomizeR" (Uschner et al., 2018) mit zufällig permutierten Blockgrößen von zwei, vier oder sechs randomisiert (Eldridge & Kerry, 2012). Die zufällige Zuordnungssequenz wurde von einer Forscherin der HSBI generiert, die für die Terminvereinbarung mit den Teilnehmenden zur Datenerhebung verantwortlich war. Die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen waren für die Rekrutierung der Studienteilnehmenden verantwortlich. Die Person, die für die Generierung der Zuordnungssequenz verantwortlich war, war ebenso dafür zuständig, die Teilnehmenden den Gruppen zuzuordnen und die Teamkoordinatorin der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen darüber zu informieren, welche Teilnehmenden in welcher Gruppe waren.

Verblindung

Aufgrund der Art der Intervention war es nicht möglich, die Teilnehmenden und die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zu verblinden. Eine Verblindung der Forschenden während der Datenerhebung und -analyse war jedoch möglich. Der Verblindungsstatus der Datenerhebenden wurde zu jedem Messzeitpunkt überprüft. Die Teilnehmenden und ihre primären Bezugspersonen wurden angewiesen, ihre Gruppenzugehörigkeit nicht preiszugeben. Darüber hinaus wurden die Datenerhebenden angewiesen, selbst nicht über die Intervention zu sprechen und auch die Teilnehmenden nicht dazu zu ermutigen. Die Daten wurden von mehreren Forschenden analysiert, die jeweils keine Kenntnis von den Ergebnissen der anderen Forschenden hatten, um Verzerrungen im Analyseprozess zu minimieren. Nach Abschluss der Datenanalyse wurde die Gruppenzugehörigkeit bekannt gegeben.

2.1.2 Querschnittserhebung und Dokumentenanalyse

Es wurden zwei unterschiedliche standardisierte Querschnittsbefragungen an drei Messzeitpunkten durchgeführt. Zum einen erfolgte eine Befragung nach Abschluss des jeweiligen Interventionszeitraums (t3 in der Interventionsgruppe, t5 in der Wartegruppe). Zum anderen wurde die Wartegruppe nach 6 Monaten während ihrer nachgelagerten Intervention befragt (t4).

Stichprobengröße

Zusätzlich zu den Fällen der Wartegruppe (kalkuliertes N= 92) erhielten weitere 37 Fälle die (identische) nachgelagerte Intervention. Diese Fälle wurden zu einem Zeitpunkt Ende Dezember 2022 rekrutiert, zu dem eine Aufnahme in die RCT nicht mehr möglich war. Es wird während der Wartezeit auch für diese Fälle mit der für die RCT angelegten Drop-Out-Rate bis t₂ (Beginn der nachgelagerten Evaluation) von 14 % kalkuliert, sodass insgesamt von einer Fallzahl für die nachgelagerte Intervention von N=123 (N=92 Fälle der Wartegruppe plus 31

der nicht mehr für die RCT berücksichtigbaren Fälle) ausgegangen wird. Für den Zeitraum der nachgelagerten Intervention (t_2 bis t_5 , 12 Monate) wird analog zum RCT-Zeitraum mit weiteren 14 % Lost-to-Follow-Up kalkuliert. Daraus ergeben sich die dargestellten kalkulierten Fallzahlen für die standardisierten Querschnittserhebungen:

Tabelle 4: Fallzahlplanung für die standardisierten Querschnittserhebungen

Messzeitpunkt	Stichprobe	Kalkulierte Fallzahl
t3	Interventionsgruppe der RCT	92
t4	Wartegruppe der RCT plus N=37	114
t5	nicht in der RCT berücksichtigten Fälle	105

Eigene Darstellung

Erhebungsinstrumente

Es wurden vier Fragebögen entwickelt, jeweils zwei pro Befragtengruppe basierend auf den Erfahrungen in einer vorherigen Studie mit der Zielgruppe (Grebe et al., 2026). Die Definition von Bezugspersonen war identisch zur randomisiert-kontrollierten Studie: Als Bezugspersonen der Teilnehmenden wurden Personen definiert, die den Teilnehmenden nahe genug standen, um Aussagen über ihren Gesundheitszustand und ihr Verhalten treffen zu können. Dabei konnte es sich beispielsweise um Familienangehörige, professionell Unterstützende oder gesetzlich Betreuende handeln.

Tabelle 5: Erhebungsinstrumente der standardisierten Querschnittserhebung

Messzeitpunkt	Erhebungsinstrument	Befragte
t3	Eigens entwickelte Fragebögen mit Fokus auf Gesamtintervention	Teilnehmende und Bezugspersonen
t4	Eigens entwickelter Fragebögen mit Fokus auf partizipative Erstellung des Präventionsplans	Teilnehmende und Bezugspersonen
t5	Fragebögen aus t3	Teilnehmende und Bezugspersonen

Eigene Darstellung

Die Fragebögen an t3 und t5 fokussierten die Prozessevaluation der Gesamtintervention, während die Fragebögen an t4 insbesondere den Prozess der Präventionsplanerstellung fokussierten. Folgende Elemente wurden in den Fragebögen abgefragt:

T3 und T5: 1) Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, Partizipation, Erfahrungen mit den Präventionsangeboten (global und jeweils nach einzelnen Präventionsbereichen), Erfahrungen mit den Angeboten der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen (global und jeweils nach einzelnen Präventionsbereichen),

Organisation innerhalb der neuen Versorgungsform, subjektiver Erfolg, Zufriedenheit mit der Versorgungsform

T4: Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, Partizipation, Prozess der initialen Assessments, Prozess der Präventionsplanerstellung, Organisation innerhalb der neuen Versorgungsform, Zufriedenheit

Die Fragebögen wurden einem Pretest unterzogen.

Die Dokumentenanalyse erfolgte auf Grundlage der gesamten Versorgungsdokumentation der Interventionsgruppe nach dem Ende des jeweiligen Interventionszeitraums (t3).

2.1.3 Qualitative Evaluation

Für die qualitative Evaluation wurden leitfadengestützte Stakeholder-Interviews mit den Studienteilnehmenden, professionell unterstützenden Personen (z. B. Assistenzpersonen oder pädagogische Fachkräfte), Angehörigen (z. T. gesetzlich Betreuende), Leistungserbringenden von Präventionsangeboten und den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen geführt. Zudem wurde ein Fokusgruppeninterview mit den Pflegeexpertinnen am Projektende realisiert.

Ursprünglich war im Studiendesign der qualitativen Evaluation vorgesehen, Ärzt*innen als Stakeholdergruppe einzubeziehen. Während der Rekrutierungsphase konnten jedoch keine Ärzt*innen für ein Interview gewonnen werden, da sie im Interventionsprozess praktisch nicht involviert waren. Zudem ist davon auszugehen, dass sie nicht umfassend darüber informiert waren, dass ihre Patient*innen an der Intervention teilnahmen. Folglich hätten sie keine belastbaren Aussagen zur Intervention, zur Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen oder zu den zugrundeliegenden Interventionszusammenhängen – etwa zur spezifischen Teilnahme der Teilnehmenden an Maßnahmen – liefern können. Um die methodische Validität der qualitativen Daten zu gewährleisten, wurde daher auf Interviews mit dieser Gruppe verzichtet, während die Zahl der Interviews mit den übrigen Stakeholdergruppen entsprechend erhöht wurde, um eine ausreichende Datengrundlage sicherzustellen. Die Rolle der hausärztlichen Versorgung bleibt für das Projekt dennoch von Bedeutung, da Hausärzt*innen durch Verschreibungen, medizinische Freigaben und die Koordination weiterer Maßnahmen weiter an der Versorgung der Menschen mit geistiger Behinderung beteiligt sind. Aus diesem Grund wurde der hausärztlichen Versorgung in der ökonomischen Evaluation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Interviews fokussierten die Durchführbarkeit der Intervention, die Beziehungsgestaltung zwischen Studienteilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, bewährte Strategien und Ansätze sowie Umsetzungshindernisse und passende Verbesserungsvorschläge. Die qualitativen Daten wurden mittels strukturierender Inhaltsanalyse vorrangig induktiv codiert und ausgewertet.

2.1.4 Partizipative Forschung

Aufgrund der sehr vielfältigen Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung war es wichtig, die Zielgruppe als Co-Forschende einzubeziehen, um einen besonderen Zugang zu den Ansichten, Gefühlen und Bedürfnissen der Betroffenen zu erhalten. Die Beteiligung von

untersuchten Gruppen an Forschung wird im Sinne der partizipativen Gesundheitsforschung folgendermaßen definiert:

„Die Beteiligung derjenigen, deren Leben oder Arbeit Gegenstand der Forschung ist, in allen Phasen des Forschungsprozesses zu maximieren. ... Die Forschung wird nicht "an" den Menschen als passive Subjekte durchgeführt, die "Daten" liefern, sondern "mit" ihnen, um relevante Informationen für die Verbesserung ihres Lebens zu liefern.“ (International Collaboration For Participatory Research, 2013).

In FaPP-MgB waren die Aufgaben der Forschungs-AG durch den Fördermittelgeber bestimmt. Im Rahmen dessen entwickelte die Forschungs-AG eine für sie relevante Fragestellung und die Co-Forschenden interviewten mit einem eigens konzipierten Erhebungsinstrument andere Menschen mit geistiger Behinderung. Für diese Aufgabe wurde die Forschungs-AG mithilfe eines vierphasigen Schulungskonzeptes geschult.

Zugrundeliegendes Schulungskonzept

Das zugrundeliegende Manual für die Schulung der Forschungs-AG basiert auf einem Trainingskonzept, das in der Praxis entwickelt und durchgeführt wurde (Voß et al., 2019). Die Trainingsmaterialien (visuell, auditiv, interaktiv/kommunikativ) wurden auf der Grundlage der konstruktivistischen Didaktik (Reich, 2012) erstellt, fortlaufend aktualisiert und an die Bedürfnisse der Teilnehmenden angepasst. Während der Schulung durchliefen die Teilnehmenden vier aufeinander aufbauende Phasen, die darauf abzielten, sie für die eigenständige Datenerhebung mittels Peer-Befragungen zu qualifizieren (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Zeitlicher Ablauf der Schulung der Forschungs-AG

Phase 1:	Kennenlernen, Beziehungsaufbau, Gruppenfindung
	Etablierung eines gemeinsamen Wissensstandes
	Analyse der persönlichen und sprachlichen Kompetenzen der Teilnehmenden
Phase 2:	Themenfindung und spezifische Themenerörterung
	Einführung in die Erhebungsmethode "Interview"
	Entwicklung eines Interviewleitfadens
	Befähigung der Co-Forschenden zur selbständigen Durchführung von Interviews
Phase 3:	Datenerhebung durch die Co-Forschenden mittels Peer-Befragungen
Phase 4:	Datenauswertung mit qualitativer Inhaltsanalyse

Eigene Darstellung

Phase 1: Die erste Trainingsphase beinhaltet das gegenseitige Kennenlernen und die Herstellung eines gemeinsamen Wissensstandes. Abschließend werden die persönlichen (sprachlichen) Kompetenzen der Teilnehmenden anhand eines Reflexionsbogens (orientiert an Kannewischer et al., 2005) eingeschätzt, auf dessen Basis die weiteren Trainingsinhalte entwickelt werden.

Phase 2: Die zweite Phase umfasst neben der Themenfindung die thematische Behandlung der Erhebungsmethode "Interview" und deren Besonderheiten. Der Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung einer eigenen Fragestellung und des Interviewleitfadens. Zum Ende der zweiten Phase sind die Co-Forschenden für die selbständige Durchführung von Peer-Interviews ausgebildet.

Phase 3: In der dritten Phase findet die Datenerhebung der Co-Forschenden statt. Dabei interviewen die Teilnehmenden erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung.

Phase 4: Die anschließende Datenauswertung wird mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz durchgeführt. Die Erkenntnisse tragen zur Weiterentwicklung der Intervention sowie von Präventionsangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung bei.

Erkenntnisinteresse und Leitfadenentwicklung

In der zweiten Phase der Schulung identifizierten die Co-Forschenden ein für sie relevantes Thema, das sie im Rahmen der Arbeitsgruppe bearbeiten wollten und über das geforscht werden sollte. Das von den Teilnehmenden gewählte Thema lautete "Ernährung".

Die Themenfindung basierte auf der "Photo-Voice"-Methode von Wang und Burris (1997). Bei dieser Methode bekamen die Co-Forschenden Einwegkameras zur Verfügung gestellt und fotografierten nach einer Einführung in die Kamerabedienung sowie in die Regeln der Privatsphäre beim Fotografieren alles, was sie in ihrem Alltag mit Gesundheit in Verbindung brachten. Die entstandenen Fotos wurden entwickelt und in der Gruppe besprochen. Dabei berichteten die Co-Forschenden, was sie fotografiert hatten (z.B. Lebensmittel, Getränke, Sportgeräte oder Haustiere) und wo sie den gesundheitlichen Zusammenhang sahen. Danach hatten die anderen Mitglieder die Möglichkeit, ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse, die sie mit den Fotos in Verbindung brachten, mitzuteilen. Anschließend teilte die Gruppe die Fotos in Kategorien ein, für die sie Oberthemen wie "Bewegung", "Ernährung" oder "Erste Hilfe" definierte. In den folgenden Sitzungen wurden die Fotos erneut betrachtet und gemeinsam überlegt, welche der gefundenen Kategorien die Teilnehmenden besonders interessierte. Nach einem Abstimmungsprozess fiel die Wahl auf das Thema "Ernährung".

Anschließend wurde gemeinsam mit den Co-Forschenden der Fragebogen entwickelt. Hierzu wurde zunächst über gesunde Ernährung gesprochen und die Ernährungspyramide thematisiert, um sicherzustellen, dass alle Teilnehmenden über das gleiche Vorwissen verfügen. Daraufhin sammelte die Gruppe die wichtigsten Punkte in einer Mindmap, um persönliche Perspektiven und weitere Ideen hinzuzufügen. Im nächsten Schritt leiteten die Co-Forschenden aus der Mindmap und dem erworbenen Vorwissen erste Leitfragen für einen Interviewleitfaden ab. Diese Leitfragen wurden in ihrer Formulierung überarbeitet und durch weitere mögliche Fragen ergänzt. Die angepassten Leitfragen wurden dann in einem Leitfaden zusammengefasst.

Nachdem die Co-Forschenden das Thema identifiziert und einen Leitfaden entwickelt hatten, wurde der Fragebogen durch die professionell Forschenden um weitere Fragen ergänzt, um eine weitere relevante Wissenslücke abdecken zu können, da das Interesse an Ernährung und die Vermittlung von Ernährungswissen inzwischen häufig analysiert und diskutiert wurde. Es ist bekannt, dass Menschen mit geistiger Behinderung viele Ratschläge zu ihrer Gesundheit und Ernährung erhalten. Es fehlt jedoch das Wissen darüber, wie die Situationen aus Sicht der

Ratsuchenden erlebt werden und wann bzw. von wem Ratschläge gerne angenommen werden (emotionale Komponente). Dieser Aspekt wird als wichtig erachtet, in der derzeit verfügbaren Literatur jedoch kaum thematisiert. Lediglich Marten et al. (2021) beschreiben: "Es gibt Hinweise darauf, dass diese Gruppe Probleme mit der Gesundheitskompetenz hat. Darüber hinaus können Materialien zur Gesundheitsförderung unzugänglich sein" (S. 475), und "eine Gruppe von drei Menschen mit leichter oder mittlerer geistiger Behinderung, die sich von der Wahl ihres Lebensstils ausgeschlossen fühlten, war verzweifelt. Sie waren frustriert, wenn man ihnen sagte, was sie essen sollten oder dass sie eine Diät einhalten müssten". Die Akzeptanz von Ratschlägen hängt demnach nicht nur von ihrer fachlichen Relevanz ab, sondern auch von der Art und Weise, wie sie von den Empfänger*innen aufgenommen werden (Marten et al., 2021). Da eine gelungene Kommunikation und Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen, wie die Beratung zu gesunder Ernährung, auch in der Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen eine wichtige Rolle einnimmt, sind die Ergebnisse der Peer-Interviews für die weitere Umsetzung der Intervention durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen von hoher Relevanz.

Der entwickelte Fragebogen ist daher eine Koproduktion der Forschungs-AG und der akademisch Forschenden. Der Großteil des Fragebogens wurde im Sinne des partizipativen Ansatzes von der Forschungs-AG entwickelt und in Absprache mit den Teilnehmenden um weitere projektrelevante Fragen ergänzt.

2.1.5 Gesundheitsökonomische Evaluation

Die vorliegende gesundheitsökonomische Evaluation wurde begleitend zu dem Projekt „Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (FaPP-MgB)“ durchgeführt. Grundlage für die Analyse der Intervention sind Kosten- und Nutzendaten der Interventions- sowie Kontrollgruppe.

Für den Vergleich der beiden Gruppen wurden die jeweiligen Kosten- und Nutzenwerte gegenübergestellt. Sofern es möglich und sinnvoll war, erfolgte im Anschluss die Berechnung eines „Incremental Cost Effectiveness Ratio“ (ICER) (Baulig et al., 2011). Zu diesem Zweck wird die Differenz der Gesamtkosten durch die Differenz des Effektivitätsmaßes geteilt. Im Ergebnis wird das Verhältnis der „zusätzlichen Kosten pro zusätzlicher Einheit des Gesundheitseffekts“ ausgegeben (siehe nachfolgende Formel).

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}}$$

IKER = Inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation

C_{IG} = durchschnittliche Kosten der Interventionsgruppe

C_{KG} = durchschnittliche Kosten der Kontrollgruppe

E_{IG} = durchschnittliche Effekte der Interventionsgruppe

E_{KG} = durchschnittliche Effekte der Kontrollgruppe

Für die Interpretation der Ergebnisse soll an dieser Stelle auch auf die vier möglichen Fallkonstellationen eingegangen werden, die bei dem Vergleich von verschiedenen Alternativen auftreten können. Jede Konstellation entspricht einem Quadranten der Abbildung 3. Die zu analysierende Intervention kann dabei in einem dieser vier Quadranten liegen, wobei der Nullpunkt des Koordinatensystems der relevanten Alternative entspricht (in

dieser Studie die übliche Versorgung). Sollte die zu analysierende Intervention in Quadrant IV zu verorten sein, kann eine klare Empfehlung für diese ausgesprochen werden, da sie sowohl günstiger ist als auch höheren Nutzen aufweist. Im Gegensatz dazu können Interventionen, die in den II. Quadranten fallen, aufgrund höherer Kosten und geringerem Nutzen abgelehnt werden. Bei den verbleibenden Quadranten müssen weitere Überlegungen und Festlegungen in die Entscheidung mit einbezogen werden (z.B. Definition Zahlungsbereitschaft) (Drummond et al., 2015).

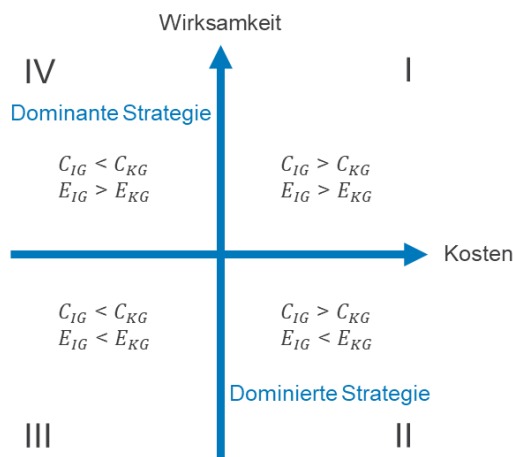


Abbildung 3: Vier Optionen der Kosteneffektivität (Eigene Darstellung)

2.2 Datenerhebung

2.2.1 Randomisiert-kontrollierte Studie

Die Datenerhebung erfolgte zu drei Zeitpunkten: zu Beginn (t0), nach sechs Monaten (t1) und nach zwölf Monaten (t2). Die Daten wurden mittels strukturierter Interviews erhoben, die am von den Teilnehmenden bevorzugten Ort (z.B. zu Hause, am Arbeitsplatz usw.) in Anwesenheit der primären Bezugsperson durchgeführt wurden. In Ausnahmefällen wurden die Daten telefonisch erhoben (z.B. wenn Teilnehmende im Urlaub waren). Die Interviewer*innen wurden in quantitativer Datenerhebung, der Durchführung standardisierter Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung und Leichter Sprache geschult. Jede Frage wurde wie in den Erhebungsinstrumenten angegeben vorgelesen. Für die Instrumente, die bei den Teilnehmenden als Selbsteinschätzung zum Einsatz kamen, wurden Erklärungen in Leichter Sprache entwickelt, um den Teilnehmenden bei Bedarf zusätzliche Unterstützung bieten zu können.

Ein Pretest der Erhebung wurde mit 15 Personen durchgeführt.

2.2.2 Querschnittserhebung

Diese standardisierte Befragung wurde bei den Studienteilnehmenden mittels eines strukturierten Interviews durchgeführt. Basierend auf Erfahrungen aus vorherigen Projekten mit der Zielgruppe und der Prozessevaluation wurde die Erhebung der Bezugspersonen als

schriftliche Online-Befragung via LimeSurvey (Limesurvey GmbH, o.J.) angeboten. Grund hierfür war, dass Bezugspersonen bei den Datenerhebungsterminen vor Ort häufig kurzfristig verhindert waren oder aufgrund hohen Workloads absagten. Die Online-Alternative ermöglichte es den Bezugspersonen, flexibel und entsprechend ihres Arbeitsalltags an der Befragung teilnehmen zu können.

2.2.3 Dokumentenanalyse

Die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen übermittelten jeweils drei Monate nach Interventionsbeginn sowie nach dem Abschluss der Intervention in pseudonymisierter Form digital sämtliche Versorgungsdokumentationen der betreffenden Kohorte an die Evaluator*innen. Die Pflegedokumentation in Form einer Excel-Tabelle wurde von den Projektpartner*innen der HAW Hamburg auf Basis der Bedarfe des Projektpartners EKA entwickelt und im weiteren Verlauf von beiden Projektpartner*innen angepasst und weiterentwickelt.

Die Vorlage umfasst die Bereiche Beziehungs- und Kontaktaufbau während des ersten Besuches der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, Assessments und Diagnostik, themenbezogene Biographie, Ressourcen und Barrieren der Teilnehmenden, den Präventionsplan mit Verlaufsdokumentation für die geplanten Evaluationen alle zwei Monate, Berichte zu jedem Termin, eine Tabelle zur Erfassung von Kurzkontakten sowie den finalen Präventionsplan.

2.2.4 Qualitative Evaluation

Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte nach der Methode des Convenience-Sampling: Aus den zu befragenden Gruppen (Studienteilnehmende, professionell unterstützende Personen, Angehörige/gesetzliche Betreuende, Leistungserbringende von Präventionsangeboten) wurden diejenigen ausgewählt, die verfügbar waren. Dabei wurde darauf geachtet, eine möglichst große Diversität in Bezug auf Geschlecht, Bezirk und Alter zu erreichen. Aus der Gruppe der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurden alle in die qualitative Interviewstudie eingebunden.

Studienteilnehmende, die sich mitten im Interventionsprozess oder kurz danach befanden und für ein qualitatives Interview befähigt schienen, wurden von Mitarbeitenden der Hochschule Bielefeld telefonisch kontaktiert und nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview befragt. Bei Zustimmung wurde über das Vorhaben der Interviewstudie aufgeklärt und eine Terminvereinbarung getroffen. Dieser Prozess wurde ebenso mit professionell unterstützenden Personen, Angehörigen/gesetzlich Betreuenden und Leistungserbringenden von Präventionsangeboten durchgeführt, wobei die Kontaktaufnahme telefonisch oder teilweise per E-Mail gehandhabt wurde. Die Interviews mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurden zu zwei Zeitpunkten durchgeführt: einmal zur Durchführung der Intervention bei der Interventionsgruppe (etwa nach dem dritten Besuch) und einmal zur nachgelagerten Durchführung bei der Kontrollgruppe. Die Termine wurden in Absprache mit der Teamleitung der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen sowie den Expertinnen selbst per E-Mail vereinbart.

Die Datenerhebung erfolgte in Form von Face-to-Face-Interviews, die vor Ort in den jeweiligen Wohn- oder Arbeitsstätten der befragten Personen durchgeführt wurden. In Ausnahmefällen wurden telefonische oder digitale Interviews durchgeführt.

Als Instrument zur Datensammlung dienten qualitative, halbstrukturierte Interviews. Diese ermöglichten es, die Perspektiven und Erfahrungen der unterschiedlichen Stakeholder-Gruppen detailliert zu erfassen, während ein strukturgebender Leitfaden dafür sorgte, dass alle relevanten Themenbereiche des Erkenntnisinteresses systematisch abgedeckt wurden.

Für alle Stakeholder-Gruppen wurden separate Interviewleitfäden entwickelt, die sich in der themenübergreifenden Grundstruktur (z.B. Beschreibung der Präventionsbesuche, bewährte Strategien und Umsetzungshindernisse) ähneln und je nach Zielgruppe ausdifferenziert wurden, um die jeweilige Perspektive erheben zu können. Die Erstellung der Leitfäden erfolgte nach gängigen Kriterien (Helfferich, 2011). Alle Leitfäden wurden in einem kognitiven Pretest auf Verständlichkeit und Eignung geprüft. Der Leitfaden für die Interviews mit Studienteilnehmenden wurde zudem gemeinsam mit einem Büro für Leichte Sprache entwickelt, in dem auch Personen aus der Zielgruppe arbeiten.

2.2.5 Partizipative Forschung

Im Zeitraum vom 31.01. bis 20.03.2024 wurden insgesamt 11 leitfadengestützte Interviews durch die Forschungs-AG und die professionell forschende Mitarbeiterin geführt. Fünf der Interviews wurden von Co-Forschenden der Forschungs-AG mit anderen Menschen mit geistiger Behinderung aus ihrer Werkstatt geführt. Die Interviewpartner*innen wurden von den Co-Forschenden eigenständig und durch persönliche Ansprache rekrutiert und am Interviewtermin über die Einzelheiten der Erhebung und des Datenschutzes informiert. Dabei wurden sie ggf. durch die professionell Forschende unterstützt bzw. ergänzt. Voraussetzung für die Teilnahme als interviewte Person waren ausreichende verbale und kognitive Fähigkeiten, um den vorliegenden Leitfaden verstehen und beantworten zu können. Diese Einschätzung wurde durch eine Fachkraft vor Ort durchgeführt.

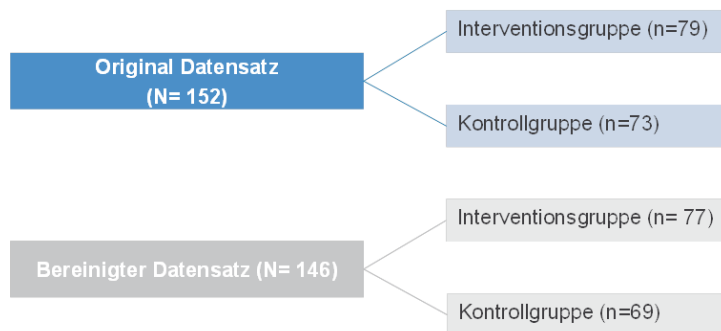
Um eine größere Datenmenge zu erzielen, wurden nach dem erfolgreichen Abschluss der Forschungs-AG sechs weitere Interviews mit Studienteilnehmer*innen der randomisiert kontrollierten Studie durchgeführt. Die Interviewpartner*innen wurden telefonisch rekrutiert und für die Befragung ausgewählt, wenn sie die Intervention durch die Pflege- und Gesundheitsexpertin erhalten hatten und zum Zeitpunkt des geplanten Interviews bereits mit der Intervention begonnen hatten. Teilnehmende der qualitativen Studie wurden ausgeschlossen, um diese nicht mit weiteren Interviewanfragen und -terminen zu belasten.

2.2.6 Gesundheitsökonomische Evaluation | Datengrundlage und -bereinigung

Im Rohdatensatz waren für den Zeitpunkt t0 79 Teilnehmende in der Interventionsgruppe und 73 Teilnehmende in der Kontrollgruppe. Dieser Rohdatensatz musste bereinigt werden wegen des Ausscheidens von Teilnehmenden aus der Untersuchung („Drop-outs“).

Nicht alle Teilnehmenden haben an der Datenerfassung zu allen Messzeitpunkten teilgenommen. Eine gewisse Anzahl von Teilnehmenden schied aus der Untersuchung aus („Drop-outs“). Zum Zeitpunkt t2 gab es in der Interventionsgruppe insgesamt 2 Ausfälle,

sodass sich die Zahl der Teilnehmenden, für die für alle Zeitpunkte Daten vorlagen, von 79 auf 77 reduzierte. In der Kontrollgruppe gab es 4 Ausfälle. Für diese Gruppe lagen damit für alle Messzeitpunkte Daten von 69 Teilnehmenden vor.



© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abbildung 4: Gegenüberstellung der Anzahl der Studienteilnehmenden vor und nach der Datenbereinigung (Eigene Darstellung)

Für die Gegenüberstellung von Nutzen- und Kostengrößen wurden nur solche Teilnehmende herangezogen, für die es beide Größen gab.

2.3 Datenauswertung

2.3.1 Randomisiert-kontrollierte Studie

Die Daten wurden von zwei Forschenden in einem Vier-Augen-Prinzip von den papierbasierten Fragebögen in eine vorab festgelegte digitale Matrix übertragen. Es wurde ein Codebook mit Variablen und Werten entwickelt, um die Datenqualität sicherzustellen. Die Daten wurden vom Projektleiter der randomisiert-kontrollierten Studie auf doppelte Einträge, fehlende und unzulässige Werte überprüft.

Für die Ergebnismaße RS-11 und WHODAS 2.0 wurden fehlende Werte mittels einfacher fallbezogener Imputation ergänzt. Beim RS-11 war die Anzahl der fehlenden Werte minimal, da nur bei fünf Teilnehmenden ein Item fehlte. Daher wurde der Mittelwert der verbleibenden Items für jeden Fall imputiert. Beim WHODAS 2.0 wurde die Richtlinie im Handbuch befolgt, da die Anzahl der fehlenden Werte stets unter zwei lag (Üstün et al., 2010). Der Mittelwert aller Items für den jeweiligen WHODAS-Bereich wurde fallweise imputiert. Personen, bei denen die Daten für die Ergebnismaße vollständig fehlten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Beim EQ-5D wurden keine Daten imputiert.

Um mögliche Baseline-Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe festzustellen, wurden Chi-Quadrat-Tests und der exakte Test nach Fisher für nominale Variablen mit Zellen unter n=10 verwendet sowie unabhängige t-Tests für metrische Variablen bei einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 0,05.

Mit jedem Outcome zum jeweiligen Zeitpunkt (t1, t2) als abhängige Variable wurden separate ANCOVAs durchgeführt, wobei der Baseline-Wert (t0) als Kovariate diente, um Gruppenunterschiede zu testen. Drei Hypothesen wurden bei einem Bonferroni-korrigierten

Signifikanzniveau von jeweils 0,025 getestet. Die alternativen Hypothesen lauteten wie folgt: Die Interventionsgruppe unterschied sich von der Kontrollgruppe in Bezug auf: 1) den Gesundheitszustand nach sechs und zwölf Monaten, 2) die Resilienz nach sechs und zwölf Monaten und 3) die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach sechs und zwölf Monaten.

Die folgenden Modellannahmen wurden für jede ANCOVA getestet: 1) Homogenität der Regressionssteigungen mit Untersuchung der Wechselwirkungen, 2) Linearität zwischen Kovariate und unabhängiger Variable mit Linearitätstest, 3) Normalverteilung der standardisierten Residuen mit Shapiro-Wilk- und Kolmogorov-Smirnov-Test sowie Überprüfung der Q-Q-Plots, 4) Homoskedastizität mit Levene-Test und 5) Ausreißer und Extremwerte mit Hebelwerten und Cook-Abstand. Die Hebelwerte wurden unter Verwendung des von Igo (2010) vorgeschlagenen Schwellenwerts analysiert, während der Cook-Abstand unter Verwendung eines Schwellenwerts von 1,0 bewertet wurde (Heiberger & Holland, 2015). Im Falle einer Nicht-Normalität wurden Bootstrap-ANCOVAs mit 1000 Stichproben und der bias-korrigierten und beschleunigten Methode durchgeführt.

Es wurde eine vergleichende Analyse zwischen den Dropouts und den verbleibenden Teilnehmenden durchgeführt, um mögliche Unterschiede in den Ergebnissen zu identifizieren. Zusätzlich wurde ein Vergleich zwischen den Dropouts in der Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt, um relevante Unterschiede festzustellen.

Da die Intervention als Advanced Practice Nursing Intervention geplant war, wurde eine Sensitivitätsanalyse mit einer ANCOVA nur für die Teilnehmenden durchgeführt, die ausschließlich von den *Pflegeexpert*innen* betreut wurden.

Die Daten werden in absoluten und relativen Häufigkeiten sowie als Mittelwert und Standardabweichung (SD) angegeben. Zusätzlich werden Unterschiede zwischen den Gruppen als kovariatenbereinigte Mittelwertdifferenzen (MD) für die ANCOVA mit den entsprechenden Konfidenzintervallen (CI) dargestellt. Für die Unterschiede zu Beginn der Studie werden 95 %-Konfidenzintervalle angegeben, für die ANCOVA 97,5 %-Konfidenzintervalle, um die Bonferroni-Korrektur auf ein Signifikanzniveau von 0,025 zu berücksichtigen. Die Größe des Effekts wird mit dem partiellen Eta-Quadrat dargestellt. Die Modelle werden mit F-Statistiken, Freiheitsgraden und dem angepassten R^2 für die Anpassungsgüte angegeben.

Die Datenanalyse wurde mit IBM SPSS Version 29.0 (IBM Corp., 2023) durchgeführt.

2.3.2 Querschnittserhebung

Die Analyse der Daten der Erhebungszeitpunkte erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Es wurden relative und absolute Häufigkeiten für die einzelnen Erhebungszeitpunkte berechnet sowie Kreuztabellen zur weiteren Exploration erstellt. Die Analyse erfolgte ebenfalls mit IBM SPSS.

2.3.3 Dokumentenanalyse

Die Analyse erfolgte deduktiv und induktiv anhand eines Kategoriensystems mit Verfahren der qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse unter Verwendung von SPSS und MAXQDA (VERBI Software, 2021). Auf der Grundlage der Struktur der nach drei Monaten übermittelten, begonnenen Dokumentationen sowie der Fragestellungen und Outputkriterien wurde ein

vorläufiges deduktives Kategoriensystem für die qualitative Auswertung in MAXQDA sowie Variablen für die quantitative Auswertung in SPSS entwickelt. Diese wurden anschließend während der Datenauswertung induktiv erweitert und angepasst. Die qualitativen Daten wurden in MAXQDA kategorisiert und damit quantifiziert. Alle Daten wurden anschließend quantitativ ausgewertet. Analysiert wurden neben den oben genannten Fragestellungen die Ausgangssituation der Teilnehmenden mit medizinischen Diagnosen, bestehendem gesundheitsförderlichen Verhalten sowie der Fragestellungen, die mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen bearbeitet werden sollten, und der entsprechenden Zielsetzungen.

2.3.4 Qualitative Evaluation

Die qualitativen Daten wurden mittels strukturierender Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet. Das Datenmaterial wurde dafür zunächst transkribiert, gesichtet und in einem interdisziplinären Team im iterativen Prozess besprochen. Daran anschließend wurde von zwei hauptverantwortlichen Wissenschaftlerinnen ein Kategoriensystem vorrangig induktiv entwickelt und entsprechende Codierungen den jeweiligen Haupt- und Subkategorien hinzugefügt. Ergänzend wurden auf Grundlage der Interviewleitfäden acht Hauptkategorien sowie eine Querschnittskategorie deduktiv abgeleitet. Somit verlief der Analyseprozess sowohl induktiv als auch deduktiv und war klar an den vordefinierten Forschungsinteressen orientiert. Alle für das Erkenntnisinteresse relevanten Inhalte wurden dadurch identifiziert und im Vier-Augen-Prinzip systematisch, regelgeleitet und intersubjektiv ausgewertet. Eine zusätzliche Qualitätssicherung erfolgte durch die punktuelle und schwerpunktmäßige Rücksprache der Codierungen im interdisziplinären Team mit diskursiver Validierung. Ein Codebook samt Definitionen und Ankerbeispielen wurde erstellt.

2.3.5 Partizipative Forschung

Die Datenauswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz in MAXQDA 2020 durch eine Mitarbeiterin der HSBI. Im Zuge dessen wurden die Interviews zunächst transkribiert und anonymisiert. Im Anschluss wurden wichtige Textstellen im Rahmen der initiierten Textarbeit markiert und Hauptkategorien deduktiv anhand des Erkenntnisinteresses und des Leitfadens erstellt. Anschließend wurde das Textmaterial gemäß den Hauptkategorien codiert. Daraufhin erfolgte die Herleitung der Subkategorien induktiv am Datenmaterial. Ein Kodierleitfaden samt Definitionen und Ankerbeispielen wurde erstellt. Zuletzt wurde das gesamte Textmaterial gesichtet und den entsprechenden Subkategorien zugeordnet. Nach Fertigstellung des Kategoriensystems wurde dieses anderen Forschenden vorgestellt und ihr Feedback zu Benennung der Kategorien, Definitionen und Zuordnungen von Textpassagen für eine Überarbeitung des Kategoriensystems genutzt, um die Qualität der Datenauswertung zu verbessern.

2.3.6 Gesundheitsökonomische Evaluation | Ermittlung der Kosten

2.3.6.1 Datengrundlagen

Für die Ermittlung der Kosten wurden zwei verschiedene Datengrundlagen verwendet:

- Sozialdaten gemäß § 75 SGB X

- Antrag beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen vom 25.9.2023 für die Lieferung von Sozialdaten durch die AOK Rheinland/Hamburg
- Antrag beim Bundesamt für Soziale Sicherung vom 25.9.2023 für die Lieferung von Sozialdaten durch die Betriebskrankenkasse Mobil
- Patient*innenquittungen gemäß § 305 Abs. 2 SGB V nach Anforderung durch die Teilnehmenden

Die Verwendung von unterschiedlichen Datenquellen ist erforderlich, weil nur von den Teilnehmenden, die bei einer der beiden beteiligten Krankenkassen versichert sind, die Sozialdaten zur Verfügung standen. Teilnehmende, die bei anderen Krankenkassen versichert waren, sollten ihre Krankenkassen um eine Patient*innenquittung bitten, die dann an die Projektverantwortlichen weitergeleitet wurden.

Die Daten beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30.3.2024.

Die erfassten personenbezogenen Daten beziehen sich auf die von den Krankenkassen finanzierten Leistungen für die Teilnehmenden vor, während und nach der Intervention.

Die Datenbasis bezieht sich sowohl bei den Sozialdaten als auch den Patient*innenquittungen ausschließlich auf Versicherte, die in das Projekt einbezogen waren. Angaben zu nicht teilnehmenden Personen wurden nicht berücksichtigt.

2.3.6.2 Methoden der Sekundärdatenanalyse

Die Sozialdaten der Krankenkassen lagen als Excel-Datei vor. Die Angaben aus den Patient*innenquittungen waren grundsätzlich nach dem gleichen Muster aufgebaut. Die Patient*innenquittungen lagen nur als PDF-Datei vor. Die relevanten Angaben wurden händisch in eine Excel-Datei überführt. Alle Sozialdaten und die Angaben der Patient*innenquittungen wurden in eine Datei überführt. Alle Daten beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis zum 30.3.2024, wobei die Daten dem 1. Quartal 2024 nicht immer den Qualitätskriterien entsprachen.

Diese Datei hatte verschiedene Reiter, die sich an der Gliederung der Sozialdaten orientierten.

- Kosten der vertragsärztlichen Behandlung

In den beiden Tabellen „AMB_Fall“ und „AMB_Pos“ waren die für die Ermittlung der vertragsärztlichen Kosten relevanten Daten enthalten.

In „Amb_Fall“ waren enthalten

- die Versicherungs-ID, die eine eindeutige Zuordnung zu einem versicherten Teilnehmenden ermöglicht,
- die AMB-Fall-ID, die für jeden Versicherten jede Inanspruchnahme nach Arztbesuch erfasst,
- AMB-Jahr und AMB-Quartal, die eine Zuordnung zu den relevanten Jahren und Abrechnungsquartalen der Ärzt*innen enthält

In „Amb_Pos“ sind enthalten:

- die von den Vertragsärzt*innen abgerechneten EBM-Gebührenordnungsziffern,
- die Versicherungs-ID und die AMB_Fall_ID

Die Angaben aus den beiden Tabellen „AMB_Fall“ und „AMB_Pos“ wurden in einer Tabelle zusammengefasst. So konnten über 23.600 Abrechnungsgebührenordnungsziffer erfasst werden. Jeder dieser Ziffern wurde die EBM-Beschreibung und das EBM-Unterkapitel und das EBM-Kapitel zugeordnet. Die im EBM enthaltenen Punktzahlen können sich von Jahr zu Jahr ändern. Jedes Jahr ändert sich zudem der Orientierungswert. Durch die Multiplikation von Punktzahl und Orientierungswert ergeben sich die mit den EBM-Gebührenordnungsziffern verbundenen Kosten. Für die beiden betrachteten Jahre 2022 und 2023 wurden daher für jede EBM-Gebührenordnungsziffer unterschiedliche Kosten ermittelt.

Bei den erfassten Gebührenordnungspositionen stellte sich heraus, dass sie nicht im EBM enthalten waren, sondern aus Sondervereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den beteiligten Krankenkassen stammen. In diesen Vereinbarungen sind Sonderpositionen enthalten, die die Vertragsärzt*innen bei einer entsprechenden Behandlung ansetzen können.

Folgende Sondervereinbarungen wurden berücksichtigt:

- Vertrag zur Hausärzt*innenzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 S. 1 SGB V zwischen dem Hausärzterverband Hamburg e. V. und der AOK Rheinland/Hamburg
 - Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung der ambulanten Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe i. d. F. des 1. Nachtrages ab 1. Oktober 2022
 - Sonderabrechnungsnummern der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
- Kosten der Arzneimittelversorgung

Die Kosten der Arzneimittelversorgung stammen aus den Sozialdaten sowie aus den händisch übertragenen Daten aus den Patient*innenquittungen. In den Sozialdaten gibt es eine Tabelle mit Namen „APO_Evo“. Hier sind die folgenden für die Ermittlung der Kosten relevante Daten enthalten:

- die Versicherungs-ID, die eine eindeutige Zuordnung zu den versicherten Teilnehmenden ermöglicht,
- APO_ATC. Die Abkürzung ATC steht für die Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Einordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln. „Mithilfe der ATC-Systematik teilt die WHO pharmazeutische Wirkstoffe in anatomische, therapeutische und chemische Gruppen ein. Die Klassifikation enthält fünf Ebenen. Auf der ersten Ebene gibt es 14 anatomische Hauptgruppen, die sich nach dem Organ, zum Beispiel Herz, oder dem System, zum Beispiel Nervensystem, richten, auf das der Wirkstoff seine Hauptwirkung entfaltet. Die zweite und dritte Ebene ist therapeutische Gruppen beziehungsweise Untergruppen; die vierte und fünfte Ebene sind hauptsächlich nach der chemischen Struktur der Wirkstoffe geordnet.“ (Zawinell & Nierpraschk von Dollen, 2021) Die ATC-Klassifikation erleichtert die Systematisierung der verordneten Medikamente und erleichtert ihre

Vergleichbarkeit. Aus diesem Grunde wird in diesem Bericht die ATC-Klassifikation verwendet.

- APO_PZN. Die Pharmazentralnummer (PZN) ist ein bundeseinheitlicher Identifikationsschlüssel u. a. für Arzneimittel. Mit der PZN ist eine direkte Identifikation des verordneten Medikamentes möglich.
- APO_EVO_Kosten stellt die Kosten der verordneten Arzneimittel dar
- APO_AB-Datum. Hier ist das Datum verzeichnet, an dem in einer Apotheke das verordnete Rezept eingelöst wurde.

Die Benennung der Medikamente war nicht immer einheitlich. In den von den Krankenkassen erhaltenen Sozialdaten waren sowohl die Pharmazentralnummer (PZN) als auch die ATC-Klassifikation enthalten. In den Patient*innenquittungen war die Bezeichnung nicht immer einheitlich. In vielen Patient*innenquittungen waren die PZN und/ oder die ATC-Klassifikation angegeben. Fehlte eine der Angaben, war eine Recherche erforderlich, um die jeweils andere Bezeichnung zu finden. Das war i.d.R. nicht sehr aufwändig. In gut einem Drittel der Patient*innenquittungen war nur der Handelsname des verordneten Arzneimittels angegeben. In diesen Fällen mussten zunächst die PZN und dann die ATC-Klassifikation aufwändig ermittelt werden. Über die beiden Internet-Seiten <https://www.gelbe-liste.de/> und <https://www.medipreis.de/> konnten fehlende Angaben recherchiert werden.

Insgesamt wurden 2.800 verordnete Positionen erfasst.

- Kosten der stationären Krankenhausversorgung

In den Sozialdaten werden die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung in der Tabelle „KH_Stat_Fall“ erfasst. Diese Tabelle enthält folgende für die Ermittlung der Kosten relevante Angaben:

- die Versicherungs-ID, die eine eindeutige Zuordnung zu den versicherten Teilnehmenden ermöglicht,
- die KH_ABR_ART, also die Art der Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder nach dem „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)“.
- KH_VON_DATUM sowie KH_BIS_DATUM, das entspricht dem Aufnahme- und dem Entlassdatum. Hieraus kann das Jahr für die stationäre Behandlung entnommen werden.
- KH_KOSTEN. Hier werden die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung ausgewiesen.

In den Patient*innenquittungen waren entsprechende Angaben enthalten, die dann händisch in eine Excel-Datei überführt wurden.

- Kosten der ambulanten Krankenhausversorgung

In den Sozialdaten werden die Kosten der ambulanten Krankenhausbehandlung in der Tabelle „KH_AMB_Fall“ erfasst. Diese Tabelle enthält folgende für die Ermittlung der Kosten relevante Angaben:

- die Versicherungs-ID, die eine eindeutige Zuordnung zu einem versicherten Teilnehmenden ermöglicht,
- AKH_Fallart: Hierbei handelt es sich um die Behandlungsart (z. B. ambulantes Operieren, Hochschulambulanzen).
- AKH_KOSTEN: Kosten der ambulanten Krankenhausversorgung
- AKH_VON_DATUM und AKH_BIS_DATUM: Hier wurde der Behandlungszeitraum erfasst.

Bei den Patient*innenquittungen lagen vergleichbare Angaben vor.

- Kosten der zahnärztlichen Versorgung

In den Sozialdaten ergeben sich die Kosten der zahnärztlichen Versorgung aus der Tabelle „ZAHN_Fall“. Diese enthält folgende relevante Daten:

- die Versicherungs-ID, die eine eindeutige Zuordnung zu den versicherten Teilnehmenden ermöglicht,
- ZAHN_BART. Damit wird die Art der zahnmedizinischen Behandlung (u.a. zahnmedizinische Behandlung, kieferorthopädische Behandlung oder Zahnersatz) beschrieben.
- ZAHN_Kosten. Der Ausweis der Behandlungskosten.
- ZAHN_VON und ZAHN_BIS. Hieraus kann das Datum für die zahnärztliche Behandlung ermittelt werden.

In den Patient*innenquittungen sind diese Daten entsprechend vorhanden.

- Sonstige Leistungen

Unter der Position „Sonstige Leistungen“ verbergen sich folgende Leistungsbereiche:

- Hilfsmittel
- Heilmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Pflege
- Fahrtkosten
- Haushaltshilfe
- Ambulante Reha
- Palliativversorgung

In den Sozialdaten werden diese Leistungsbereiche in der Tabelle „SOLE_POS“ ausgewiesen. In dieser Tabelle sind folgende für die Ermittlung der Kosten relevante Angaben enthalten:

- die Versicherungs-ID, die eine eindeutige Zuordnung zu den versicherten Teilnehmenden ermöglicht.

- die SOLE_FALL_ID, die jede Verordnung für jeden Teilnehmenden auflistet.
- SOLE_KOSTEN_Netto: Hier werden die Kosten der Verordnung aufgeführt.
- SOLE_LB: Hier finden sich die Abkürzungen für die Leistungsbereiche. Diese wurden in einer zusätzlichen Spalte mit Klartext überführt.
- SOLE_VO_Datum: das Verordnungsdatum der sonstigen Leistungen.

In den Patient*innenquittungen war die Zuordnung zu den Sonstigen Leistungen bzw. den Begrifflichkeiten z.T. leicht abweichend. Eine Zuordnung zu den Sonstigen Leistungen aus den Sozialdaten war dennoch möglich.

Die gerade erläuterten Kosten wurden jeweils für jeden Teilnehmenden einzeln als auch addiert dargestellt.

Die Kosten wurden nach folgenden Kriterien getrennt:

- Vor- und nach der Intervention. Die Kosten je Teilnehmenden wurden ermittelt für beide Zeitpunkte. Ein Vergleich zwischen den beiden Zeitpunkten erfolgte nur für Teilnehmende, für die sowohl die Kosten vor der Intervention als auch nach der Intervention vorlagen.
- Die Teilnehmenden wurden in 2 Gruppen getrennt, nämlich in die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe.
- Die beiden Gruppen wurden jeweils aus Kapazitätsgründen in 2 Kohorten unterteilt.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der Teilnehmenden aufgeführt, für die jeweils Kosten vorlagen.

Tabelle 7: Übersicht über die Anzahl der Teilnehmenden in der Interventions- und Kontrollgruppe je Kostenart

Teilnehmende je Kosten	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vorher	Nachher	Vorher	Nachher
Anzahl Teilnehmende insgesamt	73	28	66	21
Vertragsärztliche Leistungen	45	28	46	21
Medikamentenkosten	31	16	38	12
Stationäre Krankenhauskosten	7	7	14	2
Ambulante Krankenhauskosten	5	3	7	4
Zahnärztliche Kosten	29	10	27	12
Kosten Sonstige Leistungen	32	22	40	20

Eigene Darstellung

Neben einer deskriptiven Analyse wurde überprüft, ob Unterschiede – falls sie vorhanden sind – zwischen den Gruppen zufallsbedingt oder systematisch bedingt zustande gekommen sind.

Dazu wurden t-Tests auf Mittelwertunterschiede durchgeführt. Hierbei musste unterschieden werden zwischen:

- t-Tests für die beiden Interventions- und die Kontrollgruppe: da beide Gruppen unabhängig voneinander waren. Hier wurde der t-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Dieser Test wurde separat für den Messzeitpunkt t0 und den Messzeitpunkt t2 durchgeführt.
- t-Tests für die beiden Messzeitpunkte: da bei beiden Messzeitpunkten die gleichen Personen getestet wurden, handelte es sich um einen gepaarten oder verbundenen T-Test. Dieser Test wurde jeweils für die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe getrennt durchgeführt.

Vor der Durchführung des t-Tests für unabhängige Stichproben mussten 2 Voraussetzungen überprüft werden:

- Varianzhomogenität zwischen den beiden untersuchten Gruppen,
- Normalverteilung der Gruppen.

Werden die Voraussetzungen verletzt, müssen andere Tests als der t-Test durchgeführt werden.

Der t-Test liefert nur dann unverzerrte Werte, wenn Varianzhomogenität zwischen den untersuchten Gruppen vorliegt. Daher ist dem t-Test für unabhängige Stichproben der Levene-Test der Varianzgleichheit vorgeschaltet. Durch diesen Test wird die Varianzhomogenität überprüft.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass die beiden Gruppen normalverteilt waren. Für Stichprobengrößen mit $N > 50$ gilt, dass die Daten annähernd normalverteilt sind.

Zeigt der Levene-Test ein signifikantes Ergebnis für unverbundene Stichproben an, so ist die Annahme der Varianzhomogenität als Voraussetzung für einen t-Test verletzt. Anstelle eines t-Tests wurde dann ein Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Für verbundene Stichproben muss ein Wilcoxon-Test anstelle eines t-Tests durchgeführt werden.

Grundlage für die Analyse der Intervention sind Kosten- und Nutzendaten der Interventions- sowie Kontrollgruppe.

Für den Vergleich der beiden Gruppen wurden die jeweiligen Kosten- und Nutzenwerte gegenübergestellt. Sofern es möglich und sinnvoll war, erfolgte im Anschluss die Berechnung eines „Incremental Cost Effectiveness Ratio“ (ICER) (Baulig et al., 2011). Zu diesem Zweck wird die Differenz der Gesamtkosten durch die Differenz des Effektivitätsmaßes geteilt. Im Ergebnis wird das Verhältnis der „zusätzlichen Kosten pro zusätzlicher Einheit des Gesundheitseffekts“ ausgegeben (s. Kap. 2.1.5).

2.3.6.3 Kosten der ärztlichen Behandlung

Die Kosten der ärztlichen Behandlung wurden anhand von Abrechnungsziffern für die ärztlichen Leistungen gemessen. Erfasst werden konnten über 23.600 Abrechnungsziffern. Lässt man die Daten von den Dropouts außen vor, dann reduziert sich die Anzahl der erfassten Abrechnungsdaten auf 20.986.

Der Großteil der Abrechnungsziffern (94,9 %) wurden anhand der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abgerechnet. Hinzu kommen Abrechnungsziffern aus Sonderverträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (5,8 %). Nicht identifiziert werden konnten 0,3 % der erfassten Abrechnungsziffern.

Die Abrechnungsziffern des EBM wurden mit Punktzahlen bewertet, die durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses geändert werden können. Die Punktzahlen werden mit dem sogenannten Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen multipliziert, um die Vergütung der ärztlichen Leistungen anhand von Euro-Beträgen zu erhalten. Dieser Orientierungswert wird jährlich neu verhandelt. Bei den Abrechnungsziffern aus Sonderverträgen liegen i.d.R. feste vereinbarte Eurobeträge zugrunde.

Bei einigen Abrechnungsziffern hängt die konkrete Bewertung von der ärztlichen Abrechnungsmenge im Quartal ab. Das betrifft beispielsweise die Ärzt*innenbriefe nach den Gebührenordnungsziffern 01600 und 01601, die einen gemeinsamen Höchstwert für das Quartal aufweisen. Ist dieser Höchstwert erreicht, sinkt die Bewertung. Eine ähnliche Regelung besteht für die Laborgrundleistung gemäß der Gebührenordnungsziffern 32001, die sowohl arztgruppenspezifisch als auch abhängig von den verordneten bzw. erbrachten Laborleistungen des Kapitel 31.2 und 31.3 ist. Ohne eigene Bewertung sind die (Labor-) Kennnummern. Die Ermittlung der Kosten für diese ärztlichen Leistungen hätte ärztliche und quartalsbezogene Daten erfordert, die im Rahmen dieses Projektes nicht vorlagen. Aus diesem Grunde wurde zwar der Ansatz dieser Gebührenordnungsziffern vermerkt, aber ihre Bewertung wurde auf null gesetzt.

Die Kosten der ärztlichen Behandlung liegen für 74 Teilnehmende aus der Interventionsgruppe vor. Die Angaben von 22 dieser Teilnehmenden stammen von den beteiligten Krankenkassen sowie von 52 Teilnehmenden aus Patient*innenquittungen. Von der Kontrollgruppe liegen Kosten der vertragsärztlichen Versorgung von 66 Teilnehmenden vor (32 Daten von den Krankenkassen; 34 Daten aus Patient*innenquittungen).

Die ursprüngliche Zahl von 146 Teilnehmenden reduzierte sich durch Dropouts auf 140 Teilnehmende.

Tabelle 7: Anzahl Teilnehmende ohne Dropouts nach Gruppen und Zeitpunkten

Gruppe	Daten von ...Teilnehmenden	Davon: vor der Intervention	Davon: während der Intervention
Interventionsgruppe	74	73	28
Kontrollgruppe	66	66	21
Insgesamt	140	139	49

Eigene Darstellung

Im Folgenden werden die Kosten der vertragsärztlichen Behandlung jeweils getrennt dargestellt für die Interventions- und Kontrollgruppe sowie innerhalb der jeweiligen Gruppe für die Kosten vor und während der Intervention.

Die erfassten Kosten der vertragsärztlichen Versorgung sind quartalsweise erfasst. Das ist dem Umstand geschuldet, dass die Vertragsärzt*innen ihre Abrechnungen quartalsweise an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg übermitteln.

Damit sind alle vertragsärztlichen Leistungen abgedeckt, die während der Laufzeit des Projektes bei den Teilnehmenden abgerechnet wurden. In diesen Kosten der vertragsärztlichen Versorgung sind damit auch Leistungen enthalten, die nicht von der Zielsetzung des hier vorliegenden Projektes gedeckt sind. Hierzu zählen beispielsweise fachärztliche Leistungen, die therapeutischen und nicht präventiven Zwecken dienen.

Aus diesem Grunde wurden die vertragsärztlichen Kosten untersucht, die entweder direkt zur Prävention zählen oder indirekt mit präventiven Maßnahmen zusammenhängen können. Dazu gehören folgende vertragsärztliche Kosten:

- Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen
- Leistungen des hausärztlichen Bereichs,
 - darunter: Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung
 - darunter: Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung
 - darunter: Hausärztliche geriatrische Versorgung
- In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin
- Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

Gesundheits- und Früherkennungsmaßnahmen

In einem Modellprojekt zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung wurde unter anderem die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und anderen präventiven Angeboten untersucht. Zentrales Ergebnis hierbei war eine höhere Teilnahmerate bei allgemeinen Präventionsmaßnahmen auf Seiten der Proband*innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Zusätzlich bescheinigte die Studie Bewohner*innen einer betreuten Wohnform eine größere Inanspruchnahme im Verhältnis zu allein bzw. bei ihren Angehörigen lebenden Patient*innen (Geraedts et al., 2017).

Inwieweit das spezifische Fallmanagement und die spezialisierte Pflegeexpertise zu einer stärkeren Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen geführt hat, wurde anhand der erfassten Leistungen des Kapitels „1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch“ des EBM zu den beiden Zeitpunkten t0 und t2 erfasst.

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Hausarzt*innen stellen den*die ersten Ansprechpartner*in im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung dar. Gemäß § 73 Abs. 1 SGB V wird die hausärztliche Versorgung wie folgt definiert:

„Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,

- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“

Die Hausärzt*innen übernehmen damit solche Aufgaben, die im Rahmen dieses Projektes von Interesse waren. Aus diesem Grunde wurde auf die hausärztliche Versorgung ein besonderes Augenmerk gelegt.

Die hausärztliche Versorgung ist im EBM in Kapitel 3 zu finden. Sie unterteilt sich in folgende Unterkapitel:

- 3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung
- 3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung
- 3.2.3 Besondere Leistungen
- 3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung
- 3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

Die beiden Unterkapitel 3.2.3 und 3.2.5 werden im Folgenden nicht näher analysiert:

- Leistungen des Kapitels „3.2.3 Besondere Leistungen“ wurden während der gesamten Laufzeit des Projektes nur von 10 Teilnehmer*innen in Anspruch genommen. Die Kosten belaufen sich auf insgesamt 102 Euro. Für eine Analyse sind das zu wenige Datenpunkte, um daraus sinnvolle Erkenntnisse ziehen zu können.
- Das Kapitel „3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung“ wurde explizit nicht weiter analysiert, weil zu den Ausschlusskriterien des Projektes „Menschen in der Sterbephase“ gehörten.

Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung

Im Unterkapitel „3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung“ finden sich u. a. folgende Abrechnungsziffern:

- Versichertenpauschalen, die die Hausärzt*innen einmal im Quartal bei der ersten Inanspruchnahme durch Patient*innen ansetzen können. Zu dieser Pauschalen zählen u. a. folgende ärztliche Einzelleistungen:
 - Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Patient*innen in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
 - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzt*innen, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,

- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Beratung der Bezugsperson(en)
- Diverse Zuschlagsziffern, wie der Hygienezuschlag oder Zuschläge für die Terminvermittlung
- Zuschläge für die hausärztliche Vorhaltung, also für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V
- Zuschläge für die Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistent*innen.

Die Leistungen des Kapitels „3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung“ dürfen nur einmal im Quartal von den Hausarzt*innen abgerechnet werden. Es lässt sich damit erkennen, ob die Teilnehmenden während der Laufzeit mindestens einmal im Quartal bei ihrem Hausarzt waren. Aufgrund der zentralen Stellung der Hausarzt*innen für die gesundheitliche Versorgung stellte das ein Kriterium dar, um beurteilen zu können, ob der Präventionsansatz durch spezifisches Fallmanagement und spezialisierte Pflegeexpertise eine Rückwirkung auf die Teilnehmenden hatte.

Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Im Kapitel „3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung“ sind nur 4 Abrechnungsziffern enthalten. Die ersten 3 Gebührenordnungspositionen können gemäß der Präambel zu Kapitel 3.2.2 nur bei Patient*innen angesetzt werden, die die folgenden Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Als kontinuierliche ärztliche Behandlung gilt eine Behandlung dann, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Ärzt*innen-Patient*innen-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat.

Hausärztlich geriatrische Versorgung

Die beiden Leistungen im Kapitel „3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung“ dürfen nur angesetzt werden

- entweder bei Patient*innen ab dem 70. Lebensjahr mit geriatritypischer Morbidität/Pflegegrad
- oder bei Patient*innen mit dementieller Erkrankung, Alzheimer-Erkrankung oder Primärem Parkinson-Syndrom.

Abgerechnet wurden die Leistungen der Hausärztlichen geriatrischen Versorgung bei einem Teilnehmenden, der die genannte Altersgrenze überschritten hat, und bei einem Teilnehmenden, der jünger als 70 ist. Beide Teilnehmende gehören zur Interventionsgruppe. Abgerechnet wurde bei beiden jeweils im Quartal der Hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex (Gebührenordnungsposition 03362). Die durchschnittlichen Kosten je Quartal und Versicherten lagen damit vor und nach der Intervention bei 19,62 Euro.

In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

Die Labordiagnostik kann dazu beitragen, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu therapieren. Insofern stellt die Labordiagnostik ein Teilbereich präventiver Leistungen dar.

Die Laborleistungen finden sich in Kapitel 32 des EBM. Die Kosten der in Kapitel 31.1. des EBM aufgeführten Grundleistungen werden ärzt*innengruppenspezifisch bewertet und hängen letztendlich von der Höhe der veranlassten Laborkosten im Quartal ab. Da Angaben zu den Laborkosten im Quartal nicht vorlagen, wurde auf eine Bewertung der Grundleistungen des Kapitel 31.1. EBM verzichtet.

Die hier ermittelten durchschnittlichen Laborkosten setzten sich also zusammen aus den erbrachten Laborleistungen der Kapitel 31.2 „Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen“ und 31.3 „Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen“ zusammen.

Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

Unter bestimmten Voraussetzungen dürfen Ärzt*innen „Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)“ durchführen. Diese im Kapitel 35 des EBM aufgeführten Leistungen stellen unterstützende Leistungen dar, bei denen überwiegend verbale Interventionen im direkten Ärzt*innen-Patient*innen-Kontakt erfolgen. Die näheren Regelungen zu den Voraussetzungen sowie zu den Behandlungsformen finden sich zum einen in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)“ und zum anderen in der „Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)“, die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossen wurde.

2.3.6.4 Medikamente

Für die Vermeidung bzw. Verringerung von gesundheitlichen Problemen und Risiken spielen Medikamente eine wichtige Rolle. Ihre Erfassung nach Anzahl und Art sowie die damit verbundenen Kosten stellen den Schwerpunkt dieses Kapitels dar.

Vorab soll in diesem Zusammenhang auf allgemeine Limitationen hingewiesen werden. Nicht berücksichtigt wurden bei der Bewertung der Kosten beispielsweise krankenkassen-individuelle Rabattverträge. Weiterhin einschränkend wirkt, dass keine Differenzierung zwischen Dauer- und Akutmedikation vorgenommen wurde. Im Ergebnis wurde jedes Medikament grundsätzlich als Dauermedikation angenommen und die Kosten für ein Quartal berechnet.

Bei allen Teilnehmenden der Studie wurden die verordneten und abgegebenen Medikamente zu den Messzeitpunkten t0 und t2 erfasst.

Insgesamt wurden 2.800 verordnete Positionen erfasst. Diese Positionen teilen sich auf in:

- 2.539 verordnete Medikamente und Hilfsmittel in insgesamt 64 verschiedenen therapeutischen Hauptgruppen gemäß ATC-Klassifikation
- 178 Positionen für Beförderungspauschalen oder Lieferengpasspauschalen
- 53 Positionen für Kompressen, Binden oder Tamponaden
- 20 Positionen für Rezepturen, die in der Apotheke angefertigt wurden
- 2 Positionen im Zusammenhang mit Impfungen
- 8 Positionen, für die keine Zuordnung möglich war.

2.3.6.5 Krankenhaus

Die Kosten für die Krankenhäuser unterscheiden sich zwischen Kosten für die stationäre somatische Behandlung und den Kosten für die stationäre psychiatrische/ psychosomatische Behandlung.

Die grundsätzlichen Regelungen für die stationäre somatische Behandlung sind im „Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)“ enthalten. Demnach richten sich die Kosten dem Grund nach den angesteuerten Fallpauschalen (DRG). Daneben gibt es aber auch noch Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge, die Vergütung für die Vorhaltung und das Pflegebudget. Bei den hier ermittelten Kosten für eine somatische Behandlung wurde allerdings diese Unterscheidung nicht getroffen. Stattdessen wurden die Behandlungskosten insgesamt ermittelt.

Für die stationäre psychiatrische/ psychosomatische Behandlung ist das „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)“ relevant. Für die Vergütung ist das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) relevant. Auch hier wurden nicht die Details erfasst, sondern die gesamten Behandlungskosten je Fall.

2.3.6.6 Kosten der zahnärztlichen Behandlung

Für die Erfassung der Kosten der zahnärztlichen Behandlung stehen die Sozialdaten und die Patient*innenquittungen zur Verfügung. Aus den 189 verschiedenen Angaben ergeben sich direkt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung je Behandlungsart und je Behandlungszeit.

2.3.6.7 Sonstige Leistungen

Unter der Position „Sonstige Leistungen“ verbergen sich folgende Leistungsbereiche:

- Hilfsmittel
- Heilmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Pflege
- Fahrtkosten
- Haushaltshilfe
- Ambulante Reha
- Palliativversorgung

Die Leistungsbereiche „Fahrtkosten“, „Haushaltshilfe“ und „ambulante Reha“ kamen nur selten und mit wenigen Kosten in den Daten vor, so dass sie nicht weiter betrachtet wurden.

Der Leistungsbereich „Palliativversorgung“ wurde von vornherein durch die Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmenden ausgeschlossen.

Unter den Leistungsbereich „Pflege“ sind alle Leistungen der Pflegeversicherung subsumiert, wie z.B. Pflegegeld, stationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege. Ziel des Projektes war u.a. die Vermeidung bzw. Verringerung der Pflegeabhängigkeit. Im Folgenden wird dieser Leistungsbereich nicht weiter analysiert. Dafür gibt es zwei Gründe: Der erste Grund ist, dass etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden während des Interventionszeitraums schon Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten haben. Die verbleibende Anzahl der Teilnehmenden ohne diese Leistungen war nicht ausreichend für weiterführende Untersuchungen. Als zweiter Grund kommt ein inhaltlicher Aspekt dazu. Die Gründe für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung können vielfältig sein und sich während einer größeren Zeitspanne entwickelt haben. Im Rahmen dieses Projektes konnte von vornherein nicht identifiziert werden, welche Gründe für die Inanspruchnahme oder für die fehlende Inanspruchnahme verantwortlich hätten sein können. Ergebnisse, die hier herausgefunden werden könnten, könnten nur schwerlich auf die Intervention zurückgeführt werden können.

Die jeweiligen Kosten konnten den von den Krankenkassen übermittelten Sozialdaten bzw. den Patient*innenquittungen entnommen werden.

2.3.6.8 Kosten aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit

Gemäß § 46 SGB V entsteht ein Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit durch einen*eine Vertragsärzt*in. Der Anspruch erlischt am ersten Tag, in dem Arbeitnehmende wieder ihre Beschäftigung aufnehmen.

Das Krankengeld wird vom Arbeitgeber bis zum 42. Tag einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung durch den Arbeitgeber gezahlt. Erst ab dem 43. Tag einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld von den Krankenkassen gezahlt. Im „Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)“ ist das Nähere dazu geregelt.

Die Höhe des Krankengeldes bis zum 42. Tag ist direkt abhängig vom regelmäßigen Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. Im Rahmen dieses Projektes waren die Arbeitsentgelte der Teilnehmenden nicht bekannt, so dass eine Ermittlung des angefallenen Krankengeldes während des Beobachtungszeitraumes nicht möglich war. Das gleiche trifft auch für die Tage mit Arbeitsunfähigkeit zu. Zwar stellt der*die Vertragsärzt*in eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für eine bestimmte Frist aus, aber die versicherte Person ist nicht verpflichtet, bis zum Ende dieser Frist die Beschäftigung nicht aufzunehmen.

Angaben über die Höhe des Krankengelds für eine Arbeitsunfähigkeit, die über den 42. Tag hinausgeht, liegen nur für 5 Teilnehmende vor.

Aus diesem Grunde beschränkt sich dieses Kapitel nur auf deskriptive Daten zu den Fällen mit Arbeitsunfähigkeit, ohne die Kosten des Krankengeldes anzugeben.

Zunächst untenstehend zum Anteil der Teilnehmenden mit einer Arbeitsunfähigkeit.

Tabelle 8: Anteil der Teilnehmenden mit einer Arbeitsunfähigkeit

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Anteil Teilnehmende mit einer Arbeitsunfähigkeit	22,4 %	28,6 %	46,8 %	31,8 %

Eigene Darstellung

In der nachfolgenden Tabelle ist die durchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeiten je Teilnehmendem mit einer Arbeitsunfähigkeit während des Beobachtungszeitraums wiedergegeben.

Tabelle 9: Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen je Teilnehmendem mit Arbeitsunfähigkeit

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Anteil Arbeitsunfähigkeiten je Teilnehmendem mit Arbeitsunfähigkeit	3,0	5,9	3,7	4,4

Eigene Darstellung

2.3.6.9 Interventionskosten

Die Intervention zeichnet aus, dass prozessbegleitend bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung von geschulten Pflege- und Gesundheitsexpert*innen gesundheitliche Risiken identifiziert und gemildert werden sollten. Diese u. a. pflegfachlichen Expert*innen vernetzten die Angebote präventiver gesundheitlicher Versorgung miteinander und koordinierten kooperativ die Leistungserbringung sowie deren Akteur*innen. Eine weitere Aufgabe bestand darin, im Fallmanagement eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Empowerments der Teilnehmenden zu erzielen.

Die Versorgungsleistungen der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen umfassten:

- eine Sozialraumanalyse, die eine fundierte Datengrundlage für Empfehlungen zu verhaltens- und verhältnispräventiven Optionen geben sollte,
- die Steuerung des Versorgungsprozesses und Vernetzung von Versorgungsstrukturen,
- ein Assessment und die Diagnostik der gesundheitlichen Situation und individuellen Bedarfe der Teilnehmenden. Hierzu wurden jeweils 2 Präventionsbesuche durchgeführt,
- ein auf der Grundlage der vorherigen Präventionsbesuche entwickelter Präventionsplan, der präventive Maßnahmen zur Risikominimierung, Verhinderung bzw. Früherkennung von Erkrankungen enthielt,
- eine Umsetzung und Begleitung der in dem Präventionsplan enthaltenen Präventionsmaßnahmen,

- sowie eine Durchführung der Beratung und Anleitung in Form von Individual- und Gruppenberatungen zur Prävention
- und die Erstellung von Handlungsempfehlungen für jeden Teilnehmenden.

In die Wirksamkeitsstudie wurden insgesamt in Interventions- und die Kontrollgruppe 214 Menschen mit geistiger Behinderung integriert, von denen ca. 30 Menschen aufgrund des Zeitaufwands pro Pflege- und Gesundheitsexpertin betreut werden konnten.

Die Interventionskosten wurden für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30.3. 2024 erfasst. Hierbei wurden die Interventionskosten sowohl der Interventionsgruppe als auch der Kontrollgruppe berücksichtigt.

Die Interventionskosten bestanden aus den Personalkosten der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. Die Kostensätze für diese Expertinnen können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

*Tabelle 10: Qualifikation der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen*

Qualifizierung	VK-Anteil	Laufzeit	Gehaltsstufe
Hochschulisch qualifizierte Pflege- und Gesundheitsexpert*in Pflege- und Gesundheitsexpert*in	100 %	36 Monate	E12 (Mittelwert)
hochschulisch Pflege- und Gesundheitsexpert*in Pflege- und Gesundheitsexpert*in	50 %	36 Monate	E12 (Mittelwert)

Eigene Darstellung

Die Laufzeit der verursachten Kosten, die sich aufgrund der Sozialdaten bzw. der Patient*innenquittungen ergibt, und die Laufzeit der Interventionskosten ist unterschiedlich.

Die Intervention lief bis Ende 2023. Die Kosten für ärztliche Behandlung werden quartalsweise abgerechnet. Zwischen der Abrechnung der Kosten bei der Kassenärztlichen Vereinigung und der Zurverfügungstellung dieser Daten bei den Krankenkassen vergehen weitere 3 bis 4 Monate. Zwischen der Entstehung der Kosten für die Krankenkassen und deren statistischer Erfassung sowie zur Verfügungstellung liegt ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten. Für die Zurverfügungstellung von Patient*innenquittungen ist ein ähnlicher Zeitraum anzusetzen.

Die Zurverfügungstellung der relevanten Daten hätte die Laufzeit des Projektes überschritten.

Die Interventionskosten wurden dennoch vollständig erfasst, also auch für das Jahr 2024. Zu diesem Zeitpunkt lief die Intervention für die Kontrollgruppe noch. Eine Nichtberücksichtigung dieser Kosten hätte die Gesamtkosten der Intervention zu niedrig ausgewiesen.

Da das Projekt sowohl eine Intervention bei der Interventionsgruppe als auch bei der Kontrollgruppe vorsah, war von vornherein absehbar, dass die Interventionskosten je Teilnehmer*in gleich hoch sind. Einen Unterschied zwischen beiden Gruppen konnte es nur

im Hinblick auf die Anzahl der Teilnehmenden, nicht aber im Hinblick auf die Höhe je Teilnehmer*in geben. Für die gesundheitsökonomische Evaluation, die ja die Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe betrachten sollte, waren die Interventionskosten damit keine relevante Position, die näher untersucht werden musste.

2.3.6.10 Ermittlung der Effekte

Ein maßgeblicher Bestandteil gesundheitsökonomischer Evaluationen ist die Gegenüberstellung der Kosten zu einem Nutzen. Dieser wurde im Rahmen der Studie anhand von 3 Messinstrumenten erfasst. Dabei kamen sowohl Selbsterhebungen (Self-Rating) als auch Erhebungen durch Dritte (Proxy Rating) zum Einsatz.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Messinstrumente:

- RS Score zur Messung der Resilienz. Es wurde die Kurzform RS-11 verwendet. Der RS Score wurde über eine Selbstauskunft ermittelt. Der RS Score kann Werte zwischen 7 und 77 annehmen, wobei höhere Werte eine höhere Resilienz anzeigen.
- Der EQ-5D beschreibt die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Erwachsenen. In diesem Projekt wurde die EQ-5D VAS verwendet. Hierbei handelt es sich um eine visuelle Analogskala (VAS) im Standardlayout einer vertikalen 20 cm-Skala mit einem Wertebereich von 0 bis 100. Höhere Werte indizieren hier eine höhere Lebensqualität. Die EQ-5D VAS wurde sowohl über eine Selbstauskunft als auch über eine Erhebung durch Dritte (Proxy Rating) ermittelt.
- Der WHODAS-Score misst über verschiedene Dimensionen den allgemeinen Gesundheitszustand. Die Erhebung erfolgte durch Dritte (Proxy Rating). Der Wertebereich reicht von 0 bis 100, wobei hier höhere Werte einen geringeren Gesundheitszustand bzw. höhere Behinderung anzeigen.

Da nicht alle Teilnehmenden an der Datenerfassung zu beiden Messzeitpunkten teilgenommen haben, wurde in den Auswertungen darauf geachtet, dass nur diejenigen Teilnehmenden in die Analysen eingeschlossen wurden, bei denen pro Variable zu t0 und zu t2 Werte vorlagen.

Um die Gegenüberstellung der Kosten zu einem Nutzen zu ermöglichen, wurden darüber hinaus nur solche Teilnehmenden berücksichtigt, zu denen Kostendaten vorliegen.

Tabelle 11: Anzahl der Teilnehmenden, die zu beiden Zeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben und für die Kostendaten vorliegen

Anzahl Teilnehmende, die in die Berechnungen eingehen	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
RS Score – Self	71	71	66	66
EQ-5D VAS - Self	69	69	65	65
EQ-5D VAS - Proxy	64	64	65	65
WHODAS Score - Proxy	65	65	66	66

Eigene Darstellung

Durch die Bereinigung kann sichergestellt werden, dass in beiden Gruppen zu beiden Zeitpunkten t0 und t2 die gleiche Anzahl von Teilnehmenden enthalten ist.

3 Ergebnisse der Evaluation

3.1 Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie

3.1.1 Stichprobe

251 Teilnehmende konnten für die Intervention rekrutiert werden, von denen 214 Menschen mit geistiger Behinderung in die RCT eingeschlossen wurden. Die rekrutierten Teilnehmenden sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe wurden aus Kapazitätsgründen in zwei Kohorten aufgeteilt, um die Anzahl der Präventionsbesuche und der Datenerhebungen organisatorisch bewältigen zu können. Die erste Kohorte startete im Oktober 2022 in die Studie, die zweite Kohorte um drei Monate zeitversetzt im Januar 2023. Die Zuordnung zu den Kohorten ergab sich aus dem Rekrutierungsprozess. Teilnehmende, von denen bis zum 30.09.2022 die vollständigen Einwilligungserklärungen vorlagen, wurden zur Kohorte 1, Teilnehmende mit einem späteren Rekrutierungszeitpunkt zu Kohorte 2 zugeordnet. Intervention und Abläufe waren für beide Kohorten identisch. Eine weitere Darstellung des Teilnehmendenflusses ist im CONSORT-Flussdiagramm zu sehen (Abbildung 5).

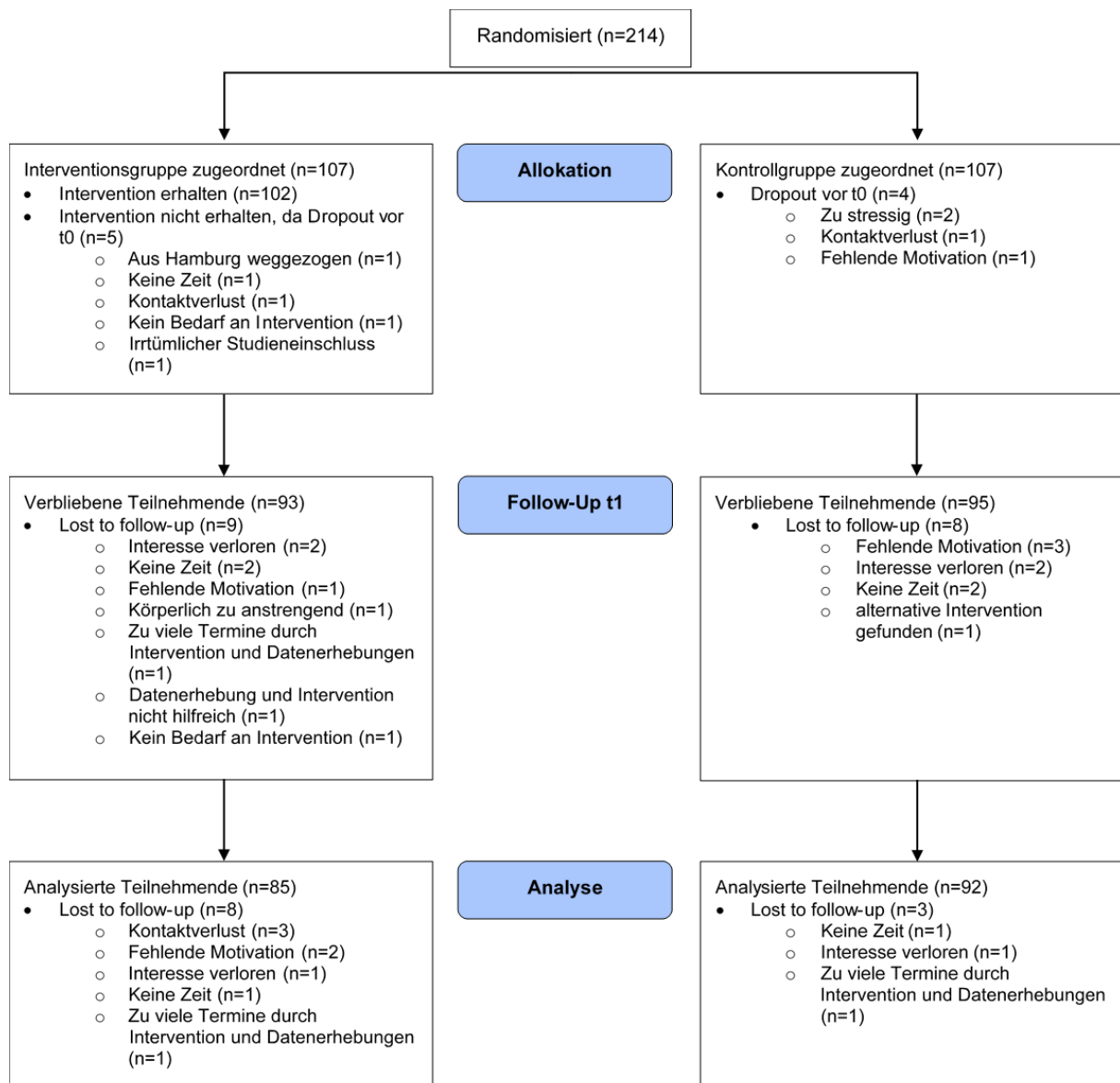


Abbildung 5: CONSORT Flussdiagramm (Eigene Darstellung)

Die kumulative Abbruchquote betrug 4,21 % bei t0, 12,2 % bei t1 und 17,3 % bei t2. Die Gründe für den Studienabbruch waren folgende: Verlust der Motivation (n = 7), keine Zeit mehr für die Teilnahme (n = 7), Verlust des Interesses (n = 6), Kontaktabbruch (n = 5), zu viele Termine für die Intervention und Datenerhebung (n = 3), kein weiterer Bedarf an Intervention (n = 2), zu stressig (n = 2), alternative Intervention (n = 1), Wegzug aus Hamburg (n = 1), Intervention und Datenerhebung sind nicht hilfreich (n = 1), Intervention körperlich zu anstrengend (n = 1) und falscher Studieneinschluss (n = 1). Die Person, die fälschlicherweise in die Studie aufgenommen wurde, hatte einen Pflegebedarf von mehr als drei und wurde während der Datenerhebung zu t0 aus der Studie ausgeschlossen.

Darüber hinaus beantworteten zehn Bezugspersonen das WHODAS-Assessment zu t2 nicht, sodass 167 Fälle für das primäre Outcome zu t2 analysiert werden konnten.

Die Baseline-Charakteristika der Gruppen waren ähnlich (Tabelle 12).

Tabelle 12: Baseline-Daten

Variable		Interventions- gruppe (n=102)	Kontroll- gruppe (n=103)	Total (n=205)	p-Wert (Gruppen- unterschiede)
Alter in Jahren, Mittelwert $\pm$ SD*		40.27 $\pm$ 12.0	42.34 $\pm$ 12.6	41.31 $\pm$ 12.3	0.231**
Geschlecht, weiblich n (%)		56 (54.9)	53 (51.5)	109 (53.2)	0.621***
Wohnsituation, n (%)	Allein	33 (32.4)	28 (27.5)	61 (29.9)	0.854****
	In der Familie	6 (5.9)	7 (6.9)	13 (6.4)	
	Ambulante Wohngruppe	39 (38.2)	44 (43.1)	83 (40.7)	
	Stationär	24 (23.5)	23 (22.5)	47 (23.0)	
Unterstützung im Alltag, n (%) (Mehrfachantwort)	keine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.945***
	Durch Familie/ Freunde/ Nachbar*innen	62 (60.8)	59 (57.8)	121 (59.6)	
	Durch professionelle Dienste	92 (90.2)	96 (94.1)	188 (92.6)	
Stadtbezirk in Hamburg, n (%)	Altona	8 (7.8)	5 (4.9)	13 (6.3)	0.525****
	Bergedorf	17 (16.7)	10 (9.7)	27 (13.2)	
	Eimsbüttel	8 (7.8)	8 (7.8)	16 (7.8)	
	Harburg	5 (4.9)	9 (8.7)	14 (6.8)	
	Mitte	14 (13.7)	20 (19.4)	34 (16.6)	
	Nord	19 (18.6)	23 (22.3)	42 (20.5)	
	Wandsbek	31 (30.4)	28 (27.2)	59 (28.8)	
WHODAS Domäne Kognition (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		35.74 $\pm$ 18.8	36.12 $\pm$ 18.0	35.93 $\pm$ 18.3	0.882**
WHODAS Domäne Mobilität (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		22.67 $\pm$ 25.6	26.4 $\pm$ 28.2	24.54 $\pm$ 26.9	0.323**
WHODAS Domäne Selbstversorgung (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		19.61 $\pm$ 20.8	19.81 $\pm$ 23.9	19.71 $\pm$ 22.3	0.950**
WHODAS Domäne soziale Kontakte (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		37.50 $\pm$ 27.3	40.37 $\pm$ 25.0	38.94 $\pm$ 26.1	0.433**
WHODAS Domäne Alltagstätigkeiten (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		54.12 $\pm$ 28.4	48.74 $\pm$ 30.3	51.41 $\pm$ 29.4	0.191**
WHODAS Domäne Teilhabe (0-100, höher=stärkere Einschränkung),		43.22 $\pm$ 18.2	39.64 $\pm$ 16.4	41.42 $\pm$ 17,4	0.141**

Mittelwert±SD				
Outcomes				
Gesundheitsstatus (WHODAS, 0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert±SD	35.89±14.5	35.50±14.9	35.70±14.7	0.231**
Resilienz (RS-11, 11-77, höher=größere Resilienz), Mittelwert±SD	53.41±9.5	54.85±9.5	54.13±9.5	0.621**
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Selbsteinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), Mittelwert±SD	66.69±19.7	66.67±22.9	66.68±21.3	0.850**
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Fremdeinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), Mittelwert±SD	67.13±17.4	61.07±14.9	64.08±18.2	0.017**

Eigene Darstellung

*SD=Standardabweichung, Signifikanztest erfolgt mit **unabhängigem t-Test, ***Chi²-Test und ****Fishers exaktem Test.

In Bezug auf die Outcomes konnte ein statistisch signifikanter Unterschied in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Fremdeinschätzung mit einem Mittelwert (MD) von +6,05 zugunsten der Interventionsgruppe (p = 0,017) festgestellt werden. Die Teilnehmenden wiesen in allen Bereichen des WHODAS ein höheres Maß an Behinderung auf, wobei die größten Probleme in den Bereichen Lebensaktivitäten, Teilhabe und Umgang mit anderen Menschen auftraten.

3.1.2 ANCOVA

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 13 aufgeführt.

Tabelle 13: Outcome-Daten t1 und t2

Variable	Interventionsgruppe (Mittelwert ±SD*)	Kontrollgruppe (Mittelwert ±SD*)	MD** (adjustiert für Kovariate)	97,5 % CI*** für adjustierte MD	p- Wert****	Partielles Eta- Quadrat
T1						
Gesundheitsstatus (WHODAS, 0-100, höher=stärkere Einschränkung), IG: n=92/KG: n=93	36.00±15.9	37.03±15.5	-1.06	-3.51 to 5.62	0.602	0.002
Resilienz (RS-11, 11- 77, höher=größere Resilienz), IG: n=92/KG: n=93	53.88±9.4	54.29±9.7	+0.51	-3.11 to 2.10	0.660	0.001

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Selbsteinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=92/KG: n=93	69.90±22.7	69.09±23.6	+0.72	-5.88 to 7.32	0.805	0.000
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Fremdeinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=92/KG: n=93	66.52±19.7	64.34±19.8	-0.91	-6.63 to 4.80	0.718	0.001
T2						
Gesundheitsstatus (WHODAS, 0-100, höher=stärkere Einschränkung), IG: n=77/KG: n=90	32.30±13.1	36.88±15.2	-4.38	-8.13 to -0.62	0.009	0.041
Resilienz (RS-11, 11-77, höher=größere Resilienz), IG: n=83/KG: n=91	55.18±10.5	53.21±11.1	+2.70	-5.78 to 0.39	0.050	0.022
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Selbsteinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=83/KG: n=91	67.17±23.9	68.14±25.4	-1.19	-8.71 to 6.33	0.720	0.001
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Fremdeinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=77/KG: n=90	65.81±19.5	61.89±20.8	+0.78	-5.17 to 6.73	0.766	0.001

Eigene Darstellung

*SD=Standardabweichung, **Mittelwertsdifferenz (MD) adjustiert für Kovariate (Baseline-Wert der Variable (t0)), ***CI=Konfidenzintervall, ****p-Wert der ANCOVA für den Gruppeneffekt.

Alle Ergebnisse werden als kovariatenbereinigte MDs mit der Interventionsgruppe als Referenz angegeben. Höhere Werte beim Gesundheitszustand weisen auf einen schlechteren Gesundheitszustand hin, während höhere Werte bei den Instrumenten zur Messung der Resilienz und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf eine bessere Resilienz und Lebensqualität hindeuten.

In Bezug auf das primäre Outcome, den Gesundheitszustand bei t2, wurde ein Gruppeneffekt mit einer MD von -4,38 festgestellt ($F(1,164) = 0,272$, $p = 0,009$, CI= -8,13 bis -0,62, adjustiertes $R^2 = 0,449$). Die Effektstärke lag bei $\eta^2 = 0,041$, was einer kleinen bis mittleren Effektstärke entspricht.

In Bezug auf die sekundären Outcomes konnten keine Gruppeneffekte festgestellt werden.

Die Ergebnisse der ANCOVAs lauten wie folgt: Der Gesundheitszustand bei t1 erreichte eine MD von -1,06 ($F(1,181) = 0,272$, $p = 0,602$, CI= -3,51 bis 5,62, adjustiertes $R^2 = 0,234$).

Der Resilienz-Score bei t1 zeigte eine MD von +0,51 ($F(1,181) = 0,184$, $p = 0,660$, KI: -3,11 bis 2,10, angepasstes $R^2 = 0,339$) und eine MD von +2,70 bei t2 ($F(1,170) = 3,904$, $p = 0,050$, KI= -5,78 bis 0,39, angepasstes $R^2 = 0,318$).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Selbsteinschätzung) stieg bei t1 zugunsten der Interventionsgruppe um eine MD von +0,72 ($F(1,182) = 0,061$, $p = 0,805$, CI= -5,88 bis 7,32, adjustiertes $R^2 = 0,260$) und um eine MD von -1,19 ($F(1,181) = 0,129$, $p = 0,720$, CI= -8,71 bis 6,33, adjustiertes $R^2 = 0,720$) bei t2 zugunsten der Kontrollgruppe.

Die Fremdeinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergab eine MD bei t1 von -0,91 ($F(1,179) = 0,131$, $p = 0,718$, CI= -6,63 bis 4,80, angepasstes $R^2 = 0,270$) zugunsten der Kontrollgruppe und eine MD von +0,78 ($F(1,163) = 0,089$, $p = 0,766$, CI= -5,17 bis 6,73, adjustiertes $R^2 = 0,263$) zugunsten der Interventionsgruppe bei t2.

3.1.3 Modellannahmen der ANCOVA

Die Modellannahmen wurden für alle ANCOVAs getestet. Die Homogenität der Regressionssteigungen wurde in Bezug auf die abhängige Variable nicht verletzt, da die Wechselwirkungen statistisch nicht signifikant waren ($p > 0,05$). Die Linearität der Kovariate und der unabhängigen Variable wurde mit Linearitätstests analysiert. Alle Tests ergaben statistisch insignifikante Ergebnisse ($p > 0,05$). Die Annahme der Homoskedastizität wurde mit dem Levene-Test geprüft und festgestellt, dass die Gleichheit der Varianzen für alle ANCOVAs erfüllt war ($p > 0,05$).

Das Vorhandensein von Ausreißern wurde durch die Anwendung von Cook-Abstand und Hebelwerten bewertet. Kein Wert für den Cook-Abstand überschritt den kritischen Wert von 1. Bei den Hebelwerten gab es nur wenige relevante Ausreißer für jedes Outcome. Dennoch wurden ANCOVAs unter Ausschluss der Ausreißer durchgeführt; die Richtung der Effekte blieb dabei stabil.

Die standardisierten Residuen wurden für alle Ergebnisse mit dem Shapiro-Wilk- sowie dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung analysiert. Die Annahme der Normalität wurde beim WHODAS zu t2 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,046$, Shapiro-Wilk: $p = 0,04$), EQ5D-Selbsteinschätzung bei t2 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,093$, Shapiro-Wilk: $p < 0,001$) und EQ5D-Proxy bei t1 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,014$, Shapiro-Wilk: $p < 0,001$) und t2 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,093$, Shapiro-Wilk: $p < 0,001$) nicht erfüllt. Q-Q-Plots zeigten ebenfalls Anzeichen für Nicht-Normalität. Daher wurden für diese Ergebnisse Bootstrap-ANCOVAs durchgeführt, aber die Ergebnisse blieben belastbar.

3.1.4 Drop-out-Analyse

Für die Drop-out-Analyse wurden die Daten der Personen, die aus der Studie ausgestiegen sind und für die Daten verfügbar waren ($n = 28$), analysiert. Die Aussteiger*innen waren im Mittel jüngeren Alters ($36,07 \pm 11,2$ Jahre). Sie waren überwiegend männlich ($n = 16$, 57,1 %) und 50,0 % ($n = 14$) lebten in einer ambulanten Einrichtung.

Ein Vergleich der Studienabbrecher*innen mit den verbleibenden Teilnehmenden hinsichtlich der Outcome-Daten ergab, dass die Studienabbrecher*innen zu allen Zeitpunkten höhere Werte auf dem EQ5D, niedrigere Werte auf dem RS-11 und höhere Werte auf dem WHODAS aufwiesen. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Tabelle 14: Unterschiede in den Outcomes zwischen Dropouts und verbliebenen Studienteilnehmenden

Outcome	Dropout	N	Mittelwert $\pm$ SD	95 % CI für Mittelwertsunterschiede
EQ5D VAS (Selbstauskunft) T1	Nein	175	69.29 $\pm$ 23.2	-16.69 bis 11.63
	Ja	11	71.82 $\pm$ 21.5	
EQ5D VAS (Selbstauskunft) T0	Nein	176	66.16 $\pm$ 21.3	-12.32 bis 4.79
	Ja	28	69.93 $\pm$ 21.6	
EQ5D VAS (Proxy) T1	Nein	171	65.65 $\pm$ 19.3	-8.30 bis 15.69
	Ja	11	61.82 $\pm$ 26.3	
EQ5D VAS (Proxy) T0	Nein	177	64.60 $\pm$ 17.7	-3.47 bis 11.10
	Ja	28	60.79 $\pm$ 20.7	
RS-11 Score T1	Nein	174	54.38 $\pm$ 9.3	-0.86 bis 10.71
	Ja	11	49.46 $\pm$ 11.9	
RS-11 Score T0	Nein	175	54.48 $\pm$ 9.2	-1.31 bis 6.34
	Ja	28	51.96 $\pm$ 11.5	
WHO-DAS Score T1	Nein	173	36.42 $\pm$ 15.1	-11.36 bis 7.91
	Ja	11	38.14 $\pm$ 24.3	
WHO-DAS Score T0	Nein	177	35.51 $\pm$ 14.6	-7.23 bis 4.58
	Ja	28	36.84 $\pm$ 15.5	

*SD=Standardabweichung, 95 % CI= Konfidenzintervall

Beim Vergleich der Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe brachen in der Interventionsgruppe Teilnehmende ab, die zu t0 und t1 höhere Werte auf der WHODAS-Skala aufwiesen. Die MD der Werte betrug +9,57 ($n=28$; 95 % KI = -20,55 bis 1,40) bei t0 und +4,62 ($n=11$; 95 % KI = -43,72 bis 34,48) bei t1. Darüber hinaus wiesen sie niedrigere Werte auf der RS-11 bei t0 von +3,05 ($n=28$; 95 % KI = -6,15 bis 12,25) und bei t1 von -0,63 ($n=11$; 95 % KI = -

19,88 bis 18,63) auf. Zudem zeigte die EQ5D-Selbsteinschätzung zu beiden Zeitpunkten niedrigere Werte auf, mit einer MD bei t0 von -0,63 (n=28; 95 % KI = -18,16 bis 16,90) und -11,67 (n=11; 95 % KI = -45,21 bis 21,87) bei t1. Der gleiche Trend konnte bei der EQ5D-Fremdeinschätzung bei t0 -15,52 (n=28; 95 % KI = -31,12 bis 0,09) und -7,08 (t1) (n=11; 95 % KI = -49,19 bis 35,03) festgestellt werden.

Um die potenziellen Auswirkungen der Studienabbrecher*innen zu berücksichtigen, wurden die fehlenden Outcome-Daten der Studienabbrecher*innen für alle Outcomes anhand der Werte des letzten vorhandenen Erhebungszeitpunkts imputiert und die ANCOVA für alle Ergebnisse wiederholt. Die Ergebnisse blieben robust. Die Wirkung der Intervention auf den WHODAS bei t2 blieb statistisch signifikant, obwohl die Größenordnung geringer ausfiel. Die kovariatenbereinigte mittlere Differenz betrug -3,79 zugunsten der Interventionsgruppe bei n=205: (F(1,202)= 6,01, p= 0,015, 97,5 % KI= -7,29 bis -0,30, bereinigtes R²= 0,481, η^2 = 0,030). Alle anderen Outcomes blieben statistisch nicht signifikant.

Es wurde eine Post-hoc-Poweranalyse mit G*power durchgeführt und festgestellt, dass die Studie eine Power von 0,76 hatte, um den beabsichtigten Unterschied von f = 0,23 im primären Outcome zu finden.

3.1.5 Sensitivitätsanalyse

Da ursprünglich eine ausschließlich pflegegeleitete Intervention beabsichtigt war, wurden entsprechende Sensitivitätsanalysen durchgeführt, bei denen nur die Teilnehmenden berücksichtigt wurden, die von ausgebildeten Pflegefachpersonen betreut wurden. Dabei konnten stabile Ergebnisse erzielt werden. Die Ergebnisse für den WHODAS bei t2 für n=137 waren: (F(1, 134)= 5,37, p= 0,022, 97,5 % KI= -9,46 bis -0,10, bereinigtes R²= 0,425, η^2 = 0,039).

3.1.6 Verblindung der Forschenden

Zu t0 war in 18,4 % (n = 27) der Fälle die Gruppenzuordnung den datenerhebenden Forschenden bekannt, während es zu t1 36,0 % (n = 67) und zu t2 40,3 % (n = 71) waren. In den meisten Fällen informierten die Teilnehmenden selbst die Forschenden (65,7 %; n = 115/175 Datenerhebungen, bei denen eine Entblindung stattfand).

3.2 Ergebnisse der Querschnittserhebung

3.2.1 Stichprobe Teilnehmende

Bei der Querschnittserhebung der Teilnehmenden wurden Daten zu 198 Fällen, davon 81 aus der Interventions- und 117 aus der Warte-Kontrollgruppe erfasst. Für die Teilnehmenden der Wartegruppe liegen nicht durchgängig Daten von beiden Erhebungszeitpunkten (t4 und t5) vor. An t4 wurden 108, an t5 103 Teilnehmende befragt. Für 14 Fälle liegen ausschließlich t4-, für 9 Fälle ausschließlich t5-Daten vor. Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg betrachtet, lag die Teilnahmequote der Teilnehmenden an der Querschnittserhebung bei 87,4 %.

Die Teilnehmenden waren im Mittel 43,6 Jahre (SD $\pm$ 12,5) alt. 54 % (n=107) waren weiblichen und 46 % (n=91) männlichen Geschlechts.

3.2.2 Stichprobe Bezugspersonen

In der Querschnittserhebung der Bezugspersonen wurden Daten zu 166 Fällen, davon 69 aus der Interventions- und 97 aus der Kontrollgruppe erfasst. Für die Bezugspersonen der Kontrollgruppe liegen nicht durchgängig Daten von beiden Erhebungszeitpunkten (t4 und t5) vor. An t4 wurden die Befragungen von 89, an t5 von 75 Bezugspersonen ausgefüllt. 22 Bezugspersonen nahmen nur an t4, 8 Bezugspersonen nur an t5 an der Befragung teil. Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg betrachtet, lag die Teilnahmequote der Bezugspersonen an der Querschnittserhebung bei 69,8 %.

Soziodemographische Daten wurden nur zum Erhebungszeitpunkt t3/t5 erfasst. 142 Bezugspersonen gaben ihr Alter an, die Verteilung ist in Tabelle 15 dargestellt. 141 Personen machten Angaben zu ihrem Geschlecht. 68,8 % (n=97) identifizierten sich als weiblich, 29,8 % (n=42) als männlich und 1,4 % (n=2) als divers.

Tabelle 15: Altersverteilung der Bezugspersonen (t3/t5)

Alter in Jahren	Häufigkeit	Gültige Prozente
<20	0	0
20-29	10	7,0
30-39	44	31,0
40-49	24	16,9
50-59	39	27,5
60-69	22	15,5
70-79	3	2,1
>79	0	0
Gesamt	142	100,0

Eigene Darstellung

Bei den 144 Bezugspersonen am Zeitpunkt t3/t5 handelte es sich bei 21 Personen (14,6 %) um Angehörige der Teilnehmenden, von denen 9 auch gleichzeitig deren gesetzliche Betreuende waren, bei 120 Personen (83,3 %) um professionelle Betreuungspersonen und bei 3 Personen (2,1 %) um gesetzliche Betreuende ohne Verwandtschaftsverhältnis zu den Teilnehmenden. Angehörige waren überwiegend Elternteile der Teilnehmenden (n=15), sowie zum Teil Geschwister (n=5). Eine Person machte keine Angabe zum Verwandtschaftsverhältnis. Die professionellen Betreuungspersonen hatten verschiedene berufliche Hintergründe, mit einem starken Schwerpunkt auf pädagogischen Berufen und verfügten über einen unterschiedlichen Umfang an Berufserfahrung. Diese soziodemografischen Angaben sind in Tabelle 16 und Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 16: Beruflicher Hintergrund Bezugspersonen

	Häufigkeit	Prozente
Erzieher*in	46	38,3
Sozialpädagogik	14	11,7
Soziale Arbeit	13	10,8
Rehabilitationspädagogik	8	6,7
Einrichtungsleitung	7	5,8
Heilerziehungspflege	5	4,2
Heilpädagogik	5	4,2
Pflege	4	3,3
Heilerzieher*in	3	2,5
Sonderpädagogik	2	1,7
Bankkauffrau	2	1,7
Pädagogik	2	1,7
Quereinsteigerin	2	1,7
Ergotherapie	1	0,8
Lehramt	1	0,8
Medizinisch	1	0,8
Pflegeassistentin	1	0,8
Sozialökonomie	1	0,8
Sozialpädagogische Assistenz	1	0,8
Keine Angabe	1	0,8
Gesamt	120	100,0

Eigene Darstellung

Tabelle 17: Berufserfahrung Bezugspersonen

	Häufigkeit	Prozente
1-5 Jahre	21	17,5
6-10 Jahre	24	20,0
11-15 Jahre	18	15,0
16-20 Jahre	18	15,0
Über 20 Jahre	39	32,5
Gesamt	120	100,0

Eigene Darstellung

Die meisten professionellen Betreuungspersonen (86,7 %, n = 104) betreuten die jeweiligen Teilnehmenden bereits seit über einem Jahr. Lediglich 13,3 % (n = 16) waren seit weniger als einem Jahr im Betreuungsverhältnis. Die gesetzlich Betreuenden (inklusive der Elternteile, die die Betreuung innehaben) übten diese Funktion überwiegend bereits seit mehr als einem Jahr aus (91,7 %, n=11), nur eine Person erst seit weniger als einem Jahr (8,3 %). 6 gesetzlich Betreuende gaben an, täglichen Kontakt zu den Betreuten zu haben (50 %), 5 Personen mehrmals pro Woche (41,7 %) und 1 Person 2-3-mal im Monat (8,3 %).

3.2.3 Perspektive der Teilnehmenden

Zunächst werden nun die Ergebnisse aus der Befragung der Teilnehmenden dargestellt, anschließend die Ergebnisse der Bezugspersonen, strukturiert nach den oben angeführten Fragestellungen.

3.2.3.1 Verständnis und Bewertung des Präventionsplans

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden hatte keine Verständnisprobleme in Bezug auf den Präventionsplan und bewertete die im Plan festgehaltenen Maßnahmen als positiv. Sechs Monate nach dem Start der Intervention (t4) gaben 97 % (n=97) der Teilnehmenden an, den Präventionsplan verstanden zu haben, 3 % (n=3) ihn nur teilweise verstanden zu haben. 93 % (n=93) der Befragten zeigten sich zu diesem Zeitpunkt mit den vereinbarten Maßnahmen zufrieden, 7 % (n=7) teilweise zufrieden. 92,7 % (n=165) der Teilnehmenden gaben zum Ende der Intervention (t3/t5) an, den Präventionsplan verstanden zu haben. Zu diesem Zeitpunkt zeigten sich 94,9 % (n=169) der Befragten mit den Maßnahmen zufrieden (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Verständnis und Bewertung des Präventionsplans (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Haben Sie den Präventions-Plan verstanden?	178	0,6 %	6,7 %	92,7 %
Halten Sie die Maßnahmen im Plan für gut?	178	0 %	5,1 %	94,9 %

Eigene Darstellung

3.2.3.2 Bewertung der Informations- und Beratungsangebote

Die Teilnehmenden wurden zu ihrem Wissenszuwachs in den einzelnen Präventionsbereichen befragt. An t4 gaben 17,7 % (n=14) der Teilnehmenden an, etwas Neues über Bewegung gelernt zu haben, 15,2 % (n=12) teilweise etwas Neues gelernt zu haben. 39,4 % (n=56) der Teilnehmenden gaben an t3/t5 an, im Bereich Bewegung etwas dazugelernt zu haben, 21,1 % (n=30) teilweise etwas dazugelernt zu haben. 45,5 % (n=45) der Teilnehmenden gaben an t4 an, etwas Neues über Ernährung gelernt zu haben, 25,5 % (n=25) teilweise etwas Neues gelernt zu haben. t3/t5 gaben 65,1 % (n=110) der Teilnehmenden an, etwas im Bereich Ernährung dazugelernt zu haben, 21,3 % (n=36) teilweise etwas dazugelernt zu haben. An t4 gaben 32,8 % (n=19) der Teilnehmenden an, etwas Neues im Bereich Stress gelernt zu haben, 20,7 % (n=12) teilweise etwas Neues gelernt zu haben. 55 % (n=66) der Teilnehmenden gaben an t3/t5 an, etwas im Bereich Stress dazugelernt zu haben, 20 % (n=24) teilweise etwas dazugelernt zu haben. 30,4 % (n=7) der Teilnehmenden gaben zu t4 an, etwas Neues im Bereich Sucht gelernt zu haben, 21,7 % (n=5) teilweise etwas Neues gelernt zu haben. An t3/t5 gaben 44,9 % (n=22) der Teilnehmenden an, im Bereich Sucht etwas dazu gelernt zu haben, 18,4 % (n=9) teilweise etwas dazugelernt zu haben (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Wissenszuwachs der Teilnehmenden in den Handlungsfeldern von Prävention (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Haben Sie etwas im Bereich Bewegung dazu gelernt?	142	39,4 %	21,1 %	39,4 %
Haben Sie etwas im Bereich Ernährung dazu gelernt?	169	13,6 %	21,3 %	65,1 %
Haben Sie etwas im Bereich Stress dazu gelernt?	120	25 %	20 %	55 %
Haben Sie etwas im Bereich Sucht dazu gelernt?	49	36,7 %	18,4 %	44,9 %

Eigene Darstellung

Die Teilnehmenden hatten darüber hinaus noch einige Änderungswünsche an die Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. Am häufigsten bestand der Wunsch nach weiteren Tipps, Informationen oder Methoden zu Gesundheitsthemen (n=15). Zudem bestand ein Wunsch nach noch stärkerer Unterstützung und Begleitung bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen (n=12). Mehrere Teilnehmende wünschten sich außerdem einen größeren Fokus auf die praktische Umsetzung bzw. einen stärkeren Alltagsbezug (n=9). Weitere Wünsche und Kritik sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Wünsche und Kritik an den Beratungsangeboten (offene Fragen)

Wünsche/Kritik	Häufigkeit
Weitere Tipps/Informationen/Methoden	15
Mehr Unterstützung/Begleitung bei der Umsetzung der Maßnahmen	12
Mehr Praxis/Umsetzung/Alltagsbezug	9
Weitere Themen bearbeiten	6
Thema wurde nicht ausreichend behandelt	5
Assessments zu schwer/zu viel	5
Teilnehmende mehr motivieren	4
Mehr neue Inhalte vermitteln	3
Inhalte/Anspruch individueller an Teilnehmende anpassen	3
Weniger Schrift, mehr Bilder nutzen	3
Mehr Guidance durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen	3
Mehr spielerische Methoden	3
Fehlende Pausen während der Besuche	2
Weniger Wiederholungen	2
Lieber <i>Einzel-</i> als Gruppentermine	2
Weniger Inhalte bearbeiten	2
Unterstützung bei der Nutzung von Gesundheits-Apps	2
Befindlichkeitsabfrage bringt nichts	1
Arbeitsblätter/Präventionsplan unverständlich	1
Basteln/Bilder zu langweilig	1
Würfelspiel zu Ernährung nicht gut	1
Zu hohe Anforderungen an Teilnehmende	1
Lieber <i>Gruppen-</i> als Einzeltermine	1
Noch niedrigschwelliger arbeiten	1
Expertinnen besser immer zu zweit bei Besuchen	1
Bessere Beratung zu Präventionsangeboten	1
Weiter Metacom-Symbole nutzen	1
Multiprofessionelles Team wäre besser	1
Mehr Gruppenschulungen/Gesundheitstage anbieten	1
Von Teilnehmenden gewünschte Themen fokussieren, nicht durch Expertinnen bestimmen	1
Auch körperliche Gesundheit und Körperpflege behandeln	1
Besser Gesundheit im Ganzen behandeln	1

Eigene Darstellung

3.2.3.3 Bewertung der neuen Versorgungsform

Nutzen

Die Teilnehmenden nahmen überwiegend einen Nutzen der neuen Versorgungsform für sich wahr. Am Ende des Interventionszeitraums (t3/t5) gaben 75,3 % (n=119) an, dass das Projekt ihren Erwartungen entsprach und 17,7 %, dass es teilweise ihren Erwartungen entsprach. 86,9 % (n=159) der Befragten waren der Ansicht, dass ihnen die Teilnahme insgesamt gutgetan hat. 12 % (n=22) bewerteten, dass ihnen die Teilnahme teilweise gutgetan hat. 60,8 % (n=110) der Befragten gaben an, dass sie mehr für ihre Gesundheit tun als vorher. 27,6 % (n=50) stimmten der Aussage teilweise zu, 11,6 % (n=21) nahmen keine Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens wahr (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Einschätzung des Nutzens der Intervention durch die Teilnehmenden (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
War das Projekt so, wie Sie es sich vorgestellt hatten?	158	7 %	17,7 %	75,3 %
Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Teilnahme insgesamt gutgetan hat?	183	1,1 %	12 %	86,9 %
Tun Sie mehr für Ihre Gesundheit als vorher?	181	11,6 %	27,6 %	60,8 %

Eigene Darstellung

Die Intervention insgesamt wurde von den Teilnehmenden (n=169) im Mittel mit einer Schulnote von 1,57 bewertet.

Aufwand und Alltagsnähe

Zum Aufwand und zur Alltagsnähe der Intervention wurden verschiedene Einzelaspekte abgefragt.

Den zeitlichen Aufwand, der den Teilnehmenden insgesamt durch die Projektteilnahme entstanden ist, bewerteten 87,9 % (n=160) als angemessen, 7,7 % (n=14) als zu gering, 4,4 % (n=8) als zu groß. Nach 6 Monaten (t4) bewerteten 67,6 % (n=73) der Befragten die Häufigkeit ihrer Termine mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen als angemessen, 29,6 % (n=32) hätten sich häufigere Termine gewünscht, während 2,8 % (n=3) weniger Termine bevorzugt hätten. Die Dauer der Termine wurde von 87 % (n=94) als angemessen, von 11,2 % (n=12) als zu kurz und von 1,9 % (n=2) als zu lang empfunden. Am Ende des Interventionszeitraums (t3/t5) bewerteten 71 % (n=130) der Teilnehmenden die Häufigkeit der Termine als angemessen, während 25,7 % (n=47) häufigere Termine und 3,3 % (n=6) seltenere Termine bevorzugt hätten. Die Dauer der Termine wurde zu diesem Zeitpunkt von 83,1 % (n=152) als angemessen bewertet, 13,7 % (n=25) hätten sich längere, 3,3 % (n=6) kürzere Termine gewünscht.

Außerdem wurden die Teilnehmenden nach der körperlichen und geistigen Anstrengung durch das Projekt gefragt: Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben 92,9 % (n=169) der Befragten an, dass die körperliche Anstrengung für sie angemessen war, 4,9 % (n=9) empfanden die Anstrengung als zu stark, während 2,2 % (n=4) gerne eine höhere körperliche Beanspruchung gehabt hätten. Die geistige Anstrengung bewerteten 85,8 % (n=157) als angemessen, 13,1 % (n=24) bewerteten die geistige Anstrengung als zu stark, 1,1 % (n=2) fühlten sich geistig eher unterfordert.

Tabelle 22: Aufwand und Alltagsnähe der Intervention (t3/t5)

Item	N	zu gering	passend	zu groß/lang
War der zeitliche Aufwand für Sie...	182	7,7 %	87,9 %	4,4 %
Fanden Sie die Dauer der Termine...	183	13,7 %	83,1 %	3,3 %
Fanden Sie die Häufigkeit der Termine...	183	25,7 %	71 %	3,3 %
War die körperliche Anstrengung durch das Projekt für Sie...	182	2,2 %	92,9 %	4,9 %
War die geistige Anstrengung durch das Projekt für Sie...	183	1,1 %	85,8 %	13,1 %

Eigene Darstellung

Diejenigen Teilnehmenden, die externe Präventionsangebote besuchten, wurden zudem nach der Machbarkeit von Wegen, Kosten, Teilnahme sowie der sozialen Integration gefragt. Bei den Werten nach 6 Monaten (t4) ist zu beachten, dass zu diesem Zeitpunkt nur wenige Teilnehmende bereits Angebote besucht hatten. An t4 hatten 69,2 % (n=18) der Befragten keine Schwierigkeiten mit dem Hinweg zu den Angeboten, 11,5 % (n=3) konnten den Hinweg nur teilweise gut bewältigen und 19,2 % (n=5) schafften den Weg nicht. Weiterhin gaben 76,9 % (n=20) an, dass sie den Rückweg von den Angeboten gut schafften, 7,7 % (n=2) nur teilweise. 15,4 % (n=4) gaben an, Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Rückwegs zu haben. Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben 70,5 % (n=67) der Befragten, die an externen Angeboten teilgenommen hatten, an, dass sie die Wege gut schafften. 24,2 % (n=23) gaben an, teilweise Schwierigkeiten bei der Wegbewältigung zu haben, 5,3 % (n=5) schafften die Wege nicht. Die Werte für die Hin- und Rückwege waren zu diesem Befragungszeitpunkt identisch.

An t4 mussten 47,8 % (n=11) der Befragten für die besuchten Präventionsangebote bezahlen, 52,2 % besuchten kostenlose Angebote. Für 23,1 % (n=3) der Teilnehmenden, denen Kosten entstanden waren, stellte dies eine Schwierigkeit dar. Eine weitere Person (7,7 %) gab an, teilweise Probleme mit den Kosten zu haben. Am Ende des Interventionszeitraums (t3/t5) gaben 44,2 % (n=38) an, dass sie für Angebote bezahlen mussten. Weitere 7,0 % (n=6) mussten für einen Teil der von ihnen besuchten Angebote bezahlen, 48,8 % (n=42) besuchten kostenlose Angebote. Für 13,6 % (n=6) stellte das Bezahlen der Maßnahmen ein Problem da. 27,3 % (n=12) gaben an, dass die Kosten für sie teilweise ein Problem darstellte.

Nach 6 Monaten (t4) gaben 69,2 % (n=18) der Befragten an, dass ihnen die Teilnahme an den besuchten Präventionsangeboten leichtfiel. Jeweils 15,4 % (n=4) äußerten, dass ihnen die Teilnahme nur teilweise oder nicht leichtfiel. Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben 77,2 % (n=71) der Befragten an, dass es ihnen leichtfiel an den Angeboten teilzunehmen, 20,7 % (n=19) fiel die Teilnahme teilweise leicht und 2,2 % (n=2) äußerten, dass ihnen die Kursteilnahme nicht leichtfiel.

An t4 fühlten sich 80 % (n=20) der Befragten, die ein Präventionsangebot besuchten unter den anderen Kursteilnehmenden dort wohl, 4 % (n=1) gaben an, sich teilweise wohlfühlen und 16 % (n=4) sich nicht wohlfühlen. Nach 12 Monaten (t3/t5) fühlten sich 74,2 % (n=66) unter den anderen Teilnehmenden der Präventionsangebote wohl, 21,3 % (n=19) gaben an, sich teilweise wohlfühlen und 4,5 % (n=4) sich nicht wohlfühlen.

Tabelle 23: Aufwand und Alltagsnähe der Präventionsangebote (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Haben Sie den Hinweg zu den Angeboten gut geschafft?	95	5,3 %	24,2 %	70,5 %
Haben Sie den Rückweg von den Angeboten gut geschafft?	95	5,3 %	24,2 %	70,5 %
Mussten Sie für die Angebote bezahlen?	86	48,8 %	7,0 %	44,2 %
Wenn ja: Gab es Schwierigkeiten beim Bezahlen der Angebote? (zu teuer?)	44	59,1 %	27,3 %	13,6 %
Fiel es Ihnen leicht, vor Ort an den Angeboten teilzunehmen?	92	2,2 %	20,7 %	77,2 %
Haben Sie sich unter den anderen Teilnehmenden wohlfühlt?	89	4,5 %	21,3 %	74,2 %

Eigene Darstellung

Kommunikation

Nach 6 Monaten (t4) hatten 93,5 % (n=101) der Befragten das Gefühl von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen verstanden zu werden, 5,6 % (n=6) fühlten sich teilweise und 0,9 % (n=1) nicht verstanden. 92,6 % (n=100) gaben an, die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gut verstehen zu können, 6,5 % (n=7) teilweise und 0,9 % (n=1) sie nicht verstehen zu können. Am Ende des Interventionszeitraums (t3/t5) fühlten sich 93,9 % (n=169) der Teilnehmenden von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen verstanden, 4,4 % (n=8) teilweise und 1,7 % (n=3) nicht verstanden. 95,1 % (n=174) der Befragten hatte das Gefühl, dass sie die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gut verstehen konnten, 4,4 % (n=8) gaben an, die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen teilweise und 0,5 % (n=1), sie nicht verstehen zu können.

Tabelle 24: Kommunikation Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Teilnehmende (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Konnten Sie verstehen, was die Pflege-Expertinnen Ihnen erzählt haben?	183	0,5 %	4,4 %	95,1 %
Haben die Pflege-Expertinnen verstanden, was Sie möchten?	180	1,7 %	4,4 %	93,9 %

Eigene Darstellung

3.2.3.4 Selbstständige Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen

57 % (n=49) der befragten Teilnehmenden gaben an, nach dem Ende der Intervention in der Lage zu sein, die vermittelten Angebote eigenständig zu besuchen. 47,7 % (n=42) der Befragten schätzen, dass sie nach dem Ende des Projekts weiterhin an den Angeboten teilnehmen.

Tabelle 25: Selbstständige Umsetzung der Präventionsangebote (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Schaffen Sie es, selbstständig an den Angeboten teilzunehmen?	86	25,6 %	17,4 %	57 %
Glauben Sie, dass Sie nach dem Projekt weiterhin an den Angeboten teilnehmen?	88	34,1 %	18,2 %	47,7 %

Eigene Darstellung

3.2.3.5 Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Teilnehmenden

Von den 80 Teilnehmenden, die an t4 das Thema Bewegung bearbeiteten, erhielten 78,8 % (n=63) dazu eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. 16,3 % (n=13)

besuchten ein Präventionsangebot aus dem Themenbereich Bewegung. 17,7 % (n=14) der Befragten gaben zu diesem Zeitpunkt an, etwas Neues zu Bewegung gelernt zu haben, weitere 15,2 % (n=12) stimmten der Aussage teilweise zu. 21,5 % (n=17) der Befragten gaben an, ihr Verhalten im Bereich Bewegung verändert zu haben, 17,7 % (n=14) stimmten dem teilweise zu.

Am Ende des Projekts (t3/t5) erhielten von den 143 Teilnehmenden, die an Bewegung arbeiteten, 92,3 % (n=131) eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. 38 % (n=54) der Teilnehmenden besuchten ein Präventionsangebot aus dem Themenbereich Bewegung. 39,4 % (n=56) der Befragten gaben an, etwas Neues zu Bewegung gelernt zu haben, 21,1 % (n=30) stimmten der Aussage teilweise zu. 36,6 % (n=52) der Befragten gaben an, ihr Verhalten im Bereich Bewegung verändert haben, weitere 24,6 % (n=35) stimmten teilweise zu.

Tabelle 26: Präventionsbereich Bewegung (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Hatten Sie zum Thema Bewegung eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	142	7,7 %	-	92,3 %
Haben Sie zum Thema Bewegung Präventions-Angebote besucht?	142	62 %	-	38 %
Haben Sie etwas im Bereich Bewegung dazu gelernt?	142	39,4 %	21,1 %	39,4 %
Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Bewegung verändert?	142	38,7 %	24,6 %	36,6 %

Eigene Darstellung

Nach 6 Monaten (t4) gaben von den 101 Teilnehmenden, die das Thema Ernährung bearbeiteten, 97,0 % (n=97) an, dass sie dazu eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erhalten hatten. 7,1 % (n=7) der Befragten gaben an, dass sie ein Präventionsangebot zu Ernährung besuchten. 45,5 % (n=45) der Befragten äußerten, dass sie etwas im Bereich Ernährung dazu gelernt hätten, 25,3 % (n=25) stimmten teilweise zu. 34,3 % (n=34) der Befragten gaben an, ihr Verhalten im Bereich Ernährung geändert zu haben, weitere 33,3 % (n=33) stimmten dem teilweise zu.

Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben von den 171 Teilnehmenden, die Ernährung bearbeiteten, 97,6 % (n=166) an, dass sie dazu eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erhalten hatten. 24,9 % (n=42) der Befragten gaben an, dass sie einen Präventionskurs zum Thema Ernährung besuchten. 65,1 % (n=110) der Befragten äußerten, dass sie etwas Neues im Bereich Ernährung gelernt hatten, 21,3 % (n=36) stimmten dem teilweise zu. 49,1 % (n=82) der Befragten gaben an, ihr Verhalten im Bereich Ernährung verändert zu haben, weitere 29,3 % (n=49) stimmten teilweise zu.

Tabelle 27: Präventionsbereich Ernährung (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Hatten Sie zum Thema Ernährung eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	170	2,4 %	-	97,6 %
Haben Sie zum Thema Ernährung Präventions-Angebote besucht?	169	75,1 %	-	24,9 %
Haben Sie etwas im Bereich Ernährung dazu gelernt?	169	13,6 %	21,3 %	65,1 %
Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Ernährung verändert?	167	21,6 %	29,3 %	49,1 %

Eigene Darstellung

An t4 erhielten von den 59 Teilnehmenden, die Stress als ein bearbeitetes Thema nannten, 88,1 % (n=52) eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. 8,5 % der Teilnehmenden (n=5) hatten an t4 ein Präventionsangebot zum Thema Stress besucht. 32,8 % (n=19) der Befragten gaben an, etwas Neues über Stress gelernt zu haben, weitere 20,7 % (n=12) stimmten teilweise zu. 23,7 % (n=14) gaben an, ihr Verhalten in diesem Bereich verändert zu haben, 27,1 % (n=16) stimmten dem teilweise zu. Am Ende des Projekts (t3/t5) hatten von den 122 Teilnehmenden, die Stress bearbeitet hatten, 91,7 % (n=111) eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zu dem Thema. Präventionsangebote dazu hatten 19,3 % (n=23) der Teilnehmenden besucht. 55,0 % (n=66) der Befragten gaben an, etwas Neues über Stress gelernt zu haben, weitere 20,0 % (n=24) stimmten teilweise zu. Ihr Verhalten im Bereich Stress haben 31,1 % (n=38) der Befragten laut eigener Aussage verändert, 27,9 % (n=34) haben es teilweise verändert.

Tabelle 28: Präventionsbereich Stress (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Hatten Sie zum Thema Stress eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	93	8,3 %	-	91,7 %
Haben Sie zum Thema Stress Präventions-Angebote besucht?	95	80,7 %	-	19,3 %
Haben Sie etwas im Bereich Stress dazu gelernt?	120	25 %	20 %	55 %
Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Stress verändert?	122	41 %	27,9 %	31,1 %

Eigene Darstellung

An t4 erhielten von den 26 Teilnehmenden, die das Thema Sucht zu diesem Zeitpunkt bearbeiteten, 80,0 % (n=20) dazu eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. Keiner der Teilnehmenden hatte ein Präventionsangebot zu Sucht besucht. 30,4 % (n=7) der Befragten gaben an, etwas Neues über Sucht gelernt zu haben, 21,7 % (n=5) stimmten dem teilweise zu. 30,4 % (n=7) der Befragten gaben an, ihr Verhalten im Bereich Sucht verändert zu haben, weitere 26,1 % (n=6) stimmten teilweise zu. Am Ende der Intervention (t3/t5) erhielten von den 49 Teilnehmenden, die Sucht bearbeitet hatten, 83,3 % (n=40) dazu eine Beratung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. 6,1 % (n=3) besuchten ein Präventionsangebot zu Sucht. 44,9 % (n=22) gaben an, etwas Neues über Sucht gelernt zu haben, 18,4 % (n=9) stimmten dem teilweise zu. 27,7 % (n=13) der Befragten gaben an, ihr Verhalten im Bereich Sucht verändert zu haben, weitere 19,1 % (n=9) stimmten teilweise zu.

Tabelle 29: Präventionsbereich Sucht (t3/t5)

Item	N	nein	teils/teils	ja
Hatten Sie zum Thema Sucht eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	48	16,7 %	-	83,3 %
Haben Sie zum Thema Sucht Präventions-Angebote besucht?	49	93,9 %	-	6,1 %
Haben Sie etwas im Bereich Sucht dazu gelernt?	49	36,7 %	18,4 %	44,9 %
Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Sucht verändert?	47	53,2 %	19,1 %	27,7 %

Eigene Darstellung

Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden in einer offenen Frage am Ende der Intervention gefragt, was sie heute konkret anders in Bezug auf ihre Gesundheit machen als vor der

Intervention. Die häufigsten Antworten waren mehr gesunde Lebensmittel zu essen (n=59), sich bewusster zu ernähren (n=45), sich im Alltag mehr zu bewegen (n=45), weniger Zucker zu konsumieren (n=44) und mehr Sport zu treiben (n=41).

Tabelle 30: Verhaltensänderungen in den einzelnen Präventionsbereichen (offene Frage) (t3/t5)

Präventionsbereich Verhaltensänderung	Häufigkeit (N=151)
Bewegung	
mehr Bewegung im Alltag	45
mehr Sport	41
therapeutische Bewegungsübungen	1
Ernährung	
mehr gesunde Lebensmittel (Obst, Gemüse)	59
bewusster ernähren / mehr auf Ernährung achten	45
mehr trinken	15
Yuka-App/Nutri-Score/Nährwerttabellen nutzen	12
Essen selbst zubereiten	10
kontrollierteres Essen	7
Gewicht reduziert/gehalten	4
Ernährungsberatung besuchen	3
mit krankheitsbedingten Besonderheiten besser umgehen	1
Videos über Abnehmen gucken	1
regelmäßig wiegen	1
Stress	
bessere Abgrenzung gegen/Umgang mit Stress	19
Entspannungsübungen durchführen	16
Stressbewältigungsstrategien	16
Pausen machen	4
mehr für sich tun/sich selbst belohnen	2
Strategien für mehr/besseren Schlaf	1
weniger arbeiten	1
Gefühle besser ausdrücken	1
Sucht	
weniger Zucker	44
weniger Koffein	9
weniger Rauchen	7
weniger Alkohol	5
weniger Medienkonsum	2
kontrolliertes Kaufverhalten	1

Eigene Darstellung

3.2.3.6 Bewertung der Beziehungsgestaltung und der Zusammenarbeit mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Die Beziehungsgestaltung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurde von den Teilnehmenden überwiegend positiv bewertet. Nach 6 Monaten (t4) gaben 96,3 % (n=104) der Befragten an, dass sie sich von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen ernst genommen fühlen, 3,7 % (n=4) fühlten sich teilweise ernst genommen. Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben 96,2 % (n=177) der Befragten an, dass sie sich ernst genommen fühlten, 2,2 % (n=4) verneinten dies und 1,6 % (n=3) der Befragten stimmten teilweise zu. An t4 gaben 97,1 % (n=102) der Befragten an, dass sie zufrieden mit der Beziehung waren, 2,9 % (n=3) waren teilweise zufrieden. Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben 96,7 % (n=178) der Befragten an, dass sie zufrieden mit der Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen waren, 3,3 % (n=6) zeigten sich teilweise zufrieden.

Nach 6 Monaten (t4) hatten 97,2 % (n=103) der Befragten das Gefühl, sich bei aufkommenden Fragen an die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wenden zu können, 1,9 % (n=2) stimmten der Aussage teilweise zu, 0,9 % (n=1) verneinten dies. Nach 12 Monaten (t3/t5) gaben 96,2 % (n=175) an, dass sie sich bei Fragen an die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wenden konnten, 2,2 % (n=4) stimmten dem teilweise zu, 1,6 % (n=3) verneinten die Frage.

Tabelle 31: Beziehungsgestaltung Pflege- und Gesundheitsexpertinnen - Teilnehmende (t3/t5)

Items	N	nein	teils/teils	ja
Haben Sie sich von den Pflege-Expertinnen ernst genommen gefühlt?	184	2,2 %	1,6 %	96,2 %
Waren Sie zufrieden mit der Beziehung zu den Pflege-Expertinnen?	184	0 %	3,3 %	96,7 %
Wenn Sie mal Fragen hatten: Konnten Sie sich an Ihre Pflege-Expertinnen wenden?	182	1,6 %	2,2 %	96,2 %

Eigene Darstellung

Auch die Zusammenarbeit mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurde von den Teilnehmenden überwiegend positiv beurteilt. An t4 wussten 97,2 % (n=103) der Befragten, wann die Termine mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen stattfanden, 2,8 % (n=3) verneinten dies. An t3/t5 waren 93,4 % (n=170) der Befragten über die Termine informiert, 4,9 % (n=9) waren teilweise informiert und 1,6 % (n=3) gaben an, nicht zu wissen, wann die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen sie besuchen.

Außerdem wurden die Teilnehmenden nach der Erreichbarkeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gefragt. 6 Monate nach Interventionsstart wussten 88,8 % (n=95), wie sie die Expertinnen erreichen können, 1,9 % (n=2) antworteten mit teilweise, 9,3 % (n=10) Teilnehmende wussten dies nicht. Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben 91,1 % (n=163) der Teilnehmenden an, dass sie wussten, wie sie die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erreichen können, 2,2 % (n=4) antworteten mit teilweise, 6,7 % (n=12) mit nein. An t4 gaben 96,3 % (n=103) der Befragten an, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zuverlässig waren, 3,7 % (n=4) antworteten mit teilweise. Am Ende der Intervention (t3/t5) gaben 97,8 % (n=179) der Befragten an, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zuverlässig waren, 2,2 % (n=4) schätzten sie als teilweise zuverlässig ein.

Tabelle 32: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Teilnehmende (t3/t5)

Items	n	nein	teils/teils	ja
Wussten Sie, wann die Pflege-Expertinnen zu Ihnen kommen?	182	1,6 %	4,9 %	93,4 %
Wussten Sie, wie Sie die Pflege-Expertinnen erreichen können?	179	6,7 %	2,2 %	91,1 %
Haben die Pflege-Expertinnen sich an Absprachen gehalten?	183	0 %	2,2 %	97,8 %
Dürften die Pflege-Expertinnen wiederkommen?	182	4,4 %	2,7 %	92,9 %

Eigene Darstellung

Am Ende der Intervention (t3/t5) wurden die Teilnehmenden zusammenfassend gefragt, ob die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wiederkommen dürften. Dies beantworteten 92,9 % (n=169) der Befragten mit ja, 2,7 % (n=5) mit teilweise und 4,4 % (n=8) lehnten dies ab.

Die Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurde von den Teilnehmenden nach 6 Monaten (t4) im Mittel mit einer Schulnote von 1,5 und nach Ende der Intervention (t3/t5) mit einer Note von 1,45 bewertet.

3.2.4 Perspektive der Bezugspersonen

Um den Kontext der Bewertungen der Bezugspersonen besser einordnen zu können, wurden diese zunächst danach gefragt, wie häufig sie bei den Besuchen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen anwesend waren. Zum Zeitpunkt t4 (n=86) gaben die Bezugspersonen an, im Mittel bei 1,1 Besuchen (SD±2,0) der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen dabei gewesen zu sein. Zum Zeitpunkt t3/t5 (n=141) waren es im Mittel 1,6 Besuche (SD±1,3).

Zudem wurden die Bezugspersonen danach gefragt, wie involviert sie in das Projekt waren. An t4 gaben 87,1 % (n=74) der Befragten an, nicht in die Intervention eingebunden zu sein, 12,9 % (n=11) waren involviert. Davon haben fünf Personen bei den Hausbesuchen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen unterstützt, drei Personen gaben an, dabei eher unterstützt, und 1 Person dabei eher nicht unterstützt zu haben. Vier Personen bejahten, in die Umsetzung des Präventionsplans eingebunden gewesen zu sein, drei antworteten darauf mit eher ja, zwei Personen mit eher nein und zwei weitere Personen mit weiß nicht.

Die übernommenen Aufgaben waren hier die Terminerinnerung (n=10), die Motivation der Teilnehmenden (n=7), die Begleitung der Hausbesuche (n=5), die Begleitung zu Präventionsangeboten (n=5), Unterstützung bei der Informationssammlung/Anamnese (n=4), Maßnahmen für den Präventionsplan vorschlagen (n=2) und selbst Maßnahmen mit der/dem Teilnehmenden umsetzen (n=1). An t4 sind außer den befragten Bezugspersonen in 55,3 % (n=47) der Fälle keine weiteren Personen mit eingebunden. In 11,8 % (n=10) waren weitere Personen eingebunden und in 32,9 % (n=28) war den Befragten dies nicht bekannt. Die weiteren Personen waren professionelle Bezugspersonen (n=8), gesetzlich Betreuende (n=4) sowie Angehörige (n=3). Mehrfachnennungen waren möglich. An t3/t5 gaben 66,7 % (n=92) der Bezugspersonen an, dass sie nicht in die Intervention eingebunden waren, 33,3 % (n=46) waren involviert. Dabei gaben 16 Personen an, bei den Hausbesuchen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen unterstützt zu haben. 8 stimmten dieser Aussage eher zu, 8 Personen eher nicht zu, 4 Personen stimmten ihr nicht zu und 1 Person wählte weiß nicht. 7 Personen bejahten, in die Umsetzung des Präventionsplans eingebunden gewesen zu sein. Jeweils 17

Personen gaben eher ja und eher nein an, 5 Personen waren nicht in die Umsetzung eingebunden.

Die häufigsten Aufgaben, die zu diesem Zeitpunkt übernommen wurden, waren Terminerinnerungen (n=33), Motivation der Teilnehmenden (n=27), Unterstützung bei der Informationssammlung im Sinne einer Anamnese (n=22), Begleitung zu Präventionsangeboten (n=10), Begleitung bei den Hausbesuchen (n=9), Maßnahmen für den Präventionsplan vorschlagen (n=8) und selbst Maßnahmen mit der/dem Teilnehmenden umsetzen (n=8).

Tabelle 33: von Bezugspersonen übernommene Aufgaben (Mehrfachantworten) (t3/t5)

Aufgabe	Häufigkeit (n=46)	Prozent
Terminerinnerung	33	71,7 %
Motivation des/der Teilnehmenden	27	58,7 %
Unterstützung bei Informationssammlung/Anamnese	22	47,8 %
Begleitung zu Präventionsangeboten	10	21,7 %
Begleitung bei den Hausbesuchen	9	19,6 %
Maßnahmen für den Präventionsplan vorschlagen	8	17,4 %
Selbst Maßnahmen mit dem/der Teilnehmenden umgesetzt	8	17,4 %

Eigene Darstellung

Neben den befragten Bezugspersonen waren in 48,2 % (n=67) der Fälle keine weiteren Personen in die Intervention eingebunden. In 18,7 % (n=26) waren weitere Personen involviert und in 33,1 % (n=46) war den Befragten dies nicht bekannt. Weitere eingebundene Personen waren hier professionelle Bezugspersonen (n=24), Angehörige (n=4) und ein*e gesetzliche*r Betreuer*in.

Tabelle 34: Involviertheit von Bezugspersonen (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Waren Sie zu irgendeinem Zeitpunkt in die Intervention eingebunden?	138	66,7 %	-	-	33,3 %	-
Haben Sie bei den Hausbesuchen der Pflegeexpertinnen unterstützt?	37	10,8 %	21,6 %	21,6 %	43,2 %	2,7 %
Waren Sie in die Umsetzung des Präventionsplans eingebunden?	46	10,9 %	37 %	37 %	15,2 %	0 %
Waren außer Ihnen noch weitere Personen aus dem Netzwerk der Teilnehmenden in die Intervention eingebunden?	139	48,2 %	-	-	18,7 %	33,1 %

Eigene Darstellung

3.2.4.1 Fremdeinschätzung des Verständnisses der Teilnehmenden

Die Bezugspersonen wurden gebeten, einzuschätzen, ob die Teilnehmenden den Sinn der Intervention verstanden hatten. An t4 gaben 31,8 % (n=27) an, dass die Teilnehmenden den

Sinn verstehen und 35,3 % (n=30), dass sie ihn eher verstehen. 16,5 % (n=14) waren der Ansicht, dass der Sinn eher nicht und 1,2 % (n=1), dass er nicht verstanden wurde. 15,3 % (n=13) konnten dazu keine Aussage machen. An t3/t5 gaben 26,1 % (n=36) der Befragten an, dass der Sinn verstanden wurde, 44,9 % (n=62), dass er eher verstanden, 10,9 % (n=15), dass er eher nicht und 2,2 % (n=3), dass er nicht verstanden wurde. 15,9 % (n=22) machten keine Aussage.

Tabelle 35: Verständnis der Teilnehmenden (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Hat der/die Teilnehmende Ihrer Einschätzung nach den Sinn der Intervention verstanden?	138	2,2 %	10,9 %	44,9 %	26,1 %	15,9 %

Eigene Darstellung

3.2.4.2 Bewertung der Informations- und Beratungsangebote

Die Bezugspersonen wurden zudem gefragt, als wie passend für die Teilnehmenden sie die Beratungen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen bewerteten. An t4 bewerteten 28 % (n=14) diese als passend, 36 % (n=18) als eher passend, 10 % (n=5) als eher nicht passend und 26 % (n=13) machten dazu keine Angabe. An t3/t5 bewerteten die Bezugspersonen die Beratungen in 45,9 % (n=39) der Fälle als passend, in 27,1 % (n=23) als eher passend und in 4,7 % (n=4) als eher nicht passend. 22,4 % (n=19) konnten dazu keine Aussage machen.

Tabelle 36: Bewertung der Beratungsangebote (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Waren die Beratungen durch die Pflegeexpertinnen für den/die Teilnehmende passend?	85	0 %	4,7 %	27,1 %	45,9 %	22,4 %

Eigene Darstellung

3.2.4.3 Bewertung der neuen Versorgungsform

Nutzen

Bezüglich des Nutzens der Intervention wurden die Bezugspersonen nach der Bedarfsgerechtigkeit der Angebote, der Relevanz des Themas Gesundheit für die Teilnehmenden und der Erfüllung von Erwartungen befragt. An t4 waren 14,1 % (n=12) der Befragten der Ansicht, dass die Teilnehmenden genau die Angebote erhielten, die nötig waren. 34,1 % (n=29) stimmten dem eher zu, 14,1 % (n=12) eher nicht und 2,4 % (n=2) nicht zu. 35,3 % (n=30) nahmen keine Einschätzung vor. An t3/t5 gaben 18 % (n=25) der Bezugspersonen an, dass die Teilnehmenden genau die richtigen Angebote erhalten hatten, 35,3 % (n=49) bewerteten dies als eher zutreffend, 10,8 % (n=15) als eher nicht zutreffend und 6,5 % (n=9) als nicht zutreffend. 29,5 % (n=41) machten dazu keine Angabe.

Zudem wurden die Bezugspersonen gefragt, ob die eigene Gesundheit für die Teilnehmenden an Relevanz gewonnen hat. An t4 gaben 38,8 % (n=33) der Befragten an, dass diese an Relevanz gewonnen habe und 28,2 % (n=24), dass sie nicht an Relevanz gewonnen habe. 32,9 % (n=28) trafen dazu keine Aussage. An t3/t5 gaben die befragten Bezugspersonen in

13,8 % (n=19) der Fälle an, dass die eigene Gesundheit für die Teilnehmenden an Relevanz gewonnen und in 39,9 % (n=55) eher an Relevanz gewonnen habe. 15,9 % (n=22) waren der Ansicht, dass sie eher nicht und 9,4 % (n=13), dass sie nicht an Relevanz gewonnen habe. 21 % (n=29) konnten dies nicht einschätzen.

Zum Ende des Interventionszeitraums wurden die Bezugspersonen um ihre Einschätzung dahingehend gebeten, ob sich die Erwartungen der Teilnehmenden an die Intervention erfüllt haben. Aus ihrer Sicht wurden die Erwartungen der Teilnehmenden in 20,3 % (n=28) erfüllt, in 37 % (n=51) eher erfüllt, in 11,6 % (n=16) eher nicht und in 3,6 % (n=5) nicht erfüllt. 27,5 % (n=38) konnten dies nicht einschätzen.

Ebenso wurden die Bezugspersonen nach der Erfüllung ihrer eigenen Erwartungen gefragt. 21,7 % (n=30) beurteilten diese als erfüllt, 30,4 % (n=42) als eher erfüllt, 23,9 % (n=33) als eher nicht erfüllt und 6,5 % (n=9) als nicht erfüllt. 17,4 % (n=24) antworteten mit weiß nicht.

Insgesamt gaben die Bezugspersonen der Intervention t4 (n=78) im Mittel eine Schulnote von 2,9 und an t3/t5 (n=131) im Mittel eine Schulnote von 2,7.

Tabelle 37: Nutzen der Intervention (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Hat der/die Teilnehmende genau die Angebote bekommen, die nötig waren?	139	6,5 %	10,8 %	35,3 %	18 %	29,5 %
Hat die eigene Gesundheit für den/die Teilnehmende an Relevanz gewonnen?	138	9,4 %	15,9 %	39,9 %	13,8 %	21 %
Wurden die Erwartungen des/der Teilnehmenden aus Ihrer Sicht erfüllt?	138	3,6 %	11,6 %	37 %	20,3 %	27,5 %
Wurden Ihre Erwartungen an die Intervention erfüllt?	138	6,5 %	23,9 %	30,4 %	21,7 %	17,4 %

Eigene Darstellung

Darüber hinaus beobachteten die Bezugspersonen zu 45,7 % (n=63) noch einige positive Nebeneffekte bei den Teilnehmenden, die über das Interventionsziel hinausgingen (t3/t5). 16,7 % (n=23) gaben an, dass sie nicht darüber hinaus profitiert hätten und 37,7 % (n=52) konnten dies nicht beurteilen. Der häufigste Mehrwert lag in der Stärkung des Selbstbewusstseins der Teilnehmenden (n=33), einem gesteigerten Wohlbefinden (n=29) sowie einer besseren Stimmungslage (n=25). Hier waren Mehrfachantworten möglich.

Tabelle 38: positive Nebeneffekte der Intervention (Mehrfachnennungen) (t3/t5)

Nebeneffekt	Häufigkeit (n=63)	Prozent
Selbstbewusstsein	33	53,2 %
Wohlbefinden	29	46,8 %
Stimmungslage	25	40,3 %
Soziale Kontakte	24	38,7 %
Freude an Bewegung	18	29,0 %

Psychische Entlastung	18	29,0 %
Selbstständigkeit	18	29,0 %
Reflexionsfähigkeit	17	27,4 %
Tagesstruktur	11	17,7 %
Agilität	10	16,1 %
Lebensfreude	2	3,2 %

Eigene Darstellung

Aufwand und Alltagsbezug

Zum Thema Aufwand und Alltagsbezug wurden die Bezugspersonen zu der Angemessenheit der Anforderungen durch die Intervention, der körperlichen und geistigen Anstrengung der Teilnehmenden durch die Präventionsangebote, dem Entstehen von Stress und den Kosten der Präventionsangebote befragt. Die Anforderungen, die die Intervention an die Teilnehmenden stellte, wurde an t4 zu 56,5 % (n=48) als angemessen bewertet. 10,6 % (n=9) gaben eine Überforderung, 4,7 % (n=4) eine Unterforderung der Teilnehmenden an. An t3/t5 wurden die Anforderungen von 65,2 % (n=90) als angemessen bewertet. Eine Überforderung gaben 7,2 % (n=10) der Befragten an, eine Unterforderung 2,2 % (n=3). 25,4 % (n=35) konnten dazu keine Aussage treffen.

Tabelle 39: Angemessenheit der Anforderungen (t3/t5)

Item	N	unterfordernd	angemessen	überfordernd	weiß nicht
Waren die Anforderungen der Intervention für den/die Teilnehmende...	138	2,2 %	65,2 %	7,2 %	25,4 %

Eigene Darstellung

An t4 bewerteten die Bezugspersonen die körperliche Anstrengung für die Teilnehmenden durch die Präventionsangebote zu 47,1 % (n=40) als tragbar, zu 20 % (n=17) als eher tragbar und zu 1,2 % (n=1) als nicht tragbar. 31,8 % (n=27) konnten keine Einschätzung abgeben. An t3/t5 bewerteten die Bezugspersonen die körperliche Anstrengung bei 50,4 % (n=70) als angemessen, 20,9 % (n=29) fanden sie eher angemessen. Insgesamt 2,8 % (n=4) gaben an, dass die Anstrengung eher nicht angemessen und nicht angemessen war. 25,9 % machten dazu keine Aussage.

Die geistige Anstrengung für die Teilnehmenden durch die Präventionsangebote sahen die Bezugspersonen an t4 zu 51,8 % (n=44) als tragbar, zu 21,2 % (n=18) als eher tragbar und zu 4,7 % (n=4) als nicht tragbar. 22,4 % (n=19) gaben keine Einschätzung ab. An t3/t5 wurden die geistige Anstrengung von 43,2 % (n=60) als angemessen und von 30,2 % (n=42) als eher angemessen bewertet. Insgesamt 6,4 % (n=9) bewerteten die geistige Anstrengung als eher nicht oder nicht angemessen. 20,1 % tätigten dazu keine Einschätzung.

Am Ende der Intervention wurde den Bezugspersonen die Frage gestellt, ob den Teilnehmenden durch die Präventionsangebote Stress entstanden ist. 23,7 % (n=33) gaben an, dass kein Stress entstanden sei, 38,8 % (n=54), dass eher kein Stress, 10,1 % (n=14), dass eher Stress und 0,7 % (n=1), dass Stress entstanden sei. 26,6 % (n=37) antworteten mit weiß nicht.

Zum Thema der Kosten gaben an t4 44,7 % (n=38) der Befragten die Kosten der Präventionsangebote für die Teilnehmenden als tragbar und 12,9 % (n=11) als eher tragbar an. Insgesamt 3,6 % (n=3) bewerteten die Kosten als eher nicht oder nicht tragbar. 38,8 % (n=33) gaben keine Einschätzung ab. Die Bezugspersonen gaben zu t3/t5 mit 45,3 % (n=62) an, dass die Kosten kein Problem dargestellt hätten, und 14,4 % (n=20) äußerten, dass die Kosten eher kein Problem dargestellt hätten. Insgesamt 1,4 % (n=2) der Befragten gaben an, dass die Kosten für die Teilnehmenden nicht oder eher nicht tragbar waren. 38,8 % (n=54) nutzten die Antwortoption weiß nicht.

Tabelle 40: Aufwand durch die Präventionsangebote (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
War die körperliche Anstrengung durch die Präventionsangebote für den/die Teilnehmende tragbar?	139	1,4 %	1,4 %	20,9 %	50,4 %	25,9 %
War die geistige Anstrengung durch die Präventionsangebote für den/die Teilnehmende tragbar?	139	1,4 %	5 %	30,2 %	43,2 %	20,1 %
Ist bei dem/der Teilnehmenden durch die Teilnahme an den Präventionsangeboten Stress entstanden?	139	23,7 %	38,8 %	10,1 %	0,7 %	26,6 %
Waren die Kosten der Präventionsangebote für den/die Teilnehmende / die Familie tragbar?	139	0,7 %	0,7 %	14,4 %	45,3 %	38,8 %

Eigene Darstellung

Fremdeinschätzung der Kommunikation zwischen Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und Teilnehmenden

Die Kommunikation der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen mit den Teilnehmenden wurde von den Bezugspersonen überwiegend als angemessen eingeschätzt. Beurteilt wurde ausschließlich die sprachliche Ebene. An t4 (n=50) bewerteten 84,0 % (n=42) die Komplexität der Sprache als angemessen, 10,0 % (n=5) als zu komplex und 6,0 % (n=3) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 (n=89) wurde die Komplexität von 86,5 % (n=77) als angemessen beurteilt, von 9,0 % (n=8) als zu komplex und 4,5 % (n=4) antworteten mit weiß nicht.

Tabelle 41: Komplexität der Sprache (t3/t5)

Item	N	zu einfach?	angemessen?	zu komplex?	weiß nicht
War die Komplexität der Sprache der Pflegeexpertinnen...	89	0 %	86,5 %	9 %	4,5 %

Eigene Darstellung

Nach 6 Monaten (t4) gaben 36 % (n=18) der Bezugspersonen an, dass sie bei der Kommunikation nicht unterstützen mussten, 54 % (n=27) gaben an, dass dies nur zu Beginn erforderlich war und 10 % (n=5) unterstützten durchgehend die Kommunikation zwischen

Teilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. Nach 12 Monaten (t3/t5) gaben 42,7 % (n=38) der befragten Bezugspersonen an, dass sie bei der Kommunikation zwischen Teilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen nicht unterstützen mussten. 51,7 % (n=46) gaben an, dass sie dies nur zu Beginn getan hatten und 4,5 % (n=4) mussten durchgehend die Kommunikation unterstützen. 1,1 % (n=1) antwortete mit weiß nicht.

Tabelle 42: Unterstützung der Kommunikation (t3/t5)

Item	N	nein	nur zu Beginn	durchgängig	weiß nicht
Mussten Sie die PEs bei der Kommunikation unterstützen?	89	42,7 %	51,7 %	4,5 %	1,1 %

Eigene Darstellung

An t4 schätzten 58 % (n=29) die Kommunikation insgesamt als angemessen und 32 % (n=16) als eher angemessen ein, 4 % (n=2) als eher nicht angemessen und 2 % (n=1) als nicht angemessen. 4 % (n=2) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 gaben 76,4 % (n=68) der Befragten an, dass sie die Kommunikation insgesamt als angemessen einschätzten, 18 % (n=16) als eher angemessen, 2,2 % (n=2) als eher nicht angemessen und 3,4 % (n=3) antworteten mit weiß nicht.

Tabelle 43: Angemessenheit der Kommunikation (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
War die Kommunikation insgesamt angemessen?	89	0 %	2,2 %	18 %	76,4 %	3,4 %

Eigene Darstellung

Kommunikation zwischen Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und Bezugspersonen

Die Fragen zur Kommunikation zwischen den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und den Bezugspersonen konzentrierten sich auf den Informationsfluss. Erfragt wurde der Wunsch der Bezugspersonen nach Informationen, der dann dem tatsächlichen Erhalt der Informationen gegenübergestellt wurde. Insbesondere wurde nach dem Austausch über die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen gefragt. An t4 wollten 63,5 % (n=54) der Befragten über die nächsten Arbeitsschritte informiert werden, 25,9 % (n=22) wollten nicht informiert werden und 10,6 % (n=9) gaben weiß nicht an. 10,6 % (n=9) gaben anschließend an, dass sie tatsächlich regelmäßig informiert wurden, 16,5 % (n=14) wurden eher regelmäßig informiert, 32,9 % (n=28) eher nicht und 37,6 % (n=32) nicht informiert. 2,4 % (n=2) antworteten mit weiß nicht.

An t3/t5 gaben 53,9 % (n=76) der Befragten an, dass sie über nächste Arbeitsschritte informiert werden wollen, 30,5 % (n=43) wollten nicht informiert werden und 15,6 % (n=22) antworteten mit weiß nicht. 19,9 % (n=28) gaben anschließend an, dass sie tatsächlich regelmäßig informiert wurden, 18,4 % (n=26) wurden eher regelmäßig, 30,5 % (n=43) eher nicht und 24,8 % (n=35) nicht informiert. 6,4 % (n=9) gaben weiß nicht an.

Zur Umsetzung der Präventionsmaßnahmen waren an t4 3,5 % (n=3) der Befragten regelmäßig im Austausch mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, 12,9 % (n=11) waren eher regelmäßig, 42,4 % (n=36) eher nicht und 38,8 % (n=33) nicht im Austausch. 2,4 % (n=2)

antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 gaben 9,9 % (n=14) an, dass sie über die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen regelmäßig mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen im Austausch standen, 19,1 % (n=27) standen eher regelmäßig, 35,5 % (n=50) eher nicht und 32,6 % (n=46) nicht im Austausch. 2,8 % (n=4) gaben weiß nicht an.

Tabelle 44: Austausch Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Bezugspersonen (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Wollten Sie von den PEs über die nächsten Arbeitsschritte informiert werden?	141	30,5 %	0 %	0 %	53,9 %	15,6 %
Wurden Sie von den PEs regelmäßig über die nächsten Arbeitsschritte informiert?	141	24,8 %	30,5 %	18,4 %	19,9 %	6,4 %
Standen Sie über die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen im regelmäßigen Austausch mit den Pflegeexpertinnen?	141	32,6 %	35,5 %	19,1 %	9,9 %	2,8 %

Eigene Darstellung

3.2.4.4 Selbstständige Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen

Zum Interventionsende (t3/t5) wurden die Bezugspersonen nach ihrer Einschätzung dahingehend gefragt, ob die Teilnehmenden von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen auf eine selbstständige Teilnahme an Präventionsangeboten nach Interventionsende vorbereitet wurden und ob sie diese zukünftige Teilnahme an den Angeboten für realistisch hielten.

25,2 % (n=35) der Befragten gaben an, dass die Teilnehmenden auf eine selbstständige Teilnahme an Präventionsangeboten vorbereitet wurden. 19,4 % (n=27) waren der Ansicht, dass dies eher, 10,1 % (n=14), dass dies eher nicht und 5 % (n=7), dass dies nicht der Fall war. 40,3 % (n=56) konnten dazu keine Aussage tätigen.

14,4 % (n=20) der Befragten schätzen es als realistisch ein, dass die teilnehmende Person nach der Intervention weiterhin an den Angeboten teilnimmt. 12,2 % (n=17) schätzten dies als eher wahrscheinlich, 41,7 % (n=48) als eher nicht wahrscheinlich und 14,4 % (n=20) als nicht wahrscheinlich ein. 17,3 % (n=24) nutzten die Antwortoption weiß nicht.

Tabelle 45: Selbstständigkeit bei der Teilnahme an Präventionsangeboten (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Wurden die Teilnehmenden auf die selbstständige Teilnahme an den Präventionsangeboten nach Ablauf des Projekts vorbereitet?	139	5 %	10,1 %	19,4 %	25,2 %	40,3 %
Halten Sie es für wahrscheinlich, dass der/die Teilnehmende nach Projektende selbstständig an den Präventionsangeboten teilnimmt?	139	14,4 %	41,7 %	12,2 %	14,4 %	17,3 %

Eigene Darstellung

3.2.4.5 Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Teilnehmenden

Die Bezugspersonen wurden gefragt, welche Präventionsthemen die Teilnehmenden mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen bearbeitet haben. Zu den behandelten Themen sollte dann ein möglicher Wissenszuwachs sowie Verhaltensänderungen der Teilnehmenden beurteilt werden.

An t4 gaben 57,6 % (n=49) der Befragten an, dass das Thema Bewegung mit dem Teilnehmenden behandelt wurde, 7,1 % (n=6), dass das Thema nicht behandelt wurde und 35,3 % (n=30) wussten nicht, ob Bewegung bearbeitet wurde. Etwas dazu gelernt (8,2 %, n=4) und eher etwas dazu gelernt (34,7 %, n=17) haben 42,9 % (n=21) der Befragten. 26,5 % (n=13) hatten eher nicht und 12,2 % (n=6) nicht den Eindruck, dass etwas dazugelernt wurde. 18,4 % (n=9) konnten dazu keine Aussage treffen. Eine positive (2 %, n=1) oder eher positive (34,7 %, n=17) Verhaltensänderung im Bereich Bewegung beobachteten an t4 36,7 % (n=18). 63,3 % (n=31) konnten keine Veränderung feststellen. 57,6 % (n=80) gaben an t3/t5 an, dass das Thema Bewegung behandelt wurde, 2,9 % (n=4), dass Bewegung nicht behandelt wurde. 39,6 % (n=55) gaben an, dies nicht zu wissen. Etwas dazu gelernt (20,3 %, n=16) und eher etwas dazu gelernt (31,6 %, n=25) im Bereich Bewegung haben laut den Bezugspersonen insgesamt 51,9 % (n=41). 31,6 % (n=25) gaben an, dass eher nichts und 7,6 % (n=6), dass nichts dazugelernt wurde. Das Verhalten in diesem Bereich positiv verändert (10,1 %, n=8) oder eher positiv verändert (30,4 %, n=24) haben laut Bezugspersonen 40,5 % (n=32) der Befragten. 59,5 % (n=47) gaben an, keine Veränderung zu sehen.

Tabelle 46: Veränderung Bewegung (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Wurde das Thema Bewegung im Projekt behandelt?	139	2,9 %	-	-	57,6 %	39,6 %
Haben Sie den Eindruck, dass der/die Teilnehmende im Bereich Bewegung etwas dazu gelernt hat?	79	7,6 %	31,6 %	31,6 %	20,3 %	8,9 %
		negative	eher negative	keine	eher positive	positive
Haben Sie Veränderungen im Verhalten des/der Teilnehmenden im Bereich Bewegung bemerkt?	79	0 %	0 %	59,5 %	30,4 %	10,1 %

Eigene Darstellung

An t4 gaben 76,5 % (n=65) der befragten Bezugspersonen an, dass Ernährung thematisiert wurde, 1,2 % (n=1), dass Ernährung nicht thematisiert wurde und 22,4 % (n=19) konnten dazu keine Aussage machen. Etwas dazu gelernt (15,4 %, n=10) oder eher dazugelernt (40 %, n=26) haben laut Bezugspersonen 55,4 % (n=36) der Teilnehmenden. 26,2 % (n=17) hatten eher nicht und 7,7 % (n=5) nicht den Eindruck, dass etwas dazugelernt wurde. Positive (6,2 %, n=4) oder eher positive (35,4 %, n=23) Verhaltensänderungen wahrgenommen haben 41,6 % (n=27) der Befragten. 56,9 % (n=37) nahmen keine Veränderung und 1,5 % (n=1) eher negative Veränderungen wahr.

An t3/t5 gaben 67,6 % (n=94) der Bezugspersonen an, dass die Teilnehmenden das Thema Ernährung bearbeiteten, 1,4 % (n=2) gaben an, dass das Thema nicht behandelt wurde und 30,9 % konnten dazu keine Aussage machen. 27,7 % (n=26) der Befragten gaben an, dass die teilnehmende Person etwas über Ernährung dazu gelernt hat und 34 % (n=32), dass die teilnehmende Person eher etwas dazu gelernt hat. 20,2 % (n=19) hatten eher nicht und 10,6 % (n=10) nicht den Eindruck, dass etwas dazugelernt wurde. Positive (12,9 %, n=12) und eher positive (32,3 %, n=30) Verhaltensänderungen nahmen insgesamt 45,2 % (n=42) der befragten Bezugspersonen wahr. 50,5 % (n=47) hatten keine Veränderungen bemerkt, 3,2 % (n=3) eher negative und 1,1 % (n=1) negative Veränderungen.

Tabelle 47: Veränderung Ernährung (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Wurde das Thema Ernährung im Projekt behandelt?	139	1,4 %	-	-	67,6 %	30,9 %
Haben Sie den Eindruck, dass der/die Teilnehmende im Bereich Ernährung etwas dazu gelernt hat?	94	10,6 %	20,2 %	34 %	27,7 %	7,4 %
		negative	eher negative	keine	eher positive	positive
Haben Sie Veränderungen im Verhalten des/der Teilnehmenden im Bereich Ernährung bemerkt?	93	1,1 %	3,2 %	50,5 %	32,3 %	12,9 %

Eigene Darstellung

An t4 gaben 48,2 % (n=41) der Befragten an, dass das Thema Stress behandelt wird, 8,2 % (n=7), dass das Thema nicht behandelt wird und 43,5 % (n=37) tätigten dazu keine Einschätzung. An t4 gaben insgesamt 46,3 % (n=19) der Befragten an, dass die teilnehmende Person etwas dazu gelernt (12,2 %, n=5) oder eher etwas dazugelernt (34,1 %, n=14) hat. 31,7 % (n=13) hatten eher nicht und 4,9 % (n=2) nicht den Eindruck, dass etwas dazugelernt wurde. Laut 50,5 % (n=17) gab es eine eher positive (36,6 %, n=15) oder positive (4,9 %, n=2) Veränderung. 53,7 % (n=22) konnten keine Veränderung feststellen. 4,9 % (n=2) bemerkten eine eher negative Veränderung.

Von den Bezugspersonen gaben 60,4 % (n=84) an t3/t5 an, nicht zu wissen, ob Stress behandelt wurde. 1,4 % (n=2) gaben an, dass das Thema nicht bearbeitet wurde. Bei 38,1 % (n=53) wurde Stress als Thema behandelt. Der überwiegende Teil der Befragten gab an, den Eindruck zu haben, der*die Teilnehmer*in habe etwas (20,8 %, n=11) oder eher etwas (43,4 %, n=23) im Bereich Stress dazu gelernt. 22,6 % (n=12) hatten eher nicht und 5,7 % (n=3) nicht den Eindruck, dass etwas dazugelernt wurde. 1,9 % (n=1) bemerkten eine positive und 49,1 % (n=26) eine eher positive Veränderung, 43,4 % (n=23) keine Veränderung und 5,7 % (n=3) eine eher negative Veränderung.

Tabelle 48: Veränderung Stress (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Wurde das Thema Stress im Projekt behandelt?	139	1,4 %	-	-	38,1 %	60,4 %
Haben Sie den Eindruck, dass der/die Teilnehmende im Bereich Stress etwas dazu gelernt hat?	53	5,7 %	22,6 %	43,4 %	20,8 %	7,5 %
		negative	eher negative	keine	eher positive	positive
Haben Sie Veränderungen im Verhalten des/der Teilnehmenden im Bereich Stress bemerkt?	53	0 %	5,7 %	43,4 %	49,1 %	1,9 %

Eigene Darstellung

An t4 gaben 50,6 % (n=43) der Befragte an, nicht zu wissen, ob Sucht behandelt wurde. 35,3 % (n=30) gaben an, dass das Thema nicht behandelt wurde und 14,1 % (n=12), dass das Thema behandelt wurde. Etwas dazu gelernt (16,7 %, n=2) und eher etwas dazu gelernt (41,7 %, n=5) haben an t4 58,4 % (n=7). 33,3 % (n=4) haben eher nichts und 8,3 % (n=1) nichts dazugelernt. Eher positive Verhaltensänderungen wahrgenommen haben 41,7 % (n=5). Keine Veränderungen wahrgenommen haben 58,3 % (n=7). An t3/t5 gaben 58,3 % (n=81) der Befragten an, dass sie nicht wüssten, ob das Thema Sucht behandelt wurde. 30,2 % (n=42) gaben an, dass das Thema nicht bearbeitet wurde und 11,5 % (n=16), dass die Teilnehmenden das Thema bearbeiteten. Von diesen 16 hatten nach Einschätzung der Bezugspersonen drei Teilnehmende (18,8 %) etwas dazugelernt, fünf Teilnehmende (31,3 %) eher etwas dazugelernt, vier Teilnehmende (25 %) eher nichts und zwei Teilnehmende (12,5 %) nichts dazugelernt. 68,8 % (n=11) gaben an, keine Verhaltensänderung im Bereich Sucht, 25 % (n=4) eher positive Veränderungen und 6,3 % (n=1) negative Veränderungen bei den Teilnehmenden wahrzunehmen.

Tabelle 49: Veränderung Sucht (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Wurde das Thema Sucht im Projekt behandelt?	139	30,2 %	-	-	11,5 %	58,3 %
Haben Sie den Eindruck, dass der/die Teilnehmende im Bereich Sucht etwas dazu gelernt hat?	16	12,5 %	25 %	31,3 %	18,8 %	12,5 %
		negative	eher negative	keine	eher positive	positive
Haben Sie Veränderungen im Verhalten des/der Teilnehmenden im Bereich Sucht bemerkt?	16	6,3 %	0 %	68,8 %	25 %	0 %

Eigene Darstellung

3.2.4.6 Bewertung der Beziehungsgestaltung und der Zusammenarbeit mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Die Bezugspersonen wurden zunächst zu ihrer Fremdeinschätzung der Beziehung zwischen Teilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und zu ihrer Wahrnehmung der Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Beziehung befragt.

An t4 gaben 58 % (n=29) der Bezugspersonen an, dass eine gute Beziehung und 24 % (n=12), dass eine eher gute Beziehung zwischen den Teilnehmenden und den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen bestand. 4,0 % (n=2) sahen die Beziehung als eher nicht gut an. 14 % (n=7) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 gaben 75,9 % (n=66) der Befragten an, dass eine gute Beziehung zwischen Teilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen bestand, 16,1 % (n=14) schätzten sie als eher gut ein. 8 % (n=7) antworteten mit weiß nicht.

An t4 gaben 64,7 % (n=55) an, dass die Teilnehmenden zufrieden mit ihrer Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erscheinen, 20 % (n=17) schätzten sie als eher zufrieden und 8,2 % (n=7) als eher nicht zufrieden ein. 7,1 % (n=6) gaben weiß nicht an. An t3/t5 hatten 62,4 % (n=88) der Bezugspersonen den Eindruck, dass die Teilnehmenden zufrieden mit der Beziehung waren, 22 % (n=31), dass sie eher zufrieden und 5 % (n=7), dass sie eher nicht zufrieden waren. 10,6 % (n=15) antworteten mit weiß nicht.

Tabelle 50: Beziehung Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Teilnehmende (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Haben Sie den Eindruck, dass zwischen dem/der Teilnehmenden und den Pflegeexpertin*nnen ein gutes Verhältnis bestand?	87	0 %	0 %	16,1 %	75,9 %	8 %
Haben Sie den Eindruck, dass der/die Teilnehmende zufrieden mit der Beziehung zu den PEs war?	141	0 %	5 %	22 %	62,4 %	10,6 %

Eigene Darstellung

Die Bezugspersonen wurden ebenso zur Zusammenarbeit mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen befragt. Erfragt wurden Erreichbarkeit, Zuverlässigkeit bei Absprachen und Terminen, Problembewältigung und Einsatz für die Vermittlung der Teilnehmenden in Präventionsangebote. An t4 gaben 86,0 % (n=74) der Befragten an, dass sie wussten, wie sie die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erreichen können, 9,3 % (n=8) wussten dies nicht, 4,7 % (n=4) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 wussten 77,8 % (n=112) wie sie die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erreichen können, 13,9 % (n=20) gaben an, dies nicht zu wissen. 8,3 % (n=12) antworteten mit weiß nicht.

Zur Einhaltung von Terminen gaben an t4 68,6 % (n=59) an, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen diese zuverlässig einhielten, 23,3 % (n=20) schätzten sie als eher zuverlässig und 2,3 % (n=2) als eher nicht zuverlässig ein. 5,8 % (n=5) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 gaben 73,6 % (n=106) an, dass die Termine zuverlässig eingehalten wurden, 11,1 % (n=16) beurteilten sie als eher zuverlässig und 1,4 % (n=2) als eher nicht zuverlässig.

13,9 % (n=20) antworteten mit weiß nicht. An t4 gaben 66,3 % (n=57) der Befragten an, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen sich zuverlässig an Absprachen hielten, 12,8 % (n=11) schätzten sie als eher zuverlässig und 1,2 % (n=1) als eher nicht zuverlässig ein. 19,8 % (n=17) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 gaben 72,9 % (n=105) an, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen sich zuverlässig an Absprachen hielten, 6,9 % (n=10) schätzten sie als eher zuverlässig, 1,4 % (n=2) als eher nicht und 0,7 % (n=1) als nicht zuverlässig bei Absprachen ein. 18,1 % (n=26) antworteten mit weiß nicht.

Die Fähigkeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, aufkommende Probleme gut bewältigen zu können, schätzten an t4 27,9 % (n=24) der Befragten als gut, 22,1 % (n=19) als eher gut, 9,3 % (n=8) als eher nicht gut und 1,2 % (n=1) als nicht gut ein. 39,5 % (n=34) konnten dazu keine Angabe machen. An t3/t5 gaben 28,5 % (n=41) der befragten Bezugspersonen an, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gut mit aufkommenden Problemen umgehen konnten, 29,9 % (n=43) bewerteten dies als eher gut, 8,3 % (n=12) als eher nicht gut und 0,7 % (n=1) als nicht gut. 32,6 % (n=47) konnten dies nicht einschätzen.

Auf die Frage, ob die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen sich dafür eingesetzt haben, den Teilnehmenden die Teilnahme an einem Präventionsangebot zu ermöglichen, beantworteten an t4 34,1 % (n=29) der Bezugspersonen mit ja, 16,5 % (n=14) mit eher ja, 12,9 % (n=11) mit eher nein und 4,7 % (n=4) mit nein. 31,8 % (n=27) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 gaben 48,6 % (n=70) der Befragten an, dass sich die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen für die Vermittlung in Angebote eingesetzt haben, 16,7 % (n=24), dass sie sich eher dafür eingesetzt haben. 4,2 % (n=6) waren der Meinung, dass sie sich eher nicht und 2,1 % (n=3), dass sie sich nicht dafür eingesetzt haben. 28,5 % (n=41) konnten dazu keine Angabe machen.

Tabelle 51: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – Bezugspersonen (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Wussten Sie, wie Sie die Pflegeexpertinnen erreichen können?	144	13,9 %	0 %	0 %	77,8 %	8,3 %
Haben die Pflegeexpertinnen die Termine zuverlässig eingehalten?	144	0 %	1,4 %	11,1 %	73,6 %	13,9 %
Haben die Pflegeexpertinnen Absprachen zuverlässig eingehalten?	144	0,7 %	1,4 %	6,9 %	72,9 %	18,1 %
Konnten die Pflegeexpertinnen aufkommende Probleme gut bewältigen?	144	0,7 %	8,3 %	29,9 %	28,5 %	32,6 %
Haben die Pflegeexpertinnen sich dafür eingesetzt, dem/der Teilnehmenden die Teilnahme an einem Kurs zu ermöglichen?	144	2,1 %	4,2 %	16,7 %	48,6 %	28,5 %

Eigene Darstellung

Die Bezugspersonen wurden anschließend zu ihrer Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit befragt. Dabei unterschieden sich die Formulierungen der Fragen für die Gruppe der Angehörigen von denen der professionellen Bezugspersonen.

Zur Frage nach der Zufriedenheit der professionellen Bezugspersonen mit ihrer Zusammenarbeit mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen waren an t4 27 % (n=20) zufrieden, 33,8 % (n=25) eher zufrieden, 20,3 % (n=15) eher nicht zufrieden und 2,7 % (n=2) nicht zufrieden. 16,2 % (n=12) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 waren die professionellen Bezugspersonen in 41,7 % (n=50) der Fälle zufrieden, in 26,7 % (n=32) eher zufrieden mit der Zusammenarbeit. 9,2 % (n=11) zeigten sich eher nicht zufrieden und 5,8 % (n=7) nicht zufrieden. 16,7 % (n=20) antworteten mit weiß nicht.

Die professionellen Bezugspersonen gaben an t4 zu 48,6 % (n=36) an, auf Augenhöhe mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zusammengearbeitet zu haben. Jeweils 9,5 % (n=7) antworteten auf die Frage mit eher ja, eher nein und nein. 23 % (n=17) machten dazu keine Angabe. An t3/t5 nahmen 55 % (n=66) die Zusammenarbeit auf Augenhöhe wahr, 15,8 % (n=19) schätzten sie als eher auf Augenhöhe, 6,7 % (n=8) als eher nicht und 8,3 % (n=10) als nicht auf Augenhöhe ein. 14,2 % (n=17) machten keine Angabe.

Tabelle 52: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen – professionelle Bezugspersonen (t3/t5)

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Waren Sie mit der Zusammenarbeit mit den Pflegeexpertinnen zufrieden?	120	5,8 %	9,2 %	26,7 %	41,7 %	16,7 %
Haben Sie mit den Pflegeexpertinnen auf Augenhöhe zusammengearbeitet?	120	8,3 %	6,7 %	15,8 %	55 %	14,2 %

Eigene Darstellung

Die Angehörigen wurden gefragt, ob sie die Unterstützung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen als hilfreich empfanden. An t4 stimmten 63,6 % (n=7) zu, 18,2 % (n=2) eher zu und 9,1 % (n=1) eher nicht zu. Ebenfalls 9,1 % (n=1) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 schätzten 52,4 % (n=11) die Unterstützung als hilfreich und 23,8 % (n=5) als eher hilfreich ein. Jeweils 4,8 % (n=1) ordneten sie als eher nicht und nicht hilfreich ein. 14,3 % (n=3) antworteten mit weiß nicht.

An t4 stimmten 72,7 % (n=8) der Angehörigen zu, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen ihnen auf Augenhöhe begegneten, 27,3 % (n=3) antworteten mit weiß nicht. An t3/t5 gaben 71,4 % (n=15) an, dass die Begegnungen auf Augenhöhe stattfanden, 14,3 % (n=3) sahen sie eher auf Augenhöhe und 14,3 % (n=3) antworteten mit weiß nicht.

Tabelle 53: Zusammenarbeit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen - Angehörige

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht
Haben Sie die Unterstützung durch die Pflegeexpertinnen als hilfreich empfunden?	21	4,8 %	4,8 %	23,8 %	52,4 %	14,3 %
Haben Sie das Gefühl, dass die Pflegeexpertinnen Ihrer Familie auf Augenhöhe begegnet sind?	21	0 %	0 %	14,3 %	71,4 %	14,3 %

Eigene Darstellung

Alle Bezugspersonen wurden gebeten, ihre Zufriedenheit mit ihrer eigenen Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen anzugeben. An t4 gaben 37,6 % (n=32) an, zufrieden mit der Beziehung zu sein, 18,8 % (n=16) waren eher zufrieden, 4,7 % (n=4) eher nicht zufrieden und 2,4 % (n=2) nicht zufrieden. 1,2 % (n=1) wählten weiß nicht und 35,3 % (n=30) antworteten, dass es keine Beziehung gegeben habe. An t3/t5 waren die Bezugspersonen in 45,4 % (n=64) der Fälle insgesamt zufrieden und in 17 % (n=24) eher zufrieden. 2,1 % (n=3) waren eher nicht und 1,4 % (n=2) nicht zufrieden. 1,4 % (n=2) wählten weiß nicht aus und 32,6 % (n=46) antworteten, dass es keine Beziehung gab.

Tabelle 54: Zufriedenheit mit der Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Item	N	nein	eher nein	eher ja	ja	weiß nicht	es gab keine Beziehung
Waren Sie mit insgesamt mit Ihrer eigenen Beziehung zu den Pflegeexpertinnen zufrieden?	141	1,4 %	2,1 %	17 %	45,4 %	1,4 %	32,6 %

Eigene Darstellung

Insgesamt bewerteten die Bezugspersonen der Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen an t4 (n=78) im Mittel mit der Schulnote von 2,5 und am Ende des Interventionszeitraums (n=131) im Mittel mit der Note von 2,2.

3.3 Ergebnisse der Dokumentenanalyse

3.3.1 Stichprobe

Insgesamt konnten 88 Dokumentationen aus der Interventionsgruppe analysiert werden, davon 30 aus der ersten und 58 aus der zweiten Kohorte.

3.3.2 Formale Kriterien der Dokumentation

3.3.2.1 Pünktliches Vorliegen und Vollständigkeit der Präventionspläne

Die Dokumentationen wurden auf das Vorliegen eines Präventionsplans, die Pünktlichkeit des Vorliegens und die Vollständigkeit der Pläne hin überprüft. Dabei ergab sich folgendes Bild:

In allen übermittelten Fällen (n=88) lag ein Präventionsplan vor. In 54 Dokumentationen lag der Präventionsplan pünktlich nach 2 Monaten vor (61,4 %). Bei den 30 verspäteten Plänen (34,1 %) und 4 unklaren Fällen (4,5 %) wurden die Gründe für die Verspätung häufig nicht benannt (n=25; 73,5 %). In drei Fällen wurden Schwierigkeiten in der Terminvereinbarung angegeben (8,8 %), in einem Fall befand sich ein*e Teilnehmende*r auf einer Rehamaßnahme (2,9 %). Aus manchen Dokumentationen war zudem ersichtlich, dass die anfänglichen drei Präventionsbesuche auf mehr als drei Termine aufgeteilt wurden, wodurch ein Zeitverzug entstand (n=4; 11,8 %).

Ein vollständiger erster Präventionsplan mit Diagnosen, Zielen, Maßnahmen und Erfolgsparametern lag in 24 Dokumentationen vor (27,3 %). Von den Fällen, in denen pünktlich nach zwei Monaten ein Präventionsplan vorlag, waren insgesamt 14

Präventionspläne vollständig (25,9 %). In den 64 unvollständigen Plänen (72,7 %) fehlten am häufigsten Informationen zu den Erfolgskriterien (n=58; 90,6 %).

3.3.2.2 Regelmäßige Evaluation der Präventionspläne

Geplant war eine regelmäßige Evaluation der Präventionspläne alle zwei Monate durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. Keiner der analysierten Präventionspläne wurde über den Interventionszeitraum von einem Jahr in diesem Rhythmus aktualisiert. Es fehlten jeweils mindestens zwei bis maximal fünf Evaluationen. Im Mittel fehlten 3,4 Aktualisierungen.

3.3.2.3 Erhalt eines Motivationsvideos

In keiner Dokumentation wurde über Motivationsvideos berichtet.

3.3.2.4 Erhalt umfangreicher individueller Beratungs- und Informationsangebote

Zum Thema der Beratungs- und Informationsangebote wurde zunächst die gesamte Anzahl der Kontakte zwischen den Teilnehmenden und den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen betrachtet. Zudem wurde überprüft, in wie viele Termine sich die fest geplanten vier Präventionsbesuche in der Umsetzung aufteilten. Im Anschluss wurden die Anzahl der Einzelberatungen, aufgeteilt nach Präventionsthemen, und die Teilnahme an den Gruppenberatungen aus den Dokumentationen extrahiert.

Die Teilnehmenden hatten im Einzelfall zwischen 4 und 26 Kontakte mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. Im Mittel trafen sie sich 13,1-mal. Die geplanten vier Termine für die Präventionsbesuche wurden bei den meisten Teilnehmenden auch in der geplanten Häufigkeit umgesetzt (n=43; 48,9 %). Auch die Aufteilung auf fünf Termine wurde häufig durchgeführt (n=23; 26,1 %).

Bei 47 Teilnehmenden wurden von Pflege- und Gesundheitsexpertinnen durchgeführte Einzelberatungen im Präventionsbereich Bewegung dokumentiert. Die meisten Teilnehmenden erhielten eine Beratung (n=24; 27,3 %).

Bei 76 Teilnehmenden wurden Einzelberatungen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zum Thema Ernährung dokumentiert. Die meisten Teilnehmenden hatten eine (n=20; 26,3 %), zwei (n=11; 14,5 %), drei (n=14; 18,4 %) oder vier Beratungen (n=10; 13,2 %). Bei einzelnen Teilnehmenden wurden mehr als sieben Beratungen durchgeführt (n=6).

Bei 58 Teilnehmenden wurden Einzelberatungen zum Thema Stress dokumentiert. Die meisten Teilnehmenden erhielten eine (n=21; 36,2 %) oder zwei Beratungen (n=17; 29,3 %). Zwei Teilnehmende erhielten 12 und 14 Einzelberatungen.

Bei 15 Teilnehmenden wurden Einzelberatungen zum Thema Sucht dokumentiert. Die meisten Teilnehmenden erhielten eine Beratung (n=7; 46,67 %).

Insgesamt nahmen 40 Fälle an 58 Gruppenberatungen teil, wobei einzelne Fälle mehrfach vertreten waren. 26 Teilnehmende nahmen an der Gruppenschulung zum Thema Ernährung teil, 22 an der Gruppenschulung Stressbewältigung und 10 Teilnehmende besuchten die Gruppenschulung zum Thema Bewegung.

3.3.2.5 Dokumentation der Gründe und Auswirkungen von Krankenhauseinweisungen, nicht-routinemäßigen Ärzt*innenbesuchen sowie Veränderungen des Pflegegrades der Teilnehmenden und Analyse ihrer Bedeutung für Prävention der Zielgruppe

In 13 Fällen sind Krankenhauseinweisungen im Interventionszeitraum (14,8 %) dokumentiert. Insgesamt fanden 16 Krankenhauseinweisungen statt. Eine teilnehmende Person wurde dreimal stationär behandelt, zweimal aufgrund neuer gesundheitlicher Probleme. Eine weitere teilnehmende Person wurde zweimal ins Krankenhaus eingewiesen. Die meisten stationären Aufnahmen erfolgten aufgrund von neuen gesundheitlichen Problemen (n=7; 43,8 %). Andere Gründe waren eine Verschlechterung bereits bestehender Erkrankungen (n=4; 25 %), ein Unfall (n=3; 18,8 %) oder psychische Probleme, die eine akute psychiatrische Behandlung notwendig machten (n=2; 12,5 %).

Bei den meisten Teilnehmenden wurden die Auswirkungen der Krankenhauseinweisung auf den Präventionsplan nicht explizit beschrieben (n=11; 84,6 %). Die zwei dokumentierten Auswirkungen auf den Präventionsplan sind zum einen der verstärkte Verzehr von Süßigkeiten durch Stress, sowie die körperliche und geistige Erschöpfung nach einem 'Zusammenbruch', die die Umsetzung einer geplanten Maßnahme verhinderte.

Es wurden in keiner Dokumentation die Änderungen des Pflegegrads im Interventionszeitraum dokumentiert. In einem Fall bleibt es unklar, ob es eine Veränderung des Pflegegrads gab.

Bei 32 Teilnehmenden sind ungeplante Ärzt*innenbesuche dokumentiert (36,4 %). Insgesamt wurden 42 ungeplante Ärzt*innenbesuche dokumentiert, wobei bei einigen Teilnehmenden mehr als ein Besuch beschrieben wurde. Die Dokumentation der Gründe für den Ärzt*innenbesuch erfolgte bei 31 Teilnehmenden (96,8 %). Die Gründe waren häufiger neue Gesundheitsprobleme (n=27; 64,3 %) als die Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung (n=15; 35,7 %). In 15,6 % der Fälle, in denen ein ungeplanter Ärzt*innenbesuch dokumentiert wurde, wurde auch ein Effekt auf den Präventionsplan dokumentiert (n=5). Die Folgen der ungeplanten Ärzt*innenbesuche auf den Präventionsplan waren, dass die Ausübung von Sport nicht mehr möglich war, die Ernährung umgestellt werden musste, neue verordnete Therapien sowie eine eingeschränkte Mobilität.

Die Dokumentation enthält darüber hinaus keine Informationen zur durchgeführten Analyse der Bedeutung der Gründe für die Maßnahmen der Prävention. Daher kann der zweite Teil der Fragestellung auf Grundlage der Dokumentation nicht beantwortet werden.

3.3.3 Inhaltliche Kriterien

3.3.3.1 Maßnahmen zur Förderung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Teilnehmenden

In 55,7 % der Fälle wurden im Präventionsplan ab dem 8. Monat keine speziellen Maßnahmen aufgeführt, die der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Teilnehmenden nach dem Projekt dienten (n=49).

3.3.3.2 Verständlichkeit der Maßnahmen für die Teilnehmenden

In 94,3 % der Dokumentationen (n=83) war keine Aussage zu finden, ob und wie viele Maßnahmen verstanden oder nicht verstanden wurden. In fünf Fällen wurde dokumentiert,

dass Maßnahmen nicht verstanden wurden (5,7 %). In zwei Fällen wurde dokumentiert, dass die Maßnahmen allgemein nicht verstanden wurden (2,3 %). Bei zwei Fällen wurde eine Maßnahme nicht verstanden (2,3 %) und bei einem Fall zwei Maßnahmen (1,1 %).

3.3.3.3 Umsetzung der geplanten Präventionsmaßnahmen

Insgesamt wurden 1182 geplante Maßnahmen und 692 durchgeführte Maßnahmen dokumentiert. Dabei waren nicht alle durchgeführten Maßnahmen auch geplant. Bei den geplanten Maßnahmen wurden häufig eigenständige Maßnahmen (n=451) und externe Angebote (n=389) beschrieben. Bei den durchgeführten Maßnahmen wurden vermehrt individuelle Maßnahmen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen dokumentiert (n=390).

Tabelle 55: Geplante und durchgeführte Maßnahmen nach Art

Art der Maßnahme	Geplant	Durchgeführt
Vermittlung/Begleitung zu anderen Gesundheitsakteur*innen	83	24
Eigenständige Maßnahmen	451	109
Individuelle Maßnahmen durch Pflegeexpertinnen	162	390
Gruppenberatungen durch Pflegeexpertinnen	38	46
Externe Angebote	389	99
Maßnahmen durch soziales Netzwerk	59	13
Maßnahmen zur Verstetigung/Weiterführung	-	7
Insgesamt bei n=88 Fällen	1182	692

Eigene Darstellung

Die Gründe, warum Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Das größte Hindernis bei der Umsetzung stellen personenbezogene Aspekte dar, wie psychische Schwierigkeiten bzw. Symptome und fehlende Motivation der Teilnehmenden dar. Ein weiterer hemmender Faktor bei der Maßnahmenumsetzung sind behinderungsbedingte Einschränkungen. Dazu zählen Aspekte wie Analphabetismus, kognitive Einschränkungen wie Vergesslichkeit und Verständnisprobleme, eingeschränkte Möglichkeit der Kommunikation und Konzentrationsschwierigkeiten. Auch ihr Tagesrhythmus erschwerte manchen Teilnehmenden die Umsetzung, z. B. zeitliche Einschränkungen bei Terminen durch einen verschobenen Schlafrythmus oder morgendlicher Zeitstress, durch den auf die Vorbereitung gesunder Mahlzeiten verzichtet wurde. Weiterhin stellen Terminabsagen, strukturelle Rahmenbedingungen und fehlende finanzielle Ressourcen Gründe für eine fehlende Maßnahmenumsetzung dar.

Tabelle 56: hemmende Faktoren bei der Umsetzung

Oberkategorie	Unterkategorie	Häufigkeit (n=88)
Interaktion		
	Terminabsagen/-ausfall	26
	Teilnehmende/r nicht erreichbar	6
	Bearbeitung zu vieler Themen	5

	Schwierigkeiten bei der Terminabsprache	2
	Uneinigkeit im Bezugssystem	2
	Thema wird außerhalb des Projekts behandelt	1
Strukturelle Faktoren		
	Strukturelle Rahmenbedingungen	98
	Kosten/finanzielle Ressourcen	34
Personenbezogene Faktoren		
	Psychische Schwierigkeiten	63
	Behinderungsbedingte Einschränkungen	50
	Fehlende Motivation der Teilnehmenden	47
	Körperliche Einschränkungen	48
	Ablehnung gesundheitsfördernder Maßnahmen	34
	Überforderung	30
	Fehlende Unterstützung durch das Netzwerk	28
	Belastung durch externe Faktoren	22
	Fehlende zeitliche Ressourcen	13
	Müdigkeit	11
	Tagesrhythmus	7
	Ungeplante Ereignisse	8
	Keine externen Angebote gewünscht	3
	Fehlende technische Ausstattung	1

Eigene Darstellung

Zu den strukturellen Rahmenbedingungen zählen bspw. ausgefallene oder verschobene Gesundheitskurse, ein zu weiter Fahrtweg zu diesen Kursen, ausgebuchte Kurse oder Unzufriedenheit der Teilnehmenden mit den Kursen. Weiterhin zählen Terminüberschneidungen mit vorhandenen Terminen oder Arbeitszeiten, technische Probleme mit dem Handy, fehlende Ressourcen in der Häuslichkeit (z. B. kein Kühlschrank vorhanden) oder unveränderbare Strukturen auf der Arbeitsstätte (z. B. es gibt keine geplante Mittagspause) in dieser Kategorie.

Unter die Belastung durch externe Faktoren zählen familiäre Konflikte, Konflikte auf der Arbeit der Teilnehmenden sowie ungeplante Krankenhausaufenthalte und/oder Unfälle.

3.3.3.4 Selbstständigkeit der Teilnehmenden bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen

In 68 von 88 analysierten Fällen wurden verschiedene Maßnahmen aus allen vier Handlungsfeldern von Prävention dokumentiert, die die Teilnehmenden selbstständig umsetzten. Aufgenommen wurden hierbei Maßnahmen, die am Ende des Interventionszeitraumes selbstständig von den Teilnehmenden durchgeführt wurden. Selbstständig meint in diesem Zusammenhang die Durchführung der Maßnahmen ohne die Hilfe von Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen oder weiterer Personen aus dem Netzwerk der Teilnehmenden.

Im Handlungsfeld Bewegung waren dies sowohl Sportgruppen (z. B. Ball-, Lauf-, Reha- und andere Sportgruppen), die die Teilnehmenden besuchten, als auch Individualsportarten (z. B.

Fahrradfahren, Fitnessstudio, Schwimmen). Ebenso setzten die Teilnehmenden Bewegungsmaßnahmen zu Hause/im Alltag um (z.B. Bewegungsübungen mit dem Theraband, Hometrainer, Schrittzähler). Die am häufigsten dokumentierte Bewegungsart waren Spaziergänge (n=9). Im Bereich Ernährung wurden diverse Maßnahmen mit dem Ziel einer gesünderen Ernährung umgesetzt. Ein häufiger Ansatz waren Methoden, die es den Teilnehmenden erleichtern, bereits beim Einkaufen gesunde Lebensmittel zu identifizieren, wie die Yuka-App, der Umgang mit dem Nutri-Score und Nährwerttabellen (n=22). Die Teilnehmenden achteten darauf, ihren Zuckerkonsum zu reduzieren (n=22), mehr gesunde Lebensmittel wie Obst und Gemüse zu essen (n=15) und auf eine angemessene Trinkmenge (n=12). Auch externe Angebote wie Ernährungsberatungen (Einzel- und Gruppenberatungen) und Kochkurse wurden von den Teilnehmenden besucht. Im Bereich Stressbewältigung dominierten verschiedene Methoden zur Entspannung wie autogenes Training oder Traumreisen (n=23). Außerdem steigerten die Teilnehmenden ihre sozialen Kontakte und arbeiteten daran, identifizierte Stressoren zu beseitigen. Auch tagesstrukturierende Maßnahmen und Methoden zum Umgang mit Gefühlen wandten die Teilnehmenden zur Stressbewältigung an. Der Bereich Sucht wurde am seltensten bearbeitet. Die Teilnehmenden setzten hier Maßnahmen wie die Reduktion des Suchtmittelkonsums (Koffein, Medien, Nikotin, Kaufen) sowie den Besuch einer Suchtberatung um.

Betrachtet man entsprechend des Outputkriteriums 5 nur die regionalen Präventionsangebote, ohne die individuellen, im eigenen Zuhause durchgeführten Maßnahmen, ergibt sich folgendes Bild: In 27 Fällen konnten die Teilnehmenden selbstständig an Präventionsangeboten teilnehmen. Darunter wurde die Teilnahme an Sportangeboten (n=20), einer Kochgruppe (n=4), einer Entspannungsgruppe (n=1), einer Ernährungsberatung (n=6) und einer Suchtberatung (n=1) dokumentiert. Die Angaben hierzu enthalten Mehrfachnennungen.

3.3.3.5 Positive Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen

Die Darstellung der Veränderung der Teilnehmenden erfolgt auf der Grundlage des bearbeiteten Handlungsfeldes von Prävention/Präventionsbereiche. Die Präventionsbereiche Stress, Ernährung und Bewegung wurden von fast allen Teilnehmenden verfolgt. 52 Teilnehmende hatten zudem Maßnahmen im Bereich Sucht (59,1 %).

Tabelle 57: Bearbeitete Präventionsbereiche

Präventionsbereiche	Häufigkeit	Prozent der Fälle
Stress	87	98,9
Ernährung	88	100
Bewegung	84	95,5
Sucht	52	59,1

Eigene Darstellung

In 45 Fällen wurden positive Verhaltensänderungen im Bereich der Bewegung beschrieben (51,1 %). Dabei wurden bei 14 Teilnehmenden zwei Verbesserungen dokumentiert, bei den anderen jeweils eine. Die meisten Veränderungen wurden im Bereich der vermehrten Durchführung von Individualsport (n=22; 37,3 %), Förderung der alltäglichen Bewegung (n=19;

32,2 %) und der erhöhten Teilnahme an Gruppensport-Angeboten (n=17; 28,82 %) erzielt. Bei 52 Teilnehmenden wurde eine positive Verhaltensänderung im Bereich der Ernährung dokumentiert (59,1 %), wobei für 20 Teilnehmende mehr als eine Veränderung vermerkt wurde. Häufige Veränderungen waren der vermehrte Konsum von gesunden Lebensmitteln (n=20; 25,3 %), die Verwendung von Apps zur Orientierung während des Einkaufs (n=16; 20,3 %), eine Erhöhung der Trinkmenge (n=14; 17,7 %) und eine Orientierung bei der Auswahl von Lebensmitteln anhand der Nährwerte (n=11; 13,9 %). Im Präventionsbereich Stress wurden bei 38 Teilnehmenden positive Verhaltensänderungen dokumentiert (43,2 %). Dabei hatten 8 Teilnehmende mehr als eine Veränderung. Im Bereich Stress wurde am häufigsten das Anwenden von Methoden zur Stressregulation genannt. Weitere positive Verhaltensänderungen sind die Reduzierung von Stressoren und die Ausweitung von sozialen Kontakten.

Insgesamt wurde bei 52 von den 88 Teilnehmenden Sucht als Präventionsthema gewählt. Bei 43 Teilnehmenden wurde eine positive Verhaltensänderung dokumentiert (48,9 %). Bei 9 der 43 Fälle haben sich in zwei Aspekten Verbesserungen gezeigt. Die positiven Verhaltensänderungen im Bereich Sucht äußerten sich als ein reduzierter Alkohol-, Koffein-, Medien-, Nikotin- und Zuckerkonsum sowie die Inanspruchnahme einer Suchtberatung, einer besseren Kontrolle über Ausgaben und einer Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Für die anderen 56,8 % wurden keine Veränderungen angegeben.

3.4 Ergebnisse der qualitativen Stakeholder-Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie detailliert dargestellt. Dafür wird zunächst die Stichprobe beschrieben, ein Überblick über das Kategoriensystem gegeben und auf essenzielle Ergebnisse Bezug genommen. Die Zitierweise der Interviews unterscheidet sich dabei bewusst zwischen den Teilstudien: In den qualitativen Interviews mit verschiedenen Stakeholdergruppen wird ‚Pos. XY‘ verwendet, um die zahlreichen Zitate übersichtlich und nachvollziehbar zuzuordnen. In den partizipativen Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung, die nur eine Teilnehmendengruppe umfassen, werden Textstellen als ‚Absatz XY‘ angegeben.

3.4.1 Stichprobe

Im qualitativen Teil der Evaluation wurden 86 Einzelinterviews und ein Fokusgruppeninterview geführt. Die Stichprobe setzte sich zusammen aus: N=26 Studienteilnehmenden, N=19 professionell unterstützenden Personen (17 Bezugs- und 2 Arbeitsassistenten), N=15 Angehörigen (davon 10 gesetzlich Betreuende), N=11 Leistungserbringenden von Präventionsangeboten und N=8 Pflege- und Gesundheitsexpertinnen (von denen 7 doppelt interviewt wurden und somit insgesamt N=15 Interviews mit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen vorliegen) sowie ein Fokusgruppeninterview mit den Pflegeexpertinnen.

3.4.2 Überblick über das Kategoriensystem

Die qualitativen Daten wurden anhand einer Orientierung an den Leitfäden in acht deduktive Oberkategorien und eine übergeordnete Querschnittskategorie strukturiert, die sich aus den verschiedenen Leitfragen ergaben. Die Oberkategorien beinhalten:

- die Teilnahme am Projekt
- die Rolle der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen
- die Involviertheit aller Stakeholder in den Interventionsprozess
- die Zusammenarbeit zwischen Stakeholdern und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen
- die Präventionsbesuche, Begleitung und durchgeführte Maßnahmen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen
- die besuchten Präventionsangebote
- (selbst-/ und fremdwahrgenommene) Auswirkungen der Intervention

Die übergeordnete Querschnittskategorie bezieht sich auf die Beurteilung der Intervention und identifiziert insbesondere Gelingensbedingungen und Herausforderungen zur Umsetzung der Intervention, Verbesserungsvorschläge und Nachhaltigkeitsaspekte. Alle Subkategorien der jeweiligen Oberkategorien wurden induktiv gebildet und lassen detaillierte Erkenntnisse zu.

3.4.3 Ergebnisse

3.4.3.1 Teilnahme am Projekt

Die Motivation zur Teilnahme am Projekt beschreiben Studienteilnehmende vorrangig damit, etwas Neues lernen und ausprobieren zu wollen.

"I: Warum wollten Sie denn dort mitmachen? B: Ich arbeite an mir selber und ich möchte meine Erfahrungen oder sonstiges oder Kenntnisse aufrüsten sowie auch was Neues dazulernen." (TN-13, Pos.4-5)

Der extern zugeschriebene Bedarf durch professionell unterstützende Personen und Angehörige geht zumeist auf spezifische gesundheitliche Notwendigkeiten, wie Gewichtsabnahme, Suchtbekämpfung, gesündere Ernährung und mehr Bewegung zurück.

"Ja, also er hat Bedarf bei der Ernährung. Man muss bei ihm sehr darauf achten, dass er eben auch Ballaststoffe zu sich nimmt. Ansonsten würde er nur Toastbrot und so was essen, was auch schon zur Folge hatte, dass es eben bei der Verdauung Probleme gab und beim Abführen Probleme gab, dass wir da interveniert haben. Einkaufen, er kann alleine einkaufen, kauft dann aber immer das Gleiche." (PU-77, Pos. 15)

Bezüglich der Erwartungen an das Projekt äußerten die professionell unterstützenden Personen und Angehörigen überwiegend, dass sie vor Projektbeginn keine konkreten Erwartungen gehabt hätten.

"Unsere Erwartung war also erst mal nicht allzu groß. Bei uns lag der Fokus eher so, okay, ist ein Vorteil für die Klienten. Da kommt noch mal jemand anderes, der ein bisschen anderen Umgang hat, der vielleicht auch einen anderen Input bringt, der vielleicht auch noch mal so Dinge rauskitzeln kann. Ja, wo manchmal im Alltag auch einfach keine Zeit für ist, muss man ehrlich sagen." (PU-77, Pos. 77)

Die Anmeldung zur Projektteilnahme erfolgte in erster Linie in Begleitung der professionell unterstützenden Personen, der Angehörigen oder der Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen (PE).

"Ich habe mich selber entschieden, mich da anzumelden. Aber PE1 hat mich angemeldet. Ich habe mich bei PE1 angemeldet. Und P1 hat auch mitgemacht, meine Mitbewohnerin." (TN-25, Pos. 189)

"Ja, ich habe ihr das dann vorgestellt und erzählt, was das ist. Ich glaube, wir hatten auch einen Flyer, ich meine digital, haben uns das zusammen angeguckt. Das fand sie dann direkt ganz interessant, und dann haben wir da zusammen angerufen und dann angemeldet, (...)." (PU-08, Pos. 17)

"Und wir haben dann quasi diese ganzen Unterlagen dann ausgefüllt und haben sie dann / das haben wir dann gemeinsam gemacht, haben sie dann direkt im Krankenhaus O2 abgegeben. Dass er eben daran teilnehmen möchte, da musste man ja einiges ausfüllen." (GB-21, Pos. 127)

Darüber hinaus beschreiben verschiedene Stakeholdergruppen in Bezug auf den Anmeldeprozess die vorherige Information über das Projekt durch Flyer oder Informationsveranstaltungen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen im sozialen Umfeld (Arbeitsplatz, Wohnort, sozialer Treffpunkt) der Teilnehmenden.

"Im I1, da habe ich auch so Flyer geguckt und dann habe ich gedacht, ich melde mich mal an. Dazu habe ich Lust mich anzumelden." (TN-09, Pos. 5)

"Ja, unsere Leitung hat davon erfahren. Und dann gab es einen Termin im sozialen Treffpunkt mit all unseren Klienten und Klientinnen. Und da kamen eben ein paar Damen dann an, die das ganze Projekt erklärt haben. Und dann haben sich drei von acht unserer betreuten Menschen eben dafür entschieden, das zu machen. Wir haben vorher aber auch Werbung bei den anderen gemacht. Die waren da aber nicht so begeistert, so angetan." (PU-44, Pos. 5)

3.4.3.2 Rolle der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen nehmen in der neuen Versorgungsform einen relevanten Stellenwert ein. Ihnen werden verschiedene Funktionen zugeschrieben, z. B. werden vermittelnde, vernetzende und koordinierende Tätigkeitsfelder beschrieben.

"Und sie, die PE1, hat ja auch eine größere Reichweite und das ist total hilfreich, wenn man so einen Menschen hat, der eine andere Reichweite noch hat [...] Das finde ich gut, dass [...] auch, wenn sie nachher geht, ist es so, dass diese Informationen oder die Fachkompetenz, die sie ja hatte, auch die Informationen und das, was sie so auch mitbringt an Information, hat sie an meine Assistenzbetreuerin auch weitergegeben." (TN-75, Pos. 103)

"PE1 hat uns zum Beispiel auch den Kontakt zu einer Ernährungsberatung gegeben, die das auch per Zoom machen würde, also per Videokonferenz." (GB-70, Pos. 123)

"Sie hat ja sozusagen eruiert, dass da ein Bedarf ist überhaupt, wahrscheinlich festgestellt. Und hat dann überlegt, wie können wir den decken, und wo kriegen wir dafür Unterstützung? So würde ich jetzt für diesen Fall, den wir hatten, ihre Rolle da einordnen. Und hat dann eben auch das Management gemacht, ne, so, der muss mit und so machen wir das. Und die beste Zeit ist

dann, also die Koordinierung der Beratungsmaßnahme hier bei uns auch dann hergestellt." (AN-84, Pos. 29)

Darüber hinaus werden mit der Rolle der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen motivierende, beratende, unterstützende und begleitende Funktionen verbunden.

"Ja, die Pflegeexpertin, wie gesagt, sie gibt die Impulse, motiviert." (GB-57, Pos. 37)

"Oder haben auch schon mal so Ideen gesagt, ob man das schon mal gemacht hat oder so Hinweise gegeben. Das fand ich irgendwie sehr hilfreich, ja." (GB-34, Pos. 3)

"Einmal waren wir einkaufen. Da hat sie mir gezeigt, wo ich drauf achten könnte oder was ich nicht essen sollte wegen meiner Gastritis. Hat sie mir so Packungen gezeigt und so. Da meinte sie, wo ich denn hingehen würde, was ich essen würde und dann habe ich ihr das gezeigt. Und Fertignahrung, hat sie mir gesagt, das stand auch auf der Liste drauf, sollte ich nicht essen. Wegen der Gastritis, weil ganz so Fertigsachen verträgt mein empfindlicher Magen nicht." (TN-75, Pos. 89)

"(...). Das ist eigentlich die Dame, die jetzt gerade die Initiative ergreift für unsere Tochter, die sich kümmert, die die Termine macht, die P1 abholt. Also, sprich, an die Hand nimmt, begleitet (...)." (GB-61, Pos. 39)

"Ja, also klar, einerseits ist es ja cool, dass jemand sehr eng die P2 begleitet und halt auch erst mal zu diesen Angeboten mitgeht, das ist natürlich halt erst mal sozusagen auch der Türöffner und dass man dann halt nicht alleine irgendwo hingeht. Und das kann dadurch überhaupt ermöglicht werden." (PU-59, Pos. 59)

Die Expertinnen selbst finden identische Beschreibungen ihrer eigenen Rolle und fügen Gesundheits-, Pflege- und sozialpädagogische, didaktische und kommunikative Kompetenzen hinzu.

"Dass wir, ich würde sagen auf jeden Fall Expertinnen im Bereich Gesundheit sind und vor allen Dingen im Bereich Prävention, also in den vier Präventionsbereichen (...)." (PE-FG-87, Pos. 15)

"Ansonsten ja, das Pädagogische auf jeden Fall. Auch so kommunikative Kompetenzen, um gerade auch zu vermitteln zwischen den Teilnehmenden und dann auch dem Unterstützungsnetzwerk oder halt auch da dann auch in den Austausch gehen zu können." (PE-78, Pos. 39)

Methodisch haben sich die Berücksichtigung individueller Wünsche bzw. die Personenorientierung, die Projektmaterialien und die Anregung zur Reflexion und Wiederholung bewährt.

"Dann habe ich dann immer ein bisschen was mitgebracht. Meistens ging es dann so ein bisschen los mit, ja, was esse ich gerne? Was mag ich? Was mag ich nicht? Ich habe ganz viel Material. Immer so Bilder von verschiedenen Lebensmitteln. Dass wir da sortiert haben. Was ist gesund, was ungesund? Also, einfach so ein bisschen arbeiten zu dem Thema, um zu gucken, was weiß derjenige schon? Was kann der? Was möchte er gerne? Wo kann man gut ansetzen, ne?" (PE-69, Pos. 5)

"Dass das halt immer wieder aufgegriffen wurde, hat natürlich dazu geführt, dass auch eine Auseinandersetzung einfach dann stattgefunden hat." (PU-59, Pos. 13)

Darüber hinaus wurden die Visualisierung und Verschriftlichung von Inhalten sowie die Verwendung von Leichter Sprache als zielführende Methoden von Teilnehmenden angeführt.

"Sie hat das immer so gemacht, dass sie mir das aufgeschrieben hat und dass wir so ein bisschen aufpassen, dass das auf mich zugeschnitten ist. Ne, das ist immer bei mir ganz wichtig, weil ansonsten ist es aus den Augen, aus dem Sinn. Kann ja auch nicht so ganz richtig sein." (TN-73, Pos. 333)

"Also wo er Ängste hat zum Beispiel und hat das visuell mit ihm, weil er nicht lesen kann, also total toll erfasst. Also das war also wirklich irre." (PU-45, Pos. 5)

"Einfache Sprache hat sie angewandt. Das ist super. Weil, da sind halt / Das ist halt auch die Schwierigkeit, dass schwierige Worte / oder wenn es halt zu komplex wird, dass es für sie zu schwierig wird. Dann halt die / das zu verstehen. Und daher, die haben ganz / war ganz gut. Sie hat sie jetzt da irgendwie (...). (PU-31, Pos. 26)

3.4.3.3 Involviertheit aller Stakeholder

Die professionell unterstützenden Personen und die Angehörigen zeichnen sich vorrangig dadurch aus, dass sie bereits Vorarbeiten zu gesundheitlichen Themen mit Studienteilnehmenden leisteten und den Prozess der Intervention durch die Übernahme organisatorischer Aufgaben unterstützten. Außerdem halfen sie bei der Umsetzung der Maßnahmen und Angebote indem sie z. B. mit den Studienteilnehmenden gemeinsam nach neuen Gewohnheiten einkaufen gehen oder zu Präventionsangeboten begleiten.

"Was natürlich dann auch, wie ich schon erzählt habe, in den Alltag übergegriffen ist, sodass sich das auch bei uns thematisiert hat und wir die Möglichkeit hatten, mit ihr über diese Themen zu sprechen und sie da halt auch in beratender Funktion auch zu unterstützen. Oder halt auch im Praktischen, ob wir da mit ihr einkaufen gehen oder über Nahrungsmittel sprechen oder halt auch einen Plan aufstellen, was man dann halt zum Beispiel einkauft." (PU-59, Pos. 23)

"Teilweise habe ich sie dann auch zu den Veranstaltungen gefahren, weil sie nicht sehr mobil ist. Also was heißt nicht mobil, sondern weil sie selbstständig nicht dahinfahren kann. (GB-70, Pos. 5)

Ob die Stakeholder bei den Präventionsbesuchen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen anwesend waren und Kenntnisse über Inhalte der Intervention hatten, wurde je nach Interesse und Bedürfnissen der Teilnehmenden sehr unterschiedlich gehandhabt.

"Ich habe relativ wenig mitbekommen. Aber ich weiß, welche Ziele P1 hatte. Die hat das dann ja auch schriftlich festgehalten, beziehungsweise PE1 hat das festgehalten." (PU-44, Pos. 27)

"Ja, also, da habe ich tatsächlich eine Sitzung sehr gut in Erinnerung. Also, ich war immer dabei, also wirklich immer, weil meine Tochter Angst hat vor neuen Situationen und vor Menschen, die sie nicht so gut kennt, sich schnell überfordert fühlt. Und ansonsten, wenn ich jetzt nicht da gewesen wäre, und immer gesagt hätte "Du, ich bin ja dabei, und wir schaffen das, und du kennst ja auch die Personen schon die da kommt" dann hätte sie diese Treffen auch immer abgesagt." (GB-34, Pos. 11)

"Bei diesen Besuchen war ich nicht dabei. Die hat er alleine gemacht. Wir haben im Nachhinein darüber gesprochen." (PU-46, Pos. 3)

3.4.3.4 Zusammenarbeit zwischen Stakeholdern und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Die Zusammenarbeit fand vor allem zwischen den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen durch gegenseitige Beratung, Diskussion und gemeinsame Entwicklung von Interventionsmaterialien statt.

Die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen arbeiteten ebenfalls häufig mit den professionell unterstützenden Personen und Angehörigen zusammen. Diese besteht zumeist aus organisatorischen Absprachen per Telefon oder inhaltlicher Informationsweitergabe.

"Ich selber habe ein paar, also im Austausch mit der Pflegeexpertin, schöne Ideen gefunden und die sind sehr gut vernetzt, das heißt, ich konnte auch ein bisschen profitieren von ihrem Netz. Das ist noch nicht in der Umsetzung bei uns, wir haben uns jetzt erst mal ausgetauscht, ich habe ein paar Sachen kennengelernt." (PU-12, Pos. 21)

3.4.3.5 Präventionsbesuche und Begleitung

Die Besonderheiten der ersten drei Präventionsbesuche wurden im Biographischen Brettspiel, der Vorbereitung durch das Stammdatenblatt, der Durchführung der verschiedenen Assessments, der Ressourcen- und Netzwerkkarte und der Erstellung des Präventionsplans durch die Ampelmethode verortet.

"Dann haben wir eigentlich den ersten Termin so gestaltet, das ging erst mal um ein Kennenlernen und um die Beziehung quasi erst mal aufzubauen. Und haben ein biografisches Brettspiel durchgeführt. Und haben halt versucht, so viel wie möglich von der Teilnehmerin kennenzulernen. Auch wie sie lebt, wie ihre Lebensumstände sind, was sie beruflich macht, warum sie sich jetzt für das Projekt angemeldet hat." (PE-01, Pos. 5)

"Wir haben einmal Ressourcen. Da ist es so ein bisschen, was habe ich, was habe ich nicht? Was kann ich gut, was kann ich nicht gut? Und dann gibt es noch mal Stärken und bei dem Stärkenblatt gehen wir tatsächlich auch so ein bisschen auf die Arbeit ein. Also, wo sind meine Stärken auf der Arbeit? Wo sind meine Stärken im Kontakt mit anderen Leuten und wo sind meine Stärken in meiner Freizeit? So ein bisschen, dass man da so ein bisschen unterteilt. Und dann nochmal das Netzwerk, wo man guckt, okay, gut, wo sind Leute, die mich auf der Arbeit unterstützen, in meiner Freizeit aus meiner Familie und Freundeskreis?" (PE-06, Pos. 49)

"Und dann haben wir uns, die Ampelmethode gibt so verschiedene Aussagen vor, dass man überlegen kann, trifft das auf mich zu, habe ich da Veränderungsbedarf und wie bewerte ich das zum Beispiel. Im Bereich Bewegung, ich habe wenig Kraft, ist es so erstmal, ja nein, wie finde ich denn das eigentlich, finde ich das gut oder finde ich das schlecht, und dann nochmal möchte ich denn da überhaupt was dran verändern." (PE-02, Pos. 41)

"Genau, und dann, wenn wir den Präventionsplan erstellen, das ist wieder ganz schön für die Teilnehmer. Weil sie dann einen wirklich einen großen Plan bekommen, auf dem einen Weg aufgemalt ist mit einem Berg. (...). Genau, und dann erstellen wir die Maßnahmen, und die schreibe ich dann auf den Weg, der dann diesen Berg da hoch geht, und da ist es auch wieder sehr unterschiedlich. Die meisten brauchen da ziemlich viel Hilfe. Also wenn ich dann frage: "Okay, was möchtest du denn gerne machen?" Da haben die meisten nicht wirklich eine Idee

bei. Die brauchen viel Hilfestellung, und dann gebe ich so Vorschläge, möchtest du einen Kochkurs machen? Ja, das kann ich mir vorstellen. Dann schreiben wir das auf, und dann habe ich aber auch zwei Teilnehmerinnen, die ganz genau wissen, was sie machen wollen. Und die mir ja gesagt haben: "Ich will abnehmen, und ich muss dafür das machen und das machen und das machen, und das und das und das." Und das habe ich dann, schreibe ich dann alles auf, und dann gucken wir dann danach, okay, und was brauchst du dann von mir? Wie kann ich dich dabei unterstützen?" (PE-03, Pos. 55)

Die Begleitung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zwischen dem dritten Hausbesuch und dem letzten Besuch nach einem Jahr gestaltete sich je nach Fall unterschiedlich. Es wurden edukative Beratungen durchgeführt, nach externen Angeboten gesucht und angemeldet, Aktivitäten durchgeführt und sich spielerisch gesundheitlichen Themen genähert.

"Und dann ist es halt sehr unterschiedlich, je nach Thema. Also, entweder wir erarbeiten was zu den Themenbereichen. Wir recherchieren nach Angeboten. Oder wir planen die nächsten Maßnahmen." (PE-69, Pos. 47)

"Genau, und dass wir aber manchmal tatsächlich auch selber Infos mitbringen. Also, es gibt Teilnehmer, die wollen nicht raus, oder die können nicht raus. Oder das, was sie sich vorstellen, gibt es einfach in diesem Umkreis nicht. Und dann ist es auch so, dass wir selber mal irgendwie kleine Arbeitsblätter zum Thema Ernährung mitbringen." (PE-67, Pos. 11)

"Die, die sagen, sie möchten irgendwie was im Außen machen, für die habe ich einfach viel recherchiert, denen die Angebote / Also, wir drucken denen immer alles aus. Wir machen eigentlich nicht so viel digital. Und, genau, denen das zusammengestellt. Gezeigt: "Schau mal, wir haben hier das, das und das. Was passt für dich?" Also, ganz viel planen und organisieren, auch. Die dabei unterstützen, dass wir das irgendwie hinkriegen, dass der Termin dann auch so stattfindet." (PE-65, Pos. 25)

3.4.3.6 Maßnahmen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Die Maßnahmen, die die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen selbst durchgeführt oder die Studienteilnehmenden dazu angeleitet haben, beziehen sich im Bereich Ernährung auf die Ernährungsumstellung, (gemeinsames) einkaufen gehen und kochen, Dokumentation des Ernährungsverhaltens oder die Nutzung von Apps zum Einkaufen.

"Also beim letzten Mal haben sie sich, mit denen ich gekocht habe, haben sie sich ein Käse-Schinken-Auflauf ausgesucht. Und da gucke ich dann, wie man das dann / Also um ihnen dann zu erklären, dass wir vielleicht noch ein Salat dazu machen oder noch Gemüse da mit reinschnippeln, um dann immer wieder auch darauf einzugehen, was wir schon besprochen haben, dass man halt Gemüse essen soll und so was. Dann gehen wir einkaufen. Dann gucken wir so ein bisschen auch beim Einkaufen darauf, was, worauf man achten kann, beim Einkauf, dass es gesündere Lebensmittel sind. Und dann kochen wir gemeinsam und essen auch gemeinsam. Dann gehe ich auch mal mit Leuten auch nur einkaufen. Also wir gehen in den nächsten Supermarkt. Die zeigen mir, was sie normalerweise einkaufen. Und dann, je nachdem wie fit sie auch sind, kann ich auch zum Beispiel den Nutri-Score so ein bisschen erklären." (PE-78, Pos. 5)

"Und ich habe jetzt auch eine Yuka-App von PE1 runtergeladen bekommen und da kann ich immer von irgendwelchen Getränken oder Essen Dinge angucken, wie viel Zucker oder ob das gut ist oder so. Oder ob das nicht gut ist oder Alternativen gibt, und da gucke ich dann immer, ob es Alternativen gibt." (TN-30, Pos. 3)

Im Bereich Bewegung bewegen sich die Maßnahmen auf Spaziergänge oder Laufen, die Durchführung von Home-Workouts (z.T. mit Hilfe von Apps) und die Steigerung von Alltagsbewegungen.

"Also wir hatten vereinbart, dass ich erst mal so zum Beispiel eine Stunde spazieren gehe oder eine halbe Stunde, so je nachdem, wie viel. Ich gucke nach der Arbeit, so körperlich, wie ich so belastbar bin." (TN-35, Pos. 15)

"Und auch da mache ich Sensibilisierung, dass ich ihnen dann diejenigen, die keine Lust auf Sportangebote haben, zum Beispiel, dass ich dann gucke, ob wir dann auch mal zusammen rausgehen, Spaziergehen oder Fahrradfahren. Ich habe eine Teilnehmerin gehabt, die im Rollstuhl sitzt. Mit der habe ich relativ häufig, wenn ich gekommen bin, immer Bewegungsübungen gemacht im Sitzen oder so Sitztanz zum Beispiel haben wir auch mal gemacht." (PE-78, Pos. 5)

Des Weiteren wurden bei Bedarf Übungen zur Stressbewältigung und Entspannungstechniken vermittelt.

"Ja, tatsächlich haben sie auch Stressübung gemacht. Und also es ging auch schon so los einfach mit wie kann ich mich selbst irgendwie ein bisschen regulieren? Oder welche Berührungen tun mir gut in welchen Situationen? Und auch wie / Also auch so eine Art Gefühlstagebuch gab es auch. Wie habe ich mich in bestimmten Situationen gefühlt? Und was habe ich denn gemacht? Und was könnte ich stattdessen machen? (PU-46, Pos. 21)

"Ich glaube, die haben auch irgendwie so, ich sage mal, so eine Meditations-CD irgendwie sich angehört. (...). Also auch viel so, das Gespräch einfach so, ne? Oder auch mit der Atmung kann man ja auch, sage ich mal, so Stress regulieren. So was hatte sie mir erzählt. (PU-23, Pos. 44-47)

Zudem wurden seitens der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen Schulungen zu den vier Handlungsfeldern von Prävention im jeweiligen Bezirk vorgenommen, die später zu einer allgemeinen Gesundheitsschulung geändert wurden.

"Und dann haben wir uns dieses Jahr entschieden, das zusammenzufassen zu einem Gesundheitstag. Der jetzt auch zwei Stunden geht. Und da alle Themenbereiche so einmal abzudecken. Also in die Überlegung hat auch hineingespielt, dass die Angebote für Sucht letztes Jahr eigentlich gar nicht genutzt wurden. Da hat kein einziges Angebot dann stattgefunden. Weil es zu wenig Anmeldungen waren. Und wir gesagt haben, das ist aber ein wichtiges Thema, was vielleicht aber so ein bisschen eine hohe Hürde ist, da hinzugehen. Zu sagen: "Okay, das ist ein Thema für mich, deswegen gehe ich dahin." Und jetzt haben wir das alles zusammen, jetzt kommt das einfach auch dran, ohne dass man sich speziell dafür anmelden muss." (PE-62, Pos. 75)

3.4.3.7 Externe Präventionsangebote

Externe Präventionsangebote wurden durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen vorrangig durch die Vernetzungsarbeit im Bezirk, die allgemeine Recherche, Programm- und Angebotshefte und die Sozialraumanalyse identifiziert.

"Wir haben aber auch zusammen dann geguckt, im Erwachsenenbildungskatalog nach Kursen oder im Internet, auf Webseiten von Sportvereinen, wo es Kurse gibt, die geeignet wären." (PE-69, Pos. 5)

"Mit der Sozialraumanalyse haben wir sehr, sehr viele Partner im Sozialraum, also jeder für seinen Stadtteil einfach auch gefunden. Wir haben da auch Angebote drin, also Hamburger Sportbund, Behinderten- und Reha-Sportverband Hamburg und auch Apps und kleinere Angebote. Also da sind schon viele Sachen drin, die man auch vermitteln kann." (PE-04, Pos. 27)

Der Anmeldeprozess wurde meistens von den Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen oder der teilnehmenden Person selbst vorgenommen.

"B: Nein, PE1 hat mir geholfen. PE1 hat mir das rausgefunden. I: Okay. Und Ihnen dann gezeigt. B: Ja. I: Und dann haben Sie sich angemeldet. B: Ja. I: Okay. B: Mit ihrer Hilfe. Die hat mit mir zusammen gemacht." (TN-25, Pos. 239-245)

"Und dann habe ich mich angemeldet beim Probetraining und ist auch gut verlaufen das Probetraining." (TN-37, Pos. 23)

Der erste Termin eines externen Angebots wurde zumeist in Begleitung der Pflege- oder Gesundheitsexpertin oder allein (mit vorherigem Wegetraining) umgesetzt.

"Und dann habe ich dann natürlich das dann halt auch erst mal ausgewählt zum Ausprobieren. Da waren wir dann zusammen." (PE-69, Pos. 13)

"I: (...) Und ist PE1 da mit hingekommen oder haben Sie nur den Weg geübt zusammen? B: Ich habe mit ihr nur den Weg geübt und danach bin ich immer öfters was alleine dahingefahren. I: Okay. War PE1 auch beim ersten Mal dabei beim Tanzen? B: Nein. I: Nein, nur den Weg geübt? B: Ja." (TN-74, Pos. 113-118)

Im Bereich Ernährung wurde zumeist eine Ernährungsberatung aufgesucht oder ein Kochkurs besucht.

"Ja. Eigentlich auch hauptsächlich Ernährung. Genau. Da waren wirklich viele interessiert und es gibt so ein, zwei gute Ernährungsberatungsstellen. (PE-01, Pos. 53)

"Und jetzt, demnächst ist P1 aber zur Ernährungsberatung am O1, was da irgendwie vom I1 angeboten wird, da hat sie ihn für angemeldet. (GB-16, Pos. 11)

"Aber in puncto Ernährung ist was passiert. Da ist P1 angemeldet worden zu einem Seminar, beziehungsweise, ja, zu einem Kochkurs, ne? Der fand hier um die Ecke statt." (PU-44, Pos. 31)

Im Präventionsbereich Bewegung wurden unterschiedliche Angebote, wie Fitnessstudio, Judo, Schwimmen, Hockey, Fußball, Yoga oder Tanzen besucht.

"B: Und bei Sport halt, da wollte ich gerne mal eine Freundin und Kollegin von mir, die auch blind ist, beim Judo. Und da wollte ich mal in ihre Judo-Gruppe reinschnuppern, ob das vielleicht was für mich ist. (TN-11, Pos. 15)

"B: Und von daher wird dann die Pflegeexpertin mich zum Judo dann begleiten. I: Haben Sie dafür schon einen Termin dann festgelegt, der in der Zukunft ist, oder ist das nur erst mal so angedacht? B: So angedacht, dass wir am 25.07. da mal vorbeischauen." (TN-11, Pos. 23-25)

"Und für Bewegung / Genau, die Entscheidung war halt Bewegung als oberste Priorität. Und diesem Thema ist sich also wirklich auch handfest angenommen worden, indem jetzt ein Probetermin als Sportangebot vereinbart wurde, der Anfang nächsten Monats wahrgenommen wird." (GB-61, Pos. 11)

"Ja, das ist ein / Na, da ist ein Sportverein. Das ist schon ein Sportverein, der Fitnessgeräte hat, aber auch Kurse gibt. Aber eben nur Sportvereinskurse, nicht so diese Profitstudioangebote. Das ist der entscheidende Unterschied. Man muss es ja auch finanzieren können, so." (GB-61, Pos. 19)

Zudem wurden Stressbewältigungs- und Meditationskurse im Präventionsbereich Stress vermittelt.

"Ja, und so Entspannungstherapien habe ich gemacht. Ja, alles, sehr gutgetan. Ja." (TN-48, Pos. 29)

"Dann haben wir noch hier so einen / Da war noch so ein Gruppenangebot, ein oder / nein, zwei, wo ich noch mitgemacht habe. Diesen Corazón-Kurs. Das war ganz gut." (TN-54, Pos. 101)

3.4.3.8 Auswirkungen der Intervention

Zu den selbst- oder fremdwahrgenommenen Auswirkungen die aufgrund der Präventionsangebote, der Maßnahmen und der Besuche durch die Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen identifiziert werden konnten, gehören 1. die Verhaltensänderung (z. B. Ernährungsumstellung), 2. die Wissenserweiterung, 3. das gesteigerte Wohlbefinden, 4. das Bewusstsein für die eigene Gesundheit, 5. die Steigerung der Motivation und 6. der körperliche Effekt (z.B. Gewichtsabnahme).

1. Verhaltensänderung (z. B. Ernährungsumstellung)

"Und da mache ich dann auch eine ganze Menge, dass ich zum Beispiel, na, sage mal, (...) Bananen esse, so was zum Beispiel, ne? Damit das eben halt so ein bisschen, meistens mittags, dass ich so ein bisschen was noch zusätzlich habe. Und ich / Wenn ich jetzt morgens / Wenn Pause ist, dann habe ich immer dieses / Das kann ich Ihnen gleich mal zeigen. Und das klappt eigentlich auch ganz gut, muss ich sagen." (TN-73, Pos. 91)

"Und gleichzeitig waren auch, ja, neue Rezepte, die ausprobiert werden sollten. Was auch teilweise beim / Also jetzt nicht im Bereich Kochen umgesetzt wurde, aber zum Beispiel das Frühstück irgendwie umzugestalten. Dass er irgendwie ein anderes Müsli genommen hat, eine Milchalternative. Da einfach Dinge ausprobiert hat." (PU-46, Pos. 17)

2. Wissenserweiterung

"(...), wie zum Beispiel Hohes C, wo sie so meinte, das hat auch Zucker. Das wusste ich nicht, dass das auch Zucker hat. Sie meinte, ungefähr so acht Löffel sind da drin so. Und dann hat sie gesagt, dass ich das mit Wasser verdünnen kann. Dass das so eben halt gemischt ist, dass man nicht so ganz viel Zucker hat. So Sachen hat sie mir geraten, die man an Süßigkeiten / Also süße Saft so machen kann, dass man auch ein bisschen, ja, halt Ernährung darauf achten kann." (TN-35, Pos. 39)

"Und erzählte auch relativ erfolgreich so, was er alles gelernt hat, so im Umgang mit Produkten, wo jetzt versteckte Kohlenhydrate oder wo Zucker, viel Salz enthalten ist, also so industrieverarbeitete Produkte, alles, was Fertignahrung ist. Das fand er ziemlich gut. Das konnte er sich gut merken, weil P1 gerne isst, ernährt sich auch gut, er kocht viel gerne." (PU-38, Pos. 17)

3. Gesteigertes Wohlbefinden

"I: Was gefällt dir denn besonders gut am Fitnessboxen? B: Dass man da boxen kann, ne, in so ein Kissen hauen oder wie so eine / Habe ich draußen auch so ein Kissen, dass man da / Die halten da so ein Kissen hin, dann kannst du halt gegen hauen, das ist gut. Da kann man alles rauslassen, ne? Ja, das tut richtig gut, macht auch Spaß." (TN-71, Pos. 144-145)

"Und / Also die Stimmung der beiden Teilnehmer ist auf jeden Fall immer sehr positiv. Und gerade auch zum Beispiel, wenn jetzt die Person, die jetzt einzeln vor der Gruppe tanzt, sage ich mal, kriegt in Anführungszeichen, leuchtende Augen. Also die sind schon sehr motiviert, dann das auch zu zeigen, und sie haben sehr viel Spaß daran und so weiter. Und deswegen würde ich sagen, also mindestens für die psychische Gesundheit ist es auf jeden Fall gut, würde ich sagen." (AN-86, Pos. 53)

"Was ich (...) als Sporttrainer wahrgenommen habe, ist, dass er mehr Freude empfunden hat, dass er in dem Angebot auch gerne den Kontakt mit den anderen Menschen in der Gruppe gepflegt hat. Also das Soziale des Sports, was ich also gerne als Sozialarbeiter beobachte, das (...) hat bei ihm schon dazu beigetragen, dass er sich auch mit anderen Menschen wohlgeföhlt hat, in der Interaktion. Und das äußerte sich zum Beispiel, dass er viel gelacht hat mit anderen Teilnehmenden und dass er auch gerne unterschiedliche Sportarten ausprobiert hat. Dass er neue Dinge kennengelernt hat. Also er hat irgendwie so seinen Horizont erweitert." (AN-29, Pos. 36)

4. Bewusstsein für die eigene Gesundheit

"B: Ja, und dann esse ich zwei bis drei Scheiben Brot, ne? I: Ja. B: Esse ich auch und alles. Drinne ist schon so ein bisschen zu viel. Habe ich schon wieder gemerkt, heute Morgen." (TN-14, Pos. 97-99)

"Und da ist sie jetzt aber auch mittlerweile so weit. Aber das ist auch noch nicht so lange so, dass sie dann selber überlegt: 'Ah okay, wie können wir das vielleicht vegetarisch machen. Machen wir dann vielleicht einen Nudelauflauf, da muss ja nicht zwingend Fleisch rein.'" (PU-22, Pos. 97)

"(...) also, er hat schon dieses Empfinden nochmal mehr geschärft, denke ich schon. Was zumindest so das Essen eben auch angeht." (GB-60, Pos. 7)

5. Steigerung der Motivation

"Und dass halt auch jemand, der halt immer interessiert nachgefragt hat, hat auch dazu geführt, dass P2 auch dementsprechend hoch motiviert war und sich halt auch mit diesen Themen und gerade mit der Gesundheit dann natürlich auch vermehrt auseinandergesetzt hat. So, also man hat schon gemerkt, dass ihr das dann halt auch wichtig ist und dass es ihr auch wichtig ist, zusammen mit der Pflegekraft das halt einmal zu erarbeiten." (PU-59, Pos. 13)

6. Körperlicher Effekt (z. B. Gewichtsabnahme)

"Meine Gesundheit ist so ein bisschen besser geworden. Ich habe es jetzt geschafft, dass ich jetzt drei Wochen am Stück / nee, zweieinhalb sind es fast, das geschafft habe zu arbeiten, ohne nach einer Woche gleich wieder krank zu werden." (TN-75, Pos. 59)

"Und das habe ich tatsächlich geschafft. Jetzt, von / Ich bin jetzt von, (...) warte, von 76 Kilo auf 71." (TN-73, Pos. 43)

"Und sie hat auch jetzt eine Kleidergröße kleiner. Das freut sie natürlich auch total." (PU-22, Pos. 105)

Eine wahrgenommene Folge der Teilnahme an der Intervention, die sowohl von den befragten Teilnehmenden, die an externen Angeboten teilgenommen haben, als auch von anderen Stakeholdergruppen primär im Zusammenhang mit der Teilnahme an externen Angeboten berichtet wurde, war die Steigerung der sozialen Interaktion.

"I: Was hat Ihnen daran besonders gut gefallen, nochmal vielleicht? (...) B: Dass man sich austauschen konnte, dass man nicht alleine ist. Ich meine, praktisch gesehen, in der Gruppe kann man sich vielleicht, weiß nicht / Weil die haben auch fast dasselbe Leiden oder manche davon." (TN-52, Pos. 138-139)

"Und da hat man gemerkt, dass es für P2, genau, etwas, was ihr sehr, sehr guttut. Dass sie halt soziale Bindungen noch mal stärkt und auch Menschen trifft, die halt, genau, ihr guttun, wo sie eine gute Beziehung aufbauen kann." (PU-59, Pos. 3)

"Und er findet das, glaube ich, auch / also ich glaube, er findet das auch cool anscheinend, so ins Fitnessstudio zu gehen. Und die Trainer sind ja auch ganz reizend. Und ja, ich glaube, er mag das gerne, dass er da vielleicht mit dem ein oder anderen Trainer noch mal schnacken kann und noch mal fragen kann: 'Habe ich das richtig gemacht?'" (GB-21, Pos. 67)

"Und ich glaube, seitdem ist es, dass er und eine andere Person, die immer sehr zeitig da sind. Und die halten sich dann irgendwo in einem anderen Raum auf, klönen ein bisschen (...)." (AN-79, Pos. 37)

Einige der befragten Personen geben jedoch auch an, dass keine positiven (jedoch auch keine negativen) Auswirkungen der Intervention eingetroffen sind.

"I: Und wenn Sie, nachdem Sie jetzt diesen Kurs besucht haben, haben Sie da irgendwie sich mehr bewegt schon, weil Sie das in dem Kurs gelernt haben, zum Beispiel? Oder ist das gleichgeblieben, so wie vorher? B: Gleich." (TN-09, Pos. 216-217)

"Und abends eben halt / Ich mache viel dadurch, dass ich eben halt viel, viel / Es wird ja immer so, dass es richtig satt ist, ne? Und abends müsste ich eigentlich ein bisschen was anderes essen, aber irgendwie kriege ich das immer nicht hin." (TN-73, Pos. 91)

"Und dann habe ich ihn danach befragt und unmittelbar immer gefragt, was war oder so, ne? Und ja, mal kam ganz wenig. Und, aber eine Veränderung kann ich jetzt erst mal so nicht feststellen." (PU-38, Pos. 59)

3.4.3.9 Beurteilung der Intervention - förderliche Faktoren

Als förderliche Faktoren wurden die Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen selbst, ihr umfangreiches Wissen, die Tatsache, dass es sich bei ihnen um außenstehende Personen handelt und ihre Empathie beschrieben.

"I: (...) Gab es irgendwas, oder was würden Sie sagen, was hat Ihnen an dem ganzen Projekt bisher gut gefallen? B1: Puh, das ist ne gute Frage. (...) Unterstützung durch PE1 und PE2. (...) Genau, wenn es sie nicht gäbe, dann, glaube ich, wäre es nicht so gut. Dann wäre ich noch / dann wäre ich da heute, wo ich vorher war." (TN-47, Pos. 196-197)

"Dass man so welche Dinge, so wie diese Ernährungs- / oder körperliche oder wenn jetzt psychische Erkrankung auftritt oder Körper, so arbeitsmäßig, so psychische Belastung, dass der Betreuer nicht auf verlorenem Posten alleine steht. Sondern dass dann auch jemand, der diese Leute, die eine Beeinträchtigung haben, so wie wir, diese auch Mensch sind, den besser unterstützen kann." (TN-75, Pos. 103)

"Das hilft ja manchmal auch mehr, wenn das Leute von außen sagen, als wenn das jemand sagt, ne, der einen sowieso kennt." (TN-54, Pos. 199)

"Ja, aber auf jeden / also, ich war schon, also, sehr überrascht und sehr positiv angetan davon, wie die Pflegeexpertinnen aufgetreten sind und welchen Zugang die zu meiner Tochter hatten. Das fand ich sehr beeindruckend, ja. Das fand ich sehr wohltuend, mit welcher Empathie die am Werk waren. Also, da hätte sich manch Pädagoge eine Scheibe von abschneiden können, ja." (GB-34, Pos. 63)

Auf der Ebene der eingesetzten Methoden und der Interventionsumsetzung durch die Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen wurden ihre Ideen und Vorschläge, die Begleitung zu den Angeboten, die Kommunikation (Leichte Sprache, Verständlichkeit) und die Projektmaterialien als gewinnbringend beschrieben.

"Oder haben auch schon mal so Ideen gesagt, ob man das schon mal gemacht hat oder so Hinweise gegeben. Das fand ich irgendwie sehr hilfreich, ja." (34-GB, Pos. 3)

"Dass man jemanden hat zum Ansprechen. Dass man auch Sachen gemeinsam anpacken kann, also praktisch gesehen oder Vorschläge gemacht worden ist, das war gut." (TN-52, Pos. 65)

"Und das, genau, hat auf jeden Fall einen sehr guten Eindruck gemacht und so, dass es auch verständlich für P2 war." (59-PU, Pos. 7)

"Also, die Damen haben immer so Material mitgebracht, also, was ich auch immer so fantastisch fand. Das war immer so aufbereitet, dass meine Tochter da / sie hat ja auch eine leichte Intelligenzminderung, dass sie da auch immer was mit anfangen konnte. Also, gleich

irgendwie erfasst hat, was dieses / was da so bildlich dargestellt ist, was da eigentlich von ihr gewünscht wird, oder worum es eigentlich geht." (GB-34, Pos. 13)

Die Durchführung der Intervention wurde ermöglicht und erleichtert, wenn Studienteilnehmende über eine ausgeprägte Eigenmotivation und Interesse an gesundheitlichen Themen, ein gewisses Maß an Selbstständigkeit (z.B. nach einem Wegetraining selbstständig zu Präventionsangeboten kommen) und über ein unterstützendes soziales Netz verfügten.

"Also, förderlich ist es bei den Teilnehmern auf jeden Fall, wenn eine Grundmotivation da ist, wenn sie Lust und Spaß auf das Thema haben." (PE-69, Pos. 133)

"... und manche waren aber auch ziemlich fit. Also da konnte man schon erahnen, dass man in dem Jahr gut was mit ihnen schaffen kann, und sie auch Vorstellungen haben." (PE-40, Pos. 5)

"Und natürlich, umso selbstständiger die Leute sind, umso besser, umso mehr kann man machen. Auch wenn sie kognitiv fitter sind und mehr können, mehr verstehen, kann man auch mehr umsetzen und mehr bewirken, sozusagen. (...). Wenn die Leute es gewohnt sind, auch selbst zu entscheiden, offen sind und mutig sind." (PE-69, Pos. 133)

"I: Und welche Faktoren würdest du dazu sehen, die dazu beitragen, dass ein Teilnehmer erfolgreich damit ist? B: Tatsächlich ein gutes soziales Umfeld, was den Teilnehmer unterstützt, auch weiter an den Sachen dranzubleiben." (PE-66, Pos. 76-77)

Die professionell unterstützenden Personen und Angehörigen konnten zu einer gelingenden Intervention beitragen, wenn sie sinnvoll involviert waren, z.B. um die weiterführende Begleitung zu Angeboten zu übernehmen oder die Umsetzung der Maßnahmen zu unterstützen.

"Und, ja, je mehr Personal, desto entspannter ist es natürlich. Und desto mehr kann man sich den Sorgen, Wünschen, Zielen, Maßnahmen auch widmen dann mit den Teilnehmern zusammen." (PE-68, Pos. 107)

"Ja. Also, dadurch, dass sie das halt nachhaltig machen können, indem sie unterstützen bei der Verstetigung von manchen Interventionen, die man in das Rollen bringt, ist schon wichtig. Also, die sind, glaube ich, maßgeblich wichtig dafür, dass das, was man in das Rollen bringt, auch bleibt. Also, dafür. Und auch nach dem Jahr, wenn wir wieder gehen, müssen ja andere Leute das irgendwie weiterführen oder die Person mal dran erinnern: 'Hey, heute ist doch Sport, den du machst.' Also, ich glaube, dafür, dass Sachen, die wir angefangen haben, auch bleiben, ist es unabdingbar, dass die, das Betreuungsnetzwerk, dass das da mitarbeitet." (PE-65, Pos. 83)

Darüber hinaus wurde auf der Ebene der Einbindung der professionell unterstützenden Personen und der Angehörigen eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und dem Bezugssystem als weiterer fördernder Faktor benannt.

"Oh, ich glaube schon, dass es tatsächlich einen großen Erfolg hat, weil die Zusammenarbeit natürlich nachher die Früchte trägt. Ne, also wenn ich gut mit Klient, Betreuungs- oder soziales Umfeld klarkomme und die auch die Wichtigkeit in dem Projekt sehen, dann machen sie es gerne, und dann machen sie es auch hinterher gerne weiter. Und dann siehst du irgendwann in ferner Zukunft die Erfolge." (PE-66, Pos. 67)

Die Angebote wurden als gewinnbringend empfunden, wenn sie 1. eine inklusive Offenheit zeigten, 2. barrierefrei, schnell erreichbar und kostengünstig waren sowie 3. Inhalte dort praktisch umgesetzt wurden.

1. Inklusive Offenheit

"Also man muss eigentlich bei jedem Angebot, das jetzt außerhalb der Eingliederungshilfe ist, schon vorher noch mal telefonieren. Da habe ich nur positive Erfahrungen gemacht. Die Meisten dann konkret von den Kursen, die Trainerinnen, die sagen dann, ja, lass mal probieren." (PE-05, Pos. 61)

2. Barrierefreiheit der Angebote, erreichbare und kostengünstige Angebote

"Es waren schon viele Angebote der Eingliederungshilfe. Die sind einfach günstig, also die sind also auf die Zielgruppe zugeschnitten, sind in leichter Sprache häufig, von der Dauer auch so, das, wie gesagt, passt dann ganz gut für die Teilnehmerinnen." (PE-05, Pos. 69)

"Aber genau, das war auch das Gute, dass die Angebote, die gesucht wurden und die umgesetzt wurden, die sind auch alle im Sozialraum gewesen. Also kurze Wege, gute Erreichbarkeit." (46-PU, Pos. 43)

"Häufig war eben die Mobilität ein Thema. Also wenn das in der Nähe war oder irgendwie gut zu verbinden mit Wegen, die sie eh schon kennen, dann war das sehr viel wahrscheinlicher, dass sie dann da auch tatsächlich hingehen, das ausprobieren, vielleicht auch sogar bleiben. (...) Ja, das ist immer noch so ein bisschen für externe Angebote so der Knackpunkt. (PE-62, Pos. 127)

"Dann müssen die Angebote natürlich bezahlbar sein." (PE-69, Pos. 137)

3. Praktische Umsetzung der Inhalte

"Also, dass er dann auch die Trainer dann für ihn ja / die erstellen ja Programme für ihn und sehen ja, was für ihn auch gut wäre. Und die haben jetzt also wirklich auch Rücken und Bauch und Armmuskulatur. Ne, haben sie ihm jetzt so Übungen halt für ihn erstellt, ne?" (GB-21, Pos. 67)

"Also das, was sie erzählt hat, fand ich schon voll hilfreich und sie meinte halt, das war auch die eine Sache, die sie besonders gut fand und die ihr halt so voll was Neues gebracht hat. Sie hat auch gesagt, dass da ein paar Sachen dabei waren, die sie schon kannte eher, aber dass das mit diesen, bildlichen Zuckerdarstellung sozusagen, dass das irgendwie ihr voll in Erinnerung geblieben ist und irgendwie, sie hat da so Beispiele genannt. Ich glaube, dass eine Chipstüte so am meisten Zucker oder Kalorien hat oder so. Also das hat sie echt total gemerkt und das hat ihr so sehr in Erinnerung geblieben." (PU-08, Pos. 39)

"Ich fand den Kurs interessant, weil sie hat das auch so gezeigt, dass man das so verstehen konnte. Weil manchmal ist es ja so, da spricht man in fachlichen Sprachen und dann kommt man nicht mit hinterher. (TN-35, Pos. 85)

3.4.3.10 Beurteilung der Intervention – Herausforderungen und Umsetzungshindernisse

Auch Herausforderungen und Umsetzungshindernisse konnten durch die qualitative Evaluation identifiziert werden. Auf Ebene der Studienteilnehmenden wurden dahingehend

verschiedene Faktoren, wie mentale und körperliche Schwierigkeiten und erschwerende Lebenssituationen (fehlende Ressourcen, Bedingungen in der Arbeits- oder Wohngruppe), genannt.

"Und weil ja ein Mensch ist, dass irgendwann mal / will alleine leben und selbstständig sein und kann er nicht, weil er im Rollstuhl sitzt und halbseitige Lähmung hat. Und einfach traut sich nicht. Ich merke schon, dass langsam, langsam hat Angst, allein zu sein." (GB-42, Pos. 3)

"Ich weiß, dass mein Klient in der Zeit des Projektes selbst einige schwierige Lebensumstände hatte, was ihn jetzt auch am Ende daran hindert, diese Sachen weiterzuverfolgen." (PU-53, Pos. 7)

In unmittelbarem Zusammenhang mit der Teilnahme an der Intervention wurden darüber hinaus nachlassende Motivation, fehlende Zielvereinbarungen, Zeitmangel aufgrund bereits bestehender Verpflichtungen und Unzuverlässigkeit bei Terminvereinbarungen auf der Teilnehmenden-Ebene beschrieben.

"Und dann aber auch oft von den Teilnehmern selbst, dass sie manchmal auch echt Schwierigkeiten haben, sich da selber auch zu motivieren. Es gibt doch einige, die sagen: 'Ja, da komme ich auf jeden Fall mit.' Aber eigentlich ist die Motivation dann doch nicht ganz so groß. Und dann gehen sie auch nicht von selbst regelmäßig hin. Die brauchen dann sehr viel Unterstützung, um da dann auch, ja, die Motivation zu finden, sagen wir es so, ja." (PE-67, Pos. 15)

"Also was ich immer noch als kleine Hürde empfunden habe, war, dass viele einfach nicht mehr genau wussten, weshalb sie sich angemeldet haben. Und dementsprechend war es bei denen auch schwer, Ziele zu formulieren. Weil, genau, also das war /. Ja, weil wenn sie nicht wissen, weshalb sie da sind und was sie erreichen wollen, ist das natürlich schwierig." (PE-07, Pos. 19)

"I: Okay. Und sind Sie, nachdem Sie diesen Plan erstellt haben, schon zu Angeboten gegangen seither? B: Bislang noch nicht, aufgrund meiner Arbeit ist es ziemlich schwierig." (TN-11, Pos. 22-23)

"Eigentlich größtenteils also war es, genau, also überhaupt die Termineinhaltung. Also wir sind oft auch /. Also dass man eben immer vorher noch mal anrufen musste, weil die Termine halt weit im Voraus vereinbart wurden. Also das war so die erste Hürde, die Person anzutreffen. (PE-07, Pos. 19)

Zudem war die vorgegebene Anzahl der Maßnahmen nicht immer realisierbar, manche Assessments nicht zielführend und die Laufzeit von einem Jahr wurde als zu kurz erachtet.

"Meistens sind es nicht zehn [Maßnahmen], das ist einfach zu viel. Ich würde jetzt mal sagen zwischen drei und acht pendelt sich so das meiste immer ein. Häufig sind es auch nur so ein oder zwei Bereiche, die man wirklich groß thematisiert und gar nicht alle vier, weil dann haben sie halt so, also wirklich ein richtiges Suchtproblem." (PE-04, Pos. 23)

"Ja, also es war schon glaube ich sehr, sehr, sehr viel für viele. Viele Fragen. Also es haben auch viele gesagt und auch Erschöpfung auch gezeigt. Wir haben dann auch die Termine beendet als sie dann auch oft /. Wir haben auch mal gefragt, geht es noch? Sollen wir noch Fragen oder nicht? Ja, ein bisschen geht noch. Es war schon auch anstrengend, so viele Fragen zu beantworten." (PE-02, Pos. 35)

"Und bei den meisten hat man das dann einfach irgendwann dann gemerkt, dass sie dann also unruhiger wurden, unkonzentrierter. Dass sie Fragen irgendwann nicht mehr verstanden haben oder immer knapper auch geantwortet haben." (PE-03, Pos. 35)

"Na ja, auf der einen Seite war die Teilnahmezeit ja auf ein Jahr begrenzt und in meinem Bereich ist ein Jahr eigentlich nichts. Das ist keine Zeitspanne, in der ich irgendetwas oder ein langfristiges Ziel umsetzen kann und da größere Erfolge sehe von Klientelseite und dass Ziele erreicht werden, die angedacht waren, sind." (PU-53, Pos. 7)

Neben der Tatsache, dass zu wenig Präventionsangebote in den einzelnen Bezirken vorhanden waren, konnten einige Angebote aufgrund verschiedener Faktoren (z.B. zu weit entfernt oder zu teuer) nicht besucht werden.

"Die Problematik ist auch, dass wir hier in der Nähe in O1 kein Angebot / also für sie wurde kein Angebot gefunden, es ist auch hier ganz schwierig. Wir haben vorher ja auch schon immer gesucht und nichts gefunden." (41-PU, Pos. 79)

"Zu weit weg (...), also, wenn das jetzt mit wirklich weiten Wegen, die dann immer begleitet werden müssen, verbunden wäre, das wäre ein Hemmschuh." (GB-10, Pos. 255)

"Dass ich gucke, da gibt es zum Beispiel jetzt hier im O1 eine Schwimmhalle. Da kostet eine Stunde Schwimmen 17 Euro. Und es wohnen einfach ganz viele Menschen mit Behinderung da drumherum, können dieses Schwimmbad aber nicht nutzen, weil 17 Euro für eine Stunde ist einfach wahnsinnig viel, wenn man bedenkt, wie wenig die manchmal verdienen." (PE-69, Pos. 29)

Angebote wurden zudem als unpassend empfunden, wenn sie nicht zielgruppengerecht angelegt waren, indem sie z.B. nicht barrierefrei waren oder die Studienteilnehmenden überforderten.

"B1: Ja, (...), es gibt auch einfach noch viel zu viele bauliche Barrieren. Also dann gehen die Fahrstühle nicht, dann ist der Raum nicht barrierefrei, dann ist keiner da, der zur Toilette helfen könnte. Jetzt gar nicht. Einfach nur den Weg zeigen oder so was du dann vielleicht brauchst in fremder Umgebung oder? Also alleine sowas ist schon nicht gegeben das du halt sagen kannst okay, ich kann jemanden guten Gewissens da hinschicken und sagen er kommt da zurecht (...)." (PE-FG-87, Pos. 75)

"Also es gibt von den Krankenkassen auch Angebote, die laufen unter barrierefrei, aber das ist dann meistens für Mobilität eingeschränkt und nicht, dass man irgendwie sprachlich Hürden hat." (PE-05, Pos. 61.)

"B4: Ja und insgesamt müsste, glaube ich auch noch mehr in leichter Sprache sein. Also da ist noch viel zu wenig Angebot." (PE-FG-87, Pos. 77)

"Wenn wir dann aber in ein regelhaftes Angebot gehen, wo keine Menschen mit Behinderung sind, sind sie dort dann aber auch überfordert, weil es einfach zu schwer ist und zu schnell ist. Also, das ist es manchmal wirklich schwer, genau den passenden Mittelweg zu finden, der dann passt, so zu der Person." (PE-69, Pos. 17)

Die professionell unterstützenden Personen und Angehörigen stellten ein Umsetzungshindernis dar, wenn sie nicht involviert werden konnten, wollten oder sollten.

„Also ich denke, einfach so insgesamt bei dem Projekt ist es ganz gut, wenn man bei manchen Leuten einfach auch mit den Assistenzen noch ein bisschen mehr kommuniziert einfach.“ (44-PU, Pos. 107)

"Aber wenn du halt schon merkst, okay, du hast wirklich nur den Klienten, und die Betreuungskräfte oder das soziale Umfeld kann nicht oder möchte nicht unterstützen, dann ist es halt so, okay, der Klient möchte zum Sport, kommt da aber nicht hin. So, und dann fällt es halt hinten runter." (PE-66, Pos. 67)

"Ja, oder ich habe auch einen jungen Mann dabei, der möchte einfach eigentlich nicht, dass ich mit seiner Mutter spreche. Weil ihn das immer nervt, wenn seine Mutter sich überall einmischt. Solche Sachen gibt es natürlich dann auch (lacht). Macht es nicht einfacher, aber, ja, ist dann so." (PE-67, Pos. 87)

Grundsätzlich wurde die neue Versorgungsform jedoch von den befragten Personen positiv wahrgenommen und als relevant bewertet.

"Weil ich finde, das ist eine wichtige Sache. Und das sollte Standard sein, sowas. Ich finde, das ist ganz wichtig für ganz viele Menschen. Und diese enge Begleitung, ich glaube, die brauchen wir auch, sonst klappt das nicht. Weil viel einfach im Alltag untergeht, (...) wo auch die Zeit gar nicht da ist." (54-TN, Pos. 165)

"Ich glaube, das kann sich noch sehr gut bewähren, auch bei vielen Menschen einfach." (PU-44, Pos. 61)

3.4.3.11 Beurteilung der Intervention – Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Gleichzeitig wurden mehrere Wünsche und Verbesserungsvorschläge formuliert. Erstens eine längere Laufzeit der Intervention, zweitens mehr Zusammenarbeit zwischen den Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen und den professionell unterstützenden Personen sowie den Angehörigen, drittes die Ausweitung und Umsetzung weiterer Maßnahmen und Präventionsangeboten und viertens mehr finanzielle Mittel könnten aus Sicht der befragten Personen die neue Versorgungsform passender ausgestalten.

1. Längere Laufzeit der Intervention

"Finde ich auch wichtig für Leute wie mich. Es wäre schön, wenn das langfristig laufen würde, also wenn man so irgendwie für einen längeren Zeitraum als ein Jahr, weil ein Jahr ist immer so schnell vergangen. (TN-11, Pos. 143)

"(...) der Zeitraum von dem Jahr ist, finde ich, zu kurz für eine richtige Verhaltensänderung, weil ganz viele Sachen laufen dann gerade so an. Man hat eine richtig gute Beziehung zueinander aufgebaut und dann endet es. (PE-65, Pos. 29)

2. Mehr Zusammenarbeit zwischen den Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen und dem Bezugssystem

"Also was ich mir tatsächlich viel mehr wünschen würde, ist, dass ich noch mehr die Bezugsperson mit in den Begleitungen drinnen hätte. Bei denjenigen, die relativ fit sind in ihrer Lebensführung, ist es nicht so wichtig. Aber bei denjenigen, die stark eingeschränkt sind, wäre das umso wichtiger, um es halt auch nachhaltig zu machen. (PE-78, Pos. 41)

"Ja. Also so denke ich mir, nur so wird ein Schuh daraus, wenn alle Leute, die an P1 dran sind, dass die auch untereinander einen Austausch haben. Aber ich habe so das Gefühl, jeder rührt da in seiner Suppe herum und P1 ist da nur die Randfigur." (GB-63, Pos. 139)

3. Ausweitung und Umsetzung weiterer Maßnahmen und Präventionsangebote

"Also dass man eigentlich mehr Angebote bräuchte, die in der Arbeit integriert werden oder vielleicht auch aufs Wochenende gehen oder in den Einrichtungen stattfinden. Also dass man, glaube ich, vielleicht auch ein bisschen wohnortsnah planen müsste. Also dass man nicht so ein bisschen in die Angebote rausvermittelt, sondern vielleicht eher der Weg ist, die Angebote da zu den Teilnehmenden, also zu den Menschen mit Behinderung zu vermitteln." (PE-07, Pos. 121)

"I: Hätten Sie noch Ideen, was man noch für Angebote machen /B: Spazieren gehen im Wald oder am See spazieren, Drachenbootfahrt machen. (...) Hagenbecks Tierpark angucken. I: Und würden Sie das gerne alleine oder gerne auch in der Gruppe? B: Auch in der Gruppe. Mal sehen, ob das nervig ist oder ob das Spaß bringt. Nicht zu viele Leute, so fünf Leute vielleicht. Wäre ganz schön gewesen. Vielleicht kann man das ja mal machen. Vielleicht in einem Jahr, oder so." (TN-55, Pos. 144-147)

4. Mehr finanzielle Mittel

"Ja. Ich hatte immer so gesagt, es wäre natürlich ganz /. Also, gerade weil wir natürlich auch unsere Aufgabe ist, solche externen Angebote weiterzuleiten und das zu vermitteln. Ich habe immer gesagt, wenn für jeden Teilnehmer irgendwie so ein kleines Minibudget irgendwie da wäre /. Was natürlich /. Wenn man da darüber nachdenkt, dass es natürlich auch integriert werden soll bestenfalls ins Gesundheitssystem, ist dann die Frage, ob man zusätzlich irgendwie da noch Geld zur Verfügung stellt. Aber ich merke immer, es macht einen dann irgendwie schon so ein bisschen so einen Mix aus traurig und wütend so, wenn man wirklich jemand hat, der möchte unbedingt ins Fitnessstudio. Aber er sagt: 'Hey, ich hab hier irgendwie 20 Euro insgesamt zur Verfügung und da kann ich nicht noch was abzapfen.' Dass es daran oft scheitert." (PE-01, Pos. 85)

"Und ich glaube, auf, also auf Metaebene würde ich tatsächlich sagen, das, was am meisten förderlich wäre, ist tatsächlich, wenn das Thema Prävention auch gesamtgesellschaftlich und in Bezug auf Finanzierung viel mehr auch an Bedeutung bekommen würde, dass es viel einfacher wäre, Prävention auch zu finanzieren." (PE-78, Pos. 127)

3.5 Ergebnisse der partizipativen Forschung

Wissen über gesunde Ernährung

Die Interviews haben gezeigt, dass die befragten Menschen mit geistiger Behinderung gut darüber Bescheid wissen, was zu einer gesunden Ernährungsweise dazugehört und welche Lebensmittel gesund sind:

„Gesunde Ernährung ist, dass man sich gesund ernährt. Also, dass man mehr Obst essen soll, dass man mehr Gemüse essen soll, dass man nicht so viel Zucker zu sich nehmen soll oder diese tierischen Fette, dass man die nicht so nehmen soll, mehr pflanzlich“. (F3DKQZ: Absatz 27)

Insgesamt gaben alle befragten Personen an, zu wissen, was gesunde Ernährung sei und benannten konkrete Lebensmittel, die für sie zu einer gesunden Ernährung dazu gehören z. B. Obst, Gemüse, Salat oder weniger Zucker (z. B. FPQ5R9: Absatz 39 und 240131_01: Absatz 35).

Ernährungsweisen in der Zielgruppe

Obwohl die Zielgruppe über ein gewisses Grundwissen über gesunde Ernährung und gesunde Lebensmittel verfügt, zeigten sich einige Unterschiede in der Ernährungsweise zwischen den Befragten. So gaben nicht alle Interviewteilnehmenden an, sich selbst auch entsprechend gesund zu ernähren. Hierzu sagte eine Interviewteilnehmerin, sie esse *„sehr gesund. Obst und Gemüse esse ich. Das ist eine sehr gesunde Ernährung“* (240131_02 Absatz: 55). Eine andere Person benannte hingegen: *„Jein. So, ab und zu ja (lacht). Und dann kommt dann wieder / ich habe wieder Heißhunger oder sonst irgend-was. Aber ich versuche schon, weniger Fleisch zu essen und mehr Gemüse. Also, ich würde schon sagen, ich achte schon darauf“* (240320_112253_00 Absatz: 41). Der Großteil wisse demnach zwar, was zu einer gesunden Ernährungsweise dazugehöre, halte sich aber selbst nur zum Teil daran.

Weitere Unterschiede in der Ernährungsweise der Zielgruppe waren im Umgang mit vermeintlich gesunden bzw. ungesunden Lebensmitteln zu erkennen. Dabei ließ sich feststellen, dass einige der Interviewpartner*innen sehr reflektiert über das Verbot von bestimmten Lebensmitteln berichteten.

„Nein. Weil, das ist die Falle. Das sagt jede gute Ernährungsberatung, das ist das Verkehrteste, was man machen kann. Man sollte sich keine Lebensmittel verbieten, weil dann kriegt man Heißhunger“. (QWGDC6 Absatz: 41)

Auch bei der Menge der verzehrten Lebensmittel und durchschnittlich verzehrten Portionsgrößen zeigt sich, dass der Zielgruppe die Umsetzung und Durchführung einer gesunden Ernährungsweise schwerfällt: *„Also es gibt mal Phasen, wo ich dann doch wenig esse und dann mal zu viel. Und da merkt man doch, dass es sich dann auf den Kilos dann bemerkbar macht“* (QWGDC6: Absatz 39). Eine andere Person berichtete dazu: *„Es gibt schon Phasen, dass ich viel esse oder manchmal auch weniger, aber ich esse sehr viel. Und so ungesunde Sachen, deutlich mehr. Das muss ich ändern. Genau“* (FPQ5R9 Absatz: 55).

Erfahrungen mit Ratschlägen und Wissensvermittlung zur Ernährung bzw. Gesundheit

Die Interviews haben gezeigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig bereits die Erfahrung gemacht haben, ungefragt Ratschläge oder Feedback zu ihrer Ernährung zu erhalten. Dies kam bei den Betroffenen unterschiedlich an. So waren einige froh über Hinweise und Tipps, wie sie sich gesünder ernähren könnten und nahmen Ratschläge gerne an.

„Ja, doch. Doch, weil ich finde, also für mich ist das auch wichtig, mich gesund zu ernähren, damit man halt länger gesund bleibt, fit und damit man nicht so schnell krank wird. Hatte ich mal mit einer Freundin mal geredet darüber und jetzt mit meiner / Ich mache ja auch bei der Studie mit, Besser Gesund Leben, und da habe ich auch das Thema gesunde Ernährung“ (F3DKQZ Absatz: 13).

Andere Interviewteilnehmer*innen waren hingegen verärgert darüber, ungefragtes Feedback zu ihrer Ernährungsweise zu erhalten:

„Ja, mein Betreuer zum Beispiel hat mich einmal erwischt und hat mich gesehen, dass ich irgendwo was gegessen habe, was nicht so / nicht zu mir passt. Und sagte: "Das und das darfst du nicht essen." Da habe ich gleich zu ihm gesagt: "Du bist nicht meine Mutter." Habe ich gesagt: "Meine Mutter sollte mir das bitte sagen. Du bist nur mein Betreuer." Habe ich gesagt, ne?“. (WXGMMU Absatz: 21)

Insgesamt wurde deutlich, dass Ratschläge zur Ernährung gerne angenommen wurden, wenn diese konkrete Tipps beinhalten, zum Beispiel zu bestimmten Lebensmitteln oder gesünderen Lebensmittelalternativen:

„Ja, habe ich mal von einem Betreuer, der (NAME), der hat mich vor Jahren betreut. Er hat auch manchmal in unseren Kühlschrank geguckt, was wir drin haben. Oder ob das abgelaufen oder ob das gesund ist. Dann waren wir einkaufen. Wir haben ja diese Säfte, das sind auch hundert Prozent Frucht, hat er gemacht. Das machen wir seitdem. Und ich habe mir die Säfte seitdem immer verdünnt mit bisschen Mineralwasser, weil es ja Zuckergehalt ist, und ich bin ein bisschen vorsichtig damit“ (X3XNYC Absatz: 15).

Darüber hinaus wurden Ratschläge eher akzeptiert, wenn diese konkrete Hilfestellungen umfassten oder explizite Unterstützungsmöglichkeiten gegeben wurden. So berichtete eine Teilnehmerin sehr positiv über eine App, die ihr empfohlen wurde und die sie nun im Alltag für eine gesündere Ernährung nutzt:

„Und ich habe jetzt so eine App, Yuka, also Yuka-App. Und da kann man die Sachen einscannen, ne? Wenn ich jetzt eine / zum Beispiel, ich habe mir jetzt eine Cola einfach mal gekauft, ich nenne mal ein Beispiel, und dann kannst du / kann man das einscannen. Und dann zeigt das diese Skala, diese rot, grün, blau / nein, grün, rot und gelb, diese Skala halt ist das so, ob das gesund ist oder nicht. Und so kann man auch sich bisschen daran orientieren. So. Ist zwar jetzt nicht so perfekt, ne? Aber da kann man sehr gut nachsehen, so“ (F3DKQZ Absatz: 17).

Kochen und Ernährung im häuslichen Umfeld

Der Großteil der interviewten Personen gab an, für sich zu kochen. Dabei unterschied sich die Häufigkeit und ob die Befragten alleine oder mit Unterstützung kochen. Die meisten berichteten aber, dass ihnen Kochen Spaß mache und sie gerne öfter kochen würden.

„Ich koche jedes Wochenende. Na ja, mit meiner / Wir beraten uns, was wir kochen wollen. Oder ich habe hier / hier sind auch Rezeptbücher, die nutzen wir mal. Und da machen wir aus dem Rezeptbuch ab und zu mal ein gutes Gericht. Oder wenn es mal schnell gehen muss, dann mache ich eben mal Schlemmerfilet. Ich esse ja sehr viel Fisch auch, oder was so gerade da ist“. (X3XNYC Absatz: 50)

Damit sie regelmäßiger kochen würden, wünschten sich die Interviewteilnehmer*innen mehr Unterstützung durch externe Kurse, aber auch mehr Zutrauen und Einbezug beim Kochen durch Familienangehörige. Beispielsweise berichtete eine Interviewteilnehmerin über das Kochen mit ihrer Mutter:

„Ich habe sie mal einmal gefragt, aber sie hat abgelehnt. Sie meinte: "Du musst noch sehr viele Erfahrungen sammeln, wegen kochen" (FPQ5R9 Absatz: 77).

Positiv wurde über die Unterstützung von außenstehenden Personen beim Kochen oder die Teilnahme an Kochkursen berichtet:

„Mal koche ich mit meiner Wohnungsassistentin zusammen. Genau. (...) Dann lerne ich das noch besser, das Kochen“ (F3DKQZ Absatz: 49-51). Oder: „Aber sonst bin ich leidenschaftlicher Koch. Ich mache ja / deswegen mache ich ja auch den Männerkochkurs, Kurs1“ (X3XNYC Absatz: 50).

Angebot in der Kantine und Ernährung außerhalb des eigenen Zuhauses

Zum Essensangebot in der Kantine auf ihrer Arbeit berichten die Interviewpartner*innen unterschiedlich über die Qualität und darüber, ob die angebotenen Speisen gesund seien. Einige der Befragten waren dabei gar nicht mit dem Angebot zufrieden:

„Letztes Mal gab es Nudeln, aber die konnte ich nicht essen, die waren viel zu salzig“ (240320_114145_00 Absatz: 205).

Eine andere Person berichtete: *„Also, ich finde das Angebot gut hier. Und es gibt auch Äpfel und das ist gesund. Manchmal auch Obstsachen und sowas, das finde ich okay. Und das Angebot auch“ (240320_112253_00 Absatz: 55).*

3.6 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

3.6.1 Ermittlung der Kosten

Für die Ermittlung der Kosten wurden einheitliche Zeiträume zugrunde gelegt, die für alle folgenden Auswertungen gelten. Unterschieden wurde jeweils zwischen „vor der Intervention“ und „während der Intervention“.

Die Interventions- und die Kontrollgruppe wurden jeweils in zwei Untergruppen unterteilt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit der Intervention starteten.

Tabelle 59: Untersuchungszeiträume nach Gruppen und Kohorten

Gruppe	Untergruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention
Interventionsgruppe	1. Kohorte	1. - 3. Quartal 2022	4. Quartal 2022 - 4. Quartal 2023
	2. Kohorte	1. Quartal 2023 - 4. Quartal 2023	1. Quartal 2024
Kontrollgruppe	1. Kohorte	1. - 3. Quartal 2022	4. Quartal 2022 - 1. Quartal 2024
	2. Kohorte	4. Quartal 2022 - 4. Quartal 2023	1. Quartal 2024

Eigene Darstellung

Für jeden Teilnehmenden war bekannt, zu welcher Gruppe und welcher Kohorte er*sie gehört. Für die Kosten war bekannt, zu welchem Zeitpunkt sie angefallen sind. So konnte für jeden Teilnehmenden eine Auswertung zur zugehörigen Gruppe und Kohorte für den Zeitraum erfolgen, der betrachtet wurde.

Die unterschiedlichen Startzeitpunkte für die jeweiligen Kohorten lagen zeitlich nahe beieinander. Zeiteffekte in dieser kurzen Frist waren nicht zu erwarten. Diese wurden dennoch kontrolliert, in dem die Veränderungen der Behandlungskosten gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab betrachtet wurden. Eine Veränderung gab es nur beim Punktwert, der

sich zwischen 2022 und 2023 um 0,23 Euro erhöhte und noch einmal zwischen 2023 und 2024 um 0,4 Euro.

Die Arzneimittelkosten je Medikamente variierten innerhalb der jeweiligen Quartale. Eine eindeutige Tendenz auf insgesamt höhere Kosten bei den später startenden Kohorten zeigte sich nicht.

3.6.1.1 Kosten der ärztlichen Behandlung

Für die Ermittlung der durchschnittlichen Kosten je Teilnehmenden wurden die Kosten über die jeweils einbezogenen Quartale ermittelt. Danach wurde die Anzahl derjenigen Teilnehmenden, die in diesen Quartalen vertragsärztliche Leistungen erhalten hatten, ermittelt. Die ermittelten Kosten der vertragsärztlichen Leistungserbringung wurden abschließend durch die Anzahl der Teilnehmenden in den Quartalen dividiert.

Zunächst wurden die durchschnittlichen Kosten je Teilnehmenden für alle vertragsärztlichen Leistungen getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe ermittelt.

Tabelle 58: Durchschnittliche Kosten der vertragsärztlichen Versorgung je Teilnehmenden und Quartal – alle mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnete Leistungen

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	327,26 €	280,18 €	-47,08 €
Kontrollgruppe	314,57 €	296,97 €	-17,60 €

Eigene Darstellung

Die durchschnittlichen Kosten der vertragsärztlichen Versorgung je Teilnehmenden und Quartal sanken bei der Interventionsgruppe zwischen t0 und t2 um 47 Euro, während sie bei der Kontrollgruppe um 17,60 Euro zurückgingen.

Betrachtet man die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung über den gesamten Beobachtungszeitraum, dann zeigt sich folgendes Bild:

Tabelle 59: Durchschnittliche Kosten der vertragsärztlichen Versorgung je Teilnehmenden – alle mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnete Leistungen

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	1.063,43 €	1.041,75 €	-21,68
Kontrollgruppe	1.023,08 €	804,80 €	-218,28

Eigene Darstellung

Es stellt sich die Frage, ob die Unterschiede zufallsbedingt oder ob systematische Gründe dafür verantwortlich sind. Um diese Frage zu beantworten, werden t-Tests auf Mittelwertunterschiede durchgeführt. Hierbei musste unterschieden werden zwischen:

- t-Tests für die beiden Gruppen: da beide Gruppen unabhängig voneinander waren, wurde hier der t-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Dieser Test wurde separat für den Messzeitpunkt t0 und den Messzeitpunkt t2 durchgeführt.
- t-Tests für die beiden Messzeitpunkte: da bei beiden Messzeitpunkten die gleichen Personen getestet wurden, handelte es sich um einen gepaarten oder verbundenen T-Test. Dieser Test wurde jeweils für die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe durchgeführt.

Vor der Durchführung des t-Tests für unabhängige Stichproben mussten zwei Voraussetzungen überprüft werden:

- Varianzhomogenität zwischen den beiden untersuchten Gruppen,
- Normalverteilung der Gruppen.

Werden die Voraussetzungen verletzt, müssen andere Tests als der t-Test durchgeführt werden. Der t-Test liefert nur dann unverzernte Werte, wenn Varianzhomogenität zwischen den untersuchten Gruppen vorliegt. Daher ist dem t-Test für unabhängige Stichproben der Levene-Test der Varianzgleichheit vorgeschaltet. Durch diesen Test wird die Varianzhomogenität überprüft. Der Levene-Test liefert keinen Anhaltspunkt dafür, dass sich die Varianzen beider Gruppen systematisch unterscheiden.¹

Eine weitere Voraussetzung ist, dass die beiden Gruppen normalverteilt waren. Für Stichprobengrößen mit $N > 50$ gilt, dass die Daten annähernd normalverteilt sind. Sowohl für die Interventionsgruppe ($N = 77$) als auch für die Kontrollgruppe ($N = 69$) ist diese Bedingung erfüllt. Der t-Test für unabhängige Stichproben konnte damit durchgeführt werden.

Voraussetzung für einen verbundenen t-Test ist, dass bei beiden Messzeitpunkten die gleichen Personen in die Auswertung eingehen. Die Abweichungen in der Zusammensetzung der Gruppen während beider Zeitpunkte war allerdings zu groß, um valide Ergebnisse für einen t-Test zu erhalten.

¹ Genauer gesagt: die Signifikanz des Levene-Tests lag für die Kosten vor der Intervention bei 0,580 und während der Intervention bei 0,081. Die Nullhypothese, dass die Varianzen beider Gruppen homogen sind, konnte damit nicht abgelehnt werden.

Tabelle 60: Kosten je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Kosten aller abgerechneten Leistungen	Vor der Intervention	Während der Intervention
	Signifikanz	Signifikanz
p-Wert	0,7918	0,2293

Eigene Darstellung

Die Nullhypothese für den t-Test lautet: es gibt keinen Unterschied zwischen den Kosten der beiden Gruppen.

Anhand der errechneten Signifikanz wurde überprüft, wie wahrscheinlich die ermittelten Mittelwertunterschiede sind, wenn sie auf zufälligen Effekten beruhen würden. Je geringer der Signifikanzwert ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die beobachteten Unterschiede allein durch Zufall zustande gekommen sind. Mit anderen Worten: die Nullhypothese wird abgelehnt, wenn die Signifikanz unterhalb des Schwellenwertes von $\alpha = 0,05$ fällt. Die Unterschiede zwischen den Mittelwerten beruhen dann nicht auf Zufall, sondern auf systematischen Gründen.² Man müsste in einem solchen Fall annehmen, dass die beiden Gruppen sich systematisch unterscheiden und nicht nur zufallsbedingt.

Die Auswertung des t-Tests zeigt kein signifikantes Ergebnis. Die Nullhypothese konnte nicht abgelehnt werden. Die Tests zeigen, dass die Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten über alle ambulanten Leistungen sowohl für den Zeitpunkt t0 als auch für den Zeitpunkt t2 nicht signifikant waren. Es kann damit nicht ausgeschlossen werden, dass die durchschnittlichen Kosten zufallsbedingt und nicht systematisch bedingt unterschiedlich hoch waren.

Bei einigen Früherkennungsuntersuchungen bestehen Anspruchsvoraussetzungen in der Art, dass sie nicht jährlich, sondern nur in bestimmten Zeitabständen in Anspruch genommen werden können (z. B. Früherkennung Hautkrebs, alle 2 Jahre). Im Rahmen des Projektes kam es vor, dass Früherkennungsmaßnahmen zum Zeitpunkt t0 in Anspruch genommen worden sind und damit kein Anspruch zum Zeitpunkt t2 vor lag. Ein Rückgang der Kosten für Gesundheits- und Früherkennungsmaßnahmen impliziert damit nicht zwangsläufig, dass die Leistungen weniger oft in Anspruch genommen worden sind.

² Genauer gesagt: die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen auf Zufall basieren, ist geringer als 5 %.

Tabelle 61: Durchschnittliche Kosten der Früherkennungsuntersuchungen je Teilnehmenden und Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	38,45 €	34,08 €	-4,38 €
Kontrollgruppe	37,81 €	42,18 €	4,37 €

Eigene Darstellung

Die durchschnittlichen Kosten sind bei der Interventionsgruppe gesunken, während sie in der Kontrollgruppe gestiegen sind.

Inwieweit diese Änderungen zufallsbedingt zustande gekommen sind, soll anhand eines t-Tests überprüft werden.

Tabelle 62: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Kosten Früherkennungs- untersuchungen	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
Mittelwert Kosten	-0,1080	49	0,9144			0,5400

Eigene Darstellung

Die Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten für die Leistungen Früherkennungsmaßnahmen waren für den Messzeitpunkt t0 nicht signifikant.

Für den Zeitpunkt t2 zeigte der Levene-Test ein signifikantes Ergebnis an, so dass die Annahme der Varianzhomogenität als Voraussetzung für einen t-Test verletzt wurde. Stattdessen wurde ein Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Auch dieser Test war für den Messzeitpunkt t2 nicht signifikant. In diesem Falle kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass die unterschiedliche Höhe der durchschnittlichen Kosten für die Leistungen der Früherkennungsleistungen zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe zufällig waren.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Kosten der hausärztlichen Versorgung insgesamt angegeben. Die Kosten werden je Quartal und Teilnehmenden ausgewiesen.

Tabelle 63: Durchschnittliche Kosten der hausärztlichen Versorgung je Teilnehmenden und Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	58,91 €	64,05 €	5,14 €
Kontrollgruppe	60,27 €	73,50 €	13,22 €

Eigene Darstellung

Die durchschnittlichen Kosten der gesamten hausärztlichen Versorgung stiegen in beiden Gruppen nur leicht an, wobei die Steigerung in der Interventionsgruppe geringer als in der Kontrollgruppe ausfiel.

Tabelle 64: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Kosten hausärztlicher Bereich	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheitsgrade	Signifikanz	T	Freiheitsgrade	Signifikanz
Mittelwert Kosten	-0,9268	87	0,3566			0,5948

Eigene Darstellung

Die Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten für die Leistungen des hausärztlichen Bereichs waren für den Messzeitpunkt t0 nicht signifikant.

Für den Zeitpunkt t2 zeigte der Levene-Test ein signifikantes Ergebnis an, so dass die Annahme der Varianzhomogenität als Voraussetzung für einen t-Test verletzt wurde. Stattdessen wurde ein Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Auch dieser Test war für den Messzeitpunkt t2 nicht signifikant. In diesem Falle kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass die unterschiedliche Höhe der durchschnittlichen Kosten für die Leistungen des hausärztlichen Bereichs zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe zufällig sind.

Ermittelt wurde der Anteil der (ersten) tatsächlichen Hausarzt*innenbesuche im Quartal an der maximalen Anzahl der möglichen (ersten) Hausarzt*innenbesuche. Wenn man 7 Quartale beobachtet mit 10 Teilnehmenden, wären maximal 70 erste Hausbesuche möglich gewesen.

In der folgenden Tabelle sind die Anteile der tatsächlichen an den möglichen Hausarzt*innenbesuchen verzeichnet.

Tabelle 65: Anteil der möglichen an den tatsächlichen (ersten) Hausarzt*innenbesuchen im Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention
Interventionsgruppe	55 %	69 %
Kontrollgruppe	80 %	64 %

Eigene Darstellung

In der Interventionsgruppe stieg der Anteil der wahrgenommenen ersten Hausarzt*innenbesuche an. In der Kontrollgruppe fiel dieser Anteil.

Die durchschnittlichen Kosten der hausärztlichen Versichertenpauschalen und der Vorhaltung können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 66: Durchschnittliche Kosten der hausärztlichen Versichertenpauschalen/ Vorhaltung je Teilnehmenden und Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	42,10 €	40,15 €	-1,95 €
Kontrollgruppe	47,28 €	40,41 €	-6,87 €

Eigene Darstellung

Trotz steigenden Anteils der ersten Hausarzt*innenbesuche sanken die durchschnittlichen Kosten der hausärztlichen Versichertenpauschalen/ Vorhaltung je Teilnehmenden und Quartal in der Interventions- und Kontrollgruppe. Grund hierfür war, dass die Anzahl der abgerechneten Leistungen in dem hier betrachteten hausärztlichen Unterkapitel rückläufig war.

Inwieweit diese Ergebnisse zufalls- oder systematisch bedingt waren, konnte anhand eines t-Tests überprüft werden.

Tabelle 67: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Kosten hausärztliche Versichertenpauschalen	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheitsgrade	Signifikanz	T	Freiheitsgrade	Signifikanz
Mittelwert Kosten	-1,5410	85	0,1270	0,3314	43	0,7420

Eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe vor der Intervention waren zwar nicht signifikant, aber sie bewegen sich in der Nähe des Signifikanzbereichs. Die durchschnittlichen Kosten für die Leistungen des Kapitels „3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung“ differierten merklich zwischen den beiden Gruppen. Anders dagegen während der Intervention: Hier haben sich die Durchschnittskosten angenähert. Ein signifikanter Unterschied bestand nicht. Die Unterschiede waren zufallsbedingt.

Die durch die im Kapitel „Chronikerpauschalen/ Gesprächsleistungen“ ausgelösten durchschnittlichen Kosten je Quartal können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 68: Durchschnittliche Kosten der Chronikerpauschalen/ Gesprächsleistung je Teilnehmenden und Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	36,33 €	38,40 €	2,06 €
Kontrollgruppe	36,38 €	46,60 €	10,23 €

Eigene Darstellung

Wie auch die Versichertenpauschalen ist die Chronikerpauschale sowie deren Zuschläge nur einmal im Quartal berechnungsfähig. Daraus lässt sich ableiten, wie oft die Chronikerpauschale möglich wäre abzurechnen und wie oft sie tatsächlich abgerechnet wurde. Im Hinblick auf das Teilnehmendenklientel kann das ein wichtiger Hinweis darauf sein, ob es ein Verbesserungspotential bei der Versorgung gibt.

Tabelle 69: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Kosten Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheitsgrade	Signifikanz	T	Freiheitsgrade	Signifikanz
Mittelwert Kosten	-0,3016	85	0,7637			0,8541

Eigene Darstellung

Die Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten zwischen beiden Gruppen waren nicht signifikant. Während die Signifikanz für t0 auf einem t-Test beruht, musste für t2 ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt werden.

Grund hierfür war, dass der Levene-Test ein signifikantes Ergebnis anzeigte, so dass die Annahme der Varianzhomogenität als Voraussetzung für einen t-Test verletzt wurde.

Die Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten für die Leistungen des Kapitels „3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung“ des EBM sind vor der Intervention zwischen der

Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe nur marginal (0,05 Euro). Diese Kosten sind in beiden Gruppen während der Intervention gestiegen, aber in der Kontrollgruppe deutlich stärker. Der Unterschied in den Durchschnittskosten zwischen beiden Gruppen war signifikant und damit nicht zufallsbedingt.

In der nachfolgenden Tabelle ist der Anteil der tatsächlich abgerechneten an der Maximalzahl der abrechnungsfähigen Chronikerpauschalen zu erkennen.

Tabelle 70: Anteil der möglichen an den tatsächlichen abgerechneten Chronikerpauschale im Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention
Interventionsgruppe	64 %	66 %
Kontrollgruppe	62 %	65 %

Eigene Darstellung

Auch wenn das Potential möglicherweise noch nicht völlig ausgeschöpft ist, zeigt sich doch in beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten eine hohe Ausschöpfung. In beiden Gruppen stieg der Anteil der tatsächlichen an der möglichen Abrechnung leicht zwischen den beiden Zeitpunkten t0 und t2.

In der nachfolgenden Tabelle sind die durchschnittlichen Laborkosten je Teilnehmenden und Quartal aufgeführt. Dazu wurden die Laborkosten über alle Quartale vor bzw. während der Intervention ermittelt. Dann wurden diese Kosten durch die Zahl der Teilnehmenden, für die in diesen Quartalen Laborleistungen veranlasst wurden, dividiert.

Tabelle 71: Durchschnittliche Kosten Labor je Teilnehmenden und Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	23,00 €	26,45 €	3,46 €
Kontrollgruppe	16,54 €	23,68 €	7,14 €

Eigene Darstellung

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe stiegen die durchschnittlichen Laborkosten an. Bei der Interventionsgruppe stiegen die durchschnittlichen Kosten um 15 %, bei der Kontrollgruppe um 43 % an.

Tabelle 72: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmendem – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Kosten Laborleistungen	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
Mittelwert Kosten	0,6930	73	0,4905	-0,6631	39	0,51115

Eigene Darstellung

Die durchschnittlichen Laborkosten sind weder vor noch nach der Intervention signifikant. Die unterschiedliche Höhe ist zufallsbedingt.

Abschließend wurde ermittelt, wie viele Laborleistungen je Teilnehmenden veranlasst worden sind. Auch hier wurden nur Laborleistungen der Kapitel 32.2 und 32.3 berücksichtigt.

Tabelle 73: Durchschnittliche Anzahl Laborleistungen je Teilnehmenden

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	13,7	11,5	-2,2
Kontrollgruppe	13,5	15,7	2,2

Eigene Darstellung

Bei der Interventionsgruppe sank die durchschnittliche Anzahl von abgerechneten Laborleistungen, während sie in der Kontrollgruppe stieg.

Eine sinkende Anzahl von veranlassten Laborleistungen bei steigenden Kosten bei der Interventionsgruppe bedeutet, dass während der Intervention höherpreisige Laborleistungen veranlasst wurden als vor der Intervention.

Inwieweit es bei der Anzahl der abgerechneten Laborleistungen der beiden Kapitel 32.1 und 32.3 des EBM zu zufallsbedingten oder systematischen Unterschieden kam, wird wieder anhand eines T-Tests geprüft.

Tabelle 74: Mittelwerte der Laborleistungen über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Anzahl Laborleistungen	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
Mittelwert Leistungen	-0,0348	73	0,9723			0,5604

Eigene Darstellung

Die durchschnittliche Anzahl von abgerechneten Laborleistungen vor der Intervention ist nicht signifikant. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zufallsbedingt zustande gekommen sind.

Gleiches trifft auch für den t2 zu. Aufgrund eines signifikanten Ergebnisses des Levene-Tests wurde hier anstelle eines t-Tests ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

In der nachfolgenden Tabelle sind die durchschnittlichen Kosten gemäß der Psychotherapie-Richtlinie je Teilnehmenden und Quartal aufgeführt.

Tabelle 75: Durchschnittliche Kosten der Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie je Teilnehmenden und Quartal

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	44,82 €	31,67 €	-13,15 €
Kontrollgruppe	36,22 €	34,13 €	-2,09 €

Eigene Darstellung

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe waren die durchschnittlichen Kosten rückläufig. Während die durchschnittlichen Kosten je Teilnehmenden und Quartal bei der Interventionsgruppe um 29 % sanken, gingen diese Kosten bei den Teilnehmenden der Kontrollgruppe um fast 6 % zurück.

Die beiden t-Tests für t0 und t2 sprechen dafür, dass die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sowohl vor der Intervention als auch während der Intervention zufallsbedingt waren.

Tabelle 76: Mittelwerte der Kosten über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche Kosten Psychotherapie	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheitsgrade	Signifikanz	T	Freiheitsgrade	Signifikanz
Mittelwert Kosten	0,4463	35	0,6582	-0,3144	16	0,7573

Eigene Darstellung

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass die Anzahl der Teilnehmenden, die Leistungen des Kapitels 35 „Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)“ in Anspruch genommen haben, zum Messzeitpunkt t2 schon sehr gering war.

Der Anteil der Teilnehmenden, die Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie in Anspruch genommen haben, kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 77: Anteil Teilnehmende mit Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention
Interventionsgruppe	42,9 %	39,3 %
Kontrollgruppe	34,0 %	31,8 %

Eigene Darstellung

In der Interventionsgruppe lag der Anteil der Teilnehmenden mit Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie sowohl vor als auch während der Intervention höher als in der Kontrollgruppe.

Weitere Kosten der vertragsärztlichen Versorgung sind in den folgenden Bereichen angefallen:

- Ärzt*innengruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- Fachärztlicher Versorgungsbereich Gebührenordnungspositionen
- Ärzt*innengruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen

Bei den Ärzt*innengruppenübergreifenden allgemeinen Gebührenordnungspositionen werden nur die Gebührenordnungspositionen des Kapitels „1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen“ im Weiteren berücksichtigt. Alle anderen Leistungen in diesem Bereich des EBM stehen in keinem Zusammenhang zu präventiven Leistungen.

Das Gleiche gilt für den kompletten fachärztlichen Versorgungsbereich. Bei den in diesem Bereich des EBM zu findenden Leistungen handelt es sich um Leistungen, die ebenfalls nicht im Zusammenhang mit präventiven Leistungen stehen.

Bei den Ärzt*innengruppenübergreifenden speziellen Gebührenordnungspositionen werden ausschließlich Laborleistungen und Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie berücksichtigt.

Als relevante Kosten der vertragsärztlichen Versorgung werden für diesen Bericht damit definiert:

- Kosten der hausärztlichen Versorgung
- Laborkosten
- Kosten der Psychotherapie-Richtlinie

In der nachfolgenden Tabelle sind die durchschnittlichen Kosten gemäß der Psychotherapie-Richtlinie je Teilnehmenden und Quartal aufgeführt.

Tabelle 78: Durchschnittliche Kosten der relevanten vertragsärztlichen Leistungen

Gruppe	Vor der Intervention	Während der Intervention	absolute Veränderung von t0 zu t2
Interventionsgruppe	460,74 €	400,50 €	-60,24 €
Kontrollgruppe	458,40 €	400,52 €	-57,88 €

Eigene Darstellung

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe waren die durchschnittlichen Kosten der gesamten relevanten vertragsärztlichen Kosten rückläufig.

Für beide Messzeitpunkte wurde jeweils ein t-Test durchgeführt. Allerdings ergab sich für beide Zeitpunkte, dass der Levene-Test signifikantes Ergebnis anzeigte, so dass die Annahme der Varianzhomogenität als Voraussetzung für einen t-Test verletzt wurde. Stattdessen wurden Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Tabelle 79: Mittelwerte der Kosten der relevanten vertragsärztlichen Leistungen über alle Quartale und Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Durchschnittliche relevante Kosten vertragsärztliche Versorgung	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheitsgrade	Signifikanz	T	Freiheitsgrade	Signifikanz
Mittelwert Kosten			0,8801			0,2216

Eigene Darstellung

Diese beiden Tests zeigten kein signifikantes Ergebnis. Für beide Messzeitpunkte kann davon ausgegangen werden, dass die unterschiedliche Höhe der durchschnittlichen Kosten für die durchschnittlichen relevanten gesamten Kosten der vertragsärztlichen Versorgung zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe zufallsbedingt zustande gekommen sind.

3.6.1.2 Medikamente

Bei den Medikamenten werden bei der Interventions- und der Kontrollgruppe die Anzahl der Medikamente sowie die damit verbundenen Medikationskosten betrachtet.

Hierbei wird unterschieden zwischen:

- Anzahl / Kosten aller Medikamente
- Anzahl / Kosten TOP 10 Medikamente nach ATC-Klassifikation
- Anzahl / Kosten der sonstigen Medikamente nach ATC-Klassifikation.

Im Folgenden werden nur die 2.539 Medikamente und Hilfsmittel betrachtet, die über eine ATC-Klassifikation erfasst werden konnten.

Zunächst erfolgt eine Übersicht über die verordneten Medikamente und Hilfsmittel auf der obersten Ebene, welches für die anatomische Gruppe steht.

Tabelle 80: Verordnete Medikamente nach ATC anatomische Gruppe

ATC-Kode	ATC-Bedeutung	Anzahl	Anteil
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	413	16,3 %
B	Blut und blutbildende Organe	78	3,1 %
C	Kardiovaskuläres System	489	19,3 %
D	Dermatika	101	4,0 %
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	93	3,7 %
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	131	5,2 %
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	63	2,5 %
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	3	0,1 %
M	Muskel- und Skelettsystem	126	5,0 %
N	Nervensystem	717	28,2 %
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	10	0,4 %
R	Respirationstrakt	134	5,3 %
S	Sinnesorgane	59	2,3 %
V	Varia	122	4,8 %
	Summe	2.539	100,0 %

Eigene Darstellung

Die drei häufigsten anatomischen Gruppen, zu denen Medikamente und Hilfsmittel verordnet wurden, sind das Nervensystem, das kardiovaskuläre System sowie das alimentäre System und Stoffwechsel. Mit diesen drei Gruppen sind 63,7 % aller Medikamente erfasst. Zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe bestehen nur leichte Unterschiede in Bezug auf die Verordnungen für das kardiovaskuläre System.

Geht man zur 2. ATC-Ebene über, dann betrachtet man die therapeutischen Hauptgruppen. Davon wurden insgesamt 64 verschiedene angesprochen. Aus Übersichtlichkeitsgründen werden die TOP-10 hier näher betrachtet. Mit diesen TOP-10 werden über alle Gruppen und Zeitpunkte 59,4 % aller verordneten Medikamente und Hilfsmittel erfasst.

Tabelle 81: TOP-10 verordnete Medikamente nach therapeutischen Hauptgruppen ATC

ATC-Klassifikation	ATC-Bezeichnung	Anzahl	Anteil an allen Medikamenten	Rang
N05	Psycholeptika	333	13,1 %	1
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	186	7,3 %	2
A10	Antidiabetika	168	6,6 %	3
N03	Antiepileptika	166	6,5 %	4
A02	Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	131	5,1 %	5
N06	Psychoanaleptika	123	4,8 %	6
R03	Mittel bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen	113	4,4 %	7
H03	Schilddrüsentherapie	112	4,4 %	8

C07	Beta-Adrenozeptorantagonisten	96	3,8 %	9
N02	Analgetika	80	3,1 %	10
	Summe TOP-10	1.508	59,4 %	
	Summe alle Medikamente	2.539		

Eigene Darstellung

Betrachtet man die Kosten der TOP-10 Medikamente, so entstanden insgesamt Kosten in Höhe von 73.934 Euro.

Tabelle 82: Kosten der TOP-10 verordnete Medikamente

ATC-Klassifikation	ATC-Bezeichnung	Anzahl	Anteil an allen Medikamenten	Rang
N05	Psycholeptika	19.166,25 €	10,8 %	1
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	4.446,50 €	2,5 %	2
A10	Antidiabetika	17.011,32 €	9,6 %	3
N03	Antiepileptika	12.637,96 €	7,1 %	4
A02	Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	2.630,82 €	1,5 %	5
N06	Psychoanaleptika	3.559,59 €	2,0 %	6
R03	Mittel bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen	9.976,69 €	5,6 %	7
H03	Schilddrüsen Therapie	1.581,70 €	0,9 %	8
C07	Beta-Adrenozeptorantagonisten	1.447,24 €	0,8 %	9
N02	Analgetika	1.476,21 €	0,8 %	10
	Summe TOP-10	73.934,28	41,6 %	
	Summe alle Medikamente	171.152,85 €		

Eigene Darstellung

Bei der Aufteilung auf die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe muss berücksichtigt werden, dass die Zahl der Teilnehmenden und die Teilnahmezeit zwischen den Gruppen unterschiedlich hoch ist. Aus diesem Grunde wird auf die durchschnittliche Anzahl verordnete Medikamente je Teilnehmenden und die durchschnittlichen Kosten der verordneten Medikamente je Teilnehmenden im Folgenden referenziert. Aus Übersichtlichkeitsgründen werden die TOP-10 Medikamente wiederum als Referenz dargestellt.

Zunächst zu der durchschnittlichen Anzahl verordneter Medikamente über alle jeweiligen Gruppenmitglieder.

Tabelle 83: Durchschnittlich verordnete TOP-10 Medikamente nach therapeutischen Hauptgruppen ATC je Teilnehmenden

ATC-Bezeichnung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Psycholeptika	8,3	7,4	13,9	7,3
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	5,3	4,3	5,6	5,5
Antidiabetika	13,2	4,0	6,0	6,5
Antiepileptika	7,9	5,8	11,6	4,0
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	4,1	4,3	4,2	3,0
Psychoanaleptika	4,7	3,8	5,1	6,3
Mittel bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen	7,3	6,7	6,6	3,7
Schilddrüsentherapie	4,9	3,8	4,4	4,5
Beta-Adrenozeptorantagonisten	6,7	2,7	5,9	
Analgetika	2,6	2,7	2,3	3,4
TOP-10 Medikamente	17,3	15,4	17,2	13,2
Medikamente insgesamt	29,1	22,5	27,5	15,8

Eigene Darstellung

Aus der anatomischen Gruppe „Nerven“ befinden sich vier Hauptgruppen unter den Top-10 der verordneten Medikamente (Psycholeptika, Antiepileptika, Psychoanaleptika, Analgetika). Die durchschnittlich verordnete Anzahl Medikamente je Teilnehmenden reicht sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe von hoch (Psycholeptika) bis hin zu niedrig (Analgetika).

Unter den TOP-10 der therapeutischen Hauptgruppen befinden sich zwei, die aus der anatomischen Hauptgruppe „Kardiovaskuläres System“ stammen (Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, Beta-Adrenozeptorantagonisten).

Die durchschnittliche Anzahl der verordneten Medikamente je Teilnehmenden variiert sehr stark zwischen den einzelnen therapeutischen Hauptgruppen, der Interventions- und der Hauptgruppe sowie zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten. Das lässt darauf schließen, dass die verordneten Medikamente aus einem Mix aus Dauermedikation und

Bedarfsmedikation darstellten. Auffällig ist auf jeden Fall, dass die Anzahl der Medikamente je Teilnehmenden sehr hoch ist.

Inwieweit diese Ergebnisse zufalls- oder systematisch bedingt sind, wurde anhand eines t-Testes überprüft.

Tabelle 84: Mittelwerte der Medikamentenanzahl je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Anzahl Medikamente	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
TOP 10	0,0810	68	0,9353	1,0758	27	0,2915
Andere Medikamente	0,3009	68	0,7644	0,9659	27	0,3427
Alle Medikamente zusammen	0,2193	68	0,8271	1,3603	27	0,1850

Eigene Darstellung

In keinem Fall zeigte sich bei den t-Tests ein signifikantes Ergebnis. Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die Unterschiede in der Anzahl der verordneten Medikamente über alle Gruppen und Zeitpunkte zufallsbedingt sind.

Die durchschnittlichen Kosten der verordneten Medikamente je Teilnehmenden können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 85: Durchschnittlich Kosten der verordneten TOP-10 Medikamente nach therapeutischen Hauptgruppen ATC je Teilnehmenden

ATC-Bezeichnung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Psycholeptika	298,35 €	972,90 €	487,76 €	319,44 €
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	116,10 €	91,23 €	153,69 €	98,78 €
Antidiabetika	1.692,25 €	62,66 €	486,64 €	477,74 €
Antiepileptika	746,91 €	457,16 €	659,53 €	166,18 €
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	80,08 €	81,49 €	86,86 €	57,20 €
Psychoanaleptika	166,24 €	100,31 €	150,91 €	133,84 €
Mittel bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen	391,54 €	960,84 €	566,30 €	332,55 €

Schilddrüsentherapie	75,11 €	51,07 €	58,75 €	59,77 €
Beta-Adrenozeptorantagonisten	104,08 €	41,23 €	85,00 €	
Analgetika	47,73 €	37,22 €	32,85 €	98,09 €
TOP-10 Medikamente	330,01 €	332,22 €	253,07 €	179,44 €
Medikamente insgesamt	567,62 €	247,78 €	185,58 €	126,35 €

Eigene Darstellung

Auch die durchschnittlichen Kosten je Teilnehmenden variierten sehr stark zwischen den einzelnen therapeutischen Hauptgruppen, der Interventions- und der Hauptgruppe sowie zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten.

Inwieweit die Unterschiede zufallsbedingt oder systematisch waren, wurde anhand von t-Tests überprüft.

Lediglich für die TOP-10-Medikamente konnte für den Messzeitpunkt t0 ein t-Test durchgeführt werden. Für beide anderen Gruppen zeigten die vorgeschalteten Levene-Tests, dass Varianzheterogenität besteht und somit eine Voraussetzung für die Durchführung von t-Tests verletzt wurde. Stattdessen wurde jeweils ein Mann-Whitney-U-Test veranlasst. Das Gleiche gilt auch für den Messzeitpunkt t2.

Tabelle 86: Mittelwerte der Medikamentenkosten je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Kosten Medikamente	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
TOP 10	0,9091	68	0,3665	-0,9826	27	0,71360
Andere Medikamente			0,7539	-1,0967	27	0,9141
Alle Medikamente zusammen			0,5504	-1,0502	27	0,3291

Eigene Darstellung

Bei den Kosten der Medikamente zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Die Unterschiede zu beiden Messzeitpunkten zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe waren zufällig und nicht systematisch bedingt.

3.6.1.3 Krankenhaus

Im Rahmen dieses Projektes wurden insgesamt 57 stationäre Krankenhaufälle ermittelt, darunter 46 für den somatischen und 11 für den psychiatrischen Bereich.

Tabelle 87: Anzahl Teilnehmende mit stationärem Krankenhausaufenthalt

Art der stationären Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Somatischer Krankenhausaufenthalt	14	8	21	3
Psychiatrischer Krankenhausaufenthalt	4	3	1	3
Summe	18	11	22	6

Eigene Darstellung

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte ist zu klein, um daraus systematischen Wirkungen der Intervention ermitteln zu können.

Die durch die stationären Aufenthalte verursachten Kosten können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 88: Kosten der stationären Krankenhausaufenthalte

Art der stationären Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Somatischer Krankenhausaufenthalt	21.952,79 €	19.593,65 €	48.278,57 €	3.247,15 €
Psychiatrischer Krankenhausaufenthalt	3.473,45 €	8.227,51 €	4.152,67 €	989,34 €
Summe	25.426,24 €	27.821,16 €	52.431,24 €	4.236,49 €

Eigene Darstellung

Aus der nachstehenden Tabelle können die durchschnittlichen Kosten je Teilnehmenden entnommen werden.

Tabelle 89: Durchschnittliche Kosten der stationären Krankenhausaufenthalte

Art der stationären Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Somatischer Krankenhausaufenthalt	1.568,06 €	2.449,21 €	2.298,98 €	1.082,38 €
Psychiatrischer Krankenhausaufenthalt	868,36 €	2.742,50 €	4.152,67 €	329,78 €
Summe	1.412,57 €	2.529,20 €	2.383,24 €	706,08 €

Eigene Darstellung

Neben einer stationären Krankenhausbehandlung kann auch eine krankenhausbambulante Behandlung erfolgen. Folgende unterschiedliche Konstellationen spielten im Rahmen dieses Projektes eine Rolle:

Tabelle 90: Übersicht über krankenhausbambulante Behandlungsmöglichkeiten

Fallart	Ambulante Behandlung
T27A	Ambulantes Operieren gemäß §115b SGB V
T27B	Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V
T27C	Ambulanzen an Ausbildungsstätten gemäß § 117 SGB V
T27D	Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V
T28A	Hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b SGB V

Eigene Darstellung

Im Rahmen dieses Projektes konnten insgesamt 66 Behandlungen in Krankenhausambulanzen ermittelt werden. Das teilt sich wie folgt auf:

Tabelle 91: Anzahl Teilnehmende mit Behandlung in einer Krankenhausambulanz

Art der stationären Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Hochschulambulanzen	5	1	2	
Hochspezialisierte Leistungen	7		1	
Psychiatrische Institutsambulanz	15	9	7	13
Ambulanzen an Ausbildungsstätten gemäß § 117 SGB V			5	

ambulantes Operieren gemäß §115b SGB V			1	
Summe	27	10	16	13

Eigene Darstellung

Auch hier reicht die Anzahl der Teilnehmenden ebenfalls nicht aus, um Aussagen zur systematischen Wirkung der Intervention zu treffen.

Aus Gründen der Vollständigkeit werden die verursachten Kosten auch hier aufgeführt.

Tabelle 92: Kosten der Behandlung in den Krankenhausambulanzen

Art der stationären Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Hochschulambulanzen	825,00 €	150,00 €	330,00 €	
Hochspezialisierte Leistungen	1.459,10 €		183,14 €	
Psychiatrische Institutsambulanz	5.082,50 €	2.786,06 €	2.367,75 €	4.397,25 €
Ambulanzen an Ausbildungsstätten gemäß § 117 SGB V			7.148,84 €	
ambulantes Operieren gemäß §115b SGB V			286,25 €	
Summe	7.366,60 €	2936,06 €	10.315,98 €	4.397,25 €

Eigene Darstellung

Abschließend seien noch die durchschnittlichen Kosten je Teilnehmenden der Inanspruchnahme der Krankenhausambulanzen aufgeführt.

Tabelle 93: Durchschnittliche Kosten der Behandlung in den Krankenhausambulanzen

Art der stationären Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Hochschulambulanzen	165,00 €	150,00 €	165,00 €	
Hochspezialisierte Leistungen	208,44 €		183,14 €	
Psychiatrische Institutsambulanz	338,83 €	309,56 €	338,25 €	

Ambulanzen an Ausbildungsstätten gemäß § 117 SGB V			1.429,77 €	
ambulantes Operieren gemäß §115b SGB V			286,25 €	338,25 €
Summe	272,84 €	293,61 €	644,75 €	338,25 €

Eigene Darstellung

3.6.1.4 Zahnärztliche Kosten

Die wichtigste präventive Maßnahme im Bereich der Mundgesundheit ist eine gute Mundhygiene. Ein regelmäßiger Zahnarzt*innenbesuch ist ebenfalls wichtig.

Aus diesem Grunde wurde zunächst untersucht, ob die Teilnehmenden während der Laufzeit des Projektes regelmäßig Zahnarzt*innen aufsuchen. Angaben liegen für den Zeitraum 2022 und 2023 vor, wobei es in beiden Jahren zu einer Untererfassung gekommen sein wird. Betrachtet wurde für 2022 nur der Zeitraum vom 1.10. bis zu 31.12.2022. Für das Jahr 2023 konnten Daten zwischen dem 1.1. und dem 30.9.2023 berücksichtigt werden. Die Daten für 2024 sind sehr unvollständig, so dass hier kein Ausweis dieser Angaben erfolgt.

*Tabelle 94: Anteil der Teilnehmenden mit Zahnarzt*innenbesuchen in den Jahren 2022 und 2023*

Gruppe	Zahnarzt*innenbesuch 2022	Zahnarzt*innenbesuch 2023
Interventionsgruppe	12,2 %	50,0 %
Kontrollgruppe	17,6 %	55,9 %

Eigene Darstellung

In der Kontrollgruppe war der Anteil derjenigen, die Zahnarzt*innen aufgesucht haben in beiden Jahren höher als bei der Interventionsgruppe. Unter der Berücksichtigung, dass weder für 2022 noch für 2023 Angaben für das volle Jahr zur Verfügung standen, zeigte sich, dass hier durchaus Verbesserungsbedarf besteht. Das jährliche Aufsuchen von Zahnarzt*innen sollte gefördert werden.

Zu der gleichen Schlussfolgerung kommt man, wenn man die obige Fragestellung etwas erweitert und fragt, wie groß der Anteil derjenigen ist, die in beiden Jahren Zahnarzt*innen aufgesucht haben.

*Tabelle 95: Anteil der Teilnehmenden, die in beiden Jahren Zahnarzt*innen besucht haben*

Gruppe	Zahnarzt*innenbesuch in einem Jahr	Zahnarzt*innenbesuch in beiden Jahren
Interventionsgruppe	43,2 %	9,5 %
Kontrollgruppe	47,1 %	13,2 %

Eigene Darstellung

Weniger als die Hälfte der Teilnehmenden in jeder Gruppe hat in den beiden Jahren, für die Angaben zur Verfügung stehen, Zahnarzt*innen aufgesucht. Zwischen 9 % (Interventionsgruppe) und 13 % (Kontrollgruppe) hat in beiden Jahren Zahnarzt*innen frequentiert. Auch hier muss natürlich berücksichtigt werden, dass in keinem der beiden Jahre

das vollständige Jahr abgedeckt wurde. Aber tendenziell dürfte sich ein Verbesserungsbedarf ableiten lassen.

Zu den wichtigen präventiven Maßnahmen gehört die professionelle Zahnreinigung. Diese gehört allerdings nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen der Krankenkassen. Sie muss von Versicherten selbst gezahlt werden. Da nur Kosten, die bei der Krankensicherung abgerechnet werden können, berücksichtigt werden sollten, wurden diese Kosten nicht erfasst.

Die zahnärztliche Behandlung hat neben ihren therapeutischen Zwecken auch unmittelbar präventive Wirkungen. So verhindert z.B. eine Paradontosebehandlung eine Parodontitis. Aus diesen Gründen wurde die Art der zahnärztlichen Behandlung differenziert untersucht. Ausgeschlossen wurde ein Fall mit einem Kieferbruch. Diese zahnärztliche Behandlung stellt eine Notfallmaßnahme, aber keine präventive Maßnahme dar. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden Leistungen des Zahnersatzes. Der Bezug zwischen präventiven Maßnahmen und Zahnersatzbehandlungen lässt sich nicht zwangsläufig herstellen.

Insgesamt konnten während des Beobachtungszeitraumes 189 zahnärztliche Abrechnungen ermittelt werden. Diese teilen sich wie folgt auf die Gruppen und die beiden Zeitpunkte t0 und t2 auf.

Tabelle 96: Anzahl der Teilnehmenden mit zahnärztlicher Behandlung

Art der zahnärztlichen Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Zahnmedizinische Behandlung	29	27	10	13
Parodontosebehandlung	3	2	0	1

Eigene Darstellung

Die Anzahl der Teilnehmenden war zu gering, um zu überprüfen, ob die Kosten der zahnärztlichen Behandlung zwischen den Gruppen variiert.

Die durchschnittliche Anzahl der zahnärztlichen Abrechnungen kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 97: Durchschnittliche Anzahl der zahnärztlichen Abrechnungen je Teilnehmenden mit zahnärztlicher Behandlung

Art der zahnärztlichen Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Zahnmedizinische Behandlung	2,5	2,3	2,3	2,3
Parodontosebehandlung	1,7	2,3	3,0	0

Eigene Darstellung

Ein für die Prävention wichtiger Aspekt stellte der Anteil der Teilnehmenden dar, die vor und während der Laufzeit des Projektes eine zahnärztliche Behandlung erhalten haben.

Tabelle 98: Anteil der Teilnehmenden mit zahnärztlicher Behandlung

Art der zahnärztlichen Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Zahnmedizinische Behandlung	59,2 %	35,7 %	57,4 %	59,1 %
Parodontosebehandlung	6,1 %	0,0 %	4,3 %	4,5 %

Eigene Darstellung

Die Frage danach, wie hoch die durchschnittliche Anzahl von Leistungen je Teilnehmenden war, kann nicht beantwortet werden. Aus den zur Verfügung gestellten Angaben ließen sich nicht, anders als bei den Vertragsärzt*innen, Einzelleistungen auf der Basis einer Gebührenordnung ableiten. Zum einen wurden Pauschalleistungen, zum anderen wurden Zeiträume, in denen eine Behandlung erfolgt ist, angegeben.

Allerdings ließen sich die durchschnittlichen Kosten je Teilnehmenden ermitteln.

Tabelle 99: Durchschnittliche Kosten der zahnärztlichen Behandlung je Teilnehmenden

Art der zahnärztlichen Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Zahnmedizinische Behandlung	220,69 €	397,13 €	304,13 €	164,39 €
Parodontosebehandlung	561,13 €	0	889,06 €	0

Eigene Darstellung

Ein Muster für die Entwicklung der Kosten ist hier nicht erkennbar.

3.6.1.5 Sonstige Leistungen

Bei den drei Leistungsbereichen der Sonstigen Leistungen (Hilfsmittel, Heilmittel und häusliche Krankenpflege) zeigte sich nach ersten Auswertungen, dass die jeweiligen Gesamtkosten durch Ausreißerwerte erheblich beeinflusst wurden.

Um Ausreißerwerte exakt zu definieren, wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurden je Leistungsbereich das arithmetische Mittel und die Standardabweichung ermittelt. Alle Kostendaten, die jeweils höher waren als die Summe aus dem arithmetischen Mittel und zwei Standardabweichungen, wurden als Ausreißer festgelegt. Die nachfolgende Tabelle enthält Angaben über diese Werte:

Tabelle 100: Angaben zu den Ausreißerwerten bei den Sonstigen Leistungen

Statistische Angaben	Hilfsmittel	Heilmittel	Häusliche Krankenpflege
Arithmetisches Mittel mit Ausreißerwerten	1.748,53 €	2.148,83 €	4.793,71 €
Arithmetisches Mittel ohne Ausreißerwerte	1.179,22 €	1.753,33 €	4.396,56 €
Teilnehmer mit Kosten in den Leistungsbereichen vorher Ausschluss	69	62	29
Anzahl mit Ausreißerwerten	3	3	1

Eigene Darstellung

Das arithmetische Mittel der Kosten bei den Sonstigen Leistungen verändert sich deutlich nach unten, wenn man die Ausreißerwerte unberücksichtigt lässt.

Die Ausreißerwerte wurden daraufhin tiefer analysiert. Es stellte sich heraus, dass die Ausreißerwerte sich zusammensetzen aus Leistungen, die während des Betrachtungszeitraums sehr häufig oder gar täglich erbracht worden sind. So setzte sich beispielsweise die höchste Kostenposition beim Leistungsbereich „häusliche Krankenpflege“ aus 433 Einzelpositionen zusammen. Die Kosten jeder Einzelposition lag dabei zwischen 17 und 38 Euro.

Um die entstandenen Kosten richtig einschätzen zu können, werden daher im Folgenden 2 Auswertungen erstellt:

- Auswertung Kosten je Teilnehmenden
- Auswertung Kosten je Inanspruchnahme

In der nachfolgenden Tabelle sind die durchschnittlichen Kosten der jeweiligen sonstigen Leistung je Teilnehmenden enthalten.

Tabelle 101: Durchschnittliche Kosten der sonstigen Leistungen je Teilnehmenden

Art der Sonstigen Leistungen	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Hilfsmittel	2.388,28 €	533,56 €	1.539,75 €	605,12 €

Heilmittel	1.497,89 €	1.705,59 €	1.791,69 €	1.812,43 €
Häusliche Krankenpflege	4.598,74	1.993,77 €	4.816,13 €	3.383,35 €

Eigene Darstellung

Wie schon erwähnt, wurden die durchschnittlichen Kosten durch Ausreißerwerte mitbestimmt. Viele Leistungen bei nur wenigen Teilnehmenden zogen die durchschnittlichen Kosten nach oben.

Ob die Kosten zufallsbedingt zwischen den Gruppen variierten, konnte mit Hilfe eines T-Tests ermittelt werden.

Tabelle 102: Kosten der Sonstigen Leistungen je Teilnehmenden – beide Messzeitpunkte

Anzahl Leistungen	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
Hilfsmittel	0,9322	51	0,3556	-1,7324	18	0,1003
Heilmittel	-0,4228	42	0,6746	2,4810	28	0,0194*
Häusliche Krankenpflege	-0,12645	22	0,9005	-0,2278	19	0,8222

Eigene Darstellung

* signifikantes Ergebnis

Die t-Tests zeigten, mit einer Ausnahme, keine signifikanten Ergebnisse. Damit konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die Unterschiede in den Kosten zwischen den beiden Gruppen rein zufallsbedingt zustande gekommen sind. Lediglich bei den Heilmitteln zum Messzeitpunkt t2 zeigte sich ein signifikantes Ergebnis. Hier beruhen die Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nicht auf dem Zufall.

Zusätzlich wurden noch die durchschnittlichen Kosten der sonstigen Leistungen je Inanspruchnahme angegeben. Hier wurde als Korrekturfaktor die Zahl der Tage mit Leistungsanspruchnahme eingeführt. Teilnehmende mit im Beobachtungszeitraum vielen Inanspruchnahmen von sonstigen Leistungen wurden damit gleichbehandelt, wie Teilnehmende mit nur wenigen Inanspruchnahmen.

Tabelle 103: Durchschnittliche Kosten der sonstigen Leistungen je Inanspruchnahme

Art der Sonstigen Leistungen	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
Hilfsmittel	216,33 €	69,36 €	102,41 €	71,79 €

Heilmittel	77,40 €	98,16 €	50,44 €	88,95 €
Häusliche Krankenpflege	19,84 €	18,44 €	16,33 €	21,21 €

Eigene Darstellung

Auch hier wurde wiederum überprüft, ob die Kosten je Inanspruchnahme zufallsbedingt zwischen den Gruppen variieren.

Tabelle 104: Kosten der Sonstigen Leistungen je Inanspruchnahme – beide Messzeitpunkte

Anzahl Medikamente	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
Hilfsmittel	1,8567	51	0,06914	-0,5672	26	0,5754
Heilmittel	1,1147	42	0,2713	0,5346	32	0,5966
Häusliche Krankenpflege	0,9077	22	0,3739	0,6827	9	0,5120

Eigene Darstellung

Die Kosten je Inanspruchnahme zeigten keine signifikanten Ergebnisse. Die Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe waren damit zufallsbedingt. Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die unterschiedlich hohen Kosten je Inanspruchnahme zufallsbedingt zustande gekommen sind.

3.6.1.6 Interventionskosten

Die neue Versorgungsform wurde nachgelagert auch der Kontrollgruppe angeboten. In der Kontrollgruppe wurde eine Intervention erst nach drei Zeitpunkten der Datenerhebungen offeriert. Dies diene der ethisch begründeten Haltung, einer vulnerablen Gruppe von Menschen eine (vermutlich) wirksame Leistung nicht vorzuenthalten. Auch bei der Kontrollgruppe sind daher Kosten der Intervention angefallen. Die Kosten ergaben sich durch die Personalkosten der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen.

Die elementaren Bestandteile der Interventionskosten konnten in zwei Bereiche aufgeteilt werden:

- Ausgaben für gesundheitlichen Versorgungsleistungen
- Ausgaben für projektspezifische Aufwendungen für die gesundheitlichen Versorgungsleistungen

Zu den Ausgaben für gesundheitlichen Versorgungsleistungen gehörten u. a.:

- Vier Präventionsbesuche
- Unterstützung bei der Umsetzung von Prävention
- Individual- und Gruppenberatungen

Aufgrund der erschwerten Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung war es sinnvoll in der Versorgung mit zwei Expert*innen zu arbeiten.

Die projektspezifischen Aufwendungen für die gesundheitlichen Versorgungsleistungen ergaben sich u. a. durch:

- Rekrutierung der Kontroll- und Interventionsgruppe
- Sozialraumanalysen
- Steuerung des Versorgungsprozesses und Vernetzung von Versorgungsstrukturen
- Projektorganisation und -qualitätssicherung

Die kalkulierten Kosten, die im Projektantrag angegeben worden sind, beruhten auf einer Annahme hinsichtlich der Teilnehmendenzahl. Angenommen wurde, dass es je 107 Teilnehmende in der Interventions- und in der Kontrollgruppe geben würde. Für diese Teilnehmendenzahl wurden daher die Kosten kalkuliert. Würde man diese kalkulierten Kosten auf die tatsächliche Teilnehmendenzahl beziehen, dann würden die Kosten der Intervention unverhältnismäßig hoch sein und würden nicht die wirklich erforderlichen Kosten der Intervention abbilden.

Aus diesem Grunde wurde wie folgt verfahren: Die kalkulierten Kosten wurden durch die kalkulierte Teilnehmendenzahl dividiert. Daraus ergeben sich die Interventionskosten je Teilnehmenden, die für dieses Projekt zugrunde gelegt wurden. Anschließend wurden diese Interventionskosten je Teilnehmenden mit der Zahl der tatsächlichen Teilnehmenden multipliziert. Daraus ergaben sich die realistischen Kosten der Intervention.

Synchron zu den bereits beschriebenen Kostenarten wurden die ermittelten Kostensummen zunächst auf die den bereinigten Datensatz umfassende Teilnehmendenanzahl verteilt. Berücksichtigt wurden hierbei nicht nur die Daten der Interventionsgruppe (77 Teilnehmende), sondern auch die Daten der Kontrollgruppe (69 Teilnehmende). Da auch die Kontrollgruppe die entsprechenden Interventionsleistungen erhalten hat und dafür auch Personalkosten angefallen sind, wurde hier mit insgesamt 146 Teilnehmenden gerechnet. In die gesundheitsökonomische Evaluation sind letztlich 140 Teilnehmende einbezogen worden, weil es 6 Teilnehmende gab, die zum Zeitpunkt t_2 an dem Projekt teilgenommen haben.

Tabelle 105: Kosten der Intervention

Kostenart	Kalkulierte Kosten	Kalkulierte Kosten pro TN (207)	Kosten für die tatsächliche TN (146)
Ausgaben für gesundheitlichen Versorgungsleistungen	1.362.710,44 €	6.367,81 €	929.699,65 €
Ausgaben für projektspezifische Aufwendungen für die gesundheitlichen Versorgungsleistungen	708.464,20 €	3.310,58 €	483.344,73 €
Summe	2.071.174,64 €	9.678,39 €	1.413.044,38 €

Eigene Darstellung

3.6.1.7 Ermittlung der Gesamtkosten

Gegenstand der vorherigen Kapitel war die Ableitung und Beschreibung der verschiedenen Kostenarten. Grob konnte dabei zwischen den direkten medizinischen Kosten (angefallen für Interventions- und Kontrollgruppe) sowie den Interventionskosten (ausschließlich für die Interventionsgruppe entstanden) unterschieden werden.

In diesem Kapitel sollen nun die einzelnen Kostenarten zusammengeführt und durchschnittliche Kosten pro Teilnehmenden kalkuliert werden. Zu diesem Zweck waren verschiedene Herangehensweisen denkbar, von denen zwei im Folgenden vorgestellt werden. Ausgangsbasis für beide Optionen waren hierbei die kumulierten Kosten pro Kostenart. Aufgeteilt waren diese nach der Gruppenzugehörigkeit und den beiden Messzeitpunkten.

Option 1

Bei dieser Option wurden die angesprochenen Kostenblöcke pro Kostenart durch die Anzahl der tatsächlichen Leistungs-Inanspruchnehmenden geteilt. Die Werte pro Kostenart wurden im Anschluss aufsummiert. Der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass sich die Kosten der Interventionsgruppe (IG) zwischen den beiden Messzeitpunkten um 3.242,15 € gesenkt haben. In der Kontrollgruppe (KG) sind die Kosten zum Messzeitpunkt t2 um 4.575,97 € gesunken. Als besonders hohe Werte fielen in beiden Gruppen die Kosten für die Sonstigen Leistungen auf und konnten damit als Ausreißer gewertet werden.

Tabelle 106: Kosten pro Leistungs-Inanspruchnehmenden - Interventionsgruppe

	Vertrags- ärztliche Leistungen	Medika- mente	Kranken- haus stationär	Kranken- haus ambulant	Zahnärzt- liche Leistungen	Sonstige Leis- tungen	Ansatz pro TN direkte Kosten
t0	460,74 €	3.240,36 €	3.632,32 €	1.473,32 €	278,74 €	4.254,84 €	13.340,31 €
t2	400,50 €	1.772,16 €	993,61 €	1.168,12€	411,48 €	2.371,35 €	10.098,16 €

Eigene Darstellung

Für die Kontrollgruppe ergibt sich folgendes:

Tabelle 107: Kosten pro Leistungs-Inanspruchnehmenden - Kontrollgruppe

	Vertrags- ärztliche Leistungen	Medika- mente	Kranken- haus stationär	Kranken- haus ambulant	Zahnärzt- liche Leistungen	Sonstige Leis- tungen	Ansatz pro TN direkte Kosten
t0	458,40 €	1.139,09 €	3.745,09 €	1.497,28 €	373,15 €	3.938,36 €	11.151,37 €
t2	400,52€	570,22	2.118,25 €	1.099,31 €	175.23 €	2.211,86 €	6.575,40 €

Eigene Darstellung

Option 2

Im Unterschied zu der ersten Option, wurden die Kosten in diesem Fall auf die Anzahl aller Gruppenteilnehmenden aufgeteilt. Hierdurch ließ sich insbesondere bei den Sonstigen Leistungen und den Kosten für Medikamente ein Effekt erkennen. Der Anstieg des Nenners bewirkte bei diesen Kostenarten einen Rückgang der pro Teilnehmenden anzusetzenden Werte. Ähnlich wie bei Option 1 sanken sowohl die Kosten der Interventionsgruppe (-1.543,90 €) als auch die Kosten der Kontrollgruppe (-3.082,17 €) deutlich.

Tabelle 108: Kosten pro Teilnehmenden Interventionsgruppe

	Vertrags- ärztliche Leistungen	Medika- mente	Kranken- haus stationär	Kranken- haus ambulant	Zahnärzt- liche Leistungen	Sonstige Leis- tungen	Ansatz pro TN direkte Kosten
t0	423,13 €	2.050,02 €	518,90 €	150,34 €	164,97 €	2.778,67 €	6.086,03 €
t2	400,50 €	1.012,66 €	993,61 €	125,16 €	146,99 €	1.863,20 €	4.542,13 €

Eigene Darstellung

In der Kontrollgruppe ergaben sich folgende Kosten:

Tabelle 109: Kosten pro Teilnehmenden Kontrollgruppe

	Vertrags- ärztliche Leistungen	Medika- mente	Kranken- haus stationär	Kranken- haus ambulant	Zahnärzt- liche Leistungen	Sonstige Leis- tungen	Ansatz pro TN direkte Kosten
t0	448,64 €	920,97 €	1.115,56 €	223,00 €	214,36 €	3.351,79 €	6.274,33 €
t2	382,32 €	311,03 €	192,57 €	199,88 €	95,58 €	2.010,78 €	3.192,16 €

Eigene Darstellung

Vor allem aufgrund der angesprochenen Effekte und die damit verbundene Reduzierung von potenziellen Verzerrungen bei den Kosten wurde in der vorliegenden Analyse die Vorgehensweise der zweiten Option gewählt.

Berücksichtigt wurden noch die Interventionskosten, die je Teilnehmenden bei 9.678,39 € lagen.

Zu prüfen war im nächsten Schritt, ob die Werte zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zufallsbedingt zustande gekommen sind oder systematische Gründe dafür verantwortlich sind.

Für den Vergleich zwischen den Gruppen wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben herangezogen.

Tabelle 110: Gesamte Kosten – beide Messzeitpunkte

Gesamte Kosten	vor der Intervention (t0)			während der Intervention (t2)		
	T	Freiheits- grade	Signifikanz	T	Freiheits- grade	Signifikanz
Kosten	0,3021	73	0,7634	0,0840	41	0,9335

Eigene Darstellung

Die t-Tests führten nicht zu signifikanten Ergebnissen. Die Unterschiede in den Gesamtkosten zwischen den beiden Gruppen waren für den Messzeitpunkt t0 und für den Messzeitpunkt t2 zufallsbedingt.

Für den Vergleich der Messzeitpunkte t0 und t2 musste ein Test für verbundene Stichproben herangezogen werden. Da die Annahmen für die Durchführung eines t-Test verletzt wurden, wurde ein Wilcoxon-Tests bei verbundenen Stichproben durchgeführt.

Tabelle 111: Ergebnis Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben – Gesamtkosten

	Signifikanz
Interventionsgruppe zwischen t0 und t2	0,8203
Kontrollgruppe zwischen t0 und t2	0,9950

Eigene Darstellung

Die Auswertungen zeigten, dass die Signifikanz über dem Schwellenwert von $\alpha = 0,05$ lag. Es konnte also nicht ausgeschlossen werden, dass die Unterschiede innerhalb der Gruppen zwischen den beiden Messzeitpunkten nicht auf einem Zufall beruhten.

3.6.2 Ermittlung der Effekte

3.6.2.1 Deskriptive und induktive Statistik der einzelnen Messinstrumente

Ein maßgeblicher Bestandteil gesundheitsökonomischer Evaluationen ist die Gegenüberstellung der Kosten zu einem Nutzen. Dieser wurde im Rahmen der Studie anhand von drei Messinstrumenten erfasst. Dabei kamen sowohl Selbsterhebungen (Self-Rating) als auch Erhebungen durch Dritte (Proxy Rating) zum Einsatz.

Im Einzelnen handelte es sich um folgende Messinstrumente:

- RS Score zur Messung der Resilienz. Es wurde die Kurzform RS-11 verwendet. Der RS Score wurde über eine Selbstauskunft ermittelt. Der RS Score kann Werte zwischen 11 und 77 annehmen, wobei höhere Werte eine höhere Resilienz anzeigen.
- Der EQ5D beschreibt die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Erwachsenen. In diesem Projekt wurde die EQ-5D VAS verwendet. Hierbei handelt es sich um eine visuelle Analogskala (VAS) im Standardlayout einer vertikalen 20 cm-Skala mit einem Wertebereich von 0 bis 100. Höhere Werte indizieren hier eine höhere Lebensqualität. Die EQ-5D VAS wurde sowohl über eine Selbstauskunft als auch über eine Erhebung durch Dritte (Proxy Rating) ermittelt.

- WHODAS - Score misst über verschiedene Dimensionen den allgemeinen Gesundheitszustand. Die Erhebung erfolgte durch Dritte (Proxy Rating). Der Wertebereich reicht von 0 bis 100, wobei hier höhere Werte einen geringeren Gesundheitszustand bzw. höhere Behinderung anzeigen.

Da nicht alle Teilnehmenden an der Datenerfassung zu beiden Messzeitpunkten teilgenommen haben, wurde in den Auswertungen darauf geachtet, dass nur diejenigen Teilnehmenden in die Analysen eingeschlossen wurden, bei denen pro Variable zu t0 und zu t2 Werte vorlagen.

Um die Gegenüberstellung der Kosten zu einem Nutzen zu ermöglichen, wurden darüber hinaus nur solche Teilnehmende berücksichtigt, zu denen Kostendaten vorlagen.

Tabelle 112: Anzahl der Teilnehmenden, die zu beiden Zeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben und für die Kostendaten vorliegen.

Anzahl Teilnehmende, die in die Berechnungen eingehen	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Vor der Intervention	Während der Intervention	Vor der Intervention	Während der Intervention
RS Score – Self	71	71	66	66
EQ5D VAS - Self	69	69	65	65
EQ5D VAS - Proxy	64	64	65	65
WHODAS Score - Proxy	65	65	66	66

Eigene Darstellung

Durch die Bereinigung konnte sichergestellt werden, dass in beiden Gruppen zu beiden Zeitpunkten t0 und t2 die gleiche Anzahl von Teilnehmenden enthalten war.

Aus der nachfolgenden Tabelle geht die Aufteilung nach Kohorten für die Interventions- und die Kontrollgruppe hervor.

Tabelle 113: Anzahl der Teilnehmenden, die zu beiden Zeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben und für die Kostendaten vorliegen nach Kohorten.

Anzahl Teilnehmende, die in die Berechnungen eingehen	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	1. Kohorte	2. Kohorte	1. Kohorte	2. Kohorte
RS Score – Self	32	39	33	33
EQ5D VAS - Self	42	27	0	65
EQ5D VAS - Proxy	28	36	33	33

WHODAS Score - Proxy	29	36	33	33
----------------------	----	----	----	----

Eigene Darstellung

RS Score Resilienz – Self Rating

Im Rahmen dieser Betrachtung wurden die Selbsterhebungen (Self-Rating) betrachtet. In der nachfolgenden Tabelle sind die wesentlichen deskriptiven Kennzahlen für die Selbsterhebungen für die Interventions- und die Kontrollgruppe und die beiden Messzeitpunkte t0 und t2 enthalten. Es wurden die Daten von einer Betrachtung ausgeschlossen, bei denen nur Angaben zu einem Zeitpunkt vorlagen.

Tabelle 114: Kennzahlen zu RS Score

Instrument	Kennzahl	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
RS Score (Self-Rating) t0	Anzahl	71	66
	Median	54,0	56,5
	Minimum	26	24
	Maximum	71	77
RS Score (Self-Rating) t2	Anzahl	71	66
	Median	54	55
	Minimum	25	19
	Maximum	74	72

Eigene Darstellung

Bei allen Messinstrumenten lag der Median zwischen 54 und 56, wobei der Median der Kontrollgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten leicht höher war als in der Interventionsgruppe.

Die Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten t0 und t2 können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 115: Veränderung des RS Score-zwischen den beiden Messzeitpunkten

Gruppe	Veränderung RS Score	Anzahl	Anteil	Mittelwert
Interventionsgruppe	Abnahme	35	49,3 %	-7,6
	Zunahme	33	46,5 %	8,5
	unverändert	3	4,2 %	
Kontrollgruppe	Abnahme	30	45,5 %	-8,8
	Zunahme	34	51,5 %	4,9
	unverändert	2	3,0 %	

Eigene Darstellung

In der Interventionsgruppe nahm bei 49 % der Teilnehmenden die Resilienz zwischen t0 und t2 ab. Auf der anderen Seite nahm sie bei 46 % der Teilnehmenden zu. In der Kontrollgruppe war der Anteil der Teilnehmenden mit zunehmender Resilienz höher. Dafür nahm der Mittelwert der Resilienz in der Interventionsgruppe bei den Teilnehmenden mit steigender Resilienz fast zweimal so stark zu wie in der Vergleichsgruppe der Kontrollgruppe.

EQ5D VAS

Für die Messung der Lebensqualität wurde der EQ5D VAS sowohl für die Variante der Fremdeinschätzung als auch der Selbsteinschätzung ausgewählt. In der nachstehenden Tabelle wurden deskriptive Kennzahlen für die Interventions- und die Kontrollgruppe für die beiden Messzeitpunkte t0 und t2 wiedergegeben. Für jede Gruppe wurden nur solche Teilnehmende berücksichtigt, für die zu beiden Messzeitpunkten Angaben vorlagen.

Tabelle 116: Kennzahlen zu EQ5D-Index

Instrument	Kennzahl	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
EQ5D VAS (Self-Rating) t0	Anzahl	69	65
	Median	60	70
	Minimum	30	3
	Maximum	100	100
EQ5D VAS (Self-Rating) t2	Anzahl	69	65
	Median	65	70
	Minimum	10	10
	Maximum	100	100
EQ5D VAS (Proxy-Rating) t0	Anzahl	64	65
	Median	70	60
	Minimum	30	20
	Maximum	100	100
EQ5D VAS (Proxy-Rating) t2	Anzahl	64	65
	Median	65	70
	Minimum	20	15
	Maximum	90	95

Eigene Darstellung

Im Messzeitpunkt t0, also zu Beginn des Untersuchungszeitraums, war die Lebensqualität in der Interventionsgruppe im Rahmen der Selbsteinschätzung niedriger als in der Kontrollgruppe. Am Ende des jeweiligen Untersuchungszeitraums (t2) blieb die Selbsteinschätzung der Lebensqualität bei der Kontrollgruppe gleich hoch, während sie in der Interventionsgruppe leicht stieg.

Bei der Fremdeinschätzung sank die Lebensqualität zwischen den beiden Messzeitpunkten bei der Interventionsgruppe, während sie bei der Kontrollgruppe stieg.

Eine detaillierte Betrachtung über die Veränderung der Lebensqualität bei der Selbsteinschätzung zeigt, dass sowohl bei der Interventionsgruppe als auch bei der Kontrollgruppe der Anteil derjenigen, bei denen eine Zunahme der Lebensqualität zustande gekommen ist, den größten Anteil ausmachen. Die mittlere Zunahme der Lebensqualität fällt bei der Interventionsgruppe leicht höher als bei der Kontrollgruppe aus.

Tabelle 117: Veränderung des EQ5D VAS (Self-Rating)-Index zwischen den beiden Messzeitpunkten

Gruppe	Veränderung EQ5D VAS (Self-Rating)	Anzahl	Anteil	Mittelwert
Interventionsgruppe	Abnahme	22	31,9 %	-26,6
	Zunahme	29	42,0 %	21,0
	unverändert	18	26,1 %	
Kontrollgruppe	Abnahme	19	29,2 %	-21,4
	Zunahme	31	47,7 %	19,7
	unverändert	15	23,1 %	

Eigene Darstellung

Im Rahmen der Fremdeinschätzung zeigte sich bei der Interventionsgruppe, dass der Anteil derjenigen, bei denen eine Abnahme der Lebensqualität zu verzeichnen war, genauso groß war, wie der Anteil mit einer steigenden Lebensqualität. Die mittlere Reduktion des EQ5D fiel (absolut) gesehen etwas höher aus als die mittlere Steigung der Lebensqualität.

Tabelle 118: Veränderung des EQ5D VAS (Proxy) zwischen den beiden Messzeitpunkten

Gruppe	Veränderung EQ5D VAS (Proxy)	Anzahl	Anteil	Mittelwert
Interventionsgruppe	Abnahme	25	39,1 %	-20,6
	Zunahme	25	39,1 %	15,1
	unverändert	14	21,9 %	
Kontrollgruppe	Abnahme	28	43,1 %	-15,5
	Zunahme	26	40,0 %	16,3
	unverändert	11	16,9 %	

Eigene Darstellung

Ähnlich sah es bei der Kontrollgruppe aus, nur waren die jeweiligen Gruppenanteile mit 39 % etwas höher. Dafür lag die mittlere Abnahme bzw. die mittlere Zunahme der Lebensqualität vergleichbar hoch.

WHODAS Score

Im Rahmen dieser Betrachtung wurde der Gesundheitszustand durch eine Fremderhebung gemessen. In der nachfolgenden Tabelle sind die wesentlichen deskriptiven Kennzahlen, für die Interventions- und die Kontrollgruppe und die beiden Messzeitpunkte t0 und t2, enthalten. Es wurden die Daten von einer Betrachtung ausgeschlossen, bei denen nur Angaben zu einem Zeitpunkt vorlagen. Es sei daran erinnert, dass niedrigere Werte einen besseren Gesundheitszustand kennzeichnen als höhere Werte.

Tabelle 119: Kennzahlen zu WHODAS Score

Instrument	Kennzahl	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
WHODAS Score t0	Anzahl	65	66
	Median	34,8	38
	Minimum	7,6	4,4
	Maximum	69,6	68,5
WHODAS Score t2	Anzahl	65	66
	Median	29,4	38,6
	Minimum	8,7	6,5
	Maximum	81,5	70,7

Eigene Darstellung

In der Interventionsgruppe sank der Median des WHODAS Score von 35 Punkte auf 29 Punkte. Das kennzeichnet eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage. Allerdings stieg der Maximalwert an, so dass es auch zu Verschlechterungen kam. In der Kontrollgruppe blieb der Median unverändert.

Eine detaillierte Betrachtung über die Veränderung der gesundheitlichen Lage belegt, dass es bei der Interventionsgruppe bei zwei Dritteln der Teilnehmenden zu einer Verbesserung zwischen den beiden Messzeitpunkten kam (= Abnahme des Scores). Es kam in dieser Gruppe allerdings auch bei 31 % der Teilnehmenden zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Lage.

Tabelle 120: Veränderung des WHODAS Score-Index zwischen den beiden Messzeitpunkten

Gruppe	Veränderung WHODAS-Score	Anzahl	Anteil	Mittelwert
Interventionsgruppe	Abnahme	43	66,2 %	-9,8
	Zunahme	20	30,8 %	8,6
	unverändert	2	3,1 %	
Kontrollgruppe	Abnahme	26	39,4 %	-11,0
	Zunahme	38	57,6 %	8,8
	unverändert	2	3,0 %	

Eigene Darstellung

In der Kontrollgruppe lag der Anteil mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei 58 %. Lediglich bei 39 % der Teilnehmenden konnte eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage festgestellt werden.

Mittelwerte und deren Veränderung im Zeitverlauf

Aufbauend auf der Verteilung der Nutzwerte sollen in den folgenden Tabellen die Mittelwerte (MW) der einzelnen Erhebungen zu den Nutzwerten zwischen den Gruppen und im Zeitverlauf verglichen werden. Zur Messung der Streuung sind die Standardabweichungen (SD) angegeben.

Tabelle 121: Mittelwerte für den Messzeitpunkt t0

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe			Mittlere Differenz	P-Wert*
	N	MW	SD	N	MW	SD		
EQ5D Index (Self-Rating)	69	67,0	19,3	65	66,4	22,8	0,6	0,34
EQ5D Index (Proxy-Rating)	64	67,9	16,9	65	62,3	17,9	5,6	0,45
RS Score	71	54,3	8,6	66	54,7	10,3	-0,4	0,14
WHODA S- Score	65	36,3	14,0	66	36,7	15,1	-0,4	0,74

Eigene Darstellung

Hinweis: * t-Test für unabhängige Stichproben, SD= Standardabweichung

Zur Beurteilung der Gruppenunterschiede (Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe) können für t0 folgende Aussagen getroffen werden:

- Der EQ5D VAS (Self-Rating)-Wert war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 0,6 Einheiten höher als in der Kontrollgruppe.
- Der EQ5D VAS (Proxy-Rating)-Wert war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 5,6 Einheiten höher.
- Der RS Score war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 0,4 Einheiten niedriger als in der Kontrollgruppe.
- Der WHODAS-Score war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 0,4 Einheiten niedriger als in der Kontrollgruppe.

Bezogen auf die Interpretation der einzelnen Nutzwernerhebungen lässt sich daher festhalten, dass die EQ5D-Werte und die WHODAS-Werte für die Interventionsgruppe und die RS Score-Werte für die Kontrollgruppe einen „besseren“ Ausgangswert haben. Die Standardabweichungen sind zwischen den Gruppen vergleichbar.

Wie dem P-Wert aus der Tabelle zu entnehmen ist, war im t-Test keiner der Unterschiede signifikant.

Analog zum vorherigen Abschnitt werden in der nachfolgenden Tabelle die Werte für t2 ausgegeben.

Tabelle 122: Mittelwerte für den Messzeitpunkt t2

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe			Mittlere Differenz	P-Wert*
	N	MW	SD	N	MW	SD		
EQ5D Index (Self-Rating)	69	67,4	23,5	65	69,5	23,1	-2,1	0,88
EQ5D Index (Proxy-Rating)	64	65,7	18,0	65	62,2	19,1	3,5	0,53
RS Score	71	54,4	10,6	66	53,3	11,1	1,1	0,89
WHODAS-Score	65	32,5	13,1	66	37,6	15,7	-5,1	0,48

Eigene Darstellung

Hinweis: * t-Test für unabhängige Stichproben, SD= Standardabweichung

Zur Beurteilung der Gruppenunterschiede (Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe) können für t2 folgende Aussagen getroffen werden:

- Der EQ5D VAS (Self-Rating)-Wert war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 2,1 Einheiten niedriger als in der Kontrollgruppe.
- Der EQ5D VAS (Proxy-Rating)-Wert war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 3,5 Einheiten höher.
- Der RS Score war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 1,1 Einheiten höher als in der Kontrollgruppe.
- Der WHODAS-Score war für die Interventionsgruppe durchschnittlich 5,1 Einheiten niedriger als in der Kontrollgruppe.

Werden die Mittelwerte mit den Messinstrumenten mit dem „bestmöglichen“ Werten verglichen, ergibt sich ein etwas anderes Bild als bei t0. Bei der Selbsteinschätzung mittels EQ5D VAS zeigte sich bei t2 ein niedrigerer Wert bei der Interventionsgruppe als bei der Kontrollgruppe. Beim RS Score und beim WHODAS Score hat sich die Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe verbessert. Zwischen den gruppenspezifischen Werten liegt lediglich beim WHODAS-Score ein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor. Im nächsten Schritt sollten die Veränderungen im Zeitverlauf zwischen t0 und t2 untersucht werden. Identifiziert wurden hierdurch die Effekte der Intervention.

Tabelle 123: Veränderung der Mittelwerte im Zeitablauf

Instrument	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Differenz IG-KG	P-Wert Interventions- gruppe	P-Wert Kontroll- gruppe
	Veränderung t2-t0	Veränderung t2-t0			
EQ5D Index (Self-Rating)	0,4	3,1	-2,7	0,908	0,227
EQ5D Index (Proxy-Rating)	-2,2	-0,1	-2,1	0,396	0,943
RS Score	0,1	-1,4	1,5	0,881	0,182
WHODAS-Score	-3,8	0,9	-4,7	0,013	0,633

Eigene Darstellung

Hinweis: * t-Test für gepaarte Stichproben, SD= Standardabweichung

Im Gegensatz zu den beiden vorherigen Auswertungen wurde in diesem Fall der gepaarte t-Test angewendet. Die Interpretation erfolgte unterteilt nach den beiden Gruppen:

- Interventionsgruppe: Lediglich beim WHODAS-Score konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Werten vor und nach der Studie beobachtet werden.
- Kontrollgruppe: Bei keinem der Effektmaße konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Werten vor und nach der Studie beobachtet werden.

Insgesamt konnte für die Interventionsgruppe insbesondere ein positiver Effekt bei der gesundheitlichen Lage festgehalten werden. Die Score-Werte waren hier deutlich verringert worden, was eine Verbesserung des Gesundheitszustandes kennzeichnete. Bei der Selbsteinschätzung der Lebensqualität (EQ5D Index Self-Rating) und bei der Resilienz (RS Score) waren zwar leichte Verbesserungen erkennbar, aber es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass diese zufallsbedingt zustande gekommen sind.

Auch in der Kontrollgruppe zeigte sich bei der Lebensqualität (EQ5D Index Self-Rating) eine Verbesserung. Aber auch hier konnte nicht bestätigt werden, dass diese Verbesserung systematisch bedingt ist.

3.6.3 Durchführung Gesundheitsökonomische Evaluation

Zur Einführung in dieses Kapitel soll auf allgemeine Prinzipien von Kosten-Nutzen-Analysen hingewiesen werden. So ist es wichtig zu verstehen, dass inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnisse sich nicht mit der Angemessenheit von Preisen, die im Rahmen einer Intervention entstehen, befassen. Vielmehr soll der Wert eines Nutzens mit den Kosten, die bei der Erbringung anfallen, verglichen werden. Um Interpretationen zu vereinfachen, wird grundsätzlich empfohlen, kardinal skalierte Messgrößen zu verwenden. Ermöglicht werden hierdurch komplexe Aussagen wie „Intervention ist x-mal mehr wert“ (anstatt lediglich auszudrücken: „Intervention A erbringt mehr Nutzen als B“) (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2008).

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wurden die Kosten-Nutzen-Verhältnisse der Nutzenwerte (EQ5D, RS Score und WHODAS) untersucht. Visualisiert wurden die errechneten Relationen im Anschluss anhand des in Kapitel 3 vorgestellten Koordinatensystems.

Ein Vergleich der Gesamtkosten der Interventionsgruppe inklusive Interventionskosten während der Interventionsphase mit den Gesamtkosten in der Kontrollgruppe ohne Interventionskosten während der Kontrollphase macht aus wissenschaftlicher Sicht keinen Sinn. Die Gruppengröße der Interventionsgruppe unterscheidet sich von der Gruppengröße der Kontrollgruppe. Sofern es Unterschiede in den Gesamtkosten gäbe, so wäre nicht eindeutig, ob dies sich aufgrund der unterschiedlichen Gruppengröße ergeben oder aufgrund von unterschiedlichen Interventionskosten.

Wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben, erhielten die Teilnehmenden in der Kontrollgruppe zunächst die Regelversorgung. Für diesen Zeitraum (t0 bis t2) wurden die Kosten, die bei den Krankenkassen anfallen, erhoben und mit den Kosten der Interventionsgruppe verglichen. Nach Abschluss der Datenerhebung an t2 erhielten die Teilnehmenden der Kontrollgruppe dieselbe neue Versorgungsform über zwölf Monate wie die Teilnehmenden der Interventionsgruppe. Die Kosten, die bei der Krankenkassen für diese Teilnehmenden in dieser Zeit angefallen sind, lagen außerhalb des Betrachtungszeitraums für die gesundheitsökonomische Evaluation und gingen daher auch nicht in diese ein.

Ein sinnvoller Vergleich kann sich daher nur auf die Kosten je Teilnehmenden beziehen. Da sowohl die Teilnehmenden der Interventionsgruppe als auch die Teilnehmenden der Kontrollgruppe dieselbe Interventionen erhielten, gibt es keinen Unterschied in den Kosten je Teilnehmenden. Die Interventionskosten sind für alle Teilnehmenden gleich. Würde man die Durchschnittswerte, für die Interventions- und die Kontrollgruppe berücksichtigen, würden sie sich aufgrund der spezifischen Berechnung von IKER gegenseitig aufheben. Sie hätten keine Auswirkungen auf die Höhe von IKER.

Zwischen den Analysen in den Kapiteln 3.6.2 und 3.6.3 besteht dahingehend ein Unterschied, dass unterschiedliche Personengruppen einbezogen wurden:

- In Kapitel 3.6.2 geht es um die Ermittlung der Effekte bei den eingesetzten Messinstrumenten. Um die Effekte zu ermitteln, war die Voraussetzung, dass für die Teilnehmenden an beiden Messpunkten t0 und zu t2 Werte vorlagen.
- In Kapitel 3.6.3 geht es um die gesundheitsökonomische Evaluation. Hier werden die Voraussetzungen noch einmal verschärft: nicht nur müssen zu beiden Messzeitpunkten Werte für die Messinstrumente zur Messung der Effekte vorliegen. Es müssen auch zu beiden Messzeitpunkten Werte zu Kosten vorliegen. Der in Kapitel 3.6.2 einbezogene Teilnehmendenkreis reduzierte sich daher um diejenigen, die entweder keine Kosten oder nur für einen Zeitpunkt Kosten nachweisen konnten.

3.6.3.1 IKER pro Punktwertanstieg EQ5D VAS

Für die Analyse der EQ5D VAS musste zwischen der Variante mit Fremdeinschätzung und der Variante mit Selbsteinschätzung unterschieden werden. Für jede Gruppe wurden nur solche Teilnehmende berücksichtigt, für die zu beiden Messzeitpunkten Angaben vorlagen.

Aus der nachfolgenden Tabelle geht die Anzahl der Teilnehmenden der Interventions- und der Kontrollgruppe für beide Varianten und beide Zeitpunkte hervor.

Tabelle 124: Anzahl Teilnehmende an den beiden Varianten des EQ5D VAS

Varianten	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
EQ5D Index (Self-Rating)	69	69	65	65
EQ5D Index (Proxy-Rating)	64	64	65	65

Eigene Darstellung

Analyse der Entwicklung des EQ5D

Zunächst wurden die durchschnittlichen Nutzwerte (arithmetisches Mittel) der beiden Varianten ermittelt. Hierbei galt es zu berücksichtigen, dass diese Werte in die Kosten-Nutzen-Analyse eingehen. Das bedeutet, dass bei der Ermittlung der durchschnittlichen Nutzwerte nur Teilnehmende berücksichtigt wurden, die auch Angaben zu den Kosten gemacht haben. Würde man das außer Acht lassen, dann würden die Zahl der berücksichtigten Teilnehmenden bei den Nutzwerten ggf. von den Teilnehmenden bei den Kostendaten unterscheiden.

Tabelle 125: Durchschnittliche Nutzwerte – arithmetisches Mittel den beiden Varianten des EQ5D VAS

Varianten	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
EQ5D Index (Self-Rating)	74,71	69,00	66,44	67,50
EQ5D Index (Proxy-Rating)	73,82	67,65	67,50	64,06

Eigene Darstellung

Der Vergleich der durchschnittlichen Nutzwerte zeigte, dass der Unterschied zwischen den Gruppen eher gering war. Es sollte überprüft werden, ob diese Unterschiede zufallsbedingt oder systematisch waren. Zu diesem Zweck wurde auf einen t-Test zurückgegriffen. Die Signifikanz der vorab durchgeführten Levene-Tests (Signifikanz bei Selbsteinschätzung = 0,425; Signifikanz bei Fremdeinschätzung = 0,689), gab keine Hinweise darauf, dass Varianzheterogenität vorlag.

Bei einem Signifikanzniveau von 0,05 lag der p-Wert bei 0,4851 (Selbsteinschätzung) bzw. bei 0,6885 (Fremdeinschätzung). Der Unterschied zwischen den mittleren EQ5D Werten beider Gruppen war somit nicht signifikant.

Tabelle 126: Ergebnisse t-Test EQ5D Nutzen

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		Differenz	p-Wert
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung		
Durchschnittliche EQ5D Self-Rating von t0 und t2	-5,3900	20,7595	1,0625	26,5718	--6,4525	0,43333
Durchschnittliche EQ5D Proxy-Rating von t0 und t2	-5,2778	20,8970	-3,4375	17,3895	-1,8403	0,7835

*Eigene Darstellung***Kostenanalyse**

Für die Kostenanalyse wurden zunächst die (direkten) Gesamtkosten, also ohne die Kosten der Intervention, herangezogen. Berücksichtigt wurden jeweils nur die Fälle, bei denen Kostenangaben vorlagen. Damit reduzierte sich Anzahl der Teilnehmenden für beide EQ5D-Ratings in der Interventionsgruppe auf 18 und in der Kontrollgruppe auf 16.

Es wurde ein t-Test für die Selbsteinschätzung des EQ5D VAS durchgeführt. Auch hier wurde darauf geachtet, dass Werte für beide Messzeitpunkte vorlagen.

Zunächst zur Selbsteinschätzung.

Tabelle 127: Ergebnisse t-Test EQ5D Selbsteinschätzung – Unterschied Gesamtkosten

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		Differenz	p-Wert
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung		
Durchschnittliche Gesamtkosten von t0 und t1	-1.578,3487	9.884,0509	-825,6262	7.230,8119	-752,72	0,9192

Eigene Darstellung

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war nicht signifikant. Es konnte somit nicht ausgeschlossen werden, dass die Unterschiede zufällig waren.

Ein weiterer t-Test wurde für die Fremdeinschätzung des EQ5D VAS durchgeführt. Auch hier wurde darauf geachtet, dass Werte für beide Messzeitpunkte vorlagen. Die Teilnehmendengruppen des EQ5D VAS in den Varianten der Selbst- und Fremdeinschätzung waren identisch, so dass auch die Ergebnisse für den t-Test identisch waren.

Tabelle 128: Ergebnisse t-Test EQ5D Fremdeinschätzung – Unterschied Gesamtkosten

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		Differenz	p-Wert
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung		
Durchschnittliche Gesamtkosten von t0 und t1	-1.754,1458	9.804,2851	-825,6262	7.230,8119	-928,5196	0,8708

Eigene Darstellung

Auch der Unterschied zwischen den beiden Gruppen bei der Fremdeinschätzung war nicht signifikant. Es konnte somit nicht ausgeschlossen werden, dass die Unterschiede zufällig waren.

Kosten-Nutzen-Analyse

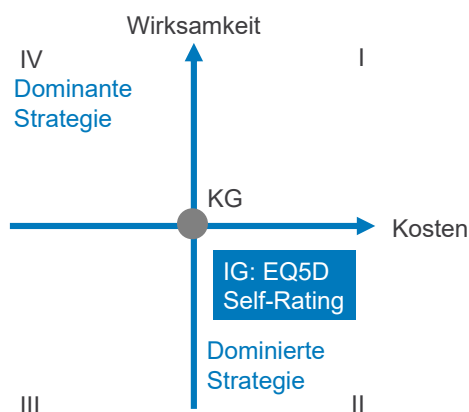
Bei der Interpretation der Ergebnisse zum EQ5D VAS Selbsteinschätzung mussten zwei Effekte beachtet werden: Einerseits ergab sich durch die Kosten der Intervention eine Differenz bei der Gegenüberstellung der Kosten, andererseits konnten in beiden Gruppen Veränderungen des Nutzwertes festgestellt werden.

EQ5D VAS Selbsteinschätzung

Vor diesem Hintergrund ergibt sich ein IKER in Höhe von 116,65 für die Selbsteinschätzung. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Zunahme der Lebensqualität einen Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1578,35 - (-825,63)}{-5,39 - 1,06} = 116,65$$

In Summe waren zwar auf der Seite der Interventionsgruppe die Kosten höher verglichen mit der Kontrollgruppe. Auch sank der Nutzen im Vergleich zur Ausgangssituation. Übertragen auf das Koordinatensystem führte diese Kombination zu einer Einordnung der Strategie der IG in den II. Quadranten.



© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

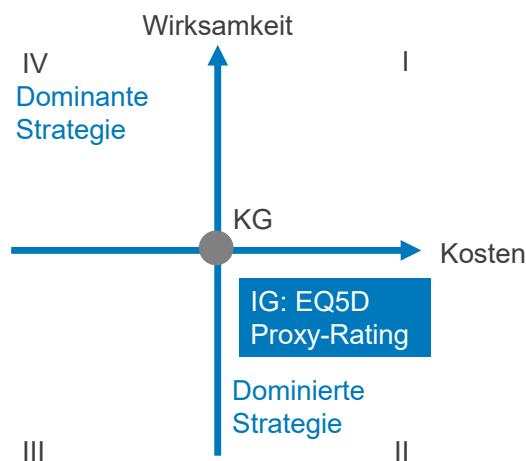
Abbildung 6: Koordinatensystem EQ5D VAS Self-Rating (Eigene Darstellung)

EQ5D VAS Fremdeinschätzung

Bei der Variante der Fremdeinschätzung des EQ5D VAS ergab sich ein IKER in Höhe von 504,55. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Zunahme der Lebensqualität einen Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1.754,15 - (-825,63)}{-5,28 - (-3,44)} = 504,55$$

Wiederum waren in Summe bei der Interventionsgruppe die Kosten höher als die Kosten der Kontrollgruppe. Auch sank der Nutzen bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Ausgangssituation. Übertragen auf das Koordinatensystem führte diese Kombination zu einer Einordnung der Strategie der Interventionsgruppe in den II. Quadranten.



© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abbildung 7: Koordinatensystem EQ5D VAS Proxy-Rating (Eigene Darstellung)

3.6.3.2 IKER pro Punktwertanstieg RS Score

Für die Analyse der Resilienz anhand des RS Score wurden für jede Gruppe nur solche Teilnehmende berücksichtigt, für die zu beiden Messzeitpunkten Angaben vorlagen.

Aus der nachfolgenden Tabelle geht die Anzahl der Teilnehmenden der Interventions- und der Kontrollgruppe für beide Varianten und beide Zeitpunkte hervor.

Tabelle 129: Anzahl Teilnehmende RS Score

Varianten	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
RS Score	71	71	66	66

Eigene Darstellung

Die Unterschiede zu den zwei Messzeitpunkten kann der folgenden Tabelle entnommen werden. Aufgrund der geringen Teilnehmendenzahl wurde auf einen t-Test verzichtet.

Tabelle 130: Ergebnisse Mittelwerte RS Score – Unterschied Nutzenwerte

	Mittelwert Interventionsgruppe	Mittelwert Kontrollgruppe	Differenz
Durchschnittlicher RS Score von t0 und t2	-0,3889	-0,36688	-0,02

*Eigene Darstellung***Analyse der Entwicklung des RS Score**

Zunächst wurden die durchschnittlichen Nutzwerte (arithmetisches Mittel) ermittelt. Hierbei galt es zu berücksichtigen, dass diese Werte in die Kosten-Nutzen-Analyse eingingen. Das bedeutet, dass bei der Ermittlung der durchschnittlichen Nutzwerte nur Teilnehmende berücksichtigt wurden, die auch Angaben zu den Kosten gemacht haben. Würde man das außer Acht lassen, dann würde sich die Zahl der berücksichtigten Teilnehmenden bei den Nutzwerten ggf. von den Teilnehmenden bei den Kostendaten unterscheiden.

Tabelle 131: Durchschnittliche Nutzwerte – arithmetisches Mittel RS Score

Varianten	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
RS Score	56,17	55,78	56,80	56,44

Eigene Darstellung

Der Vergleich der durchschnittlichen Nutzwerte zeigte, dass der Unterschied zwischen den Gruppen eher gering war. Es sollte daher überprüft werden, ob diese Unterschiede zufallsbedingt oder systematisch sind.

Kostenanalyse

Für die Kostenanalyse wurden zunächst die (direkten) Gesamtkosten, also ohne die Kosten der Intervention, herangezogen. Berücksichtigt wurden jeweils nur die Fälle, bei denen Kostenangaben vorlagen.

Tabelle 132: Ergebnisse Mittelwerte RS Score – Unterschied Gesamtkosten

	Mittelwert Interventionsgruppe	Mittelwert Kontrollgruppe	Differenz
Durchschnittliche Gesamtkosten von t0 und t2	-1.578,3487	-825,6262	-752,72

Eigene Darstellung

Da kein t-Test durchgeführt wurde, kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Unterschiede zwischen beiden Gruppen zufällig zustande gekommen waren oder auf der Intervention beruhten.

Kosten-Nutzen-Analyse

Bei der Interpretation der Ergebnisse zum RS Score mussten zwei Effekte beachtet werden. Einerseits ergab sich durch die Kosten der Intervention eine Differenz bei der Gegenüberstellung der Kosten, andererseits konnten in beiden Gruppen Veränderungen des Nutzwertes festgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ergab sich ein IKER in Höhe von 34.193,07. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Zunahme der Resilienz einen Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1578,35 - (-825,63)}{-0,39 - 0,37} = 34.193,07$$

Die Gesamtkosten waren bei der Interventionsgruppe höher als bei der Kontrollgruppe. Auch sank der Nutzen im Vergleich zur Ausgangssituation. Übertragen auf das Koordinatensystem führte diese Kombination zu einer Einordnung der Strategie der Interventionsgruppe in den II. Quadranten.

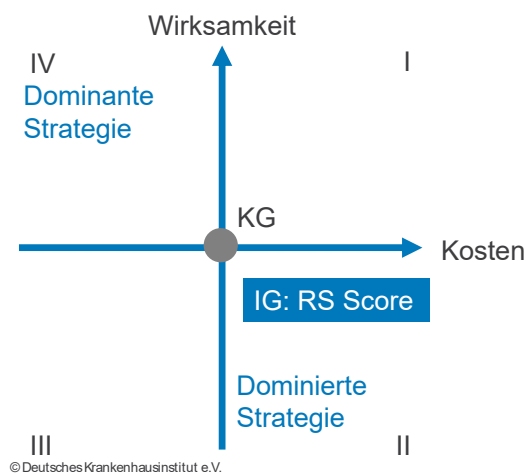


Abbildung 8: Koordinatensystem RS Score (Eigene Darstellung)

3.6.3.3 IKER pro Punktwertanstieg WHODAS

Für die Analyse der WHODAS wurde für jede Gruppe nur solche Teilnehmende berücksichtigt, für die zu beiden Messzeitpunkten Angaben vorlagen.

Aus der nachfolgenden Tabelle geht die Anzahl der Teilnehmenden der Interventions- und der Kontrollgruppe für beide Zeitpunkte hervor.

Tabelle 133: Anzahl Teilnehmende an den beiden Varianten des WHODAS

Varianten	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
WHODAS	65	65	66	66

Eigene Darstellung

Analyse der Entwicklung des WHODAS

Zunächst wurden die durchschnittlichen Nutzwerte (arithmetisches Mittel) der beiden Varianten ermittelt. Hierbei galt es zu berücksichtigen, dass diese Werte in die Kosten-Nutzen-Analyse eingingen. Das bedeutet, dass bei der Ermittlung der durchschnittlichen Nutzwerte

nur Teilnehmende berücksichtigt wurden, die auch Angaben zu den Kosten gemacht haben. Würde man das außer Acht lassen, dann würde sich die Zahl der berücksichtigten Teilnehmenden bei den Nutzwerten ggf. von den Teilnehmenden bei den Kostendaten unterscheiden.

Tabelle 134: Durchschnittliche Nutzwerte – arithmetisches Mittel den beiden Varianten des WHODAS

Varianten	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
WHODAS	37,8017	33,7561	39,1987	34,7825

Eigene Darstellung

Der Vergleich der durchschnittlichen Nutzwerte zeigte, dass der Unterschied zwischen den Gruppen eher gering war.

Tabelle 135: Mittelwerte WHODAS

	Mittelwert Interventionsgruppe	Mittelwert Kontrollgruppe
Durchschnittlicher WHODAS-Score von t0 und t2	-4,0456	-4,4162

Eigene Darstellung

Da kein t-Test durchgeführt wurde, konnte keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Unterschiede zwischen beiden Gruppen zufällig zustande gekommen waren oder auf der Intervention beruhten.

Kostenanalyse

Für die Kostenanalyse wurden zunächst die (direkten) Gesamtkosten, also ohne die Kosten der Intervention, herangezogen. Berücksichtigt wurden jeweils nur die Fälle, bei denen Kostenangaben vorlagen. Das hatte zur Folge, dass sich Anzahl der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe auf 18 und in der Kontrollgruppe auf 16 reduzierte.

Auch hier wurde aufgrund der geringen Teilnehmendenzahlen auf einen t-Test verzichtet.

Tabelle 136: Ergebnisse Mittelwerte – Unterschied Gesamtkosten

	Mittelwert Interventionsgruppe	Mittelwert Kontrollgruppe	Differenz
Durchschnittliche Gesamtkosten von t0 und t2	-1.754,1458	-825,63	-928,52

Eigene Darstellung

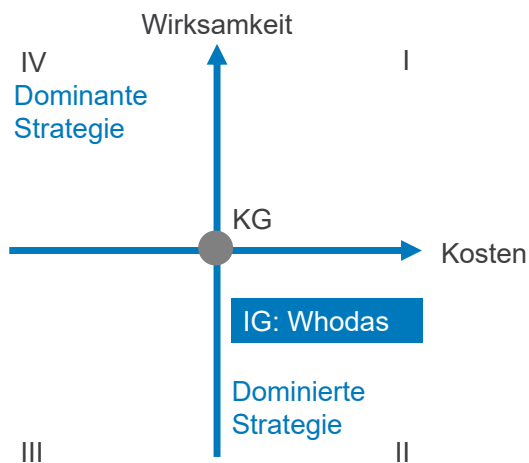
Kosten-Nutzen-Analyse

Bei der Interpretation der Ergebnisse mussten zwei Effekte beachtet werden. Einerseits ergab sich durch die Kosten der Intervention eine Differenz bei der Gegenüberstellung der Kosten, andererseits konnten in beiden Gruppen Veränderungen des Nutzwertes festgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ergab sich ein IKER in Höhe von -2.504,81. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Reduktion der gesundheitlichen Belastung pro Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1.754,15 - (-825,63)}{-4,05 - (-4,421)} = -2.504,81$$

In Summe waren zwar auf der Seite der Interventionsgruppe die Kosten höher verglichen mit der Kontrollgruppe. Dafür sank der Nutzen im Vergleich zur Ausgangssituation. Übertragen auf das Koordinatensystem führte diese Kombination zu einer Einordnung der Strategie der IG in den II. Quadranten.



© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abbildung 9: Koordinatensystem WHODAS (Eigene Darstellung)

4 Diskussion der Projektergebnisse

4.1 Wirksamkeitsevaluation: Klinische Relevanz der Ergebnisse

Die Studienergebnisse zeigen eine positive und statistisch signifikante Wirkung eines von Pflege- und Gesundheitsexpertinnen geleiteten Fallmanagement- und Präventionsprogramms auf den Gesundheitszustand nach zwölf Monaten. Der Gesundheitszustand der Interventionsgruppe verbesserte sich um durchschnittlich 4,38 Punkte. Es ist jedoch ungewiss, ob dies ein klinisch signifikantes Ergebnis darstellt. Es fehlen Studien, die dieselbe Bewertung verwenden. Deshalb wurden die Ergebnisse mit verschiedenen Populationen verglichen. In einer Studie mit Patient*innen auf der Intensivstation wurde eine Veränderung von 10 % (Higgins et al., 2021) und in einer weiteren Studie mit chirurgischen Patient*innen eine Veränderung von 5 % (Shulman et al., 2020) als klinisch bedeutsam angesehen. Bei Patient*innen mit muskuloskelettalen Schmerzen wurde ein Bereich von 3,1 bis 4,3

(Katajapuu et al., 2020) als relevant angesehen, ebenso wie eine Veränderung von 3,22 bis 5,99 bei Patient*innen mit Rückenschmerzen (Wong et al., 2023) und eine Veränderung von 3,5 Punkten bei Patient*innen mit traumatischer Hirnverletzung (Snell & Silverberg, 2023). Die mittlere Veränderung gegenüber dem Ausgangswert betrug in dieser Studie eine Verbesserung von 12,2 %. Angesichts der Ergebnisse früherer Studien zur minimalen wichtigen Differenz wird angenommen, dass Studienergebnisse des Projektes FaPP-MgB auf einen klinisch wichtigen Effekt hindeuten. Dennoch ist die Forschung zum minimalen klinisch relevanten Unterschied in Bezug auf die WHODAS-Bewertung nach wie vor begrenzt und erfordert weitere Untersuchungen (Federici et al., 2017; Saltychev et al., 2021).

4.2 Wirksamkeitsevaluation: Qualifizierung von Advanced Practice Nurses

Die Intervention war als Advanced Practice Nursing Intervention geplant; jedoch wurden über die gesamte Studiendauer nicht ausschließlich Pflegefachpersonen mit Masterabschluss beschäftigt. Die Zahl der Pflegefachpersonen in Deutschland, die einen hochschulischen Abschluss aufweisen, sowie die Zahl derjenigen, die einen Masterabschluss haben, ist relativ gering. In Deutschland ist die Mehrheit der Pflegefachpersonen nicht hochschulisch qualifiziert, wobei examinierte Pflegefachkräfte nach Abschluss einer dreijährigen Berufsausbildung der Stufe 4 des Europäischen Qualifikationsrahmens zugeordnet werden (Blümel et al., 2020). Im Jahr 2012 schlug der Deutsche Wissenschaftsrat vor, dass 10 % bis 20 % der Pflegekräfte über einen hochschulischen Abschluss verfügen sollten (Wissenschaftsrat, 2012). In Deutschland verfügen jedoch nur etwa 3,2 % (Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, 2022) der Pflegefachpersonen über einen solchen Abschluss, und nur 2,1 % arbeiten in der direkten Patient*innenversorgung (Bergjan et al., 2021). Die letztgenannte Zahl basiert auf Daten von Universitätskliniken, was darauf hindeutet, dass die Gesamtzahl der Pflegefachpersonen mit einem akademischen Abschluss in der direkten Patient*innenversorgung noch geringer sein könnte.

Seit 1990 konzentrieren sich die meisten Masterstudiengänge in Deutschland auf Pflegewissenschaft, Management oder Pädagogik. Allerdings hat sich ein Wandel hin zu primärqualifizierenden und klinischen Pflegeabschlüssen vollzogen (Peter & Heitmann, 2023). Masterstudiengänge mit erweiterter Pflegeexpertise werden zwar nur selten angeboten (Maier et al., 2017; Prommersberger, 2020), haben aber in den letzten fünf Jahren zugenommen (Peter et al., 2023).

4.3 Wirksamkeitsevaluation: Übertragbarkeit auf das deutsche Pflegesystem

Das deutsche Pflegesystem stellt für Menschen mit geistiger Behinderung aus fachlicher Sicht und in Hinblick auf das Fallmanagement eine erhebliche Herausforderung dar. Dies liegt an der Beteiligung zahlreicher Berufsgruppen und anderer Akteur*innen sowie an den unterschiedlichen Finanzierungsquellen für die Pflege, die im Sozialgesetzbuch festgelegt sind (Elstner & Theil, 2018). Dazu gehören Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Sozialfürsorge sowie persönliche Assistent*innen, die vom Sozialgesetzbuch finanziert werden, um Teilhabe zu gewährleisten. Pflegefachpersonen sind selten an der Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung beteiligt, mit Ausnahme derjenigen, die

Altenpflege benötigen (Hasseler, 2016; Roll & Kurtzahn, 2024). Dies liegt daran, dass der Schwerpunkt des Systems eher auf Teilhabe als auf Gesundheitsversorgung liegt. Folglich sind vornehmlich Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin, Neurolog*innen und Zahnärzt*innen primäre Gesundheitsfachkräfte, die mit Menschen mit geistiger Behinderung in Kontakt stehen. Das Fehlen von Gesundheitsfachkräften, die potenzielle Gesundheitsprobleme monitoren, insbesondere im Zusammenhang mit dem erhöhten Risiko für chronische Krankheiten und vermeidbarer Mortalität, stellt ein großes Problem dar.

Es ist zugleich bedeutsam, die Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und möglicherweise negative Erfahrungen in der Vergangenheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen (McCormick et al., 2021; Shady et al., 2022). Es scheint, dass insbesondere Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegeexpertise, gut geeignet sind, Menschen mit geistiger Behinderung in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung zu begleiten und zu unterstützen sowie ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern (Doody et al., 2022; Doody et al., 2023). Diese Verantwortung sollte nicht ausschließlich von Fachkräften getragen werden, deren Schwerpunkt auf sozialen oder medizinischen Dimensionen liegt. Darüber hinaus ist Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für Teilhabe.

Die Intervention wurde im Stadtgebiet von Hamburg durchgeführt, einer Stadt mit ca. 1,8 Millionen Einwohner*innen. Stadtgebiete bieten in der Regel eine Vielzahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten, wodurch sich die Intervention für die Übertragung auf andere Stadtgebiete eignet. Für die Übertragung der Intervention auf ländlichere Gebiete sind jedoch möglicherweise Anpassungen erforderlich, da z. B. die Vermittlung von Klient*innen an bestehende Dienste dort schwieriger sein kann.

4.4 Wirksamkeitsevaluation: Verteilung der Ergebnisdaten zu Studienbeginn

Es gibt nur wenige Studien zu den gesundheitsbezogenen Merkmalen von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. Daher wurden Daten aus Bevölkerungsnorm- und Validierungsstudien mit der vorliegenden Zielgruppe verglichen. Der Gesamtmittelwert des WHODAS-Scores für die Studienteilnehmenden lag bei 35,70. Im Vergleich zu den Bevölkerungsnormen im WHODAS-Handbuch (Üstün et al., 2010) befanden sich die Teilnehmenden im oberen 10 %-Perzentil der Allgemeinbevölkerung. Die Ausgangswerte der Studie sind vergleichbar mit denen einer kleineren Studie zu Menschen mit Autismus, die einen Mittelwert von 35,92 (Park et al., 2019) ergab, und höher als die einer Studie zu Menschen mit Behinderungen (17,97) (Ma et al., 2024). Dies deutet darauf hin, dass die untersuchte Population eine erheblich höhere Behinderung aufweist als die allgemeine Bevölkerung sowie die Subpopulation von Menschen mit Behinderungen. In Bezug auf die Resilienz wurden die Ergebnisse mit zwei Studien verglichen, die dieselbe Bewertung in Deutschland verwendet haben. Der Mittelwert in der Studie lag bei 54,13, während in den jeweiligen Studien die Personen Werte von 58,03 (Schumacher et al., 2005) und 59,61 (Kocalevent et al., 2015) erzielten. Der beobachtete Unterschied scheint gering zu sein, aber im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung befinden sich die Teilnehmenden fast im unteren Quartil (Kocalevent et al., 2015) oder den untersten 35 % (Schumacher et al., 2005). Dies deutet darauf hin, dass Menschen mit geistigen Behinderungen möglicherweise eine geringere Resilienz aufweisen als die Allgemeinbevölkerung.

Der durchschnittliche Wert für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Teilnehmenden lag bei 66,68 und damit unter den Werten, die in zwei deutschen Studien zur Allgemeinbevölkerung ermittelt wurden. Die Werte in diesen Studien lagen bei 71,6 (Grochtdreis et al., 2019) bzw. 85,1 (Huber et al., 2017). Dies deutet darauf hin, dass Menschen mit geistiger Behinderung möglicherweise eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen als die Allgemeinbevölkerung.

Obwohl diese Studie keine repräsentative Querschnittsstudie ist, geben die Basisergebnisse der Stichprobe Anlass zur Sorge. Sie deuten darauf hin, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand, eine geringere Resilienz und eine geringere Lebensqualität haben könnten.

4.5 Wirksamkeitsevaluation: Limitationen

Die geplante Stichprobengröße von 256 Teilnehmer*innen, die eine Ausfallquote von 30 % beinhaltete, wurde aufgrund von Schwierigkeiten bei der Rekrutierung nicht erreicht. Insgesamt wurden 251 Teilnehmer rekrutiert, von denen 214 Menschen mit geistiger Behinderung in die Wirksamkeitsevaluation eingeschlossen werden konnten. Berechnungen ergaben, dass 186 Teilnehmende zu t2 erforderlich waren, um einen statistisch signifikanten Effekt von $f = 0,23$ für den primären Endpunkt zu ermitteln. Obwohl die Ausfallquote viel geringer war, wurde nur eine Stichprobengröße von 167 Teilnehmer*innen für den primären Endpunkt bei t2 erreicht. Die unzureichende Anzahl von Fällen führte zu einer nachträglichen Aussagekraft von nur 0,76, um die beabsichtigte Effektgröße zu erkennen. Dennoch wurden statistisch signifikante und klinisch wichtige Unterschiede für den primären Endpunkt festgestellt. Das 97,5 %-Konfidenzintervall war jedoch relativ breit, was auf eine gewisse Ungenauigkeit hindeutet. Die Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Beginn der Studie waren statistisch signifikant, aber da die ANCOVA die Baselinewerte berücksichtigt, hatte dies keinen negativen Einfluss auf die Ergebnisse.

Die Ergebnisse für die Resilienz erreichten keine statistische Signifikanz. In Anbetracht der Tatsache, dass ein Unterschied von vier bis fünf Punkten auf Populationsebene einem Wert im Mittelbereich oder im unteren Quartil entspricht, wäre möglicherweise eine viel größere Stichprobengröße erforderlich gewesen, um einen Effekt nachzuweisen.

Es wurde eine hohe Rate an Aufhebung der Verblindung beobachtet, die bei t2 über 40 % lag. Dies war zu erwarten, da Menschen mit geistiger Behinderung zwar die Notwendigkeit der Verblindung verstehen, jedoch drei Datenerhebungen über ein Jahr hinweg eine erhebliche Herausforderung für die Zielgruppe darstellten. Darüber hinaus ist die Intervention selbst der einzige verbindende Faktor, über den die Bewertenden und Teilnehmenden sprechen können. Die Teilnehmenden wurden häufig daran erinnert, wie wichtig es ist, die Vertraulichkeit der Gruppenteilung zu wahren, doch wurde dies nicht konsequent eingehalten. Es wurden Anstrengungen unternommen, um sicherzustellen, dass die Bewertenden nicht mehr als einmal dieselben Personen zur Datenerhebung aufsuchten. Aufgrund der Fahrzeiten in Hamburg, kurzfristiger Absagen und Terminverschiebungen war dies jedoch nicht immer möglich. Darüber hinaus wurden die Daten von mehreren Personen analysiert, um sicherzustellen, dass alle Forschenden zu denselben Schlussfolgerungen gelangten. Die

Gruppenzuordnung wurde erst nach der Analyse bekannt gegeben. Dennoch könnte die Aufhebung der Verblindung der Bewerter*innen möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Es gibt keine zuverlässigen deutschsprachigen Messinstrumente speziell für Menschen mit geistiger Behinderung für die jeweiligen Ergebnisse. Aufgrund der Erfahrungen aus früheren Projekten (Grebe et al., 2026) wird jedoch davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden die Bewertungen während des Pretests und während der Datenerhebung recht gut verstanden haben und die Datenerhebung daher insgesamt zuverlässig war.

Nach dem Kenntnisstand der Evaluators*innen ist dies die zweite randomisierte kontrollierte Studie zu Menschen mit geistiger Behinderung im Pflegebereich in Deutschland.

Insgesamt brachen 17,3 % der Teilnehmenden die Studie ab, was unter der ursprünglich erwarteten Quote von 30 % lag. Es gab keine besorgniserregenden Gründe für die Studienabbrüche, aber die Teilnehmenden hatten im Laufe des Jahres zahlreiche Termine, darunter mindestens vier Hausbesuche, mögliche Präventions- oder Gesundheitsförderungsmaßnahmen und drei Datenerhebungsbesuche. Dies ist für die Teilnehmenden jeder Gruppe eine Herausforderung, die sie mit ihrem Lebensrhythmus in Einklang bringen müssen.

Bemerkenswert ist, dass insbesondere jüngere Personen aus der Studie ausschieden, ebenso wie diejenigen in der Interventionsgruppe mit einem schlechteren Gesundheitszustand, geringerer Resilienz und geringerer Lebensqualität. Diese Personen hätten möglicherweise in größerem Maße als andere von der Intervention profitiert. Auffällig ist, dass die Daten zu den Ergebnissen bei t1 nur geringfügige Abweichungen vom Ausgangswert zeigen. Eine Erklärung dafür könnte die lange Zeitspanne sein, die vergeht, bis die Klient*innen nach Abschluss des Präventionsplans an geeignete Präventionsprogramme vermittelt werden können.

4.6 Wirksamkeitsevaluation: Abweichungen vom Protokoll

Es wurde beabsichtigt, die 36-Punkte-Version des WHODAS zu verwenden; jedoch waren die Daten zu Punkten, die Probleme am Arbeitsplatz betrafen, weitgehend unvollständig oder höchst unzuverlässig, wobei Antworten wie „Ich kann nur raten“ häufig vorkamen. Folglich wurde die 32-Punkte-Version des WHODAS analysiert, die Fragen zur Arbeit ausschloss. Dies hat keinen Einfluss auf die Qualität oder Interpretation der Daten (Üstün et al., 2010).

4.7 Prozessevaluation

Die Prozessevaluation der neuen Versorgungsform durch Pflege- und Gesundheitsexpertinnen basierte auf drei methodischen Zugängen: einer standardisierten Querschnittserhebung, der Analyse der Versorgungsdokumentation sowie qualitativen Interviews mit verschiedenen Stakeholdergruppen. Die Kombination dieser Methoden erlaubt ein differenziertes Verständnis darüber, welche Faktoren die Implementierung unterstützen oder hemmen und wie die Intervention auf die Zielgruppe wirkt.

Förderliche Faktoren

Übergreifend zeigte sich, dass die Beziehung zwischen Teilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen ein zentrales Erfolgskriterium darstellte. Die qualitative Evaluation verdeutlichte, dass personenzentrierte Ansätze, die Verwendung leichter Sprache, Visualisierungen sowie eine kontinuierliche Begleitung Vertrauen aufbauten und sowohl Gesundheitskompetenzen als auch Motivation steigerten. Besonders in den Bereichen Ernährung und Bewegung berichteten die Teilnehmenden von positiven Veränderungen. Darüber hinaus konnten sekundäre Effekte wie gesteigertes Selbstvertrauen, Wohlbefinden und eine verbesserte Stimmung beobachtet werden.

Die Analyse der Dokumentation und Interviews zeigt zudem, dass Pflege- und Gesundheitsexpertinnen eine zentrale Rolle als Vermittlerinnen, Motivatorinnen, Koordinatorinnen und Netzwerkerinnen übernehmen können. Ihre externe Position wurde von Teilnehmenden als Vorteil wahrgenommen, da neue Impulse gegeben und gewohnte Routinen hinterfragt werden konnten. Dies unterstreicht die Bedeutung einer kontinuierlichen, persönlichen Begleitung und einer niederschweligen Ansprache.

Hemmende Faktoren

Gleichzeitig traten Herausforderungen auf mehreren Ebenen auf. Strukturell begrenzten die kurze Projektlaufzeit, knappe zeitliche Ressourcen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und das eingeschränkte Angebot barrierefreier, kostengünstiger Programme im Sozialraum die Wirksamkeit der Intervention. Methodisch und praktisch zeigte sich, dass Angehörige und Betreuungspersonen zu wenig eingebunden wurden, obwohl deren Unterstützung nachweislich die Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen erleichtert hätte.

Auf individueller Ebene stellte die Heterogenität der Zielgruppe eine wesentliche Herausforderung dar. Unterschiede in kognitiven Fähigkeiten, Kommunikations- und Lesekompetenzen führten dazu, dass manche Inhalte als zu anspruchsvoll wahrgenommen wurden. Wiederholt äußerten Teilnehmende den Wunsch nach stärker praktischer Umsetzung (z.B. gemeinsames Kochen), während das Interventionskonzept eher auf Vermittlung von Programmen und Eigenaktivierung abzielte.

Die Motivation der Menschen mit geistiger Behinderung erwies sich als entscheidender, aber zugleich fragiler Faktor. Intrinsische Motivation fördert nachhaltige Verhaltensänderungen, kollidiert jedoch häufig mit Alltagsbarrieren oder unzureichender Unterstützung. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, das von Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und dem sozialen Umfeld – Angehörige, Fachkräfte – ausgeglichen werden muss.

Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen

Die Dokumentenanalyse zeigte, dass viele Maßnahmen des Präventionsplans umgesetzt wurden, jedoch häufig nicht vollständig oder eigenständig. Die Querschnittserhebung bestätigte, dass die meisten Teilnehmenden auf Unterstützung angewiesen waren. Psychologische Faktoren (z.B. Angst, geringe Selbstwirksamkeit), körperliche Einschränkungen und strukturelle Barrieren (z. B. fehlende Programme, hohe Kosten) erschwerten die Umsetzung. Die qualitativen Interviews verdeutlichten, dass kontinuierliche Begleitung und

praxisnahe Unterstützung entscheidend sind, um positive Verhaltensänderungen zu etablieren.

Bewertung der Informations- und Beratungsangebote

Die Befragten bewerteten die bereitgestellten Informationen und Beratungsangebote überwiegend positiv. Die direkte, persönliche Begleitung durch die Pflege- oder Gesundheitsexpertinnen wurde als besonders hilfreich eingeschätzt. Allerdings zeigte sich, dass die Aufnahme der Inhalte stark von Motivation und kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmenden abhängig war. Bezugspersonen berichteten, dass die Angebote teilweise nicht ausreichend auf ihre Möglichkeiten zur Unterstützung abgestimmt waren, wodurch eine systematische Einbindung des sozialen Umfeldes weiterhin notwendig bleibt.

Methodische Limitationen

Die Ergebnisse sind im Lichte mehrerer Limitationen zu interpretieren. In der Querschnitterhebung wurden die Fragen teils in Präsenz, teils telefonisch oder per Videokonferenz erhoben, was die Vergleichbarkeit der Antworten einschränkt. Zudem ergibt sich ein Verzerrungspotenzial bei den Angaben der Bezugspersonen: einige Angehörige haben Fragebögen für mehrere Teilnehmende ausgefüllt, wodurch die soziodemographischen Daten teilweise mehrfach gezählt wurden. Viele Bezugspersonen konnten zudem einzelne Fragen nicht beantworten, was auf ihre geringe Einbindung in die Intervention hinweist. Soziale Erwünschtheit kann ebenfalls einen Einfluss auf die Antworten der Befragten gehabt haben.

In der Dokumentenanalyse zeigte sich eine heterogene und teilweise unvollständige Datenlage, die die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Die Dokumentation wurde von mehreren Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erstellt, wodurch Unterschiede in Umfang und Qualität der Einträge bestehen. Außerdem ist die Rolle der Beziehung zwischen Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und Teilnehmenden nur begrenzt dokumentiert, obwohl sie sich als entscheidender Erfolgsfaktor erwies.

Die qualitative Evaluation umfasste Interviews mit verschiedenen an der Intervention beteiligten Stakeholdergruppen. Dennoch konnten nicht alle potenziell relevanten Gruppen berücksichtigt werden. Insbesondere wurden nur Personen mit ausreichender kognitiver Leistungsfähigkeit für Interviews einbezogen. Trotz Bemühungen, die Verteilung über die verschiedenen Stadtbezirke ausgewogen zu gestalten, konnte dies aufgrund ungleicher Teilnahmebereitschaft nicht vollständig erreicht werden. Es ist zudem wahrscheinlich, dass eher Teilnehmende, die der Intervention positiv gegenüberstanden, an den Interviews teilgenommen haben, wodurch die Ergebnisse tendenziell positiv gefärbt sein könnten. Interviews mit Angehörigen von Aussteiger*innen waren nur in einem Einzelfall möglich; zusätzliche Interviews mit dieser Gruppe hätten wertvolle Hinweise auf Umsetzungshindernisse liefern können, wären jedoch ethisch schwer zu rechtfertigen gewesen. Schließlich basieren die Aussagen der Befragten auf spontanen Antworten, da die Fragen vorab nicht bekannt waren.

Trotz dieser Einschränkungen zeichnet sich die qualitative Evaluation durch ein umfangreiches Datenmaterial und die Analyse erfolgte durch zwei unabhängige Forschende. Die Ergebnisse wurden zusätzlich durch ein interdisziplinäres Forschungsteam validiert, wodurch die inhaltliche Verlässlichkeit der Befunde gestützt wird.

Übertragbarkeit der Ergebnisse

Die Befunde lassen sich auf vergleichbare urbane Settings übertragen, in denen geeignete Präventionsangebote und personelle Ressourcen verfügbar sind. Einschränkungen bestehen bei ländlichen Regionen, begrenztem Angebot oder in Versorgungssystemen, die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen noch nicht in erweiterten Rollen einsetzen. Für eine nachhaltige Umsetzung sind eine längere Begleitungsdauer, regelmäßige Termine, individuelle Anpassungen und die Einbindung des sozialen Umfeldes entscheidend.

Gesamtbewertung und Implikationen

Trotz der genannten Limitationen verdeutlicht die Prozessevaluation, dass die neue Versorgungsform einen relevanten Beitrag zur Förderung von Gesundheitskompetenz und Prävention leisten kann. Zentrale Implikationen für die Praxis sind:

- Verlängerung und Kontinuität der Begleitung, um Zeit für Beziehung und nachhaltige Verhaltensänderung zu schaffen.
- Systematische Einbindung von Angehörigen, Betreuungspersonen und Einrichtungen.
- Nutzung niedrigschwelliger, alltagsnaher Maßnahmen zur Förderung von Motivation und Eigenwirksamkeit.
- Ausbau der Vernetzung der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen im Sozialraum, um Zugang zu passenden Angeboten zu erleichtern.
- Anpassung der Kommunikation an die individuellen sprachlich-kognitiven Voraussetzungen.

Die Intervention kann damit helfen, bestehende Schnittstellenprobleme zwischen Gesundheitswesen und Eingliederungshilfe zu überwinden. Die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen übernehmen eine zentrale Koordinatorinnenrolle, bauen Barrieren ab, sichern Kontinuität und fördern inklusive Prävention. Langfristig bedarf es jedoch klarer Rollenprofile, gesicherter Finanzierung und struktureller Verankerung der Angebote.

Die Ergebnisse zeigen, dass Gesundheitsförderung bei Menschen mit geistiger Behinderung besonders wirksam ist, wenn individuelle Begleitung, strukturelle Rahmenbedingungen und soziale Netzwerke ineinandergreifen. Die Prozessevaluation liefert wichtige Ansatzpunkte für weitere Forschung, die längere Laufzeiten, systematische Einbeziehung relevanter Akteure und die Nachhaltigkeit von Maßnahmen berücksichtigen sollte.

4.8 Partizipative Forschung: Besonderheiten, Schwierigkeiten und Lernerfolge bei der Datenerhebung

Da die verbalen und kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung sehr unterschiedlich sind, traten insbesondere bei den von den Co-Forschenden geführten Interviews einige Besonderheiten und Schwierigkeiten auf. Unter anderem hatten die Co-Forschenden die Schwierigkeit, die Interviewpartner*innen ausreden zu lassen und das Gesagte unkommentiert zu lassen. Häufig haben sie die Fragen auch selbst beantwortet.

Eine weitere Besonderheit bei der Befragung war, dass die Mitglieder der Forschungs-AG ihre Interviews vor der Gruppe geführt haben, da sie sich so sicherer fühlten und sich so

gegenseitig unterstützen konnten. Dies hatte jedoch zur Folge, dass zum Teil durcheinandergeredet wurde, weil sich die anderen Co-Forschenden gerne beteiligen wollten.

Eine besondere Herausforderung stellte die schlechte oder fehlende Lesefähigkeit einiger Co-Forschenden dar, die dazu führte, dass denjenigen die Fragen vorgesagt werden mussten (durch die professionell Forschende oder von anderen Co-Forschenden) und die Fragen dann nachgesprochen wurden, um sie den Interviewpartner*innen zu stellen. In der Folge wurden der Redefluss und Ablauf des Interviews leicht gestört.

Darüber hinaus bedingten schwache verbale und kognitive Fähigkeiten der Interviewpartner*innen, dass einige Fragen nur unzureichend oder sehr knapp beantwortet werden konnten, wodurch die Antworten mitunter wenig ergiebig waren und nur geringes Datenmaterial gesammelt werden konnte. Um weitere Daten und Ergebnisse zu gewinnen, wurden im Anschluss an die Forschungs-AG sechs Teilnehmende der randomisiert kontrollierten Studie befragt.

Neben den aufgetretenen Schwierigkeiten sind jedoch auch Lernerfolge durch die selbstständige Interviewführung der Co-Forschenden zu verzeichnen. So konnte das Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen der Mitglieder gestärkt werden, indem sie die positive Selbsterfahrung machten, eigenständig Interviews durchführen zu können. Dies ließ sich insbesondere bei den Teilnehmenden ohne Lesefähigkeiten beobachten, die nach der erfolgreichen Interviewdurchführung sehr stolz auf sich waren, die Fragen auch ohne Lesekompetenz gestellt haben zu können. Darüber hinaus wurden das Gemeinschaftsgefühl und der Gruppenzusammenhalt gestärkt, da die Befragungen vor der Gruppe geführt wurden und sich die einzelnen Teilnehmenden unterstützen konnten.

Bei der Befragung der RCT-Teilnehmenden kam es hingegen häufiger zu falschen Erwartungen bei den Interviewteilnehmer*innen, da sich einige unter einer „Befragung zum Thema Ernährung“ eine Ernährungsberatung vorgestellt hatten und diese statt einem Interview erwarteten. Außerdem meldeten einige der Interviewten zurück, dass das Frageniveau des Leitfadens deutlich zu leicht und nicht ihren verbalen und kognitiven Kompetenzen entsprechend wäre, wodurch die Motivation zur Beantwortung der Fragen bei einzelnen leicht eingeschränkt war.

4.9 Partizipative Forschung: Mögliche Implikationen für Forschung und Intervention

Die Befragungen haben gezeigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung über gesunde Ernährung Bescheid wissen. Es fehlt ihnen demnach weniger an dem Wissen über gesunde Ernährungsweisen und Lebensmittel als vielmehr an der Durchführung. Diesbezüglich bemängelte ein Teil der Befragten eine unzureichende Unterstützung in der Umsetzung einer gesunden Ernährung. Da gerade konkrete Umsetzungshinweise und praktische Unterstützungstools, wie z. B. Apps als sehr hilfreich angesehen werden, sollte in Beratungssituationen zur gesunden Ernährung bei Menschen mit geistiger Behinderung zukünftig vermehrt auf konkrete Handlungsempfehlungen und Unterstützungsmaßnahmen zurückgegriffen werden.

Beim Thema Kochen wünscht sich die Zielgruppe mehr Unterstützung. Konkret werden hier Angebote zum Kochen lernen genannt, wie Kochkurse. Aber auch mehr Zutrauen und Einbezug beim Kochen durch Familienangehörige ist seitens der Befragten erwünscht. Zukünftige Interventionen zu Prävention und gesunder Ernährung sollten daher auch Kochkurse für die Zielgruppe beinhalten oder die Teilnehmenden auf Wunsch bei der Vermittlung in ein entsprechendes Angebot unterstützen.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Wissenschaftliche Evaluation

Die Evaluation der neuen Versorgungsform für Menschen mit geistiger Behinderung zeigt, dass die Intervention punktuell positive Effekte erzielen konnte. So konnte für den Gesundheitszustand nach zwölf Monaten eine statistisch signifikante Verbesserung bei der Interventionsgruppe festgestellt werden, die zudem als klinisch relevant bewertet werden kann. Für die übrigen gemessenen Outcomes, Gesundheitszustand nach sechs Monaten sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Resilienz (jeweils nach sechs und zwölf Monaten) konnten zwar teilweise positive Tendenzen identifiziert werden, diese blieben jedoch statistisch nicht signifikant und könnten damit zufallsbedingt aufgetreten sein. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Intervention in Teilbereichen wirksam ist, ein umfassender wissenschaftlicher Nachweis einer generellen Verbesserung gegenüber der Regelversorgung jedoch derzeit nur eingeschränkt erbracht werden konnte. Für belastbarere Aussagen erscheinen der Zeithorizont zu kurz und der Umfang der Stichprobe zu klein. Insbesondere mit Blick auf das Outcome Resilienz, das von den Teilnehmenden selbst eingeschätzt wurde, ist zu berücksichtigen, dass das verwendete Messinstrument nicht speziell für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt wurde. Daher ist es möglich, dass es nicht ausreichend sensitiv ist, um kleinere, aber relevante Veränderungen in dieser Zielgruppe zuverlässig abzubilden.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur wenige positive Tendenzen bei der Interventionsgruppe identifiziert werden konnten. Diese waren jedoch statistisch nicht signifikant, könnten also zufallsbedingt aufgetreten sein. Für belastbare Aussagen erscheinen der Zeithorizont daher zu kurz und der Umfang der Stichprobe zu klein.

So bedarf es oftmals eines längeren Vorlaufs, um einen Termin für Vorsorgeleistungen zu erhalten. Ein erneuter Anspruch auf Vorsorgeleistungen ist z.T. dann erst nach dem Ablauf einer vorgegebenen Frist fällig. Auch die Hospitalisierungsrate fällt innerhalb des Beobachtungszeitraumes insgesamt zu gering aus, um auch angesichts der Stichprobengröße signifikante Interventionseffekte nachweisen zu können.

Die Personalkosten der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen spielen zwar für die Frage der Einführung der neuen Versorgungsform eine Rolle, da die Interventionsleistungen aber sowohl für die Interventionsgruppe als auch für die Kontrollgruppe eingesetzt wurden, stellen sich keine relevante Einflussgrößen des Kostenansatzes pro Teilnehmenden dar.

Einspareffekte auf Seiten der Interventionsgruppe konnten nicht nachgewiesen werden. Es ist denkbar, dass derartige Effekte ggf. bei einer längeren Laufzeit nachweisbar sind.

Angesichts der dargestellten Ergebnisse sowie der aufgezeigten methodischen Limitationen lässt sich insgesamt festhalten, dass zumindest im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Betrachtung Kosten und Nutzen der Projektintervention nicht eindeutig sind. Es muss offenbleiben, inwieweit bei einer längerfristigen Erfassung der Interventionseffekte sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Intervention deutlich verbessern lässt.

Schlussfolgerungen

Die Evaluationsergebnisse belegen nur teilweise signifikante Wirksamkeitsnachweise dieser neuen Versorgungsform. Auch die gesundheitsökonomische Folgenabschätzung kam nicht zu dem Ergebnis eines überzeugenden Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Auf Basis dieser Ergebnisse können die Evaluator*innen keine lineare Überführung der neuen Versorgungsform - so wie sie in diesem Projekt implementiert wurde - für die Regelversorgung empfehlen.

Insgesamt belegen die Ergebnisse dennoch, dass die beschriebenen Versorgungsbedarfe der Zielgruppe bestehen und diese nicht ausreichend durch die momentane Regelversorgung adressiert werden. Insbesondere die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die neue Versorgungsform das Potenzial hat, bestehende Versorgungsbedarfe zu adressieren und punktuelle Verbesserungen in der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitszustandes bewirken kann. Die Intervention leistet darüber hinaus einen Beitrag zur Überwindung bestehender Schnittstellenprobleme zwischen Gesundheitswesen und Eingliederungshilfe und zeigt das Potenzial, inklusive Prävention und Versorgung zu fördern. Für eine nachhaltige Integration in die Regelversorgung sind jedoch längere Laufzeiten, eine größere Stichprobe sowie zielgruppengerechte Messinstrumente notwendig.

Auf Basis der Ergebnisse lassen sich somit mehrere Empfehlungen ableiten, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der neuen Versorgungsform zu erhöhen: Eine langfristige Begleitung mit häufigerem Kontakt ermöglicht den Aufbau stabiler, vertrauensvoller Beziehungen und unterstützt nachhaltige Verhaltensänderungen. Die systematische Einbindung des sozialen Umfelds, einschließlich Angehöriger, Betreuungspersonen und Einrichtungen, sollte intensiviert werden, um Motivation und Umsetzung der Maßnahmen zu fördern. Niedrigschwellige, alltagsnahe Interventionen stärken die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden, während eine Anpassung der Kommunikation an individuelle kognitive und sprachliche Voraussetzungen deren Verständnis und Umsetzung erleichtert. Gleichzeitig ist eine stärkere Vernetzung von Pflege- und Gesundheitsexpert*innen im Sozialraum notwendig, um Zugang zu passgenauen, barrierefreien Angeboten zu gewährleisten. Eine stärkere Fokussierung auf Personen, die einen höheren Grad an Selbstständigkeit und eine starke intrinsische Motivation aufweisen, könnte die erzielten Effekte der Intervention deutlicher zum Tragen bringen. Abschließend ist anzunehmen, dass eine stärkere Einbindung von Pflege- und Gesundheitsexpert*innen in das Wohn- und Arbeitsumfeld der Zielgruppe die Zugänglichkeit und Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Angebote verbessern und zu einem gesundheitsförderlichen Lebensumfeld in der Eingliederungshilfe beitragen könnte, da in diesem Setting insbesondere auf verhältnispräventiver Ebene noch erhebliche Optimierungspotenziale bestehen.

IV Literaturverzeichnis

- Barnes, T. L., Howie, E. K., McDermott, S. & Mann, J. R. (2013). *Physical activity in a large sample of adults with intellectual disabilities*. Journal of Physical Activity and Health, 10(7), 1048–1056. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.7.1048>
- Baulig, C., Al-Nawas, B. & Krummenauer, F. (2011). *Studienplanung in der Implantologie (V): Kosten und Kosteneffektivität von Therapien*. Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie, 27(3), 30–34.
- Bergjan, M., Tannen, A., Mai, T., Feuchtinger, J., Luboeinski, J., Bauer, J. et al. (2021). *Integrating academic nurses in German university hospitals: a follow-up survey*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 163, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.04.001>
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. & Busse, R. (2020). *Germany: Health System Review*. Health Systems in Transition, 22(6), 1–272.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ (Clinical Research Ed.), 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben - Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter*. Verfügbar unter: <https://www.kvjs.de/forschung/abgeschlossene-vorhaben/lebensqualitaet-seniorinnen-mit-wesentlicher-behinderung>
- Doody, O., Hennessy, T. & Bright, A.-M. (2022). *The role and key activities of Clinical Nurse Specialists and Advanced Nurse Practitioners in supporting healthcare provision for people with intellectual disability: An integrative review*. International Journal of Nursing Studies, 129, 104207. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104207>
- Doody, O., Hennessy, T., Moloney, M., Lyons, R. & Bright, A.-M. (2023). *The value and contribution of intellectual disability nurses/nurses caring for people with intellectual disability in intellectual disability settings: A scoping review*. Journal of Clinical Nursing, 32(9-10), 1993–2040. <https://doi.org/10.1111/jocn.16289>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G.L. & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
- Eldridge, S. & Kerry, S. M. (2012). *A practical guide to cluster randomised trials in health services research (Statistics in practice)*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Elstner, S. & Theil, M.-M. (2018). The health and social care of people with disabilities in Germany. Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities, 12(3/4), 99–104. <https://doi.org/10.1108/AMHID-03-2018-0015>
- 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(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>

- Federici, S., Balboni, G., Buracchi, A., Barbanera, F. & Pierini, A. (2023). *WHODAS-Child: psychometric properties of the WHODAS 2.0 for children and youth among Italian children with autism spectrum disorder*. *Disability and Rehabilitation*, 45(10), 1713–1719. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2071481>
- Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F. & Luciano, J. V. (2017). *World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review*. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2347–2380. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1223177>
- Geraedts, M., Schwalen, S., Leibner, R., Kraska, R. & Cruppé, W. (2017). *Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung: Modellprojekt zur Erfassung der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung*. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/versorgung/Gesundheitsuntersuchung_Menschen_Mit_Geistiger_Behinderung_Abschlussbericht_2017_09_06.pdf.
- Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats. (2022). *HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem - Update. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht)*. Köln. <https://doi.org/10.57674/V8GX-DB45>
- Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz).
- Glarin, O., Ayuso-Mateos, J., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagu, G. et al. (2010). *Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(8), 51. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-51>.
- Grebe, C., Nadolny, S., Heitland, L., Palmdorf, S., Maaß, A. Latteck, Ä.-D. (2026). *Impact of nurse-led home visits on medication management and use of medical screenings for adults with intellectual disabilities: A randomised-controlled trial*. *BMC Nursing*, In press.
- Grochtdreis, T., Dams, J., König, H.-H. & Konnopka, A. (2019). *Health-related quality of life measured with the EQ-5D-5L: estimation of normative index values based on a representative German population sample and value set*. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 20(6), 933–944. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01054-1>
- Hasseler, M. (2014). *Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung*. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 139(40), 2030–2034. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387334>
- Hasseler, M. (2016). *Requirements and challenges in health and nursing care for people with disabilities in institutions for integration assistance*. *Pflege & Gesellschaft*, 21(4), 293–313.
- Heiberger, R. M. & Holland, B. (2015). *Statistical analysis and data display. An intermediate course with examples in S-plus, R (2nd ed.)*. New York: Springer.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Auflage)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>

- Higgins, A. M., Neto, A. S., Bailey, M., Barrett, J., Bellomo, R., Cooper, D. J. et al. (2021). The psychometric properties and minimal clinically important difference for disability assessment using WHODAS 2.0 in critically ill patients. *Critical Care and Resuscitation: Journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*, 23(1), 103–112. <https://doi.org/10.51893/2021.1.OA10>
- Hsieh, K., Rimmer, J. H. & Heller, T. (2014). *Obesity and associated factors in adults with intellectual disability*. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 58(9), 851–863. <https://doi.org/10.1111/jir.12100>
- Huber, M. B., Felix, J., Vogelmann, M. & Leidl, R. (2017). *Health-Related Quality of Life of the General German Population in 2015: Results from the EQ-5D-5L*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph14040426>
- IBM Corp. (2023). IBM SPSS Statistics for Windows. Version 29.0 (Version 29.0) [Computer software]. Armonk, NY.
- Igo, R. P. (2010). Influential Data Points. In N. J. Salkind (Hrsg.), *Encyclopedia of research design* (S. 600–602). Los Angeles, Calif.: SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781412961288>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2008). *Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung Version 1.1*. https://www.iqwig.de/methoden/08-10-14_entwurf_methoden_kosten-nutzen-bewertung_version_1_1.pdf?rev=180515.
- International Collaboration for Participatory Health Research. (2013). *Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013*. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research.
- Kannewischer, S., Wagner, M., Düweke, A., Erreth, N., Franzke, M., Gail, C. et al. (Hrsg.). (2005). *Beobachtungsbogen zu kommunikativen Fähigkeiten*. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Verfügbar unter: https://www.edu.lmu.de/esE/downloads/forschung/fo_frage_uk.pdf
- Katajapuu, N., Heinonen, A. & Saltychev, M. (2020). *Minimal clinically important difference and minimal detectable change of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) amongst patients with chronic musculoskeletal pain*. *Clinical Rehabilitation*, 34(12), 1506–1511. <https://doi.org/10.1177/0269215520942573>
- Kerr, S., Lawrence, M., Darbyshire, C., Middleton, A. R. & Fitzsimmons, L. (2013). *Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of the literature*. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 57(5), 393–408. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01543.x>
- Klatt, T., Baltes, M., Friedrichs, J. & Langer, G. (2023). *The role of nurses in pharmaceutical care in Germany: A qualitative analysis*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 176, 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.10.005>
- Kocalevent, R.-D., Zenger, M., Heinen, I., Dwinger, S., Decker, O. & Brähler, E. (2015). *Resilience in the General Population: Standardization of the Resilience Scale (RS-11)*. *PloS One*, 10(11), e0140322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140322>

- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Grundlagentexte Methoden, 3., überarbeitete Auflage)*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Verfügbar unter: <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-3344-1.pdf>
- Latteck, Ä.-D. & Backhaus, J. (2017). *Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderungen und der Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Latteck, Ä.-D. & Weber, P. (2015). *Implikationen der Behindertenpädagogik in die Pflegeforschung*. *Pflege & Gesellschaft*, 20(3), 197–212.
- Limesurvey GmbH. LimeSurvey: *An Open Source survey tool [Computer software]*. Hamburg.
- Ludwig, K., Graf von der Schulenburg, J.-M. & Greiner, W. (2018). *German Value Set for the EQ-5D-5L*. *PharmacoEconomics*, 36(6), 663–674. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0615-8>.
- Lühe, V. von der, Roos, M., Adams, A., Scholten, N., Köpke, S. & Dichter, M. N. (2024). *Evolution of advanced practice nursing in acute care in Germany: A cross-sectional study of nurses' scope of practice*. *International Nursing Review*, 71(2), 352–361. <https://doi.org/10.1111/inr.12907>
- Lynch, L.; McCarron, M.; Eustace-Cook, J.; Burke, É.; McCallion, P. (2022): *Physical health effects of sedentary behaviour on adults with an intellectual disability: A scoping review*. In: *Journal of Intellectual Disabilities*, 29(1), 167–193.
- Ma, B. H., Chen, G., Badji, S. & Petrie, D. (2024). *Mapping the 12-item World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) onto the assessment of quality of life (AQoL)-4D utilities*. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 33(2), 411–422. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03532-9>
- Maier, C. B., Aiken, L. H. & Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation* (OECD Health Working Papers, Bd. 98). Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/18152015>
- Maier, C. B. (2019). *Nurse prescribing of medicines in 13 European countries*. *Human Resources for Health*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
- McCormick, F., Marsh, L., Taggart, L. & Brown, M. (2021). *Experiences of adults with intellectual disabilities accessing acute hospital services: A systematic review of the international evidence*. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1222–1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13253>
- Meng, M., Peters, M. & Dorin, L. (Bundesinstitut für Berufsbildung, Hrsg.). (2022). *Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels: ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Version 1.0*. Verfügbar unter: https://res.bibb.de/vet-repository_780291
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.11.001>

- Park, S. H., Demetriou, E. A., Pepper, K. L., Song, Y. J. C., Thomas, E. E., Hickie, I. B. et al. (2019). *Validation of the 36-item and 12-item self-report World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in individuals with autism spectrum disorder*. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 12(7), 1101–1111. <https://doi.org/10.1002/aur.2115>
- Peter, F. & Heitmann, D. (2023). *Update: Pflegestudiengänge in Deutschland*. *Pflegezeitschrift*, 76(1-2), 52–55. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1993-2>
- Potcovaru, C.-G., Salmen, T., Bigu, D., Sandulescu, M. I., Filip, P. V., Diaconu, L. S. et al. (2024). *Assessing the Effectiveness of Rehabilitation Interventions through the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in Disability – A Systematic Review*. *Journal of Clinical Medicine*, 13(5), 1252. <https://doi.org/10.3390/jcm13051252>
- Prommersberger, M. (2020). *Advanced nursing practice: the German experience*. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 27(1), 11–12. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000666>
- Reich, K. (2012). *Konstruktivistische Didaktik*. Das Lehr- und Studienbuch mit Online-Methodenpool (Pädagogik und Konstruktivismus, 5., erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Roll, A. & Kurtzahn, C. (2024). *Aging people with intellectual disabilities in need of care: challenges, strategies, and consequences for special housing in Germany*. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/20473869.2024.2321407>
- Saltychev, M., Katajapuu, N., Bärlund, E. & Laimi, K. (2021). *Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability - systematic review*. *Disability and Rehabilitation*, 43(6), 789–794. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643416>
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). *The Resilience Scale - A questionnaire to assess resilience as a personality characteristic*. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Psychiatrie Und Psychotherapie*, 53(1), 16–39. Verfügbar unter: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/resilienzskala2.pdf>
- Shady, K., Phillips, S. & Newman, S. (2022). *Barriers and Facilitators to Healthcare Access in Adults with Intellectual and Developmental Disorders and Communication Difficulties: an Integrative Review*. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s40489-022-00324-8>
- Shulman, M. A., Kasza, J. & Myles, P. S. (2020). *Defining the Minimal Clinically Important Difference and Patient-acceptable Symptom State Score for Disability Assessment in Surgical Patients*. *Anesthesiology*, 132(6), 1362–1370. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003240>
- Snell, D. L. & Silverberg, N. D. (2023). *Derivation of a minimal clinically important difference score for the WHODAS 2.0 in mild traumatic brain injury*. *NeuroRehabilitation*, 52(2), 249–257. <https://doi.org/10.3233/NRE-220004>

Steffen, P. & Blum, K. (2012). *Menschen mit geistiger Behinderung: Defizite in der Versorgung*. *Deutsches Ärzteblatt*. Deutsches Ärzteblatt International, (17), 860–862.

Stufflebeam, D. & Zhang, G. (2017). *The CIPP Evaluation Model: How to evaluate for improvement and accountability*. Guilford Publications.

Stufflebeam, D. L. & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications* (1. ed.). San Francisco, Calif., Chichester: Jossey-Bass; John Wiley. Retrieved from <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0740/2006036605-b.html>

Uschner, D., Schindler, D., Hilgers, R.-D. & Heussen, N. (2018). *randomizeR : An R Package for the Assessment and Implementation of Randomization in Clinical Trials*. *Journal of Statistical Software*, 85(8). <https://doi.org/10.18637/jss.v085.i08>

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji S & Rehm, J. (Hrsg.). (2010). *Measuring health and disability. Manual for WHO disability schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva: World Health Organization (WHO).

VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022 [Computer software]*. Berlin.

Voß et al. (2019). *Menschen mit geistiger Behinderung als Co-Forschende. Entwicklung eines Schulungsprogramm*. *Wissenschaft und Forschung*, 58(3), 104–108.

Wang, C. & Burris, M. A. (1997). *Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment*. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369–387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>

Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Köln. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>

Wong, J. J., Hogg-Johnson, S., Groote, W. de, Ćwirlej-Sozańska, A., Garin, O., Ferrer, M. et al. (2023). *Minimal important difference of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in persons with chronic low back pain*. *Chiropractic & Manual Therapies*, 31(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12998-023-00521-0>

Zawinell, A. & Nierpraschk von Dollen, K. (2021). *ATC-Klassifikation für den deutschen Arzneimittelmarkt*. Wissenschaftliches Institut der AOK. <https://www.wido.de/publikationen-produkte/arzneimittel-klassifikation>.

V Anlagen

- Anlage 1: Erhebungsbogen RCT
- Anlage 2: Erhebungsbogen Querschnittsbefragung (t3&t5 Teilnehmende)
- Anlage 3: Erhebungsbogen Querschnittsbefragung (t4 Teilnehmende)
- Anlage 4: Dokumentationssystem
- Anlage 5: Interviewleitfaden Menschen mit geistiger Behinderung
- Anlage 6: Interviewleitfaden Bezugspersonen
- Anlage 7: Interviewleitfaden gesetzlich Betreuende

Anlage 8:	Interviewleitfaden Pflege- und Gesundheitsexpertinnen (Erhebungszeitpunkt 1)
Anlage 9:	Interviewleitfaden Pflege- und Gesundheitsexpertinnen (Erhebungszeitpunkt 2)
Anlage 10:	Interviewleitfaden Pflegeexpertinnen (Fokusgruppe)
Anlage 11:	Interviewleitfaden Anbieter Präventionskurse Kursleitungen
Anlage 12:	Interviewleitfaden Anbieter Netzwerkstellen
Anlage 13:	Codebook Datenauswertung qualitative Studie
Anlage 14:	Interviewleitfaden partizipative Forschung
Anlage 15:	Kostenübersicht

Anlage 1: Erhebungsbogen RCT

„Projekt FaPP-MgB: Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung“

**Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich**

Interviewerbogen – Deckblatt – T0 Erhebung

Ausfülldatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

KlientInnenpseudonym

--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Kürzel EvaluatorIn

--	--

1. Resilienz (RS-11, Selbstauskunft)

Aus lizenzrechtlichen Gründen nicht dargestellt

**2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Visuelle Analogskala
EQ-5D, Selbstauskunft)**

Aus lizenzrechtlichen Gründen nicht dargestellt

3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Visuelle Analogskala EQ-5D, Proxy)

Aus lizenzrechtlichen Gründen nicht dargestellt

4. Allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-DAS 2.0 Proxy)

Aus lizenzrechtlichen Gründen nicht dargestellt

5. Angaben zur Wohnsituation und Unterstützung (Proxy)

Wie ist die aktuelle Wohnsituation ihre/r KlientIn oder Angehörigen?

- ☐ Alleine lebend
- ☐ In der Familie
- ☐ In einer ambulant versorgten Wohngruppe
- ☐ In stationärem Setting

Bekommt ihr/e KlientIn oder Angehörige/r Unterstützung im Alltag?

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, durch Familie/ Freunde/ Nachbarn
- ☐ Ja, durch professionelle Dienste

6. Einschätzung der Verblindung durch den Datenerhebenden

Glauben Sie, dass der/die KlientIn in der Interventions- oder Kontrollgruppe ist?

☐ Interventionsgruppe (Besuch der Pflegeexpertinnen)

☐ Kontrollgruppe (Kein Besuch der Pflegeexpertinnen)

Bitte geben Sie einen Grund für ihre Einschätzung an:

☐ Kein spezifischer Anhaltspunkt

☐ Auskunft der/s Klienten/Klientin über die Gruppenzugehörigkeit

☐ Auskunft der Bezugsperson über die Gruppenzugehörigkeit

☐ Auskunft von professionellen Akteuren (wenn nicht die Bezugsperson) über die Gruppenzugehörigkeit

☐ Auffinden von Dokumenten über die Gruppenzugehörigkeit

☐ Andere _____

Teilnehmer*in für qual. Erhebung geeignet?

☐ ja ☐ nein

Anlage 2: Erhebungsbogen Querschnittsbefragung (t3&t5 Teilnehmende)

„Projekt FaPP-MgB: Fallmanagement und Pflegeexpertise bei als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung“

**Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich**

Interviewerbogen – Deckblatt – T3 Erhebung

Ausfülldatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

KlientInnenpseudonym

--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Kürzel EvaluatorsIn

--	--

Kompetenzen und Beziehung zu den Pflege-Expertinnen (Selbstauskunft)

Im Rahmen des Projekts BESSER GESUND LEBEN sind Pflege-Expertinnen zu Ihnen nach Hause gekommen. Wie hieß die Pflege-Expertin, die bei Ihnen war?

Wir möchten Ihnen gerne zu der Zusammenarbeit mit den Pflege-Expertinnen einige Fragen stellen. Es geht dabei nicht um die Befragungen durch uns von der Hochschule Bielefeld, sondern um Ihre Erfahrungen mit den Pflege-Expertinnen und den Sachen, die Sie für Ihre Gesundheit gemacht haben.

Die Befragung ist anonym. Das heißt, wir sagen den Pflege-Expertinnen nicht, was sie uns erzählen. Sie dürfen also auch sagen, wenn Ihnen etwas nicht gefallen hat.

		nein	Teils/teils	ja
1.1	Wussten Sie, wann die Pflege-Expertinnen zu Ihnen kommen?	☐	☐	☐
1.2	Wussten Sie, wie Sie die Pflege-Expertinnen erreichen können?	☐	☐	☐
1.3	War es hilfreich, dass die Pflege-Expertinnen zu zweit zu den Besuchen kamen?	☐	☐	☐
1.4	Haben die Pflege-Expertinnen sich an Absprachen gehalten?	☐	☐	☐
1.5	Konnten Sie verstehen, was die Pflege-Expertinnen Ihnen erzählt haben?	☐	☐	☐
1.6	Haben die Pflege-Expertinnen verstanden, was Sie möchten?	☐	☐	☐
1.7	Waren die Motivations-Videos eine Hilfe für Sie?	☐	☐	☐

		nein	Teils/teils	ja
1.8	Haben Sie sich von den Pflege-Expertinnen ernst genommen gefühlt?	☐	☐	☐
1.9	Waren Sie zufrieden mit der Beziehung zu den Pflege-Expertinnen?	☐	☐	☐
1.11	Wenn Sie mal Fragen hatten: Konnten Sie sich an Ihre Pflege-Expertinnen wenden?	☐	☐	☐

Case Management / Beratung (Selbstauskunft)

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Zusammenarbeit mit den Pflege-Expertinnen.

		nein	Teils/teils	ja
2.4	Konnten Sie dabei eigene Ideen mit einbringen?	☐	☐	☐
2.5	Konnten Sie zwischen mehreren Möglichkeiten auswählen?	☐	☐	☐

2.6	Wurden Sie nach Ihrer Meinung zum fertigen Präventions-Plan gefragt?	☐	☐	☐
2.7	Haben Sie den Präventions-Plan verstanden?	☐	☐	☐
2.8	Halten Sie die Maßnahmen im Plan für gut?	☐	☐	☐

Danach haben Sie damit begonnen, an mehreren Präventions-Angeboten aus dem Plan teilzunehmen.				
		nein	ja	
2.9	Sind Sie am Anfang dabei von den Pflege-Expertinnen begleitet worden?	☐	☐	
		nein	Teils/teils	ja
2.10	Wollten Sie gerne begleitet werden?	☐	☐	☐
Wenn 2.9 ja:				
2.10a	Hat die Begleitung Ihnen den Einstieg in das Angebot leichter gemacht?	☐	☐	☐

Sie sind jetzt am Ende des Projekts.				
		nein	Teils/teils	ja
2.11	Schaffen Sie es, selbstständig an den Angeboten teilzunehmen?	☐	☐	☐
2.12	Glauben Sie, dass Sie nach dem Projekt weiterhin an den Angeboten teilnehmen?	☐	☐	☐

Präventions-Angebote (Selbstauskunft)

Als nächstes haben wir Fragen zu den Präventions-Angeboten, bei denen Sie mitgemacht haben.

		nein	Teils/teils	ja
3.1	Haben Sie den Hinweg zu den Angeboten gut geschafft?	☐	☐	☐
3.2	Haben Sie den Rückweg von den Angeboten gut geschafft?	☐	☐	☐
3.3	Mussten Sie für die Angebote bezahlen?	☐	☐	☐
3.3a	Wenn ja: Gab es für Sie Schwierigkeiten beim Bezahlen der Angebote? (zu teuer?)	☐	☐	☐
3.4	Fiel es Ihnen leicht, vor Ort an den Angeboten teilzunehmen?	☐	☐	☐
3.5	Hatten Sie Lust, an den Angeboten teilzunehmen?	☐	☐	☐
3.6	Haben Sie sich unter den anderen Teilnehmenden wohlfühlt?	☐	☐	☐

Das Projekt sollte den Teilnehmern helfen, ihre Gesundheit zu verbessern. Besonders wichtig waren dabei die 4 Bereiche Sucht, Stress, Bewegung und Ernährung. Wahrscheinlich gab es bei Ihnen Themen, die für Sie persönlich besonders wichtig sind. Und es gab Themen, die für Sie nicht wichtig sind. Deshalb fragen wir zu jedem der 4 Bereiche nochmal genauer nach.

Einzelne Präventions-Bereiche			
		nein	ja
3.7	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Sucht gesprochen?	☐	☐
Wenn ja:			
3.7a	Verstehen Sie, warum Sucht einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐	☐
3.7b	Hatten Sie zum Thema Sucht eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐	☐
3.7c	Haben Sie zum Thema Sucht Präventions-Angebote besucht?	☐	☐
		nein	Teils/teils ja
3.7d	Haben Sie etwas im Bereich Sucht dazu gelernt?	☐	☐
3.7e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Sucht verändert?	☐	☐

		nein	ja
3.8	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Stress gesprochen?	☐	☐
Wenn ja:			
3.8a	Verstehen Sie, warum Stress einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐	☐
3.8b	Hatten Sie zum Thema Stress eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐	☐
3.8c	Haben Sie zum Thema Stress Präventions-Angebote besucht?	☐	☐
		nein	Teils/teils ja
3.8d	Haben Sie etwas im Bereich Stress dazu gelernt?	☐	☐
3.8e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Stress verändert?	☐	☐

		nein	ja
3.9	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Bewegung gesprochen?	☐	☐
Wenn ja:			
3.9a	Verstehen Sie, warum Bewegung einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐	☐
3.9b	Hatten Sie zum Thema Bewegung eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐	☐
3.9c	Haben Sie zum Thema Bewegung Präventions-Angebote besucht?	☐	☐
		nein	Teils/teils ja
3.9d	Haben Sie etwas im Bereich Bewegung dazu gelernt?	☐	☐

3.9e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Bewegung verändert?	☐	☐	☐
------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

		nein		ja			
3.10	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Ernährung gesprochen?	☐		☐			
Wenn ja:							
3.10a	Verstehen Sie, warum Ernährung einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐		☐			
3.10b	Hatten Sie zum Thema Ernährung eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐		☐			
3.10c	Haben Sie zum Thema Ernährung Präventions-Angebote besucht?	☐		☐			
		nein		Teils/teils		ja	
3.10d	Haben Sie etwas im Bereich Ernährung dazu gelernt?	☐		☐		☐	
3.10e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Ernährung verändert?	☐		☐		☐	

Subjektiver Erfolg (Selbstauskunft)

Wir kommen zum nächsten Fragen-Teil. Hier interessiert uns, was Ihnen das Projekt gebracht hat. Wir möchten wissen: Was hat sich in Ihrem Alltag verändert?

		nein	Teils/teils	ja
4.1	Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Teilnahme insgesamt gutgetan hat?	☐	☐	☐
4.2	Tun Sie mehr für Ihre Gesundheit als vorher?	☐	☐	☐
4.3	Haben Sie durch das Projekt neue Bekannte/Freunde gefunden?	☐	☐	☐

Projekt-Teilnahme und Organisation (Selbstauskunft)

Zum Abschluss haben wir noch ein paar allgemeine Fragen zum Projekt.

Projekt-Teilnahme und Organisation				
		zu gering?	passend?	zu groß?
5.1	War der zeitliche Aufwand für Sie...	☐	☐	☐
		zu gering?	passend?	zu stark?
5.2	War die körperliche Anstrengung durch das Projekt für Sie in Ordnung?	☐	☐	☐
5.3	War die geistige Anstrengung durch das Projekt für Sie in Ordnung?	☐	☐	☐
		zu kurz?	passend?	zu lang?
5.4	Fanden Sie die Dauer der Termine...	☐	☐	☐

		zu selten?	passend?	zu häufig?
5.5	Fanden Sie die Häufigkeit der Termine...	☐	☐	☐
		nein	Teils/teils	ja
5.7	Hatten Sie Spaß an dem Projekt?	☐	☐	☐
5.8	Dürften die Pflege-Expertinnen wiederkommen?	☐	☐	☐
5.9	War das Projekt so, wie Sie es sich vorgestellt hatten?	☐	☐	☐
5.10	Welche Schulnote würden Sie den Pflege-Expertinnen für Ihre Arbeit geben?	_____		
5.11	Welche Schulnote würden Sie der Intervention geben?	_____		

Offene Fragen	
5.12	Was hätten Sie sich von den Pflege-Expertinnen noch gewünscht?
5.13	Was hat Sie gestört?
5.14	Was machen Sie heute im Alltag anders in Bezug auf Gesundheit?

Anlage 3: Erhebungsbogen Querschnittsbefragung (t4 Teilnehmende)

„Projekt FaPP-MgB: Fallmanagement und Pflegeexpertise bei als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung“

**Hochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich**

Interviewerbogen – Deckblatt – T4 Erhebung

Ausfülldatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

KlientInnenpseudonym

--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Kürzel EvaluatorsIn

--	--

Kompetenzen und Beziehung zu den Pflege-Expertinnen (Selbstauskunft)

Im Rahmen des Projekts BESSER GESUND LEBEN sind Pflege-Expertinnen zu Ihnen nach Hause gekommen. Wie hieß die Pflege-Expertin, die bei Ihnen war?

Wir möchten Ihnen gerne zu der Zusammenarbeit mit den Pflege-Expertinnen einige Fragen stellen. Es geht dabei nicht um die Befragungen durch uns von der Hochschule Bielefeld, sondern um Ihre Erfahrungen mit den Pflege-Expertinnen und den Sachen, die Sie für Ihre Gesundheit gemacht haben.

Die Befragung ist anonym. Das heißt, wir sagen den Pflege-Expertinnen nicht, was Sie uns erzählen. Sie dürfen also auch sagen, wenn Ihnen etwas nicht gefallen hat.

Kompetenzen der Pflege-Expertinnen				
		nein	teils/teils	ja
1.1	Wissen Sie, wann die Pflege-Expertinnen zu Ihnen kommen?	☐	☐	☐
1.2	Wissen Sie, wie Sie die Pflege-Expertinnen erreichen können?	☐	☐	☐
1.3	Ist es hilfreich, dass die Pflege-Expertinnen zu zweit zu den Besuchen kommen?	☐	☐	☐
1.4	Halten die Pflege-Expertinnen sich an Absprachen?	☐	☐	☐
1.5	Können Sie verstehen, was die Pflege-Expertinnen Ihnen erzählen?	☐	☐	☐
1.6	Verstehen die Pflege-Expertinnen, was Sie möchten?	☐	☐	☐
1.7	Waren die Motivations-Videos eine Hilfe für Sie?	☐	☐	☐

Beziehung zu den Pflege-Expertinnen				
		nein	teils/teils	ja
1.8	Fühlen Sie sich ernst genommen von den Pflege-Expertinnen?	☐	☐	☐
1.9	Waren Sie zufrieden mit dem ersten Besuch der Pflege-Expertinnen ?	☐	☐	☐
1.10	Sind Sie zufrieden mit der Beziehung zu den Pflege-Expertinnen?	☐	☐	☐
1.11	Wenn Sie mal Fragen haben: Können Sie sich an Ihre Pflege-Expertinnen wenden?	☐	☐	☐

Case Management / Beratung (Selbstauskunft)

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Zusammenarbeit mit den Pflege-Expertinnen.

Case Management / Beratung				
Am Anfang haben die Pflege-Expertinnen Ihnen viele Fragen gestellt. Sie hatten Fragen zu Ihrem Leben und Ihrer Gesundheit. Sie wollten zum Beispiel wissen: Was können Sie gut? Haben Sie körperliche Probleme? Haben Sie seelische Probleme?				
		nein	teils/teils	ja
2.1	Waren Ihnen die Fragen zu persönlich?	☐	☐	☐
2.2	Waren es zu viele Fragen?	☐	☐	☐
2.3	Verstehen Sie, warum die Pflege-Expertinnen Ihnen die Fragen gestellt haben?	☐	☐	☐

Sie haben mit den Pflege-Expertinnen gemeinsam überlegt, wie Sie Ihre Gesundheit verbessern können. Und Sie haben einen Plan dazu geschrieben.				
		nein	teils/teils	ja
2.4	Konnten Sie dabei eigene Ideen mit einbringen?	☐	☐	☐
2.5	Konnten Sie zwischen mehreren Möglichkeiten auswählen?	☐	☐	☐
2.6	Wurden Sie nach Ihrer Meinung zum fertigen Präventions-Plan gefragt?	☐	☐	☐
2.7	Haben Sie den Präventions-Plan verstanden?	☐	☐	☐
2.8	Halten Sie die Maßnahmen im Plan für gut?	☐	☐	☐

Danach haben Sie damit begonnen, an mehreren Präventions-Angeboten aus dem Plan teilzunehmen.				
		nein	ja	
2.9	Sind Sie am Anfang dabei von den Pflege-Expertinnen begleitet worden?	☐	☐	
		nein	teils/teils	ja
2.10	Wollten Sie gerne begleitet werden?	☐	☐	☐
Wenn 2.9 ja:				
2.10a	Hat die Begleitung Ihnen den Einstieg in das Angebot leichter gemacht?	☐	☐	☐

Präventions-Angebote (Selbstauskunft)

Als nächstes haben wir Fragen zu den Präventions-Angeboten, bei denen Sie mitgemacht haben.

Präventions-Angebote allgemein				
		nein	teils/teils	ja
3.1	Schaffen Sie den Hinweg zu den Angeboten gut?	☐	☐	☐
3.2	Schaffen Sie den Rückweg von den Angeboten gut?	☐	☐	☐
3.3	Müssen Sie für die Angebote bezahlen?	☐	☐	☐
3.3a	Wenn ja: Gab es für Sie Schwierigkeiten beim Bezahlen der Angebote? (zu teuer?)	☐	☐	☐
3.4	Fällt es Ihnen leicht, vor Ort an den Angeboten teilzunehmen?	☐	☐	☐
3.5	Haben Sie Lust, an den Angeboten teilzunehmen?	☐	☐	☐
3.6	Fühlen Sie sich unter den anderen Teilnehmenden wohl?	☐	☐	☐

Das Projekt sollte den Teilnehmern helfen, ihre Gesundheit zu verbessern. Besonders wichtig waren dabei die 4 Bereiche Sucht, Stress, Bewegung und Ernährung. Wahrscheinlich gab es bei Ihnen Themen, die für Sie persönlich besonders wichtig sind. Und es gab Themen, die für Sie nicht wichtig sind. Deshalb fragen wir zu jedem der 4 Bereiche nochmal genauer nach.

Einzelne Präventions-Bereiche				
		nein	ja	
3.7	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Sucht gesprochen?	☐	☐	
Wenn ja:				
3.7a	Verstehen Sie, warum Sucht einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐	☐	
3.7b	Hatten Sie zum Thema Sucht eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐	☐	
3.7c	Besuchen Sie Präventions-Angebote zum Thema Sucht?	☐	☐	
		nein	teils/teils	ja
3.7d	Haben Sie etwas im Bereich Sucht dazu gelernt?	☐	☐	☐
3.7e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Sucht verändert?	☐	☐	☐

		nein	ja
3.8	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Stress gesprochen?	☐	☐
Wenn ja:			
3.8a	Verstehen Sie, warum Stress einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐	☐

3.8b	Hatten Sie zum Thema Stress eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐	☐
3.8c	Besuchen Sie Präventions-Angebote zum Thema Stress?	☐	☐
		nein	teils/teils
3.8d	Haben Sie etwas im Bereich Stress dazu gelernt?	☐	☐
3.8e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Stress verändert?	☐	☐

		nein	ja
3.9	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Bewegung gesprochen?	☐	☐
Wenn ja:			
3.9a	Verstehen Sie, warum Bewegung einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐	☐
3.9b	Hatten Sie zum Thema Bewegung eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐	☐
3.9c	Besuchen Sie Präventions-Angebote zum Thema Bewegung?	☐	☐
		nein	teils/teils
3.9d	Haben Sie etwas im Bereich Bewegung dazu gelernt?	☐	☐
3.9e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Bewegung verändert?	☐	☐

		nein	ja
3.10	Haben Sie mit den Pflege-Expertinnen über das Thema Ernährung gesprochen?	☐	☐
Wenn ja:			
3.10a	Verstehen Sie, warum Ernährung einen Einfluss auf Ihre Gesundheit hat?	☐	☐
3.10b	Hatten Sie zum Thema Ernährung eine Beratung durch Ihre Pflege-Expertin?	☐	☐
3.10c	Besuchen Sie Präventions-Angebote zum Thema Ernährung?	☐	☐
		nein	teils/teils
3.10d	Haben Sie etwas im Bereich Ernährung dazu gelernt?	☐	☐
3.10e	Haben Sie Ihr Verhalten im Bereich Ernährung verändert?	☐	☐

Projekt-Teilnahme und Organisation (Selbstauskunft)

Zum Abschluss haben wir noch ein paar allgemeine Fragen zum Projekt.

Projekt-Teilnahme und Organisation				
		zu kurz?	passend?	zu lang?
5.4	Finden Sie die Dauer der Termine...	☐	☐	☐
		zu selten?	passend?	zu häufig?
5.5	Finden Sie die Häufigkeit der Termine...	☐	☐	☐
5.10	Welche Schulnote würden Sie den Pflege-Expertinnen für Ihre Arbeit geben?	_____		

Offene Fragen	
5.12	Was wünschen Sie sich noch von den Pflege-Expertinnen?
5.13	Was stört Sie?

Beziehungs- und Kontaktaufbau

I) Dient dem Vertrauensaufbau sowie einer ersten Einschätzung der Fähigkeiten der Teilnehmer:innen

Lfd. # TN:

Datum:

Befindlichkeit (Skala und ggf. Erläuterung)

Beginn:

Ende:

Teilnahmemotivation und erste Ziele

Projektbezogene Erwartungen und Sorgen

Organisatorische Fragen

Erreichbarkeit

was braucht die Person, um sich wohl zu fühlen

weitere organisatorische Informationen

Kommunikation (Verlauf der Kommunikation)

Bericht (Genereller Eindruck, Bemerkenswertes, Beobachtungen, Give away, erste Aufgabe)

Assessment und Diagnostik

I) Ziel des 2. Präventionsbesuchs: Assessment und Diagnostik der gesundheitlichen Situation und individuellen Bedarfe

Diagnosen und Beeinträchtigungen (nicht diagnoserelevante individuelle Einschränkungen)

Hilfsmittel (körpernah und pflegebezogen, z.B. Unterstützte Kommunikation, Gehhilfen, Sehhilfen)

Allergien / Intoleranzen / Unverträglichkeiten

Medikamente (Name/Wirkstoff/ Dosierung/Häufigkeit der Einnahme)

Therapien

Durchgeführtes Assessment

	durchgeführt	wenn durchgeführt: Anhang?	nicht durchgeführt	Notiz
RAI (InterRAI ID)	☐	☐	☐	
Bereich Bewegung				
Benennung Assessment	☐	☐	☐	
Bereich Stress				
Benennung Assessment	☐	☐	☐	
Bereich Sucht				
Benennung Assessment	☐	☐	☐	
Bereich Ernährung				
Benennung Assessment	☐	☐	☐	

Ergebnis Assessment

RAI	Score	Notiz
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)		
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)		
ADL-IADL-Funktionshierarchie		
Verhaltensskala		
kognitive Leistungsfähigkeit		
Kommunikation		
Depressionsrate		
Schmerzskala		
sozialer Rückzug		

Assessment Bewegung	Benennung Assessment

Assessment Stress	Benennung Assessment

Assessment Sucht	Benennung Assessment

Assessment Ernährung	Benennung Assessment

Themenbezogene Biografie (biografisches Brettspiel; Ergänzung biografieorientierte Netzwerkkarte und Ressourcenkarte)

Projektbezogene Themen / Lebensereignisse und Lebensabschnitte	Äußeres Erlebnis (Beschreibung)	Inneres Erlebnis (Gefühle)
Gesundheit und Krankheit		
Hobbies und Freizeitgestaltung		
Arbeit		
Bewegung		
Stressbewältigung		
Sucht		
Ernährung		
weitere Lebensereignisse		
weitere Lebensereignisse		
weitere Lebensereignisse		

	Ressourcen				Barrieren				
	persönlich	sozial	materiell	strukturell	persönlich	sozial	materiell	strukturell	Datum
Allgemein									
Bewegung									
Stress									
Sucht									
Ernährung									

Bereich	Nr.	Datum	Fragestellung (Diagnose/Pflegeproblem)	Ziel (SMART-Technik)	Maßnahme (Was/Wann/wie oft)	Erfolgskriterien (Inhalt/Zeit)	Notiz
Bewegung	1						
	2						
Stress	1						
	2						
Sucht	1						
	2						
Ernährung	1						
	2						
Schwerpunkt <i>[benennen]</i>	3						
	4						

Verlaufsdokumentation - Überprüfung nach 2 Monaten

Anpassung

[illegible]

Verlaufsdokumentation - Überprüfung nach 4 Monaten

Anpassung

[illegible]

Verlaufsdokumentation - Überprüfung nach 6 Monaten

Anpassung

[illegible]

Verlaufsdokumentation - Überprüfung nach 8 Monaten

Anpassung

[illegible]

Verlaufsdokumentation - Überprüfung nach 10 Monaten

Anpassung

[illegible]

Verlaufsdokumentation - Überprüfung nach 12 Monaten

Anpassung

[illegible]

[illegible]

Kurzkontakte mit Teilnehmer:in (z.B. telefonisch)

[illegible]

Bereich	Nr.	Datum	Fragestellung (Diagnose/Pflegeproblem)	Ziel (SMART-Technik)	Maßnahme (Was/Wann/wie oft)	Erfolgskriterien (Inhalt/Zeit)	Notiz
Bewegung	1						
	2						
Stress	1						
	2						
Sucht	1						
	2						
Ernährung	1						
	2						
Schwerpunkt [benennen]	3						
	4						

Leitfragen Teilnehmende

Einstiegsfrage

1. Sie machen bei dem Programm Besser gesund leben mit.
Warum wollten Sie bei dem Projekt mitmachen?

Besuch der Pflegeexpertinnen

2. Wissen Sie noch, als die Pflegeexpertinnen XY zum ersten Mal bei Ihnen waren?
Wie war das Treffen für Sie?

2a) Wie haben Sie sich bei dem Treffen gefühlt?

3. Die Pflegeexpertinnen XY haben Sie danach ja noch einmal besucht.
Können Sie sich an das zweite Treffen (auch) noch erinnern? Das war das
Treffen, wo die Pflegeexpertinnen viele Fragen gestellt haben.

3a) Wie haben Sie sich bei dem Treffen gefühlt?

Sie haben zusammen mit der Pflegeexpertin einen Plan gemacht.

In dem Plan stehen Angebote, die gut für Ihre Gesundheit sind.

Ich möchte jetzt gerne mit Ihnen über diesen Plan sprechen.

Präventionsmaßnahmen

4. Können Sie sich noch an das dritte Treffen erinnern, als Sie zusammen den Plan gemacht haben?

4a) Wie haben Sie sich bei dem Treffen gefühlt?

4b) Wie finden Sie den Plan?

5. Zu welchen Angeboten sind Sie schon gegangen?

5a) Wie haben Ihnen die Angebote gefallen?

5b) Welche Angeboten waren bisher besonders hilfreich?

6. Hat sich durch die Treffen mit der Pflegeexpertin Ihr Gesundheitsverhalten im Alltag verändert? (ggf. Beispiele nennen)

Jetzt möchte ich gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie Sie das Projekt finden.

Beurteilung des Projekts

7. Was hat Ihnen bisher gut gefallen?
8. Was hat Ihnen bisher nicht so gut gefallen?
- 8a) Wie würde es besser funktionieren?
Haben Sie eine Idee?
9. Sie haben sich ja 3 Mal mit den Pflegeexpertinnen getroffen.
Gab es Schwierigkeiten bei der Vereinbarung oder Einhaltung der Termine?
Wenn ja, welche?
10. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, das Projekt abzubrechen?
Wenn ja, warum?
Und warum sind Sie doch im Projekt geblieben?

Sie hatten viel Kontakt mit den Pflegeexpertinnen.

Ich möchte jetzt gerne mit Ihnen über die Pflegeexpertinnen sprechen.

Beziehungsebene

11. Waren bei den Treffen mit den Pflegeexpertinnen manchmal auch andere Personen dabei?
- 11a) Wenn ja: Wer war dabei und wie fanden Sie das?
12. Die Pflegeexpertinnen waren immer zu zweit da.
Wie fanden Sie das?
13. Wie haben Sie zwischen den Terminen Kontakt zu der Pflegeexpertin gehalten?
Haben Sie telefoniert oder E-Mails geschrieben?
Hat das gut geklappt?
Konnten Sie die Pflegeexpertin immer gut erreichen?

14. Wie ist die Beziehung zu Ihren Pflegeexpertinnen?

Haben Sie ein gutes Verhältnis zueinander? (oder: Verstehen Sie sich gut mit Ihrer Pflegeexpertin?)

15. Sie haben zusammen mit den Pflegeexpertinnen einen Präventionsplan entwickelt.

Ihre Pflegeexpertinnen haben das also nicht allein gemacht, sondern Sie durften mitentscheiden.

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Mitspracherecht?

16. Konnten Sie Nachfragen stellen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben?

17. Möchten Sie noch etwas mitteilen?

Leitfaden Professionell Unterstützende

Wir möchten uns in diesem Interview mit Ihnen über das Projekt „BESSER Gesund leben“ unterhalten. Dabei beziehen wir uns lediglich auf die Termine mit den Pflegeexpertinnen und die Zeit danach und dazwischen, während die teilnehmende Person die Präventionsmaßnahmen durchläuft. Wir beziehen uns nicht auf die Befragungen des Evaluationsteams aus Bielefeld. Das Interview wird aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Für uns sind Ihre Aussagen sehr wichtig, da uns eine Gesamtperspektive interessiert.

Erzählaufforderung

Bitte schildern Sie aus Ihrer Sicht, was Sie bisher vom Projekt erfahren oder mitbekommen haben.

Allgemein

1. In welcher Form arbeiten Sie mit den Teilnehmenden zusammen?
2. In welcher Form waren Sie bereits in das Projekt involviert? (Gedankenstütze: Mussten Sie die Person unterstützen, wenn ja, wobei?)
3. Waren Sie bei den Besuchen dabei?
4. Welche Prozesse des Projekts haben Sie begleitet?
5. Wie stellte sich Ihnen die gesundheitliche Versorgung der betreuenden Person in der Vergangenheit vor Beginn der Intervention/der Maßnahme dar?
6. Inwiefern hat sich Ihre Arbeit mit der teilnehmenden Person durch das Projekt verändert?
7. Welche Strategien / Ansätze haben sich aus Ihrer Sicht bewährt?
8. Welche Schwierigkeiten sind während des Projekts aufgetreten?
9. Kennen Sie den Präventionsplan Ihrer teilnehmenden Person? Wie würden Sie diesen bewerten?

Präventionsmaßnahmen

10. Wissen Sie welche Angebote die teilnehmende Person bereits besucht hat?
 - 7a) Wie häufig war die teilnehmende Person bisher dort?
 - 7b) Wie hilfreich schätzen Sie das Angebot/die Angebote ein?
11. Denken Sie, dass das Angebot/die Angebote dauerhaft besucht werden?
12. Wie zufrieden waren Sie mit den Angeboten? Gab es Hürden?
13. Wurden durch die Projektteilnahme noch weitere positive Effekte auf die Gesundheit der Teilnehmenden beobachtet? Wenn ja, welche?

14. Gab es bisher auch negative Folgen der Intervention?

Beziehungsebene

15. Wie schätzen Sie aus Ihrer Sicht die Rolle der Pflegeexpertinnen ein?

16. Haben Sie die Pflegeexpertinnen kennengelernt und wenn ja wie?

Beurteilung des Projekts

17. Was waren Ihre Erwartungen an das Projekt? Sind diese eingetroffen?

18. Wo zeigten sich aus Ihrer Sicht Umsetzungshindernisse / Barrieren? Wie konnte / könnte diesen begegnet werden?

19. Haben Sie mitbekommen, dass der Teilnehmende überlegt abubrechen? Was hat geholfen die Motivation zu behalten/ wiederherzustellen (Gedankenstütze: Belastungen, Sorgen, Ängste, Überforderung)

20. Wie beeinflussen die Rahmenbedingungen (Gesundheitssystem, Finanzierung, Projektablauf) die Intervention und ihre Implementierung?

21. Gibt es noch etwas, das Sie gerne noch sagen möchten?

Leitfaden Gesetzlich Betreuende

Wir möchten uns in diesem Interview mit Ihnen über das Projekt „BESSER Gesund leben“ unterhalten. Dabei beziehen wir uns lediglich auf die Termine mit den Pflegeexpertinnen und die Zeit danach und dazwischen, während die teilnehmende Person die Präventionsmaßnahmen durchläuft. Wir beziehen uns nicht auf die Befragungen des Evaluationsteams aus Bielefeld. Das Interview wird aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Für uns sind Ihre Aussagen sehr wichtig, da uns eine Gesamtperspektive interessiert.

Erzählaufforderung

Bitte schildern Sie in Ihren eigenen Worten, was Sie alles über das Projekt erfahren haben.

Allgemein

1. Haben Sie etwas über die Besuche der Pflegeexpertinnen bei Ihrer teilnehmenden Person (Name) erfahren? Wenn ja, was?
2. In welcher Form waren Sie bereits in das Projekt involviert? (Gedankenstützte: Haben Sie die teilnehmende Person z. B. zu Angebote gefahren?)
3. Kennen Sie den Präventionsplan Ihrer teilnehmenden Person? Wie würden Sie diesen bewerten?

Präventionsmaßnahmen

4. Zu welchen Angeboten ist die Person bereits gegangen?
 - 4a) Wie häufig war die teilnehmende Person bereits dort?
 - 4b) Wie hilfreich schätzen Sie das Angebot/die Angebote ein?
5. Denken Sie, dass das Angebot/die Angebote dauerhaft besucht werden?
6. Konnten Sie feststellen, dass sich das Gesundheitsverhalten der teilnehmenden Person verändert hat?
 - 6a) Inwiefern könnte das mit dem Projekt zusammenhängen?
7. Gab es bisher auch negative Folgen der Intervention?

Beziehungsebene

8. Wie schätzen Sie aus Ihrer Sicht die Rolle der Pflegeexpertinnen ein?
9. Haben Sie die Pflegeexpertinnen kennengelernt und wenn ja wie?

Beurteilung des Projekts

10. Was waren Ihre Erwartungen an das Projekt? Sind diese eingetroffen?

11. Wären Sie gern mehr (oder sogar weniger) in das Projekt involviert gewesen?
12. Gab es Schwierigkeiten bei der Vereinbarung oder Einhaltung der Termine? Wenn ja, welche?
13. Was waren die größten Probleme im Projekt bisher? Wie würde es besser funktionieren?
14. Haben Sie mitbekommen, dass der Teilnehmende überlegt abubrechen? Was hat geholfen die Motivation zu behalten/ wiederherzustellen (Gedankenstütze: Belastungen, Sorgen, Ängste, Überforderung)
15. *Optional*: Wie beeinflussen die Rahmenbedingungen (Gesundheitssystem, Finanzierung, Projektablauf) die Intervention und ihre Implementierung?
16. Gibt es etwas, das Sie gerne noch sagen möchten?

Pflegeexpertinnen

Hinweis an die Pflegeexpertinnen (mündlich):

Wir möchten uns in diesem Interview mit Ihnen über die Intervention unterhalten. Heute ist für uns alles bis zur Erstellung des Präventionsplans interessant. Alles, was danach erfolgt (ist), wird Gegenstand eines späteren Interviews sein. Das Interview wird aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Für uns sind Ihre Aussagen sehr wichtig, da uns eine Gesamtperspektive interessiert. Wenn Sie damit einverstanden sind, lesen Sie sich bitte die Einverständniserklärung durch und unterschreiben Sie diese.

Leitfaden

Erzählaufforderung zum 1. Besuch

Bitte schildern Sie in Ihren eigenen Worten einen Beratungsprozess, bei dem es besonders gut gelaufen ist. Gehen Sie dabei auf alles ein, was Ihnen wichtig erscheint. Bitte erzählen Sie von der Vorbereitung des ersten Termins, dem Besuch und der Nachbereitung des ersten Termins. Nach diesem würde ich Ihnen gerne zunächst ein paar Nachfragen stellen. *(lang)*

Nachfragen zum 1. Besuch

1a) Falls es nicht angesprochen wurde, Erläuterung der verschiedenen Phasen des ersten Besuchs: Begrüßung und Orientierung (Graphic Recording), Kennenlernspiel (nach Kindl-Beilfuß), Biografisches Gespräch (Lindmeier), Verabschiedung (Give away) *(mittel)*

1b) Welche Tools haben Sie angewendet und wie haben diese funktioniert? *(mittel)*

1c) Denken Sie nun an Fälle, die nicht gut gelaufen sind. Was waren die größten Hürden bei dem ersten Besuch? Was hat nicht gut funktioniert? *(mittel)*

Erzählaufforderung zum 2. Besuch

Schildern Sie nun den 2. Termin. Bitte erzählen Sie alles, was nach der Nachbereitung des 1. Termins passiert ist bis zur Nachbereitung des 2. Termins. Sie können zunächst wieder auf den Fall Bezug nehmen, der besonders gut gelaufen ist. *(lang)*

Nachfragen zum 2. Besuch

2a) Falls es nicht angesprochen wurde, Erläuterung der verschiedenen Phasen des zweiten Besuchs: Pflegeassessment RAI-ID, Biografieorientierte Ressourcenkarte, Biografieorientierte Netzwerkkarte, Fallbesprechung, Diagnoseerstellung *(mittel)*

2b) Wie viel Zeit haben die Assessments in Anspruch genommen? *(kurz)*

2c) Wie haben Sie die Dokumentation der Ergebnisse vorgenommen bzw. wie sind die Tools erfasst worden? (z. B. erst handschriftlich dann übertragen, Tablet vor Ort dabei?) *(kurz)*

2d) Welche Aspekte des Assessments schätzen Sie als relevant für Ihre Beratungen und die Erstellung des Präventionsplans ein? *(kurz - mittel)*

2e) Wie haben die Teilnehmenden auf die Vielzahl an Informationen reagiert, die in den Assessments, vor allem dem RAI ID, erhoben wurden? *(kurz)*

2f) Was waren die größten Hürden bei dem zweiten Besuch? Was hat nicht gut funktioniert? *(mittel)*

Erzählaufforderung zum 3. Besuch

Schildern Sie nun den 3. Termin. Bitte erzählen Sie alles, was nach der Nachbereitung des 2. Termins passiert ist bis zur Nachbereitung des 3. Termins. Sie können zunächst wieder auf den Fall Bezug nehmen, der besonders gut gelaufen ist. *(lang)*

Nachfragen zum 3. Besuch

3a) Falls es nicht angesprochen wurde, Erläuterung der verschiedenen Phasen des dritten Besuchs: Visualisierung von Ressourcen, Biografische Methode, Persönliche Zielformulierung *(mittel)*

3b) Wie wurden die Ziele des Präventionsplans entwickelt? Wie wurde die teilnehmende Person eingebunden? *(lang)*

3c) Denken Sie nun an Fälle, die nicht gut gelaufen sind. Was kann bei dem dritten Besuch schiefgehen? Erzählen Sie bitte einmal aus Ihrer Erfahrung. *(mittel)*

Allgemeine Leitfragen

Nun werde ich Ihnen noch allgemeine Fragen zum Beratungsprozess stellen. Wir beginnen einmal mit den Präventionsangeboten und der Vernetzungsarbeit.

Präventionsangebote und Vernetzungsarbeit:

4. Wie erfolgte die Recherche von Angeboten? (Sozialraumanalyse oder anderweitig recherchiert?) *(kurz)*
5. Wie zufrieden sind Sie mit den zur Verfügung stehenden Präventionsangeboten in Ihrem Stadtteil für die Teilnehmenden? Bitte benennen Sie das quantitativ und qualitativ und gehen Sie dabei kurz auf alle vier Bereiche ein (Bewegung / Ernährung / Sucht / Stress). *(mittel)*
6. An welche Präventionsangebote haben Sie Ihre Teilnehmer:innen vermittelt? *(Gedankenstütze: Welche Träger? Welche Art?) (kurz)*
7. Wie haben Sie die Vernetzungsarbeit in Ihrem Stadtteil vorgenommen? Schätzen Sie ein wie gut es Ihnen gelungen ist. *(mittel)*

Kommen wir nun zu Ihrer Rolle als Pflegeexpertin in Bezug auf Ihre Teilnehmenden.

Beziehungsebene / Rolle

8. Wie gestaltet sich die Beziehungsebene zwischen Ihnen und den Teilnehmenden? *(mittel)*
9. Sind andere Personen wie Assistenzen, Familienangehörige oder betreuende Personen in die Präventionsbesuche involviert? Bitte erzählen Sie, welche Rolle diese Person(en) in dem Beratungsprozess spielen. *(mittel)*

10. Wenn Sie an Ihre ganzen Tätigkeiten im Beratungsprozess denken, wie sehen Sie Ihre Rolle im Projekt? *(lang)*
11. Welche Vor- und Nachteile hat die Durchführung der Beratung durch zwei Pflegeexpertinnen? In welchen Prozessen der Intervention wäre ggf. auch nur eine Pflegeexpertin ausreichend gewesen? *(kurz)*

Nun würde ich gerne noch wissen, wie Sie das Beratungsangebot einschätzen.

Beurteilung der Intervention / des Projekts

12. Was waren Ihre Erwartungen, als Sie mit dem Beratungsangebot begonnen haben? Sind diese eingetroffen? *(mittel)*
13. Was waren die größten Probleme während der Umsetzung des Angebots? Wie würde es besser bzw. effizienter funktionieren? *(Gedankenstütze: Workload, Zeitmanagement – nur ansprechen, wenn es von selbst nicht genannt wurde)* *(mittel)*
14. Mussten Sie Abweichungen von den Teilleistungsvorgaben vornehmen? Wenn ja, warum und welche? *(kurz - mittel)*
15. Gibt es noch etwas, was Sie als relevant erachten, aber noch nicht sagen konnten? *(kurz - mittel)*

Vielen Dank für Ihre Zeit und die Bereitschaft für das Interview.

Leitfaden Pflegeexpertinnen, 2. Runde Einzelinterviews – 03. und 04. Juni 2024

Chronologie (lang)

Erzählaufforderung: Beschreibe bitte (in eigenen Worten), was zwischen der Erstellung des Präventionsplans beim 3. Besuch und dem abschließenden Besuch am Ende der Intervention passiert ist. Du kannst gerne chronologisch vorgehen (exemplarischer Fall möglich – besonders gut / besonders schlecht).

1. Was waren vorrangig deine Aufgaben zwischen dem 3. und dem abschließenden Besuch?
 - a) Ihr hattet im konzeptuellen Rahmen angegeben, dass auch Prozessevaluation, Supervision und theoretischer Input in dieser Zeit für euch relevant waren. Könntest du dazu etwas mehr erzählen?
2. Wie häufig und zu welchen Anlässen hast Du dich mit deinen Teilnehmenden getroffen?
 - a) Hast du dich unterschiedlich oft mit den Teilnehmenden getroffen, nachdem die ersten drei Termine vorüber waren?
 - b) Falls ja, woran hast du festgemacht, wie häufig du dich jeweils mit ihnen triffst?
3. Wonach hast Du entschieden, ob und wenn ja, in welches Präventionsangebot jemand vermittelt wird?
 - a) Was sind meistens die Gründe, wenn Teilnehmende gar nicht in Angebote vermittelt werden konnten / wurden?
 - b) Was sind meistens die Gründe, wenn Teilnehmende ein Angebot nur einmal besuchen?
 - c) Was wird mit Teilnehmenden gemacht, die in kein Angebot vermittelt wurden oder nach einmaligem Besuch nicht mehr hingehen?
4. Inwiefern hast du die Teilnehmenden bei der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen unterstützen können?
 - a) Was hast du gemacht, wenn du gemerkt hast, dass keine Veränderung eintritt?
5. Wie wurde das Netzwerk im Bezirk ausgebaut und erweitert?
 - a) Wie gut vernetzt fühlst du dich in deinem Bezirk und in Fachkreisen?

Rolle der Pflegeexpertin (mittel)

6. Wenn Du an deine ganzen Tätigkeiten im Projekt denkst, wie siehst Du mittlerweile deine Rolle?
 - a) Hat sich dein eigenes Rollenverständnis seit dem letzten Interview verändert?
7. Welche Fähigkeiten sind für dich/euch als Pflegeexpertinnen erforderlich, um eine erfolgreiche Intervention zur Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe durchzuführen?

Beratung und Coaching (mittel, nachrangig behandeln, evtl. schon durch Frage 1-4 beantwortet)

8. Welchen Stellenwert nimmt die Beratung innerhalb der Intervention ein?
9. Wie liefen die Einzelberatungen ab?
 - a) Was wollten die Teilnehmenden in den Beratungen besprechen?

- b)** Woran hast du gemerkt, ob die Einzelberatungen erfolgreich oder nicht erfolgreich waren?

10. Wie liefen die Gruppenangebote / Gruppenberatungen ab?

- a)** Auf welche Bereiche waren diese bezogen?
- b)** Wonach wurde entschieden, ob Teilnehmende zu einer Gruppenberatung eingeladen wurden?
- c)** Welchen Vorteil siehst du bei der Gruppenberatung im Vergleich zur Einzelberatung?
- d)** Woran hast du gemerkt, ob die Gruppenberatungen erfolgreich oder nicht erfolgreich waren?

Konsultationen (kurz, nachrangig behandeln, evtl. schon durch Frage 5 beantwortet)

- 11.** Inwiefern wurdest Du auch mal von Bezugspersonen oder Assistenzen aufgesucht / angerufen und um deine Expertise gebeten?
- 12.** Inwieweit hast Du dich im Rahmen der Intervention mit anderen Fachleuten (z.B. Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen) ausgetauscht?
 - a)** Wie häufig?
 - b)** Zu welchem Anlass?
 - c)** Was lief daran gut?
 - d)** Was hättest du dir anders gewünscht?

Evidenzbasierte Praxis (kurz)

- 13.** Woher hast Du Ideen und (Forschungs-)Wissen für die Ausführung deiner Rolle als Pflegeexpertin erhalten?
- 14.** Inwieweit konntest Du Wissen aus deiner Ausbildung / deinem Studium anwenden?
- 15.** Welche Versorgungsprobleme bei der Zielgruppe sind dir durch deine Arbeit aufgefallen?

Leadership (kurz)

- 16.** Inwiefern hast Du dich in einer leitenden Rolle gesehen?
- 17.** Wie hast Du dich bei der (An)leitung eines Gruppenangebots gefühlt?
- 18.** Inwieweit waren organisatorische und koordinierende Tätigkeiten deinerseits erforderlich, damit Teilnehmende von der Intervention profitieren konnten?

Interprofessionelle Zusammenarbeit (mittel)

- 19.** Mit welchen Personen, außer den Teilnehmenden, hast Du zusammengearbeitet?
 - a)** Wann und zu welchem Anlass fand die Zusammenarbeit statt?
 - b)** Was war deine Rolle in der Zusammenarbeit?
- 20.** Gab es auch Situationen, in denen eine Zusammenarbeit von deiner oder anderer Seite nicht gewünscht war?
- 21.** Welche fördernden und hemmenden Faktoren haben die Zusammenarbeit beeinflusst?
- 22.** Welchen Einfluss hat aus deiner Sicht die Zusammenarbeit auf den Erfolg der Intervention?

Ethische Entscheidungsfindung (kurz – mittel)

- 23.** Gab es Situationen, in denen Teilnehmende nicht mehr so motiviert waren?

- a) Was waren die Gründe?
- b) Wie wurde damit umgegangen?

- 24. Woran hast du festgemacht, ob die geplanten Maßnahmen den Bedürfnissen und Bedarfen der Teilnehmenden entsprochen haben?
- 25. Wie bist Du damit umgegangen, wenn Bedürfnisse der Teilnehmenden nicht mit den Interventionsmaßnahmen vereinbar waren (z. B. wenn Teilnehmende etwas in Anspruch nehmen wollten, das nicht in den Gesundheitsbereich fällt, wie Wohnungssuche, Partnersuche etc.)?

Beurteilung der Intervention (mittel)

- 26. Welche sind aus deiner persönlichen Sicht die Erfolgs- und Störfaktoren bei der Umsetzung der Intervention?

1. Eröffnung

Begrüßung und Vorstellung:

- Herzlich willkommen zu unserer Fokusgruppe. Wir freuen uns, dass ihr alle hier seid.

Zweck der Fokusgruppe:

- Wir sind hier, um eure Erfahrungen bezüglich der durchgeführten Intervention und eurer Arbeit als Pflegeexpertin zu sammeln. Gleichzeitig möchten wir, dass ihr untereinander in den Austausch/in die Diskussion kommt, denn Vieles haben wir ja bereits von euch durch die Einzelinterviews erfahren. Das bedeutet auch, dass ihr Diskussionspunkte, die ihr möglicherweise schon einmal außerhalb dieser/einer Interviewsituation besprochen habt, hier noch einmal zusammentragen und diskutieren könnt. Euer Feedback ist wichtig für die Evaluation und zukünftige Anpassungen.

Regeln für die Diskussion:

- Meinungen anderer respektieren
- Nacheinander sprechen, aber ohne festgelegte Reihenfolge und ohne Aufforderung
- Freie Atmosphäre, in der die Gedanken offen geteilt werden können

2. Einführung

Nennt bitte einmal alle eure Vornamen, damit wir eure Stimmen auf der Aufnahme besser zuordnen können.

Einstieg in das Thema:

Was ist euer Resümee nach knapp zwei Jahren als Pflegeexpertin in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten?

3. Schlüsselfragen

Block 1: Zielgruppe

Leitfrage: Wo seht ihr – basierend auf euren Erfahrungen aus dem Projekt – die Bedürfnisse der Zielgruppe in Bezug auf ihre/die Pflege und Versorgung (die Gesundheitsförderung)?

- Wie können die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit Lernschwierigkeiten am besten berücksichtigt werden, wenn verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten?

Block 2: Rolle als Pflegeexpertin

Leitfrage: Welche Empfehlungen würdet ihr anderen Pflegeexpertinnen für die Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten geben, die ebenfalls die Gesundheit dieser Zielgruppe fördern wollen?

Leitfrage: Was bedeutet Pflege im Kontext eurer/der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten?

- Welche Versorgungslücken/-bedarfe habt ihr festgestellt, die ihr als originär pflegerisch anseht/für die ihr euch als Pflegendе (über das Projekt hinaus) verantwortlich fühlt?
- Wie habt ihr die Zuständigkeiten (und Grenzen) eurer Tätigkeit als Pflegeexpertin wahrgenommen/erlebt?

Block 3: Intervention – Zukünftige Gestaltung und Voraussetzungen

Leitfrage: Worauf sollte in Zukunft bei der Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Menschen mit Lernschwierigkeiten (politisch, als auch in der Praxis) besonders geachtet werden?

- Welche Rahmenbedingungen sind unverzichtbar für den Erfolg dieser Intervention?
- Wie arbeitet man am besten mit der Eingliederungshilfe zusammen?

4. Abschluss

Position zu kritischen Bereichen ermitteln

- Nehmen wir an, ihr hättet eine Minute Zeit, um mit Geldgebern über das Thema Gesundheitsförderung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten zu sprechen. Was würdet ihr sagen?
- Von all dem, was ihr besprochen habt, was ist für euch am wichtigsten?

Versicherungsfrage (vorher kurze Zusammenfassung)

- Gibt es noch etwas, worüber ihr heute gerne hättet sprechen wollen?

5. Dankeschön und Verabschiedung

Leitfaden Anbieter

1. Welches Präventionsangebot bieten Sie an?
2. Haben Sie Erfahrung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten?
2a) Falls nein: Wie war das denn so? Fokus: Wurden Sie dabei unterstützt (z. B. durch Pflegeexpertinnen)? // Falls ja: Wie war das dann so im Projekt?

Erzählaufforderung - Ablauf

Bitte schildern Sie in Ihren eigenen Worten, wie die Teilnahme an Ihrem Präventionsangebot durch die Person abgelaufen ist (z. B. klassische Stunde, detaillierter Plan und Ablauf, Fallbeschreibung).

1. Wie war das mit der Terminanbahnung? Wer hat wen angemeldet?
2. Wie war das so? Allein oder mit Bezugsperson? Alles selbst?
3. Wie häufig ist die Person bisher bei Ihnen gewesen?
4. Wie hilfreich schätzen Sie Ihr eigenes Angebot für die teilnehmende(n) Person(en) ein?
5. Welche Barrieren oder Schwierigkeiten sind vor, während oder nach Nutzung des / Teilnahme am Angebot(s) entstanden?
6. Wie hätte es besser funktionieren können?
7. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?
8. Konnten Sie feststellen, dass sich der Gesundheitszustand / Gesundheitsverhalten der Person seit der Nutzung des Angebots verändert hat? Wie war es vorher und wie ist es jetzt?
9. Kennen Sie den Präventionsplan der Person(en)? Wie würden Sie diese(n) bewerten?
10. Denken Sie, dass Ihr Angebot in Zukunft dauerhaft besucht werden wird?
11. Haben Sie die Pflegeexpertin kennen gelernt? Welche Funktion hat sie hinsichtlich des Angebots eingenommen? Hatten Sie danach nochmal Kontakt zur Pflegeexpertin?
12. Wie beeinflussen die Rahmenbedingungen (Gesundheitssystem, Finanzierung, Projektablauf) die Intervention und ihre Implementierung?
13. Gibt es noch etwas, das Sie noch gerne sagen möchten?

Leitfaden Anbieter – Netzwerk- und Koordinationsstellen

Erzählaufforderung - Ablauf

Bevor wir auf das Projekt *Besser Gesund Leben* zu sprechen kommen, würde ich Sie erst einmal bitten, dass Sie mir beschreiben/erzählen was Sie beruflich machen.

1. Inwiefern kamen Sie durch Ihre Arbeit in Kontakt mit dem Projekt *Besser Gesund Leben*?
2. Was wissen Sie über das Projekt *Besser Gesund Leben*?
3. Inwiefern hatten Sie Kontakt zu einer oder mehreren Pflegeexpertinnen?
 - a. Wie gestaltet(e) sich die Zusammenarbeit mit der (den) Pflegeexpertin(nen)
 - b. Welche Rolle spielte(n) die Pflegeexpertin(nen) für Sie/in Ihrer (Zusammen)arbeit?
4. Mit welchen weiteren Personen standen Sie in Kontakt?
5. In welche Angebote/Kurse haben Sie Teilnehmende des Projekts vermitteln können?
 - a. Auf welche Barrieren und Schwierigkeiten sind Sie gestoßen?
 - b. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?
 - c. Wie hätte es besser funktionieren können?
6. Falls Sie es mitbekommen haben: Wie ging es für den Teilnehmenden / die Teilnehmenden weiter?
 - a. Haben Teilnehmende das Präventionsangebot allein oder mit Begleitung besucht?
 - b. Sind Teilnehmende mehrfach zu den Präventionsangeboten gegangen? Falls nein, was waren Gründe?
 - c. Wie haben die Kursleitungen auf das Projekt und die Teilnehmenden reagiert?
 - d. Auf welche Probleme oder Schwierigkeiten sind die Kursleitungen (möglicherweise) gestoßen?
7. Wie hilfreich schätzen Sie die Angebote ein, in die Sie vermittelt haben?
 - a. Konnten Sie feststellen, dass sich der Gesundheitszustand/das Gesundheitsverhalten der Person seit der Nutzung des Angebots verändert hat?
 - b. Wie war es vorher und wie ist es jetzt?
8. Wie könnte eine Fortsetzung der Zusammenarbeit mit den Pflegeexpertinnen für Sie aussehen?
 - a. Was würden Sie aus der Zusammenarbeit im Rahmen des Projekts mitnehmen/weiterführen?
 - b. Welche Faktoren müssten sich ändern, damit die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpertinnen noch besser gelingen könnte?
9. Wie beeinflussen die Rahmenbedingungen (Gesundheitssystem, Finanzierung, Projektablauf) die Intervention und ihre Implementierung?
10. Gibt es noch etwas, das Sie noch gerne sagen möchten?

Anlage 13: Codebook Datenauswertung qualitative Studie

	Ober- kategorie	2. Ebene	3. Ebene	4. Ebene	5. Ebene	Definition	Kodierregeln <i>(falls noch nicht vollständig durch Definition abgedeckt)</i>	Ankerbeispiel
1	K1: Teilnahme am Projekt	-	-	-	-	K1 umfasst Aussagen, die die Teilnahme am Projekt betreffen.	Wird nur vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist.	-
2	-	Zugeschriebener Bedarf (extern)	-	-	-	Betrifft Aussagen über den zugeschriebenen Bedarf einer teilnehmenden Person, die durch externe Personen geäußert wird und Grund für die Teilnahme am Projekt ist oder aus Sicht der befragten Person sein sollte. (Gewichtsabnahme, Stressbekämpfung etc.).	Wird nur vergeben, wenn die Aussage von einer externen Person getroffen wird.	„B: Also, genau, also sie hat halt auch schon körperliche Probleme aufgrund ihres Übergewichts, genau.“ (22-PU, Pos. 141)
3	-	Motivation (eigene Einschätzung)	-	-	-	Betrifft Aussagen über die eigene Motivation bzw. die individuelle Wahrnehmung der eigenen Bedarfe, die Grund für die Teilnahme am Projekt sind (Neugierde, Gewichtsabnahme etc.).	Wird nur vergeben, wenn die teilnehmende Person selbst die Aussage getroffen hat. Grenzfälle sind Aussagen nahestehender Personen, die Aussagen der teilnehmenden Person wiedergeben.	„Weil ich hatte letzte Zeit, also über die Jahre, habe ich arbeitsmäßig sehr viel Stress gehabt. Und, ja, und dadurch (...) wollte ich lernen, besser damit umzugehen (...).“ (47-TN, Pos. 59) Grenzfall-Beispiele: „Das sagt sie auch, sie braucht da Unterstützung, das schafft sie nicht allein.“ (31-PU, Pos. 132) „Also, es geht darum, dass sie zum Beispiel halt gerne Sport machen wollte.“ (59-PU, Pos. 3)

4	-	Erwartungen an das Projekt (allgemein)	-	-	-	Beschreibt die Erwartung, die die befragte Person an das Projekt hat oder hatte.	Wird vergeben, wenn Erwartungen an das Projekt vor Projektstart formuliert werden. Wird auch vergeben, wenn es keine spezifischen Erwartungen gab (ist auch ein Ergebnis).	„Meine einzige Erwartung war / also ich fand das erstmal ganz gut, so ein Angebot noch von extern. Und dass geforscht wird in dem Bereich, finde ich auch gut. Und meine Erwartung war einfach, dass die / ja, dass es noch so vielleicht zusätzliche Angebote gibt. (...).“ (44-PU, Pos. 79)
5	-	Anmeldeprozess	-	-	-	Betrifft Aussagen zum Anmeldeprozess des Projekts (Wer, Wie, Wann etc.).	Wird vergeben, wenn Personen Aussagen dazu machen, wie und wann sie angemeldet wurden oder sich angemeldet haben.	„Ja, ich habe ihr das dann vorgestellt und erzählt, was das ist. Ich glaube, wir hatten auch einen Flyer, ich meine digital, haben uns das zusammen angeguckt. Das fand sie dann direkt ganz interessant, und dann haben wir da zusammen angerufen und dann angemeldet (...).“ (08-PU, Pos. 17)
6	K2: Rolle der Pflegeexpertinnen	-	-	-	-	K2 kommt grundsätzlich zum Einsatz, wenn es um die Rolle der PE's und die Beziehung zu TN geht.	Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich sind.	-
7	-	Rollenverständnis	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die beschreiben, wie die Rolle der PE's gesehen und wahrgenommen wird (Fremd- und Selbstwahrnehmung).	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. oder 4. Ebene möglich ist.	„Schöne Frage, weil wir das ja selber gerade irgendwie noch herausfinden müssen, was denn jetzt eigentlich unsere Rolle ist.“ (03-PE, Pos. 107)
8	-	-	Erwartungen an die Rolle als PE	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Erwartung an die Rolle der PE darstellen.	Hier können sowohl Selbst- als auch Fremdwahrnehmungen codiert werden (Letzteres wird vermutlich seltener der Fall sein).	„Also ich hätte im Vorfeld ein bisschen gedacht, dass man mehr selber macht, muss ich sagen. Also ich dachte, dass wir auch mehr selber durchführen dürfen und nicht also größtenteils vermitteln. Also das wäre das, also das, was ich mir anders vorgestellt hatte (...).“ (07-PE, Pos. 119)

9	-	-	Aus- und Weiter- bildungen / Wissens- erwerb	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich damit befassen, wie/wo und wann die PE's an Wissen und Kenntnisse gelangt sind.	Hier können sowohl Selbst- als auch Fremdwahrnehmungen codiert werden (Letzteres wird vermutlich seltener der Fall sein).	„Viel Studium, (lacht) Fortbildung. Also, tatsächlich durch meinen Bachelor, weil das / Also, ich habe Dualpflege studiert. Ich bin Pflegekraft und habe Pflegewissenschaften studiert. Daher kommt super viel Wissen. Also, eine Pflegekraft arbeitet ja auch sehr viel präventiv. Daher kommt, glaube ich, das ganze Fachwissen. Und jetzt im Master habe ich halt Pädagogik und Didaktik. (...)“ (65-PE, Pos. 67)
10	-	-	Eigenschafter der PE (Charakter)	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die die PE's durch Persönlichkeitseigenschaften (Adjektive) beschreiben.	Wird nur vergeben, wenn keine Funktionen oder Fachkompetenzen PE'S genannt werden.	„I: Wissen Sie noch, was Sie so für einen Eindruck hatten? B: Jung, motiviert (lacht), sympathisch.“ (23-PU, Pos. 68-69)
11	-	-	Funktionen	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die die PE's durch ihre Funktionen und Aufgaben beschreiben.	Wird nur vergeben, wenn keine Eigenschaften oder Fachkompetenzen als PE's genannt werden. Wird vergeben, wenn keine weitere Ausdifferenzierung in eine Kategorie auf der 4. Ebene möglich ist.	-
12	-	-	-	Begleitende Funktion	-	Betrifft die Begleitung zu Angeboten, aber auch die Prozessbegleitung innerhalb des Projekts.	-siehe Definition-	„Also ich sehe schon so eine begleitende und beratende Rolle irgendwie für mich.“ (03-PE, Pos. 107)
13	-	-	-	Vermittelnde / Vernetzende Funktion	-	Bezieht sich auf die Vermittlung zwischen Personen, aber auch die Vermittlung von Angeboten und Ideen.	-siehe Definition-	„Also meistens immer nur, wenn es um die Psychologen ging oder um die Hausärzte, habe ich das quasi an die Bezugskräfte weitergeleitet. (...) Da war ich dann wieder nur in der Vermittlerfunktion“ (68-PE, Pos. 117)

14	-	-	-	Motivierende / Aktivierende Funktion	-	Betrifft Aussagen, die darlegen, dass die PE's eine motivierende oder aktivierende Funktion hat.	-siehe Definition-	„Ja, die Pflegeexpertin, wie gesagt, sie gibt die Impulse, motiviert.“ (57-GB, Pos. 37)
15	-	-	-	Unterstützende Funktion / Hilfe zur Selbsthilfe	-	Bezieht sich auf Aussagen, die nahe legen, dass die PE's unterstützend tätig waren und Hilfe zur Selbsthilfe geleistet haben.	-siehe Definition-	„Und halt Hilfe zur Selbsthilfe, das ist auch sowas aus meiner Ausbildung, werde ich nie vergessen, aber das stimmt halt auch gut. Ne, dass man jetzt nicht für die alles übernimmt, das macht ja auch keinen Sinn, dann wird nichts da nachhaltig bleiben. Sondern, dass man lieber unterstützt, motiviert, vielleicht mal einen kleinen Schubser gibt und aber sonst Hand in Hand arbeitet.“ (40-PE, Pos. 81)
16	-	-	-	Koordinierende / Organisierende Funktion	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass die PE's koordinierende und organisierende Tätigkeiten übernommen haben.	Diese Subkategorie grenzt sich von der vermittelnden Subkategorie insofern ab, als dass sie mehr auf organisatorische Tätigkeiten abzielt, als auf die Vermittlung in Angebote oder die Vernetzung mit Anbietern.	„Was, ja, ich so viel gemacht habe, ist natürlich das ganze Organisatorische, da unterstützt. Oder das halt dann weitergegeben an das Unterstützersystem, dass die das machen können.“ (62-PE, Pos. 35)
17	-	-	-	Gesprächspartnerin / Freundin(neuersatz)	-	Betrifft Aussagen, die nahe legen, dass die PE's als Gesprächspartnerinnen oder Freundinnen wahrgenommen wurden	-siehe Definition-	„Also überhaupt die Gespräche, dass man so also so Experten, Pflegeexperten, sage ich mal, an der Seite hat, dass man mit denen einfach mal sprechen kann, so wie wenn man mit einer guten Freundin spricht oder so, weil das habe ich sehr selten.“ (11-TN, Pos. 85)
18	-	-	-	Beratende Funktion	-	Betrifft Aussagen, die darlegen, dass die PE's eine beratende Funktion hat.	-siehe Definition-	„Also ich sehe schon so eine begleitende und beratende Rolle irgendwie für mich.“ (03-PE, Pos. 107)

19	-	-	-	Umsetzung des Projekts / Zeit für Gesundheit	-	Bezieht sich auf Aussagen, die die Rolle der PE's darin sehen, dass sie das Projekt umsetzen und/oder sich ganz auf das Thema Gesundheit fokussieren können.	-siehe Definition-	„Und es bringt, glaube ich, auch schon etwas, dieses Gefühl, da nimmt sich jemand für mich Zeit und hat auch Interesse an meinen Wünschen so, ne?“ (23-PU, Pos. 15)
20	-	-	-	Leitende Funktion	-	(Deduktive Kategorie, da wir explizit nach leitender Funktion gefragt haben)	-siehe Definition-	„Es ist, glaube ich, schon eine leitende Rolle. Weil, ich glaube, würden wir nicht die Initiative / oder bei vielen die Initiative ergreifen und sagen: "Okay, wir kommen morgen und wir hätten zum Beispiel das und das vorbereitet. Oder das und das gibt es in deinem Bezirk." Dann würden viele gar nicht so weit kommen.“ (67-PE, Pos. 67)
21	-	-	Fachkompetenzen	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die die PE's durch ihre Fachkompetenzen beschreiben.	Wird nur vergeben, wenn keine Eigenschaften oder Funktionen der PE's genannt werden.	-
22	-	-	-	Gesundheits- und Pflegekompetenz	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass die PE's Gesundheits- oder Pflegekompetenzen benötigten, angewandt haben oder sich die Rolle durch diese Fähigkeiten auszeichnet.	Wird vergeben, wenn über die Umsetzung oder Notwendigkeit von Gesundheits- und Pflegekompetenzen seitens der PE's gesprochen wird.	„Ich habe mich am Anfang ein bisschen gestört mit diesem Begriff Pflegeexperten. Weil es ist ja nicht viel Pflegerisches, was wir da machen, sondern eher ich fände Gesundheitsexpertin eigentlich treffender (...).“ (40-PE, Pos. 81)
23	-	-	-	Psychologische und (Sozial)pädagogische Kompetenz	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass die PE's psychologische oder sozialpädagogische Kompetenzen benötigten, angewandt haben oder sich die Rolle durch diese Fähigkeiten auszeichnet.	Wird vergeben, wenn über die Umsetzung oder Notwendigkeit von psychologischen und sozialpädagogischen Kompetenzen seitens der PE's gesprochen wird.	„Im Großen und Ganzen, genau, also auf jeden Fall so die psychologischen Grundlagen so ein bisschen, dass man die hat und besitzt. Dann so Richtung Sozialpädagogik, ein Grundverständnis von Pflege auf jeden Fall.“ (68-PE, Pos. 45)

24	-	-	-	Informations- und Recherchekompetenz	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass die PE's Informations- oder Recherchekompetenzen benötigten, angewandt haben oder sich die Rolle durch diese Fähigkeiten auszeichnet.	Wird vergeben, wenn über die Umsetzung oder Notwendigkeit von Informations- und Recherchekompetenzen seitens der PE's gesprochen wird.	„(...) dass man sich selber noch mal hinsetzt und guckt, was könnte ich da an Informationen noch mitbringen? Also, dass man selber vielleicht auch ein bisschen recherchiert und solche Sachen“ (67-PE, Pos. 75)
25	-	-	-	Didaktische Kompetenz	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass die PE's didaktische Kompetenzen benötigten, angewandt haben oder sich die Rolle durch diese Fähigkeiten auszeichnet.	Wird vergeben, wenn über die Umsetzung oder Notwendigkeit von didaktischen Kompetenzen seitens der PE's gesprochen wird. Dies hebt sich von den sozialpädagogischen Kompetenzen insofern ab, als dass es sich um rein didaktische Fähigkeiten (Anpassung von Materialien oder Sprache) und keine übergeordneten pädagogischen Kompetenzen / Haltungen handelt.	„Ja, eigentlich so ein Mix aus Pflege, Didaktik, Psychologie, ja, das würde ich so / genau, so ist mein Rollenverständnis. So habe ich es, ja, jetzt erlebt.“ (68-PE, Pos. 45)
26				Beraterische / Kommunikative Kompetenzen		Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass die PE's beraterische Fähigkeiten oder Fähigkeiten der Gesprächsführung benötigten, angewandt haben oder sich die Rolle durch diese Fähigkeiten auszeichnet.	Wird vergeben, wenn über die Umsetzung oder Notwendigkeit von beraterischen oder kommunikativen Kompetenzen seitens der PE's gesprochen wird.	„Also ich glaube, wenn so dieses gesamte Spektrum, das wir jetzt abgedeckt haben / auf jeden Fall so Gesprächsführung irgendwie wichtig, Motivation, motivierende Gesprächsführung. Aber das ist ja eigentlich in der Beratung immer, dass man so / ne?“ (62-PE, Pos. 61)
27	-	-	-	Fachkenntnisse	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass die PE's über Fachkenntnisse (z. B. über die Eingliederungshilfe verfügt oder sich die Rolle durch diese Fähigkeiten auszeichnet.	Wird vergeben, wenn über die Umsetzung oder Notwendigkeit von Fachkenntnissen seitens der PE's gesprochen wird.	„Genau, und von der Eingliederungshilfe, so ein bisschen da Erfahrungen zu haben, das ist auch gut, das habe ich gemerkt.“ (68-PE, Pos. 45)

28	-	Beziehung zu TN	-	-	-	Betrifft Aussagen, die das Verhältnis zwischen TN und PE beschreiben.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
29	-	-	Beschreibung des (guten) Verhältnisses	-	-	Bezieht sich auf allgemeine positive Aussagen zur Beziehung zwischen TN und PE, die ein gutes Verhältnis suggerieren.	-siehe Definition-	„Dass man sich unterhalten konnte, so. Waren sehr nett und freundlich, herzlich. Also, man hatte das Gefühl, man kannte sich schon länger. Für mich sind sie auch nett.“ (55-TN, Pos. 31)
30	-	-	Vertrauens- und Beziehungsaufbau	-	-	Betrifft Aussagen zum Vertrauens- und Beziehungsaufbau zwischen PE und TN.	-siehe Definition-	„Also ich habe schon gemerkt, dass der Beziehungsaufbau eine ganz große Rolle spielt. Also ich würde von mir behaupten, ich habe zügig, schnell und eine gute Beziehung immer aufbauen können zu dem Großteil der Teilnehmer. Wenn das nicht gegeben ist, dann wären wir, glaube ich, gar nicht vorangekommen.“ (68-PE, Pos. 49)
31	-	-	Wahrung der Distanz	-	-	Betrifft Aussagen, die darauf hindeuten, dass entweder der/die TN oder die PE Distanz wahrt oder zurückhaltend ist.	-siehe Definition-	„Gibt natürlich auch welche, die einfach die Distanz wahren und sich nicht so viel melden, wo man dann selbst so ein bisschen aktiver werden muss und immer mal wieder hingehen muss und sagen muss: „Wollen wir uns noch mal treffen? Besteht noch irgendwie Bedarf oder nicht?“.“ (04-PE, Pos. 33)
32	K3: Rollen verschiedener Stakeholder	-	-	-	-	Betrifft Aussagen, die die Rolle verschiedener Akteur:innen im Projekt betreffen (GB, PU, AN).	Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist.	-

33	-	Rolle der Bezugspersonen und Angehörigen	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Rolle der GB/Bezugspersonen (meistens Angehörige) betreffen.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist. Dies betrifft zudem Aussagen zur allgemeinen Rolle der Bezugsperson im Leben der/des TN.	„I: Und inwiefern waren Sie noch involviert? In Bezug auf, Sie haben ihn vielleicht zu Terminen gefahren oder sonstiges? Also generell, wie waren Sie involviert in das Projekt, außer diesen ersten Terminen? B: Eigentlich nicht.“ (17-GB, Pos. 62-63)
34	-	-	Anwesenheit bei Präventionsbesuchen	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich darauf beziehen, ob die Bezugsperson bei den Treffen anwesend war oder nicht.	-siehe Definition- Wird auch dann vergeben, wenn jemand antwortet, dass er bei den Treffen nicht dabei war.	„I: Und dann ging es ja dahin, dass so Maßnahmen entwickelt werden sollten für diesen Präventionsplan mit diesem Weg drauf, genau. Da waren Sie dann auch dabei? B: Da war ich auch dabei.“ (34-GB, Pos. 14-15)
35	-	-	Kenntnisse über Intervention	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Kenntnis und Unkenntnis über Inhalte der Intervention seitens der Bezugsperson genauer darlegen.	-siehe Definition- Wird auch vergeben, wenn über Unkenntnisse der Intervention gesprochen wird (z. B. kennt den Präventionsplan nicht).	„Dass Besser Gesund Leben, diese Studie ja auch ist, dass man eben festgestellt hat, dass Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung einfach ungesünder leben und infolgedessen auch vielleicht früher erkranken, schneller erkranken und in letzter Konsequenz auch unter Umständen früher sterben.“ (17-GB, Pos. 13)
36	-	-	Übernahme organisatorischer Aufgaben	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen eine Bezugsperson organisatorische Aufgaben, die mit dem Projekt zusammenhängen, übernimmt.	-siehe Definition-	„Und zu mir haben sie insofern per E-Mail so Kontakt. Also, wenn etwas ist, wenn wir Termine absprechen müssen, zum Beispiel jetzt auch mit seiner Arbeit. Dann sprechen wir uns da praktisch per E-Mail ab. Das finde ich auch gut.“ (16-GB, Pos. 3)

37	-	-	Vorarbeiten zu Gesundheit / Austausch mit TN über Gesundheit	-	-	Beschreibt Vorarbeiten und den sprachlichen Austausch zur Gesundheitsförderung, die eine Bezugsperson mit dem/der TN bereits vorher geleistet hat	-siehe Definition-	„Und also gerade Ernährungsberatung, also (...) das versuche ich, glaube ich, schon seit vier oder fünf Jahren irgendwie bei meiner Tochter zu etablieren.“ (34-GB, Pos. 25)
38	-	-	Unterstützung bei Umsetzung der Maßnahmen/Angebote	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen es um die Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen und Angebote durch die Bezugsperson geht.	-siehe Definition-	„Als Partner halt eben jemanden motivieren kann, sage ich mal, auch man ja eigentlich derjenige vor Ort ist, der jemandem in den Arsch treten kann, ne?“ (57-GB, Pos. 72)
39	-	-	Involviertheit	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen es um die Involviertheit der Bezugsperson geht.	-siehe Definition- Grenzt sich von den anderen Subkategorien dieser Kategorien insofern ab, als dass hier allgemeine Aussagen zur Involviertheit zusammengefasst werden, die sich nicht auf spezifische Tätigkeiten beziehen.	„I: Und wären Sie gerne mehr in das Projekt involviert? B: Nein, das habe ich abgegeben an die Betreuerin.“ (61-GB, Pos. 50-51)
40	-	-	Fortsetzung / Übergabe der Themen nach Projektende	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die sich mit der Weiterführung der Maßnahmen nach Projektende durch die Bezugsperson befassen (z. B. an der Ernährung dran bleiben).	-siehe Definition- (Wird häufig zusammen mit Q1 Nachhaltigkeit vergeben)	„Deswegen hoffe ich, dass die, wenn wir mit der PE1 zusammensitzen, dass (...) P1 auch noch, ich sage mal, Schwung jetzt mitnimmt (...) Dass ich dann als Mutter mit ihm ein bisschen leichter vorankomme.“ (17-GB, Pos. 39)
41	-	-	Anstoß für Anmeldung	-	-	Betrifft Aussagen, die beschreiben, dass eine Bezugsperson den Anstoß für die Anmeldung zum Projekt gegeben hat.	-siehe Definition-	„Wenn ich das nicht gesehen hätte, wenn ich P1 das nicht so vor die Nase gehalten hätte, und P1 dann auch noch zu diesem Kennenlernen, also, wo das Projekt vorgestellt wurde, begleitet hätte, wäre da nie was draus geworden“ (34-GB, Pos. 85)

42	-	Rolle der professionell unterstützenden Personen	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Rolle der PU (meistens Assistenzen, Fachkräfte aller Art) betreffen.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist. Dies betrifft Aussagen zur allgemeinen Rolle der PU im Leben der/des TN.	„Also wir hier kümmern uns ja eher um die Arbeitswelt und weniger so ums Privatleben sozusagen und das ist ja eher so ein privates Thema.“ (08-PU, Pos. 27)
43			Involviertheit			Betrifft alle Aussagen, in denen es um die Involviertheit der professionell unterstützenden Personen geht.	-siehe Definition- Grenzt sich von den anderen Subkategorien dieser Kategorien insofern ab, als dass hier allgemeine Aussagen zur Involviertheit zusammengefasst werden, die sich nicht auf spezifische Tätigkeiten beziehen.	„Ich glaube, ich spiele in diesem Konstrukt nur eine Nebenrolle beziehungsweise habe damit nicht allzu viel zu tun. Ja, natürlich habe ich den Prozess beziehungsweise P1 da begleitet. Und habe selbst natürlich auch das Interesse, das herauszufinden, was passiert vor Ort, was entsteht eventuell dadurch?“ (53-PU, Pos. 57)
44	-	-	Kenntnisse über Intervention	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Kenntnis und Unkenntnis über Inhalte der Intervention seitens der PU genauer darlegen.	-siehe Definition- Wird auch vergeben, wenn über Unkenntnisse der Intervention gesprochen wird (z. B. kennt den Präventionsplan nicht).	„P1 hatte mich dann darüber informiert, dass, genau, die Möglichkeit besteht sozusagen, dass sie halt die Möglichkeit hat, begleitet versucht in ihrem Alltag dann verschiedene Möglichkeiten hat, sozusagen ihre Gesundheit, ja, wie soll ich sagen, zu verbessern.“ (59-PU, Pos. 3) „Ich habe relativ wenig mitbekommen. Aber ich weiß, welche Ziele P1 hatte. Die hat das dann ja auch schriftlich festgehalten, beziehungsweise PE1 hat das festgehalten.“ (44-PU, Pos. 27)

45	-	-	Anwesenheit bei Präventionsbesuchen	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich darauf beziehen, ob die PU bei den Treffen anwesend war oder nicht.	-siehe Definition- Wird auch dann vergeben, wenn jemand antwortet, dass er oder sie bei den Treffen nicht dabei war.	„Das Erstgespräch habe ich mitbekommen. Die Themen, die durchgeführt werden sollen mit meiner Klientin, also mit der Klientin.“ (31-PU, Pos. 5)
46	-	-	Unterstützung bei Umsetzung der Maßnahmen/Angebote	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen es um die Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen und Angebote durch die PU geht.	-siehe Definition-	„Was natürlich dann auch, wie ich schon erzählt habe, in den Alltag übergegriffen ist, sodass sich das auch bei uns thematisiert hat und wir die Möglichkeit hatten, mit ihr über diese Themen zu sprechen und sie da halt auch in beratender Funktion auch zu unterstützen. Oder halt auch im Praktischen, ob wir da mit ihr einkaufen gehen oder über Nahrungsmittel sprechen oder halt auch einen Plan aufstellen, was man dann halt zum Beispiel einkauft.“ (59-PU, Pos. 23)
47	-	-	Vorarbeiten zu Gesundheit / Austausch mit TN über Gesundheit	-	-	Beschreibt Vorarbeiten und den sprachlichen Austausch zur Gesundheitsförderung, die eine PU mit dem/der TN bereits vorher geleistet hat	-siehe Definition-	„Aber eigentlich hatte P1 genau die gleichen Ziele, die wir mit ihr auch immer wieder die letzten Jahre hatten, rausgearbeitet haben: Gesunde Ernährung und Bewegung (...).“ (44-PU, Pos. 27)
48	-	-	Fortsetzung / Übergabe der Themen nach Projektende	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die sich mit der Weiterführung der Maßnahmen nach Projektende durch die PU befassen (z. B. an der Ernährung dran bleiben).	-siehe Definition- (Wird häufig zusammen mit Q1 Nachhaltigkeit vergeben)	„Also es sollte häufig kleine Anstöße geben, ne, und so. Aber die Weiterführung ist dann ja so unser Ding.“ (44-PU, Pos. 117)
49	-	-	Übernahme organisatorischer Aufgaben	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen eine PU organisatorische Aufgaben, die mit dem Projekt zusammenhängen, übernimmt.	-siehe Definition-	„Ich glaube das waren so einzelne Treffen, die waren dann irgendwie von der Uhrzeit mittags oder so und dann mussten wir das dann mit der

								Arbeitszeit absprechen und ich glaube auch noch mit anderen Terminen oder so, da hat sich da ganz viel gehäuft.“ (08-PU, Pos. 25)
50	-	-	Anstoß für Anmeldung	-	-	Betrifft Aussagen, die beschreiben, dass eine PU den Anstoß für die Anmeldung zum Projekt gegeben hat.	-siehe Definition-	„Und habe das in meiner Gruppenbesprechung vorgestellt und habe das aber auch so vorgestellt, habe das sehr positiv dargestellt. Und es hatten ganz viele Interesse.“ (23-PU, Pos. 15)
51	-	Rolle der Anbieter	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Rolle der Anbieter beschreiben. und nicht unter K7 abgedeckt werden (z. B. durch Angebotsbeschreibung).	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist. Wird nur vergeben, wenn die Aussage nicht bereits durch K7 abgedeckt werden kann (z. B. durch die Angebotsbeschreibung) Aussagen, die die allgemeine Rolle der Anbietenden beschreibt, werden nicht hier, sondern unter der Subkategorie „Aufgabenbeschreibung“ codiert.	„Also ich habe ja Sozialarbeiter gelernt und bin in der Funktion da aber Sporttrainer. Das heißt, ich habe jetzt kein sozialarbeiterisches Mandat, das ganze Leben oder eine größere Lebenslage des Klienten zu betrachten.“ (29-AN, Pos. 36)
52	-	-	Kenntnisse über Intervention	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Kenntnis und Unkenntnis über Inhalte der Intervention seitens des Anbieters genauer darlegen.	Wird auch vergeben, wenn über Unkenntnisse der Intervention gesprochen wird (z. B. kennt den Präventionsplan nicht)	„Nee. Also sie hatte mir ein bisschen was erzählt. Und dann meinte sie, dass sie so ein paar Sachen, so zwei, drei Kurse oder so rausgesucht haben und immer mal geguckt haben. Das ist das, was ich weiß, aber viel mehr eigentlich nicht.“ (79-AN, Pos. 65)

53	-	-	Austausch mit TN über Gesundheit	-	-	Beschreibt Aussagen zum sprachlichen Austausch über Gesundheit mit der/dem TN.	-siehe Definition-	„Und sie hat sich dann aber auch noch für weitere Bereiche interessiert, hatte mir zum Beispiel als Sporttrainer Fragen gestellt zur Ernährung. Wie sie dort das verbessern könnte.“ (29-AN, Pos. 8)
54	-	-	Aufgabenbeschreibung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Aufgaben eines Anbieters / einer durchführenden Person eines Angebots beschreiben.	-siehe Definition-	„Also ich habe ja Sozialarbeiter gelernt und bin in der Funktion da aber Sporttrainer. Das heißt, ich habe jetzt kein sozialarbeiterisches Mandat, das ganze Leben oder eine größere Lebenslage des Klienten zu betrachten. Und sitze da jetzt nicht in der Beratungsstelle, wie es vielleicht ähnlicher oder bei dem Projekt Besser gesund leben ist.“ (29-AN, Pos. 36)
55	K4: Zusammenarbeit	-	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf kooperative Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Personen beziehen	Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist.	-
56	-	Zusammenarbeit unter den PE's	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich darauf beziehen, dass sich die PE's untereinander unterstützen, helfen, austauschen oder z. B. gemeinsam erstellte Materialien nutzen.	-siehe Definition-	„B: Genau, wir haben (...) von Beginn an des Projekts quasi auch in unserem Arbeitspaketetreffen, so heißt das, sehr viel erarbeitet zusammen im Team. Und sind da auch immer wieder im Austausch, dass wir gucken, ja, was nutzt du oder was bietet sich gut an? Ja, wir haben so Arbeitsblätter erstellt zu den Themenbereichen, die sich ganz gut eignen.“ (68-PE, Pos. 123)

57	-	-	Präventions- besuche zu zweit	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die deutlich machen, dass die PE's die Besuche zu zweit gemacht haben (deskriptive Kategorie).	-siehe Definition-	„I: Da, wo sie sich kennengelernt haben, zum ersten Mal gesehen haben? B: Ja, da waren sie jetzt zu zweit hier.“ (33-TN, Pos. 10-11)
58	-	-	-	Vorteile	-	Bezieht sich auf die Aussagen, die die Vorteile der Besuche zu zweit herausstellen.	-siehe Definition-	„Also Vorteil ist auf jeden Fall, erstmal gibt ja auch ein bisschen Sicherheit, man weiß ja theoretisch nie, in was für einen Haushalt man da reinkommt, ne? Und man hat jemanden, der das mit einschätzt. Also man hat dann seine eigene Perspektive und nochmal die Perspektive von einer Kollegin. Man kann gleich zusammen Ideen sammeln oder auch Barrieren aufzeigen.“ (40-PE, Pos. 115)
59	-	-	-	Nachteile	-	Bezieht sich auf die Aussagen, die die Nachteile der Besuche zu zweit herausstellen.	-siehe Definition-	„Ja, Nachteile einfach eigentlich nur das Organisatorische. Also, dass man extrem viele Termine in den ersten drei Monaten hat. Und das ist kein Problem, also das ist ja eigentlich schön, dass alle arbeiten, unsere Teilnehmenden, aber dadurch sind halt viele erst am Nachmittag, bis späten Nachmittag verfügbar. Und die Wege sind teilweise wirklich weit, die wir zurücklegen müssen. Und dann, ja, zieht sich immer alles so auf den Nachmittag. Das ist der Nachteil, organisatorisch ist es einfach schwer, das so zu organisieren.“ (40-PE, Pos. 119)

60	-	Zusammenarbeit PE mit professionell unterstützenden Personen	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen es um eine Zusammenarbeit zwischen den PE's und PU's geht.	-siehe Definition-	„Also entweder, dass man halt gemeinsam was organisiert hat. Meistens organisatorisch, manchmal aber auch so ein bisschen, ah okay, gut, was für andere Angebote zum Beispiel wir noch kennen, dass man sich so ein bisschen da auch austauscht. Dass die auch dann vielleicht selber auch noch Angebote wissen, von denen wir vielleicht noch nicht wussten. Dass da einfach / dass man gemeinsam sozusagen guckt, wo könnte man dann hingehen?“ (67-PE, Pos. 97)
61	-	Zusammenarbeit PE mit Bezugspersonen und Angehörigen	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen es um eine Zusammenarbeit zwischen den PE's und GB's bzw. Bezugspersonen und Angehörigen geht.	-siehe Definition-	„Und jetzt wollen wir uns irgendwie in paar Wochen nochmal treffen, zu dritt dann, mit PE1. Um dann eben auch nochmal zu konkretisieren, was wurde da besprochen? (...) Es ist ja halt auch irgendwie wichtig, sozusagen, zu was P1 bereit ist, was er sozusagen für sich überhaupt als Thema annimmt.“ (17-GB, Pos. 13)
62	-	Zusammenarbeit PE mit anderen Professionen	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen es um eine Zusammenarbeit zwischen den PE's und anderen Professionen geht.	-siehe Definition-	„Genau, mit Ärzten tatsächlich eher weniger. Eher, dass ich begleitet habe zu Arztbesuchen. Aber dass ich mich mit Ärzten ausgetauscht habe, eigentlich nicht. Nein.“ (67-PE, Pos. 99)
63	-	Zusammenarbeit PE mit Anbietenden	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen es um eine Zusammenarbeit zwischen den PE's und Anbietenden geht.	-siehe Definition-	„Und dann, klar, das war jetzt nicht so ein großer Aufwand oder was jetzt an Zeitaufwand, aber mit den Anbietern von den Angeboten quasi. Dass man da in den Austausch gegangen ist, aber hauptsächlich dann, ja, per Telefon oder per E-

								Mailkontakt. Dass man da was abgesprochen hat, das Projekt vorgestellt hat, nachgefragt hat, ob Kapazitäten noch vorhanden sind. Genau, aber das war eher, ja, marginal im Sinne jetzt vom Zeitaufwand, genau.“ (68-PE, Pos. 87)
64	K5: Präventionsbesuche und Begleitung	-	-	-	-	Deskriptive Kategorie, die einfangen soll, was genau bei den Besuchen und der Begleitung zwischen den Besuchen stattgefunden hat.	Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist.	-
65	-	Terminvereinbarungen und Kommunikation	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf die Kommunikation und die Terminvereinbarungen zwischen TN und PE bezieht (Art des Kontakts, Medium etc.)	-siehe Definition-	„Und wie sind Sie denn jetzt mit Ihrer neuen Pflegeexpertin in Kontakt, auch per SMS und Telefon? B: Ja, per SMS und Telefon. I: Okay, alles klar. Und die können Sie jetzt auch dann immer gut erreichen? B: Ja.“ (11-TN, Pos. 66-69)
66	-	Besonderheiten 1. Präventionsbesuch	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf Kernelemente des 1. Besuchs beziehen.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
67	-	-	Vorbereitung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf die Vorbereitung auf den 1. Besuch seitens der PE beziehen	-siehe Definition-	„Ich habe dann vorher, kurz bevor der Termin stattfand, einmal angerufen und gesagt, dass ich dann und dann komme, ob das alles klappt, um noch mal dran zu erinnern und auch um telefonisch schon mal einmal gesprochen zu haben, um da ein bisschen Aufregung vielleicht zu nehmen.“ (02-PE, Pos. 7)

68	-	-	-	Informationen / Checkliste / Stammdatenblatt	-	Bezieht sich auf Aussagen, die erläutern, dass die Checkliste und das Stammdatenblatt zur Vorbereitung des 1. Besuchs dienen.	-siehe Definition-	„Klar hatten wir so durch unsere Koordinatorin einen groben Überblick, also so eine Checkliste, die hat man sich vorher mal durchgelesen, wo dann drinsteht, kann verbal kommunizieren oder benötigt einen Talker oder ein Betreuer ist anwesend. Also irgendwie so Infos, die ganz wichtig für uns waren oder auch Telefonnummern, falls irgendwas mal nicht klappen sollte. Das war dann immer schon mal so ein ganz grober Überblick.“ (04-PE, Pos. 3)
69	-	-	Kennenlernen / Biographisches Brettspiel	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf das Kennenlernen und/oder das Biographische Brettspiel beziehen.	-siehe Definition	„Und dann beim Besuch selber geht es ja auch vorrangig erst mal darum, den Teilnehmenden kennenzulernen. Zu gucken, welche Absichten hat er im Projekt. Und dafür haben wir ein biografisches Spiel, was wir mit den Teilnehmenden zusammen spielen auch.“ (03-PE, Pos. 5)
70	-	-	Give away	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die das Give away im/nach dem 1. Besuch beziehen.	-siehe Definition-	„Und dann, ja, Verabschiedung mit dem Giveaway, das war auch immer nochmal eine schöne Sache. Da haben sich viele drüber gefreut, dass sie dann /. Ab und zu hat man es mit einer kleinen Aufgabe verbunden. Ab und zu hat man es auch einfach nur gegeben und gesagt, du kannst ja mal ausprobieren, wie dir das gefällt.“ (04-PE, Pos. 5)
71	-	-	Motivationskarte	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die sich auf die Motivationskarte während des 1. Besuchs beziehen.	-siehe Definition-	„Genau, der zweite Termin begann halt, jetzt habe ich tatsächlich auch wieder was aus dem Erstbesuch vergessen, das ist tatsächlich schon

								ein bisschen her, das ist die Motivationskarte, die wir am Anfang des Erstbesuchs ausfüllen, wo wir praktisch die erste Motivation, den ersten Wunsch drauf schreiben. So die Idee, warum man sich angemeldet hat.“ (02-PE, Pos. 25)
72	-	-	Nachbereitung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf die Nachbereitung des 1. Besuchs seitens der PE beziehen	-siehe Definition-	„Nachbereitung war dann, ja, viel Dokumentation in den ersten Teilen, (lacht) wobei man erstmal reinkommen musste. Inwieweit kann ich während des Besuchs dokumentieren, beziehungsweise inwieweit muss ich es danach irgendwie machen. (...) Und sonst ist die Nachbereitung halt, dass man sich das einfach alles nochmal durchliest. (...)“ (04-PE, Pos. 3)
73	-	Besonderheiten 2. Präventionsbesuch	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf Kernelemente des 2. Besuchs beziehen.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
74	-	-	Vorbereitung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf die Vorbereitung auf den 2. Besuch seitens der PE beziehen	-siehe Definition-	„Also die Vorbereitung war immer, dass man sich halt noch mal alles durchgelesen hat, was man im Erstbesuch dokumentiert hat. Dann hat man geguckt, okay, welche Informationen habe ich vielleicht schon? (...).“ (04-PE, Pos. 11)
75	-	-	RAI	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Anwendung des RAI im 2. Besuch thematisieren.	-siehe Definition-	„Also, und auch das RAI ist jetzt auch nicht so kurz, also da mussten wir meistens den zweiten Termin in zwei teilen.“ (40-PE, Pos. 13)

76	-	-	-	Einfluss auf Präventionsplan	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf den Einfluss des RAI auf den Präventionsplan beziehen.	-siehe Definition-	„Der Großteil ist nicht so notwendig. Ja, also, wir wollen, haben das jetzt ja auch schon im Team angefangen, durchzuschauen und zu gucken, was sind denn davon jetzt wirklich überhaupt relevante Informationen. Und was sind vor allen Dingen auch Informationen, die wir noch mit anderen Assessments sowieso noch mit aufnehmen?“ (03-PE, Pos. 39)
77	-	-	Weitere Assessments	-	-	Betrifft alle Aussagen, die weitere Assessments im 2. Besuch thematisieren.	-siehe Definition-	„(...) da hatte ich einen Klienten, der eine Suchtproblematik hat, da haben wir jetzt im zweiten Zweitbesuch nochmal expliziter ein Suchtassessment durchgeführt, weil dafür hat man dann einfach sonst gar keine Zeit. (...)“ (04-PE, Pos. 13)
78	-	-	Ressourcen- und Netzwerkkarte	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Ressourcen- und Netzwerkkarte im 2. Besuch thematisieren.	-siehe Definition-	„Wo wir dann immer schon versucht haben, (...) die Ressourcenkarte und Netzwerkkarte, die haben wir ein bisschen interaktiver gestaltet, also wo die Teilnehmer selber was ausführen, das immer so zwischen die Fragen mit einzuschieben.“ (04-PE, Pos. 11)
79	-	-	Nachbereitung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf die Nachbereitung des 2. Besuchs seitens der PE beziehen	-siehe Definition-	Und die Nachbereitung ist eigentlich, ja, dass man sich den RAI nochmal anguckt, welche Fragen sind vielleicht doch noch offen geblieben, (...). Ja, Dokumentation nochmal drüber lesen, ergänzen, gegebenenfalls, wenn das notwendig ist.“ (04-PE, Pos. 11)

80	-	Besonderheiten 3. Präventionsbesuch	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf Kernelemente des 3. Besuchs beziehen.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
81	-	-	Vorbereitung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf die Vorbereitung auf den 3. Besuch seitens der PE beziehen	-siehe Definition-	„Und da halt quasi dann auch aus den Sachen haben wir immer gemacht, dass wir daraus den dritten Besuch dann vorbereitet haben. Dass wir da noch mal geguckt haben, also es war aber viel auch in Bezug auf den ersten Besuch: Was hat die Person in der Vergangenheit früher gerne gemacht? Was kann man vielleicht als Maßnahme jetzt wieder aufführen im Präventionsplan? Und da haben wir schon immer geguckt, dass wir die Präventionsbesuche vorbereitet haben. Dass wir in dem Sinne einmal geguckt haben, was würden wir denken? Also was glauben wir, was gut sein könnte? Was ist auch unsere Einschätzung jetzt beispielsweise bei einem Diabetiker, also ob da vielleicht nicht mal doch noch mal ein Augenarzttermin laufen sollte? Und haben das dann zeitgleich, dass wir geguckt haben, dass wir da Metacom-Symbole schon /. Also dass wir das quasi schon ausgedruckt haben, so ein bisschen vorbereitet hatten. Dass man halt in dem Sinne da was hat für den dritten Besuch.“ (07-PE, Pos. 57)

82	-	-	Präventionsplan / Zielvereinbarungen	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die den Präventionsplan und/oder die Zielvereinbarungen im 3. Besuch betreffen.	-siehe Definition-	„Also wir haben so einen Plan erstellt, was für Ziele ich erreichen möchte. Und da steht das auch drinne.“ (11-TN, Pos. 21)
83	-	-	Ampel-methode	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Ampelmethode im 3. Besuch betreffen.	-siehe Definition-	„Also so zu Beginn, fangen wir immer an mit der Ampel Methode, wo es also nochmal darum geht, in den einzelnen Präventionsbereichen zu gucken. Wo sind denn da die Schwierigkeiten?“ (03-PE, Pos. 55)
84	-	-	Nach-bereitung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf die Nachbereitung des 3. Besuchs seitens der PE beziehen	-siehe Definition-	„Und in der Nachbereitung, da gucke ich dann selber konkret, okay, welche Angebote gibt es denn dann im Bezirk? Dass ich dann schon mal so ein bisschen vor gucke, was man denn so machen könnte.“ (03-PE, Pos. 59)
85	-	Begleitung zwischen dem 3. und letztem Besuch	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf Kernelemente des der Begleitung zwischen dem 3. Und letztem Besuch beziehen.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	„Als der Präventionsplan dann stand, dann ging es quasi ja um die Umsetzung. Und, ja, der Präventionsplan war ganz gut. Weil wir den quasi immer wieder / bei jedem Termin oder bei jedem zweiten Termin wieder hervorgeholt haben und nochmal geguckt haben: Was haben wir jetzt für Ziele / oder was hat der Teilnehmer sich für Ziele und für Maßnahmen gesetzt? Und, ja, dann haben wir wirklich konkret geguckt: Möchte er externe Angebote wahrnehmen? (...).“ (68-PE, Pos. 3)

86	-	-	Intervall der Besuche	-	-	Betrifft alle Aussagen, die Bezug auf das Intervall der Besuche/Kontakte zwischen dem 3. und letztem Besuch nehmen	-siehe Definition-	„Weil dann sehen wir uns ja so, das ist mega unterschiedlich, aber ich würde so sagen, alle drei bis vier Wochen sehen wir die dann.“ (40-PE, Pos. 57)
87	-	-	Nach Angeboten suchen, anmelden, begleiten	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf den Prozess des (gemeinsamen) Suchens nach Angeboten, das Anmelden und das Begleiten zwischen dem 3. und letzten Besuch beziehen.	-siehe Definition- Diese Subkategorie grenzt sich insofern von den ausdifferenzierten Kategorien in K7 (z. B. Begleitung zum Angebot) ab, als dass hier vom gesamten Prozess gesprochen werden muss. Wird vergeben, wenn das Suchen, Anmelden und ggf. Begleiten als Komponente der Intervention zu verstehen ist und nicht als Teil des Besuchs eines Angebots detailliert beschrieben wird.	„Bei mir war das häufig so, dass das einfach erst mal alles auf dem Plan war und wir dann halt geschaut haben, wo wir gerne anfangen wollen, was vielleicht auch am schnellsten umsetzbar ist. Manche Sachen, wenn man dann einen Verein sucht oder eine Gruppe oder das passende Angebot, das dauert ja ein bisschen.“ (62-PE, Pos. 3)
88	-	-	An Themen arbeiten, basteln, spielen / Aktivitäten durchführen	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf den Prozess des (gemeinsamen) Arbeitens an Themen (z. B. durch Basteln oder Spielen) oder das Durchführen von Aktivitäten zwischen dem 3. Und letzten Besuch beziehen.	-siehe Definition- Wird nicht vergeben, wenn die das gemeinsame Arbeiten an Themen während der Gesundheitstage gemeint ist. Dann wird die Subkategorie „Gesundheitstage“ unter K7 vergeben.	„Wir haben auch ein bisschen auch so ein Spiel gespielt, was man / gesundes Essen oder so. Wir haben so Memory gespielt über das Essen und Trinken. Das hat super wunderbar geholfen.“ (25-TN, Pos. 203)
89	-	-	Theoretische Beratungen	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die das Kernelement der Beratung seitens der PE zwischen dem 3. und letzten Besuch thematisieren.	-siehe Definition- Wird nicht vergeben, wenn die Beratung während der Gesundheitstage gemeint ist. Dann wird die Subkategorie „Gesundheitstage“ unter K7	„Das war aber auch sehr individuell, dass einige Teilnehmer dann eher quasi in der Beratung zu Hause bleiben (...). Genau, also eigentlich zum größten Teil würde ich sagen, dass dann die Beratung losging zu Hause. Genau, dass wir uns mit den

							vergeben.	<i>Themen befasst haben, was die Teilnehmer, genau, sich gewünscht haben, was sie verändern wollten, wo das Interesse auch bestand.“ (68-PE, Pos. 3)</i>
90	-	Gefühle und Empfindungen der TN während der Besuche	-	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Gefühle und Empfindungen seitens der TN während der Besuche beschreiben.	-siehe Definition- Wird auch vergeben, wenn eine Fremdeinschätzung (z. B. seitens der Angehörigen) geäußert wird.	<i>„Ich habe mich ganz wohlgefühlt, das war mal was ganz anderes.“ (11-TN, Pos. 35)</i>
91	-	Art der Umsetzung / Bewährte Methoden	-	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Art und Weise (Methodik) der Arbeit der PE's beschreiben.	Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist. Hinweis: Hier ist die Abgrenzung zu bewährten Methoden in der Q1 (unter Gelingensbedingungen – PE-Ebene) fließend. Die Codierung wird hier vergeben, wenn die Methoden lediglich beschrieben werden. Wenn explizit eine Wertung vergeben wird (z. B. Es war gut, dass partizipativ gearbeitet wurde) wird Q1 vergeben, da es sich dann um eine explizit formulierte Gelingensbedingung handelt. Im Zweifel werden beide Kategorien vergeben.	-

92	-	-	Berücksichtigung individueller Wünsche	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass die PE's auf individuelle Wünsche der TN eingegangen sind.	-siehe Definition-	„Halt auch immer unter Berücksichtigung, was P2 halt auch wirklich / wo ihre Vorlieben waren und ihre Bedürfnisse. Und ich glaube, dass sie da auch gehört wurde.“ (59-PU, Pos. 7)
93	-	-	-	Partizipative Arbeitsweise	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass die PE's mit den TN partizipativ gearbeitet haben.	-siehe Definition-	„Also wir schreiben nichts vor, wir haben jetzt nicht ein Programm, dass wir jetzt erstmal mit allgemeiner Gesundheit, Krankheit anfangen, sondern es geht wirklich danach, was willst du jetzt machen, also die Teilnehmende.“ (40-PE, Pos. 57)
94	-	-	Materialien	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass und/oder welche Materialien seitens der PE's eingesetzt wurden.	-siehe Definition-	„Und dann habe ich meistens irgendwie einen neuen Input mitgebracht. Also vorbereitete Arbeitsblätter, die ich dann individuell für jeden Teilnehmer, ja, herausgesucht habe, erstellt habe, was so passen könnte.“ (68-PE, Pos. 53)
95	-	-	Visualisierungen / Verschriftlichungen / Symbole	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass mit Verschriftlichungen, Visualisierungen und Symbolen seitens der PE's gearbeitet wurde.	-siehe Definition-	„Deswegen, ja, meistens haben irgendwie alle zusammengebastelt, sodass da am Ende was stand und Bilderchen klebten, ja.“ (40-PE, Pos. 23)
96	-	-	Einfache oder Leichte Sprache	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass die PE's einfache oder leichte Sprache genutzt haben.	-siehe Definition-	„Einfache Sprache hat sie angewandt. Das ist super.“ (31-PU, Pos. 26)
97	-	-	Motivationsarbeit	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die zeigen, dass die PE's Motivationsarbeit geleistet haben.	-siehe Definition-	„Also, weil die jungen Frauen haben meine Tochter da wirklich immer so abgeholt, wo sie gerade war, und sie auch motiviert.“ (34-GB, Pos. 11)

98	-	-	Anregung zur Reflexion	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die zeigen, dass die PE's den TN Anregungen zur Reflexion gegeben haben.	-siehe Definition-	„Dass dort reflektierende oder Reflexionsgespräche geführt wurden und, genau, dass die Art und Weise, wie es halt gemacht wurde, war definitiv hilfreich, genau, um weiter sich halt auch noch intensiver mit dem Thema Gesundheit auseinanderzusetzen.“ (59-PU, Pos. 23)
99	-	-	Wiederholungen (z.B. an Themen)	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass Wiederholungen (von z. B. Themen) eine Art der Umsetzung des Projekts waren.	-siehe Definition-	„Dass das halt immer wieder aufgegriffen wurde, hat natürlich dazu geführt, dass halt auch eine Auseinandersetzung einfach dann stattgefunden hat.“ (59-PU, Pos. 13)
100	K6: Maßnahmen	-	-	-	-	Bezieht sich auf alle Maßnahmen, die zwischen PE und TN vereinbart wurden und grenzt sich damit von den Besuchen selbst und den Angeboten ab (meint z. B. Spazieren gehen oder App-Nutzung).	Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist. Wird nur vergeben, wenn es sich explizit nicht um ein (besuchtes) Präventionsangebot oder einen Kurs, sondern um eine (vereinbarte) Maßnahme z. B. für den Alltag handelt.	-
101	-	Bewegung	-	-	-	Bezieht sich auf alle Maßnahmen, die getroffen wurden und sich auf den Bereich Bewegung beziehen.	-siehe Definition-	„Sie hatten hier zum Beispiel so ein Pedalo oder so, so ein Fahrrad, ne, wo sie im Sitzen Fahrradfahren kann. Da wurde zum Beispiel vereinbart, dass sie einmal in der Woche anfängt, das zu benutzen.“ (70-GB, Pos. 37)
102	-	-	Spaziergänge / Laufen	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die Spazieren gehen als Maßnahme für Bewegung beschreiben.	-siehe Definition-	„Ansonsten, genau, gab es dann halt regelmäßige Spaziergänge, wo dann halt auch überlegt wurde, was kann P2 helfen.“ (59-PU, Pos. 37)

103			Übungen / Homeworko uts			Bezieht sich auf alle Aussagen, die Übungen oder Homeworkouts als Maßnahme für Bewegung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und dann habe ich auch so Sachen, Übungen zu Hause gemacht. So Sachen, Knieübungen und so Abnehmsachen. So was mache ich.“ Ja. (35-TN, Pos. 15)
104			Alltagsbewe gung			Bezieht sich auf alle Aussagen, die (mehr) Alltagsbewegungen als Maßnahme für Bewegung beschreiben.	-siehe Definition-	„Also ich habe zum Beispiel welche, die wollen unbedingt mehr Treppen steigen, und wir haben es versucht mit Strichlisten. Also immer wenn sie Treppen gehen, machen sie sich einen Strich, und dann kommst du nach drei Wochen wieder, und die Liste ist nicht ausgefüllt, so, ne? Dann guckst du: _ Okay, wie können wir dich motivieren? _ Ja, immer, wenn unten ein Kaffee steht. _ Gut, wir stellen da jetzt keinen Kaffee hin, aber die haben eine Kaffeerrunde. Okay, dann gebe ich die Liste an den Betreuer und gucke, dass der einträgt, so, ne, also dass du dann halt guckst, welche andere Maßnahme ist möglich, wo du dann vielleicht auch jemanden noch mit einbeziehst, dass es dann umgesetzt wird.“ (66-PE, Pos. 17)
105			Apps			Bezieht sich auf alle Aussagen, die Apps als Maßnahme für Bewegung beschreiben.	-siehe Definition-	„Ich mache schon auch so viel Übungen, so diese Sportsachen-Apps und so was, was mir die Expertin eben geraten hat. Und ja.“ (35-TN, Pos. 7)
106	-	Ernährung	-	-	-	Bezieht sich auf alle Maßnahmen, die getroffen wurden und sich auf den Bereich Ernährung beziehen.	-siehe Definition-	-

107			Dokumentation (Liste, Protokolle)			Bezieht sich auf alle Aussagen, die das Listen führen oder Protokolle schreiben als Maßnahme für Ernährung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und auch mit dem Wiegen, also, sie wiegt sich immer, das trägt sie dann auch immer ein in so einem Heft oder in so ein Buch eher.“ (22-PU, Pos. 59)
108	-	-	Apps	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Nutzung von Apps als Maßnahmen für Ernährung beschreiben.	-siehe Definition-	„Bei Oviva, da bin ich heute noch.“ (47-TN, Pos. 70)
109	-	-	Einkaufen	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die (gemeinsam) Einkaufen gehen als Maßnahme für Ernährung beschreiben.	-siehe Definition-	„Wir waren auch mal dafür einmal einkaufen und dann haben wir auch was Gesünderes gekocht.“ (74-TN, Pos. 12)
110	-	-	Kochen	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die (gemeinsames) Kochen als Maßnahme für Ernährung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und Rezepte hat sie mir mitgebracht, damit wir mal kochen können und mal gucken, ob wir das machen.“ (30-TN, Pos. 5)
111	-	-	Ernährungsumstellung	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die eine Ernährungsumstellung oder das Sprechen über Ernährung(sumstellung) als Maßnahme für Ernährung beschreiben.	-siehe Definition-	„Die Ernährung umgestellt. Also ich sollte die Ernährung umstellen. Genau, darauf achten, was ich esse, auf die Kalorien. Wenn ich Einkäufe mache, auf die Kalorien achten, was da auf so einer Packung immer dransteht.“ (47-TN, Pos. 61)
112	-	Sucht	-	-	-	Bezieht sich auf alle Maßnahmen, die getroffen wurden und sich auf den Bereich Sucht beziehen.	-siehe Definition-	„Also, ich soll, ja, ich soll irgendwie als Alternative irgendwas machen, was mich ablenkt, oder irgendwas anderes in die Hand nehmen, was mich ablenkt.“ (47-TN, Pos. 158)
113	-	Stress	-	-	-	Bezieht sich auf alle Maßnahmen, die getroffen wurden und sich auf den Bereich Stress beziehen.	-siehe Definition-	„(...) dass wir mit denen so kleine Stressbewältigungsübungen machen und solche Sachen“ (67-PE, Pos. 21)

114	-	Sonstige Bereiche	-	-	-	Bezieht sich auf alle Maßnahmen, die getroffen wurden und sich auf Sonstige Bereiche beziehen.	-siehe Definition-	„Letztes hat dann PE1 auch mich angerufen, weil es darum ging, dass P1 wohl auch immer wieder so seinen seelischen Zustand, diese Trauer um seinen Papa irgendwie thematisiert hat und sie Kontakt hat zu einer Trauerbegleiterin. Und mich fragte, was ich davon halten würde und ob ich das für eine gute Idee halte, wenn P1 da mal einen Kontakt und die sich vielleicht mal treffen würden.“ (17-GB, Pos. 109)
115	K7: Angebote	-	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die etwas mit Angeboten während der Intervention zu tun haben. Sie grenzen sich somit von den Maßnahmen und Präventionsbesuchen ab. Die Kategorie ist außerdem in interne und externe Angebote aufgeteilt.	Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist. Wird nur vergeben, wenn es sich explizit um ein (besuchtes) Präventionsangebot oder einen Kurs handelt. Wird nicht vergeben, wenn sich die Aussage auf eine Maßnahme bezieht.	-
116	-	Verfügbarkeit von Angeboten	-	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die sich auf die Verfügbarkeit von (externen) Angeboten bezieht.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
117	-	-	Vernetzungsarbeit	-	-	Betrifft die Vernetzungsarbeit im Stadtteil mit Anbietern, Netzwerkstellen etc. seitens der PE.	-siehe Definition-	„(...) Theoretisch bin ich gut vernetzt, genau, aber dass man wirklich die Leute eben auch mal persönlich kennt. Was ja auch zustande kommt, wenn man mit dem Teilnehmer hingeh, sich das anschaut. Das war

								halt jetzt nicht ganz so extrem gegeben, wie ich es erwartet habe im Vorhinein.“ (68-PE, Pos. 119)
118	-	-	Programm- und Angebotshefte	-	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf Programm- und Angebotshefte beziehen.	-siehe Definition-	„Ich arbeite viel mit dem Erwachsenenbildungsheft der Eingliederungshilfe. Weil da halt einfach die Zielgruppe direkt angesprochen wird.“ (03-PE, Pos. 71)
119	-	-	Sozialraumanalyse	-	-	Betrifft alle Aussagen zur Sozialraumanalyse.	-siehe Definition-	„Mit der Sozialraumanalyse haben wir sehr, sehr viele Partner im Sozialraum, also jeder für seinen Stadtteil einfach auch gefunden. Wir haben da auch Angebote drin, also Hamburger Sportbund, Behinderten- und Reha-Sportverband Hamburg und auch Apps und kleinere Angebote. Also da sind schon viele Sachen drin, die man auch vermitteln kann.“ (04-PE, Pos. 27)
120	-	-	Allgemeine Recherche	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen deutlich wird, dass allgemeine Recherchen seitens der PE getätigt wurden.	-siehe Definition-	„Also ich suche relativ viel übers Internet und so die, ja so die Angebote so ein bisschen was kenne ich jetzt auch schon. Wo ich viel, auch schon, ja schon mal öfters was gefunden habe.“ (03-PE, Pos. 71)
121	-	Anmelde-/Vermittlungsprozess	-	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die den Prozess der Anmeldung und/oder Vermittlung einer/s TN in ein Angebot betrifft.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-

122	-	-	Durch TN selbst	-	-	Betrifft Aussagen, in denen ein TN die Anmeldung und/oder Vermittlung selbstständig übernommen hat.	-siehe Definition-	„Sie hat jetzt selbst beim Rehasport angemeldet.“ (51-GB, Pos. 15)
123	-	-	durch PE	-	-	Betrifft Aussagen, in denen die Anmeldung und/oder Vermittlung eines/r TN durch die PE stattgefunden hat.	-siehe Definition-	„Da kann man einfach anmelden und sagen, ich habe jemanden, der möchte in ihren Kurs gehen. Das machen wir dann auch mit denen zusammen.“ (04-PE, Pos. 27)
124	-	-	Durch Angehörige	-	-	Betrifft Aussagen, in denen die Anmeldung und/oder Vermittlung eines/r TN durch Angehörige stattgefunden hat.	-siehe Definition-	„Es waren vier Sachen, wo wir dann gesagt haben: „Ach, das ist eigentlich alles sinnvoll.“ Und haben ihn überall angemeldet.“ (17-GB, Pos. 13)
125	-	-	Vermittlung s- und Koordinationsstelle	-	-	Betrifft Aussagen, in denen die Anmeldung und/oder Vermittlung eines/r TN durch eine Vermittlungs- und Koordinationsstelle stattgefunden hat.	-siehe Definition- Wird auch codiert, wenn die PE das Angebot vorher rausgesucht hat und dann aber zu einer Koordinations- und Vermittlungsstelle weitergeleitet wurde.	„Gestern hat zum Beispiel eine Mutter angerufen, dann leite ich das weiter, die ihren Jungen wieder anmelden wollte. Der war im Sommersemester nicht da und der soll jetzt im Winter wieder dabei sein. Dann leite ich das weiter. Es muss aber immer zu einer Anmeldestelle gehen, bei der I1.“ (85-AN, Pos. 66-69)
126	-	Teilnahme prozess	-	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die den Prozess der Teilnahme einer/s TN an einem Angebot betrifft.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
127	-	-	Erster Termin	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die den ersten Termin bei einem Angebot betreffen.	-siehe Definition-	„Genau, und sonst, genau, kommuniziere ich dann sozusagen mit denen, ob wir uns das anschauen können. Dann machen wir meistens einen ersten Besuch.“ (67-PE, Pos. 13)

128	-	-	Begleitung durch Assistenz	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass die Assistenz den/die TN zu einem ersten Termin eines Angebots begleitet hat.	-siehe Definition-	„Wir haben sie begleitet, also ich habe sie begleitet.“ (41-PU, Pos. 97)
129	-	-	Begleitung durch PE	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass die PE den/die TN zu einem ersten Termin eines Angebots begleitet hat.	-siehe Definition-	„Also der wurde vollständig von der Pflegeexpertin auch dorthin das erste Mal begleitet. Der hat sich das in Ruhe angeschaut.“ (29-AN, Pos. 8)
130	-	-	Allein (mit Wegetraining)	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die deutlich machen, dass der/die TN den ersten Termin allein besucht hat (ggf. mit Wegetraining vorher).	-siehe Definition-	„Nee, ich glaube, er ist alleine gekommen. Ja. Ich glaube, der Weg wurde geübt, irgendwie so was war das, aber das kriege ich nicht mehr genau zusammen.“ (79-AN, Pos. 35)
131	-	-	(Keine) regelmäßige Teilnahme	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die die derzeitige Teilnahme (regelmäßig oder nicht regelmäßig) am Angebot seitens des/der TN betreffen.	-siehe Definition-	„Im Moment kommt er unregelmäßig. Er war länger nicht da.“ (29-AN, Pos. 30) „I: Und geht sie da denn regelmäßig hin oder ist das auch/ B: Geht jetzt regelmäßig hin. I: Seit wann macht sie das schon ungefähr? B: Ja, glaube ich, diesen Januar, Anfang Januar dann schon“ (51-GB, Pos. 38-41)
132	-	Angebotsbeschreibung	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die ein Angebot beschreiben.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
133	-	-	Externe Kurse/Angebote	-	-	Betrifft auf alle Aussagen, die sich auf externe Angebote (also keine internen ESA-Kurse) beziehen.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene	-

							möglich ist.	
134	-	-	-	Ernährung	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf externe Angebote zur Ernährung beziehen.	-siehe Definition-	„Aber in puncto Ernährung ist was passiert. Da ist P1 angemeldet worden zu einem Seminar, beziehungsweise, ja, zu einem Kochkurs, ne? Der fand hier um die Ecke statt.“ (44-PU, Pos. 31)
135	-	-	-	Bewegung	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf externe Angebote zur Bewegung beziehen.	-siehe Definition-	„Sie hat jetzt selbst beim Rehasport angemeldet.“ (51-GB, Pos. 15)
136	-	-	-	Stress	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf externe Angebote zu Stress beziehen.	-siehe Definition-	„Das war so gegen Stress, wie ich mit Stress umgehe, und dann war das noch / Ja, genau. Das war eigentlich hauptsächlich nur wegen, genau, Stress.“ (47-TN, Pos. 105)
137	-	-	-	Sonstige Bereiche	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf externe Angebote zu sonstigen Bereichen (z. B. Wohnungssuche etc.) beziehen.	-siehe Definition-	„Das war, weil, meine Klientin, die kann lesen, aber nicht so gut. Und es sollte ein Kurs stattfinden, wo sie angemeldet werden sollte bezüglich lesen und schreiben.“ (31-PU, Pos. 56)
138	-	-	-	Interne Kurse/Angebote	-	Betrifft alle Aussagen, die sich auf interne Angebote (selbst durchgeführt von den PE's seitens der ESA) beziehen.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-

139	-	-	-	„Gesundheit stage“	-	Betrifft das interne Angebot des Gesundheitstages, das durch die PE's durchgeführt wird.	-siehe Definition-	„Wir haben sie jetzt Gesundheitstage genannt, obwohl es auch nur zwei Stunden sind (lacht). Die haben wir umgeändert von dem letzten Mal zu diesem Jahr. Und haben tatsächlich versucht, alle Themen mit einzubauen, mit quasi kleinen Wissensvermittlungsspielen und auch einem Gruppenaustausch.“ (67-PE, Pos. 49)
140	-	-	-	Ehem. Suchtschulung	-	Bezieht sich auf die interne Suchtschulung, die in der ersten Kohorte durch die PE's durchgeführt wurde.	-siehe Definition-	-
141	-	-	-	Ehem. Stress- und Entspannungsschulung	-	Bezieht sich auf die interne Stress- und Entspannungsschulung, die in der ersten Kohorte durch die PE's durchgeführt wurde.	-siehe Definition-	-
142	-	-	-	Ehem. Bewegungsschulung	-	Bezieht sich auf die interne Bewegungsschulung, die in der ersten Kohorte durch die PE's durchgeführt wurde.	-siehe Definition-	-
143	-	-	-	Ehem. Ernährungsschulung	-	Bezieht sich auf die interne Ernährungsschulung, die in der ersten Kohorte durch die PE's durchgeführt wurde.	-siehe Definition-	-
144	-	-	Idee und Intention des Angebots	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Idee und Intention eines Angebots beschreiben.	-siehe Definition-	„Die Intention ursprünglich war, dass es ein Angebot für alle Personen geben kann, soll, wo wirklich, egal was für eine Behinderung, ob Behinderung oder so, alle Leute sich irgendwie einfinden können und gemeinsam Spaß haben, aber auch

								<i>lernen.“ (79-AN, Pos. 17)</i>
145	-	-	Struktur des Angebots	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die Struktur eines Angebots beschreiben.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist. Wird sowohl für interne als auch externe Angebote vergeben.	-
146	-	-	-	Gruppengröße	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Gruppengröße eines Angebots betreffen.	-siehe Definition-	<i>„Nein. Es waren tatsächlich noch andere dabei. Ausgelegt ist der Kurs für sechs bis acht. Es waren an dem Tag aber tatsächlich nur sechs da. Und vier eben durch die Pflegeexpertin, die da kamen.“ (72-AN, Pos. 50-51)</i>
147	-	-	-	Zeitraum und Intervall	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die den Zeitraum oder das Intervall eines Angebots betreffen.	-siehe Definition-	<i>„Und es soll ein / genau, jetzt im November soll der Kochkurs anfangen. Soll irgendwie über drei Samstage laufen. Und ja“. (31-PU, Pos. 34)</i>
148	-	-	-	Einbindung / Finanzierung / Förderung	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die strukturelle Einbindung, Finanzierung oder Förderung eines Angebots betreffen.	-siehe Definition-	<i>„Nee, das ist von einem anderen / Also ich bin ja in einem Verein und ich arbeite für die Stiftung in O1, also in Hamburg. Das ist einfach ein anderer Träger.“ (82-AN, Pos. 80-81)</i>
149	-	-	-	Ort	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die den Ort eines Angebots betreffen.	-siehe Definition-	<i>„Und, ja, so ein bisschen lokal, regional bedingt ist halt, weil wir hier in O1 im Büro auch sitzen.“ (80-AN, Pos. 17)</i>

150	-	-	-	Kosten	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Kosten eines Angebots betreffen.	-siehe Definition-	„Aber das ist so ein Sportspaß von den Studenten, das sind zehn Euro im Monat, also das ist jetzt nicht die Welt.“ (19-GB, Pos. 23)
151	-	-	Zielgruppe	-	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die Zielgruppe eines Angebots betreffen.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	„Also, ich sage mal, auf diese Zielgruppe / etwas, was an diese Zielgruppe gerichtet ist, was auf deren Niveau stattfindet, dass da Informationen fließen können.“ (17-GB, Pos. 13)
152	-	-	-	Umgang mit TN	-	Bezieht sich auf Aussagen, die den Umgang mit den TN seitens der Anbietenden betreffen.	-siehe Definition-	„I: (lacht) Okay. Wie sind Sie denn dann damit umgegangen? B: Ganz entspannt eigentlich. Ich habe gefragt, ob er nächstes Mal sonst später einen Bus nehmen möchte.“ (79-AN, Pos. 36-37)
153	-	-	-	Vorerfahrung mit der Zielgruppe	-	Bezieht sich auf Aussagen, die die Vorerfahrung mit der Zielgruppe seitens der Anbietenden betreffen.	-siehe Definition-	„Ich habe / tatsächlich bin ich ziemlich dicht mit meinem Cousin aufgewachsen. Der hat Down-Syndrom, und da haben wir auf jeden Fall als Kinder schon zusammen gespielt oder dann später Sachen unternommen und so was.“ (79-AN, Pos. 23)
154	-	-	Ablauf	-	-	Betrifft alle Aussagen, die den Ablauf eines Angebots (bzw. einer Stunde) beschreiben.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	„Wir machen immer dasselbe am Anfang. Also ein kurzes Aufwärm-Programm, dass man dann so bereit ist für die jeweiligen Sportarten, die als Nächstes kommen.“ (29-AN, Pos. 20)
155	-	-	-	Methodik	-	Bezieht sich auf alle Aussagen, die die methodische Umsetzung eines Angebots seitens der Anbietenden betreffen.	-siehe Definition-	„Auch wenn man / wenn wir in dem Kurs also Wert drauflegen, immer Rücksicht auf alle zu nehmen. Kann das immer sein, dass es doch mal manchen zu schnell geht.“ (29-AN, Pos. 56)

156	K8: Auswirkungen der Intervention	-	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die als "Effekte" oder Auswirkungen der Intervention bezeichnet werden. Unterteilt wird, wodurch die Auswirkungen erzeugt wurden: durch die Besuche der PE, durch die Maßnahmen oder durch die Teilnahme an Angeboten und Kursen.	-siehe Definition- Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist. Diese Oberkategorie wird genutzt, um „Anti-Aussagen“ einzufangen, z. B. wenn keine Auswirkungen eingetroffen sind oder wenn es sogar negative Folgen/Auswirkungen der Intervention gab und dies nicht explizit auf die Besuche der PE, Maßnahmen oder Angebote bezogen wird. Wenn keine Auswirkungen der Intervention festzustellen sind, wird gleichzeitig der Code Nr. 286 vergeben.	„Bei P1 hat sich, glaube ich, nicht so viel verändert letztlich.“ (44-PU, Pos. 59) „I: Okay. Haben Sie auch negative Folgen der Intervention irgendwie beobachten können? B: Gar nicht.“ (34-GB, Pos. 66-67)
157	-	Auswirkungen durch Angebote und Kurse	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Auswirkungen durch den Besuch eines Angebots oder Kurses beschreiben.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
158	-	-	Wohlbefinden	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen im Wohlbefinden durch den Besuch eines Angebots oder Kurses beschreiben.	-siehe Definition-	„Und meinte auch, dass ihm das sehr / also positiver gestimmt hat und ihm geholfen hat, sich besser zu fühlen.“ (29-AN, Pos. 30)

159	-	-	Wissens- erweiterung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Wissenserweiterung durch den Besuch eines Angebots oder Kurses beschreiben.	-siehe Definition-	„Wenn man einen großen Topf Kartoffeln hat, braucht man nicht bis obenhin das Wasser, sondern nur einen Becher Wasser reinmachen. Also das fand ich schon sehr interessant.“ (33-TN, Pos. 58-59)
160	-	-	Verhaltens- änderung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Verhaltensänderung durch den Besuch eines Angebots oder Kurses beschreiben.	-siehe Definition-	„I: Haben Sie aus dem Ernährungskurs, was Sie da gelernt haben, auch schon mal angewandt im Alltag? (...) B: Ja, ich hab mir auch was Gesundes gekauft und das auch gemacht. Also nur Bananen, Joghurt. (...) I: Weil Sie das gelernt haben in dem Ernährungskurs? B: Ja.“ (09-TN, Pos. 220-229)
161	-	-	Soziale Interaktion	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Sozialen Interaktion durch den Besuch eines Angebots oder Kurses beschreiben.	-siehe Definition-	„Und da hat man gemerkt, dass es für P2, genau, etwas, was ihr sehr, sehr guttut. Dass sie halt soziale Bindungen noch mal stärkt und auch Menschen trifft, die halt, genau, ihr guttun, wo sie eine gute Beziehung aufbauen kann.“ (59-PU, Pos. 3)
162	-	-	Körperlicher Effekt	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere körperliche Effekte durch den Besuch eines Angebots oder Kurses beschreiben.	-siehe Definition-	„Ich habe immer meine Schulter mal trainiert, mal den Rücken, das war wunderbar. Hatte ich keine Schmerzen. Jetzt habe ich wieder Schmerzen, weil ich brauche Training mal wieder. Gehe ich aber nächste Woche wieder hin. I: Also wenn Sie kein Training machen, dann haben Sie Schmerzen, weil Sie da nicht trainiert haben. B: Ja. (25-TN, Pos. 153-157)

163	-	Auswirkungen durch Maßnahmen	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Auswirkungen durch die Ausführung einer oder mehrerer Maßnahmen beschreiben.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	„I: Haben Sie denn das Gefühl, dass sich irgendwas in Ihrem Gesundheitsverhalten so im Alltag geändert hat? B: Besser. Das Gewicht hat sich gehalten. I: Hat sich gehalten, okay. Und das ist das, was Sie erreichen wollten? B: Ja.“ (33-TN, Pos. 86-89)
164	-	-	Motivation	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Motivation durch die Ausführung einer oder mehrerer Maßnahmen beschreiben.	-siehe Definition-	„Sage ich mal, aber ansonsten halt hat sie halt ihre Sachen da eigentlich ständig geregelt, sage ich mal, ist auch motiviert immer zurückgekommen, ja.“ (57-GB, Pos. 17)
165	-	-	Verhaltensänderung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Verhaltensänderung durch die Ausführung einer oder mehrerer Maßnahmen beschreiben.	-siehe Definition-	„Und Chips esse schon gar nicht mehr.“ (30-TN, Pos. 55)
166	-	-	Bewusstsein	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen im Bewusstsein zur eigenen Gesundheit durch die Umsetzung einer oder mehrere Maßnahmen beschreiben.	-siehe Definition-	„Das schon. Aber wie gesagt jetzt / Und das werde ich aber gucken, da habe ich gar nicht drüber nachgedacht, dass ich ja zu Hause auch den Teil mal so mache, dass ich dann weiß, ab einem gewissen Grad, dass ich dann trinken muss. Das vergesse ich nämlich immer wieder.“ (73-TN, Pos. 135)
167	-	-	Körperlicher Effekt	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere körperliche Effekte durch die Ausführung einer oder mehrerer Maßnahmen beschreiben.	-siehe Definition-	„I: Haben Sie denn das Gefühl, dass sich irgendwas in Ihrem Gesundheitsverhalten so im Alltag geändert hat? B: Besser. Das Gewicht hat sich gehalten.

								I: Hat sich gehalten, okay. Und das ist das, was Sie erreichen wollten? B: Ja.“ (33-TN, Pos. 86-89)
168	-	Auswirkungen durch Besuche der PE	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Auswirkungen durch die Besuche der PE beschreiben.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	„Weil die Verhaltensänderung an sich kann ich ja gar nicht so beobachten, was da zwischen unseren Termin passiert und ob die das machen, was wir besprochen haben. Das können die mir höchstens erzählen. Aber so richtig überprüfen kann ich das ja nicht.“ (65-PE, Pos. 107)
169	-	-	Motivation	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Motivation durch die Besuche der PE beschreiben.	-siehe Definition-	„Was ich (...) bei meinen Leuten auch eigentlich immer gut geschafft habe, dass sie dann selber irgendwie, ja, den Glauben an sich wieder irgendwie gefunden haben. Und da dann plötzlich so eine Motivation war, dass sie selber das dann auch wollten.“ (68-PE, Pos. 37)
170	-	-	Wissens-erweiterung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Wissenserweiterung durch die Besuche der PE beschreiben.	-siehe Definition-	„Besonders in Erinnerung geblieben, das ist der grundlegende Informationsaufbau. Und das war ja dann natürlich auch durch Förderung, das ist hier dieses eigene Bewusstsein, halt eben in eine richtige Richtung zu gehen, sage ich mal, und weiterhin Dinge zu tun. Und das hat es ja auch gemacht.“ (57-GB, Pos. 5)
171	-	-	Wohlbefinden	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen im Wohlbefinden durch die Besuche der PE beschreiben.	-siehe Definition-	„Ja, also das Positive, also gerade dieses / also, ich habe diese Treffen immer als sehr positiv und auch für meine Tochter immer sehr stabilisierend erlebt. Also, das fand

								ich immer sehr beeindruckend“ (34-GB, Pos. 97)
172	-	-	Bewusstsein	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Auseinandersetzung mit der Gesundheit durch die Besuche der PE beschreiben.	-siehe Definition-	„Halt eben die Impulsgebungen auch, halt eben durch die Gespräche mit den richtigen Leuten.“ (57-GB, Pos. 35)
173	-	-	Verhaltens- änderung	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere Veränderungen in der Verhaltensänderung durch die Besuche der PE beschreiben.	-siehe Definition-	„Es hat funktioniert. Ich achte jetzt mehr auf Obst, Gemüse. Ich gehe auch zur Tafel und kaufe dort auch Gemüse. Und bei der Tafel, die haben oft jetzt Bowls. Ich versuche immer, bei der Tafel möglichst viele Bowls zu ergattern, weil ich dann / weil, die sind ja gesund. Und ich kann die dann halt schnell essen, wenn ich nach dem Fußballtraining komme. Weil nach dem Fußballtraining, ich habe oft keine Energie mehr, um noch großartig zu kochen. Das erleichtert so, jetzt mehr Bowls zu essen. Mehr so / mehr Nudeln zu essen, also Nudeln mit Bolognese. Ja, meinen Fast Food-Konsum habe ich auch jetzt reduziert. Jetzt, ich achte darauf, dass ich das nur einmal wöchentlich mache. Das ist meistens immer sonntags und ja“ (37-TN, Pos. 31)
174	-	-	Körperlicher Effekt	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine oder mehrere körperliche Effekte durch die Besuche der PE beschreiben.	-siehe Definition-	„Also mein Gewicht hat sich ein bisschen reduziert.“ (52-TN, Pos. 57)

175	Q1: Beurteilung der Intervention	-	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Beurteilung des Projekts suggerieren oder explizit machen. Unterschieden wird in positive Beurteilungen, kritische Beurteilungen, Wünsche / Verbesserungsvorschläge und Nachhaltigkeit	Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist. Die Querschnittskategorie kann immer parallel vergeben werden, wenn die Intervention oder das Projekt beurteilt wird.	-
176	-	Wünsche und Verbesseru ngsvorschl äge	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, in denen Personen Wünsche oder Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Intervention äußern. Die Ausdifferenzierungen finden auf der 3. Ebene statt und sind meistens selbsterklärend.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	„Aber aus meiner Perspektive, jetzt von meinem ersten Eindruck, ist das super sinnvoll. Also ich finde das sehr sinnvoll, das zu verstetigen. Und auch die Umsetzung, so beispielsweise, dass man das bei Pflegediensten, anderen Pflegediensten mit integriert, dass da immer eine Person ist, die so Gesundheitsberatung macht.“ (40-PE, Pos. 141)
177	-	-	mehr Kontakt zwischen Besuchen / häufigere Treffen	-	-	Meint, dass die Treffen und Kontakte mit den PE's häufiger stattfinden sollten und wird als Wunsch oder Verbesserungsvorschlag geäußert.	-siehe Definition-	„Wie gesagt, nur dieser zeitliche Abstand, der könnte / hätte vielleicht kürzer sein können.“ (31-PU, Pos. 70)
178	-	-	mehr Einbezug / mehr Zusammen- arbeit	-	-	Meint den Einbezug verschiedener Personen (z. B. PU oder GB) und kann verschiedene Konstellationen der Zusammenarbeit meinen. Die Aussage wird als Wunsch oder Verbesserungsvorschlag geäußert.	-siehe Definition-	„Also ich denke, einfach so insgesamt bei dem Projekt ist es ganz gut, wenn man bei manchen Leuten einfach auch mit den Assistenzen noch ein bisschen mehr kommuniziert einfach.“ (44-PU, Pos. 107)

179	-	-	mehr finanzielle Mittel / kostengünstige Angebote	-	-	Kann auf verschiedene finanzielle Mittel bezogen sein (für die Intervention, für die Angebote, für die TN, für die PU's etc.) und wird als Wunsch oder Verbesserungsvorschlag geäußert.	-siehe Definition-	„Und fände es total toll, ja, wenn das sozusagen Standard wäre und die Krankenkassen das vielleicht finanzieren. Also, das wäre toll.“ (54-TN, Pos. 199)
180	-	-	Längere Laufzeit / Langfristige Verstetigung / Ausweitung	-	-	Meint eine längere Laufzeit der Intervention und wird als Wunsch oder Verbesserungsvorschlag geäußert.	-siehe Definition-	„Das würde ich sehr begrüßen, wenn das weiter laufen dürfte, sollte.“ (11-TN, Pos. 145)
181	-	-	Anpassung der Struktur der Intervention (z. B. Vorgehensweise)	-	-	Meint die Anpassung der Struktur der Intervention (z. B. eine andere Vorgehensweise, Zuteilung der Gruppen etc.) und wird als Wunsch oder Verbesserungsvorschlag geäußert.	-siehe Definition- Diese Subkategorie grenzt sich von anderen Subkategorien dieser Kategorie, die ebenfalls eine strukturelle Anpassung meinen (z. B. längere Laufzeit) ab, als dass es um umfangreichere und allgemeinere Aussagen zur strukturellen Anpassung geht. Es betrifft demnach vielfältige Einzelaussagen, die nicht einer anderen Kategorie zugeordnet werden können.	„Ich hätte es gut gefunden, wenn die Pflegeexpertinnen sozusagen immer da gewesen wären, wo P1 gerade war, ne. Ich meine, sie war im Krankenhaus. Hätte man jetzt auch sagen können, also, ich weiß / also, einmal haben wir uns auch mit, also ganz Anfang, mit einer auf dem Gelände vom I1 getroffen. (...) Also, ich glaube, es bedarf Flexibilität von der anderen Seite, nicht von der Seite der Menschen mit besonderen Bedarfen, ja. Geht natürlich auch, aber das geht nur, wenn dann wieder jemand da ist, der diese Flexibilität umsetzt. Ja, weil die selber sind ja nicht so flexibel. Wenn P1 im Krankenhaus ist, ist sie im Krankenhaus. Oder / ja.“ (34-GB, Pos. 47)

182	-	-	Andere Maßnahme n	-	-	Bezieht sich auf Aussagen, die darlegen, dass andere Maßnahmen gewünscht oder als Verbesserungsvorschlag geäußert werden.	-siehe Definition-	„B: Na ja, vielleicht so, dass die vielleicht nicht nur dieses Interview, vielleicht, dass die da mal vielleicht mal eine halbe Stunde unterwegs. Dann, dass die nicht nur zu Hause, sondern unterwegs dann, noch mal was anderes dann unternehmen. Also dieses, wie das Leben draußen ist. I: Also, die Pflegeexpertin hätte mit ihr rausgehen sollen, zum Beispiel. B: Ja, zum Beispiel, nur so. I: Und was hätten Sie draußen machen sollen? Was wäre so Ihre Idee gewesen? B: Dass wir vielleicht einkaufen gehen, so. Oder dann entscheiden wir dann vielleicht: "Da ist dann der Arzt und ein Termin". (51-GB, Pos. 100-104)
183	-	-	-	Gruppenang ebote	-	Meint alle Aussagen, die sich darauf beziehen, dass sich (mehr) Gruppenangebote gewünscht oder vorgeschlagen werden.	-siehe Definition-	„Also mir wäre besser gewesen, wenn wir auch mal was mit einer Gruppe zusammen gemacht hätten, vielleicht Fahrradfahren, spazieren gehen, keine Ahnung. So eine Bewegung oder / hätte mehr geholfen vielleicht noch. Weil wir haben jetzt nur Einzelmaßnahmen oder so häufig gemacht.“ (52-TN, Pos. 31)

184	-	-	-	Sprache und Schrift	-	Meint alle Aussagen, die sich darauf beziehen, dass Wünsche oder Verbesserungsvorschläge in Bezug auf Schrift und Sprache geäußert werden.	-siehe Definition-	„Mehr Sachen in Braille. Also, dass ich es halt auch lesen kann.“ (54-TN, Pos. 184-189)
185	-	-	Mehr Vernetzung / Netzwerkarbeit	-	-	Meint alle Aussagen, die sich darauf beziehen, dass Wünsche oder Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Vernetzungsarbeit und Netzwerkarbeit geäußert werden.	-siehe Definition-	„Aber ich glaube, die Chancen sind größer, ja. Also, wenn man auch das pädagogische Team oder die Träger, die großen Träger, oder vielleicht auch gar nicht die großen Träger, überhaupt die Träger hier in Hamburg, wenn man die auch mit ins Boot holt. (...) Weil auch die können nur interessiert daran sein, dass es den Menschen gesundheitlich besser geht, ne.“ (34-GB, Pos. 95)
186	-	Nachhaltigkeit	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die die Nachhaltigkeit des Projekts/der Intervention betreffen.	-siehe Definition-	„Klar, nach einem Jahr ist das vorbei. Und muss man gucken, was bleibt, ne?“ (44-PU, Pos. 119)
187	-	Gelingensbedingungen / Positive Beurteilung / Bewährtes	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die entweder eine Gelingensbedingung beschreiben (es ist wichtig, dass...) oder die eine explizite positive Beurteilung vornehmen (es war super, dass...)	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
188	-	-	TN-Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Gelingensbedingung oder eine positive Beurteilung auf der Ebene der TN vornehmen. Die Ausdifferenzierungen finden auf der 4. Ebene statt und sind zumeist selbsterklärend.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-

189				Ressourcen (Geld, Arbeit)		Ressourcen (wie Geld oder eine Arbeitsstelle) seitens TN als Gelingensbedingung für die Ausführung der Intervention.	-siehe Definition-	„Ja, ein paar finanzielle Rücklagen wären oder ein Arbeitsverhältnis, vielleicht nicht in einer Tagesförderungsstätte, wäre wahrscheinlich auch gut.“ (66-PE, Pos. 77)
190	-	-	-	TN ist selbstständig / fit	-	Die Selbstständigkeit und das „fit sein“ der TN als Gelingensbedingung für die Ausführung der Intervention.	-siehe Definition-	„Genau, und manche waren aber auch ziemlich fit. Also da konnte man schon erahnen, dass man in dem Jahr gut was mit denen schaffen kann, und die auch Vorstellungen haben.“ (40-PE, Pos. 5)
191	-	-	-	Interesse / Eigenmotivation	-	Die Eigenmotivation der TN als Gelingensbedingung für die Ausführung der Intervention.	-siehe Definition- Wird auch vergeben, wenn die Frage nach Abbruchgedanken seitens der TN verneint werden. Hier gehen wir von einer Eigenmotivation im weitesten Sinne aus. Darf jedoch nicht vergeben werden, wenn andere Personen die Frage nach Abbruchgedanken seitens TN verneinen, weil der Interpretations- und Verzerrungsspielraum dann zu groß wäre.	„Aber trotz allem, muss ich sie hundert Prozent loben, hat sie auch durchgehalten ja auch. So, aber wie gesagt, Stress, Gesundheit hat eigentlich bei ihr ziemlich viel belastet, eigentlich immer noch teils, sage ich mal. Aber sie lässt sich, wie gesagt, nicht hängen.“ (57-GB, Pos. 25)
192	-	-	-	Soziales Netzwerk	-	Das gute soziale Netzwerk der TN als Gelingensbedingung für die Ausführung der Intervention.	-siehe Definition-	„Dann das soziale Netzwerk, wer kann unterstützen, um das zu etablieren?“ (67-PE, Pos. 123)

193	-	-	PE-Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Gelingensbedingung oder eine positive Beurteilung auf der Ebene der PE's vornehmen.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
194				Supervision / Kollegiale Fallberatung		Supervision und/oder kollegiale Fallberatung als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Intern, innerhalb des Teams halt einfach auch durch, ne, Fallbesprechungen, Supervisionen, was machen die anderen? Interner Austausch einfach mit Kollegen ganz wichtig in dem Falle.“ (66-PE, Pos. 41)
195	-	-	-	Interesse an Wünschen der TN / Personenorientierung	-	Das Interesse an den Wünschen der TN als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Und es bringt, glaube ich, auch schon etwas, dieses Gefühl, da nimmt sich jemand für mich Zeit und hat auch Interesse an meinen Wünschen so, ne? Weil die sagte auch, ja, dann hat sie versucht, da irgendwie ein Angebot zu finden. Aber das passte irgendwie nicht. Und ich glaube, das ist auch schon wichtig so, ne?“ (23-PU, Pos. 15)
196	-	-	-	Kommunikation	-	Die kommunikativen Fähigkeiten der PE als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Ich glaube, kommunikative Fähigkeiten sind auf jeden Fall wichtig, sowohl mit den Teilnehmern als halt auch mit dem ganzen Netzwerk.“ (67-PE, Pos. 39)
197	-	-	-	Fachkompetenz / Wissen	-	Die Fachkompetenz und das Wissen der PE als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Von der Fachkompetenz halt, dass von vielen Fachdisziplinen so ein bisschen was da ist. Also was ich gerade auch schon genannt hatte: Psychologie, Pflegeverständnis, die Themen, was ich gesagt hatte.“ (68-PE, Pos. 49)

198	-	-	-	Einfühlungsvermögen / Empathie	-	Das Einfühlungsvermögen und die Empathie der PE als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Also, die sind immer im Gespräch gewesen. Also, die Pflegeexpertin hat sich auch immer gemeldet und war auch wirklich immer sehr empathisch.“ (34-GB, Pos. 35)
199	-	-	-	Gesprächspartner(in)	-	Die PE als Gesprächspartnerin als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Also, ich glaube, dass es viel auch so dieses Gespräch ist, dieser Austausch, was auch hilft dann.“ (23-PU, Pos. 103)
200	-	-	-	Verständlichkeit / Einfache Sprache / Symbole und Bilder	-	Die Verständlichkeit und Nutzung inklusiver Sprache seitens der PE als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Und das, genau, hat auf jeden Fall einen sehr guten Eindruck gemacht und so, dass es auch verständlich für P2 war.“ (59-PU, Pos. 7)
201	-	-	-	Organisations- und Planungskompetenz / Flexibilität	-	Die Organisations- und Planungskompetenz der PE als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Dass man gut im Organisieren und Planen ist.“ (67-PE, Pos. 39)
202	-	-	-	Außenstehende Person	-	Die Tatsache, dass die PE eine außenstehende Person ist als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Also ich fand das erstmal ganz gut, so ein Angebot noch von extern.“ (44-PU, Pos. 79)
203	-	-	-	Ideen / Vorschläge	-	Die Ideen der PE als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Oder haben auch schon mal so Ideen gesagt, ob man das schon mal gemacht hat oder so Hinweise gegeben. Das fand ich irgendwie sehr hilfreich, ja.“ (34-GB, Pos. 3)
204	-	-	-	Begleitung / Gemeinsame Umsetzung	-	Die Begleitung zu Angeboten seitens der PE als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Weil wenn ich das erste Mal irgendwo zu einem Angebot gehe, finde ich es mal gut, wenn ich von jemanden, dem ich vertrauen kann, Begleitung habe, weil wenn ich fremde Leute neu kennenlernen oder

								so, bin ich da ein bisschen sehr zurückhaltend. Und wenn das dann eine Gruppe ist, sowieso.“ (11-TN, Pos. 23)
205	-	-	PU-Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Gelingensbedingung oder eine positive Beurteilung auf der Ebene der PUs vornehmen.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
206	-	-	-	Begleitung zu Angeboten / Fahrservice	-	Die Tatsache, dass PUs einen Fahrservice gewährleisten können als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Ich glaube, einen Kochkurs wird sie immer wieder besuchen. Denn, wenn sie jetzt im stationären Setting leben würde, zum Beispiel im I2. Das ist auch vom I3. Die haben genug Fahrzeuge, um Leute dann auch mal hier und da hin zu karren. Das können wir nicht.“ (44-PU, Pos. 55)
207	-	-	-	Involviertheit	-	Die Involviertheit der PU als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Also ich denke, einfach so insgesamt bei dem Projekt ist es ganz gut, wenn man bei manchen Leuten einfach auch mit den Assistenzen noch ein bisschen mehr kommuniziert einfach.“ (44-PU, Pos. 107)
208	-	-	-	Gutes Verhältnis	-	Das gute Verhältnis zwischen PU und TN als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Ja, eigentlich wenn die Teilnehmer irgendwie auch ein gutes Verhältnis zu den Assistenzkräften haben. Dass man da merkt, okay, sie haben jetzt nicht irgendwie Angst, das anzusprechen, dass sie dann irgendwie meckern oder so. Davor haben die Teilnehmer manchmal ja auch Sorge, wenn man mit einem neuen Problem oder mit irgendeiner Frage dann kam. Also so eine Offenheit, das ist förderlich.“ (68-PE,

								Pos. 107)
209	-	-	-	Viel Zeit / viel Personal	-	Die zur Verfügung stehende Zeit und das viele Personal seitens der PU als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Und, ja, je mehr Personal, desto entspannter ist es natürlich. Und desto mehr kann man sich den Sorgen, Wünschen, Zielen, Maßnahmen auch widmen dann mit den Teilnehmern zusammen.“ (68-PE, Pos. 107)
210	-	-	Angebotsebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Gelingensbedingung oder eine positive Beurteilung auf der Ebene der Angebote konstatieren.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist. Wird nur vergeben, wenn die Angebote oder Faktoren der Angebote (z. B. Trainer) klar als Gelingensbedingung bzw. als etwas, das besonders relevant war oder besonders gefallen hat, benannt werden. Wird nicht vergeben, wenn lediglich gesagt wird, dass ein Kurs „gut“ war.	-
211	-	-	-	Gruppenangebote	-	Gruppenangebote als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„I: Was hat Ihnen daran besonders gut gefallen, nochmal vielleicht? Also dass Sie mir nochmal erzählen, was Ihnen / B: Dass man sich austauschen konnte, dass man nicht alleine ist. Ich

								meine, praktisch gesehen, in der Gruppe kann man sich vielleicht, weiß nicht / Weil die haben auch fast dasselbe Leiden oder manche davon.“ (52-TN, Pos. 138-139)
212	-	-	-	Offenheit	-	Die Offenheit der Angebote als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Ja, und Fitnessstudios ganz allgemein. Also, dass man einfach sagt, wenn man da hin möchte, wir gucken mal, welches ist hier in der Nähe und dann Probetraining vereinbart. Und das klappt auch sehr, sehr gut. Die sind sehr offen und sehr engagiert und machen das.“ (04-PE, Pos. 27)
213	-	-	-	Praktische Umsetzung / Wissen aktivieren	-	Die praktische Umsetzung in einem Angebot als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Das würde passen. So, und das war dann auch Thema. Das war dann auch, glaube ich, in der zweiten Sitzung, dass ihm das einmal so angeboten wurde, so eine kleine Atemübung zu machen, was ich jetzt so inhaltlich auch total gut fand. Und das ist etwas, wo er, glaube ich, echt viel mit anfangen konnte. Das, ja, war eigentlich sozusagen auch, fand ich, ein Treffer, ja.“ (50-GB, Pos. 43)
214	-	-	-	Barrierefreiheit	-	Die Barrierefreiheit eines Angebots als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„I: Und welche sind aus deiner Sicht die Erfolgs- und Störfaktoren bei der Umsetzung der Intervention? B: (...)Also auf jeden Fall der Weg, also wie nah ist das Angebot am Wohnort? Dann auch, wie barrierefrei ist das Ganze? Komme ich da mit einem Gehrollator oder Rollstuhl überhaupt hin?“ (67-PE, Pos. 122-123)

215	-	-	-	Nähe / Bekanntheit	-	Die Nähe oder Bekanntheit eines Angebots als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„B: Aber genau, das war auch das Gute, dass die Angebote, die gesucht wurden und die umgesetzt wurden, die sind auch alle im Sozialraum gewesen. Also kurze Wege, gute Erreichbarkeit.“ (46-PU, Pos. 43)
216	-	-	-	Kostenfrei / kostengünstig	-	Kostenfreie oder kostengünstige Angebote als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention.	-siehe Definition-	„Aber so Sachen, die dann eben schön und umsonst sind, die sind natürlich gut. Weil er hat wirklich nicht so viel Geld.“ (49-PU, Pos. 83)
217	-	-	Struktur- und Interventionsebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Gelingensbedingung oder eine positive Beurteilung auf der Ebene der Intervention (nicht der PE's) konstatieren.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
218	-	-	-	Gute/passende Maßnahmen und Angebote	-	Die Auswahl der Maßnahmen als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„I: Was hat Ihnen denn bisher besonders gut an dem Projekt gefallen? B: Dass man einiges durchgehen konnte, zum Beispiel das mit der Ernährungsberatung. Und ich habe jetzt auch eine Adresse oder so für eine Selbsthilfegruppe für diese Magenbypass-Geschichte. Ja, also, was wir durchgenommen haben.“ (36-TN, Pos. 176-177)
219	-	-	-	Pflegeexpertinnen	-	Die Tatsache, dass es die PEs gab als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Die Rolle der Pflege- / Das ist eigentlich die Dame, die jetzt gerade die Initiative ergreift für unsere Tochter, die sich kümmert, die die Termine macht, die P1 abholt. Also, sprich, an die Hand nimmt, begleitet und also (unv. Hilfe zur Selbsthilfe?),

								ne? Also, ein ganz hoher Stellenwert ist das.“ (61-GB, Pos. 39)
220	-	-	-	Projektmaterialien	-	Die Projektmaterialien als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Und er hat auch nach wie vor ein Plakat in seiner Wohnung hängen, sehr präsent, die zusammen gestaltet wurden. Die Netzwerkkarte. Auch eine Ernährungskarte.“ (46-PU, Pos. 83)
221	-	-	-	-	Präventionsplan	Der Präventionsplan als Gelingensbedingung oder positiven Aspekt der Intervention	-siehe Definition-	„Also der Plan, an und für sich ist es sehr gut, sage ich mal.“ (57-GB, Pos. 21)
222	-	-	GB-Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Gelingensbedingung oder eine positive Beurteilung auf der Ebene der Bezugspersonen/Gesetzlich Betreuenden/Angehörigen konstatieren.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
223	-	-	-	Involviertheit	-	Die Involviertheit von Bezugspersonen/Gesetzlich Betreuenden/Angehörigen als Gelingensbedingung oder positiver Faktor der Intervention.	-siehe Definition-	„Also gerade bei den Teilnehmern, die sehr eingeschränkt waren, war das halt noch mal super, von einer anderen Person noch mal eine Einschätzung zu bekommen oder halt auch Inhalte zu besprechen. (...) Genau, weil die die ja auch länger kennen und oft ja auch mit der Kommunikation einfach fitter sind. (...)“ (07-PE, Pos. 31)

224	-	-	Allgemein positive Beurteilung	-	-	Bezieht sich auf alle allgemein formulierten positiven Aussagen (Lob o. ä.) zur Intervention oder zum Projekt.	-siehe Definition- Ist derzeit noch ein Sammelbecken für allgemein positive Beurteilungen, die nicht näher ausdifferenziert werden können. Wird nicht vergeben, wenn lediglich gesagt wird, dass Personen „nichts auszusetzen haben“.	„Nein. Weil ich finde, das ist eine wichtige Sache. Und das sollte Standard sein, sowas. Ich finde, das ist ganz wichtig für ganz viele Menschen. Und diese enge Begleitung, ich glaube, die brauchen wir auch, sonst klappt das nicht. Weil viel einfach im Alltag untergeht, (...) wo auch die Zeit gar nicht da ist.“ (54-TN, Pos. 165)
225	-	Herausforderungen und Barrieren / kritische Beurteilung	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die entweder eine Herausforderung oder Barriere beschreiben, die ein Hindernis zur Umsetzung der Intervention war oder eine kritische Beurteilung der Intervention vornehmen.	-siehe Definition- Auf der 2. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 3. Ebene möglich ist.	-
226	-	-	TN-Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Barriere oder Herausforderung auf der Ebene der TN verorten.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
227	-	-	-	Einschränkungen / Erkrankungen	-	Betrifft alle Aussagen, die die Einschränkungen (durch z. B. den Pflegegrad, die Behinderung oder Erkrankung) der TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Ja, also ich denke, bei anderen Menschen wird man viel mehr machen können. Und da ist auch die Bandbreite der Angebote, die man denen machen kann, viel größer. Bei P1 ist das einfach alles schon so eingeschränkt.“ (44-PU, Pos. 69)

228	-	-	-	-	Kognitives	Betrifft alle Aussagen, die kognitive Einschränkungen der TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben. Auf der 6. Ebene noch ausdifferenziert in: Geringe Aufmerksamkeitsspanne, Verständigungsprobleme und Erinnerungsvermögen.	-siehe Definition-	„Also theoretisch hätte man zwei Stunden auch gebraucht, aber das wurde dann meistens dann auf einen weiteren Termin verlegt, weil dann auch nicht mehr das Kognitive da war und die Konzentration. (01-PE, Pos. 25)
229					Mentales	Betrifft alle Aussagen, die mentale Schwierigkeiten der TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Jetzt gerade ist eine Phase, da ist sie wieder so ein bisschen im Tief, weil sie hat jetzt auch wieder zugenommen, was natürlich ja auch vollkommen normal ist, ne? Ich habe das Gefühl, dass das gerade so eine Bremse ist für sie“ (22-PU, Pos. 101)
230					Körperliches	Betrifft alle Aussagen, die körperliche Einschränkungen der TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und ich habe andauernd Schmerzen, deswegen habe ich keine Lust viel zu laufen.“ (52-TN, Pos. 57)
231	-	-	-	Weg zum Angebot nicht leistbar / Begleitung notwendig	-	Betrifft alle Aussagen, die deutlich machen, dass der Weg zu einem Angebot für TN nicht leistbar oder nur mit Begleitung möglich ist und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition- Wird häufig gemeinsam mit Nr. 272 vergeben, da sich das Problem der fehlenden Mobilität auch mit dem Problem der schlechten Erreichbarkeit von Angeboten kombiniert.	„Und da sie den / nicht alleine so richtig größere Strecken alleine fährt, die sie nicht kennt, wird sie das alleine nicht umsetzen können. Und samstags sind wir ja nur alleine und können sie dort halt auch nicht hinbegleiten. Aber angeboten wurde uns von ihrer Seite, dass die Kollegin mal herkommt und mit ihr einige Male die Strecke abfährt. Aber es wird nicht bei einmal reichen, leider. Die Idee ist super, aber da müssen sie wahrscheinlich tatsächlich vor dem Anfang irgendwie ein, zwei Wochen schon anfangen, mit ihr zu

								üben.“ (31-PU, Pos. 36)
232	-	-	-	Umweltfaktoren des TN	-	Betrifft alle Aussagen, die die Umweltfaktoren, in denen ein/e TN lebt, als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Die / Dadurch, dass sie halt hier / also, dass sie hier lebt und kaum so richtigen Ausgleich hat, Freizeitausgleich, ist diese / schätzungsweise dieses Langeweileessen plus Medikation ein Faktor, gehe ich mal von aus“ (31-PU, Pos. 48)
233	-	-	-	-	Fehlende Ressourcen	Betrifft alle Aussagen, die fehlenden Ressourcen seitens TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und die, die es gibt, sind dann natürlich auch mit Kosten verbunden und oft sind die ja relativ hoch. Genau. Das ist dann auch immer eine große Hürde gewesen oder immer noch. Ja, die Kosten einfach, dass die Angebote dann, egal auf welches Themenfeld bezogen /, 30 Euro, das ist für viele nicht machbar und umsetzbar.“ (01-PE, Pos. 49)
234	-	-	-	-	Lebenssituation (Arbeit, Wohngruppe, Familie)	Betrifft alle Aussagen, die die Lebenssituation des TN als eine Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Aber manchmal liegt es auch an anderen Faktoren einfach drumherum, die sie gar nicht beeinflussen können. Sie beispielsweise an Ernährung interessiert sind, aber immer in der Wohngruppe essen und die Wohngruppe immer kocht, sind das so Sachen, die unfassbar schwierig zu verändern sind. Oder auch in der Werkstatt, mit dem Essen, kann man ein bisschen schlecht beeinflussen.“ (67-PE, Pos. 23)

235	-	-	-	Fehlende Motivation	-	Betrifft alle Aussagen, die die fehlende Motivation der TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„I: Okay. Haben Sie da denn / Haben Sie da Lust drauf, das mal zu machen? B: Also wenn ich ehrlich bin, geht so.“ (76-TN, Pos. 198-199)
236	-	-	-	-	Fremdmotivation	Betrifft alle Aussagen, die zeigen, dass die Teilnahme des/der TN möglicherweise fremdmotiviert ist und daher die fehlende (Eigen-)Motivation zu begründen ist und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Na ja, also, ich glaube, sie wurde einfach angemeldet, ehrlich gesagt, ohne dass groß gefragt wurde. Aber wie gesagt, es war vorher ja auch schon ein Thema mit dem Abnehmen. Also, ich verstehe dann auch, warum dann unsere Chefin gedacht hat, okay, sie ist eine geeignete Kandidatin dafür.“ (22-PU, Pos. 159)
237	-	-	-	Zielvereinbarungen / Vereinbarung der Maßnahmen	-	Betrifft alle Aussagen, die die Zielvereinbarungen mit den TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Also was ich immer noch als kleine Hürde empfunden habe, war, dass viele einfach nicht mehr genau wussten, weshalb sie sich angemeldet haben. Und dementsprechend war es bei denen auch schwer, Ziele zu formulieren. Weil, genau, also das war /. Ja, weil wenn sie nicht wissen, weshalb sie da sind und was sie erreichen wollen, ist das natürlich schwierig“. (07-PE, Pos. 19)
238	-	-	-	-	Fehlender Weitblick / fehlende Fantasie / fehlendes Verständnis	Betrifft alle Aussagen, die die Zielvereinbarungen mit TN durch Verständnisprobleme (in Bezug auf das Projekt), fehlenden Weitblick seitens TN oder fehlende Fantasie erschweren und dies als Barriere oder Herausforderung	-siehe Definition-	„Ja, das ist auch nicht ganz einfach, da dann Motivation aufzubauen. Weil viele, glaube ich, auch gar nicht diesen Weitblick haben, was das überhaupt bedeuten könnte. Wenn ich jetzt zum Sport gehe, wenn ich meine Ernährung ändere. Da können wir manchmal ganz viele Sachen

						beschreiben.		mitbringen. Und die verstehen das auch alles, dass das gesund ist. Aber warum muss ich das denn machen? So, und da hakt es manchmal. Also, sie sehen einfach das große Ganze nicht, dass Übergewicht dann zu Krankheiten und so was führt. Das ist einfach schwierig zu vermitteln, und da dann Motivation irgendwie auch herzustellen, ja.“ (67-PE, Pos. 113)
239	-	-	-	-	Selbstbestimmung nicht gewohnt	Betrifft alle Aussagen, die deutlich machen, dass TN Selbstbestimmung nicht gewohnt sind und daher vermutlich Schwierigkeiten haben, Ziele oder Intentionen für das Projekt eigenständig zu ergründen und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Ja, das war gar nicht so einfach, wirklich den Willen dann von dem Teilnehmer herauszufinden. Weil manche dann wirklich / ja, so ungefähr: "Sag mir doch, was ich machen soll. Und dann ist es auch gut. Und dann versuche ich das." Aber, genau, das ist ja eigentlich nicht der Ansatz, (lacht) genau, ja“ (68-PE, Pos. 141)
240	-	-	-	Fehlende Zeit / Überforderung	-	Betrifft alle Aussagen, die die fehlende Zeit seitens TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	-
241					Aufgrund von Arbeit	Betrifft alle Aussagen, die die fehlende Zeit aufgrund der Arbeit des TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„I: Und sind Sie, nachdem Sie diesen Plan erstellt haben, schon zu Angeboten gegangen seither? B: Bislang noch nicht, aufgrund meiner Arbeit ist es ziemlich schwierig.“ (11-TN, Pos. 22-23)
242					Aufgrund von Angeboten / Versorgungsleistungen	Betrifft alle Aussagen, die die fehlende Zeit aufgrund von Angeboten oder Versorgungsleistungen als Barriere oder Herausforderung	-siehe Definition-	„I: Also gehen Sie immer noch spazieren oder haben Sie damit aufgehört? B: Nee, ich habe aufgehört, leider.

						beschreiben.		Weil es mir zu viel war und weil ich ja noch Fußballtraining hatte. Und ich wollte mich vorbereiten, halt. (56-TN, Pos. 67-68)“
243	-	-	-	Terminvereinbarungen werden nicht eingehalten	-	Betrifft alle Aussagen, die die Terminvereinbarung als Barriere oder Herausforderung beschreiben und dies auf der Ebene der TN verorten.	-siehe Definition- Wird hier nur vergeben, wenn die Barriere zur Terminvereinbarung klar auf Seiten des/der TN zu verorten ist und keine allgemeine Herausforderung darstellt.	„Weil es doch auch oft ist, dass Termine vergessen werden, nicht stattfinden, dass wir Verabredungen treffen. Also ich freue mich immer sehr, sehr, wenn irgendetwas klappt oder gemacht wird, wenn wir uns irgendwann verabreden wollen und derjenige taucht dort auf. Also das ist dann immer eher eine Freude als, dass ich enttäuscht bin, wenn es nicht funktioniert.“ (02-PE, Pos. 77)
244	-	-	-	TN möchten/können nicht in Angebote	-	Betrifft alle Aussagen, die deutlich machen, dass TN nicht in Angebote können oder möchten und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Das war aber auch sehr individuell, dass einige Teilnehmer dann eher quasi in der Beratung zu Hause bleiben wollten und keine Angebote wahrnehmen wollten aus unterschiedlichen Gründen“. (68-PE, Pos. 3)
245	-	-	-	Gesprächigkeit	-	Betrifft alle Aussagen, die Gesprächigkeit seitens TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben. Unterteilung der Ausprägung findet auf 5. Ebene statt.	-siehe Definition-	-
246	-	-	-	-	Sehr ausgeprägt	Betrifft alle Aussagen, die die sehr ausgeprägte Gesprächigkeit seitens TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Manche Gruppenberatungen ufern dann auch echt aus, weil manche wirklich viel reden und sich sehr viel beteiligen. Und dann rutscht man so ein bisschen in andere Themen ab.“ (65-PE, Pos. 43)

247	-	-	-	-	gering	Betrifft alle Aussagen, die die sehr geringe Gesprächigkeit seitens TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und bei anderen hat man nach 90 Minuten das Gefühl gehabt, okay, soviel weiß ich jetzt doch noch gar nicht und auch gar nicht von den relevanten Themen.“ (01-PE, Pos. 19)
248	-	-	-	Konflikte	-	Betrifft alle Aussagen, die Konflikte mit oder seitens TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Ja, doch, also einfach (lacht) aus dem Grund, dass sie da ein bisschen mehr zu Wort kam. Weil wenn er dann irgendwie / er hat sich immer sehr eingemischt und: "Du musst jetzt abnehmen. Und du machst das und das falsch." Und dann hat sie halt geweint. Und dann musste ich da natürlich auch irgendwie eingreifen. Habe gesagt: "Okay, ich glaube, das wäre vielleicht ganz gut, wenn wir uns einfach mal zu zweit nur austauschen, ohne dass er dabei ist." Wenn sie das auch dann wollte. Und das wollte sie auch, genau, ja.“ (68-PE, Pos. 103)
249	-	-	-	Umsetzung gelingt nicht	-	Betrifft alle Aussagen, die eine nicht gelingende Umsetzung der Maßnahmen oder Pläne als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Das weiß ich jetzt auch nicht. Ich sage ja, man müsste ja auch den Schweinehund erst mal überwinden. Wenn du den überwunden hast, dann läuft es auch einfacher, ein bisschen auch. Hatte ich noch nicht so.“ (52-TN, Pos. 141)
250	-	-	-	Soziale Interaktion	-	Betrifft alle Aussagen, die die soziale Interaktion seitens des TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Oder auch Leute, die sich Freunde wünschen, aber halt das sozial nicht hinbekommen, von der sozialen Kompetenz dann auch wirklich Verbindung aufzubauen oder so. Also ich bin halt nicht auf Dauer da. Und wenn dann jemand immer Begleitung braucht, dann ist das halt nicht so

								nachhaltig. Da haben wir dann halt versucht, andere Alternativen zu finden.“ (62-PE, Pos. 19)
251	-	-	-	Abbruchgedanken	-	Betrifft alle Aussagen, die die Abbruchgedanken seitens des TN als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„I: (...) Und haben Sie manchmal darüber nachgedacht, das Projekt abubrechen? B: Manchmal, aber das wäre schade gewesen. Ich wollte das zu Ende geführt haben. I: Und warum haben Sie darüber nachgedacht, abzuberehen? B: Nur so, vielleicht eine Pause zu machen oder so. Nichts gegen die Person selber, aber wollte mal eine Auszeit haben.“ (55-TN, Pos. 118-121)
252	-	-	PU-Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Barriere oder Herausforderung auf der Ebene der PU verorten.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
253	-	-	-	Fehlende Kapazitäten	-	Betrifft alle Aussagen, die die fehlenden Kapazitäten seitens der PU als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Nur, das kann ich nicht weiterführen, das schaffe ich zeitlich nicht.“ (18-PU, Pos. 131)
254	-	-	-	Fehlende Unterstützung (versch. Gründe)	-	Betrifft alle Aussagen, die die fehlende Unterstützung durch unterschiedliche Gründe seitens der PU als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Ja, erschwert schon. Also jetzt so offenen Widerstand gab es bei mir jetzt nicht. Aber schon, dass es so super schwer ist, einen Termin zu bekommen, oder dass man sich

								persönlich trifft. Ja, so was ist schon passiert.“ (62-PE, Pos. 109)
255	-	-	-	Involviertheit negativ o. seitens TN nicht gewollt (versch. Gründe)	-	Betrifft alle Aussagen, die deutlich machen, dass die Involviertheit der PU seitens des/der TN nicht gewollt wird oder die PU sich aufdrängt und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Nein, die Klientin wollte es halt alleine machen. Ich weiß ja nicht, wie da die Vorgehensweise ist.“ (31-PU, Pos. 120)
256	-	-	Bezugspersonen / Angehörigen - Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Barriere oder Herausforderung auf der Ebene der Bezugspersonen bzw. Angehörigen verorten.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
257	-	-	-	Involviertheit negativ o nicht gewollt (versch. Gründe)	-	Betrifft alle Aussagen, die deutlich machen, dass die Involviertheit der GB/Bezugsperson seitens des/der TN nicht gewollt wird oder die GB sich aufdrängt und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben	-siehe Definition-	„Ich weiß, dass sie drei Termine / nee, zwei Termine bis jetzt hatte. Zwei oder drei, das weiß sie tatsächlich nicht ganz genau, weil meine Tochter nicht so viel erzählt. Sie möchte ihr eigenes Leben da irgendwie leben und organisieren“ (61-GB, Pos. 9)
258	-	-	-	Fehlende Unterstützung	-	Betrifft alle Aussagen, die die fehlende Unterstützung durch unterschiedliche Gründe seitens der GB als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und natürlich, wenn das Netzwerk nicht so mitarbeitet und da nicht unterstützt. Dann können natürlich gewisse Maßnahmen auch nicht etabliert werden.“ (65-PE, Pos. 115)
259	-	-	Angebotsebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Barriere oder Herausforderung auf der Ebene der Angebote verorten.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-

260	-	-	-	Verfügbarkeit von Angeboten	-	Betrifft alle Aussagen, die die Verfügbarkeit von Angeboten als Barriere oder Herausforderung beschreiben. Die Ausdifferenzierung wird auf der 5. Ebene vorgenommen.	-siehe Definition-	-
261	-	-	-	-	Zu wenig vorhanden	Meint, dass zu wenig Angebote vorhanden sind.	-siehe Definition-	„Die Problematik ist auch, dass wir hier in der Nähe in O1 kein Angebot / also für sie wurde kein Angebot gefunden, es ist auch hier ganz schwierig. Wir haben vorher ja auch schon immer gesucht und nichts gefunden.“ (41-PU, Pos. 79)
262	-	-	-	-	Zu weit weg	Meint, dass die Angebote zu weit weg sind.	-siehe Definition- Wird häufig gemeinsam mit Nr. 235 vergeben, da sich das Problem der fehlenden Mobilität auch mit dem Problem der schlechten Erreichbarkeit von Angeboten kombiniert.	„Und für P1 sind die Zeiten, die Anfahrtszeiten, viel zu lang nach O2 und das ist einfach / ja, dann / Sie kommt auch letztendlich um 15:00 Uhr von der Arbeit und ist zwar abends lange auf. Aber, ja, wenn sie dann drei Stunden für, weiß ich nicht, eine dreiviertel Stunde, Stunde unterwegs ist, das ist ihr zu lang, da verliert sie ganz schnell die Lust dran, ja.“ (41-PU, Pos. 79)
263	-	-	-	-	ausgefallen	Betrifft alle Aussagen, die deutlich machen, dass ein Angebot oder Kurs ausgefallen ist und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und das fand leider nie statt, weil die Kursleiterin immer krank war, also es fand nicht einmal statt. Und immer wurde wieder abgesagt und abgesagt und irgendwann hieß es, jetzt findet der Kurs gar nicht statt.“ (41-PU, Pos. 77)
264	-	-	-	-	Zu teuer	Betrifft alle Aussagen, die deutlich machen, dass ein Angebot oder Kurs zu teuer ist und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und ja, dann hatte ich einen, der wollte gerne Kampfsport machen, auch da habe ich in O2 eine Kampfsportschule gefunden, die wirklich teuer ist, also die kostet 50

								Euro im Monat, das kann sich keiner leisten, den ich begleite.“ (02-PE, Pos. 49)
265	-	-	-	-	Wird nicht genutzt	Betrifft alle Aussagen, die die deutlich machen, dass Angebote nicht genutzt werden und dies als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und bei Sucht ist er zum Beispiel erschienen, weil ich finde auch, Daddeln kann eine Sucht sein. Und das ist ausgefallen. Also irgendwie hat das vorher nicht spitzgekriegt, dass es ausfällt, weil es waren zu wenig Teilnehmer. Da habe ich gedacht, das finde ich so fatal“. (17-GB, Pos. 13)
266	-	-	-	-	Ausgebucht / voll	Meint, dass Angebote ausgebucht oder voll sind.	-siehe Definition-	„Also ich habe ganz oft versucht da anzurufen, dann ist sie nicht rangegangen, habe ihr zweimal eine Mail hingeschrieben, dann habe ich das auch nochmal PE1 zurückgemeldet. Und dann sagte sie, die Dame hat auch gerade so viel zu tun, würde sich aber dann melden, wenn es weniger wird. Aber das ist jetzt, wie gesagt, ein halbes Jahr her, (lacht) genau“ (70-GB, Pos. 125)
267	-	-	-	-	Zu wenig Werbung / nicht bekannt	Meint, dass für Angebote zu wenig Werbung gemacht wird.	-siehe Definition-	„Schade finde ich, dass so wenig Werbung für dieses Netz an sich gemacht wird, habe ich das Gefühl. Also es gibt einen Flyer und eine Internetseite, aber ich weiß nicht, inwiefern Werbung gemacht wird. Und ich glaube, es gibt deutlich mehr Leute, die nach Angeboten suchen, aber vielleicht nicht die Möglichkeit haben, so speziell zu suchen und dann das Angebot oder Angebote zu finden. Das finde ich schade.“ (79-

								AN, Pos. 51)
268	-	-	-	-	Zu wenig Personal	Meint, dass es zu wenig Personal für Angebote gibt.	-siehe Definition-	„Denen fehlen halt ganz viele Übungsleiter, das ist das Problem.“ (03-PE, Pos. 97)
269	-	-	-	Unpassende Angebote	-	Betrifft alle Aussagen, die die fehlende Passgenauigkeit von Angeboten als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	-
270	-	-	-	-	Gefällt nicht	Meint, dass ein Angebot den TN nicht gefällt.	-siehe Definition-	„Genau, also das Tanzangebot war, glaube ich, ja, dass ihr das nicht gefallen hat. Warum, weiß ich nicht. Sie hat es auf jeden Fall / Dann wollte sie das nicht mehr besuchen, und beim Yoga weiß ich, dass das von der Gruppendynamik her ihr nicht gefallen hat so“ (59-PU, Pos. 39)
271	-	-	-	-	Nicht zielgruppengerecht / fehlende Barrierefreiheit	Meint, dass ein Angebot nicht zielgruppengerecht oder barrierefrei ist.	-siehe Definition-	„Und ich sage es mal, Sportstudios / P1 ist sehr klein, da können die Geräte wahrscheinlich gar nicht in der Größe eingestellt werden.“ (61-GB, Pos. 17)
272	-	-	-	-	überfordernd	Meint, dass ein Angebot eine/n TN überfordert.	-siehe Definition-	B: Na ja, es ging damit los, ich sollte Vorwärtsrolle, Rückwärtsrolle machen. Beides kann ich nicht. Es ging schon gut los.“ (54-TN, Pos. 62-65)

273	-	-	-	-	unterfordernd	Meint, dass ein Angebot eine/n TN unterfordert.	-siehe Definition-	„Und eine Teilnehmerin, da war es genau andersherum. Die hatte ich auch zu einem Angebot vermittelt. Das war auch so Ernährungsberatung in einer Gruppe. Und die war relativ fit. Und die ist da, glaube ich, zwei- oder dreimal hingegangen und hat dann gesagt, ihr ist das / also die Botschaft war, sie ist unterfordert so. Da sitzen Leute, das passt nicht. Ja, da werden die Basics vermittelt, das weiß sie schon.“ (68-PE, Pos. 25)
274	-	-	Struktur- und Interventionsebene / PE-Ebene	-	-	Betrifft alle Aussagen, die eine Barriere oder Herausforderung auf der Struktur- und Interventionsebene oder/und auf Ebene der PE's verorten.	-siehe Definition- Auf der 3. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 4. Ebene möglich ist.	-
275	-	-	-	Viele Dokumente / Viele Befragungen	-	Betrifft alle Aussagen, die die vielen Dokumente und Befragungen allgemein als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„I: Warum wollten Sie erst nicht? B: Wenn ich es gewusst hätte, dass immer so viel Termine sind, dann hätte ich das / hätte ich gesagt, nee.“ (64-TN, Pos. 18-19)
276	-	-	-	-	RAI / Assessments	Betrifft alle Aussagen, die die Anwendung des RAIs oder anderer Assessments als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und der zweite war so ein bisschen ich würde sagen, bisschen stupide Scheiße zu sagen. Nicht nur für uns, sondern auch für die Teilnehmer. Und dann hat man schon gemerkt, so, wenn man dann gefühlt dann 40 Fragen denen stellt, dass die manchmal genervt und erschöpft sind. Und ja, dann hatte man halt auch ein bisschen Mitgefühl und hat dann versucht, immer zu erfragen, ob

								es zu viel ist.“ / (01-PE, Pos. 23)
277	-	-	-	Heterogene Zielgruppe	-	Betrifft alle Aussagen, die die Heterogenität der Zielgruppe dieser Intervention als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Weil ich jetzt auch natürlich anhand der Vielzahl der Teilnehmer mittlerweile sagen kann, dass es auch wirklich sehr individuell ist. Und dass man ganz individuell auch gucken muss, in welche Richtung möchte man jetzt mit dem Teilnehmer gehen. Oder was ist auch möglich, da gemeinsam zu erreichen. Das ist meiner Meinung nach auch /, also sehr, sehr unterschiedlich, was man da auch zusammen erarbeiten kann. Und was die Teilnehmer auch selbst möchten.“ (01-PE, Pos. 7)
278	-	-	-	Theorie-Praxis-Transfer	-	Betrifft alle Aussagen, die den Theorie-Praxis-Transfer dieser Intervention als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Also welche Zeit wir pro Teilnehmer haben. Darauf wurde ja auch unser Stellenanteil berechnet. Und das ist tatsächlich was, was in der Theorie super schön gerechnet ist und wahnsinnig gut passt. Aber wenn man mit den öffentlichen Verkehrsmitteln durch Hamburg fährt, dann hat man halt keine Chance.“ (03-PE, Pos. 125)
279	-	-	-	-	Anzahl der Maßnahmen	Betrifft alle Aussagen, die die vorgegebene Anzahl der Maßnahmen (10) dieser Intervention als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Wir sollten ja eigentlich dann auch zehn Maßnahmen ursprünglich erstellen. Und das hat auch nicht der Realität entsprochen. Das muss man so sagen. Dass viele dann total überfordert waren. Und das hat man dann auch gemerkt, dass dann eigentlich gar nichts dabei

								<i>herauskommt. Und dass es eher Sinn gemacht hat, das herunterzubrechen und erst mal kleinere Ziele und kleinere Maßnahmen nochmal.“ (68-PE, Pos. 43)</i>
280	-	-	-	Zu wenig Zeit / zu kurz	-	Betrifft alle Aussagen, die den kurzen Interventionszeitraum als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	<i>„Also ich finde, die Zeit war zu kurz, viel zu kurz.“ (54-TN, Pos. 115)</i>
281	-	-	-	Fahrtwege der PE	-	Betrifft alle Aussagen, die die Fahrtwege der PEs als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	<i>„Also das liegt aber dann auch einfach daran, dass wir extrem lange und viele Fahrtwege haben, jetzt gerade halt in O1, wo man halt so sagt, okay, wir müssen jetzt irgendwie eine Stunde dahin und dann eine Stunde hierhin und dann hast du halt vier Gespräche an einem Tag, das ist dann schon ganz schön viel und dann guckst du halt, okay, kann man das vielleicht sich irgendwie aufteilen, dass es nicht mehr ganz so viel ist? Sowas fällt mir da jetzt irgendwie noch ein.“ (04-PE, Pos. 49)</i>
282	-	-	-	Zeitliche Ressourcen der PE	-	Betrifft alle Aussagen, die zeitlichen Ressourcen der PEs als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	<i>„Das ist halt auch so eine Herausforderung und viele haben sehr viele Termine, da ist dann nur ein Tag in der Woche, wo es dann klappt für unseren Besser-gesund-Leben-Termin und ich habe 18 Teilnehmende, ich habe jetzt nicht immer diesen Tag dann zufällig frei. Dann zieht es sich manchmal so ein bisschen länger als ich es will mit den Besuchen. Das ist halt auch</i>

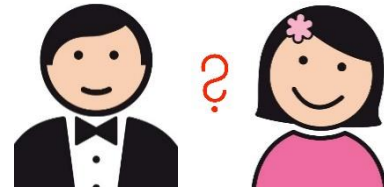
								herausfordernd so.“ (02-PE, Pos. 79)
283	-	-	-	Unpassende Ansätze / Materialien / Maßnahmen	-	Betrifft alle Aussagen, die Materialien und Ansätze der PEs als unpassend und damit als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Und ich hatte den Eindruck, dass das aber für ihn, glaube ich, doch zu hoch war, so. Ich bin jetzt / inhaltlich weiß ich nicht mehr genau, was das für ein genaues Thema war.“ (50-GB, Pos. 27-29)
284	-	-	-	Intervall der Hausbesuche / PE-Kontakte	-	Betrifft alle Aussagen, die das Intervall der Hausbesuche und PE-Kontakte als Barriere oder Herausforderung beschreiben. Die Ausdifferenzierung wird auf der 5. Ebene vorgenommen.	-siehe Definition-	-
285	-	-	-	-	Zu enges Intervall (Besuche zu häufig)	Meint, dass die Besuche und Kontakte zu häufig stattfinden.	-siehe Definition-	„Genau, das war auch sehr unterschiedlich. Ich muss aber dazu sagen, klar, alle Teilnehmer bei mir waren fast berufstätig. Und ich habe schon versucht oder angeboten allgemein: "Wir können uns so oft treffen, wie du möchtest." Aber wenn ich dann als Beispiel jetzt vorgeschlagen habe: "Ich kann alle zwei Wochen kommen", habe ich schon gemerkt, dass dann Termine vielleicht abgesagt wurden. Und ich habe das auch immer sehr direkt und offen angesprochen.“ (68-PE, Pos. 9)
286	-	-	-	-	Zu großes Intervall (Besuche zu selten)	Meint, dass die Besuche und Kontakte zu selten stattfinden.	-siehe Definition-	„Aber dadurch, dass die Abstände so lange sind, ist es mit der Umsetzung ein bisschen schwieriger. Also einmal im Monat oder alle sechs Wochen, gerade hier so eine Einrichtung, wie wir es sind, da braucht es halt

								Kontinuität. Und da ist es auch dann schnell wieder vergessen.“ (31-PU, Pos. 64)
287	-	-	-	Wechsel der PE	-	Betrifft alle Aussagen, die den Wechsel der PE als Barriere oder Herausforderung beschreiben.	-siehe Definition-	„Ja, vielleicht dieser Wechsel, dass da eine der Pflegeexpertinnen rausgegangen ist. Ich glaube, dass das auch, sage ich mal, ja, für ihn / erfährt ja ganz viele Wechsel immer wieder, dass da immer wieder neue Bezugspersonen kommen im Wohnen oder sonst wo. Und insofern wäre das, glaube ich, so eine Beständigkeit schon gut gewesen. Aber ja, er ist da, P1 ist da noch sehr offen für. Und dennoch spielt das auch eine Rolle.“ (50-GB, Pos. 61)
288	Q2: Inklusionsbezogene Aussagen	-	-	-	-	Betrifft alle Aussagen, die explizit inklusionsbezogen sind. Letztendlich sind alle Aussagen qua der Anlage des Projekts implizit inklusionsbezogen. Hier sollen aber Einstellungen, Werte, politische Aussagen (...) gesammelt werden.	-siehe Definition- Auf der 1. Ebene wird nur dann eine Codierung vergeben, wenn keine Zuordnung auf der 2. oder 3. Ebene möglich ist.	„Auf jeden Fall leidvoller, auch für sie schwieriger. Klar, natürlich, einerseits halt natürlich von außen, aber natürlich halt auch das, was P2 mitbringt. Ich glaube, das sind immer zwei Bedingungen, die halt irgendwie auch im Wechsel miteinander agieren sozusagen, dass ist dann halt natürlich einmal, was P2 mitbringt und halt auch einfach die Bedürfnisse, die sie hat und das, was sie an Unterstützung braucht. Und natürlich halt, was diese Gesellschaft ihr auch anbieten kann.“ (59-PU, Pos. 67)

Interview-Fragen

Fragen zur Person

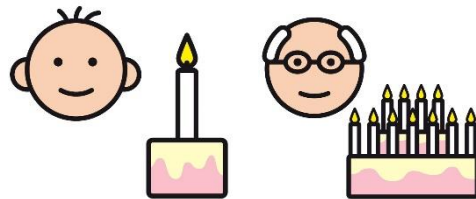
1. Wie darf ich Sie ansprechen?
Wollen wir uns siezen oder duzen?



2. Wie heißt du?



3. Wie alt bist du?



4. Welchen Beruf hast du?



Bitte sieh Dir das Bild an.



Die Frau möchte zum Frühstück Kaffee trinken.

Die Betreuerin greift zum Kaffee und sagt,
dass der ungesund ist.

Fragen zum Bild:

Was meinst du, wie fühlt sich die Frau?

Kennst du so eine ähnliche Situation?

Wenn ja, erzähl doch mal.

Wann nimmst du gerne von anderen

Ratschläge für deine Gesundheit an?

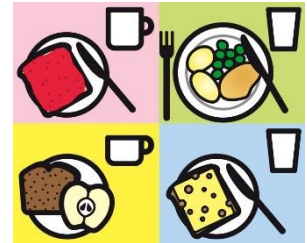
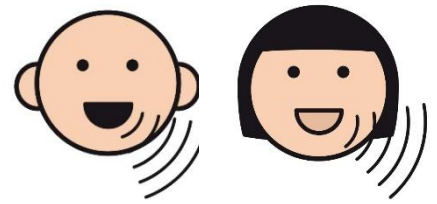
5. Wer redet mit Dir über Deine Ernährung?

Wie findest Du das?

Gibt es etwas,

was Du **nicht** gut findest?

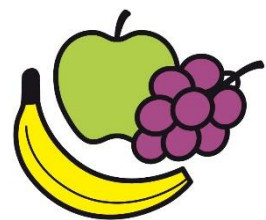
Was könnte besser sein?



Fragen zur Ernährung

6. Weißt du, was gesunde Ernährung ist?

Bitte erzähle etwas darüber.



7. Und, was denkst du?

Ernährst du dich gesund?



8. Was meinst Du?

Isst du

zu viel, zu wenig oder passend?

Warum ist das so?



9. Verbietest du dir bestimmte Lebensmittel?

Ja:

Welche Lebensmittel verbietest du dir?

Warum verbietest du dir diese Lebensmittel?

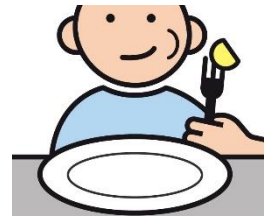


Auf der Arbeit

10. Isst du auf der Arbeit in der Cafeteria?

Wie findest Du das Angebot?

Was gibt es dort an gesundem Essen?



Falls nein, was gibt es bei Dir zu essen?

Und in der Freizeit

11. Kochst du selbst?



12. Ja:

Warum kochst du?

Nein:

Warum kochst du **nicht**?



13. Macht dir kochen Spaß?

Ja:

Warum?

Nein:

Warum **nicht**?

Wann würde dir kochen mehr Spaß machen?



16. Haben wir etwas Wichtiges vergessen?

Möchtest Du noch etwas sagen?

ENDE

Vielen Dank für das Interview.

Dankeschön für das Gespräch.

Evaluationsbericht: Übersicht über die Kosten

Relevante Vertragsärztliche Leistungen	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	20.733,25 €	11.214,06 €	21.086,20 €	8.411,01 €
Kosten pro Teilnehmer	423,13 €	400,50 €	448,64 €	382,32 €

Medikamente	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	100.129,48 €	21.804,64 €	41.385,16 €	7.833,57 €
Kosten pro Teilnehmer	567,62 €	247,78 €	185,58 €	126,35 €

Krankenhaus - stationär	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	25.426,24 €	27.821,16 €	52.431,24 €	4.236,49 €
Kosten pro Teilnehmer	1.412,57 €	2.529,20 €	2.383,24 €	706,08 €

Krankenhaus - ambulant	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	7.366,60 €	2.936,06 €	10.315,98 €	4.397,25 €
Kosten pro Teilnehmer	272,84 €	293,61 €	644,75 €	338,25 €

Zahnmedizinische Behandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	6.400,12 €	3.971,32 €	8.211,59 €	2.137,06 €
Kosten pro Teilnehmer	220,69 €	397,13 €	304,13 €	164,39 €

Parodontosebehandlung	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	1.683,40 €	0,00 €	1.778,12 €	0,00 €
Kosten pro Teilnehmer	561,13 €	0,00 €	889,06 €	0,00 €

Hilfsmittel	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	2.388,28 €	533,56 €	1.539,75 €	605,12 €
Kosten pro Teilnehmer	216,33 €	69,36 €	102,41 €	71,79 €

Heilmittel	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	1.497,89 €	1.705,59 €	1.791,69 €	1.812,43 €
Kosten pro Teilnehmer	77,40 €	98,16 €	50,44 €	88,95 €

Häusliche Krankenpflege	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t0	t2	t0	t2
Summe in Euro	4.598,74 €	1.993,77 €	4.816,13 €	3.383,35 €
Kosten pro Teilnehmer	19,84 €	18,44 €	16,33 €	21,21 €

Ausgaben für die gesundheitlichen Versorgungsleistungen	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Kosten für die tatsächliche TN
Summe in Euro	490.321,05 €	439.378,60 €	929.699,65 €
Kosten pro Teilnehmer	6.367,81 €	6.367,81 €	6.367,81 €

Ausgaben projektspezifische Aufwendungen für die gesundheitlichen Versorgungsleistungen	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Kosten für die tatsächliche TN
Summe in Euro	254.914,69 €	228.430,05 €	483.344,73 €
Kosten pro Teilnehmer	3.310,58 €	3.310,58 €	3.310,58 €