

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Techniker Krankenkasse
Förderkennzeichen:	01NVF16016
Akronym:	TransFIT
Projekttitel:	Frühintervention zur Vorbereitung und Begleitung des Transitionsprozesses aus der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin
Autoren:	Susanne Hildebrandt, Thorsten Tisch, Terese Dehl, Malte Müller, Elena Burgart, Hans-Dieter Nolting
Förderzeitraum:	1. April 2017 – 31. März 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Ausgangslage und Ziele.....	6
1.1	Hintergrund.....	6
1.2	Ziele und Endpunkte	7
2.	Darstellung der neuen Versorgungsform	8
2.1	Zielgruppen der neuen Versorgungsform	8
2.2	Leistungen, Prozesse, Strukturen, Instrumente und sonstige organisatorische Maßnahmen.....	9
3.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	12
3.1	Fragestellungen und Zielgrößen (Effektevaluation).....	12
3.2	Fragestellungen der Prozessevaluation	13
3.3	Datenquellen und Analysen.....	14
3.3.1	Primärdaten.....	15
3.3.2	Routinedaten der Krankenkasse.....	20
3.3.3	Kontrollgruppenbildung.....	29
3.3.4	Validierung der Befragungsdaten.....	41
3.3.5	Analysen der Effektevaluation	45
3.3.6	Analysen der Prozessevaluation	53
4.	Ergebnisse der Evaluation.....	55
4.1	Entwicklung der Programmeinschreibungen.....	55
4.2	Inanspruchnahme der Teilleistungen.....	57
4.3	Endpunkte der Effektevaluation	60
4.3.1	Krankenhausinanspruchnahme	60
4.3.2	Vermeidung von Versorgungsabbrüchen	65
4.3.3	Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben	70

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

4.3.4	Zusammensetzung der Antworte der schriftlichen Befragungen von Patienten und Eltern.....	73
4.3.5	Lebensqualität	77
4.3.6	Selbstmanagementkompetenz	83
4.3.7	Familiäre Belastung.....	89
4.4	Endpunkte der Prozessevaluation	91
4.4.1	Versorgungsbedarfe und Unterstützungsleistungen durch das Fallmanagement..	91
4.4.2	Entwicklung und Einhaltung eines Versorgungspfad.....	95
4.4.3	Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das Fallmanagement und den Telekommunikationsmöglichkeiten.....	99
5.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	102
5.1	Zusammenfassung der Effektevaluation	102
5.2	Zusammenfassung der Prozessevaluation	104
5.3	Limitationen	106
5.4	Schlussfolgerungen	106
5.5	Empfehlungen des Evaluators	109
6.	Literaturverzeichnis	110
7.	Anhang	112

I. Abkürzungsverzeichnis

Es wurden keine Abkürzungen verwendet

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	TransFIT Versorgungspfad	12
Abbildung 2:	Zuordnung der Analysepopulationen zu den TransFIT Zielen und Fragestellungen	15
Abbildung 3:	Analysequartale Versorgungskontinuität	49
Abbildung 4:	Entwicklung der Einschreibungen	56
Abbildung 5:	Einschreibende Praxen und Einschreibungen pro Praxis	57
Abbildung 6:	Inanspruchnahme der Teilleistungen in Projektverlauf (kumuliert)	60
Abbildung 7:	Odds Ratio des Interventionseffekts auf die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	65
Abbildung 8:	Interventionseffekt auf die Höhe der Behandlungskosten (in Euro)	73
Abbildung 9:	Besondere Leistungsbedarfe nach Themenschwerpunkten	93
Abbildung 10:	Bewertung des Fallmanagements	100
Abbildung 11:	Odds Ratio des Interventionseffekts auf die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	116

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Indikationsgruppenzuordnung	17
Tabelle 2:	Rückläufe der schriftlichen Befragung von Patienten und Eltern (Anzahl, Anteil an Summe Familien) zu den beiden Befragungszeitpunkten	19
Tabelle 3:	Verteilung des Geburtsjahres von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe	35
Tabelle 4:	Verteilung des Geschlechts von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe	35
Tabelle 5:	Verteilung der Einschlussindikationsgruppe von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe	37
Tabelle 6:	Verteilung der Krankenhaushistorie von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe	38
Tabelle 7:	Baselinecharakteristik von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe	38

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Tabelle 8:	Baselinecharakteristik von TransFIT-Teilnehmenden mit Routinedaten und gematchter Kontrollgruppe	39
Tabelle 9:	Gemeinsame Verteilung der Angaben aus der Befragung und der Angaben aus den Routinedaten zu Krankenhausaufenthalten im Kontrollzeitraum	43
Tabelle 10:	Gemeinsame Verteilung der Angaben aus der Befragung und der Angaben aus den Routinedaten zu Krankenhausaufenthalten im Interventionszeitraum	44
Tabelle 11:	Eingrenzung der Wirkstoffgruppen und Indikationsgruppen	50
Tabelle 12:	Altersverteilung der Teilnehmenden mit Programmteilnahme ab L-02	58
Tabelle 13:	Inanspruchnahme der TransFIT-Teilleistungen	59
Tabelle 14:	Anzahl und Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung	61
Tabelle 15:	Ergebnisse der Regressionsanalyse der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	62
Tabelle 16:	Anzahl und Anteil der Personen mit einer indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlung	63
Tabelle 17:	Ergebnisse der Regressionsanalyse der indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	64
Tabelle 18:	Analyse der ambulanten Behandlungsfälle	67
Tabelle 19:	Analyse der ambulanten Behandlungsfälle (Asthma)	68
Tabelle 20:	Analyse der ambulanten Behandlungsfälle (Allergische Rhinopathie)	69
Tabelle 21:	Analyse der ambulanten Behandlungsfälle (Diabetes Mellitus Typ 1)	70
Tabelle 22:	Mittlere Behandlungskosten im Interventionszeitraum (in Euro)	71
Tabelle 23:	Entwicklung der Behandlungskosten im Interventionszeitraum im Vergleich zum Kontrollzeitraum (in Euro)	72
Tabelle 24:	Interventionseffekt auf die Höhe der Behandlungskosten	73
Tabelle 25:	Verteilung der antwortenden Patienten der Eingangsbefragung (PF-t0) nach Alter (Stichtag 31.12.2019) und Geschlecht sowie der Grundgesamtheit bei Einschluss (L-01)	74
Tabelle 26:	Verteilung der antwortenden Patienten der Abschlussbefragung (PF-t1) sowie der Längsschnittstichprobe (PF-t0-t1) nach Alter (Stichtag 31.12.2020) und Geschlecht	75
Tabelle 27:	Antwortende Patienten nach Indikationsgruppen (Mehrfachzuordnungen möglich) (Anzahl, Anteil an jeweiliger Gesamtgruppe)	76
Tabelle 28:	Schulabschlüsse der Mütter und Väter der Patienten	77
Tabelle 29:	Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0): KINDL ^R : Total-Score, Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert	78
Tabelle 30:	Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0): KINDL ^R : Familie, Freunde, Schule, Erkrankung	78
Tabelle 31:	Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: KINDL ^R : Total-Score, Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert	79

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Tabelle 32:	Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: KINDL ^R : Familie, Freunde, Schule, Erkrankung	80
Tabelle 33:	Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Indikationsgruppen: Mittelwerte der KINDL ^R -Skalen sowie alters- und geschlechtsadjustierter Effekt der Zugehörigkeit zur Indikationsgruppe (in Klammern)	82
Tabelle 34:	Veränderung der Lebensqualität zwischen Eingangsuntersuchung (PF-t0) und Abschlussuntersuchung (PF-t1): Überprüfung von Mittelwertunterschieden der KINDL ^R -Skalen (t-Test für verbundene Stichproben)	83
Tabelle 35:	Selbstmanagementkompetenz (<i>IMS-mod</i>) bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0)	84
Tabelle 36:	Selbstmanagementkompetenz bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: <i>IMS-mod</i> (Total) sowie Subskalen <i>Behandlungsgregime-mod</i> , <i>Kognitive Probleme</i>	84
Tabelle 37:	Selbstmanagementkompetenz bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: Subskalen <i>Soziale Unterstützung/Selbstwirksamkeit</i> , <i>Verleugnung/Fehlendes Vertrauen-mod</i> , <i>Peers/Familie-mod</i>	86
Tabelle 38:	Selbstmanagementkompetenz bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Indikationsgruppen: Mittelwerte der <i>IMS-mod</i> -Skalen sowie alters- und geschlechtsadjustierter Effekt der Zugehörigkeit zur Indikationsgruppe (in Klammern)	87
Tabelle 39:	Veränderung der Selbstmanagementkompetenz zwischen Eingangsuntersuchung (PF-t0) und Abschlussuntersuchung (PF-t1): Überprüfung von Mittelwertunterschieden der <i>IMS-mod</i> -Skalen (t-Test für verbundene Stichproben)	88
Tabelle 40:	Familiäre Belastung (FaBel) bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0)	89
Tabelle 41:	Familiäre Belastung bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Indikationsgruppen: Mittelwerte der FaBel-Skalen adjustiert nach den Kovariaten „Migrationshintergrund ja/nein“ und „weiteres Kind mit chronischer Erkrankung im Haushalt“	90
Tabelle 42:	Veränderung der Familiären Belastung zwischen Eingangsuntersuchung (EF-t0) und Abschlussuntersuchung (EF-t1): Überprüfung von Mittelwertunterschieden der FaBel-Skalen (t-Test für verbundene Stichproben)	91
Tabelle 43:	Ermittelte Bedarfe und erbrachte Leistungen durch das Fallmanagement (Anzahl Patienten in der jeweiligen Kategorie)	92
Tabelle 44:	Erbrachten Leistungen des Fallmanagements kategorisiert nach Themenschwerpunkten	94
Tabelle 45:	Bewertung der eingesetzten Telekommunikationsmittel	101
Tabelle 46:	Anzahl und Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung	113
Tabelle 47:	Ergebnisse der Regressionsanalyse der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	114
Tabelle 48:	Ergebnisse der Regressionsanalyse der indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	115
Tabelle 49:	Anzahl und Anteil der Personen mit einer indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlung	116
Tabelle 50:	Ergebnisse der Regressionsanalyse der stationären Krankenhauskosten (in Euro)	117
Tabelle 51:	Ergebnisse der Regressionsanalyse der ambulante Behandlungskosten (in Euro)	118

1. Ausgangslage und Ziele

1.1 Hintergrund

Den Ergebnissen der ersten Wiederholungserhebung des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS Welle 1) zufolge leiden etwa 16% der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) in Deutschland an einer oder mehreren „lang andauernden, chronischen Erkrankungen“ (Neuhauser *et al.* 2014). In der KiGGS-Basiserhebung war ferner festgestellt worden, dass fast 14% aller Kinder und Jugendlichen einen besonderen, zusätzlichen Bedarf an Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung haben (Scheidt-Nave *et al.* 2007). Dieser höhere Versorgungsbedarf wird durch chronische Krankheiten und Gesundheitsstörungen verursacht, die bereits ab der Geburt bestehen oder im Kindes- und Jugendalter ausbrechen, wie bspw. angeborene Fehlbildungen, Asthma bronchiale, Diabetes Typ 1, Epilepsien, juveniles Rheuma oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Eine wichtige Rolle spielen darüber hinaus auch psychische und Verhaltensstörungen (u.a. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) (Schlack *et al.* 2014; Hölling *et al.* 2014) allergische Erkrankungen sowie Adipositas. Die medizinische Versorgung dieser Patienten liegt je nach Krankheitsbild in den Händen von hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, niedergelassenen Pädiatern mit besonderen Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen sowie spezialisierten Zentren an Krankenhäusern.

Eine besonders kritische Phase stellt für diese Patientengruppen bei Erreichen des entsprechenden Alters der Übergang aus der pädiatrischen in die erwachsenenmedizinische Versorgung dar (sog. Transitionsphase). Studien zufolge treten bei 30 bis 40% der Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und besonderem Versorgungsbedarf in der Transitionsphase mehr oder weniger ausgeprägte Störungen und Brüche der Versorgungskontinuität auf, d.h. die Patienten verlieren für kürzere oder längere Zeit den Kontakt zu der notwendigen medizinischen Versorgung und stellen sich in den fachlich qualifizierten Einrichtungen der Erwachsenenmedizin erst dann wieder vor, wenn – im Prinzip vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind (Seiffge-Krenke 2015). In der Transitionsphase (17 bis 24 Jahre) besteht beispielsweise bei nierentransplantierten Kindern- und Jugendlichen das höchste Risiko eines Transplantatverlusts, im Vergleich zu jüngeren (3 bis 16 J.) oder höheren Altersgruppen (24 und älter) (Arendonk *et al.* 2013). Von den jugendlichen Diabetes-Patienten verlieren bis zu 40% nach dem Verlassen der pädiatrischen Versorgung zunächst den Kontakt zur spezialisierten medizinischen Versorgung (Van Wallegghem *et al.* 2011). In einer anderen Studie wurde im Zusammenhang mit der Transition ein 2,5fach erhöhtes Risiko für eine schlechte Blutzuckereinstellung festgestellt (Lotstein *et al.* 2013). International weitgehend übereinstimmend finden sich ursächlich dafür zum einen die alterstypische Ablehnung der Unterstützung durch die Eltern, als auch Unsicherheiten im Umgang mit den Abläufen im Gesundheitssystem sowie die Skepsis gegenüber dem Wechsel vertrauter Betreuungspersonen und -strukturen. Das „Zurechtkommen“ in der Erwachsenenwelt erfordert andere Verhaltensweisen und die Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf andere Betreuungsstrukturen und -stile einzustellen. Auf die bestehenden Versorgungsdefizite in der Transitionsphase hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009 ausdrücklich hingewiesen und empfohlen: „Transitionsprogramme sollten auf Systemebene (z. B. Finanzierung), auf Ebene der Institutionen und auf der Ebene der Gesundheitsberufe ihren festen Platz haben“ (Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010).

Die skizzierten Probleme in der Transitionsphase sind in dem größeren Kontext der bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen erforderlichen schrittweisen Entwicklung der Fähigkeiten zum Selbstmanagement in Bezug auf den Umgang mit der Krankheit zu sehen. Mit fortschreitendem Alter sollten die Patienten darauf vorbereitet werden, Aufgaben selbständig

zu übernehmen, die in der Kindheit von den Eltern geleistet werden. Inwieweit dieser Prozess des Aufbaus von Selbstmanagementkompetenzen voranschreitet bzw. wie gut junge Patienten bei Erreichen der Volljährigkeit darauf vorbereitet sind, eigenständig Verantwortung für ihre medizinische Versorgung zu übernehmen, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Neben der – unter Umständen krankheitsbedingt eingeschränkten – Fähigkeit und der – gegeben falls reifungsbedingt weniger ausgeprägten – Bereitschaft der Patienten selbst, spielt unter anderem auch die Bereitschaft der Eltern zur Verantwortungsübertragung sowie deren eigene krankheitsbezogenen Kenntnisse und Fähigkeiten eine Rolle. Zur Unterstützung der jungen Patienten und ihrer Familien wurden daher spezielle, indikationsübergreifende Schulungsprogramme entwickelt (Ernst & Szepanski 2014-2020).

Für einen Teil der pädiatrischen Patienten mit chronischen Erkrankungen wird seit 2008 im Rahmen eines Selektivvertrags in mehreren Bundesländern ein spezielles Transitionsprogramm angeboten, das durch standardisierte Prozesse und ein Fallmanagement eine strukturierte Überleitung in die Erwachsenenmedizin gewährleistet. Dieses „Berliner Transitionsprogramm (BTP)“ (Müther *et al.* 2014; Findorff *et al.* 2016) erstreckt sich ausschließlich auf die relativ kleine Zahl von Patienten mit Erkrankungen, die ganz überwiegend in spezialisierten pädiatrischen Zentren an Krankenhäusern behandelt werden (Diabetes Typ 1, Epilepsien, CED, chron. Niereninsuffizienz, Juvenile Arthritis).

Die Patientengruppen, die durch pädiatrische Klinikambulanzen behandelt werden, wechseln in der Regel erst um das 18. Lebensjahr herum in die Erwachsenenversorgung. Im Gegensatz dazu verlassen chronisch kranke Jugendliche die Versorgung durch den niedergelassenen Pädiater teilweise bereits deutlich früher (meist ab ca. 14 Jahren). Zumindest bei einem Teil der Patienten ist dieser ungesteuerte Wechsel in die Erwachsenenmedizin aufgrund der Krankheitsschwere, einer nicht hinreichend entwickelten Selbständigkeit im Umgang mit der Erkrankung sowie unzureichender familiärer Unterstützungsstrukturen jedoch mit gesundheitlichen Risiken verbunden: Für einige der relevanten Krankheitsbilder ist eine entsprechend spezialisierte Erwachsenenversorgung nicht bzw. nicht flächendeckend vorhanden (z.B. ADS/ADHS, Adipositas), so dass komplexere Behandlungsansätze nicht angeboten werden bzw. nur eine Basisversorgung (bspw. Weiterverordnung von Medikamenten) stattfindet. Bei Patienten mit gravierenden Mängeln in Bezug auf das eigenständige Krankheitsmanagement und die familiäre Unterstützung ist zu befürchten, dass das Setting in der ambulanten Erwachsenenmedizin keine ausreichende Führung und Begleitung bietet, so dass u.U. bereits während der pädiatrischen Versorgung apparente Probleme (z.B. mangelnde Adhärenz bzgl. medikamentöser Behandlung bspw. bei Asthma bronchiale) sich nach dem Wechsel verschlechtern. In Bezug auf diese Patientengruppen kann es daher sinnvoll sein, die kontinuierliche pädiatrische Versorgung in der Adoleszenz um ein Angebot zur Unterstützung beim Aufbau der Selbstmanagementfähigkeit mit Bezug auf die eigene Erkrankung zu ergänzen.

1.2 Ziele und Endpunkte

Unmittelbares Ziel von TransFIT ist es, (1) eine strukturierte Transitionsbegleitung und –vorbereitung für Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf zu implementieren, die bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen oder bei spezialisierten pädiatrischen Ambulanzen in Behandlung sind sowie (2) durch eine Frühintervention im Altersbereich ab 12 Jahren die Selbstmanagement-Kompetenzen von chronisch kranken Jugendlichen zu verbessern, um sie auf den späteren Transitionsprozess in die Erwachsenenmedizin vorzubereiten.

Durch diese Interventionen des Programms sollen folgende Ergebnisse erzielt werden:

1. Vermeidung von Komplikationen und Aggravationen des jeweiligen Krankheitsbildes in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Wechsel in die Erwachsenenmedizin

bzw. in dem Altersbereich, in dem die Anbindung an die pädiatrische Versorgung vielfach schwächer wird, ohne dass die erforderliche Verankerung in der Erwachsenenversorgung etabliert wäre, gemessen durch die Krankenhausinanspruchnahme.

2. Erreichen einer definierten Versorgungskontinuität, gemessen durch das Erreichen krankheitsspezifisch festgelegter Inanspruchnahmefrequenzen der relevanten ambulanten Leistungserbringer sowie regelgerechter Verordnungshäufigkeiten von notwendigen Arzneimitteln.
3. Senkung der Leistungsausgaben der Krankenkassen, d.h. Kompensation der programmspezifischen sowie der durch eine leitliniengerechte Inanspruchnahme (ambulante Versorgung, Arzneimittel) entstehenden Zusatzkosten durch die Verminderung von vermeidbaren stationären Aufenthalten.
4. Verbesserung der Kompetenz der jugendlichen Patienten zum eigenständigen Management ihrer chronischen Erkrankung, gemessen durch ein Fragebogeninstrument.
5. Reduktion der Belastung der Familien durch die Erkrankung des Kindes/Jugendlichen.

Im Rahmen der Evaluation soll das Erreichen dieser Ziele (1) bis (5) überprüft werden.

2. Darstellung der neuen Versorgungsform

2.1 Zielgruppen der neuen Versorgungsform

Zielgruppe von TransFIT sind gesetzlich Versicherte im Altersbereich ab 12 Jahren, die in Behandlung bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt sind (ausschließlich oder zusätzlich zur Behandlung in einer spezialisierten pädiatrischen Ambulanz an einem Krankenhaus), mit einer oder mehreren der folgenden ICD-10-Diagnosen: C00-C97, D80-D84, E03.1, E03.2, E10, E23.0, E25.0, E66.0, E70.0-E72.9, E74.0-E77.9, E83, E84.0, E84.1, E84.8, F31.0-F33.8, F40.0 bis F41.8, F42.0 bis F42.8, F43.0-F43.8, F50.0-F50.3, F70 bis F73, F80-F89, F84, F90-F98, G12.0-G12.8, G40.1 bis G40.4, G71.0-G71.8, G80.0-G82.6, G80.0-G80.8, J30.1 bis J30.3, J44.8, J45.0, J45.1, J45.8, K50.0, K50.1, K50.88, K51.0 bis K51.8, K90.0, L20.8, M08.0 bis M08.9, M32.1, N00-N07, N13.0, N13.7, N18.1-N18.89, Q00.0-Q07.8, Q05.0 bis Q05.8, Q20 bis Q26.8, Q23.0 bis Q 23.8, Q35.1-Q37.5, Q39.0-Q39.8, Q72.0-Q73.8, Q79.0-Q79.5, Q80.0-Q81.8, Q85.0-Q85.8, Q87.0-Q87.8, Q85.0, Q91 bis Q93, Q99.2, R62.8. (vgl. dazu auch Tabelle 1).

Das Spektrum einschussfähiger Diagnosen umfasst somit sowohl die häufigsten bereits im Kindes- und Jugendalter auftretenden chronischen Krankheiten (z.B. Asthma bronchiale, Epilepsien, Diabetes mellitus Typ 1), als auch seltene Gesundheitsstörungen. Ferner sind Krankheitsbilder eingeschlossen, die vielfach, aber nicht zwangsläufig chronisch verlaufen müssen, wie bspw. Adipositas.

Ursprünglich war die Zielgruppe auf Versicherte der als Konsortial- bzw. Kooperationspartner an dem Vorhaben beteiligten Krankenkassen (TK, DAK-Gesundheit) eingegrenzt. Die nach dem Stichprobenplan vorgesehenen Teilnehmendenzahlen konnten auf dieser Grundlage zu Beginn der Projektlaufzeit nicht erreicht werden. Ab dem 17-ten Monat des Rekrutierungszeitraums wurde daher für die Versicherten aller Krankenkassen die Möglichkeit zur Teilnahme geschaffen, was zu einem deutlichen Anstieg der Einschreibungen geführt hat.

2.2 Leistungen, Prozesse, Strukturen, Instrumente und sonstige organisatorische Maßnahmen

Die Projektstruktur bilden zum einen die Kinder- und Jugendärzte bzw. spezialisierten pädiatrischen Ambulanzen, die an TransFIT teilnehmen, d.h. dem als Rechtsgrundlage dienenden Vertrag zur Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V beigetreten sind. Zum anderen das zentral beim Konsortialpartner DRK Kliniken angesiedelte Fallmanagement (Fallmanagement), das im Rahmen der neuen Versorgungsform aufgebaut wurde.

Das Fallmanagement koordiniert die Prozesse der Frühintervention bzw. der Transitionsbegleitung im Auftrag der teilnehmenden niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und begleitet die Patienten mit Mitteln der Telekommunikation (Online Video-Sprechstundensystem, Smartphone-App, Telefon). Die teilnehmenden Praxen und Ambulanzen informieren das Fallmanagement über die Einschreibung eines Patienten in das Programm (vgl. Leistung L-01). Das Fallmanagement nimmt dann eigenständig Kontakt zu der Familie auf (vgl. L-02). Im weiteren Verlauf obliegt dem Fallmanagement – neben der Einleitung, Koordination oder eigenständigen Erbringung der projektspezifischen Versorgungsleistungen (L-02 bis L-07) – vor allem die kontinuierliche Information und Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten, die den Patienten primär versorgen und eingeschrieben haben.

Bestandteil von TransFIT sind die folgenden – nicht zur Regelversorgung gehörenden patientenassoziierten Leistungen:

L-01 Kinder- und Jugendarzt: Beauftragung und Abstimmung mit dem Fallmanagement

Bei Vorliegen einer Einschlussdiagnose und Indikation für eine Begleitung durch das TransFIT-Fallmanagement informiert die Kinder und Jugendarztpraxis bzw. die Ambulanz die Patienten/Familien über Ziele und Vorgehensweise des Projektes, dokumentiert die Einwilligung zur Teilnahme, präzisiert den Auftrag an das Fallmanagement, stimmt sich während der Betreuung kontinuierlich mit dem Fallmanagement ab, modifiziert im weiteren Verlauf gegebenenfalls den Auftrag usw. Leistung L-01 kann für jeden an das Fallmanagement übergebenen Patienten einmalig abgerechnet werden und inkludiert auch die Abstimmung mit dem Fallmanagement im weiteren Verlauf der Betreuung. Die Praxen führen mit den Patienten und ihren Eltern den Prozess der Einwilligungserklärung inklusive aller Erklärungen zum Datenschutz durch (Weiterleitung an Fallmanagement-Zentrale und beteiligte Krankenkassen).

L-02 Fallmanagement: Erstkontakt und Assessment der Selbstmanagement-Kompetenz

L-02 umfasst den ersten Kontakt des Patienten mit dem Fallmanagement. Die Fallmanager müssen – ergänzend zur vorangehenden Aufklärung durch den Pädiater (L-01) – Ziele und Vorgehensweise des Fallmanagements erläutern und die Daten des Patienten in das Fallmanagement-Managementsystem einpflegen. Sofern die Patienten bzw. ihre Eltern zustimmen und die technischen Voraussetzungen (Computer mit Kamera, Internetzugang) in dem Haushalt vorhanden sind, sollen im Rahmen des Erstkontakts mit Unterstützung des Fallmanagements auch die Installationen für künftige telemedizinische Video-Kontakte sowie die elektronische Fragebogenbearbeitung geschaffen werden. Das Assessment der Selbstmanagement-Kompetenz des Patienten sowie der familiären Unterstützung soll i.d.R. bereits über das Video-System durchgeführt werden (alternativ auch telefonisch). Das eigentliche Assessment umfasst ein leitfadengestütztes Interview sowie die Bearbeitung eines ergänzenden standardisierten Fragebogens, der elektronisch bearbeitet werden kann (alternativ auch als Papierversion, die postalisch zugesandt wird). Zu L-02 gehören ferner die

Akronym: TransFIT
Förderkennzeichen: 01NVF16016

Auswertung des Interviews und des Fragebogens durch die Fallmanagement-Zentrale, die Information des Pädiaters (Email) über die Ergebnisse, die Abstimmung der weiteren Vorgehensweise sowie die Dokumentation des Prozesses in der Fallmanagement-Software. (Die Rückkopplung an den Patienten bzw. die Eltern erfolgt durch den Pädiateur und ist Bestandteil von L-01).

L-03 Fallmanagement: Vermittlung und Organisation von Transitionsschulungen

Im Rahmen von TransFIT bestand das Angebot der Vermittlung bzw. Organisation der Teilnahme an zwei Schulungsprogrammen, entweder durchgeführt als Transitions-Workshop oder als ModuS-Schulung (Ernst & Szepanski 2014-2020). Für die Patienten bei denen die Pädiateur eine ModuS-Schulung verordnen, organisiert das Fallmanagement die Schulungen. Bereits bei der Konzeption des Programms war bekannt, dass die Organisation von Schulungen eine besondere Herausforderung darstellt, da eine Mindestzahl von Teilnehmenden erforderlich ist, die i.d.R. nicht aus einer Praxis bzw. Ambulanz gewonnen werden kann. Die Schulungen kommen daher nur zustande, wenn Patienten aus unterschiedlichen, räumlich gegebenenfalls weiter auseinanderliegenden Praxen und Ambulanzen für einen Schulungstermin zusammengeführt werden können. Das Fallmanagement sollte im Rahmen von L-03 solche Schulungen praxis- und ortsübergreifend organisieren, d.h. die terminliche Koordination, die Organisation von Räumlichkeiten sowie – im Falle der ModuS-Schulungen – die Verpflichtung von Trainern durchführen. Im Falle der Transitions-Workshops führt das Fallmanagement die Schulung selbst durch.

L-04 Fallmanagement: Transitionsbegleitung

L-04 umfasst die Begleitung des Transitionsprozesses durch das Fallmanagement: Abstimmung mit dem Pädiateur über die Wechselabsicht des Patienten (bzw. der Eltern), Absprachen mit dem Patienten über den Verlauf der Transition, Koordination des Ersten Transitionsgesprächs (vgl. L-05), mit dem Patienten/den Eltern abgestimmte Suche nach einem geeigneten Erwachsenenmediziner (unter Berücksichtigung eventuell vom Pädiateur spezifizierter medizinischer Gesichtspunkte), Koordination des Zweiten Transitionsgesprächs (vgl. L-06) sowie die zwischenzeitlichen Kontakte mit dem Patienten und ggf. dem Erwachsenenmediziner, um die Kontinuität der Versorgung zu sichern. Fester Bestandteil ist ferner die Überprüfung, ob der Patient nach dem Wechsel in einer kontinuierlichen erwachsenenmedizinischen Versorgung verankert ist (Nachfragen des Fallmanagements bei Patient/Familie und Erwachsenenmediziner ca. 6 Monate nach dem Wechsel). Leistung L-04 erstreckt sich – einschließlich der „Nachkontrolle“ - konzeptgemäß über einen Zeitraum von ca. 12 Monaten.

L-05 Kinder- und Jugendarzt: Transitionsgespräch und Epikrise

Sofern ein Patient beim Wechsel in die Erwachsenenmedizin begleitet wird, führt der („abgebende“) Pädiateur mit dem Patienten (und ggf. den Eltern) das erste Transitionsgespräch. In diesem Gespräch berät der Arzt gezielt zu allen Fragen im Zusammenhang mit dem Arztwechsel und erläutert die Unterstützung durch das Fallmanagement. Die Gespräche werden auf Basis von Fragebögen vorbereitet, die das Fallmanagement zur Verfügung stellt. Das Gespräch selbst wird entlang der „Checkliste Transitionsgespräche“ strukturiert. Das Ergebnis wird in Form der ausgefüllten Checkliste dokumentiert, und zusammen mit den Fragebögen an das Fallmanagement übermittelt. Alle Instrumente, die hierbei zum Einsatz kommen, sind im Anhang angefügt. Ferner erstellt der Pädiateur entsprechend dem Krankheitsbild des Patienten eine indikationsspezifische

Akronym: TransFIT
Förderkennzeichen: 01NVF16016

standardisierte Epikrise, die an den „aufnehmenden“ Erwachsenenmediziner übermittelt wird.

L-06 Erwachsenenmediziner: Zweites Transitionsgespräch

Teil des strukturierten Transitionsprozesses ist ferner das zweite Transitionsgespräch, das der vom Patienten und seiner Familie mit Unterstützung des Fallmanagements gewählte Erwachsenenarzt unmittelbar nach dem Wechsel mit dem Patienten (und ggf. den Eltern) führt. Auch das zweite Transitionsgespräch wird durch eine Checkliste strukturiert, die auch als Dokumentationsinstrument für dieses Gespräch dient und an das Fallmanagement weitergeleitet wird. Alle eingesetzten Instrumente sind im Anhang angefügt.

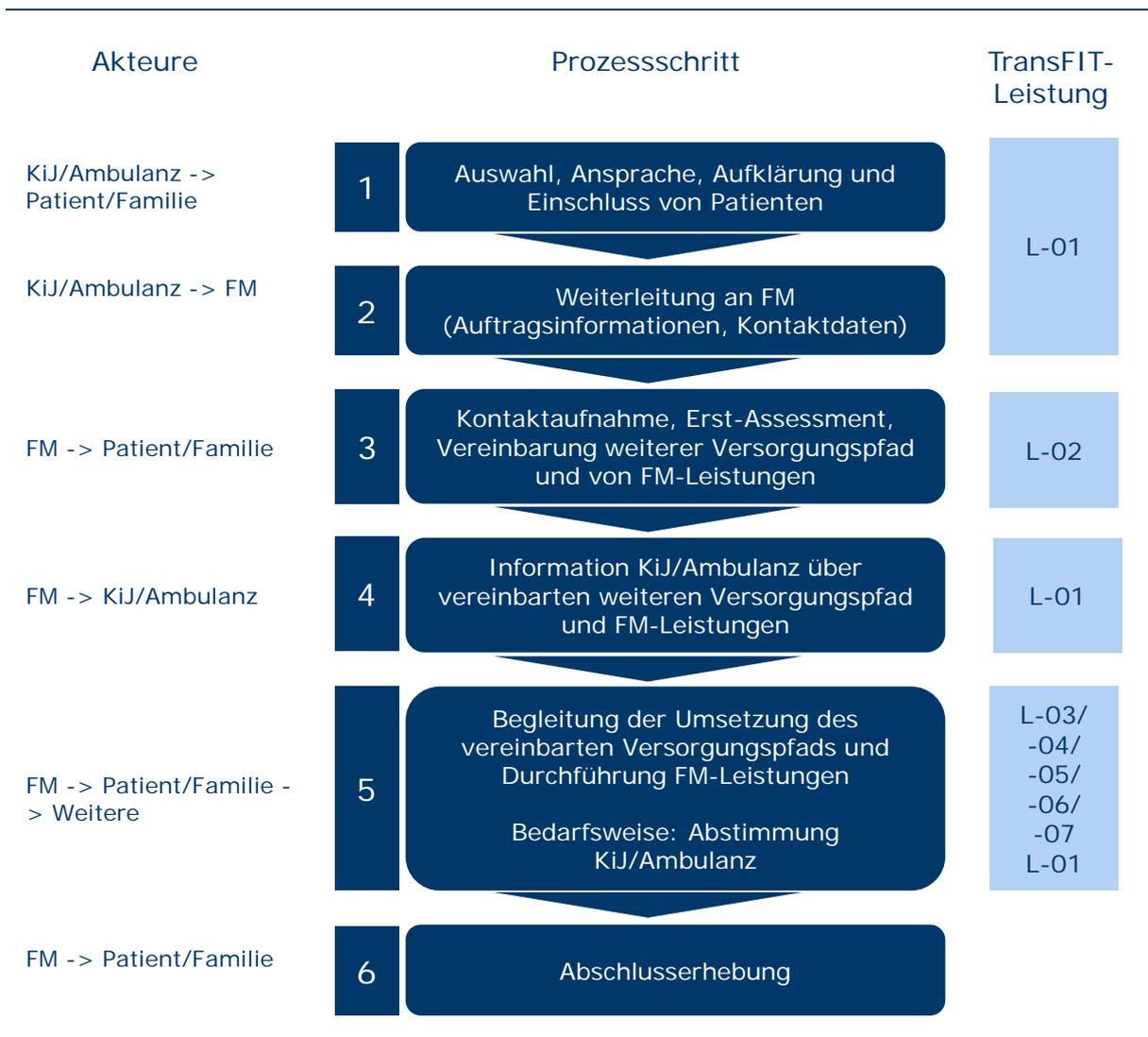
L-07 Fallmanagement: Spezifische Leistungen

Die spezifischen Leistungen nach L-07 umfassen Fallmanagementleistungen, die nicht im direkten Zusammenhang mit den Leistungen L-03 bis L-06 stehen, insbesondere bei Patienten, bei denen es zum aktuellen Zeitpunkt nicht um die Frage der Transition geht, sondern um die Kompetenzen des Patienten bzw. seiner Familie im Umgang mit der Erkrankung sowie damit verknüpften psychosozialen Fragestellungen. Dies umfasst, je nach individuellem Bedarf, in unterschiedlichen Anteilen: Beratungskontakte zwischen dem Fallmanagement und dem Patienten bzw. der Familie, Vor- und Nachbereitung dieser Kontakte durch das Fallmanagement, fallspezifische Ermittlungs- und Rechercheaufgaben (z.B. Ermittlung von geeigneten sonstigen Leistungserbringern am Wohnort der Patienten), Rückmeldung und Abstimmung mit dem beauftragenden Pädiater. Der Arbeitsumfang des Fallmanagements für die Leistung L-07 war mit durchschnittlich drei Zeitstunden je Teilnehmendem veranschlagt.

Im Laufe des Projekts wurden die patientenbezogenen Leistungen L-01 bis L-07 ferner durch eine übergreifend allen Teilnehmenden angebotene Leistung ergänzt: Um die „Greifbarkeit“ der Programmteilnahme auch unabhängig von der individuellen Inanspruchnahme der Leistungen zu erhöhen sowie einen weiteren Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz („health literacy“) zu leisten, wurden „Elternbriefe“ eingeführt. Dabei handelt es sich um von Experten aus dem Bereich der Patientenschulung im Auftrag des Projekts erstellte Informationsbriefe zu 15 Themenschwerpunkten aus den Bereichen Erwachsenwerden, Pubertät, Loslassen (Zielgruppe Eltern) und dem Umgang mit chronischen Erkrankungen. Die Elternbriefe wurden durch das Fallmanagement quartalsweise verschickt. Der Versand der Elternbriefe bot dem Fallmanagement auch Gelegenheit den Kontakt zu den Familien zu aktualisieren.

Die einzelnen Leistungen sind in den durch TransFIT etablierten Versorgungspfad zwischen kinder- und jugendärztlichen Praxen bzw. Ambulanzen, dem Fallmanagement und den Patienten bzw. Familien integriert (vgl. Abbildung 1). Dabei sind die Prozessschritte 1 bis 4 und 6 als generisch anzusehen, wogegen der Prozessschritt 5 jeweils patientenindividuell und in Abhängigkeit vom spezifischen Versorgungs- bzw. Unterstützungsbedarf auszugestalten war. Die hauptsächliche Aufgabe des Fallmanagements bestand darin, in Abstimmung mit den Patienten bzw. Familien sowie dem zuweisenden Kinder- und Jugendarzt diesen Teil des Versorgungspfades zu vereinbaren und zu begleiten bzw. durchzuführen.

Abbildung 1: TransFIT Versorgungspfad



Quelle: Eigene Darstellung
 Anmerkung: KiJ/Ambulanz: = Kinder- und Jugendarztpraxis bzw. Ambulanz; Fallmanagement:= Fallmanagement

3. Darstellung des Evaluationsdesigns

3.1 Fragestellungen und Zielgrößen (Effektevaluation)

Primäres Outcome nach dem überarbeiteten Evaluationskonzept ist die **Verringerung der Krankenhausinanspruchnahme (Ziel 1)** bei den teilnehmenden Patienten. Die Verringerung der Krankenhausinanspruchnahme wird folgendermaßen operationalisiert:

Der Anteil von Patienten mit einer Krankenhausbehandlung ist in der Interventionsgruppe (IG) innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten nach Einschluss in das Programm signifikant geringer als in einer geeigneten Kontrollgruppe (KG).

Ursprünglich war im Evaluationskonzept (Versionen V1 und V2) die Verringerung der Krankenhausinanspruchnahme als ein sekundäres Outcome festgelegt. Die Modifikation des primären Outcomes erfolgte, da die erforderliche Fallzahl für die Bestimmung statistisch signifikanter Unterschiede im bis dahin primären Outcome (GKV-Gesamtkosten) absehbar

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

nicht erreicht werden konnte. Die GKV-Gesamtkosten der Interventionsteilnehmenden aus Routinedaten stehen nur für Versicherte der als Konsortial- bzw. Kooperationspartner beteiligten Krankenkassen TK und DAK-Gesundheit zur Verfügung, während die Krankenhausinanspruchnahme für alle Interventionsteilnehmende im Rahmen der Befragungen durch das Fallmanagement als Primärdaten erhoben werden konnte. Durch diese Anpassung des Evaluationskonzepts konnte somit die Anzahl der für die Analyse des primären Outcomes zur Verfügung stehenden Fälle erhöht werden.

Sekundäre Outcomes sind:

Die Sicherstellung einer kontinuierlichen Behandlung (Ziel 2) Vermeidung von Versorgungsbrüchen, -abbrüchen. Geprüft werden sollen dabei folgende Hypothesen: (2a) Der Anteil der Patienten, der innerhalb von 12 Monaten die krankheitsspezifisch definierte Zahl von Kontakten zum Versorgungssystem hat, ist in IG signifikant höher als in KG. (2b) Der Anteil der Patienten, der innerhalb von 12 Monaten die krankheitsspezifisch definierte Zahl von Arzneimittelverordnung (gemessen als DDD) aufweist, ist in IG signifikant höher als in KG.

Die Reduktion der GKV-Leistungsausgaben (Ziel 3) der IG im Vergleich zur KG in den 12 Monaten nach Einschluss in das Programm (unabhängig davon, ob eine Transition bereits erfolgt ist oder nur vorbereitet wurde).

Die Verbesserung der Selbstmanagementkompetenz (Ziel 4) in Bezug auf die chronische Erkrankung.

Eine Reduktion der Belastung der Familien (Ziel 5)

Für die Untersuchung der Zielgrößen 2 und 3 kommen nur GKV-Routinedaten in Betracht, die nur für Interventionsversicherte der beiden beteiligten Krankenkassen (sowie Kontrollversicherte) zur Verfügung stehen. Die Zielgrößen 4 und 5 werden ohne Kontrollgruppe als Vorher-Nachher-Vergleich bei den Interventionspatienten mit Hilfe von standardisierten und validierten Fragebogeninstrumenten untersucht.

3.2 Fragestellungen der Prozessevaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation werden die beiden folgenden Fragestellungen untersucht:

Fragestellung P1: Versorgungsbedarfe und Unterstützungsleistungen durch das Fallmanagement

Es wird dargestellt, welche Versorgungsbedarfe der Patienten im Rahmen der Unterstützungsleistungen durch das Fallmanagement im Vordergrund standen und welche spezifischen Leistungen in Bezug auf diese Bedarfe durch das Fallmanagement erbracht wurden.

Fragestellung P2: Entwicklung und Einhaltung eines TransFIT-Versorgungspfades

TransFIT richtet sich an Kinder und Jugendliche ab einem Alter von 12 Jahren. Die einzelnen Versorgungsleistungen richten sich von daher an Kinder und Jugendliche in einer frühen Phase der Entwicklung ihrer Selbstmanagementkompetenzen in Bezug auf ihre Erkrankung bis hin zu Jugendlichen, bei denen ein Übergang vom Kinder- und Jugendarzt zum Erwachsenenmediziner in den Zeitraum der Teilnahme an TransFIT fällt. Der durch TransFIT angebotene Versorgungspfad besteht daher nicht für alle Patienten aus den gleichen Versorgungsleistungen. Er richtet sich nach dem individuellen Unterstützungsbedarf und orientiert sich ferner daran, in welcher Entwicklungsphase sich die Patienten befinden. Der Unterstützungsbedarf wird im Rahmen des Eingangsassessments (Leistung L-02) durch das Fallmanagement erhoben oder kann durch ein Auftragsformular des Kinder- und Jugendarztes an das Fallmanagement übermittelt werden. Weitere zusätzliche Bedarfe können sich im

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Rahmen der Begleitung durch das Fallmanagement im Laufe der Programmteilnahme ergeben.

Es wird untersucht, auf Basis welcher Kriterien der spezifische TransFIT-Versorgungspfad für die Patienten vereinbart wurde, welche Hemmnisse und Hürden bei der Umsetzung dieses Versorgungspfades aufgetreten sind bzw. welche förderlichen Faktoren es dabei gab. Es sollen Gründe für ein Abweichen vom vereinbarten Versorgungspfad ermittelt werden, sofern dies aufgetreten ist. Informationsgrundlage ist ein Gruppeninterview mit den vier Fallmanagerinnen und Fallmanagern.

Fragestellung P3: Akzeptanz und die Zufriedenheit der Familien mit der Unterstützungsleistung durch das Fallmanagement

Im Rahmen der Abschlussbefragung wurde erhoben, inwieweit die an TransFIT teilnehmenden Kinder und Jugendlichen und deren Familien mit der Unterstützungsleistung durch das Fallmanagement zufrieden waren und wie der Einsatz der eingesetzten Kommunikationssysteme bewertet wurde.

3.3 Datenquellen und Analysen

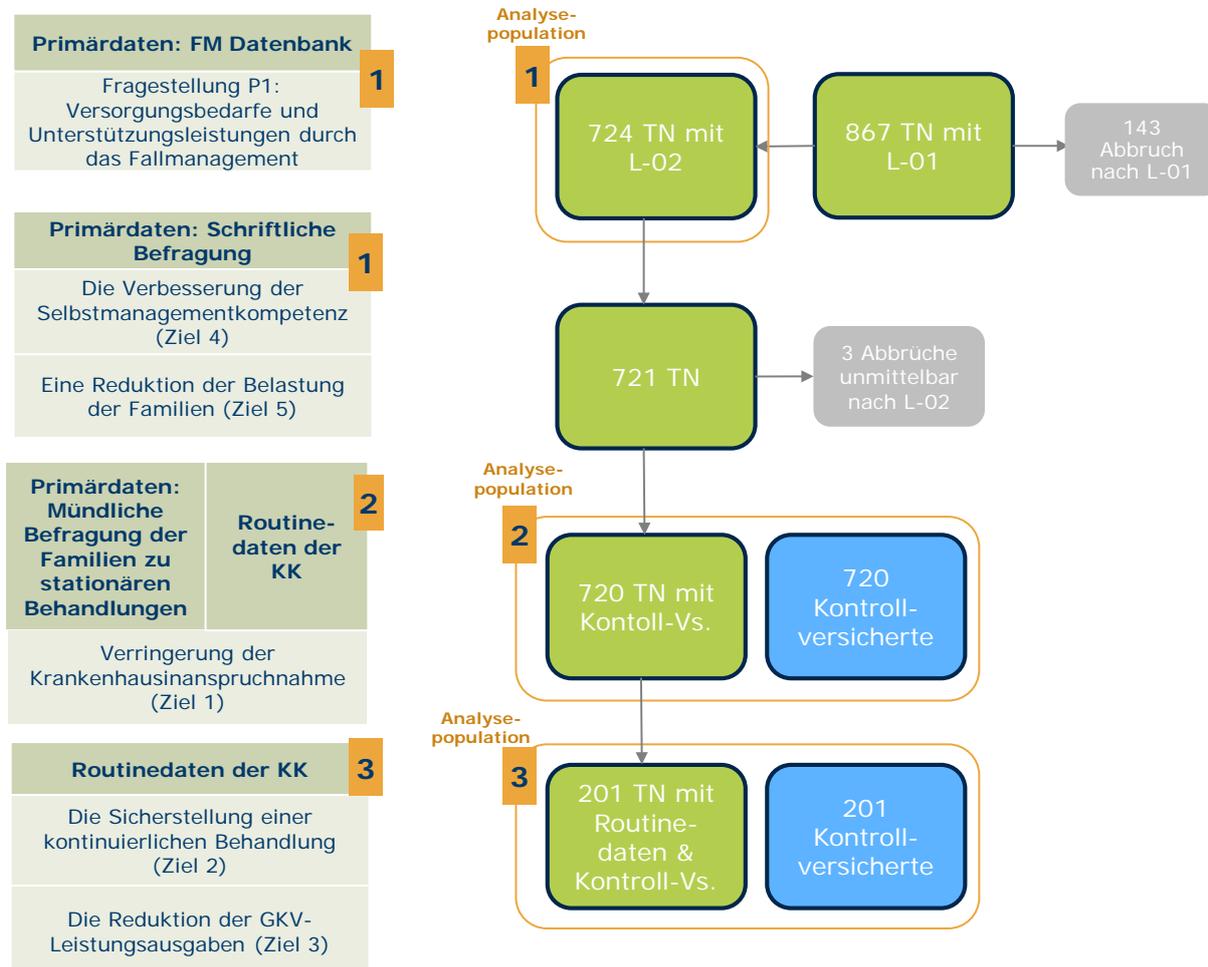
Das Projekt TransFIT wird anhand von mehreren Datenquellen evaluiert. Die Primärdaten für die Effektevaluation und die Prozessevaluation wurden kontinuierlich in der Fallmanagementdatenbank (erfasst bzw. fanden mittels Fragebogenerhebungen im Rahmen von L-02 und zum Projektabschluss statt.

Die Routinedaten der Krankenkassen wurden für alle Teilnehmenden mit durchgeführter Leistung L-02 bei den am Projekt beteiligten Krankenkassen TK und DAK-Gesundheit und allen Kontrollversicherten für den Zeitraum 2016 bis 2020 abgefragt.

In Abbildung 2 ist dargestellt welche Analysepopulationen die jeweilige Grundgesamtheit der zu untersuchenden Fragestellungen bilden und welche Datenquellen dafür jeweils zur Verfügung standen. In den weiteren Ausführungen wird darauf weiter Bezug genommen.

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

Abbildung 2: Zuordnung der Analysepopulationen zu den TransFIT Zielen und Fragestellungen



Quelle: Eigene Darstellung

3.3.1 Primärdaten

Fallmanagement Datenbank

Das Fallmanagement der DRK-Kliniken führt in der Fallmanagement-Datenbank zu jedem Teilnehmenden eine elektronische Fallakte. Die Fallakte dient in erster Linie der Verwaltung und Dokumentation aller patientenbezogenen Termine sowie des Beratungs- und Unterstützungsprozesses. Die Fallakte enthält allgemeine Angabe zu den Teilnehmenden (wie z.B. Alter, Geschlecht, Krankenkassenzugehörigkeit), die für die Arbeit des Fallmanagements benötigten Kontaktinformationen, Dokumentationen zu den Fallmanagementkontakten sowie Informationen zu den programmspezifischen Leistungen.

Folgende Informationen wurden auf aggregierter Ebene für die Evaluation zur Verfügung gestellt:

Inanspruchnahme der programmspezifischen Leistungen (L-01 – L-07) aggregiert über alle Teilnehmenden jeweils zu fortlaufenden Kenntniständen im Abstand von etwa einer Woche. Auf Basis dieser Angaben lässt sich die zeitliche Entwicklung aller Teilleistungen darstellen. Die

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Entwicklung der Teilleistung L-01, die im direkten Zusammenhang mit der Einschreibung erfolgt, stellt gleichzeitig die Entwicklung der Programmeinschreibungen dar.

Auf Ebene der Programmteilnehmenden verknüpft mit der anonymisierten Patienten-ID wurden für die 724 Teilnehmenden mit durchgeführtem Eingangsassessment (L-02) (Analysepopulation 1; vgl. Abbildung 2) folgende Informationen zur Verfügung gestellt:

- Einschlussdiagnosen für 721 Teilnehmende
- Geburtsdatum für 721 Teilnehmende
- Angabe zur Krankenkassenzugehörigkeit (Angabe: TK, DAK-Gesundheit, Sonstige) für 721 Teilnehmende
- Im Rahmen von L-02 ermittelte Unterstützungsbedarfe und durch das Fallmanagement erbrachte Leistungen in kategorisierter Form für 724 Teilnehmende.

Die Einschlussdiagnosen und die Krankenkassenzugehörigkeit wurden dem Fall Management über das Anmeldeformular von den einschreibenden Praxen übermittelt. Die Dokumentation der Leistungen und Unterstützungsbedarfe ist in Abschnitt 3.3.5 näher erläutert.

Für die 143 Patienten mit Programmabbruch nach L-01 konnten keine Daten bereitgestellt werden. Eine entsprechende Einverständniserklärung dazu wurde entweder nicht erteilt oder im Nachhinein zurückgezogen.

Für alle diagnosebezogenen Analysen und für die Kontrollgruppenbildung wurden alle TransFIT-Einschlussdiagnosen zu 24 Indikationsgruppen zusammengefasst. Die Zuordnung der Einschlussdiagnosen zu den Indikationsgruppen ist in Tabelle 1 dargestellt. Bei der Analyse der Einschlussdiagnosen von Programmteilnehmenden hat sich gezeigt, dass einige der Programmteilnehmenden mit einer ICD-10-Diagnose eingeschrieben wurden, deren letzte Stelle für die Ausprägung „nicht näher bezeichnet“ oder „sonstige“ (Beispiel: E66.9-: Adipositas, nicht näher bezeichnet) der jeweiligen Einschlussdiagnosegruppe kodiert. Diagnosegruppen mit unspezifischer Ausprägung sind in der Liste der zulässigen Einschlussdiagnosen im Allgemeinen nicht enthalten. Um diese Programmteilnehmenden nicht von den weiteren Analysen auszuschließen, wurden Programmteilnehmende, die eine nicht näher bezeichnete Einschlussdiagnose aufweisen, der korrespondierenden Einschlussdiagnosegruppe bzw. Einschlussindikationsgruppe zugeordnet (Beispiel: E66.9- -> E66.0). Bei der Auswahl von einschlussdiagnoserelevanten Behandlungsfällen wurde diese erweiterte Definition der Einschlussdiagnosen übernommen.

Tabelle 1: Indikationsgruppenzuordnung

Indikations- gruppe	Indikationsgruppen Bezeichnung	Einschlussdiagnosen
1	Adipositas	E66.0,E66.8,E66.9
2	Affektive Störungen	F31.,F32.,F33.0,F33.1,F33.2,F33.3,F33.4,F33.8,F33.9
3	Allergische Rhinopathie	J30.1,J30.2,J30.3
4	Angeborene Fehlbildungen Herz-Kreislauf	Q20.,Q21.,Q22.,Q23.0,Q23.1,Q23.2,Q23.3,Q23.4,Q23.8,Q239,Q24.,Q25.,Q26.0,Q26.1,Q26.2,Q26.3,Q26.4,Q26.5,Q26.6,Q26.8,Q26.9
5	Angeborene Fehlbildungen Nervensystem	Q00.,Q01.,Q02.,Q03.,Q04.,Q05.0,Q05.1,Q05.2,Q05.3,Q05.4,Q05.5,Q05.6,Q05.7,Q05.8,Q059,Q06.,Q07.0,Q07.8,Q079,Q85.0,Q85.1,Q85.8,Q85.9
6	Angeborene Fehlbildungen Verdauungssystem und sonstige	Q35.1-Q37.5, Q39.0-Q39.8, Q72.0-Q73.8, Q79.0-Q79.5, Q80.0-Q81.8, Q87.0-Q87.8, Q85.0, Q91 bis Q93, Q99.2, R62.8.
7	Asthma	J44.8,J45.0,J45.1,J45.8,J45.9
8	Bösartige Neubildungen Hämatologisch	C81 - C96.
9	Bösartige Neubildungen solide Tumore	C00 – C80, C97.
10	Diabetes Mellitus Typ 1	E10.
11	Epilepsie	G40.1,G40.2,G40.3,G40.4,G408,G40.9
12	Erkrankungen der Niere	N00.,N01.,N02.,N03.,N04.,N05.,N06.,N07.,N13.0,N13.7,N18.1,N18.2,N18.3,N18.4,N18.5,N18.8,N18.9
13	Essstörungen	F50.0,F50.1,F50.2,F50.3,F508,F50.9
14	Immundefekte	D80 - D84
15	Intelligenz- und Entwicklungsstörungen	F70.,F71.,F72.,F73.,F80.,F81.,F82.,F83.,F84.,F88.,F89.
16	Juvenile Arthritis und syst. Lupus	M08.,M32.1
17	Muskelatrophien und Myopathien	G12.0,G12.1,G12.2,G12.8,G129,G71.0,G71.1,G71.2,G71.3,G71.8,G71.9
18	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F40.,F41.0,F41.1,F41.2,F41.3,F41.8,F419,F42.0,F42.1,F42.2,F42.8,F429,F43.0,F43.1,F43.2,F43.8,F43.9
19	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	K50.0,K50.1,K50.88,K509,K51.0,K51.2,K51.3,K51.4,K51.5,K51.8,K519,K90.0,
20	Sonstige Endokrine, Ernährungs- und	E03.1,E03.2,E039,E23.0,E25.0,E70.,E71.,E72.,E74.,E75.,E76.,E77.,E83.
21	Sonstiges atopisches Ekzem	L20.8,L20.9
22	Verhaltens- und emotionale Störungen	F90.,F91.,F92.,F93.,F94.,F95.,F98.
23	Zerebralparesen	G80.0,G80.1,G80.2,G80.3,G80.4,G80.8,G809,G81.,G82.
24	Zystische Fibrose	E84.0,E84.1,E84.8,E84.9

Quelle: IGES

Schriftliche Befragung von Patienten und Eltern

Die teilnehmenden Familien wurden im Rahmen des Erst-Assessments (L-02) durch das Fallmanagement gebeten, jeweils einen Fragebogen für die jugendlichen Patienten (Patientenfragebogen, PF-t0) sowie für die Eltern (Elternfragebogen, EF-t0) zu beantworten (Analysepopulation 1; vgl. Abbildung 2). Die Familien erhielten dazu einen Code (TransFIT-ID), mit dem sie sich auf der TransFIT-Befragungs-Website einloggen sollten. Auf der Website wurde dann zum Patienten- bzw. Elternfragebogen verzweigt. Falls die Familien die Fragebögen nicht online bearbeiten wollten, wurde ihnen eine Papierversion mit frankiertem Rückumschlag zugesandt. In gleicher Weise wurde zum individuellen Programmende 12 Monate nach Einschluss verfahren, d.h. die Familien wurden aufgefordert, sich mit dem Code erneut einzuloggen und die Abschlussfragebögen (PF-t1, EF-t1) zu beantworten bzw. ihnen wurde eine Papierversion zugesandt.

Der erste Patientenfragebogen (PF-t0) enthielt Fragen zur Soziodemographie (Alter, Geschlecht, Schulbesuch bzw. Ausbildung, Studium usw.) sowie zu Krankenhausaufenthalten in den zurückliegenden 12 Monaten. Ferner wurden die standardisierten Instrumente KINDL und Illness Management Survey vorgelegt (vgl. Abschnitt 7.3.3). Der zweite Patientenfragebogen (PF-t1) entsprach dem ersten und enthielt zusätzlich zehn Fragen zur Bewertung des Fallmanagements bzw. des Projekts TransFIT.

Der Elternfragebogen (EF-t0) enthielt Fragen zur Person, die den Bogen beantwortet (Bildung, Berufstätigkeit), dem Alter beider Elternteile, eventuellen Geschwistern und der Muttersprache des Patienten. Auch die Eltern wurden nach Krankenhausaufenthalten ihres Kindes in den vorangehenden 12 Monaten gefragt. Ferner wurde das standardisierte Instrument FaBel vorgelegt (vgl. Abschnitt 7.3.1). Der zweite Elternfragebogen (EF-t1) entsprach dem ersten und enthielt ebenfalls zehn zusätzliche Fragen zur Bewertung des Fallmanagements und des Gesamtprojekts.

Die Grundgesamtheit der schriftlichen Befragung von Patienten und Eltern bilden die 724 Teilnehmenden, die das Eingangsassessament erhalten haben (L-02). Von jeder dieser 724 Familien konnten theoretisch vier Fragebögen beantwortet werden (PF-t0 und PF-t1 sowie EF-t0 und EF-t1). 411 Familien (56,8 % der Grundgesamtheit) haben wenigstens einen dieser vier Fragebögen beantwortet. Tabelle 1 zeigt die Antwortmuster dieser 411 Familien zu den beiden Befragungszeitpunkten: Bei der Eingangsbefragung (t0) füllten 217 Familien (52,8 % der 411 antwortenden Familien) beide Fragebögen (PF-t0 und EF-t0) aus, in 71 Fällen wurde nur der Elternfragebogen (EF) und in 62 Fällen nur der Patientenfragebogen (PF) beantwortet. In der dritten und vierten Spalte von Tabelle 2 ist ausgewiesen, wie diese Teilgruppen sich jeweils an der Abschlussbefragung (t1) beteiligt haben. Für längsschnittliche Auswertungen stehen somit 85 Patientenfragebögen (PF-t0-t1) und 92 Elternfragebögen (EF-t0-t1) zur Verfügung.

Tabelle 2: Rückläufe der schriftlichen Befragung von Patienten und Eltern (Anzahl, Anteil an Summe Familien) zu den beiden Befragungszeitpunkten

Antwortmuster	t0	Antwortmuster	t1
EF PF	217 (52,8 %)	EF – PF	59 (14,4 %)
		EF	11 (2,7 %)
		PF	7 (1,7 %)
		keiner	140 (34,1 %)
EF	71 (17,3 %)	EF – PF	7 (1,7 %)
		EF	15 (3,6 %)
		PF	1 (0,2 %)
		keiner	48 (11,7 %)
PF	62 (15,1 %)	EF – PF	6 (1,5 %)
		EF	0
		PF	13 (3,2 %)
		keiner	43 (10,5 %)
keiner	61 (14,8 %)	EF – PF	35 (8,5 %)
		EF	14 (3,4 %)
		PF	12 (2,9 %)
Summe EF	288 (70,1 %)		147 (35,8 %)
Summe PF	279 (67,9 %)		140 (34,1 %)
Summe Familien	411 (100 %)		411 (100 %)

Quelle: IGES

Anmerkung: EF: Elternfragebogen; PF: Patientenfragebogen; Antwortmuster: EF – PF: Elternfragebogen und Patientenfragebogen wurden beantwortet; EF: nur Elternfragebogen beantwortet; PF: nur Patientenfragebogen beantwortet; keiner: weder EF, noch PF zum betreffenden Zeitpunkt beantwortet

Mündliche Befragung der Familien zu stationären Behandlungen in den vorangehenden 12 Monaten

Um hinsichtlich des primären Outcomes (Verringerung der Krankenhausinanspruchnahme) eine möglichst große Ausschöpfung zu erreichen, wurden die Eltern aller Teilnehmenden durch das Fallmanagement zu Beginn (Eingangs-Assessment) und Ende (Abschlusskontakt) zudem mündlich gezielt zu stationären Behandlungen in den jeweils vorangehenden 12 Monaten befragt. Es wurde abgefragt, ob in den zurückliegenden 12 Monaten ein Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat. Falls ein oder mehrere Krankenhausaufenthalte angeben wurden, wurde weiter gefragt, ob die den Einschluss in TransFIT begründende Erkrankung der Grund dafür war oder ein anderer Behandlungsanlass.

Die Antworten wurden durch das Fallmanagement in einer vom evaluierenden Institut zur Verfügung gestellten Dokumentationssoftware dokumentiert. Die Analysen des primären

Endpunkts (Krankenhausinanspruchnahme) basieren auf diesen Befragungsdaten bzw. den für einen Teil der Teilnehmenden verfügbaren Routinedaten.

Mit dieser mündlich-telefonischen Befragung der Eltern der 724 Teilnehmenden mit Eingangsassessment (L-02) konnten Daten zur Inanspruchnahme von stationären Behandlungen zu 719 (99,3% von 724) Teilnehmenden für den Zeitraum von 12 Monaten vor dem TransFIT Teilnahmebeginn und für 686 (94,6% von 724) Teilnehmende für den Zeitraum von 12 Monaten ab dem TransFIT Teilnahmebeginn erhoben werden.

Gruppeninterview mit dem Fallmanagement

Im Rahmen der Prozessevaluation fand ein leitfadengestütztes Interview (siehe Anhang Abschnitt 7.3.5) mit vier der insgesamt sechs über die gesamte Projektlaufzeit in das Projekt einbezogenen Fallmanagern statt. Zwei Fallmanager konnten nicht einbezogen werden, da sie zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr bei den DRK Kliniken angestellt waren. Im Rahmen des Interviews wurde eruiert anhand welcher Kriterien der Versorgungspfad für die Patienten entwickelt wurde (Fragestellung P2). Des Weiteren wurde über Hürden bei der Umsetzung des Versorgungspfades und förderliche Faktoren gesprochen. Ebenso sollten Gründe für ein Abweichen vom Versorgungspfad beleuchtet werden. Das aufgezeichnete Interview wurde durch einen Dienstleister transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

3.3.2 Routinedaten der Krankenkasse

3.3.2.1 Erhobene Daten

Im Projekt TransFIT liegen Programmeinschreibungen von insgesamt 867 Versicherten vor (Eingeschriebene). 143 Eingeschriebene haben das Programm nach L-01 vorzeitig beendet und weitere drei Eingeschriebene direkt nach L-02. Die verbleibenden 721 Teilnehmenden (Programmteilnehmende) sind bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert, davon 227 Teilnehmende bei den am Projekt beteiligten Krankenkassen TK und DAK-Gesundheit.

Von den beiden am Projekt beteiligten Krankenkassen wurden Routinedaten zu den 227 Programmteilnehmenden und Kontrollversicherten angefordert. Angefordert wurden die Daten von drei unterschiedlichen Teilgruppen:

1. Interventionsgruppe
2. Pool der potenziellen Teilnehmenden an TransFIT
3. Pool der potenziellen Kontrollversicherten

Bei Teilgruppe Nr. 1 (Interventionsgruppe) handelt es sich um Teilnehmende an TransFIT gemäß der Einschreibedaten.

Die Teilgruppe Nr. 2 (Pool der potenziellen Teilnehmenden an TransFIT) setzt sich aus Personen zusammen, die die Indikationsvoraussetzungen für die Teilnahme an TransFIT erfüllen und die in einer aktiven TransFIT-Praxis behandelt wurden bzw. werden, die aber nicht an TransFIT teilnehmen oder teilgenommen haben. Gemäß Evaluationskonzept ist vorgesehen, Versicherte dieser Teilgruppe im Rahmen des Matchingverfahrens zu verwenden, um die Parameter der Regressionsgleichung des Selektionsmodells für die Programmteilnahme zu schätzen.

Die Teilgruppe Nr. 3 (Pool der potenziellen Kontrollversicherten) setzt sich aus Personen zusammen, die die Indikationsvoraussetzungen für die Teilnahme an TransFIT erfüllen, aber nicht in einer aktiven TransFIT-Praxis behandelt wurden bzw. werden und daher nicht an TransFIT teilnehmen konnten bzw. können. Gemäß Evaluationskonzept ist vorgesehen, aus dieser Teilgruppe durch Anwendung eines Matchingverfahrens die Kontrollgruppe zu

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

bestimmen. Hierbei wird das auf Grundlage der Teilgruppen Nr. 1 und Nr. 2 parametrisierte Selektionsmodell auf die Teilgruppen Nr. 1 und Nr. 3 angewendet und anhand eines Distanzmaßes jedem Teilnehmenden ein Versicherter der Kontrollgruppe zugewiesen, der diesem im Hinblick auf die Selektionswahrscheinlichkeit möglichst ähnlich ist.

Die Einschlussvoraussetzungen für Teilgruppen Nr. 2 und Nr. 3 lauten wie folgt:

- Keine Teilnahme an TransFIT
- Für den Versicherten existiert im Zeitraum 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens eine Trans-FIT-Einschlussdiagnose einer Trans-FIT-Indikationsgruppe im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung bei einem Kinder- und Jugendarzt (Facharztgruppe 34, 35, 36, 37, 38, 39 (Hausärztlich Pädiatrisch)). Berücksichtigt werden hierbei nur Diagnosen mit Diagnosesicherheit G (gesichert).
- Ab dem Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte bis zum Ende des Evaluationszeitraums am 31.12.2020 durchgängig versichert, oder ist innerhalb dieses Zeitraums verstorben. Das Datum der fiktiven Einschreibung ist das Datum, an dem eine (beliebige) Einschlussdiagnose der jeweiligen Trans-FIT-Indikationsgruppe erstmalig als gesicherte ambulante Diagnose gestellt wurde.
- Zu Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte mindestens 12 Jahre alt.
- Keine Teilnahme an einer selektivvertraglichen Versorgung im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose der Indikationsgruppe und keine Teilnahme am Berliner Transitionsprogramm im Zeitraum 01.04.2018 bis 31.12.2020
- Wohnort zum Zeitpunkt des Datenabzugs nicht im Ausland.

Für Versicherte der Teilgruppe Nr. 2 (Pool der potenziellen Teilnehmenden an TransFIT) gilt darüber hinaus, dass mindestens eine der Einschlussdiagnosen einer Indikationsgruppe von einem Kinderarzt aus einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis gestellt wurde. Für Versicherte der Teilgruppe Nr. 3 (Pool der potenziellen Kontrollversicherten) gilt darüber hinaus, dass keine der Einschlussdiagnosen einer Indikationsgruppe von einem Kinderarzt aus einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis gestellt wurde. Bei einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis handelt es sich um eine Arztpraxis, die an TransFIT teilnimmt (eingeschrieben ist) und innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens einen Versicherten in das Programm eingeschrieben hat.

Für beide Teilgruppen Nr. 2 und Nr. 3 gilt, dass ein Versicherter ggfs. die Einschlussdiagnosen mehrerer Indikationsgruppen erfüllen kann. Insgesamt bestehen 298 Einschlussdiagnosen, die insgesamt 24 Einschlussindikationsgruppen zugeordnet sind. Eine vollständige Liste aller Einschlussdiagnosen sowie die Zuordnung zu Indikationsgruppen ist in Tabelle 1 dargestellt.

Die Datenanforderung umfasst die Stammdaten der Versicherten, Daten der Programmeinschreibung sowie Routinedaten zu ausgewählten Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungsbereiche, zu denen Routinedaten bereitgestellt werden, umfassen stationäre Krankenhausbehandlungen und ambulante Behandlungen bei niedergelassenen Vertragsärzten. Darüber hinaus werden Daten zu Arzneimittelverordnungen sowie zu Heil- und Hilfsmitteln angefordert (siehe Datenanforderung im Anhang Abschnitt 7.3.6).

Die Stammdaten beinhalten das Alter und das Geschlecht der Versicherten, die Teilnahme an DMP-Programmen sowie Angaben zu Versicherungszeiten bei der datenbereitstellenden

Akronym: TransFIT
Förderkennzeichen: 01NVF16016

Krankenkasse. Für Versicherte, die innerhalb des Studienzeitraums verstorben sind, ist das Sterbedatum angegeben.

Die Daten der Programmeinschreibung umfassen für Teilgruppe Nr. 1 (Interventionsgruppe) Angaben zum Datum der Einschreibung, ggfs. das Datum der Programmausschreibung sowie zu den der Programmteilnahme zugrundeliegenden Einschlussdiagnosen und Einschlussindikationsgruppen. Für die Teilgruppen Nr. 2 und Nr. 3 sind in den Daten der Programmeinschreibung die versichertenbezogenen Einschlussdiagnosen und Einschlussindikationsgruppen angegeben, die zur Selektion in die Teilgruppe geführt haben, sowie für jede Einschlussindikationsgruppe das jeweils früheste in den Routinedaten dokumentierte Diagnosedatum.

Für den Leistungsbereich stationäre Krankenhausbehandlungen liegen Angaben zu Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, Aufnahmearbeit, Entlassungsgrund sowie den Kosten des Behandlungsfalls vor. Für jeden stationären Behandlungsfall werden Aufnahme- und Hauptdiagnose, Haupt- und Nebendiagnose der Entlassungsmeldung, durchgeführte Prozeduren bzw. Operationen sowie abgerechnete Entgelte für erbrachte Leistungen bereitgestellt.

Die Anforderung der Daten zu ambulanten Behandlungen bei niedergelassenen Vertragsärzten stützt sich auf die Daten der an die Krankenkassen übermittelten Einzelfallnachweise. Angefordert werden Daten zu Behandlungsbeginn, Behandlungsende, Punktzahl, Sachkosten (inkl. Dialysesachkosten) des Behandlungsfalls. Darüber hinaus werden die im Zusammenhang mit einem Behandlungsfall an die Krankenkassen übermittelten Gebührenordnungspositionen (GOP), Diagnosen sowie die korrespondierende Diagnosesicherheit und durchgeführte Prozeduren angefordert. Zu jeder erbrachten Einzelleistung (GOP) wird die Facharztgruppe des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin, das Leistungsdatum sowie die Anzahl der jeweils erbrachten Einzelleistungen angefordert.

Die Datenanforderung der Arzneimittelverordnungen beinhaltet das Verordnungs- und Abgabedatum, die Facharztgruppe des verordnenden Arztes bzw. der verordnenden Ärztin, die Pharmazentralnummer des Arzneimittels, die Anzahl der Packungen sowie den Apothekenverkaufspreis und die Nettoausgaben für die Verordnungen des jeweiligen Arzneimittels unter Berücksichtigung gesetzlicher Rabatte. Darüber hinaus beinhaltet der Datensatz Angaben zur ATC-Klassifikation der PZN und der Anzahl der definierten Tagesdosen (DDD, Defined Daily Doses).

Die Abrechnungsdatensätze der Heil- und Hilfsmittelverordnungen beinhalten jeweils das Verordnungs- und Leistungsdatum, die Art und die Anzahl/Menge der abgegebenen Leistung, die Gesamtkosten der Verordnung und die Facharztgruppe des verordnenden Arztes bzw. der verordnenden Ärztin. Bei den Heilmittelverordnungsdaten wird darüber hinaus der Indikationsbereich des Heilmittels angefordert.

3.3.2.2 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung der bereitgestellten Daten umfasst mehrere Prüfungs- und Bereinigungs-schritte. Ziel der Datenaufbereitung ist das Erreichen einer möglichst einheitlich hohen Datenqualität der Einzeldatenlieferungen der an TransFIT beteiligten Krankenkassen, so dass sich diese zu einem einheitlichen Gesamtdatenbestand aggregieren lassen. Hierzu ist es erforderlich, die Datenlieferungen der Krankenkassen mit einem einheitlichen Qualitätssicherungsverfahren zu überprüfen und eine weitgehende Homogenität im Hinblick auf Inhalt und Formate der bereitgestellten Tabellen und Merkmale anzustreben.

Im Detail werden für die Datenlieferungen der am Projekt beteiligten Krankenkassen folgende Prüfungs- und Bereinigungs-schritte durchgeführt:

4. Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung
5. Behandlung von Werten außerhalb des Wertebereichs, Behandlung fehlender Werte, Festlegung der Formate
6. Behandlung von Fallduplikaten, mehrfach vergebene Primärschlüssel und Datenaufbereitung bei fehlender Verknüpfbarkeit von abhängigen Tabellen
7. Verkettung von Versicherungszeiten
8. Behandlung unplausibler Werte
9. Prüfung der Datenzeiträume
10. Prüfung der Selektionsvoraussetzungen

Ad 1. Durchführung vom Maßnahmen der Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die bereitgestellten Daten formal und inhaltlich im Hinblick auf Widerspruchsfreiheit, formale Richtigkeit, Vollständigkeit und inhaltliche Konsistenz überprüft.

Zunächst wird geprüft, ob die Datenlieferung formal vollständig ist und alle angeforderten Tabellen und Merkmale enthalten sind. Mittels einer Strukturprüfung wird geprüft, ob die bereitgestellten Datensätze den Strukturvorgaben der Datenanforderung entsprechen und der Datensatz maschinell lesbar ist.

Weitere Bestandteile der formellen Prüfung beinhalten die Prüfung auf Fallduplikate, Eindeutigkeit der Primärschlüssel und Verknüpfbarkeit von abhängigen Tabellen. So ist beispielsweise vorgesehen, dass jeder Behandlungsfall eine eindeutige Fallnummer als Primärschlüssel aufweist, über die sich die in weiteren Datensätzen bereitgestellten Falldiagnosen, Entgelte, Prozeduren etc. eindeutig zuordnen lassen. Ist eine Fallnummer mehrfach vergeben, so ist eine eindeutige Zuordnung der Falldiagnosen, Entgelte, Prozeduren etc. nicht möglich. In diesem Zusammenhang wird auch geprüft, ob für jeden Falldatensatz mit einem Primärschlüssel verknüpfbare Datensätze in den abhängigen Tabellen vorliegen und ob sich jeder in den abhängigen Tabellen abgebildete Datensatz über den Primärschlüssel mit einem Falldatensatz verknüpfen lässt.

Im Rahmen der inhaltlichen Prüfung wird zunächst für jedes Merkmal geprüft, ob sich die bereitgestellten Daten innerhalb des in der Datensatzbeschreibung festgelegten Wertebereichs befinden. Es wird geprüft, ob es sich bei den bereitgestellten ICD-10 Diagnosen, Entgelt- und Prozedurenschlüssel, Facharztgruppenschlüssel, Pharmazentralnummern, etc. um gültige Schlüsselnummern der jeweils angewendeten Version des korrespondierenden Schlüsselverzeichnisses handelt. Bei Datumsangaben werden die angegebenen Werte im Hinblick auf Plausibilität und Widerspruchsfreiheit überprüft.

Die inhaltliche Konsistenz der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Daten wird unter anderem überprüft, indem für jedes bereitgestellte Merkmal mittels statistischer Verfahren Indikatoren bestimmt werden, die einen Vergleich bzw. eine Einordnung der bereitgestellten Daten ermöglichen, und mit denen die interne Plausibilität überprüft und bewertet werden kann. So werden beispielsweise für alle bereitgestellten Merkmale Häufigkeitsverteilungen (diskrete Merkmale) bzw. statistische Verteilungsparameter (stetige Merkmale) bestimmt. Bei starken Abweichungen von der erwarteten Verteilung oder wenn erwartete Merkmalsausprägungen völlig fehlen, könnte dies auf einen unvollständigen oder fehlerhaft selektierten Datenabzug hindeuten. Bei der Einordnung der Prüfungsergebnisse wird berücksichtigt, dass es sich bei der Studienpopulation um ein spezielles Versichertenkollektiv handelt, deren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und deren

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

dokumentierte Morbidität erheblich von der Durchschnittsbevölkerung (Kinder und Jugendliche ohne chronische Erkrankung) abweicht.

Bei Auffälligkeiten/Implausibilitäten werden die Prüfungsergebnisse mit der jeweiligen datenbereitstellenden Krankenkasse in einem formalisierten Austauschprozess erörtert. Insbesondere die Prüfung der inhaltlichen Konsistenz kann häufig nicht mehr als Anhaltspunkte dafür liefern, dass ggfs. der Datenabzug unvollständig und/oder das Skript für den Datenabzug fehlerhaft sein könnte. Dementsprechend werden die bereitgestellten Daten bzw. das Skript für den Datenabzug im Hinblick auf die im Rahmen der Prüfung auffälligen Aspekte von den jeweiligen Datenlieferanten kritisch geprüft und ggfs. durch Reproduktion auf Basis des Originaldatenbestandes validiert. Teilweise erfolgt die Überprüfung der Datenbereitstellung hinsichtlich auffälliger Aspekte auch durch eine Einzelfallprüfung ausgewählter Beispieldatensätze. Ziel dieser Vorgehensweise ist insbesondere die Überprüfung, ob auffällige Aspekte aufgrund eines fehlerhaften Datenabzugs entstehen oder diese bereits im Originaldatenbestand vorliegen. Die gemeinsame Qualitätssicherung mit den Krankenkassen gestaltet sich als kontinuierlicher Austauschprozess. Am Ende des Austauschprozesses steht entweder eine Datenneulieferung (komplett oder für einzelne Leistungsbereiche) oder die finale Annahme der im Rahmen der Bereitstellung übergebenen Daten durch IGES.

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Datenbereitstellung durch die am Projekt beteiligten Krankenkassen TK und DAK-Gesundheit fanden im Zeitraum vom 01.01.2021 bis 10.03.2021 statt. Gemäß der vom DRK-Fallmanagement zur Verfügung gestellten Einschreibedaten der Programmteilnehmenden sind 173 Teilnehmende bei der TK versichert. Bei weiteren 54 Teilnehmenden handelt es sich um Versicherte der DAK-Gesundheit. Von der TK wurden Routinedaten für 153 Teilnehmende an TransFIT bereitgestellt. Von der DAK-Gesundheit wurden Routinedaten für 49 Teilnehmende an TransFIT bereitgestellt. Insgesamt wurden von den am Projekt beteiligten Krankenkassen demnach Routinedaten von 202 Teilnehmenden bereitgestellt. Für die übrigen 24 Teilnehmenden der am Projekt beteiligten Krankenkassen war eine Datenbereitstellung aus datenschutzrechtlichen Aspekten nicht möglich.

Ad 2. Behandlung von Werten außerhalb des Wertebereichs, Behandlung fehlender Werte, Festlegung der Formate

Trotz umfangreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen lassen sich Implausibilitäten in den Daten nicht vollständig ausschließen. Auch bestehen zwischen den Datenlieferungen der einzelnen Krankenkassen Unterschiede bezüglich der gewählten Formate (bspw. Verwendung unterschiedlicher Datumsformate, Darstellung von Werten mit und ohne führende Null, datenbanksystemabhängige Kodierung der Diagnosequalität, etc.) Dementsprechend werden die Datenlieferungen der Krankenkassen für die Analyse umfassend aufbereitet. Im ersten Schritt wird jedes Merkmal in den unterschiedlichen Datenlieferungen der Krankenkassen einheitlich formatiert. Werte außerhalb des zulässigen Wertebereichs und freie Felder werden als fehlender Wert gekennzeichnet.

Grundsätzlich ausgeschlossen werden Versicherte mit fehlenden Werten bei Geburtsjahr (keine Versicherte ausgeschlossen), Geschlecht (keine Versicherten ausgeschlossen), sowie fehlenden Versicherungszeiten (neun Kontrollversicherte ausgeschlossen). Bei den Einschlussdiagnosen werden nur gültige Einschlussdiagnosen und Einschlussindikationsgruppen berücksichtigt. Bei Programmteilnehmenden wurden von den einschreibenden Arztpraxen teilweise auch zusätzliche Diagnosen von Komorbiditäten übermittelt, die keine Einschlussdiagnose darstellen. Diese bleiben im weiteren Verlauf der Analysen unberücksichtigt, da eine systematische Bereitstellung von weiteren Komorbiditäten weder im Rahmen der Programmeinschreibung noch bei der Bereitstellung von Routinedaten der Versicherten der Kontrollgruppe vorgesehen war.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Bei den stationären Krankenhausbehandlungen werden Falldatensätze bereinigt, die negative Fallgesamtkosten aufweisen. Bei diesen Fällen werden die Fallgesamtkosten auf den Wert Null gesetzt. Bei stationären Krankenhausbehandlungen mit negativen Fallgesamtkosten oder Fallgesamtkosten von Null dürfte es sich weit überwiegend um Behandlungsfälle handeln, bei denen die Krankenkasse die Höhe des Entgelts bestritten hat (bspw. wegen primärer oder sekundärer Fehlbelegung) und die sich entweder noch im Falldialog befinden oder zu Gunsten der Krankenkasse im Falldialog entschieden wurden. Gleichwohl handelt es sich um Behandlungsfälle, die tatsächlich stattgefunden haben und dokumentierte Leistungen und Diagnosen, die vom Krankenhaus übermittelt wurden. Diese Fälle werden im Rahmen der Analysen berücksichtigt, im Rahmen von Kostenanalysen jedoch einheitlich mit dem Wert Null bewertet.

Ausgeschlossen werden Falldatensätze mit fehlendem Fallbeginn und Fallende. Darüber hinaus bleiben Diagnosedatensätze ohne gültige Diagnose, Prozedurendatensätze ohne gültige OPS und Entgeltdatensätze ohne gültigen Entgeltschlüssel unberücksichtigt und werden aus dem Datensatz entfernt.

Sofern bei Arzneimittelverordnungsdaten das Verordnungsdatum fehlt oder ungültig ist, ein gültiges Abgabedatum jedoch vorliegt, wird das Verordnungsdatum durch das Abgabedatum imputiert. Umgekehrt wird bei fehlendem bzw. ungültigem Abgabedatum dieses durch das Verordnungsdatum imputiert. Liegen weder ein gültiges Verordnungsdatum noch ein gültiges Abgabedatum vor, wird der Verordnungsdatensatz von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen werden Datensätze mit fehlender oder ungültiger Pharmazentralnummer. Sofern das Merkmal für die Facharztgruppe des verordnenden Arztes keinen gültigen Facharztschlüssel enthält, wird dieser mit dem Wert 99 (sonstige Fachgruppen) kodiert. Analog zu den Datensätzen der anderen Leistungsbereiche werden Verordnungsdatensätze mit negativen Kosten bereinigt, indem das Kostenmerkmal auf den Wert Null gesetzt wird.

Bei den ambulanten Behandlungsfällen durch niedergelassene Vertragsärzte werden Falldatensätze ausgeschlossen, wenn diese über einen fehlenden/ungültigen Wert zu Fallbeginn verfügen. Die Punktzahl, die Sachkosten und die Dialysesachkosten des ambulanten Behandlungsfalls werden auf den Wert Null gesetzt, sofern diese einen negativen Wert aufweisen. Diagnosedatensätze mit ungültiger oder fehlender Diagnose bleiben in den weiteren Analysen unberücksichtigt. Ebenso bleiben Diagnosen unberücksichtigt, die einen fehlenden Wert bei der Diagnosequalität aufweisen. Die bereitgestellten Gebührenordnungspositionsnummern können nur eingeschränkt auf Gültigkeit überprüft werden. Die abgerechneten Gebührenordnungspositionsnummern enthalten zahlreiche zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen kassenindividuell vereinbarte Gebührenordnungspositionen für vertraglich vereinbarte Leistungskomplexe, für die keine archivierten Listen für den Studienzeitraum vorliegen. Dementsprechend werden alle mindestens fünfstelligen (ggfs. inkl. führende Null) Gebührenordnungspositionsnummern als gültig erachtet, bei denen die ersten fünf Stellen aus numerischen Zeichen bestehen. Sofern eine abgerechnete Gebührenordnungspositionsnummer kein Leistungsdatum aufweist, wird dieses durch das Datum des Fallbeginns imputiert. Die Angabe eines Leistungsdatums ist für die Leistungserbringer nur verpflichtend, wenn abgerechnete Leistungen eines Falls an unterschiedlichen Tagen erbracht werden. Insofern ist es plausibel davon auszugehen, dass Leistungen ohne Angabe eines Leistungsdatums am Datum des Fallbeginns erbracht wurden. Sofern das Merkmal für die Facharztgruppe des behandelnden Arztes keinen gültigen Facharztschlüssel enthält, wird dieser mit dem Wert 99 (sonstige Fachgruppen) kodiert. Prozedurendatensätze (OPS) ohne gültigen Prozedurenschlüssel bleiben in den weiteren Analysen unberücksichtigt.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Bei den Heil- und Hilfsmitteldaten wird ein ungültiges oder fehlendes Leistungsdatum durch das Verordnungsdatum ersetzt. Umgekehrt wird ein ungültiges oder fehlendes Verordnungsdatum durch das Leistungsdatum ersetzt. Weisen sowohl das Verordnungs- als auch das Leistungsdatum einen fehlenden oder ungültigen Wert auf, wird der betreffende Datensatz aus den Analysen ausgeschlossen, da für diesen Abrechnungsdatensatz keine zeitliche Zuordnung möglich ist. Bei einer ungültigen Angabe des Facharztschlüssels des verordnenden Arztes bzw. der verordnenden Ärztin wird der Facharztschlüssel auf den Wert 99 (sonstige Fachgruppen) gesetzt.

Ad 3. Behandlung von Datensatzduplikaten, mehrfach vergebene Primärschlüssel und Datenaufbereitung bei fehlender Verknüpfbarkeit von abhängigen Tabellen

Bei Datensatzduplikaten handelt es sich um Datensätze, die mehrfach vollständig identisch vorliegen. Datensatzduplikate können entstehen, wenn beispielsweise die gleiche Leistung am gleichen Tag im gleichen Behandlungsfall für den gleichen Versicherten erbracht und als mehrfach vorliegender Datensatz abgerechnet wird, anstatt im Abrechnungsdatensatz die Anzahl der erbrachten Leistungen zu spezifizieren. Zwar können die meisten Gebührenordnungspositionen nur ein Mal pro Behandlungsfall oder Behandlungstag abgerechnet werden, es gibt jedoch auch Gebührenordnungspositionen (und Prozedurenschlüssel) für Leistungen, die mehrmals am gleichen Behandlungstag erbracht und zu Lasten der GKV abgerechnet werden können (bspw. GOP 03230: Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist, je vollendete 10 Minuten).

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde geprüft, ob sich in den bereitgestellten Datensätzen Anzeichen finden, die darauf schließen lassen, dass systematisch Datensätze versehentlich mehrfach bereitgestellt wurden. In den Stamm- und Einschreibedaten sowie bei den ambulanten und stationären Falldatensätzen lagen keine Fallduplikate vor. Alle in diesen Datensätzen enthaltenen Primärschlüssel waren unique. Alle abhängigen Datensätze (Diagnosen, OPS, GOP, etc.) ließen sich über den Primärschlüssel eindeutig einem Behandlungsfall zuordnen.

Bei den stationären Fallpauschalen lagen keine Fallduplikate vor. Bei ambulanten und stationären Prozeduren und Entgelten war die Anzahl und Art der mehrfach abgerechneten bzw. erbrachten Leistungen plausibel.

Die geprüften Datensatzduplikate in den Arzneimittelverordnungen waren durchgängig plausibel. Zum weit überwiegenden Teil handelt es sich bei Datensatzduplikaten um Pseudo-PZN, bei denen eine mehrfache Abrechnung innerhalb der gleichen Verordnung möglich ist (bspw. BtM-Gebühr, Zuschlag gemäß Anlage 3 der Hilfstaxe). Bei den Heil- und Hilfsmitteln war die Anzahl und Art der mehrfach auftretenden identischen Abrechnungsdatensätze plausibel.

Entsprechend der Ergebnisse der Prüfung war keine weitergehende Aufbereitung bzw. Bereinigung des Datenbestandes erforderlich.

Ad 4. Verkettung von Versicherungszeiten

Für jeden Versicherten werden von den Krankenkassen Versicherungszeiten bei der jeweiligen Krankenkasse bereitgestellt. Für die Evaluation von TransFIT ist es erforderlich, dass die Versicherten mit Routinedaten über eine durchgängige Versicherungszeit über den Studienzeitraum verfügen, damit die Leistungsanspruchnahme über diesen Zeitraum vollständig abgebildet ist und keine Lücken aufweist, da dies ansonsten die Ergebnisse verzerren könnte. Bei den Selektionskriterien für die Teilgruppen Nr. 2 (Pool der potenziellen Teilnehmenden an TransFIT) und Nr. 3 (Pool der potenziellen Kontrollversicherten) ist eine

Akronym: TransFIT
Förderkennzeichen: 01NVF16016

durchgängige Versicherung bei der jeweiligen Krankenkasse daher als Selektionsmerkmal angegeben.

Für die meisten Versicherten wird die Versicherungszeit in einem einzelnen Versicherungszeitdatensatz bereitgestellt. Bei einigen Versicherten bestehen die Versicherungszeiten jedoch aus mehreren Versicherungszeitdatensätzen, die sich größtenteils aneinander anschließen, teilweise jedoch auch überlappen oder mehr oder weniger große Versicherungslücken aufweisen. Die Bereitstellung der Versicherungszeit für einen Versicherten in mehreren Datensätzen hat im Allgemeinen technisch bedingte Ursachen. Beispielsweise könnte in den Datenbanken der Krankenkassen ein neuer Datensatz mit einer neuen Versicherungszeit angelegt werden, wenn sich ein versichertenbezogenes Merkmal ändert.

Im Rahmen der Datenaufbereitung wird geprüft, ob sich Versicherungszeiten von Versicherten mit mehreren Versicherungszeitdatensätzen lückenlos verketteten lassen. Überlappende Versicherungszeiten werden in diesem Datenaufbereitungsschritt vereinigt. Bei der Verkettung von Versichertenzeiten wird eine Toleranz von sieben Tagen zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass eine Versicherungszeit auch dann als lückenlos erachtet wird, wenn zwischen dem Ende der einen Versicherungszeit und dem Beginn der anschließenden Versicherungszeit nicht mehr als sieben Tage liegen.

Im Ergebnis wurde bei neun Versicherten der Kontrollgruppe festgestellt, dass keine lückenlose Versicherungszeit vorliegt. Die Abstände zwischen den betreffenden Versicherungszeiten betragen zwischen zehn Tagen und 14 Monaten. Diese Versicherte ohne durchgängige Versicherungszeit werden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Ad 5. Behandlung unplausibler Werte

Im Rahmen der Datenaufbereitung wird der Datenbestand auf unplausible Werte überprüft. Gegenstand der Prüfung sind hierbei insbesondere unplausible Datumsangaben. Beispielsweise wird geprüft, ob das Versicherungsende nach dem Versicherungsbeginn erfolgt, das Datum der Programmeinschreibung sich innerhalb der Versicherungszeit befindet, das Sterbedatum dem letzten Tag der Versicherungszeit entspricht, das Fallende nach dem Fallbeginn erfolgt, und das Inanspruchnahme-, Leistungs- oder Abgabedatum sich nach dem Verordnungsdatum befindet. Darüber hinaus wird der Datenbestand auf unplausibel hohe oder niedrige Fall- bzw. Behandlungskosten, Arzneimittelkosten, und Heil- und Hilfsmittelkosten überprüft. Bei den stationären Behandlungsdaten wird hierbei nach dem Aufnahmearbeit (vollstationär, teilstationär, vorstationär) differenziert. Auch die Aufenthaltsdauer bei stationären Behandlungen sowie die Zeit zwischen Verordnung und Abgabe/Leistung ist Gegenstand der Prüfung.

Im Ergebnis der Prüfung wurde bei einem Programmteilnehmende festgestellt, dass sich das Einschreibedatum vor dem Versicherungsbeginn befindet. Die Versicherungslücke zwischen Programmbeginn und Versicherungsbeginn beläuft sich auf etwa drei Monate und ist daher nicht vernachlässigbar. Da für einen nicht unerheblichen Zeitraum ab Programmbeginn für diesen Versicherten keine Routinedaten vorliegen und auch der Vorbetrachtungszeitraum von einem Jahr vor Programmbeginn nicht in den Routinedaten abgebildet ist, wird der Versicherte aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Aufgrund der umfangreichen Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung (siehe Ad 1.: Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung) im Vorfeld der Datenbereitstellung war eine weitere Datenaufbereitung aufgrund unplausibler Werte nicht erforderlich.

Ad 6. Prüfung der Datenzeiträume

Im Datenbestand wurde überprüft, ob die angeforderten Datenzeiträume für die Bereitstellung der Routinedaten in den jeweiligen Leistungsbereichen umgesetzt wurde.

Für Teilgruppe Nr. 1 (Interventionsgruppe) richtet sich der abgebildete Datenzeitraum nach dem Leistungsquartal, in dem der Einschluss in TransFIT erfolgte. Gemäß Datensatzbeschreibung werden die Leistungsdaten aus allen angeforderten Leistungsbereichen für vier Leistungsquartale vor dem Leistungsquartal des Einschlusses und allen nachfolgenden Leistungsquartalen bis einschließlich 31.12.2020 bereitgestellt, soweit diese Daten vorliegen.

Für Teilgruppe Nr. 2 (Pool der potenziellen Teilnehmenden an TransFIT) und Nr. 3 (Pool der potenziellen Kontrollversicherten) richtet sich der Datenzeitraum nach dem Leistungsquartal, in dem die erste Einschlussdiagnose (=erstmalige Kodierung einer Einschlussdiagnose) gestellt wurde. Gemäß Datensatzbeschreibung werden die Leistungsdaten aus allen angeforderten Leistungsbereichen für vier Leistungsquartale vor dem Leistungsquartal des Einschlusses und allen nachfolgenden Leistungsquartalen bis einschließlich 31.12.2020 bereitgestellt, soweit diese Daten vorliegen.

Im Rahmen der Überprüfung der Datenzeiträume hat sich gezeigt, dass für Versicherte der TK keine Daten zu ambulanten Behandlungen für das Jahr 2016 vorliegen. Die Routinedaten zu Heil- und Hilfsmitteln liegen für das Jahr 2016 unvollständig vor. Betroffen hiervon sind Teilnehmende und gematchte Kontrollversicherte mit Einschreibung im zweiten Halbjahr 2017. Für diese Versicherte liegen die ambulanten Daten des Vorbetrachtungszeitraums (vier Leistungsquartale vor Einschreibung) nicht vollständig vor. Betroffen hiervon sind drei Programmteilnehmende mit Einschreibung im Dezember 2017. Da die Datenlücke demnach weniger als einen Monat umfasst und ausschließlich der ambulante Bereich betroffen ist, wird diese Unschärfe als vernachlässigbar gering erachtet.

Bei einem Versicherten ist das Beobachtungsjahr ab Programmeintritt aufgrund der Beendigung des Versicherungsverhältnisses nicht vollständig in den Routinedaten abgebildet. Bei vier Versicherten liegt der Vorbetrachtungszeitraum aufgrund des späten Versicherungsbeginns nicht vollständig in den Routinedaten vor. Demzufolge werden diese Versicherten in Analysen ausgeschlossen, bei denen die Vollständigkeit der Daten des Vorbetrachtungszeitraums bzw. des Beobachtungszeitraums erforderlich ist, um Verzerrungen in den Ergebnissen der Analysen zu vermeiden.

Generell liegen die Daten der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ab Leistungsdatum mit einem vom jeweiligen Leistungsbereich abhängigen zeitlichen Verzug in den Datenbeständen der Krankenkassen vor. Der zeitliche Verzug resultiert zum einen aus den leistungsbereichsspezifischen Abrechnungsmodalitäten, zum anderen aus den kassenspezifischen Prüfverfahren und dem jeweiligen Verfahren der Datenverarbeitung, bis die Daten zum Datenabzug in den Datenbanken zur Verfügung stehen.

Als Richtgröße gilt, dass der zeitliche Verzug bei ambulanten Behandlungsdaten zwischen sechs und neun Monaten beträgt (quartalsweise Abrechnung), bei Arzneimittelverordnungen sechs bis zehn Wochen ab Abgabedatum, bei stationären Behandlungen zwei Wochen ab Entlassungsdatum und bei Heil- und Hilfsmittelabrechnungen mindestens sechs Monate ab Leistungsdatum. Aufgrund des bis 31.12.2020 laufenden Beobachtungszeitraums und des ab Anfang Januar 2021 beginnenden Datenabzugs durch die Krankenkassen können demnach nicht für alle Leistungsbereiche Daten vollständig bis einschließlich Q4 2020 vorliegen.

In den bereitgestellten Routinedaten wurde daher für jeden Leistungsbereich geprüft, bis zu welchem Datum die Leistungsdaten kassenübergreifend vollständig vorliegen. Im Ergebnis wurden folgende Datenzeiträume ermittelt:

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

- Stationäre Behandlungsdaten: Bis einschließlich Q4 2020 (Ausnahme: noch laufende Behandlungsfälle ohne Entlassungsdatum)
- Ambulante Behandlungsdaten: Bis einschließlich Q2 2020
- Arzneimittelverordnungen: Bis einschließlich Q3 2020
- Heil- und Hilfsmittel: Bis einschließlich Q1 2020

Die verfügbaren Datenzeiträume werden im Rahmen der Analysen berücksichtigt.

Ad 7. Prüfung der Selektionsvoraussetzungen

Die Prüfung der Selektionsvoraussetzungen beinhaltet die Prüfung, ob für alle Versicherte (Interventions- und Kontrollgruppe) mindestens eine gültige Einschlussdiagnose vorliegt und ob Teilnahmeanforderungen hinsichtlich des Alters der Teilnehmenden berücksichtigt sind.

Im Ergebnis der Prüfung liegt für alle Kontrollversicherte eine gültige Einschlussdiagnose vor. Für einen Programmteilnehmenden mit Routinedaten liegt keine gültige Einschlussdiagnose vor. Die Altersvoraussetzung wurde bei allen Programmteilnehmenden eingehalten.

3.3.3 Kontrollgruppenbildung

Gemäß Evaluationskonzept ist für die Bildung der Kontrollgruppe ein Matching auf nominal skalierte Kovariate vorgesehen. Dabei wird jeder an TransFIT teilnehmenden Person eine Person der Kontrollgruppe zugeordnet, die das gleiche Geschlecht, die gleiche Altersgruppe und die gleiche Einschlussdiagnosekonstellation wie die an der Intervention teilnehmende Person aufweist.

Der Pool der potenziellen Kontrollgruppenmitglieder wird gebildet durch Versicherte der am Projekt beteiligten Krankenkassen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Keine Teilnahme an TransFIT
- Es existiert im Zeitraum 01.08.2017 bis 31.12.2019 (mindestens) eine Trans-FIT-Einschlussdiagnose einer Trans-FIT-Indikationsgruppe im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung bei einem Kinderarzt (Facharztgruppe (34, 35, 36, 37, 38, 39) (Hausärztlich Pädiatrisch)). Berücksichtigt werden hierbei nur Diagnosen mit Diagnosesicherheit G (gesichert).
- Keine der Einschlussdiagnosen aller Trans-FIT-Indikationsgruppen wurde von einem Kinderarzt aus einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis gestellt. Bei einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis handelt es sich um eine Arztpraxis, die an TransFIT teilnimmt (eingeschrieben ist) und innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens einen Versicherten in das Programm eingeschrieben hat. D.h. alle Einschlussdiagnosen wurden von Kinderärzten gestellt, deren Arztpraxis nicht an TransFIT teilnehmen oder trotz Teilnahme an TransFIT innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 keinen Versicherten in das Programm eingeschrieben hat.
- Ab dem Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte bis zum Ende des Evaluationszeitraums am 31.12.2020 durchgängig versichert, oder ist innerhalb dieses Zeitraums verstorben. Das Datum der fiktiven Einschreibung ist das Datum, an dem eine (beliebige) Einschlussdiagnose der jeweiligen Indikationsgruppe erstmalig als gesicherte ambulante Diagnose gestellt wurde.
- Zu Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte mindestens 12 Jahre alt.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

- Keine Teilnahme an einer selektivvertraglichen Versorgung im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose der Indikationsgruppe im Zeitraum und keine Teilnahme am Berliner Transitionsprogramm 01.08.2017 bis 31.12.2020.
- Wohnort zum Zeitpunkt des Datenabzugs nicht im Ausland.

Ein Versicherter kann demnach ggfs. die Einschlussdiagnosen mehrerer Indikationsgruppen aufweisen und die Einschlusskriterien mehrerer Indikationsgruppen zu möglicherweise unterschiedlichen Zeitpunkten erfüllen.

Umgesetzt wird ein kohortenbezogenes Matchingverfahren unter Berücksichtigung von insgesamt zehn Zugangskohorten. Die Zugangskohorten untergliedern sich nach dem Einschlussquartal der Einschreibung (Q3 2017 bis Q4 2019). Dementsprechend wird jeder Teilnehmende an TransFIT anhand des Datums der Programmeinschreibung genau einer der Zugangskohorten zugeordnet. Der Pool der potenziellen Kontrollversicherten einer Zugangskohorte wird durch alle potenziellen Kontrollversicherten gebildet, die innerhalb des mit der Zugangskohorte korrespondierenden Einschlussquartals eine ambulante Behandlung mit einer Einschlussdiagnose aufweisen. Es ist demnach möglich, dass ein potenzieller Kontrollversicherter mehreren Zugangskohorten zugeordnet werden kann, wenn in unterschiedlichen Quartalen eine ambulante Behandlung mit einer Einschlussdiagnose dokumentiert ist.

Das Ziel des Matchingverfahrens ist, eine Kontrollgruppe zu bilden, die im Hinblick auf determinierende Faktoren der Programmteilnahme und die individuelle Versorgungskonstellation der Teilnehmenden eine möglichst große Ähnlichkeit mit den Teilnehmenden an TransFIT aufweist. Für die Bestimmung der Ähnlichkeit werden folgende Merkmale im Rahmen des Matchingverfahrens berücksichtigt:

- Geburtsjahr bzw. Alter zum Zeitpunkt der Programmeinschreibung
- Geschlecht
- Einschlussdiagnosekonstellation
- Vollstationäre Krankenhausbehandlung innerhalb eines Jahres vor Programmeinschreibung
- Tod innerhalb eines Jahres nach Programmeinschreibung

Im Evaluationskonzept ist ein Matching auf zwei unterschiedliche Altersgruppen zum Zeitpunkt der Programmeinschreibung vorgesehen: Alter < 15 Jahre und Alter \geq 15 Jahre. Um die Güte des Matchings zu verbessern, erfolgt stattdessen ein Matching auf das Geburtsjahr, d.h. auf das Einzelaltersjahr zum Zeitpunkt der Programmeinschreibung. Bei den Teilnehmenden an TransFIT erstreckt sich das Geburtsjahr von 1996 bis 2007. Das Alter zum Zeitpunkt der Programmeinschreibung reicht von zwölf bis 22 Jahre. Zugangskohortenübergreifend werden demnach zwölf Altersgruppen entsprechend des Geburtsjahres berücksichtigt. Innerhalb einer Zugangskohorte entspricht dies bis zu elf Altersgruppen entsprechend des Alters zum Zeitpunkt der Einschreibung. Dementsprechend werden bei der Bildung der Kontrollgruppe nur potenzielle Kontrollversicherte der Geburtsjahrgänge 1996 bis 2007 berücksichtigt.

Die Teilnehmenden an TransFIT weisen entweder das weibliche oder das männliche Geschlecht auf. Keine der teilnehmenden Personen weist ein diverses Geschlecht auf. Dementsprechend werden bei der Kontrollgruppenbildung Personen mit diversem Geschlecht nicht berücksichtigt.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Beim Matching auf die Einschlussdiagnosekonstellation wird berücksichtigt, dass ein Teilnehmender an TransFIT möglicherweise wegen unterschiedlicher Einschlussdiagnosen aus möglicherweise unterschiedlichen Einschlussindikationsgruppen an TransFIT teilnimmt. Von 721 Teilnehmenden an TransFIT sind bei 194 Teilnehmenden mehrere Einschlussdiagnosen aus unterschiedlichen Einschlussindikationsgruppen dokumentiert.

Aufgrund der Vielzahl an Einschlussdiagnosen (332 mögliche Einschlussdiagnosen) und Einschlussindikationsgruppen (24 mögliche Einschlussindikationsgruppen) ist es nicht möglich, beim Matching auf die Einschlussdiagnosekonstellation alle tatsächlich auftretenden Kombinationen aus Einschlussindikationsgruppen zu berücksichtigen. Gemäß Evaluationskonzept ist vorgesehen, für das Matching die Einschlussdiagnosekonstellation aus mindestens drei unterschiedlichen Einschlussindikationsgruppen zu verwenden. Um die Güte des Matchings zu verbessern, wird die Anzahl der berücksichtigten Einschlussindikationsgruppen auf sechs erweitert. Bei diesen handelt es sich um die fünf am häufigsten auftretenden Einschlussindikationsgruppen sowie einer Indikationsgruppe, in der die übrigen Einschlussindikationsgruppen zusammengefasst werden.

Beim Matching auf die Einschlussdiagnosekonstellation werden alle Einschlussindikationsgruppenkombinationen aus folgenden Indikationsgruppen (vgl. Tabelle 1) berücksichtigt:

- **Asthma (214 Teilnehmende)**
Einschlussdiagnosen (ICD-10-GM): J44.8-, J45.0, J45.1, J45.8, J45.9
- **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (125 Teilnehmende)**
Einschlussdiagnosen (ICD-10-GM): F90.-, F91.-, F92.-, F93.-, F94.-, F95.-, F98.-
- **Allergische Rhinopathie (95 Teilnehmende)**
Einschlussdiagnosen (ICD-10-GM): J30.1, J30.2, J30.3
- **Adipositas (95 Teilnehmende)**
Einschlussdiagnosen (ICD-10-GM): E66.0-, E66.8-, E66.9-
- **Intelligenz- und Entwicklungsstörungen (87 Teilnehmende)**
Einschlussdiagnosen (ICD-10-GM): F70.-, F71.-, F72.-, F73.-, F80.-, F81.-, F82.-, F83, F84.-, F88, F89
- **Alle übrigen Einschlussindikationsgruppen mit allen übrigen Einschlussdiagnosen (317 Teilnehmende mit mindestens einer der übrigen Einschlussindikationsgruppen, davon 233 Teilnehmende mit ausschließlich einer der übrigen Einschlussindikationsgruppen)**

Rechnerisch sind somit 63 unterschiedliche Einschlussdiagnosekonstellationen möglich. Hiervon treten 42 bei den Teilnehmenden an TransFIT auch tatsächlich auf. Die mit 45 Teilnehmenden nächsthäufigste Einschlussindikationsgruppe besteht aus Diagnosen der nichtinfektiösen Enteritis und Kolitis. Allerdings würde sich damit die Anzahl rechnerisch möglicher Einschlussdiagnosekonstellationen auf 127 erhöhen und unter Berücksichtigung der übrigen Matchingmerkmale wäre nicht mehr für alle Einschlussdiagnosekonstellationen ein perfektes Matching möglich.

Für die Teilnehmenden an TransFIT liegen aus den Einschreibedaten Angaben über die jeweiligen Einschlussdiagnosen vor, aus der sich eine Zuordnung gemäß der im Rahmen des

Matching berücksichtigten Einschlussindikationsgruppen bilden lässt. Für den Pool der potenziellen Kontrollversicherten liegen aus den Datenlieferungen der am Projekt beteiligten Krankenkassen Angaben darüber vor, zu welchem Zeitpunkt eine Einschlussdiagnose einer Einschlussindikation erstmalig im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung bei einem Kinderarzt dokumentiert wurde. Da es sich bei den Einschlussdiagnosen um chronische Erkrankungen handelt, wird davon ausgegangen, dass ab dem Zeitpunkt der erstmaligen Dokumentation die jeweilige Erkrankung bis zum Ende des Untersuchungszeitraums am 31.12.2020 vorliegt. Sofern für einen potenziellen Kontrollversicherten mehrere Einschlussdiagnosen aus möglicherweise unterschiedlichen Einschlussindikationsgruppen zu möglicherweise unterschiedlichen Zeitpunkten erstmalig kodiert wurde, so bestimmt sich die (zeitabhängige) Einschlussdiagnosekonstellation durch Kombination aller in der Vergangenheit dokumentierten Einschlussdiagnosen. Dementsprechend kann ein potenzieller Kontrollversicherter in Abhängigkeit von einer ambulanten Behandlung mit einer Einschlussdiagnose nicht nur mehreren unterschiedlichen Zugangskohorten zugeordnet sein, sondern kann möglicherweise auch eine unterschiedliche Einschlussdiagnosekonstellation in unterschiedlichen Zugangskohorten aufweisen.

Bei der Zuordnung von Kontrollversicherten zu an TransFIT Teilnehmenden wird berücksichtigt, ob innerhalb eines Jahres vor Programmeintritt eine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden hat. Dieses Merkmal fungiert zum einen als Indikator für einen potenziell stationär behandlungsbedürftigen Erkrankungsverlauf bzw. eine individuelle Versorgungskonstellation, die potenziell mit der Teilnahme an TransFIT assoziiert ist. Zum anderen stellt die Krankenhausbehandlung im Vorjahr einen relevanten Prädiktor für eine Krankenhausbehandlung im Folgejahr dar. Da eines der Ziele von TransFIT darin besteht, vollstationäre Behandlungen zu verringern, werden den Interventionsteilnehmende im Matchingverfahren Kontrollversicherte zugeordnet, die im Hinblick auf die stationäre Behandlungshistorie den jeweiligen Teilnehmenden an TransFIT möglichst ähnlich sind.

Für den Pool der potenziellen Kontrollversicherten sowie den an TransFIT Teilnehmenden, die bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind, lassen sich Angaben zu vollstationären Behandlungen innerhalb eines Jahres vor potenziellem bzw. tatsächlichem Programmeintritt aus den bereitgestellten Routinedaten entnehmen. Für Teilnehmende an TransFIT, die nicht bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind und für die demnach keine Routinedaten vorliegen, werden Angaben zu vollstationären Krankenhausbehandlungen aus den Ergebnissen der Befragung im Rahmen des Erst-Assessments entnommen.

Von insgesamt 721 Teilnehmenden wurden für 202 Teilnehmende Routinedaten bereitgestellt. Ein Versicherter wurde aus den Routinedatenanalysen aufgrund einer fehlenden Versicherungszeit aus den Routinedatenanalysen ausgeschlossen (vgl. Abschnitt 3.3.2.2), so dass für insgesamt 201 Teilnehmende Angaben zu vollstationären Krankenhausaufhalten aus den Routinedaten entnommen werden können. Hiervon ist für 31 Teilnehmende mindestens ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt im Vorjahr der Einschreibung in den Routinedaten dokumentiert.

Die Zuordnung beim Matching für die übrigen 519 Teilnehmende ohne Routinedaten sowie den einen, aus den Routinedatenanalysen aufgrund unvollständiger Versicherungszeiten ausgeschlossenen Versicherten erfolgt entsprechend ihrer jeweiligen Angabe zu vollstationären Krankenhausbehandlungen bei der Befragung im Rahmen des Erst-Assessments. Mit Programmbeginn wurden die Teilnehmenden an TransFIT im Rahmen des Erst-Assessments gefragt, ob innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten vor dem Erst-Assessment eine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden hat (Eltern-Befragung-Krankenhaus).

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Von diesen insgesamt 520 Teilnehmenden gaben 66 einen vollstationären Krankenhausaufenthalt innerhalb von 12 Monaten vor Einschreibung an. Bei 448 Teilnehmenden lag gemäß den Angaben aus der Erhebung kein vollstationärer Krankenhausaufenthalt im Vorjahr der Teilnahme vor. Sechs Teilnehmende (ohne Routinedaten) konnten die Frage nach vollstationären Krankenhausaufenthalten im Vorjahr nicht beantworten. Hierbei handelt es sich um zwei TK-Versicherte ohne Routinedaten und vier Versicherte von nicht am Projekt beteiligten Krankenkassen. Teilnehmende, die die Frage nach vollstationären Krankenhausbehandlungen im Vorjahr nicht beantworten konnten oder nicht beantwortet haben, werden im Rahmen des Matchings so gestellt, als hätte kein vollstationärer Krankenhausaufenthalt stattgefunden. Dies bedeutet, dass diesen Teilnehmenden ein Kontrollversicherter zugeordnet wird, für den in den Routinedaten ebenfalls kein vollstationärer Krankenhausaufenthalt dokumentiert ist.

Im Matchingverfahren war grundsätzlich vorgesehen, auch Sterbefälle in den Analysen zu berücksichtigen und demzufolge Interventionsteilnehmende, die im Verlauf des Programms verstorben waren, Kontrollversicherte der gleichen Zugangskohorte zuzuordnen, die ebenfalls innerhalb eines Jahres verstorben sind. Da sich innerhalb des Interventionszeitraums kein Sterbefall ereignete, werden potenzielle Kontrollversicherte mit Sterbefall aus dem Matchingverfahren ausgeschlossen.

Insgesamt lassen sich aus den vier dichotomisierbaren Merkmalen (ohne Sterbefall) rechnerisch 3.024 Merkmalskombinationen bilden, die im Rahmen des Matchings berücksichtigt werden (zwölf Geburtsjahre, zwei Geschlechter, 63 Einschlussdiagnosekonstellationen und die Krankenhaushistorie). Hiervon werden insgesamt 245 Merkmalskombinationen durch die 721 an TransFIT teilnehmenden Personen tatsächlich belegt. Die am häufigsten auftretende Merkmalskombination trifft auf 38 TransFIT-Teilnehmende zu. Etwas mehr als die Hälfte aller Merkmalskombinationen (130 von 245) trifft jeweils nur auf einen TransFIT-Teilnehmenden zu. Die durchschnittliche Anzahl der TransFIT-Teilnehmenden je Merkmalskombination beläuft sich auf 2,94.

Im Rahmen des Matchings wird zunächst jedem Interventionsteilnehmende genau ein Kontrollversicherter zugeordnet, der exakt die gleiche Merkmalskombination aufweist wie der jeweilige Interventionsteilnehmende (exact matching). Auf diese lässt sich für 671 von 721 TransFIT-Teilnehmenden ein Kontrollversicherter mit exakt gleicher Merkmalskombination bestimmen. Im nächsten Schritt wird das Merkmal Geburtsjahr vergrößert, so dass auch eine Abweichung von nicht mehr als zwei Jahren beim Geburtsjahr als perfektes Matching gewertet wird (coarsened exact matching). Auf diese Weise lässt sich für weitere 49 TransFIT-Teilnehmende ein Kontrollversicherter mit exakt der gleichen vergrößerten Merkmalskombination zuordnen. Bei einem Teilnehmenden ist eine exakte Zuordnung auch unter Vergrößerung des Geburtsjahres nicht möglich. Hierbei handelt es sich um eine Person mit einer sehr seltenen Einschlussdiagnosekonstellation aus einer Zugangskohorte, in der keiner der potenziellen Kontrollversicherten diese Einschlussdiagnosekonstellation aufweist. Da die Einschlussdiagnosekonstellation als essentiell für die Zuordnung eines geeigneten Kontrollversicherten erachtet wird, wird dieser TransFIT-Teilnehmende von den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Insgesamt verbleiben demnach 720 Teilnehmende und 720 Kontrollversicherte als Ausgangspunkt für die Evaluation des primären Outcomes (Analysepopulation 2; vgl. Abbildung 2). Jeweils 201 Teilnehmende und Kontrollversicherte sind bei einer am Projekt beteiligten Krankenkasse versichert und bilden die Studienpopulation für die Evaluation der sekundären Outcomes (Analysepopulation 3; vgl. Abbildung 2). Für diese Personen liegen Routinedaten der Krankenkassen vollständig vor.

Bei der Wahl des Matching-Verfahrens wird von dem gemäß Evaluationskonzept vorgesehenen Full-Matching-Ansatz abgewichen. Bei einem Full-Matching-Ansatz werden

einem Teilnehmenden mehrere Kontrollversicherte zugewiesen (Unterkontrollgruppe), wobei jedes Mitglied der Unterkontrollgruppe mit jeweils gleichem Gewicht in die Analyse eingeht (equal weighting). Dies impliziert, dass identische Kontrollversicherte unterschiedlichen Teilnehmenden aus möglicherweise unterschiedlichen Zugangskohorten mit jeweils unterschiedlichem Gewicht entsprechend der Größe der jeweiligen Unterkontrollgruppe zugeordnet werden können. Das Verfahren ist im Prinzip gut geeignet, die aus dem Matching resultierende Varianz der Effektschätzer zu verringern, sofern die Auswertungszeiträume der Kontrollversicherten fixiert sind. Dies ist jedoch beim kohortenbezogenen Matchingverfahren, bei dem ein Kontrollversicherter in Abhängigkeit von ambulanten Behandlungsfällen mit einer dokumentierten Einschlussdiagnose möglicherweise mehreren Zugangskohorten mit möglicherweise jeweils unterschiedlicher Einschlussdiagnosekonstellation zugeordnet wird, nicht der Fall. Beim Full-Matching würde zwangsläufig der Fall eintreten, dass ein Kontrollversicherter mit mehreren Teilnehmenden aus unterschiedlichen Zugangskohorten gematcht wird und der gleiche Zeitraum des Kontrollversicherten bei der einen Zugangskohorte als Vorbetrachtungszeitraum (ein Jahr vor Einschluss) und bei der anderen Zugangskohorte als Beobachtungszeitraum (ein Jahr ab Einschreibung) analysiert wird.

Um diese Inkonsistenz zu vermeiden wird ein exaktes 1:1 Matching durchgeführt, bei dem jeder Kontrollversicherte nur genau einem Teilnehmenden und jedem Teilnehmenden nur genau ein Kontrollversicherter zugeordnet wird. Hierbei wird dem gematchten Kontrollversicherten als fiktives Einschlussdatum das Einschlussdatum des TransFIT-Teilnehmenden zugewiesen. Durch die Kongruenz der Zeiträume von Teilnehmenden und gematchten Kontrollversicherten wird einer ansonsten möglichen Verzerrung der Analyseergebnisse durch die veränderte Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen aufgrund der COVID19-Pandemie insbesondere in der ersten Jahreshälfte 2020 sowie dem vierten Quartal 2020 entgegengewirkt. Aufgrund des kohortenbezogenen Matchingsverfahrens, bei dem ein Kontrollversicherter einem Teilnehmenden nur dann zugeordnet werden kann, wenn der Kontrollversicherte über eine ambulante Behandlung mit einer Einschlussdiagnose im Einschlussquartal des Teilnehmenden verfügt, ist die zeitliche Nähe zwischen dem Behandlungstag des Kontrollversicherten und dem Einschlussdatum des Teilnehmenden hinreichend gewährleistet.

Das eigentliche Ziel des Full-Matching-Ansatzes, die Verringerung der Schätzervarianz, wird durch die Ausweitung der Ausprägungen der Matching-Merkmale erreicht, wodurch beim exakten Matching eine wesentlich höhere rechnerische Anzahl an Merkmalskombinationen berücksichtigt wird. Im Evaluationskonzept sind rechnerisch 28 unterschiedliche Merkmalskombinationen vorgesehen. Bei der Durchführung des exakten Matching werden rechnerisch 3.024 unterschiedliche Merkmalskombinationen berücksichtigt, von denen 245 auch tatsächlich belegt werden. Dadurch werden die einzelnen Merkmalskombinationen hinreichend dünn besetzt, um eine vergleichbare Verringerung der Schätzervarianz zu erreichen. Sofern für einen Teilnehmenden ein exaktes Matching mit mehr als einem potenziellen Kontrollversicherten möglich ist, wird der gematchte Kontrollversicherte aus der Unterkontrollgruppe per Zufallsauswahl bestimmt.

In Tabelle 3 ist die Verteilung des Geburtsjahres von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe dargestellt. Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass die Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Geburtsjahres überwiegend balanciert ist. Lediglich in den sehr jungen Geburtsjahrgängen (Geburtsjahre 2005, 2006 und 2007) zeigen sich kleinere Abweichungen zwischen TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe. Hierbei handelt es sich im Einzelfall um Altersabweichungen von bis zu zwei Jahren aufgrund der Vergrößerung des Altersmerkmals bei der Durchführung des Matching-Verfahrens für eine Subgruppe der Teilnehmenden (coarsened exact matching). Insgesamt wird die Imbalance jedoch als gering bewertet.

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

Tabelle 3: Verteilung des Geburtsjahres von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe

Geburtsjahr	TransFIT-Teilnehmende	Gematchte Kontrollgruppe
1996	2	2
1997	3	3
1998	5	5
1999	13	13
2000	20	21
2001	177	175
2002	131	131
2003	84	87
2004	83	81
2005	89	119
2006	68	54
2007	45	29
Gesamt	720	720

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Aus der in Tabelle 4 abgebildeten Verteilung des Geschlechts geht hervor, dass die Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Geschlechts vollständig balanciert sind.

Tabelle 4: Verteilung des Geschlechts von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe

Geschlecht	TransFIT-Teilnehmende	Gematchte Kontrollgruppe
Männlich	413	413
Weiblich	307	307
Gesamt	720	720

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

In Tabelle 5 ist die Verteilung der Einschlussindikationsgruppen von TransFIT-Teilnehmenden und der gematchten Kontrollgruppe ersichtlich. Die beiden Gruppen sind zwar per Verfahren hinsichtlich der berücksichtigten Einschlussdiagnosekonstellation (Asthma, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Allergische Rhinopathie, Adipositas, Intelligenz- und Entwicklungsstörungen, Übrige Einschlussindikationsgruppen) vollständig balanciert, es zeigen sich allerdings Unterschiede bei der Verteilung der Einschlussindikationsgruppen (Mehrfachnennungen möglich). Diese Unterschiede zeigen sich in Einschlussindikationsgruppen, die im Rahmen des Matchings der Gruppe *Übrige*

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Einschlussindikationsgruppen zugeordnet sind. Größere Abweichungen von 30 Personen oder mehr, die auch für die Evaluation der Outcomes von Bedeutung sein könnten, sind bei den Indikationsgruppen Juvenile Arthritis, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis sowie Sonstiges atopisches Ekzem zu beobachten. Kleinere Abweichungen von 15 bis unter 30 Personen liegen darüber hinaus bei den Indikationsgruppen Affektive Störungen, Angeborene Fehlbildungen Herz-Kreislauf und Epilepsie vor. Auch bei Immundefekten und Angeborenen Fehlbildungen Nervensystem liegt mit einer Abweichung von 124 bzw. 10 Personen eine leichte Imbalance vor.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Tabelle 5: Verteilung der Einschlussindikationsgruppe von TransFIT-Teilnehmenden und gemachter Kontrollgruppe

Indikationsgruppe	Bezeichnung	TransFIT-Teilnehmende	Gemachte Kontrollgruppe
01	Adipositas	94	94
02	Affektive Störungen	19	42
03	Allergische Rhinopathie	95	95
04	Angeborene Fehlbildungen Herz-Kreislauf	13	39
05	Angeborene Fehlbildungen Nervensystem	16	6
06	Angeborene Fehlbildungen Verdauungssystem und sonstige	20	24
07	Asthma	213	213
08	Bösartige Neubildungen Hämatologisch	6	4
09	Bösartige Neubildungen solide Tumore	2	5
10	Diabetes Mellitus Typ 1	34	32
11	Epilepsie	40	13
12	Erkrankungen der Niere	4	6
13	Essstörungen	3	10
14	Immundefekte	2	14
15	Intelligenz- und Entwicklungsstörungen	87	87
16	Juvenile Arthritis und syst. Lupus erythematodes	43	6
17	Muskelatrophien und Myopathien	5	1
18	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	30	60
19	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	45	11
20	Sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	22	22
21	Sonstiges atopisches Ekzem	22	55
22	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	124	124
23	Zerebralparesen	20	16
24	Zystische Fibrose	4	2

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Aus der in Tabelle 6 abgebildeten Verteilung der Krankenhaushistorie geht hervor, dass die Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der im Jahr vor der Einschreibung erfolgten vollstationären Krankenhausbehandlungen vollständig balanciert sind.

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

Tabelle 6: Verteilung der Krankenhaushistorie von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe

Krankenhaushistorie	TransFIT-Teilnehmende	Gematchte Kontrollgruppe
Keine vollstationäre KH-Behandlung im Vorzeitraum	623	623
Vollstationäre KH-Behandlung im Vorzeitraum	97	97
Gesamt	720	720

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Die Baselinecharakteristik der TransFit-Teilnehmenden und der gematchten Kontrollgruppe ist in Tabelle 7 zusammenfassend dargestellt. Die Baselinecharakteristik der TransFIT-Teilnehmenden mit Routinedaten sowie deren gematchte Kontrollgruppe ist in Tabelle 8 ersichtlich.

Tabelle 7: Baselinecharakteristik von TransFIT-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe

Merkmal	TransFIT-Teilnehmende		Gematchte Kontrollgruppe		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Frauen	307	42,6 %	307	42,6 %	614	42,6 %
Geburtsjahr 1996	2	0,3 %	2	0,3 %	4	0,3 %
Geburtsjahr 1997	3	0,4 %	3	0,4 %	6	0,4 %
Geburtsjahr 1998	5	0,7 %	5	0,7 %	10	0,7 %
Geburtsjahr 1999	13	1,8 %	13	1,8 %	26	1,8 %
Geburtsjahr 2000	20	2,8 %	21	2,9 %	41	2,8 %
Geburtsjahr 2001	177	24,6 %	175	24,3 %	352	24,4 %
Geburtsjahr 2002	131	18,2 %	131	18,2 %	262	18,2 %
Geburtsjahr 2003	84	11,7 %	87	12,1 %	171	11,9 %
Geburtsjahr 2004	83	11,5 %	81	11,3 %	164	11,4 %
Geburtsjahr 2005	89	12,4 %	119	16,5 %	208	14,4 %
Geburtsjahr 2006	68	9,4 %	54	7,5 %	122	8,5 %
Geburtsjahr 2007	45	6,3 %	29	4,0 %	74	5,1 %
KH-Aufenthalt im Vorjahr	97	13,5 %	97	13,5 %	194	13,5 %
Adipositas	94	13,1 %	94	13,1 %	188	13,1 %
Affektive Störungen	19	2,6 %	42	5,8 %	61	4,2 %
Allergische Rhinopathie	95	13,2 %	95	13,2 %	190	13,2 %

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Merkmal	TransFIT-Teilnehmende		Gematchte Kontrollgruppe		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Angeborene Fehlbildungen Herz-Kreislauf	13	1,8 %	39	5,4 %	52	3,6 %
Angeborene Fehlbildungen Nervensystem	16	2,2 %	6	0,8 %	22	1,5 %
Angeborene Fehlbildungen Verdauungssystem und sonstige	20	2,8 %	24	3,3 %	44	3,1 %
Asthma	213	29,6 %	213	29,6 %	426	29,6 %
Bösartige Neubildungen Hämatologisch	6	0,8 %	4	0,6 %	10	0,7 %
Bösartige Neubildungen solide Tumore	2	0,3 %	5	0,7 %	7	0,5 %
Diabetes Mellitus Typ 1	34	4,7 %	32	4,4 %	66	4,6 %
Epilepsie	40	5,6 %	13	1,8 %	53	3,7 %
Erkrankungen der Niere	4	0,6 %	6	0,8 %	10	0,7 %
Essstörungen	3	0,4 %	10	1,4 %	13	0,9 %
Immundefekte	2	0,3 %	14	1,9 %	16	1,1 %
Intelligenz- und Entwicklungsstörungen	87	12,1 %	87	12,1 %	174	12,1 %
Juvenile Arthritis und syst. Lupus erythematoses	43	6,0 %	6	0,8 %	49	3,4 %
Muskelatrophien und Myopathien	5	0,7 %	1	0,1 %	6	0,4 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	30	4,2 %	60	8,3 %	90	6,3 %
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	45	6,3 %	11	1,5 %	56	3,9 %
Sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	22	3,1 %	22	3,1 %	44	3,1 %
Sonstiges atopisches Ekzem	22	3,1 %	55	7,6 %	77	5,3 %
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	124	17,2 %	124	17,2 %	248	17,2 %
Zerebralpareesen	20	2,8 %	16	2,2 %	36	2,5 %
Zystische Fibrose	4	0,6 %	2	0,3 %	6	0,4 %
Gesamt	720	100,0 %	720	100,0 %	1440	100,0 %

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Tabelle 8: Baselinecharakteristik von TransFIT-Teilnehmenden mit Routinedaten und gematchter Kontrollgruppe

Merkmal	TransFIT- Teilnehmende mit Routinedaten		Gematchte Kontrollgruppe		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Frauen	89	44,3 %	89	44,3 %	178	44,3 %
Geburtsjahr 1996	2	1,0 %	2	1,0 %	4	1,0 %
Geburtsjahr 1997	3	1,5 %	3	1,5 %	6	1,5 %
Geburtsjahr 1998	3	1,5 %	3	1,5 %	6	1,5 %
Geburtsjahr 1999	8	4,0 %	8	4,0 %	16	4,0 %
Geburtsjahr 2000	11	5,5 %	12	6,0 %	23	5,7 %
Geburtsjahr 2001	52	25,9 %	51	25,4 %	103	25,6 %
Geburtsjahr 2002	36	17,9 %	36	17,9 %	72	17,9 %
Geburtsjahr 2003	24	11,9 %	24	11,9 %	48	11,9 %
Geburtsjahr 2004	21	10,4 %	21	10,4 %	42	10,4 %
Geburtsjahr 2005	18	9,0 %	22	10,9 %	40	10,0 %
Geburtsjahr 2006	17	8,5 %	15	7,5 %	32	8,0 %
Geburtsjahr 2007	6	3,0 %	4	2,0 %	10	2,5 %
KH-Aufenthalt im Vorjahr	31	15,4 %	31	15,4 %	62	15,4 %
Adipositas	19	9,5 %	19	9,5 %	38	9,5 %
Affektive Störungen	4	2,0 %	17	8,5 %	21	5,2 %
Allergische Rhinopathie	26	12,9 %	26	12,9 %	52	12,9 %
Angeborene Fehlbildungen Herz-Kreislauf	3	1,5 %	7	3,5 %	10	2,5 %
Angeborene Fehlbildungen Nervensystem	7	3,5 %	1	0,5 %	8	2,0 %
Angeborene Fehlbildungen Verdauungssystem und sonstige	4	2,0 %	10	5,0 %	14	3,5 %
Asthma	51	25,4 %	51	25,4 %	102	25,4 %
Bösartige Neubildungen Hämatologisch	4	2,0 %	2	1,0 %	6	1,5 %
Bösartige Neubildungen solide Tumore	0	0,0 %	3	1,5 %	3	0,7 %
Diabetes Mellitus Typ 1	10	5,0 %	14	7,0 %	24	6,0 %
Epilepsie	9	4,5 %	5	2,5 %	14	3,5 %
Erkrankungen der Niere	0	0,0 %	3	1,5 %	3	0,7 %
Essstörungen	1	0,5 %	1	0,5 %	2	0,5 %
Immundefekte	0	0,0 %	4	2,0 %	4	1,0 %
Intelligenz- und Entwicklungsstörungen	23	11,4 %	23	11,4 %	46	11,4 %

Merkmal	TransFIT- Teilnehmende mit Routinedaten		Gematchte Kontrollgruppe		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Juvenile Arthritis und syst. Lupus erythematoses	17	8,5 %	2	1,0 %	19	4,7 %
Muskelatrophien und Myopathien	2	1,0 %	1	0,5 %	3	0,7 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9	4,5 %	18	9,0 %	27	6,7 %
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	20	10,0 %	3	1,5 %	23	5,7 %
Sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6	3,0 %	5	2,5 %	11	2,7 %
Sonstiges atopisches Ekzem	6	3,0 %	13	6,5 %	19	4,7 %
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	35	17,4 %	35	17,4 %	70	17,4 %
Zerebralpareesen	6	3,0 %	7	3,5 %	13	3,2 %
Zystische Fibrose	2	1,0 %	0	0,0 %	2	0,5 %
Gesamt	201	100,0 %	201	100,0 %	402	100,0 %

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

3.3.4 Validierung der Befragungsdaten

Gemäß Evaluationskonzept ist vorgesehen, den Effekt von TransFIT auf die Inanspruchnahme von vollstationären Krankenhausbehandlungen auf der Grundlage aller Teilnehmenden sowie deren zugeordneten Kontrollversicherten zu evaluieren. Für Teilnehmende, die bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind sowie für alle Kontrollversicherte lassen sich Angaben über die Inanspruchnahme von vollstationären Krankenhausbehandlungen den bereitgestellten Routinedaten entnehmen. Für Teilnehmende, die nicht bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkasse versichert sind liegen keine Routinedaten vor. Für diese Versicherte ist gemäß Evaluationskonzept vorgesehen, Angaben zu Krankenhausbehandlungen innerhalb des Zeitraums von einem Jahr vor Programmeinschreibung (Kontrollzeitraum) sowie innerhalb des Interventionszeitraums den Primärdaten zu entnehmen.

Gemäß Studienprotokoll ist vorgesehen, die Eltern der Teilnehmenden an zwei Messzeitpunkten zu in Anspruch genommenen vollstationären Krankenhausbehandlungen zu befragen. Zum Beginn der Intervention sollen die Eltern der Teilnehmenden im Rahmen des Erst-Assessments befragt werden, ob in den zurückliegenden zwölf Monaten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen wurde und ob diese im Zusammenhang mit der Erkrankung erfolgt ist, wegen der die Einschreibung in TransFIT vorgenommen wird. Nach Ablauf von zwölf Monaten nach Programmeinschreibung sollen die Eltern erneut befragt werden, ob in den zurückliegenden zwölf Monaten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich war und ob diese im Zusammenhang mit der Erkrankung erfolgt ist, die der Teilnahme an TransFIT zugrunde liegt (vgl. Abschnitt 3.3.1). Aus diesen Angaben werden sowohl für den Zeitraum von einem Jahr vor Programmeinschreibung als auch den Interventionszeitraum (ein Jahr ab Programmeinschreibung) die Zielgrößen der Analyse der Krankenhausinanspruchnahme operationalisiert.

Aufgrund der hohen und stark ansteigenden Rate der Programmeinschreibungen ab dem 17-ten Monat des Rekrutierungszeitraums im Anschluss an die Öffnung des Programms für die Versicherten aller Krankenkassen (vgl. Abschnitt 4.1) konnte das Erst-Assessment nicht bei allen Teilnehmenden unmittelbar bei Programmeinschreibung durchgeführt werden. Das Erst-Assessment wurde durch das Fallmanagement dann zu einem späteren Zeitpunkt mit unveränderter Fragestellung nachgeholt. Demnach umfassen die Angaben dieser mit einer zeitlichen Verzögerung befragten Teilnehmenden zu vollstationären Krankenhausaufenthalten in den zurückliegenden zwölf Monaten im Erst-Assessment zu einem geringen Anteil auch den Interventionszeitraum (Zeit von der Programmeinschreibung bis zum Erst-Assessment).

Korrespondierend hierzu führte die hohe Anzahl zeitgleich endender Programmteilnahmen zu einem Rückstau bei der Durchführung der Abschlussbefragung. Die Fragestellung der Abschlussbefragung wurde daraufhin insoweit angepasst, dass die Teilnehmenden um Angaben zu vollstationären Krankenhausaufenthalten seit dem Erst-Assessment gebeten wurden, sofern das Erst-Assessment weniger als zwölf Monate zurücklag. In allen anderen Fällen wurde die Fragestellung beibehalten.

Die Zuverlässigkeit der Angaben zur Inanspruchnahme von vollstationären Krankenhausbehandlungen kann anhand der Teilnehmenden, die bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind, auf der Grundlage der Routinedaten überprüft werden. Mit der systematischen Überprüfung der Angaben aus der Befragung anhand der Routinedaten wird das Erhebungsinstrument demnach validiert. Eine positive Validierung ist Voraussetzung dafür, die Evaluation des primären Endpunkts auf die Ergebnisse der Befragung der Teilnehmenden zu stützen, für die keine Routinedaten vorliegen. Hierbei werden die Daten von insgesamt 193 Teilnehmenden berücksichtigt, für die Routinedaten und Befragungsdaten aus beiden Messzeiträumen vollständig vorliegen. Die Analyse stützt sich hierbei auf die vom Fallmanagement dokumentierten Erhebungszeitpunkte unter Berücksichtigung einer ggfs. angepassten Fragestellung in der Abschlussbefragung im Hinblick auf den Zeitraum, für den die Teilnehmenden um Angaben zu vollstationären Krankenhausaufenthalten gebeten wurden (siehe oben).

In Tabelle 9 ist in einer Kreuztabelle die Verteilung der Befragungsangaben und der tatsächlich stattgefundenen Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Zeitraum von zwölf Monaten vor dem Erst-Assessment dargestellt. Gemäß Angaben aus den Routinedaten der Krankenkassen weisen 30 Teilnehmende im Jahr vor dem Erst-Assessment einen vollstationären Krankenhausaufenthalt auf. Bei 15 Teilnehmenden liegt eine damit übereinstimmende Angabe in den Befragungsdaten vor, d.h. die Teilnehmenden haben im Rahmen des Erst-Assessment angegeben, dass in den vergangenen zwölf Monaten (mindestens) eine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden hat. Die übrigen 15 Teilnehmenden haben im Erst-Assessment eine solche vollstationäre Krankenhausbehandlung verneint. Für insgesamt 163 Teilnehmende ist in den Routinedaten im Kontrollzeitraum keine vollstationäre Krankenhausbehandlung dokumentiert. Dennoch haben fünf Teilnehmenden im Rahmen des Erst-Assessment angegeben, dass in den zwölf Monaten vor der Befragung ein solcher Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat.

Die Befragungsergebnisse des Erst-Assessment weisen demnach eine Sensitivität in Höhe von 50,0 % auf. Ein tatsächlich stattgefundenener Krankenhausaufenthalt wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 50,0 % im Rahmen der Befragung korrekt angegeben. Die Spezifität beläuft sich auf 96,9 %. Dies bedeutet, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 96,9 % im Rahmen der Befragung korrekt angegeben wird, dass kein Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat.

Insbesondere die Sensitivität der Befragungsergebnisse fällt deutlich niedriger als erwartet aus. Daher wurden in einer ergänzenden Analyse mögliche Ursachen für die Abweichung

zwischen den Angaben im Erst-Assessment und in den Routinedaten der Krankenkassen dokumentierten vollstationären Krankenhausbehandlungen untersucht. Insgesamt liegt in zwanzig Fällen eine Abweichung zwischen den Befragungsergebnissen und den Routinedaten vor. Bei vier Fällen dürften die Abweichungen daraus resultieren, dass sehr kurze Krankenhausaufenthalte mit einer Verweilzeit von bis zu zwei Tagen und wenig schwerwiegender Erkrankung von den Eltern der Teilnehmenden nicht als vollstationärer Krankenhausaufenthalt erkannt oder erinnert wurden. In weiteren vier Fällen scheinen Schwierigkeiten bei der zeitlichen Abgrenzung am unteren Ende des abgefragten Zeitraums ursächlich für die Abweichung der Befragungsergebnisse zu sein. In einem Fall deuten die Analyseergebnisse darauf hin, dass ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nicht als vollstationärer Krankenhausaufenthalt eingeordnet wurde, in einem weiteren Fall könnten Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von vor- und vollstationären Krankenhausbehandlungen ursächlich für die Abweichung zwischen Befragungsergebnissen und Routinedaten sein. In zehn Fällen konnte keine Ursache für die Abweichung zwischen den Befragungsergebnissen und den Routinedaten ermittelt werden.

Tabelle 9: Gemeinsame Verteilung der Angaben aus der Befragung und der Angaben aus den Routinedaten zu Krankenhausaufenthalten im Kontrollzeitraum

		KH-Behandlung Befragungsdaten		Gesamt
		ja	nein	
KH-Behandlung Routinedaten	ja	15	15	30
	nein	5	158	163
Gesamt		20	20	173

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

In Tabelle 10 ist in einer Kreuztabelle die Verteilung der Befragungsangaben und der tatsächlich stattgefundenen Krankenhausaufenthalte in den zwölf Monaten vor der Abschlussbefragung dargestellt. Gemäß Angaben aus den Routinedaten der Krankenkassen weisen 24 Teilnehmende innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten vor Durchführung der Abschlussbefragung einen vollstationären Krankenhausaufenthalt auf. Bei 17 Teilnehmenden liegt eine damit übereinstimmende Angabe in den Befragungsdaten vor, d.h. die Teilnehmenden haben im Rahmen der Abschlussbefragung angegeben, dass in den vergangenen zwölf Monaten (mindestens) eine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden hat. Die übrigen sieben Teilnehmenden haben in der Abschlussbefragung einen solchen vollstationären Krankenhausaufenthalt verneint. Für insgesamt 169 Teilnehmende ist in den Routinedaten keine vollstationäre Krankenhausbehandlung dokumentiert. Dennoch haben sechs Teilnehmende im Rahmen der Abschlussbefragung angegeben, dass in den zurückliegenden zwölf Monaten ein solcher Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat.

Die Befragungsergebnisse der Abschlussbefragung weisen demnach eine Sensitivität in Höhe von 70,8 % auf. Ein tatsächlich stattgefundenener Krankenhausaufenthalt wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 70,8 % im Rahmen der Befragung korrekt angegeben. Die Spezifität beläuft sich auf 96,4 %. Dies bedeutet, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 96,4 % korrekt angegeben wird, dass kein Krankenhausaufenthalt vorlag.

In einer ergänzenden Analyse wurden mögliche Ursachen für die Abweichung zwischen den Befragungsangaben und in den Routinedaten der Krankenkassen dokumentierten vollstationären Krankenhausbehandlungen untersucht. Bei vier Fällen dürften die Abweichungen daraus resultieren, dass sehr kurze Krankenhausaufenthalte mit einer

Verweilzeit von einem Tag und wenig schwerwiegender Erkrankung von den Eltern der Teilnehmenden nicht als vollstationärer Krankenhausaufenthalt erkannt oder erinnert wurde. In drei Fällen scheinen Schwierigkeiten bei der zeitlichen Abgrenzung am unteren Ende des abgefragten Zeitraums ursächlich für die Abweichung der Befragungsergebnisse zu sein. In zwei Fällen deuten die Analyseergebnisse darauf hin, dass ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nicht als vollstationärer Krankenhausaufenthalt eingeordnet wurde. In vier Fällen konnte keine Ursache für die Abweichung zwischen den Befragungsergebnissen und den Routinedaten ermittelt werden.

Tabelle 10: Gemeinsame Verteilung der Angaben aus der Befragung und der Angaben aus den Routinedaten zu Krankenhausaufenthalten im Interventionszeitraum

		KH-Behandlung Befragungsdaten		Gesamt
		ja	nein	
KH-Behandlung Routinedaten	ja	17	7	24
	nein	6	163	169
Gesamt		23	170	193

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Die Analyse der Validität der Befragungsergebnisse zeigt in beiden untersuchten Zeiträumen ein ähnliches Ergebnis. Während die Spezifität mit Werten im Bereich von mehr als 95 % akzeptabel ausfällt, weisen die Befragungsdaten in beiden Zeiträumen eine geringe Sensitivität auf. Im Erst-Assessment beläuft sich die Richtig-positiv-Rate auf 50 %, bei der Abschlussbefragung ergibt sich eine Richtig-positiv-Rate in Höhe von etwa 70 %. Als mögliche Ursache hierfür kämen Schwierigkeiten bei der retrospektiven Einordnung und zeitlichen Abgrenzung der Behandlungsfälle in Betracht. So ergeben sich aus den Daten beispielsweise Hinweise, dass vollstationäre Krankenhausaufenthalte mit sehr kurzer Verweildauer, häufig mit Entlassung am Folgetag des Aufnahmetages, von den Eltern der Teilnehmenden nicht als vollstationärer Krankenhausaufenthalt erkannt oder erinnert wurde. Diese Krankenhausaufenthalte sind häufig gekennzeichnet von einer wenig schwerwiegenden Erkrankung, teilweise mit Hauptdiagnose aus Kapitel XVIII des ICD-10-GM (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind). Auch bei Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken und bei der Abgrenzung von vor- und vollstationären Krankenhausaufenthalten scheinen Schwierigkeiten bei der Einordnung zu bestehen. Darüber hinaus ergeben sich aus den Analysen Hinweise auf Schwierigkeiten bei der zeitlichen Abgrenzung und Zuordnung der Krankenhausbehandlungen am unteren Ende des abgefragten Zeitraums. Bei Krankenhausaufenthalten, die länger als zehn Monate zurückliegen scheinen Schwierigkeiten bei der Beurteilung zu bestehen, ob die Behandlung noch innerhalb des abgefragten 12-Monats-Zeitraums stattgefunden hat oder sich bereits davor ereignete.

In der Gesamtschau können die Befragungsergebnisse damit nicht positiv validiert werden. Insbesondere die Sensitivität der Befragungsergebnisse (True Positive Rate) fällt mit einer Höhe von etwa 50 % (Erst-Assessment) bzw. 70 % (Abschlussbefragung) zu gering aus, um die Evaluation des primären Endpunkts auf die Befragungsergebnisse zu stützen. Die Evaluation des primären Endpunkts erfolgt daher allein auf der Grundlage von Routinedaten der Teilnehmenden, die bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind. Die Ergebnisse der Analyse des primären Endpunkts auf der Grundlage aller Teilnehmenden ist nur der Vollständigkeit wegen im Anhang in Abschnitt 7.1 dargestellt.

3.3.5 Analysen der Effektevaluation

3.3.5.1 Krankenhausinanspruchnahme

Eines der Ziele von TransFIT ist die Vermeidung von Komplikationen und Aggravationen des jeweiligen Krankheitsbildes, die in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Wechsel in die Erwachsenenmedizin auftreten, bzw. sich in einem Altersbereich ereignen, in dem die Anbindung an die pädiatrische Versorgung vielfach schwächer wird, ohne dass die erforderliche Verankerung in der Erwachsenenversorgung etabliert wäre. Im Rahmen der Evaluation von TransFIT wird die Erreichung dieses Ziels gemessen durch die Krankenhausinanspruchnahme von Teilnehmenden an TransFIT im Vergleich zu einer Kontrollgruppe innerhalb des Interventionszeitraums von einem Jahr ab dem Datum der Einschreibung. Gemäß Evaluationskonzept ist vorgesehen, bei der Analyse zu berücksichtigen, ob ggfs. im Jahr vor der Einschreibung eine vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eingetreten ist, um den Einfluss von TransFIT anhand der zeitlichen Veränderung der Krankenhausinanspruchnahme zu analysieren. Dementsprechend wird die Krankenhausinanspruchnahme im Jahr vor der Programmeinschreibung bei der Bildung der Kontrollgruppe im Rahmen des Matchingverfahrens als Matchingmerkmal berücksichtigt.

Für jeden im Rahmen der Analyse berücksichtigten an TransFIT-Teilnehmenden sowie deren zugeordneten Kontrollversicherten (vgl. Abschnitt 3.3.3) wird die Krankenhausinanspruchnahme durch ein Binärmerkmal kodiert, das anzeigt, ob die jeweilige Person innerhalb des Interventionszeitraums eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen hat. Dieses dichotome Merkmal (vollstationäre Krankenhausbehandlung: ja/nein) ist Gegenstand der Analyse der Krankenhausinanspruchnahme.

In einer ergänzenden Analyse wird darüber hinaus geprüft, welchen Einfluss TransFIT auf die Inanspruchnahme von vollstationären Krankenhausbehandlungen ausübt, die im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose bzw. der Einschlussindikationsgruppe auftreten. Hierbei handelt es sich um vollstationäre Krankenhausbehandlungen, deren Anlass die Erkrankung ist, die der Teilnahme an TransFIT zugrunde liegt. Auch für diese indikationsspezifischen Krankenhausbehandlungen wird für jede Person ein dichotomes Merkmal gebildet, das anzeigt, ob die jeweilige Person innerhalb des Interventionszeitraums bzw. innerhalb eines Jahres vor Programmeinschreibung eine indikationsspezifische vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen hat (indikationsspezifische vollstationäre Krankenhausbehandlung: ja/nein).

Bei der Operationalisierung der Krankenhausinanspruchnahme und der spezifischen Krankenhausinanspruchnahme wird zwischen Personen unterschieden, für die von den am Projekt beteiligten Krankenkassen Routinedaten vorliegen, und Personen, die nicht bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind und für die demnach keine Routinedaten der Krankenkassen vorliegen.

Für alle Kontrollversicherten sowie TransFIT-Teilnehmenden, die bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind, kann die Krankenhausinanspruchnahme den Routinedaten der Krankenkassen entnommen werden. Hierfür ist es erforderlich, die Krankenhausinanspruchnahme in den Routinedaten zu operationalisieren. Vollstationäre Behandlungsfälle werden über den in den Routinedaten dokumentierten Aufnahmegrund identifiziert. Hierbei werden nur vollstationäre Behandlungsfälle berücksichtigt, bei denen die beiden ersten Ziffern des Aufnahmeanlasses 01 (Krankenhausbehandlung, vollstationär) oder 02 (Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung) lauten. Bei der Operationalisierung von indikationsspezifischen vollstationären

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Krankenhausbehandlungen wird darüber hinaus auf indikationsspezifische Hauptdiagnosen der Entlassungsmeldung eingeschränkt. Ein indikationsspezifischer Krankenhausaufenthalt liegt demnach vor, wenn die beiden ersten Ziffern des Aufnahmearbeiters 01 (Krankenhausbehandlung, vollstationär) oder 02 (Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung) lauten und in der Entlassungsmeldung des Krankenhauses eine Hauptdiagnose kodiert ist, die sich einer Einschlussindikationsgruppe zuordnen lässt, auf deren Grundlage die Einschreibung des jeweiligen Versicherten in TransFIT (Teilnehmende an TransFIT) bzw. die Zuordnung des jeweiligen Kontrollversicherten zu einem Teilnehmenden erfolgt ist.

Für TransFIT-Teilnehmende, die nicht bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind und für die demnach keine Routinedaten der Krankenkassen vorliegen, wird die Krankenhausinanspruchnahme aus den Befragungsdaten des Erst-Assessment bzw. der Abschlussbefragung entnommen. Zum Beginn der Intervention werden im Rahmen des Erst-Assessments die Eltern der Teilnehmenden befragt, ob in den zwölf Monaten vor Programmeinschreibung eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen wurde und ob diese im Zusammenhang mit der Erkrankung erfolgt ist, wegen der die Einschreibung in TransFIT vorgenommen wird. Nach Ablauf von zwölf Monaten nach Programmeinschreibung wurden die Eltern erneut befragt, ob in den zwölf Monaten seit Programmbeginn eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich war und ob diese im Zusammenhang mit der Erkrankung erfolgt ist, die der Teilnahme an TransFIT zugrunde liegt (vgl. Abschnitt 3.3.1). Aus diesen Angaben werden sowohl für den Zeitraum von einem Jahr vor Programmeinschreibung als auch den Interventionszeitraum (ein Jahr ab Programmeinschreibung) die Zielgrößen der Analyse der Krankenhausinanspruchnahme operationalisiert. Bei den Analysen werden nur Teilnehmende berücksichtigt, für die zu beiden Zeitpunkten gültige Angaben vorliegen. Teilnehmende mit einer fehlenden Angabe zu mindestens einem der beiden Zeitpunkte sowie deren zugeordnete Kontrollversicherte werden aus den Analysen der Krankenhausinanspruchnahme ausgeschlossen.

Aufgrund der eingeschränkten Validität der Angaben der Teilnehmenden zu vollstationären Krankenhausbehandlungen im Rahmen der Befragung können Teilnehmende, die nicht bei einer an TransFIT beteiligten Krankenkasse versichert sind und für die demnach keine Routinedaten vorliegen, bei der Evaluation des primären Endpunkts nicht berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 3.3.4). Vielmehr wird die Datengrundlage dieser Analysen durch alle Teilnehmenden an TransFIT, für die Routinedaten vorliegen, sowie deren zugeordnete Kontrollversicherte gebildet (Analysepopulation 2; vgl. Abbildung 2). Die Baselinecharakteristik von TransFit-Teilnehmenden und gematchter Kontrollgruppe ist in Tabelle 8 in Abschnitt 3.3.3 dargestellt. Die Analyseergebnisse auf der Grundlage aller Teilnehmenden unabhängig von der Kassenzugehörigkeit sind nachrichtlich als Ergänzung im Anhang in Abschnitt 7.1 aufgeführt.

In einer deskriptiven Analyse werden zunächst die Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe im Hinblick auf die untersuchten Zielgrößen dargestellt. Die Analyse des Interventionseffekts erfolgt im Rahmen einer multiplen Regressionsanalyse mittels logistischer Regression. Da im Rahmen des Matchings aufgrund der geringen Fallzahl nur die am häufigsten auftretenden Einschlussindikationsgruppenkonstellationen berücksichtigt werden konnten, weisen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe teilweise deutliche Unterschiede in der Verteilung der übrigen Einschlussindikationsgruppen auf. Um möglichen Verzerrungen des Interventionseffekts zu begegnen, die aus einer ungleichen Verteilung der Einschlussindikationsgruppen resultieren könnten, wird im Rahmen der Analyse für die Einschlussindikationsgruppe kontrolliert. Aufgrund der geringen Fallzahl können jedoch nicht alle TransFIT-Einschlussindikationsgruppen als Kovariate in das Modell aufgenommen werden. Die Analyse erfolgt adjustiert auf alle Einschlussindikationsgruppen, die im Rahmen

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

des Matchings nicht berücksichtigt werden konnten und bei mindestens fünf Versicherten vorliegen. Darüber hinaus wird für den Einfluss einer Krankenhausbehandlung bzw. einer indikationsspezifischen Krankenhausbehandlung im Jahr vor der Programmeinschreibung kontrolliert.

3.3.5.2 Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben

Durch die Teilnahme an TransFIT entstehen programmspezifische Zusatzkosten. Darüber hinaus wird erwartet, dass sich durch die Teilnahme an TransFIT die mit einer kontinuierlichen und leitliniengerechten Behandlung verbundenen Kosten der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen sowie die Ausgaben für die pharmakologische Behandlung erhöhen. Im Rahmen der Evaluation wird geprüft, ob diese Erhöhung der Kosten eingetreten ist, inwieweit diese durch eine Verminderung von vermeidbaren stationären Aufenthalten kompensiert wird und ob insgesamt das Ziel von TransFIT erreicht wird, die Leistungsausgaben der Krankenkassen zu senken.

Hierfür wird die Kostenentwicklung zwischen TransFIT-Teilnehmenden und der Kontrollgruppe in den fünf wesentlichen Leistungsbereichen der GKV analysiert. Diese umfassen:

- Ambulante ärztliche Behandlungen
- Arzneimittelverordnungen
- Stationäre Krankenhausbehandlungen
- Heilmittel
- Hilfsmittel

Darüber hinaus wird die Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben insgesamt untersucht, die sich aus der Summe der Kosten über alle untersuchten Leistungsbereiche ergeben.

Da für diese Analyse auf Routinedaten der Krankenkassen zurückgegriffen wird, wird die Datengrundlage dieser Analysen durch Teilnehmende an TransFIT sowie deren zugeordnete Kontrollversicherte gebildet, die bei einer der am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert sind und für die demnach Routinedaten für die Auswertung zur Verfügung stehen (Analysepopulation 3; vgl. Abbildung 2). Teilnehmende an TransFIT, die nicht bei einer am Projekt beteiligten Krankenkasse versichert sind, sowie deren zugeordnete Kontrollversicherte, bleiben bei diesen Analysen unberücksichtigt. Die Baselinecharakteristik von TransFit-Teilnehmenden und gemachter Kontrollgruppe ist in Tabelle 8 in Abschnitt 3.3.3 dargestellt.

Die Operationalisierung der Kosten aus ambulanten ärztlichen Behandlungen erfolgt auf der Grundlage der Einzelfallnachweise. Die Fallgesamtkosten eines Behandlungsfalls ergeben sich aus dem in Euro bewerteten Fallwert für Sachkosten (inkl. Dialyse-Sachkosten) und den in Euro bewerteten Leistungen aus regionalen Verträgen zuzüglich dem mit einem Punktwert bewerteten Fallwert in Punkten. Als Punktwert wird der Orientierungswert der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2020 in Höhe von 10,9871 Cent pro Punkt zugrunde gelegt. Durch die Verwendung eines einheitlichen Punktwertes wird sichergestellt, dass identische Leistungen mit einem identischen Kostenwert in die Analysen eingehen und dadurch überregional und unabhängig vom Leistungsort vergleichbar sind.

Die Kosten für Arzneimittelverordnungen ergeben sich auf der Grundlage der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten aus den Nettogesamtkosten für die Verordnung des jeweiligen Arzneimittels. Die Nettogesamtkosten der Verordnungen ergeben sich aus dem Apothekenverkaufspreis abzüglich gesetzlicher Rabatte. Bei Rezepturen wird der Kostenwert gemäß (Hilfs-)Taxe bzw. die von der Apotheke in Rechnung gestellte Taxe zugrunde gelegt.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Bei den Kosten für stationäre Behandlungen werden alle vollstationären (mit und ohne vorstationäre Behandlung), teilstationären und vorstationären Krankenhausbehandlungen berücksichtigt. Diese lassen sich in Routinedaten über den Aufnahmeanlass von Krankenhausfällen identifizieren, dessen erste beiden Ziffern den Wert 01, 02, 03 oder 04 aufweisen. Alle übrigen Aufnahmeanlässe (Entbindung, Geburt, Wiederaufnahme wegen Komplikationen, Organentnahme und stationsäquivalente Behandlung) bleiben in den Analysen unberücksichtigt.

Die Kosten für Heil- und Hilfsmittel ergeben sich auf der Grundlage der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten aus dem abgerechneten Gesamtpreis für die jeweils abgerechnete Leistung, die durch Angabe der jeweiligen Abrechnungspositionsnummer gekennzeichnet ist.

Die Behandlungskosten eines Versicherten ergeben sich aus der Summe aller abgerechneten Leistungen des jeweiligen Leistungsbereichs. Für die Analyse der zeitlichen Entwicklung der Kosten ist es erforderlich, den Interventionszeitraum und den Kontrollzeitraum zeitlich abzugrenzen. Dem Interventionszeitraum werden alle Leistungen zugeordnet, die innerhalb des Leistungsquartals der Einschreibung sowie der drei folgenden Leistungsquartale entstanden sind (insgesamt vier Quartale). Dem Kontrollzeitraum werden alle Leistungen zugeordnet, die in den vier Quartalen vor dem Quartal der Programmeinschreibung entstanden sind. Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung einer Leistung zu einem Leistungsquartal ist bei ambulanten Behandlungsfällen der Fallbeginn, bei Arzneimittelverordnungen das Verordnungsdatum, bei stationären Krankenhausbehandlungen der Fallbeginn und bei Heil- und Hilfsmittelabrechnungen das Leistungsdatum.

Bei der Auswahl der für die jeweiligen Analysen in Betracht kommenden Versicherten werden die verfügbaren Datenzeiträume des jeweiligen Leistungsbereichs beachtet, die sich bei der Prüfung der verfügbaren Datenzeiträume im Rahmen der Qualitätssicherung der Datenlieferungen ergeben haben (vgl. Abschnitt 3.3.2.2). Der Versicherten Auswahl liegen folgende Einschlusskriterien zugrunde:

- Ambulante Behandlungskosten: Versicherte mit Programmeinschreibung bis einschließlich 30.09.2019 (verfügbarer Datenzeitraum bis einschließlich 30.06.2020)
- Arzneimittelkosten: Versicherte mit Programmeinschreibung bis einschließlich 31.12.2019 (verfügbarer Datenzeitraum bis einschließlich 30.09.2020)
- Stationäre Krankenhausbehandlungskosten: Versicherte mit Programmeinschreibung bis einschließlich 31.12.2019 (verfügbarer Datenzeitraum bis einschließlich 31.12.2020)
- Heil- und Hilfsmittelkosten: Versicherte mit Programmeinschreibung bis einschließlich 30.06.2019 (verfügbarer Datenzeitraum bis einschließlich 31.03.2020)

In einer deskriptiven Analyse werden zunächst die Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe im Hinblick auf Behandlungskosten der jeweiligen Leistungsbereiche sowie der GKV-Ausgaben insgesamt dargestellt. Die Analyse des Interventionseffekts ist als Difference-in-Difference-Schätzer konzipiert. Hierbei wird die Kostendifferenz zwischen Interventionszeitraum und Kontrollzeitraum im Rahmen einer multiplen Regressionsanalyse mittels linearer Regression auf ein Gruppenmerkmal (Interventionsgruppe, Kontrollgruppe) sowie weitere Kovariate regressiert. Wie schon bei der Analyse der Krankenhausinanspruchnahme erfolgt die Analyse adjustiert auf alle Einschlussindikationsgruppen, die im Rahmen des Matchings nicht berücksichtigt werden konnten und bei mindestens fünf Versicherten vorliegen. Darüber hinaus wird für den Einfluss der jeweiligen Leistungsausgaben im Kontrollzeitraum kontrolliert, um für einen möglichen

Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben des Vorjahres und der zeitlichen Entwicklung der Leistungsausgaben zu kontrollieren.

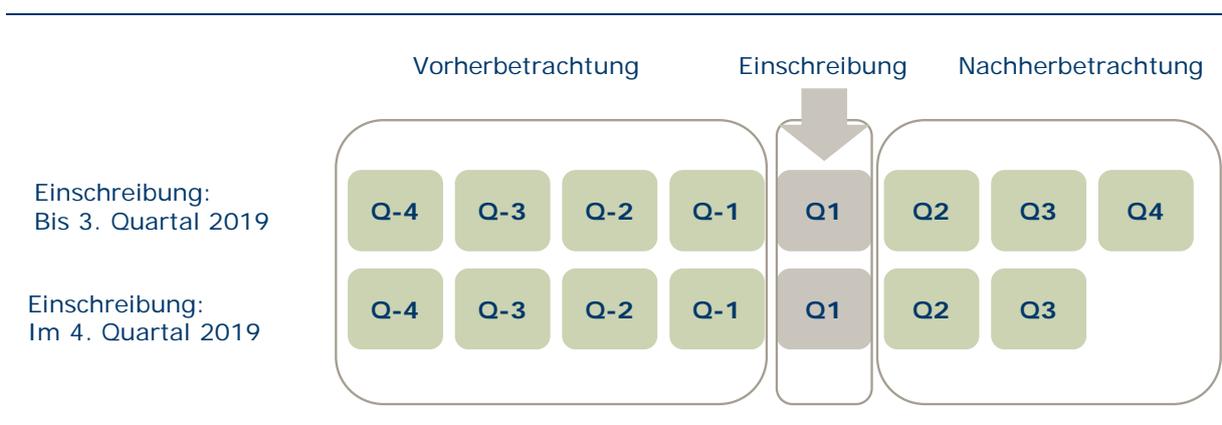
3.3.5.3 Vermeidung von Versorgungsabbrüchen (ambulante Arztkontakte)

Es war ursprünglich vorgesehen, auf Basis der Einschlussdiagnosen für jeden Versicherten in der Interventions- und Kontrollgruppe eine bestimmte Zahl von Arztkontakten innerhalb eines Zeitraums festzulegen, durch die Behandlungskontinuität definiert wird. Das Festlegen einer solchen Zahl auf Ebene von Versicherten war nicht möglich, da für jeden Versicherten mehrere Einschlussdiagnosen bei der Einschreibung durch die einschreibenden Ärzte genannt wurden. Die Festlegung auf eine „richtige“ Zahl an Arztkontakten hätte somit für jede sich ergebende Einschlussdiagnosekonstellation vorgenommen werden müssen. Die Analyse der ambulanten Arztkontakte wurde daher unabhängig von den Einschlussdiagnosen vorgenommen. Ausgangspunkt für die Analysen bildet Analysepopulation 3; vgl. Abbildung 2.

Der Zugang zu TransFIT erfolgte für jeden Teilnehmenden in Verbindung mit einem Arztbesuch (L-01). Für die Versicherten der Kontrollgruppe war daher verlangt, dass im Einschreibequartal ebenfalls eine Behandlung bei einem Kinder- und Jugendarzt stattgefunden hat (vgl. Abschnitt 3.3.3). Im Einschreibequartal (Q1) ist der Anteil der Versicherten mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall aufgrund der Konstruktion der beiden Vergleichsgruppen daher gleich (100 Prozent).

Ausgehend von diesem Einschreibequartal (Q1) wird für jeden Versicherten (IG und KG) ermittelt, in wie vielen der vier zurückliegenden Quartale vor Q1 ein ambulanter Arztkontakt stattgefunden hat und wie viele ambulante Behandlungsfälle das in Summe waren. Analog wird die Zahl der Quartale mit Arztkontakt und die Zahl der Behandlungsfälle für den Zeitraum nach Q1 ermittelt. Da die ambulanten Behandlungsdaten nur bis inklusive dem zweiten Quartal 2020 zur Verfügung standen, wurden für den Zeitraum nach Q1 für alle Versicherten mit Einschreibungen bis zum Ende des 3. Quartals 2019 die drei auf Q1 folgenden Quartale betrachtet (Q2, Q3, Q4) und für Einschreibungen im 4. Quartal 2019 zwei auf Q1 folgende Quartale (Q2, Q3) vgl. Abbildung 3.

Abbildung 3: Analysequartale Versorgungskontinuität



Quelle: Eigene Darstellung

Das Interventionsziel wird als erreicht angesehen, wenn sich im Vorher-Nachher Vergleich im Nachbetrachtungszeitraum ein größerer (positiver) Abstand in der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle zeigt.

3.3.5.4 Vermeidung von Versorgungsabbrüchen (Arzneimittelverordnungen)

Das Evaluationskonzept sieht einen erkrankungsspezifischen Vergleich der Arzneimittelverordnungen in der Interventions- und Kontrollgruppe für die wichtigsten Einschlussdiagnosen vor.

Ausgangspunkt für die Analysen bildet Analysepopulation 3; vgl. Abbildung 2. Für die Analyse der Arzneimittelverordnungen wurden aus den 24 Indikationsgruppen (vgl. Tabelle 1) die ausgewählt, für die mindestens zehn Teilnehmende und mindestens 10 Kontrollversicherte in der Studienpopulation für die Evaluation der sekundären Outcomes vorhanden sind. Dieses Kriterium erfüllen folgende Indikationsgruppen:

- Adipositas
- Allergische Rhinopathie
- Asthma
- Diabetes Mellitus Typ 1
- Intelligenz- und Entwicklungsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Auf Basis der entsprechenden Leitlinien wurden daraus drei Erkrankungsgruppen ausgewählt und eine Eingrenzung der Wirkstoffgruppen vorgenommen (vgl. Tabelle 11)

Für diese Indikationsgruppen wurden die Summe der verordneten Tagesdosen (DDD) der erkrankungsspezifischen Wirkstoffgruppen und der Anteil der Versicherten mit einer entsprechenden Verordnung in den vier Quartalen vor Programmeinschreibung und in den vier Quartalen ab Programmeinschreibung gegenübergestellt (Vorher-Nachher Vergleich).

Tabelle 11: Eingrenzung der Wirkstoffgruppen und Indikationsgruppen

Indikationsgruppe	Erkrankung	ATC-Kode	Titel Wirkstoffgruppe
7	Asthma	R03*	Mittel bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen
3	Allergische Rhinopathie	R01AC*	Antiallergika, exkl. Corticosteroide
3	Allergische Rhinopathie	R01AD*	Corticosteroide
3	Allergische Rhinopathie	R06*	Antihistaminika zur Systemischen Anwendung
3	Allergische Rhinopathie	V01AA*	Allergen-Extrakte
10	Diabetes Mellitus Typ 1	A10A*	Insulin und Analoga

Quelle: Eigene Darstellung

3.3.5.5 Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurde mit dem KINDL^R bzw. der Jugendversion „Kiddo-KINDL^R“ für 14- bis 17-Jährige erfasst (Ravens-

Sieberer und Bullinger 2000)¹. Dieser deutschsprachige Fragebogen erfasst sechs Dimensionen der Lebensqualität anhand von jeweils vier Likert-skalierten fünfstufigen Items: *körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule bzw. Vorschule/Kindergarten*. Der KINDL^R ist in zahlreichen Untersuchungen bei gesunden und chronisch kranken Kindern zum Einsatz gekommen. Insbesondere wurde das Instrument im Rahmen der bundesweit repräsentativen Studie des Robert Koch Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) eingesetzt. (Ravens-Sieberer *et al.* 2008). Neben den sechs Dimensionen, die zu einem „Total-Score“ zusammengefasst werden, erfasst das zusätzliche Modul „Erkrankung“ die Lebensqualität in Bezug zu einer länger bestehenden Krankheit oder bei einem Krankenhausaufenthalt. Ausgangspunkt für die Analysen bildet Analysepopulation 1; vgl. Abbildung 2.

Die Summe der Antworten über alle Items geteilt durch die Anzahl der Items (24) ist Grundlage für den „Total-Score“. Diese Rohwerte werden auf einen Wertebereich zwischen 0 und 100 transformiert. Höhere Werte entsprechen dabei einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die psychometrischen Kriterien zeigen eine hohe Reliabilität für die Gesamtskala und zufriedenstellende Reliabilität für die einzelnen Subskalen (Ravens-Sieberer und Bullinger 2000).

Eine Auswertung der Skalen wurde nur vorgenommen, wenn mindestens 70 % der zu einer Skala gehörenden Items beantwortet waren. Die fehlenden Werte wurden – entsprechend der Anweisung der Testautorinnen – durch den Mittelwert der gültigen Items ersetzt (Ravens-Sieberer und Bullinger 2000). Allgemein traten nur wenige fehlende Werte (unter 5 %) auf, sobald Personen, die die Skala gar nicht beantwortet hatten, ausgeschlossen wurden.

Der KINDL^R wurde von den Patienten bei der Eingangsbefragung (PF-t0) und der Abschlussbefragung (PF-t1) beantwortet.

3.3.5.6 Selbstmanagementkompetenz

Zum Thema der Entwicklung der krankheitsbezogenen Selbstmanagementfähigkeit von Heranwachsenden mit chronischen Erkrankungen existieren bisher nur sehr wenige Studien (Lerch & Thrane 2019). Bei den Recherchen im Rahmen der Vorbereitung der TransFIT-Evaluation konnte nur ein standardisiertes Fragebogeninstrument zur krankheitsübergreifenden Messung der Selbstmanagementkompetenz bei Adoleszenten identifiziert werden: Der Illness Management Survey (IMS, Logan *et al.* 2003) misst die Wahrnehmung von „Adhärenzbarrieren“. Adhärenz wird in diesem Zusammenhang als die Bereitschaft definiert, sein krankheitsbezogenes Verhalten entsprechend der fachlichen Empfehlungen auszurichten, also z.B. Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung einzunehmen, Untersuchungstermine wahrzunehmen oder Empfehlungen zum Lebensstil zu beachten. Die Selbstmanagementfähigkeit wird somit als Ausprägung der Wahrnehmung von möglichen Hindernissen bei der Befolgung von fachlichen Empfehlungen konzipiert.

Die publizierte Version des IMS umfasst 27 Items (5-stufig Likert-skaliert), die Adhärenzbarrieren auf fünf Dimensionen messen:

1. *Behandlungsregime* (disease/regimen/medical systems (6 Items), d.h. Barrieren, die unmittelbar mit Behandlungsmaßnahmen zusammenhängen (z.B. „Meine Behandlung hat Nebenwirkungen, die ich wirklich nicht mag.“);

¹ Ein entsprechender Kooperationsvertrag zur Verwendung des Instruments für die TransFIT Evaluation zwischen dem IGES Institut und der KINDL Group liegt vor.

2. *Kognitive Probleme* (cognitive difficulties) (6 Items), d.h. Barrieren in Bezug auf das Verständnis bzw. die Nachvollziehbarkeit der Behandlungsmaßnahmen (z.B. „Manchmal kann ich mir nicht merken, was ich alles wegen meiner Krankheit tun soll.“);
3. Mangel an *sozialer Unterstützung/Selbstwirksamkeit* (lack of social support/lack of self-efficacy) (6 Items), d.h. Barrieren in Bezug auf die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten sowie die Unterstützung durch Angehörige (z.B. „Ich verstehe, was ich machen soll, um mit meiner Krankheit umzugehen“, „Meine Familie unterstützt mich sehr, um mir bei der Einhaltung meines Behandlungsplans zu helfen“);
4. *Verleugnung/fehlendes Vertrauen* (denial/distrust) (5 Items), also Barrieren in Bezug auf die Anerkennung von Anpassungsnotwendigkeiten sowie das Vertrauen in die Gesundheitsprofessionen (z.B. „Ich weigere mich, Zeit mit Freunden aufzugeben, um mich um meine Krankheit zu kümmern“; „Ich vertraue den Ärzten und Krankenschwestern/-pflegern nicht immer.“);
5. *Peers und Familie* (peer/family issues) (4 Items), d.h. Barrieren im Zusammenhang mit den sozialen Beziehungen (z.B. „Ich möchte nicht, dass meine Freunde von meiner Krankheit wissen.“).

Der IMS wurde anhand einer Stichprobe von 152 Asthma-Patienten zwischen elf und 18 Jahren entwickelt. Die Zuordnung der Items zu den fünf Dimensionen wurde faktorenanalytisch bestätigt. In der Originalversion weisen die Gesamtskala sowie drei der fünf Subskalen zufriedenstellende Reliabilitäten auf (Cronbach's Alpha zwischen 0,74 bis 0,87). Die beiden Subskalen „Verleugnung bzw. fehlendes Vertrauen“ und „Peers und Familie“ liegen mit Werten von 0,65 bzw. 0,56 unter dem üblichen Schwellenwert (Alpha > 0,7).

Für die TransFIT-Evaluation wurde der Fragebogen ins Deutsche übersetzt und anschließend von einer anderen Person ins Englische rückübersetzt. Die Übersetzung wurde angepasst, bis sich eine gute Übereinstimmung ergab. Darüber hinaus wurde mit den Daten der Eingangsbefragung (PF-t0) eine Überprüfung der Skaleneigenschaften vorgenommen. Die fünfdimensionale Struktur des Instruments konnte auch in der deutschen Fassung faktorenanalytisch bestätigt werden. Dabei sowie in den ergänzenden Reliabilitätsanalysen der Subskalen zeigte sich jedoch, dass einzelne Items in den TransFIT-Daten keine substanziellen Korrelationen mit den übrigen Items der jeweiligen Subskala und auch nur geringe Korrelationen zur Gesamtskala aufweisen. Dabei handelt es sich um folgende vier Items:

- „Mit meiner Krankheit ist einfacher umzugehen, als mit vielen anderen Krankheiten.“ (Korrelation mit der originalen Subskala *Behandlungsregime*: 0,15)
- „Es würde mir nichts Schlimmes passieren, wenn ich meinen Behandlungsplan nicht einhalte.“ (Korrelation mit der originalen Subskala *Verleugnung/fehlendes Vertrauen*: 0,19)
- „Ich versuche zu vergessen, dass ich eine Krankheit habe.“ (Korrelation mit der Subskala *Verleugnung/fehlendes Vertrauen*: 0,18)
- „Es stört mich nicht, wenn meine Freunde meine Krankheit ansprechen oder mir Fragen dazu stellen.“ (Korrelation mit der Subskala *Peers und Familie*: 0,16)

Diese vier Variablen wurden aus den Analysen entfernt, d.h. es wurde eine modifizierte Variante des Instruments (im Folgenden: IMS-mod) mit nur noch 23 Items verwendet. Die Bezeichnungen der Subskalen wurden nicht verändert, wenn sie dem originalen Zuschnitt weiterhin entsprechen:

1. *Behandlungsregime-mod* (5 Items), Reliabilität (Cronbach's Alpha): 0,75
2. *Kognitive Probleme* (6 Items), Reliabilität (Cronbach's Alpha): 0,85
3. *Soziale Unterstützung/Selbstwirksamkeit* (6 Items), Reliabilität (Cronbach's Alpha): 0,76
4. *Verleugnung/fehlendes Vertrauen-mod* (3 Items), Reliabilität (Cronbach's Alpha): 0,48
5. *Peers/Familie-mod* (3 Items), Reliabilität (Cronbach's Alpha): 0,57
6. *IMS-mod* (Gesamtskala, 23 Items), Reliabilität (Cronbach's Alpha): 0,86

Die beiden Subskalen *Verleugnung/fehlendes Vertrauen-mod* sowie *Peers/Familie-mod* weisen auch nach der Modifikation noch unbefriedigende Reliabilitäten auf. Dies war jedoch auch bereits in der Originalpublikation der Fall, so dass diesbezüglich vermutlich eine grundsätzliche Revision des Instruments erforderlich wäre. Die unten berichteten Ergebnisse in Bezug auf diese beiden Subskalen des IMS-mod sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden.

Höhere Werte auf den Skalen des IMS-mod zeigen eine größere Ausprägung von Adhärenzbarrieren d.h. eine niedrigere Selbstmanagementkompetenz an. Die rohen Skalenwerte wurden analog zur Vorgehensweise beim KINDL^R auf einen Wertebereich zwischen 0 (geringe Adhärenzbarrieren) und 100 transformiert.

3.3.5.7 Familiäre Belastung

Um die familiäre Belastung zu messen, wurde der Familien-Belastungs-Fragebogen (kurz FaBel) genutzt (Ravens-Sieberer et al. 2001). Dabei handelt es sich um die deutsche Version der „Impact on Family Scale“ zur Selbstbeurteilung der Auswirkungen chronischer Erkrankungen im Kindesalter auf die Familie (Stein & Riessman 1980). Der FaBel umfasst 33 Likert-skalierte vierstufige Items, die fünf Dimensionen bzw. Subskalen zugeordnet sind:

1. Täglichen sozialen Belastung der Eltern (15 Items),
2. Persönlichen Belastung (5 Items),
3. Belastung der Geschwisterkinder (6 Items),
4. Finanziellen Belastung (4 Items),
5. Probleme bei der Bewältigung der Belastung (3 Items).

Dabei bilden die Subskalen eins, zwei, vier und fünf die Skala „Belastung total“. In den Subskalen sowie in der Summenskala zeigen hohe Werte eine hohe Belastung an. Die durchgeführte Validierungsstudie von Ravens-Sieberer *et al.* (2001) zeigte eine „akzeptable Konstruktvalidität des Verfahrens, gute interne Konsistenz und Hinweise auf diskriminante Validität“ (Ravens-Sieberer et al. 2001, S. 384). Auch beim FaBel wurde ein Skalenwert nur berechnet, wenn gültige Angaben für mindestens 70 % der zugehörigen Items vorlagen. Fehlende Werte wurden durch den Mittelwert der gültigen Items ersetzt. Ferner wurden auch bei diesem Instrument eine Transformation der Skalenwerte auf den Wertebereich von 0 (keine Belastung) bis 100 vorgenommen.

3.3.6 Analysen der Prozessevaluation

3.3.6.1 Versorgungsbedarfe und Unterstützungsleistungen durch das Fallmanagement (P1)

Für jeden Patienten wurden durch das Fallmanagement (Fallmanagement) in der elektronischen Fallmanagement-Akte der im Rahmen von L-02 ermittelte Versorgungsbedarf und die im Rahmen von L-07 erbrachten Leistungen der Patienten festgehalten und einem oder mehreren von zwölf Themenschwerpunkten bzw. dem Schwerpunkt „Begleitung ohne

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

spezifischen Themenschwerpunkt“ zugeordnet. Die erbrachten Leistungen innerhalb der Themenschwerpunkte wurden über eine Kategoriensystematik von Leistungen des Fallmanagements erfasst. Diese Eintragungen standen für die Evaluation anonymisiert für alle 724 Teilnehmenden mit L-02 zur Verfügung (Analysepopulation 1; vgl. Abbildung 2).

Die Themenschwerpunkte (Kategorisierung des Versorgungsbedarfs):

- Begleitung (ohne Schwerpunkt)
- Wissen über die jeweilige Erkrankung
- Transitionsprozess
- Selbstmanagement
- Gezielte Förderung der persönlichen Weiterentwicklung
- Schule/ Ausbildung und Berufsvorbereitung
- Wohnkonzepte
- Sozialrechtliche Themen
- Umgang mit dem Gesundheitswesen und Erstattung von Leistungen
- Ernährung und Bewegung
- Sexualität und Drogen
- Psychologische Unterstützung
- Familienbezogene Unterstützung

Die erbrachten Leistungen innerhalb der Themenschwerpunkte wurden wie folgt kategorisiert:

- Generisches Fallmanagement (z.B. kontinuierliche Aktualisierung des Kontakts; Nachhalten von Absprachen und Vereinbarungen; Erinnerungen an Aufgaben und Termine usw.)
- Beratung (Einmalige Informationsweitergabe, kurzes Beratungsgespräch unter 20 Minuten)
- Intensive Beratung (Beratungsgespräch von mindestens 20 Minuten, in aller Regel etwa eine Stunde)
- Mehrfachberatung (Intensive Beratungen zu mehreren Themenfeldern oder an mehreren Terminen)
- Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten
- Vermittlung von Schulungen
- Vermittlung von nicht medizinischer Beratung
- Facharztsuche

3.3.6.2 Entwicklung und Einhaltung eines TransFIT-Versorgungspfads (P2)

Anhand des Transkripts des im Rahmen der Prozessevaluation geführten Gruppeninterviews mit den vier Fallmanagerinnen und Fallmanagern wurden die Aussagen des Fallmanagements, angelehnt an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2015), mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse systematisch analysiert. Das Interview Transkript wurde mithilfe von MAXQDA®, einer Software zur computergestützten Daten- und Textanalyse, qualitativ ausgewertet. Hierfür wurde zunächst ein Codesystem entwickelt, das sich an dem Interviewleitfaden orientiert. Die entwickelten Codes umfassen folgende Kategorien:

- Akzeptanz Fallmanagement
- Rolle/Kompetenzen Fallmanagement

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

- Besonders profitierende Patientengruppen
 - Versorgungsbedarfe
 - Erkrankungen
- Förderliche Faktoren
- Hemmende Faktoren
- Schulung
- Programmabbrüche
- Austausch/Kontakt Fallmanagement und Ärzte
- Begleitung/Kommunikation mit den Familien
- Versorgungspfad
 - Eingangsassessment
 - Zuweisung in das Programm
- Erwartungen an das Fallmanagement

Im Anschluss wurde das Transkript entsprechend der Codes codiert. Dabei werden jedem Code Codings (Zitate aus dem Interview) zugewiesen. Diese Codings wurden im Anschluss in Form einer Exceltabelle inhaltlich zusammengefasst und in einem weiteren Schritt in ihren Aussagen verdichtet. Die Ergebnisdarstellung erfolgt entsprechend der Struktur des entwickelten Codesystems in Textform.

Die vier einbezogenen Fallmanager haben auf Nachfrage im Rahmen der Überarbeitung des vorliegenden Berichtes aufgrund der fachlichen Nachforderungen vom 06.12.2021 angegeben, dass davon auszugehen ist, dass durch die einbezogenen vier Fallmanager im Interview alle Perspektiven der insgesamt sechs in das Projekt einbezogenen Fallmanager abgebildet werden konnten.

3.3.6.3 Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das Fallmanagement und den Telekommunikationsmöglichkeiten (P3)

Im Rahmen der Abschlussbefragung wurden den Kindern und Jugendlichen und deren Familien sieben Aussagen zur Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das Fallmanagement und drei zu den eingesetzten Telekommunikationsmöglichkeiten (APP, Telefon, Videotelefonie) vorgelegt, die auf Basis einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet wurden.

4. Ergebnisse der Evaluation

4.1 Entwicklung der Programmeinschreibungen

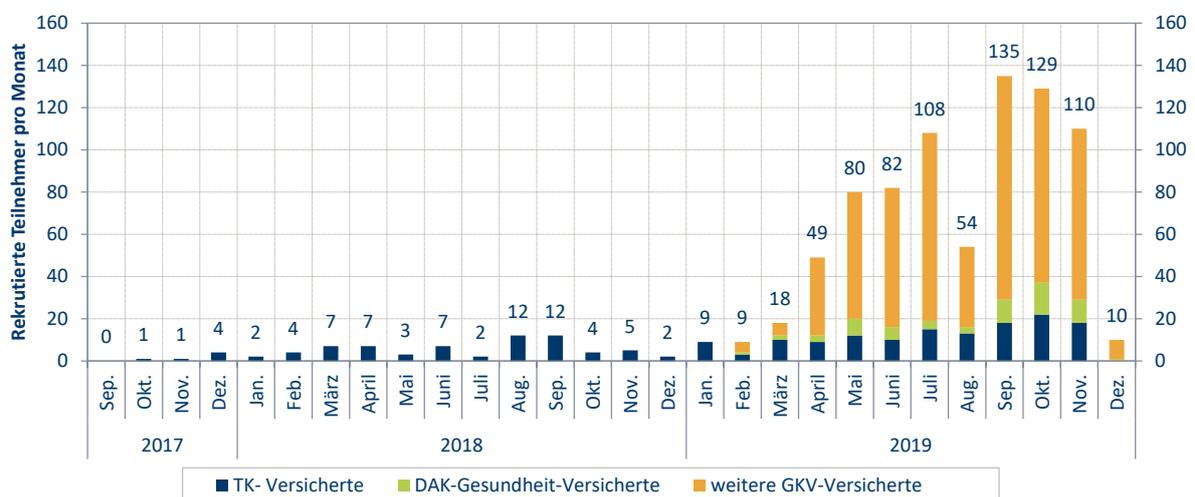
Der Rekrutierungszeitraum für die Teilnahme an TransFIT startete am 01.09.2017 und endete am 31.12.2019. Abbildung 6 zeigt die Entwicklung der Einschreibungen für den gesamten Rekrutierungszeitraum gegliedert nach Krankenkasse der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen. Ebenfalls angegeben ist die Summe der im jeweiligen Monat neu eingeschriebenen Teilnehmenden. Die erste Einschreibung erfolgte im Oktober 2017, in den darauffolgenden Monaten bis zum ersten Quartal 2019 entwickelte sich die Teilnehmendenzahl nur sehr moderat. Auch der Beitritt der DAK-Gesundheit zum Versorgungsvertrag zum 31.12.2018 änderte die Situation kaum. Erst durch die am 30. Januar 2019 bewilligte und im März an alle Arztpraxen kommunizierte Öffnung des Projekts für alle GKV-Versicherten, kam es zu einer deutlichen Ausweitung der Neueinschreibungen.

Wie Abbildung 5 zeigt, resultiert die Zunahme der Neueinschreibungen in das Projekt insbesondere aus der Zunahme der einschreibenden Arztpraxen. Die Zahl der Neueinschreibungen je einschreibender Praxis steigt erst im dritten Quartal 2019 an und liegt im Oktober 2019 bei 10,8 Einschreibungen pro einschreibender Praxis. Der anschließende Rückgang der Neueinschreibungen im letzten Quartal des Rekrutierungszeitraums liegt in der begrenzten Teilnehmendenzahl begründet, die mit 867 Einschreibungen im Dezember 2019 erreicht wurde.

Die bis Januar geltende Beschränkung auf TK- bzw. DAK-Gesundheit-Versicherte wurde durch das Konsortium als eine Ursache für die niedrige Zahl an Teilnehmenden bis zum vierten Quartal 2018 ausgemacht. Die im Evaluationskonzept in Abschnitt 2.2.5 dargestellte Fallzahlschätzung kommt für den Wegfall dieser Einschränkung zu einer Fallzahlschätzung, die sehr nahe an dem tatsächlich realisierten Einschreibungsgeschehen liegt. Danach war erwartet worden, dass sich nach einer anfänglichen Anlaufphase nach der Öffnung des Programms im zweiten Quartal 2019 für das dritte und vierte Quartal 2019 sowohl die Anzahl der einschreibenden Arztpraxen als auch die Zahl der Einschreibungen pro Praxis erhöhen würden. Die avisierte Zahl von etwa 800 Einschreibungen konnte sogar noch übertroffen werden.

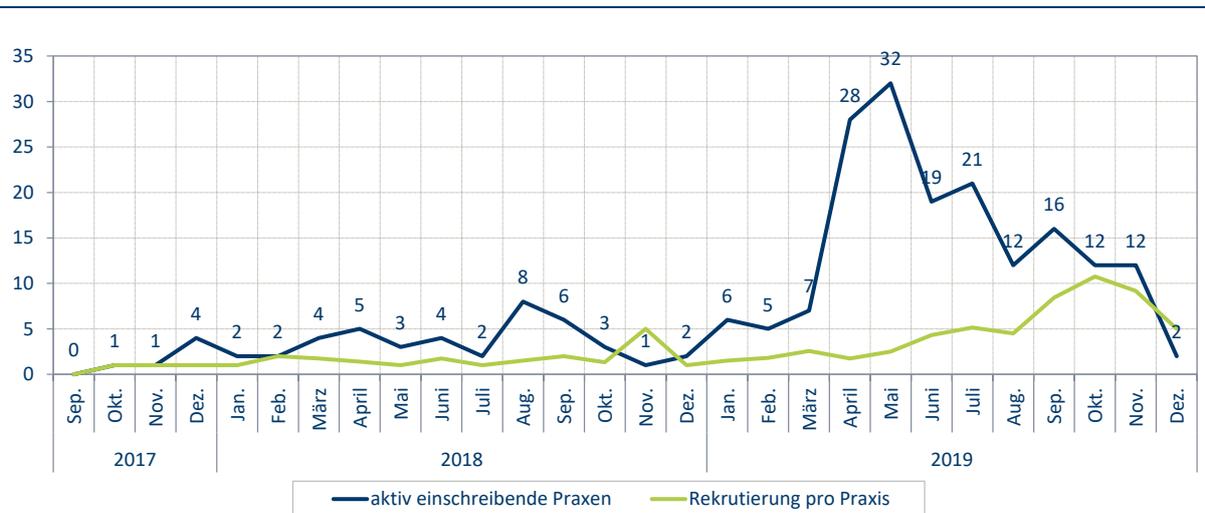
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass durch die Öffnung des Programms für Versicherte aller Krankenkassen die Zahl der Neueinschreibungen deutlich an Dynamik gewonnen hat. Durch die projektbedingte Begrenzung der Zahl der Teilnehmenden und des Interventionszeitraums konnte das Einschreibepotential der Arztpraxen zumindest im vierten Quartal 2019 vermutlich nicht voll ausgeschöpft werden.

Abbildung 4: Entwicklung der Einschreibungen



Quelle: Inanspruchnahme Reporting DRK Kliniken
 Anmerkung: Eine Inanspruchnahme konnte keinem Einschreibemonat zugeordnet werden, daher errechnet sich die Summe der Einschreibungen zu 866.

Abbildung 5: Einschreibende Praxen und Einschreibungen pro Praxis



Quelle: Fallmanagement-Akte

4.2 Inanspruchnahme der Teilleistungen

Die Gesamtzahl aller in Anspruch genommenen TransFIT Teilleistungen bis zum Ende des Interventionszeitraums sind in Tabelle 1 dargestellt. Die zeitliche Entwicklung der Inanspruchnahmen (kumuliert zum jeweiligen Zeitpunkt) ist in Abbildung 6 veranschaulicht.

Im Einzelnen wurden die Leistungen wie folgt erbracht:

L-01 Kinder- und Jugendarzt: Beauftragung und Abstimmung mit dem Fallmanagement

Die Entwicklung der Teilleistung L-01 entspricht der Entwicklung der Einschreibungen wie in Abschnitt 4.1 dargestellt. Bis zum 31.12.2019 wurden durch die einschreibenden Praxen der Kinder- und Jugendarzte und –ärztinnen bzw. den Ambulanzen 867 Patienten in das Programm eingeschrieben (vgl. dazu auch Abbildung 2). Direkt im Anschluss an L-01 kam es zu 143 Programmabbrüchen. Das entspricht einem Anteil von 16 Prozent der Patienten mit durgelaufener Leistung L-01. Im Fallzahlplan für das Projekt war man von einer Abbruchrate von 10 Prozent im Anschluss von L-01 ausgegangen. Im Rahmen der Prozessevaluation werden möglich Ursachen für die höhere Abbruchrate untersucht (vgl. Abschnitt 4.4.2).

L-02 Fallmanagement: Erstkontakt und Assessment der Selbstmanagement-Kompetenz

Für alle 724 verbleibenden Patienten wurde die Leistung nach L-02 erbracht. Im Zuge der in Abschnitt 4.1 erläuterten Öffnung des Projektes für Kinder und Jugendliche aller gesetzlichen Krankenkassen kam es zu einem sprunghaften Anstieg der Einschreibungen. In der Folge war es notwendig auch die Aktivitäten des Fallmanagements im Rahmen der Leistung L-02 sprunghaft auszuweiten.

Die benötigten personellen Ressourcen des Fallmanagements mussten ad hoc ausgeweitet werden, da bei den anfänglich niedrigen Fallzahlen entsprechend geringere finanzielle Mittel zur Verfügung standen und höhere personelle Kapazitäten nicht schon im Vorhinein vorgehalten werden konnten.

Um trotz des komprimierten Zeitfensters den Start eines TransFIT Versorgungspfades für alle Patienten bedarfsgerecht einleiten zu können, ist das Fallmanagement priorisiert auf die Familien zugegangen, bei denen innerhalb des Interventionszeitraums eine Transition zum Erwachsenenmediziner aufgrund des Alters der Teilnehmenden in Frage kam. Im ersten

Akronym: TransFIT
Förderkennzeichen: 01NVF16016

Quartal 2020 waren 721 von insgesamt 724 Leistungen nach L-02 durchgeführt. Drei Patienten haben das Programm direkt im Anschluss an L-02 abgebrochen. Die verbleibenden 721 Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Programmeintritts, wie in Tabelle 12 dargestellt, zu jeweils knapp einem Viertel bis 13 Jahre alt (173 Teilnehmende) bzw. 14 bis 15 Jahre alt (165 Teilnehmende). Etwas mehr als die Hälfte (53 Prozent) der Teilnehmenden war 16 Jahre oder älter, darunter 43 Teilnehmende, die schon bei Programmeintritt 18 Jahre oder älter waren. Bei den drei Patienten ohne Altersangabe handelt es sich um die Patienten, die nach L-02 das Programm abgebrochen haben.

Tabelle 12: Altersverteilung der Teilnehmenden mit Programmteilnahme ab L-02

Alter bei Programm-einschreibung	Anzahl Teilnehmende	Anteil
bis 13 Jahre	173	24%
14 bis 15 Jahre	165	23%
16 bis 17 Jahre	340	47%
ab 18	43	6%
Gesamt	721	100%
ohne Angabe	3	

Quelle: Fallmanagement Datenbank

Wie Abbildung 6 ebenfalls verdeutlicht war die Vorbereitung der TransFIT Begleitung für den Großteil der teilnehmenden Kinder- und Jugendlichen sowie deren Familien im ersten Quartal 2020 abgeschlossen. Die sich anschließende Phase der Fallmanagementbegleitung startete gleichzeitig mit dem Beginn der Corona-Pandemie. Der zeitliche Schwerpunkt des Projektverlaufs fiel also in einen Zeitraum, der insbesondere für Familien eine außerordentliche Herausforderung und zusätzliche Belastung darstellte.

L-03 Fallmanagement: Vermittlung und Organisation von Transitionsschulungen

Eine Leistung nach L-03 wurde für keinen Teilnehmenden an TransFIT erbracht. Für keinen der Patienten wurde durch den Pädiater eine ModuS-Schulung verordnet. Die Organisation einer Teilnahme wäre in diesem Falle im Rahmen von L-03 Aufgabe des Fallmanagements gewesen. Eine Schulung, organisiert und durchgeführt vom Fallmanagement in Form eines Transitions-Workshops, hat ebenfalls nicht stattgefunden. Zu Projektbeginn war es aufgrund der geringen Zahl an Teilnehmenden nicht möglich entsprechende Gruppengrößen für eine solche Schulung zu erreichen. Im weiteren Projektverlauf wäre aufgrund der Corona-Pandemie die Durchführung von Präsenzs Schulungen nicht möglich gewesen. Die Analysen im Rahmen der Prozessevaluation gehen in Abschnitt 4.4.2 der Frage nach Ursachen für die nicht stattgefundenen Schulungen und deren Rolle im TransFIT Versorgungspfad näher ein.

L-04 Fallmanagement: Transitionsbegleitung

Die Leistungen des Fallmanagements im Rahmen der Transitionsbegleitung wurden für 173 Teilnehmende erbracht. Für die Interpretation der zeitlichen Entwicklung in Abbildung 6 muss angemerkt werden, dass die dargestellten Zeitpunkte sich auf die abgerechneten Leistungen beziehen und damit für L-02 das Ende des zwölf monatigen Begleitprozesses abbilden.

L-05 Kinder- und Jugendarzt: Transitionsgespräch und Epikrise

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Innerhalb des TransFIT Interventionszeitraums wurden 193 Teilnehmende durch den „abgebenden“ Pädiater beim Übergang zu einem Erwachsenenmediziner begleitet und der im Rahmen von Leistung L-05 vorgesehene Prozess durchgeführt. Leistung L-05 wurde somit für rund 50 Prozent aller Teilnehmenden in der Altersgruppe ab 16 Jahren erbracht (193 Leistungen bezogen auf 383 Jugendliche ab 16 Jahren vgl. Tabelle 12) bzw. für 27 Prozent der Teilnehmenden mit durchgeführter Leistung L-02. Es gibt keine Dokumentation darüber wie oft die Teilleistung per Videotelefonie durchgeführt wurde. Ein etwaiger Einfluss auf die Inanspruchnahme im Zeitverlauf ist nicht erkennbar.

L-06 Erwachsenenmediziner: Zweites Transitionsgespräch

Die im Rahmen der Transitionsbegleitung von den aufnehmenden Erwachsenenmedizinern zu erbringenden Leistungen L-06 wurden für 72 Teilnehmende abgerechnet. Tatsächlich wurden die vorgesehenen Leistungen nach Angaben des Fallmanagements häufiger erbracht, aber nicht abgerechnet. Gründe dafür waren Kosten-Nutzen Erwägungen mit Blick auf den Verwaltungsaufwand in den Praxen der Erwachsenenmediziner. Es gibt keine Dokumentation darüber wie oft die Teilleistung per Videotelefonie durchgeführt wurde. Ein etwaiger Einfluss auf die Inanspruchnahme im Zeitverlauf ist nicht erkennbar.

L-07 Fallmanagement: Spezifische Leistungen

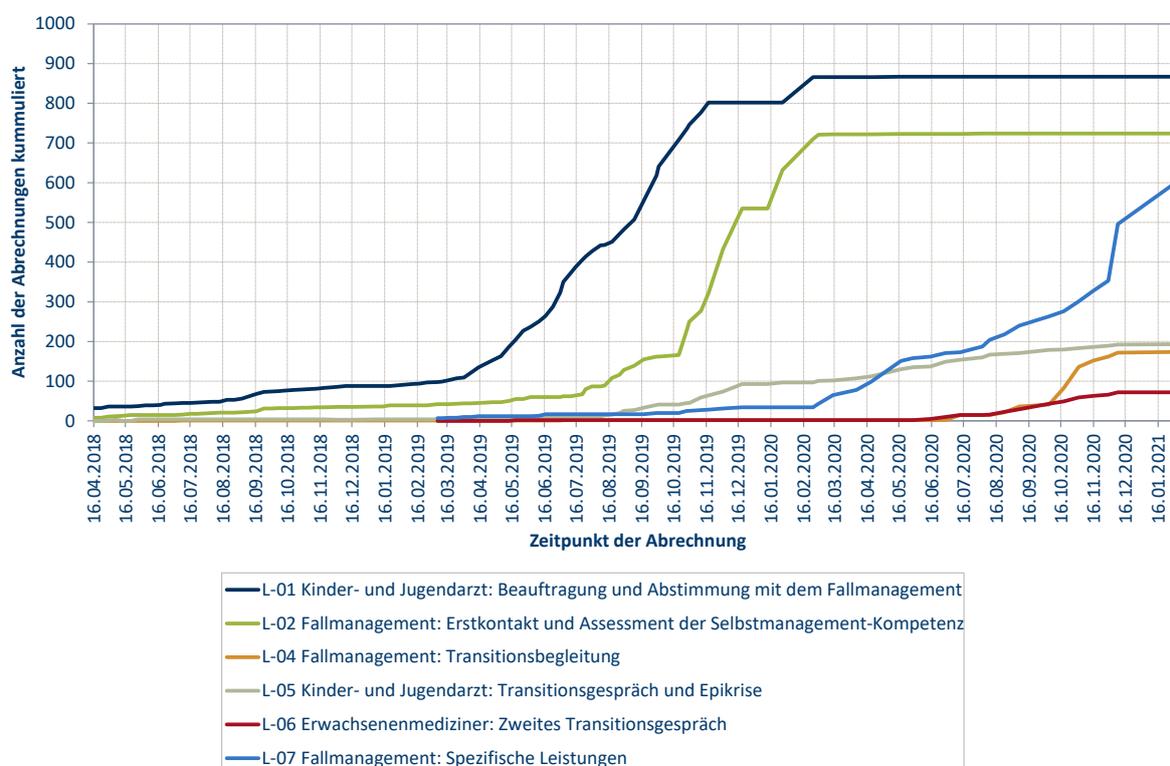
Eine spezifische Leistung nach L-07 wurde 612-mal erbracht und abgerechnet. In Abschnitt 4.4.1 ist dargestellt welche Leistungen das Fallmanagement zu welchen Themenfeldern in diesem Rahmen erbracht hat.

Tabelle 13: Inanspruchnahme der TransFIT-Teilleistungen

Leistung	Titel	Inanspruchnahmen
L-01	Beauftragung und Abstimmung mit dem Fallmanagement	867
L-02	Erstkontakt und Transitions-Check	724
L-03	Vermittlung und Organisation von Transitionsschulungen	0
L-04	Fallmanagement: Transitionsbegleitung	173
L-05	Kinder- und Jugendarzt: Transitionsgespräch und Epikrise	193
L-06	Erwachsenenmediziner: Zweites Transitionsgespräch	72
L-07	Fallmanagement: Spezifische Leistungen	612

Quelle: Inanspruchnahme Reporting DRK Kliniken

Abbildung 6: Inanspruchnahme der Teilleistungen in Projektverlauf (kumuliert)



Quelle: Inanspruchnahme Reporting DRK Kliniken

4.3 Endpunkte der Effektevaluation

4.3.1 Krankenhausinanspruchnahme

In Tabelle 14 sind die Anzahl und der Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung abgebildet. Dargestellt sind die Werte für die Interventions- und Kontrollgruppe jeweils für den Zeitraum innerhalb eines Jahres vor Interventionsbeginn (Kontrollzeitraum) und den Interventionszeitraum. Von 196 Personen der Interventionsgruppe weisen 31 Personen im Kontrollzeitraum eine vollstationäre Krankenhausbehandlung auf. Dies entspricht einem Anteil in Höhe von 15,82 %. In der Kontrollgruppe weisen ebenfalls 31 von 196 Personen einen vollstationären Krankenhausaufenthalt im Kontrollzeitraum auf (Anteil: 15,82 %). Da eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im Kontrollzeitraum eines der verwendeten Matchingmerkmale ist und das Matching hinsichtlich dieses Merkmals vollkommen balanciert ist, weisen Interventions- und Kontrollgruppe einen identischen Anteilswert auf.

Im Interventionszeitraum ist zwischen Interventions- und Kontrollgruppe eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. Während sich der Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung in der Interventionsgruppe erhöht, verringert sich die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe beläuft sich der Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung im Interventionszeitraum auf 19,39 % (38 von 196 Personen), was einem Anstieg in Höhe von +3,57 % entspricht. In der Kontrollgruppe weisen im Interventionszeitraum 27 Personen eine vollstationäre Krankenhausbehandlung auf. Der Anteil der Personen mit einer vollstationären

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

Krankenhausbehandlung beträgt 13,78 %. Im Vergleich zum Kontrollzeitraum beläuft sich der Rückgang in der Kontrollgruppe demnach auf -2,04 %.

Tabelle 14: Anzahl und Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung

Teilgruppe	Zeitraum	N	KH	M	SE	95%-KI	
						LO	HI
IG	Kontrollzeitraum	196	31	15,82%	2,61%	11,01%	21,69%
	Interventionszeitraum	196	38	19,39%	2,83%	14,10%	25,63%
KG	Kontrollzeitraum	196	31	15,82%	2,61%	11,01%	21,69%
	Interventionszeitraum	196	27	13,78%	2,47%	9,28%	19,41%

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Anzahl Personen gesamt; KH = Anzahl Personen mit vollstationärer Krankenhausbehandlung; M = Mittelwert; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze

Tabelle 15 enthält die Ergebnisse der Regressionsanalyse der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Die Interventionsgruppe weist mit einer Odds Ratio in Höhe von 1,76 eine etwas höhere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit als die Kontrollgruppe auf. Im Durchschnitt ist die Teilnahme an TransFIT mit einer Erhöhung der Krankenhauswahrscheinlichkeit um +6,38 % verbunden. Allerdings ist der Unterschied auf einem Signifikanzniveau in Höhe von 5 % statistisch nicht signifikant. (OR Merkmal IG: 1,76; AME: +6,38 %; p-Wert: 0,080). Das Ziel von TransFIT, den Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung signifikant zu verringern, wird somit nicht erreicht.

Der Einfluss der Einschlussindikationsgruppen auf die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit lässt sich nur eingeschränkt beurteilen. Die Einschlussindikationsgruppen von TransFIT sind sehr unterschiedlich gelagert und decken ein breites Spektrum chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ab. Damit einhergehend unterscheiden sich die berücksichtigten Einschlussindikationsgruppen im Hinblick auf die vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit. Aufgrund der teilweise sehr ungleichen Verteilung der Einschlussindikationsgruppen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wird in der Regressionsanalyse für den Einfluss aller Einschlussindikationsgruppen kontrolliert, die im Rahmen des Matchingverfahrens aufgrund der geringen Fallzahl nicht berücksichtigt werden konnten und die bei mindestens fünf Personen vorliegen. Die Einschlussindikationsgruppen fungieren im Regressionsmodell als Kontrollvariablen. Da in einzelnen Einschlussindikationsgruppen die Fallzahlen teilweise sehr gering ausfallen, sind die Schätzwerte für den Zusammenhang zwischen Einschlussindikationsgruppe und der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit hoher Unsicherheit verbunden und lassen sich nur eingeschränkt interpretieren.

Tabelle 15: Ergebnisse der Regressionsanalyse der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

Parameter	b	SE	OR	AME	95%-KI OR		p
					LO	HI	
Intercept	-2,59	0,30	0,08		0,04	0,13	0,000
Affektive Störungen	-0,35	0,70	0,70	-4,01%	0,15	2,50	0,614
Fehlbildungen Herz-Kreislauf	1,18	0,76	3,24	13,31%	0,66	13,96	0,123
Fehlbildungen Nervensystem	1,21	0,83	3,34	13,65%	0,56	16,14	0,146
Fehlbildungen Verdauungssystem	-0,15	0,87	0,86	-1,67%	0,12	4,04	0,866
Neubildungen Hämatologisch	0,79	0,96	2,20	8,92%	0,32	15,41	0,411
Diabetes mellitus Typ 1	0,47	0,57	1,60	5,35%	0,49	4,69	0,408
Epilepsie	-0,04	0,82	0,96	-0,41%	0,16	4,22	0,964
Juvenile Arthritis	-0,73	0,83	0,48	-8,28%	0,07	2,05	0,379
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	0,98	0,53	2,65	11,04%	0,90	7,34	0,065
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	-0,33	0,70	0,72	-3,68%	0,15	2,53	0,642
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-0,23	0,94	0,79	-2,64%	0,09	4,22	0,804
Sonstiges atopisches Ekzem	-0,64	1,07	0,53	-7,28%	0,03	2,90	0,549
Zerebralpareesen	1,05	0,74	2,86	11,89%	0,60	11,70	0,157
KH im Vorjahr	2,04	0,34	7,69	23,08%	3,99	15,03	0,000
IG	0,57	0,32	1,76	6,38%	0,94	3,36	0,080

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe (Interventionseffekt); b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; OR = Odds Ratio; AME = Average Marginal Effect; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze; n = 392

In einer ergänzenden Analyse wird untersucht, welchen Einfluss TransFIT auf die Inanspruchnahme von vollstationären Krankenhausbehandlungen ausübt, die im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose bzw. der Einschlussindikationsgruppe auftreten. Hierbei handelt es sich um vollstationäre Krankenhausbehandlungen, deren Anlass die Erkrankung ist, die der Teilnahme an TransFIT zugrunde liegt.

In Tabelle 16 sind die Anzahl und der Anteil der Personen mit einer vollstationären indikationsassoziierten Krankenhausbehandlung dargestellt. Die Darstellung beinhaltet die Werte für die Interventions- und Kontrollgruppe jeweils für den Zeitraum innerhalb eines Jahres vor Interventionsbeginn (Kontrollzeitraum) und den Interventionszeitraum. Von 196 Personen der Interventionsgruppe weisen 10 Personen im Kontrollzeitraum eine vollstationäre indikations-assoziierte Krankenhausbehandlung auf. Dies entspricht einem Anteil in Höhe von 5,10 %. In der Kontrollgruppe fällt der Anteil der Personen mit einer vollstationären indikationsassoziierten Krankenhausbehandlung im Kontrollzeitraum etwas

höher aus. Von 196 Personen weisen 11 Personen eine indikationsassoziierte Krankenhausbehandlung auf, was einem Anteil in Höhe von 5,61 % entspricht.

Im Interventionszeitraum erhöht sich der Anteil der Personen mit einer indikationsspezifischen Krankenhausbehandlung in der Interventionsgruppe um 1,02 % auf 6,12 %. Von 196 Personen der Interventionsgruppe liegt bei 12 Personen eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose vor. In der Kontrollgruppe geht der Anteil der Personen mit einer indikationsspezifischen Krankenhausbehandlung dagegen auf 2,55 % zurück. Die Anzahl der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose verringert sich um sechs auf fünf Personen.

Tabelle 16: Anzahl und Anteil der Personen mit einer indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlung

Teilgruppe	Zeitraum	N	KH	M	SE	95-%-KI	
						LO	HI
IG	Kontrollzeitraum	196	10	5,10%	1,58%	2,47%	9,18%
	Interventionszeitraum	196	12	6,12%	1,72%	3,20%	10,45%
KG	Kontrollzeitraum	196	11	5,61%	1,65%	2,83%	9,82%
	Interventionszeitraum	196	5	2,55%	1,13%	0,83%	5,85%

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Anzahl Personen gesamt; KH = Anzahl Personen mit indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlung; M = Mittelwert; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze

Tabelle 17 enthält die Ergebnisse der Regressionsanalyse der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose. Aus den Angaben ist ersichtlich, dass die Teilnahme an TransFIT mit einer erhöhten indikationsassoziierten vollstationären Krankenhauswahrscheinlichkeit verbunden ist. Die Odds Ratio der Interventionsgruppe beläuft sich auf 3,94. Im Durchschnitt weisen Personen der Interventionsgruppe eine um 3,46 % höhere Krankenhauswahrscheinlichkeit auf. Der Unterschied ist allerdings auf einem Signifikanzniveau von 5 % statistisch nicht signifikant (OR Merkmal IG: 3,94; AME: +3,46 %; p-Wert: 0,063).

Aufgrund der ungleichen Verteilung der Einschlussindikationsgruppen sowie der indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Kontrollzeitraum wird für diese Merkmale in der Regressionsanalyse kontrolliert. Die Einschlussindikationsgruppen von TransFIT sind sehr unterschiedlich gelagert und decken ein breites Spektrum chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ab. Damit einhergehend unterscheiden sich die berücksichtigten Einschlussindikationsgruppen im Hinblick auf die indikationsassoziierte vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit. Da in einzelnen Einschlussindikationsgruppen die Fallzahlen teilweise sehr gering ausfallen, sind die Schätzwerte für den Zusammenhang zwischen Einschlussindikationsgruppe und der indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit hoher Unsicherheit verbunden und lassen sich nur eingeschränkt interpretieren. Für fünf Einschlussindikationsgruppen konnte der Einfluss auf die indikationsassoziierte Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aufgrund der geringen Fallzahl nicht quantifiziert werden.

Tabelle 17: Ergebnisse der Regressionsanalyse der indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

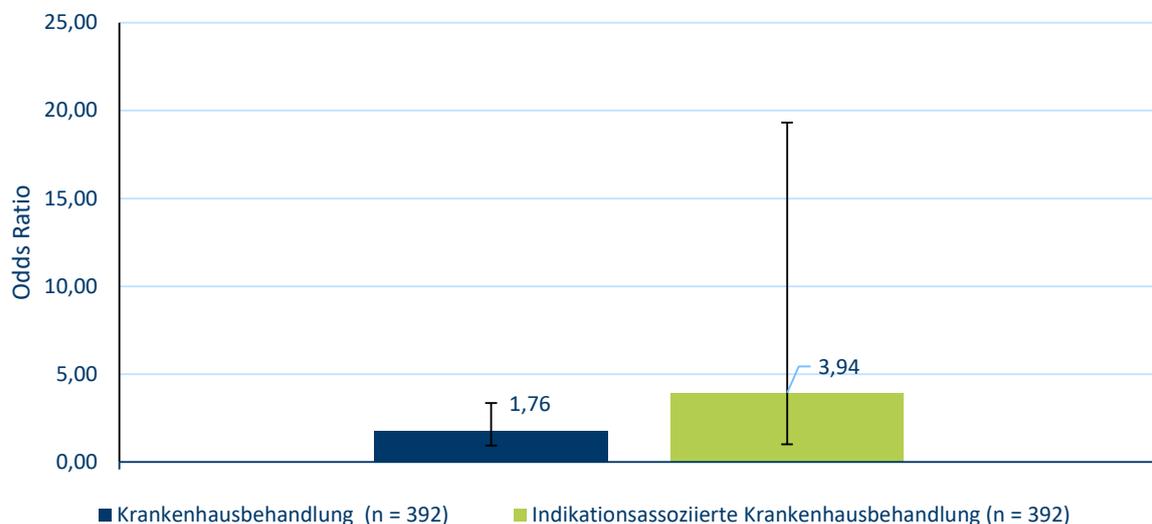
Parameter	b	SE	OR	AME	95%-KI OR		p
					LO	HI	
Intercept	-5,38	0,83	0,00		0,00	0,02	0,000
Affektive Störungen	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Fehlbildungen Herz-Kreislauf	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Fehlbildungen Nervensystem	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Fehlbildungen Verdauungssystem	1,45	1,31	4,25	3,85%	0,17	42,35	0,268
Neubildungen Hämatologisch	0,60	1,53	1,81	1,58%	0,06	28,86	0,696
Diabetes mellitus Typ 1	1,60	0,96	4,98	4,27%	0,68	31,50	0,095
Epilepsie	1,71	1,02	5,56	4,56%	0,67	39,39	0,093
Juvenile Arthritis	0,46	1,37	1,58	1,22%	0,06	16,86	0,739
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1,78	1,20	5,96	4,75%	0,28	51,22	0,137
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	-0,40	1,34	0,67	-1,06%	0,03	6,48	0,765
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Sonstiges atopisches Ekzem	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Zerebralpareesen	2,09	1,06	8,08	5,56%	0,96	63,93	0,048
KH im Vorjahr	3,87	0,78	47,95	10,30%	11,12	254,98	0,000
IG	1,37	0,74	3,94	3,46%	1,01	19,31	0,063

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe (Interventionseffekt); b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; OR = Odds Ratio; AME = Average Marginal Effect; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze; n = 392

In Abbildung 7 ist die Odds Ratio des Interventionseffekts auf die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zusammenfassend dargestellt. Die Teilnahme an TransFIT ist mit einer im Vergleich zur Kontrollgruppe etwas höheren allgemeinen Krankenhauswahrscheinlichkeit verbunden. Auch bei den indikationsspezifischen Krankenhausbehandlungen fällt die Krankenhauswahrscheinlichkeit bei TransFIT-Teilnehmenden tendenziell höher als in der Kontrollgruppe aus. Keiner der Effekte ist jedoch statistisch signifikant, daher könnte es sich hierbei auch um Zufallsbefunde handeln. Ein positiver Einfluss von TransFIT auf die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit kann statistisch nicht belegt werden.

Abbildung 7: Odds Ratio des Interventionseffekts auf die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit



Quelle: Routinedaten der Krankenkassen
Anmerkung: Fehlerbalken markieren das 95%-Konfidenzintervall; Signifikanz auf Signifikanzniveau α : * $\alpha = 0,05$, ** $\alpha = 0,01$, *** $\alpha = 0,001$

4.3.2 Vermeidung von Versorgungsabbrüchen

4.3.2.1 Vermeidung von Versorgungsabbrüchen (ambulante Arztkontakte)

Für die der Analyse zugrundeliegenden 201 TransFIT Teilnehmenden und 201 Kontrollversicherte ergeben sich nach der in Abbildung 3 dargestellten Zählweise jeweils 804 Versichertenquartale für den Zeitraum der vier Quartale vor dem Einschussquartal und jeweils 551 Versichertenquartale im Zeitraum nach dem Einschussquartal. In Tabelle 18 sind alle Ergebnisse zum ambulanten Behandlungsgeschehen dargestellt.

Über den gesamten Vorbetrachtungszeitraum von vier Quartalen hatten 196 Teilnehmende mindestens einen ambulanten Behandlungsfall und alle 201 Versicherte der Kontrollgruppe. Zählt man alle Quartale zusammen, in denen (mindestens) ein ambulanter Behandlungsfall stattgefunden hat, so ergeben sich im Vorbetrachtungszeitraum für die Gruppe der Teilnehmenden 732 und die Kontrollgruppe 700 Quartale. Die Versicherten in der Teilnehmendengruppe hatten also eine höhere Kontaktfrequenz. Für sie hat in 91 Prozent aller Quartale im Vorbetrachtungszeitraum ein ambulanter Arztkontakt stattgefunden und in der Kontrollgruppe in 87,1 Prozent der Quartale. Bezogen auf ein Versichertenquartal im Vorbetrachtungszeitraum hatten TransFIT Teilnehmenden 2,61 ambulante Behandlungsfälle und Versicherte der Kontrollgruppe 2,26 Fälle.

Im Nachbetrachtungszeitraum hatten 197 Teilnehmende und 195 Kontrollversicherte mindestens einen ambulanten Behandlungsfall. Der Anteil der Versichertenquartale mit einem ambulanten Behandlungsfall steigt in der Gruppe der Teilnehmenden um zwei Prozentpunkte auf 93,3 Prozent und sinkt in der Vergleichsgruppe um 2,7 Prozentpunkte auf 84,4 Prozent. Der Abstand zwischen den Teilnehmenden und der Kontrollgruppe nimmt demnach im Nachbetrachtungszeitraum von 4,0 Prozentpunkten auf 4,9 Prozentpunkten leicht zu.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Das gleiche Bild ergibt sich mit Blick auf die Fallzahlen. Bezogen auf ein Versichertenquartal hatten die Teilnehmenden 2,61 ambulante Behandlungsfälle im Vorbetrachtungszeitraum und 2,68 Fälle in einem Quartal des Nachbetrachtungszeitraums. Das entspricht einem leichten Anstieg von 0,07 ambulanten Behandlungsfällen je Quartal und Versicherten. Umgekehrt verhält es sich bei den Versicherten der Kontrollgruppe. Hier sinkt die Zahl der Behandlungsfälle von 2,26 Fällen in einem Quartal des Vorbetrachtungszeitraums auf 2,18 Fälle in einem Quartal des Nachbetrachtungszeitraums. Der Abstand in der Fallzahl wächst somit um 0,15 Fälle je Quartal auf 0,5 ambulante Behandlungsfälle.

In der Analyse des ambulanten Behandlungsgeschehens deutet sich ein positiver Programmeffekt nach dem Programmeinschluss an. Im Zuge der Programmteilnahme kommt es bei den Teilnehmenden zu einer Zunahme an Arztkontakten und der Abstand in der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen vergrößert sich.

Tabelle 18: Analyse der ambulanten Behandlungsfälle

	Teilnehmer	Kontrollgruppe	Differenz absolut (TN-KG)	
Anzahl VS	201	201		
Anzahl VS-Q	804	804		
Vorbetrachtungszeitraum	Anzahl VS mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall	196	201	
	Summe der VS-Q mit einem ambulanten Behandlungsfall	732	700	
	Summe der ambulanten Behandlungsfälle	2.098	1.815	
	Anteil der VS-Q mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall	91,0%	87,1%	4,0 PP
	Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle je VS-Q	2,61	2,26	0,35
	Nachbetrachtungszeitraum	Anzahl VS-Q	551	551
		Anzahl VS mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall	197	195
Summe der VS-Q mit einem ambulanten Behandlungsfall		514	465	
Summe der ambulanten Behandlungsfälle		1.476	1.203	
Anteil der VS-Q mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall		93,3%	84,4%	8,9 PP
Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle je VS-Q		2,68	2,18	0,50
Nachher - Vorher		Anteil der VS-Q mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall (Veränderung)	2,2 PP	-2,7 PP
	Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle je VS-Q (Veränderung)	0,07	-0,08	0,15

Quelle: Routinedaten TK und DAK-Gesundheit
Anmerkung: VS := Versicherte; VS-Q := Versichertenquartal; PP := Prozentpunkte

4.3.2.2 Vermeidung von Versorgungsabbrüchen (Arzneimittelverordnungen)

Wie in Abschnitt 3.3.5 beschrieben wird die Arzneimitteltherapie exemplarisch anhand von den drei Indikationsgruppen untersucht. Betrachtet wird der jeweilige Anteil der entsprechenden Teilnehmenden mit entsprechenden Verordnungen im Zeitraum vor Programmeinschluss und danach. Die Veränderungen im Vorher-Nachher Vergleich werden mit denen in der Kontrollgruppe abgeglichen. Alle betrachteten Kennzahlen sind in den drei folgenden Tabellen dargestellt.

Indikationsgruppe Asthma

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Im Zeitraum vor Programmeintritt fand bei den Teilnehmenden schon zu einem größeren Anteil eine Arzneimitteltherapie statt, als in der Kontrollgruppe. Auch die verordneten Wirkstoffmengen, gemessen in DDD, sind in der Teilnehmendengruppe größer. Dieser Unterschied könnte in einer unterschiedlichen Verteilung der Schweregrade des Asthmas in den beiden Gruppen begründet sein. Im Zeitraum nach Programmeintritt wird der Unterschied im Anteil der Versicherten mit Verordnung kleiner und beträgt dann 15,7 Prozentpunkte (vorher 25,5 Prozentpunkte).

Tabelle 19: Analyse der ambulanten Behandlungsfälle (Asthma)

Wirkstoffgruppe	Mittel bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen	Teilnehmende	Kontrollgruppe	Differenz absolut (TN-KG)
Indikationsgruppe	Asthma			
	Anzahl VS	51	51	
Vorher	Anteil VS mit Verordnung	82,4%	56,9%	25,5 PP
	DDD je VS	113,66	55,77	57,9
	DDD je VS mit Verordnung	138,0	98,1	39,9
Nachher	Anteil VS mit Verordnung	64,7%	49,0%	15,7 PP
	DDD je VS	109,47	62,08	47,4
	DDD je VS mit Verordnung	169,2	126,7	42,5
Nachher - Vorher	Anteil VS mit Verordnung	-17,6 PP	-7,8 PP	-9,8 PP
	DDD je VS	-4,19	6,32	-10,5
	DDD je VS mit Verordnung	31,16	28,58	2,6

Quelle: Routinedaten TK und DAK-Gesundheit

Anmerkung: VS := Versicherte; PP := Prozentpunkte

Indikationsgruppe Allergische Rhinopathie

Auch unter den 26 Teilnehmenden in der Indikationsgruppe Rhinopathie haben im Vorbetrachtungszeitraum mehr Teilnehmende als Kontrollversicherte eine Verordnung aus einer der untersuchten Wirkstoffgruppen erhalten (53,8 Prozent gegenüber 34,6 Prozent). Auch die Summe der DDD über alle Wirkstoffgruppen ist in der Teilnehmendengruppe größer als in der Kontrollgruppe. Insbesondere durch die Betrachtung mehrerer Wirkstoffgruppen sind die absoluten Unterschiede zwischen Teilnehmenden und der Kontrollgruppe schwer zu interpretieren. Die Unterschiede im Vorher-Nachher Vergleich gleichen allerdings die unterschiedlichen Ausgangssituationen im Verordnungsgeschehen wieder aus und ermöglichen dadurch den Vergleich der beiden Gruppen. Die Unterschiede in dem Anteil der Versicherten mit Verordnung in den beiden Gruppen verändert sich im Vorher-Nachher Vergleich nicht. Der Unterschied in den Verordnungsmengen geht etwas zurück.

Tabelle 20: Analyse der ambulanten Behandlungsfälle (Allergische Rhinopathie)

Wirkstoffgruppen	Antiallergika, exkl. Corticosteroide, Corticosteroide, Antihistaminika zur Systemischen Anwendung	Teilnehmende	Kontrollgruppe	Differenz absolut (TN-KG)
Indikationsgruppe	Allergische Rhinopathie			
	Anzahl VS	26	26	
Vorher	Anteil VS mit Verordnung	53,8%	34,6%	19,2 PP
	DDD je VS	212,28	62,49	149,8
	DDD je VS mit Verordnung	394,2	180,5	213,7
Nachher	Anteil VS mit Verordnung	46,2%	26,9%	19,2 PP
	DDD je VS	138,26	48,86	89,4
	DDD je VS mit Verordnung	299,6	181,5	118,1
Nachher - Vorher	Anteil VS mit Verordnung	-7,7 PP	-7,7 PP	---
	DDD je VS	-74,02	-13,63	-60,4
	DDD je VS mit Verordnung	-94,67	0,95	-95,6

Quelle: Routinedaten TK und DAK-Gesundheit

Anmerkung: VS := Versicherte; PP := Prozentpunkte

Indikationsgruppe Diabetes Mellitus Typ 1

Da innerhalb der Indikationsgruppe kein eins zu eins Matching stattgefunden hat (vgl. Abschnitt 3.3.3) unterscheidet sich die Zahl der Versicherten in der Teilnehmenden- und Kontrollgruppe leicht. Die Analyse des Verordnungsgeschehens zeigt in beiden Gruppen eine durchgängige Versorgung mit Insulin über den gesamten Zeitraum vor und ab Programmeintritt. Auch die Verordnungsmengen passen zu dem physiologischen Insulinbedarf bei Jugendlichen (1 bis 1,5 I.E. pro Kg Körpergewicht). Versorgungslücken in der Gruppe der Jugendlichen mit einer Einschlussdiagnose Diabetes Mellitus Typ 1 liegen demnach schon im Vorbetrachtungszeitraum nicht vor.

Tabelle 21: Analyse der ambulanten Behandlungsfälle (Diabetes Mellitus Typ 1)

Wirkstoffgruppe	Insulin und Analoga	Teilnehmende	Kontrollgruppe	Differenz absolut (TN-KG)
Indikationsgruppe	Diabetes Mellitus Typ 1			
	Anzahl VS	10	14	
Vorher	Anteil VS mit Verordnung	100,0%	100,0%	---
	DDD je VS	722,50	809,56	-87,1
	DDD je VS mit Verordnung	722,5	809,6	-87,1
Nachher	Anteil VS mit Verordnung	100,0%	100,0%	---
	DDD je VS	716,26	690,27	26,0
	DDD je VS mit Verordnung	716,3	690,3	26,0
Nachher - Vorher	Anteil VS mit Verordnung	---	---	0,0 PP
	DDD je VS	-6,25	-119,29	113,0
	DDD je VS mit Verordnung	-6,25	-119,29	113,0

Quelle: Routinedaten TK und DAK-Gesundheit
 Anmerkung: VS := Versicherte; PP := Prozentpunkte

4.3.3 Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben

In Tabelle 22 sind die mittleren Behandlungskosten im Interventionszeitraum von Interventions- und Kontrollgruppe differenziert nach dem Leistungsbereich dargestellt. Aufgrund der Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit konnten nicht alle Teilnehmenden und deren zugeordnete Kontrollversicherte in den Auswertungen berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 3.3.2). Bei der Bestimmung der durchschnittlichen Behandlungskosten werden jeweils Personen berücksichtigt, für die Angaben zu in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen des jeweiligen Leistungsbereichs in den Routinedaten vollständig für den Interventions- und Kontrollzeitraum vorliegen. Bei der Bestimmung der GKV-Gesamtkosten wurden ausschließlich Personen berücksichtigt, für die Daten aus allen Leistungsbereichen vollständig vorliegen.

Den Angaben lässt sich entnehmen, dass, mit Ausnahme des Leistungsbereichs Heilmittel, in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum höhere Kosten anfallen als in der Kontrollgruppe. Für den Bereich der ambulanten Behandlungen und Arzneimittelverordnungen entspricht der Befund den Erwartungen. Da eines der Ziele von TransFIT eine Stärkung einer kontinuierlichen und leitliniengerechten Behandlung ist, erscheinen die erhöhten Behandlungskosten in diesen Leistungsbereichen plausibel. Allerdings fallen auch die durchschnittlichen Kosten für stationäre Behandlungen in der Interventionsgruppe höher aus als in der Kontrollgruppe. Diese betragen in der Interventionsgruppe im Durchschnitt 1.458,02 €, während sich die durchschnittlichen Behandlungskosten in der Kontrollgruppe auf 1.252,31 € belaufen.

Tabelle 22: Mittlere Behandlungskosten im Interventionszeitraum (in Euro)

Teilgruppe	Leistungsbereich	N	M	SE	95%-KI	
					LO	HI
IG	Krankenhausbehandlung	196	1.458,02	441,61	744,77	2.443,90
	Ambulante Behandlung	146	913,71	87,37	755,98	1.096,08
	Arzneimittel	195	1.643,39	323,64	1.056,03	2.315,46
	Heilmittel	97	308,44	81,49	162,06	478,86
	Hilfsmittel	97	541,07	171,69	244,73	910,59
	GKV Gesamtkosten	96	5.157,64	963,01	3.523,14	7.247,08
KG	Krankenhausbehandlung	196	1.252,31	382,36	596,48	2.078,57
	Ambulante Behandlung	146	681,88	60,01	570,15	804,16
	Arzneimittel	195	345,97	52,81	254,55	459,87
	Heilmittel	97	217,62	78,10	81,94	384,44
	Hilfsmittel	97	1.416,21	777,59	262,28	3.191,91
	GKV Gesamtkosten	96	4.230,45	1.232,80	2.152,01	6.912,46

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Anzahl Personen gesamt; M = Mittelwert; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze

In Tabelle 23 sind die durchschnittlichen Behandlungskosten unter Berücksichtigung der Behandlungskosten im Jahr vor der Programmeinschreibung (Kontrollzeitraum) abgebildet. Dargestellt ist die mittlere Differenz zwischen den Behandlungskosten im Interventionszeitraum und denen im Kontrollzeitraum. In der Interventionsgruppe ist bei ambulanten Behandlungen (+10,42 €) und Arzneimittel (+2,25 €) ein leichter Anstieg der Behandlungskosten zu beobachten, während in der Kontrollgruppe in beiden Leistungsbereichen die Ausgaben im Interventionszeitraum rückläufig sind (ambulante Behandlungen: -41,34 €; Arzneimittel: -331,78 €). Auch bei den Leistungsausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen ist eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. In der Interventionsgruppe steigen die durchschnittlichen Behandlungskosten im Interventionszeitraum im Vergleich zum Kontrollzeitraum um +458,87 €, in der Kontrollgruppe sinken die Behandlungskosten um -1.303,88 €. Auch bei den Hilfsmitteln liegt eine gegenläufige Entwicklung der Behandlungskosten vor, allerdings in die umgekehrte Richtung. Während sich in der Interventionsgruppe im Zeitvergleich die durchschnittlichen Behandlungskosten um 202,51 € verringern, steigen die Hilfsmittelausgaben in der Kontrollgruppe um +680,14 €. Im Leistungsbereich Heilmittelverordnungen liegen in beiden Teilgruppen nur geringfügige Veränderungen vor.

Die GKV-Gesamtkosten steigen in der Interventionsgruppe um durchschnittlich +813,09 €, während in der Kontrollgruppe ein Rückgang der Gesamtkosten in Höhe von 2.827,75 € zu beobachten ist. Die GKV-Gesamtkosten setzen sich zusammen aus der Summe der Behandlungskosten über alle Leistungsbereiche. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass für die Bestimmung der GKV-Gesamtkosten nur Personen berücksichtigt werden können, bei denen für alle Leistungsbereiche Angaben zu Behandlungskosten in den Routinedaten vollständig vorliegen. Daher unterscheiden sich die ausgewiesenen

durchschnittlichen GKV-Gesamtkosten von der Summe der Mittelwerte über alle Leistungsbereiche.

Tabelle 23: Entwicklung der Behandlungskosten im Interventionszeitraum im Vergleich zum Kontrollzeitraum (in Euro)

Teilgruppe	Leistungsbereich	N	M	SE	95%-KI	
					LO	HI
IG	Krankenhausbehandlung	196	+458,87	472,15	-361,83	+1.474,68
	Ambulante Behandlung	146	+10,42	80,68	-146,49	+169,39
	Arzneimittel	195	+2,25	147,50	-268,19	+311,26
	Heilmittel	97	-1,34	26,89	-53,65	+51,84
	Hilfsmittel	97	-202,51	272,76	-782,04	+278,13
	GKV Gesamtkosten	96	+813,09	875,38	-610,71	+2.755,84
KG	Krankenhausbehandlung	196	-1.303,88	1.402,83	-4.458,99	+590,70
	Ambulante Behandlung	146	-41,34	66,17	-174,27	+85,15
	Arzneimittel	195	-331,78	193,59	-767,92	-40,98
	Heilmittel	97	+5,36	43,00	-73,67	+94,40
	Hilfsmittel	97	+680,14	725,84	-243,60	+2.281,65
	GKV Gesamtkosten	96	-2.827,75	3.169,45	-9.795,55	+1.287,58

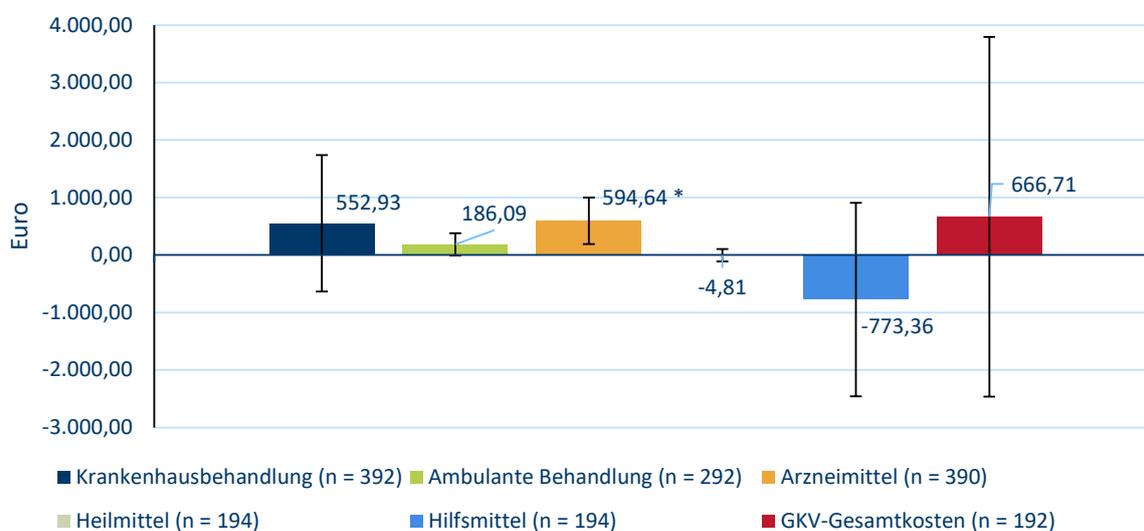
Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Anzahl Personen gesamt; M = Mittelwert; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze

In Abbildung 8 und Tabelle 24 sind die Ergebnisse der Regressionsanalyse der Behandlungskosten abgebildet. Die Darstellung enthält den adjustierten Interventionseffekt von TransFIT auf die Behandlungskosten. Bei den Analysen wird für die jeweiligen Leistungsausgaben des Vorjahres sowie die Einschlussindikationsgruppe kontrolliert.

Im Leistungsbereich Arzneimittelverordnungen fallen in der Interventionsgruppe statistisch signifikant höhere Ausgaben an. Der Unterschied beläuft sich auf +594,64 € (p-Wert: 0,004). In den übrigen Leistungsbereichen bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Ein positiver Einfluss von TransFIT im Hinblick auf eine Verringerung der stationären Behandlungskosten oder der GKV-Leistungsausgaben insgesamt kann statistisch nicht belegt werden. Detaillierte Ergebnisse der Regressionsanalyse sind im Anhang in Abschnitt 7.1 dargestellt.

Abbildung 8: Interventionseffekt auf die Höhe der Behandlungskosten (in Euro)



Quelle: Routinedaten der Krankenkassen
Anmerkung: Fehlerbalken markieren das 95%-Konfidenzintervall; Signifikanz auf Signifikanzniveau α : * $\alpha = 0,05$, ** $\alpha = 0,01$, *** $\alpha = 0,001$

Tabelle 24: Interventionseffekt auf die Höhe der Behandlungskosten

Leistungsbereich	N	b	SE	95%-KI		p
				LO	HI	
Krankenhausbehandlung	392	552,93	604,90	-632,65	1.738,52	0,361
Ambulante Behandlung	292	186,09	99,49	-8,90	381,09	0,062
Arzneimittel	390	594,64	207,20	188,53	1.000,75	0,004
Heilmittel	194	-4,81	54,67	-111,95	102,34	0,930
Hilfsmittel	194	-773,36	858,29	-2.455,58	908,85	0,369
GKV Gesamtkosten	192	666,71	1.595,75	-2.460,89	3.794,32	0,677

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen
Anmerkung: N = Fallzahl; b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze; n = 1.372

4.3.4 Zusammensetzung der Antworten der schriftlichen Befragungen von Patienten und Eltern

4.3.4.1 Befragungen der Patienten (PF-t0 und PF-t1)

An der Eingangsbefragung (PF-t0) beteiligten sich insgesamt 279 Patienten, davon wurde bei 217 (77,8 %) auch der Elternfragebogen (EF-t0) beantwortet, bei 71 (22,2 %) liegt nur ein Patientenfragebogen vor. Tabelle 25 zeigt die Verteilung der Antwortenden nach Altersgruppen und Geschlecht zum Stichtag 31.12.2019. Um Abweichungen gegenüber der

Grundgesamtheit der 724 Patienten (davon 3 ohne Angaben zu Alter und Geschlecht) (Analysepopulation 1) zu verdeutlichen, ist ferner deren entsprechende Verteilung zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses dargestellt. Dabei fällt auf, dass die Stichprobe der Antwortenden gegenüber der Grundgesamtheit in den höheren Altersbereich – insbesondere der 18-jährigen und älteren – verschoben ist, was daran liegt, dass viele Patienten kurz vor ihrem 18ten Geburtstag eingeschlossen wurden und im Zeitraum zwischen Studieneinschluss (L-01) und Beantwortung des Fragebogens die Schwelle von 18 Jahren überschritten haben.

Tabelle 25: Verteilung der antwortenden Patienten der Eingangsbefragung (PF-t0) nach Alter (Stichtag 31.12.2019) und Geschlecht sowie der Grundgesamtheit bei Einschluss (L-01)

	Bis 13 Jahre	14 – 15 Jahre	16 – 17 Jahre	18 und älter	Gesamt
PF-t0 Weiblich	9 (8,3%)	17 (15,7%)	30 (27,8%)	52 (48,1%)	108 (100%) 108 (39,3%)
PF-t0 Männlich	21 (12,6%)	32 (19,2%)	61 (36,5%)	53 (31,7%)	167 (100%) 167 (60,7%)
PF-t0 Gesamt	30 (10,9%)	49 (17,8%)	91 (33,1%)	105 (38,2%)	275 (100%)
L-01 Weiblich	71 (17,3%)	61 (14,8%)	154 (37,5%)	24 (5,8%)	310 310 (43,0%)
L-01 Männlich	102 (24,8%)	104 (25,3%)	186 (45,3%)	19 (4,6%)	411 411 (57,0%)
L-01 Gesamt	173 (24,0%)	165 (22,9%)	340 (47,2%)	43 (6,0%)	721 (100%)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0), Analysepopulation 1 bei Einschluss (L-01) fehlende Angaben zu Alter und Geschlecht N=3; PF-t0: fehlende Angaben zum Alter N=4 (2w, 2m)

Tabelle 26 zeigt die Zusammensetzung der Antwortenden der Abschlussbefragung (PF-t1) insgesamt sowie die Längsschnittstichprobe (PF-t0-t1) nach Geschlecht und Alter. Wie zu erwarten, nimmt der Anteil der 18-jährigen und älteren noch weiter zu und liegt in diesen beiden Teilstichproben jeweils über 50 %.

Tabelle 26: Verteilung der antwortenden Patienten der Abschlussbefragung (PF-t1) sowie der Längsschnittstichprobe (PF-t0-t1) nach Alter (Stichtag 31.12.2020) und Geschlecht

	Bis 13 Jahre	14 – 15 Jahre	16 – 17 Jahre	18 und älter	Gesamt
PF-t1 Weiblich	5 (7,5%)	10 (14,9%)	12 (17,9%)	40 (59,7%)	67 (100%) 67 (49,6%)
PF-t1 Männlich	4 (5,9%)	13 (19,1%)	18 (26,5%)	33 (48,5%)	68 (100%) 68 (50,4%)
PF-t1 Gesamt	9 (6,7%)	23 (17,0%)	30 (22,2%)	73 (54,1%)	135 (100%)
PF-t0-t1 Weiblich	3 (7,5%)	6 (15,0%)	5 (12,5%)	26 (65,0%)	40 (100%) 40 (48,8%)
PF-t0-t1 Männlich	2 (4,8%)	8 (19,0%)	9 (21,4%)	23 (54,8%)	42 (100%) 42 (51,2%)
PF-t0-t1 Gesamt	5 (6,1%)	14 (17,1%)	14 (17,1%)	49 (59,8%)	82 (100%)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0), Analysepopulation 1 bei Einschluss (L-01); PF-t1: fehlende Angaben zum Alter N=5 (1w, 4m); PF-t0-t1: fehlende Angaben zum Alter N=3 (1w, 2m).

Bei der Eingangsbefragung geben 198 Patienten (71,0 %) an, dass sie noch zur Schule gehen, 79 (28,3%) verneinten die Frage, zwei (0,7%) machten keine Angabe. Bei der Abschlussbefragung machten zwei Personen keine Angabe (1,4%), die übrigen verteilten sich hälftig (je 69 bzw. 49,3%) auf Schüler/Nicht-Schüler.

Die Verteilung der antwortenden Patienten in den drei Stichproben (PF-t0, PF-t1, PF-t0-t1) nach den 24 Indikationsgruppen zeigt Tabelle 27. Die Anteile der vier am stärksten besetzten Indikationsgruppen (Adipositas, Allergische Rhinopathien, Asthma, Verhaltens- und emotionale Störungen) sind in den drei Teilstichproben annähernd gleich, lediglich die Indikationsgruppe der Intelligenz- und Entwicklungsstörungen nimmt im Anteil etwas stärker ab.

In der Stichprobe der Eingangsbefragung (N=279) waren 156 (55,9%) Patienten nur einer einzigen Indikationsgruppe zugeordnet, 88 (31,5%) zwei, 26 (9,3%) drei und neun Patienten (3,2%) vier bis maximal sechs Indikationsgruppen. In der Abschlussbefragung (N=140) sind es 86 (61,4%) mit einer, 45 (32,1%) mit zwei, 4 (2,9%) mit drei und 5 Patienten (3,6%) mit vier oder mehr Indikationsgruppen. In der Längsschnittstichprobe (N=85) sind es 52 Patienten (61,2%) mit einer, 27 (31,8%) mit zwei, 3 (3,5%) mit drei und drei (3,5%) mit vier und mehr Indikationsgruppenzuordnungen.

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

Tabelle 27: Antwortende Patienten nach Indikationsgruppen (Mehrfachzuordnungen möglich) (Anzahl, Anteil an jeweiliger Gesamtgruppe)

Indikationsgruppen		Eingangsbefragung (PF-t0), N=279	Abschlussbefragung (PF-t1), N=140	Längsschnitt (PF-t0-t1), N=85
1	Adipositas	41 (14,7%)	21 (15,0%)	11 (12,9%)
2	Affektive Störungen	9 (3,2%)	5 (3,6%)	3 (3,5%)
3	Allergische Rhinopathie	36 (12,9%)	21 (15,0%)	11 (12,9%)
4	Angeborene Fehlbildungen Herz-Kreislauf	7 (2,5%)	3 (2,1%)	2 (2,4%)
5	Angeborene Fehlbildungen Nervensystem	11 (3,9%)	3 (2,1%)	3 (3,5%)
6	Angeborene Fehlbildungen Verdauungssystem und sonstige	9 (3,2%)	3 (2,1%)	2 (2,4%)
7	Asthma	80 (28,7%)	40 (28,6%)	26 (30,6%)
8	Bösartige Neubildungen Hämatologisch	3 (1,1%)	2 (1,4%)	0
9	Bösartige Neubildungen solide Tumore	1 (0,4%)	1 (0,7%)	1 (1,2%)
10	Diabetes Mellitus Typ 1	16 (5,7%)	8 (5,7%)	7 (8,2%)
11	Epilepsie	15 (5,4%)	8 (5,7%)	4 (4,7%)
12	Erkrankungen der Niere	1 (0,4%)	0	0
13	Essstörungen	1 (0,4%)	0	0
14	Immundefekte	0	0	0
15	Intelligenz- und Entwicklungsstörungen	33 (11,8%)	10 (7,1%)	6 (7,1%)
16	Juvenile Arthritis und syst. Lupus erythematoses	14 (5,0%)	8 (5,7%)	7 (8,2%)
17	Muskelatrophien und Myopathien	3 (1,1%)	1 (0,7%)	1 (1,2%)
18	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	12 (4,3%)	5 (3,6%)	1 (1,2%)
19	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	16 (5,7%)	7 (5,0%)	2 (2,4%)
20	Sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10 (3,6%)	5 (3,6%)	3 (3,5%)
21	Sonstiges atopisches Ekzem	10 (3,6%)	6 (4,3%)	5 (5,9%)
22	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	50 (17,9%)	22 (15,7%)	14 (16,5%)
23	Zerebralpareesen	11 (3,9%)	4 (2,9%)	3 (3,5%)
24	Zystische Fibrose	2 (0,7%)	1 (0,7%)	1 (1,2%)

Quelle: IGES

4.3.4.2 Befragungen der Eltern (EF-t0 und EF-t1)

Bei den antwortenden Eltern weisen die Mütter der Kinder (Patienten) in der Eingangsbefragung ein Durchschnittsalter von knapp 47 Jahren auf (Stichtag 31.12.2019). Der Median beträgt ebenfalls 47 Jahre, das 25. Perzentil liegt bei 43 Jahren, das 75. Perzentil bei 51 Jahren. Nur 10,2 % der Mütter sind unter 40 Jahre alt. In der Abschlussbefragung (EF-t1) wird von 137 Befragten eine Angabe zum Alter der Mutter gemacht. Zum Stichtag 31.12.2020 errechnet sich ein Durchschnittsalter von 47 Jahren (Median: 47 Jahre, 25. Perzentil: 44 Jahre, 75. Perzentil: 52 Jahre). In der Längsschnittstichprobe (N=87 mit Angaben zum Alter der Mutter) liegen die entsprechenden Werte (Stichtag 31.12.2020) geringfügig höher (M=47,6; Median: 48,0; 25. Perz.: 45,0; 75. Perz.: 52,0).

Tabelle 28 zeigt die Schulabschlüsse der antwortenden Mütter und Väter (EF-t0).

Tabelle 28: Schulabschlüsse der Mütter und Väter der Patienten

	Mütter	Väter
(Bisher) ohne Abschluss	7 (2,4%)	9 (3,1%)
Hauptschulabschluss	38 (13,2%)	47 (16,3%)
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	103 (35,8%)	77 (26,7%)
Abschluss Polytechn. Oberschule (POS, 10. Klasse)	16 (5,6%)	15 (5,2%)
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule	42 (14,6%)	38 (13,2%)
Abitur	70 (24,3%)	66 (22,9%)
Anderer Abschluss	7 (2,4%)	4 (1,4%)
Keine Angabe	5 (1,7%)	32 (11,1%)

Quelle: Eingangsbefragung (EF-t0)
 Anmerkung: N=288

In der Eingangsbefragung machten 282 Eltern eine Angabe zur Muttersprache des Kindes. 238 (84,4%) gaben Deutsch als Muttersprache an, 44 (15,6%) eine andere Sprache.

211 (73,3 %) der 288 befragten Eltern gaben an, dass neben dem Indexkind noch weitere Geschwister im Haushalt leben. Von den 211 Familien mit mehreren Kindern gaben 68 (32,2 % von 211) an, dass darunter neben dem Indexkind noch ein weiteres Kind mit einer chronischen Erkrankung ist.

4.3.5 Lebensqualität

Die Ergebnisse der Lebensqualitätsmessung mit dem KINDL^R-Fragebogen im Rahmen der Eingangsbefragung (PF-t0) zeigen Tabelle 29 und Tabelle 30. Höhere Skalenwerte zeigen eine bessere Lebensqualität an.

Zur Einordnung der Messwerte der TransFIT-Teilnehmenden können die im Rahmen der ersten BELLA-Studie (Zeitraum 2003 bis 2006) ermittelten Normwerte (Selbstberichtsform des KINDL^R) für die 14- bis 17-jährigen herangezogen werden (Ravens-Sieberer et al. 2008); Demnach liegt der Mittelwert für den *Total-Score* mit 72,8 (Tabelle 29) etwas höher als in der

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

BELLA-Studie (71,5). Auf den Subskalen *Körperliches* bzw. *Psychisches Wohlbefinden* zeigen die TransFIT-Teilnehmenden etwas niedrigere Mittelwerte als die Probanden der BELLA-Studie (68,5 bzw. 80,5), ebenso auf der Subskala *Freunde* (BELLA: 75,2). Bei den übrigen Subskalen zeigen die TransFIT-Patienten höhere Mittelwerte (*Selbstwert*, BELLA: 59,9; *Familie*, BELLA: 81,1; *Schule*: BELLA: 64,2).

Tabelle 29: Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0): KINDL^R: Total-Score, Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert

	Total-Score	Körperliches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Selbstwert
Gültige Antworten	256	277	274	272
Mittelwert	72,8	65,6	77,3	67,4
Median	72,9	68,8	81,3	68,8
Standardabw.	12,5	21,6	16,0	18,0
Minimum	26,0	6,3	18,8	6,3
Maximum	97,9	100,0	100,0	100,0
Perzentile 25	66,7	50,0	68,8	56,3
Perzentile 75	81,8	81,3	87,5	81,3

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)
 Anmerkung: N=279, fehlende Werte je nach Skala zwischen N=2 und N=23

Tabelle 30: Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0): KINDL^R: Familie, Freunde, Schule, Erkrankung

	Familie	Freunde	Schule	Erkrankung
Gültige Antworten	270	267	264	263
Mittelwert	85,3	73,0	66,8	81,9
Median	87,5	75,0	68,8	87,5
Standardabw.	16,0	15,5	17,6	17,7
Minimum	0,0	0,0	12,5	20,8
Maximum	100,0	100,0	100,0	100,0
Perzentile 25	75,0	62,5	56,3	70,8
Perzentile 75	100,0	83,3	81,3	95,8

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)
 Anmerkung: N=279, fehlende Werte je nach Skala zwischen N=2 und N=23

Tabelle 31 und Tabelle 32 zeigen die Kennwerte der KINDL^R-Skalen differenziert nach Geschlecht und vier Altersgruppen. Dabei zeigt sich beim *Total-Score* und den Subskalen *Körperliches* bzw. *Psychisches Wohlbefinden* sowie *Erkrankung* tendenziell ein Rückgang der

Skalenmittelwerte mit zunehmendem Alter. Umgekehrt verhält es sich bei der Subskala *Selbstwert*. Die übrigen Skalen lassen keine klare altersabhängige Tendenz erkennen.

Ferner zeigen sich teilweise deutlich ausgeprägte Geschlechtsunterschiede: Mit Ausnahme der Subskalen *Familie* und *Freunde* weisen die weiblichen Befragten bei allen übrigen Skalen eine niedrigere Lebensqualität auf als die männlichen Befragten. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied auf den Subskalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Selbstwert*.

Tabelle 31: Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: KINDL^R: Total-Score, Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert

Altersgruppe	Kennwert gesamt (w / m)	Total-Score	Körperliches Wohlbefinde n	Psychisches Wohlbefinde n	Selbstwert
Bis 13	Gültige Antworten	26 (9/17)	29 (9/20)	27 (9/18)	27 (9/18)
	Mittelwert	74,4 (71,9/75,7)	71,8 (70,8/72,2)	81,0 (77,8/82,6)	66,0 (61,8/68,1)
	Stand.Abw.	8,8 (7,4/9,4)	19,5 (19,7/19,8)	9,4 (7,7/10,0)	16,7 (14,8/17,5)
	Median	71,9 (68,8/77,1)	75,0 (68,8/75,0)	81,3 (75,0/81,3)	68,8 (68,8/75,0)
14-15	Gültige Antworten	45 (15/30)	49 (17/32)	48 (16/32)	48 (16/32)
	Mittelwert	74,2 (71,3/75,6)	69,1 (65,1/71,3)	78,1 (75,8/79,3)	67,6 (63,5/69,6)
	Stand.Abw.	11,6 (11,5/11,6)	20,7 (21,4/20,3)	15,5 (17,1/14,8)	17,8 (17,1/18,1)
	Median	76,0 (71,9/78,1)	75,0 (62,5/75,0)	81,3 (75,0/81,3)	68,8 (67,7/68,8)
16-17	Gültige Antworten	85 (28/57)	90 (29/61)	90 (30/60)	90 (30/60)
	Mittelwert	71,7 (66,4/74,3)	62,3 (55,4/65,5)	76,4 (71,9/78,7)	65,9 (56,4/70,7)
	Stand.Abw.	13,5 (16,4/11,2)	20,6 (19,4/20,5)	17,4 (20,6/15,2)	18,2 (22,2/13,8)
	Median	72,9 (69,8/74,0)	68,8 (62,5/68,8)	81,3 (75,0/81,3)	68,8 (62,5/75,0)
18 und älter	Gültige Antworten	96 (45/51)	105 (52/52)	105 (52/53)	103 (50/53)
	Mittelwert	72,6 (72,3/72,9)	64,4 (60,0/68,8)	76,3 (77,4/75,2)	68,7 (65,6/71,6)
	Stand.Abw.	13,0	22,9	16,5	18,6

Altersgruppe	Kennwert gesamt (w / m)	Total-Score	Körperliches Wohlbefinde n	Psychisches Wohlbefinde n	Selbstwert
		(9,6/15,5)	(20,1/24,7)	(13,6/19,0)	(17,5/19,2)
	Median	72,9 71,9/74,0	68,8 (59,4/68,8)	81,3 (81,3/81,3)	68,8 (68,8/75,0)
Gesamt	Gültige Antworten	252 (97/155)	273 (107/166)	270 (107/163)	268 (105/163)
	Mittelwert	72,8 (70,4/74,2)	65,3 (60,5/68,5)	77,1 (75,6/78,1)	67,3 (62,3/70,5)
	Stand.Abw.	12,6 (12,2/12,6)	21,5 (20,3/21,8)	16,1 (16,0/16,0)	18,1 (18,9/16,9)
	Median	72,9 (70,8/75,0)	68,8 (62,5/68,8)	81,3 (75,0/81,3)	68,8 (66,7/75,0)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Anmerkung: N=279, fehlende Werte je nach Skala zwischen N=2 und N=23; Werte in Klammern: weiblich / männlich

Tabelle 32: Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: KINDL^R: Familie, Freunde, Schule, Erkrankung

Altersgruppe	Kennwert	Familie	Freunde	Schule	Erkrankung
Bis 13	Gültige Antworten	27 (9/18)	26 (9/17)	27 (9/18)	24 (8/16)
	Mittelwert	85,0 (85,4/84,7)	75,0 (73,1/76,0)	65,5 (62,5/67,0)	84,2 (81,3/85,7)
	Stand.Abw.	11,3 (9,9/12,2)	11,8 (11,9/12,0)	14,2 (16,8/13,0)	17,3 (13,2/19,3)
	Median	87,5 (81,3/87,5)	75,0 (75,0/75,0)	62,5 (62,5/65,6)	89,6 (79,2/95,8)
14-15	Gültige Antworten	49 (17/32)	48 (16/32)	46 (16/30)	46 (15/31)
	Mittelwert	85,8 (85,3/86,1)	73,5 (74,9/72,9)	70,2 (64,1/73,5)	85,5 (81,4/87,5)
	Stand.Abw.	16,3 (16,8/16,2)	13,2 (12,8/13,6)	15,4 (14,5/15,1)	16,5 (17,0/16,2)
	Median	93,8 (93,8/90,6)	71,9 (75,0/68,8)	68,8 (59,4/68,8)	91,7 (83,3/91,7)
16-17	Gültige Antworten	89 (30/59)	89 (30/59)	88 (29/59)	88 (29/59)
	Mittelwert	85,7 (85,4/85,9)	72,0 (66,7/74,7)	64,9 (61,6/66,5)	79,9 (78,0/80,8)

Altersgruppe	Kennwert	Familie	Freunde	Schule	Erkrankung
	Stand. Abw.	14,0 (14,2/14,1)	17,7 (22,4/14,2)	18,0 (20,3/16,7)	18,1 (20,7/16,8)
	Median	87,5 (90,6/87,5)	75,0 (68,8/75,0)	65,6 (62,5/68,8)	83,3 (83,3/83,3)
18 und älter	Gültige Antworten	101 (49/52)	100 (49/51)	99 (47/52)	102 (50/52)
	Mittelwert	85,5 (86,3/84,7)	73,0 (77,3/68,9)	66,9 (64,4/69,2)	81,3 (81,4/81,1)
	Stand. Abw.	16,7 (14,9/18,4)	15,8 (10,7/18,6)	19,1 (20,8/17,3)	18,0 (16,3/19,7)
	Median	87,5 (87,5/87,5)	75,0 (81,3/75,0)	68,8 (68,8/68,8)	87,5 (85,4/87,5)
Gesamt	Gültige Antworten	266 (105/161)	263 (104/159)	260 (101/159)	260 (102/158)
	Mittelwert	85,6 (85,8/85,4)	73,0 (73,5/72,6)	66,7 (63,4/68,8)	81,8 (80,4/82,7)
	Stand. Abw.	15,2 (14,5/15,7)	15,6 (15,8/15,5)	17,7 (19,3/16,3)	17,8 (17,4/18,0)
	Median	87,5 (87,5/87,5)	75,0 (75,0/75,0)	68,8 (62,5/68,8)	87,5 (83,3/87,5)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Anmerkung: N=279, fehlende Werte je nach Skala zwischen N=2 und N=23

Tabelle 33 zeigt zum einen die Mittelwerte der KINDL^R-Skalen differenziert nach den fünf am stärksten besetzten Indikationsgruppen (Mehrfachzuordnungen möglich) sowie der Restgruppe aller übrigen Befragten, die keiner dieser fünf Indikationsgruppen angehören. Zusätzlich ist in Klammern der alters- und geschlechtsadjustierte Effekt der Zugehörigkeit zur jeweiligen Indikationsgruppe auf den Skalenmittelwert ausgewiesen, der mithilfe einer Varianzanalyse mit der Indikationsgruppe (ja/nein) als Faktor sowie Alter und Geschlecht als Kovariaten geschätzt wurde. Der Wert zeigt also an, wie sich der Skalenmittelwert der Befragten mit Zugehörigkeit zu der Indikationsgruppe im Vergleich zu allen übrigen Befragten verändert, wobei Unterschiede in der Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht jeweils kontrolliert werden.

Die niedrigste Lebensqualität auf der Gesamtskala (*Total-Score*) weisen die Patienten der Indikationsgruppe „Intelligenz- und Entwicklungsstörungen“ auf. Die Zugehörigkeit zu dieser Indikationsgruppe führt zu einem signifikanten Unterschied gegenüber allen übrigen Patienten ($p < .05$). Die geringere Lebensqualität dieser Patienten wird vor allem durch die signifikant niedrigeren Werte auf den KINDL^R-Subskalen *Freunde* und *Schule* bedingt. Darüber hinaus zeigt sich nur bei der Indikationsgruppe „Verhaltens- und emotionale Störungen“ ein signifikanter Effekt (geringerer Wert auf der Subskala *Familie*). Auf der für die Ziele von TransFIT besonders relevanten Zusatzskala *Erkrankung* unterscheiden sich die fünf am stärksten besetzten Indikationsgruppen sowie die Restgruppe nur geringfügig.

Tabelle 33: Lebensqualität bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Indikationsgruppen: Mittelwerte der KINDL^R-Skalen sowie alters- und geschlechtsadjustierter Effekt der Zugehörigkeit zur Indikationsgruppe (in Klammern)

	Adipositas (N=41)	Allergische Rhinopathien (N=36)	Asthma (N=80)	Intelligenz-u. Entw.st. (N=33)	Verhaltens- u. emot. St. (N=50)	Übrige Indikationsgruppen (N=96)
Total-Score	72,9 (-0,1)	75,5 (+3,5)	71,6 (-1,1)	68,8 (-4,7 *)	72,1 (-1,6)	74,0 (+2,0)
Körperl. Wohlbefinden	65,3 (-0,5)	65,7 (+1,2)	61,3 (-4,8)	65,3 (-0,6)	68,2 (+2,1)	68,2 (+5,1)
Psych. Wohlbefinden	74,5 (-3,1)	77,5 (+0,7)	75,5 (-1,9)	75,8 (-1,9)	77,3 (-0,2)	77,7 (+1,0)
Selbstwert	70,5 (+2,7)	70,9 (+4,9)	64,8 (-2,7)	63,4 (-4,3)	66,8 (-2,5)	68,5 (+2,3)
Familie	86,9 (+1,5)	89,8 (+4,8)	85,9 (+0,4)	82,6 (-3,4)	80,7 (-6,0 *)	87,4 (+2,7)
Freunde	71,2 (-1,8)	71,5 (-1,8)	71,4 (-2,2)	66,1 (-7,9 **)	71,7 (-1,3)	74,2 (+1,9)
Schule	68,6 (+1,8)	69,3 (+3,5)	66,8 (+0,8)	59,0 (-8,9 **)	65,7 (-2,4)	67,4 (+1,3)
Erkrankung	80,8 (-1,1)	83,7 (+2,4)	82,4 (+1,2)	82,6 (+0,5)	85,7 (+4,6)	81,2 (-0,8)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Anmerkung: Die Angabe zur Patientenzahl (N) bezieht sich auf die Gesamtheit der Patienten in der betreffenden Indikationsgruppe (Mehrfachzuordnungen möglich), den einzelnen Mittelwerten können wegen Antwortausfällen kleinere Fallzahlen zugrunde liegen. Signifikante Effekte: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabelle 34 zeigt die Mittelwertunterschiede zwischen Eingangs- und Abschlussuntersuchung für die acht Skalen des KINDL^R. In die Auswertung gehen die Befragten ein, die sowohl den PF-t0-, als auch den PF-t1-Fragebogen beantwortet haben (insgesamt N=85 Patienten). Wie ein Vergleich mit der PF-t0-Stichprobe (Tabelle 29 oben) zeigt, weisen die Patienten in der Längsschnittstichprobe bei der Eingangsuntersuchung mit Ausnahme einer Subskala (Selbstwert) durchgängig höhere Lebensqualitätswerte auf. Zum zweiten Messzeitpunkt zeigt sich im T-Test für verbundene Stichproben ein signifikanter Rückgang des Messwerts auf der Subskala *Psychisches Wohlbefinden* (um 4,1 Punkte, $p < .01$), die übrigen Veränderungen sind nicht signifikant. Die Veränderung auf der Subskala Familie verfehlt knapp die Signifikanzschwelle (-2,5, $p = .06$).

Tabelle 34: Veränderung der Lebensqualität zwischen Eingangsuntersuchung (PF-t0) und Abschlussuntersuchung (PF-t1): Überprüfung von Mittelwertunterschieden der KINDL^R-Skalen (t-Test für verbundene Stichproben)

	N	M-t0	M-t1	Diff.	T (df)	Signifikanz (2-seitig)
Total-Score	71	73,7	72,4	-1,3	-1,05 (70)	n.s.
Körperl. Wohlbefinden	83	66,9	70,2	+3,3	1,49 (82)	n.s.
Psych. Wohlbefinden	83	79,9	75,8	-4,1	-3,04 (82)	P < .01
Selbstwert	83	66,5	67,9	+2,4	0,71 (82)	n.s.
Familie	82	87,2	84,7	-2,5	-1,91 (81)	n.s.
Freunde	80	75,3	73,0	-2,3	-1,13 (79)	n.s.
Schule	75	69,8	69,1	-0,7	-0,29 (74)	n.s.
Erkrankung	82	85,2	85,9	+0,7	0,39 (81)	n.s.

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0) und Abschlussbefragung (PF-t1)

Anmerkung: M: Mittelwert; n.s.: nicht signifikant

4.3.6 Selbstmanagementkompetenz

Die Selbstmanagementkompetenz der Patienten wurde mit einer ins Deutsche übersetzten und zwecks Verbesserung der psychometrischen Gütekriterien modifizierten Version des „Illness Management Survey“ (Logan et al. 2003) untersucht. Wegen der vorgenommenen Modifikationen (vgl. Abschnitt 3.3.1) wird das Instrument als IMS-mod bzw. die modifizierten Subskalen mit dem Suffix „-mod“ gekennzeichnet. Das Instrument misst die Selbstmanagementkompetenz über das Konzept der Adhärenzbarrieren. Hohe Skalenwerte zeigen höhere Barrieren bzw. eine geringere Selbstmanagementkompetenz an. Tabelle 35 zeigt die Skalenkennwerte bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0).

Tabelle 35: Selbstmanagementkompetenz (*IMS-mod*) bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0)

	IMS-mod	Behandlungsregime-mod	Kogn. Probleme	Soziale Unterst./Selbstwirks.	Verleugnung/fehlendes Vertrauen-mod	Peers/Familie-mod
Gültige Antworten	267	269	270	268	270	270
Mittelwert	17,5	17,1	17,1	15,6	21,5	20,0
Median	14,1	10,0	8,3	8,3	16,7	16,7
Standard-abw.	13,8	19,7	21,3	17,1	21,0	21,9
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	59,8	90,0	100	83,3	91,7	100
Perzentile 25	6,5	0	0	0	0	0
Perzentile 75	26,1	30,0	25,0	25,0	33,3	33,3

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)
 Anmerkung: N=279, fehlende Werte je nach Skala zwischen N=9 und N=12

In Tabelle 36 und Tabelle 37 sind die Skalenkennwerte nach fünf Altersgruppen und Geschlecht differenziert. Bei den meisten Skalen zeigt sich in Bezug auf das Alter jeweils ein kontinuierlicher Anstieg der Adhärenzbarrieren von der untersten Altersgruppe bis zu den 16- bis 17-jährigen. In der höchsten Altersgruppe (18 und älter) sinken die Skalenmittelwerte wieder etwas ab. Lediglich die Subskala *Soziale Unterstützung/Selbstwirksamkeit* weicht von diesem Muster ab, insofern der höchste Wert in der untersten Altersgruppe beobachtet wird und anschließend ein kontinuierliches Absinken der Werte. Insbesondere in den beiden unteren Altersgruppen treten ferner teilweise ausgeprägte Geschlechtsunterschiede auf, wobei die Mädchen meist höhere Skalenwerte erreichen.

Tabelle 36: Selbstmanagementkompetenz bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: *IMS-mod* (Total) sowie Subskalen *Behandlungsregime-mod*, *Kognitive Probleme*

Altersgruppe	Kennwert gesamt (w/m)	IMS-mod	Behandlungs- regime-mod	Kognitive Probleme
	Gültige Antworten	27 (8/19)	27 (8/19)	27 (8/19)
Bis 13	Mittelwert	14,9 (16,1/14,4)	10,9 (9,2/12,1)	14,5 (18,8/12,7)
	Stand. Abw.	13,0 (11,2/13,9)	16,5 (9,2/18,8)	19,0 (19,3/19,2)

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Altersgruppe	Kennwert <i>gesamt</i> <i>(w/m)</i>	IMS-mod	Behandlungs- regime-mod	Kognitive Probleme
	Median	14,1 (17,9/14,1)	5,0 (5,0/5,0)	12,5 (12,5/8,3)
14-15	Gültige Antworten	49 (17/32)	49 (17/32)	49 (17/32)
	Mittelwert	17,6 (21,2/15,7)	16,8 (17,6/16,4)	17,3 (26,0/12,8)
	Stand. Abw.	14,9 (15,8/14,3)	20,0 (19,0/20,7)	21,7 (27,1/17,1)
	Median	12,0 (17,4/11,4)	10,0 (10,0/10,0)	4,2 (20,8/4,2)
16-17	Gültige Antworten	87 (29/58)	88 (30/58)	88 (30/58)
	Mittelwert	18,3 (18,6/18,2)	18,8 (21,2/17,3)	18,6 (17,5/19,1)
	Stand. Abw.	13,8 (15,8/12,7)	20,5 (23,6/18,8)	21,4 (22,3/21,0)
	Median	15,2 (12,0/16,8)	12,5 (12,5/12,5)	12,5 (14,6/12,5)
18 und älter	Gültige Antworten	100 (49/51)	101 (49/52)	102 (50/52)
	Mittelwert	17,0 (17,6/16,5)	17,5 (19,3/15,8)	15,7 (15,5/15,9)
	Stand. Abw.	13,6 (13,2/14,2)	19,7 (19,1/20,3)	20,7 (18,6/22,7)
	Median	14,1 (14,1/14,1)	10,0 (15,0/5,0)	8,3 (8,3/8,3)
Gesamt	Gültige Antworten	263 (103/160)	265 (104/161)	266 (105/161)
	Mittelwert	17,3 (18,4/16,7)	17,1 (18,9/16,0)	16,8 (18,0/16,0)
	Stand. Abw.	13,8 (14,1/13,6)	19,8 (20,0/19,6)	20,9 (21,3/20,7)
	Median	14,1 (14,1/14,7)	10,0 (12,5/10,0)	8,3 (12,5/8,3)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Tabelle 37: Selbstmanagementkompetenz bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Altersgruppen und Geschlecht: Subskalen *Soziale Unterstützung/Selbstwirksamkeit*, *Verleugnung/Fehlendes Vertrauen-mod*, *Peers/Familie-mod*

Altersgruppe	Kennwert	Soziale Unterstützung / Selbstwirksamkeit	Verleugnung/ fehlendes Vertrauen-mod	Peers/Familie-mod
Bis 13	Gültige Antworten	27 (8/19)	27 (8/19)	27 (8/19)
	Mittelwert	18,4 (20,8/17,4)	13,3 (10,4/14,5)	17,3 (20,8/15,8)
	Stand.Abw.	21,9 (27,2/20,0)	13,5 (13,2/13,8)	22,3 (24,4/21,9)
	Median	12,5 (12,5/12,5)	8,3 (4,2/16,7)	0 (12,5/0)
14-15	Gültige Antworten	49 (17/32)	49 (17/32)	49 (17/32)
	Mittelwert	16,6 (20,1/14,7)	21,8 (26,0/19,5)	17,3 (15,2/18,5)
	Stand.Abw.	17,2 (19,1/16,1)	23,1 (27,5/20,5)	19,6 (20,0/19,6)
	Median	12,5 (16,7/8,3)	16,7 (16,7/16,7)	8,3 (8,3/16,7)
16-17	Gültige Antworten	87 (29/58)	88 (30/58)	88 (30/58)
	Mittelwert	14,9 (17,7/13,5)	25,1 (24,2/25,6)	21,0 (23,3/19,8)
	Stand.Abw.	15,6 (18,8/13,8)	22,4 (24,3/21,5)	23,0 (26,2/21,3)
	Median	8,3 (8,3/10,4)	20,8 (16,7/25,0)	16,7 (16,7/16,7)
18 und älter	Gültige Antworten	101 (50/51)	102 (50/52)	102 (50/52)
	Mittelwert	14,8 (15,0/14,6)	20,6 (20,8/20,5)	20,3 (20,7/19,9)
	Stand.Abw.	16,9 (15,6/18,2)	20,0 (21,6/18,6)	21,6 (19,4/23,8)
	Median	8,3 (12,5/8,3)	16,7 (16,7/16,7)	16,7 (25,0/12,5)
	Gültige Antworten	264 (104/160)	266 (105/161)	266 (105/161)

Altersgruppe	Kennwert	Soziale Unterstützung / Selbstwirksamkeit	Verleugnung/ fehlendes Vertrauen-mod	Peers/Familie-mod
Gesamt	Mittelwert	15,5 (17,0/14,6)	21,6 (21,8/21,4)	19,7 (20,6/19,1)
	Stand.Abw.	17,1 (18,0/16,4)	21,0 (23,0/19,8)	21,8 (21,8/21,7)
	Median	8,3 (12,5/8,3)	16,7 (16,7/16,7)	16,7 (16,7/16,7)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Tabelle 38 zeigt die Skalenmittelwerte für die fünf am stärksten besetzten Indikationsgruppen sowie die Restgruppe der Patienten mit allen übrigen Indikationsgruppen (Mehrfachzuordnungen möglich). Ferner ist ausgewiesen, welchen Effekt die Zugehörigkeit zur jeweiligen Indikationsgruppe auf den Skalenwert hat, wenn die Einflüsse der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der jeweiligen Patientengruppe kontrolliert werden. Bei keiner IMS-Skala zeigt sich ein signifikanter Einfluss der Indikationsgruppenzugehörigkeit, wenn die Effekte von Alters- und Geschlechtsaufbau kontrolliert werden.

Tabelle 38: Selbstmanagementkompetenz bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Indikationsgruppen: Mittelwerte der IMS-mod-Skalen sowie alters- und geschlechtsadjustierter Effekt der Zugehörigkeit zur Indikationsgruppe (in Klammern)

	Adipositas (N=41)	Allergische Rhinopathien (N=36)	Asthma (N=80)	Intelligenz-u. Entw.st. (N=33)	Verhaltens-u. emot. St. (N=50)	Übrige Indikationsgruppen (N=96)
IMS-mod (Total)	18,0 (+0,9)	15,8 (-1,9)	17,3 (-0,3)	17,8 (+0,5)	15,9 (-1,4)	17,5 (+0,2)
Behandlungsergime-mod	17,2 (+0,2)	17,3 (-0,2)	16,5 (-1,2)	15,5 (-1,6)	14,0 (-3,5)	19,1 (+2,8)
Kognitive Probleme	12,9 (-4,3)	11,2 (-6,7)	17,6 (+0,9)	20,3 (+4,0)	16,3 (-0,2)	18,1 (+1,8)
Soziale Unterstützung/ Selbstwirksamkeit	19,1 (+4,9)	16,7 (+1,2)	15,7 (-0,1)	14,1 (-2,0)	14,3 (-0,8)	14,4 (-1,9)
Verleugnung/ fehlendes Vertrauen-mod	24,1 (+2,8)	20,0 (-1,9)	19,9 (-2,4)	20,6 (-0,9)	19,8 (-2,3)	21,5 (-0,1)
Peers/Familie-mod	20,8 (+1,3)	16,9 (-3,5)	19,4 (-0,5)	21,2 (+2,0)	17,6 (-2,6)	19,8 (+0,1)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

Anmerkung: Die Angabe zur Patientenzahl (N) bezieht sich auf die Gesamtheit der Patienten in der betreffenden Indikationsgruppe (Mehrfachzuordnungen möglich), den einzelnen Mittelwerten können wegen Antwortausfällen kleinere Fallzahlen zugrunde liegen. Signifikante Effekte: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabelle 39 zeigt die Veränderung der Skalenmittelwerte des IMS-mod bzw. der Subskalen zwischen Eingangs- und Abschlussuntersuchung. Grundlage sind die Patienten, die sich an beiden Befragungen (PF-t0 und PF-t1) beteiligt haben (maximal N=85). In Bezug auf diese Längsschnittstichprobe fällt auf, dass die Skalenmittelwerte bei der Eingangsuntersuchung, abgesehen von der Subskala *Verleugnung/fehlendes Vertrauen*, durchgängig deutlich niedriger liegen, als in der gesamten PF-t0-Stichprobe, d.h. an der längsschnittlichen Erhebung haben sich überproportional viele Patienten mit initial bereits höherer Selbstmanagementkompetenz beteiligt. Die T-Tests für verbundene Stichproben zeigen keinen signifikanten Effekt im Vergleich der beiden Messzeitpunkte.

Tabelle 39: Veränderung der Selbstmanagementkompetenz zwischen Eingangsuntersuchung (PF-t0) und Abschlussuntersuchung (PF-t1): Überprüfung von Mittelwertunterschieden der IMS-mod-Skalen (t-Test für verbundene Stichproben)

	N	M-t0	M-t1	Diff.	T (df)	Signifikanz (2-seitig)
IMS-mod (Total)	78	14,4	15,7	+1,3	0,98 (77)	n.s.
Behandlungsregime-mod	80	13,6	14,8	+1,2	0,55 (79)	n.s.
Kognitive Probleme	80	10,7	12,4	+1,8	0,84 (79)	n.s.
Soziale Unterstützung/Selbstwirksamkeit	78	14,8	15,7	+0,9	0,51 (80)	n.s.
Verleugnung/fehlendes Vertrauen-mod	81	20,7	19,3	-1,4	-0,55 (80)	n.s.
Peers/Familie-mod	82	15,7	18,5	+2,8	1,37 (81)	n.s.

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0) und Abschlussbefragung (PF-t1)

Anmerkung: M: Mittelwert; n.s.: nicht signifikant

4.3.7 Familiäre Belastung

Zur Erhebung der familiären Belastung durch die Erkrankung des Kindes wurde der validierte FaBel-Fragebogen eingesetzt (Ravens-Sieberer et al. 2001, vgl. Abschnitt 3.3.5.7). Tabelle 40 zeigt die Messwerte für die Gesamtskala (Belastung Total) sowie die fünf Subskalen im Rahmen der Eingangsuntersuchung.

Tabelle 40: Familiäre Belastung (FaBel) bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0)

	Belastung total	Tägl. soziale Belastung	Persönl. Belastung	Finanzielle Belastung	Belastung Geschwisterkinder (#)	Probleme Bewältigung
Gültige Antworten	282	284	277	277	207	276
Mittelwert	23,7	22,9	28,2	19,2	15,3	25,5
Median	18,5	13,3	26,7	8,3	11,1	22,2
Standard-abw.	18,7	20,7	26,3	26,1	19,0	28,0
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	82,7	88,9	100	100	94,4	100
Perzentile 25	9,9	8,9	0	0	0	0
Perzentile 75	32,1	33,3	46,7	25,0	27,8	33,3

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Anmerkung: N=279, fehlende Werte je nach Skala zwischen N=9 und N=12; (#) Basis sind N=211 Befragte, deren Kind mit Geschwistern zusammenlebt

Im Rahmen der Analysen wurde der Einfluss folgender Faktoren auf die Skalenwerte des FaBel-Fragebogens geprüft: Alter der Mutter, Migrationshintergrund (Muttersprache des Kindes ist nicht Deutsch) sowie Vorhandensein eines weiteren Kindes mit chronischer Erkrankung im Haushalt:

- Das Alter der Mutter zeigt dabei keine signifikanten Zusammenhänge mit den Skalenmittelwerten.
- Auf drei Skalen weisen die Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Familien, für deren Kinder Deutsch als Muttersprache angegeben wurde signifikant höhere Belastungswerte auf: *Belastung-Total* (29,7 vs. 22,6, einfaktorielle Varianzanalyse, $F=5,58$, d.f.=1/280, $p < .05$), *Tägliche soziale Belastung* (29,9 vs. 21,6, einfaktorielle Varianzanalyse, $F=6,02$, d.f.=1/282, $p < .05$), *Persönliche Belastung* (38,9 vs. 26,2, einfaktorielle Varianzanalyse, $F=8,88$, d.f.=1/275, $p < .01$).
- Familien, in denen neben dem Indexkind noch ein weiteres Kind mit einer chronischen Erkrankung lebt, weisen auf folgenden Skalen signifikant höhere Werte auf: *Belastung-Total* (28,5 vs. 22,1, einfaktorielle Varianzanalyse, $F=6,07$, d.f.=1/280, $p < .05$), *Tägliche soziale Belastung* (28,2 vs. 21,2, einfaktorielle Varianzanalyse, $F=5,96$, d.f.=1/282, $p < .05$), *Finanzielle Belastung* (27,0 vs. 16,7, einfaktorielle Varianzanalyse, $F=8,09$,

d.f.=1/275, $p < .01$), *Belastung Geschwisterkinder* (20,9 vs. 12,7, einfaktorielle Varianzanalyse, $F=8,75$, d.f.=1/205, $p < .01$).

In Tabelle 41 sind die Skalenmittelwerte des FaBel-Fragebogens bzw. der Subskalen differenziert nach den fünf am stärksten besetzten Indikationsgruppen ausgewiesen. Ferner wird der Effekt der Zugehörigkeit zur jeweiligen Indikationsgruppe unter Kontrolle der Kovariaten „Migrationshintergrund ja/nein“ sowie „weiteres Kind mit chronischer Erkrankung im Haushalt“ ausgewiesen. In den Analysen zeigt sich kein signifikanter Effekt der Zugehörigkeit des Kindes zu einer bestimmten Indikationsgruppe auf die Skalen des FaBel-Fragebogens.

Tabelle 41: Familiäre Belastung bei der Eingangsuntersuchung (PF-t0) nach Indikationsgruppen: Mittelwerte der FaBel-Skalen adjustiert nach den Kovariaten „Migrationshintergrund ja/nein“ und „weiteres Kind mit chronischer Erkrankung im Haushalt“

	Adipositas (N=39)	Allergische Rhinopathien (N=40)	Asthma (N=85)	Intelligenz- u. Entw.st. (N=31)	Verhaltens- u. emot. St. (N=53)	Übrige Indikations- gruppen (N=99)
Belastung total	24,6 (+1,9)	22,6 (-0,7)	20,9 (-3,6)	20,9 (-2,8)	24,6 (+0,9)	25,2 (+2,0)
Tägliche soziale Belastung	23,3 (+1,2)	21,5 (-1,1)	20,8 (-2,7)	18,0 (-5,3)	25,0 (+2,2)	24,0 (+1,4)
Persönliche Belastung	26,3 (-0,2)	28,8 (+1,6)	27,0 (-1,6)	28,6 (+0,9)	28,8 (-0,4)	29,1 (+1,2)
Finanzielle Belastung	20,6 (+2,7)	18,2 (-0,2)	14,1 (-6,6)	18,0 (-1,0)	18,1 (-1,9)	22,6 (+4,7)
Belastung Geschwisterkinder (#)	18,0 (+3,8)	15,9 (+2,0)	13,8 (-1,4)	10,6 (-5,5)	16,2 (+0,7)	15,2 (-1,2)
Probleme Bewältigung	33,3 (+7,4)	23,4 (-3,1)	20,7 (-6,4)	26,3 (+1,1)	22,0 (-3,2)	28,3 (+4,1)

Quelle: Eingangsbefragung (PF-t0)

Anmerkung: Die Angabe zur Patientenzahl (N) bezieht sich auf die Gesamtheit der Patienten in der betreffenden Indikationsgruppe (Mehrfachzuordnungen möglich), den einzelnen Mittelwerten können wegen Antwortausfällen kleinere Fallzahlen zugrunde liegen. Signifikante Effekte: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Basis sind N=211 Befragte, deren Kind mit Geschwistern zusammenlebt.

Tabelle 42 vergleicht die FaBel-Skalenmittelwerte zwischen Eingangs- und Abschlussuntersuchung. Grundlage sind die Eltern, die an beiden Befragungswellen (EF-t0 und EF-T1) teilgenommen haben (N=92 maximal). Die T-Tests für verbundene Stichproben zeigen keine signifikante Veränderung über die Zeit. Der Vergleich der Werte bei der Eingangsbefragung zwischen Längsschnittstichprobe und der Gesamtstichprobe der Eingangsbefragung zeigt in Bezug auf die Subskalen *Belastung Geschwisterkinder* und *Probleme Bewältigung* deutlich niedrigere Ausgangswerte in der Längsschnittstichprobe.

Auch bei den übrigen Skalen zeigt sich eine leichte Selektivität in Richtung einer geringeren Ausgangsbelastung bei den Befragten der Längsschnittstichprobe. Wie bereits bei den Auswertungen der Patientenbefragung beobachtet, trifft somit auch auf die befragten Eltern eine überproportionale Beteiligung von geringer belasteten Familien an der längsschnittlichen Untersuchung zu.

Tabelle 42: Veränderung der Familiären Belastung zwischen Eingangsuntersuchung (EF-t0) und Abschlussuntersuchung (EF-t1): Überprüfung von Mittelwertunterschieden der FaBel-Skalen (t-Test für verbundene Stichproben)

	N	M-t0	M-t1	Diff.	T (df)	Signifikanz (2-seitig)
Belastung total	88	22,9	22,0	-0,9	-0,95 (87)	n.s.
Tägliche soziale Belastung	90	22,6	21,8	-0,8	-0,72 (89)	n.s.
Persönliche Belastung	82	28,8	26,6	-2,2	-1,16 (81)	n.s.
Finanzielle Belastung	82	18,6	16,2	-2,4	-1,10 (81)	n.s.
Belastung Geschwisterkinder (#)	56	12,6	11,6	-0,8	-0,46 (55)	n.s.
Probleme Bewältigung	83	20,3	21,7	+1,3	0,49 (82)	n.s.

Quelle: Eingangsbefragung (EF-t0) und Abschlussbefragung (EF-t1)

Anmerkung: M: Mittelwert; n.s.: nicht signifikant; (#) nur Familien, in denen Geschwisterkinder leben

4.4 Endpunkte der Prozessevaluation

4.4.1 Versorgungsbedarfe und Unterstützungsleistungen durch das Fallmanagement

Im Rahmen der 724 erfolgten Eingangsassessments (L-02) wurde durch das Fallmanagement der Versorgungs- Unterstützungsbedarf ermittelt und in der Fallakte dokumentiert (vgl. Abschnitt 3.3). In einigen Fällen ergab sich spezifischer Unterstützungsbedarf erst im Laufe der Begleitung und wurde dann anlassbezogen erbracht.

Unmittelbar im Rahmen von L-02 wurden für 313 Patienten themenspezifische Unterstützungsbedarfe zu einem bis vier Themenfelder dokumentiert. Für 408 Patienten wurde im Rahmen von L-02 zunächst eine kontinuierliche Begleitung durch das Fall Management vereinbart aber noch kein spezifisches Themenfeld dokumentiert. In drei Fällen ergab das Eingangsassessment keinen Unterstützungsbedarf (vgl. Tabelle 43 mittlere Spalte). In der dritten Spalte der Tabelle 43 ist die realisierte Unterstützung durch das Fallmanagement dargestellt. Über die gesamte Laufzeit wurden durch das Fallmanagement im Anschluss an L-02 für vier Patienten keine Leistungen erbracht, 310 Patienten und deren Familien wurden

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

kontinuierlich betreut ohne weitere spezifische Leistungen. In 410 Fällen wurden Leistungen zu ein bis vier spezifischen Themenfeldern erbracht.

Tabelle 43: Ermittelte Bedarfe und erbrachte Leistungen durch das Fallmanagement (Anzahl Patienten in der jeweiligen Kategorie)

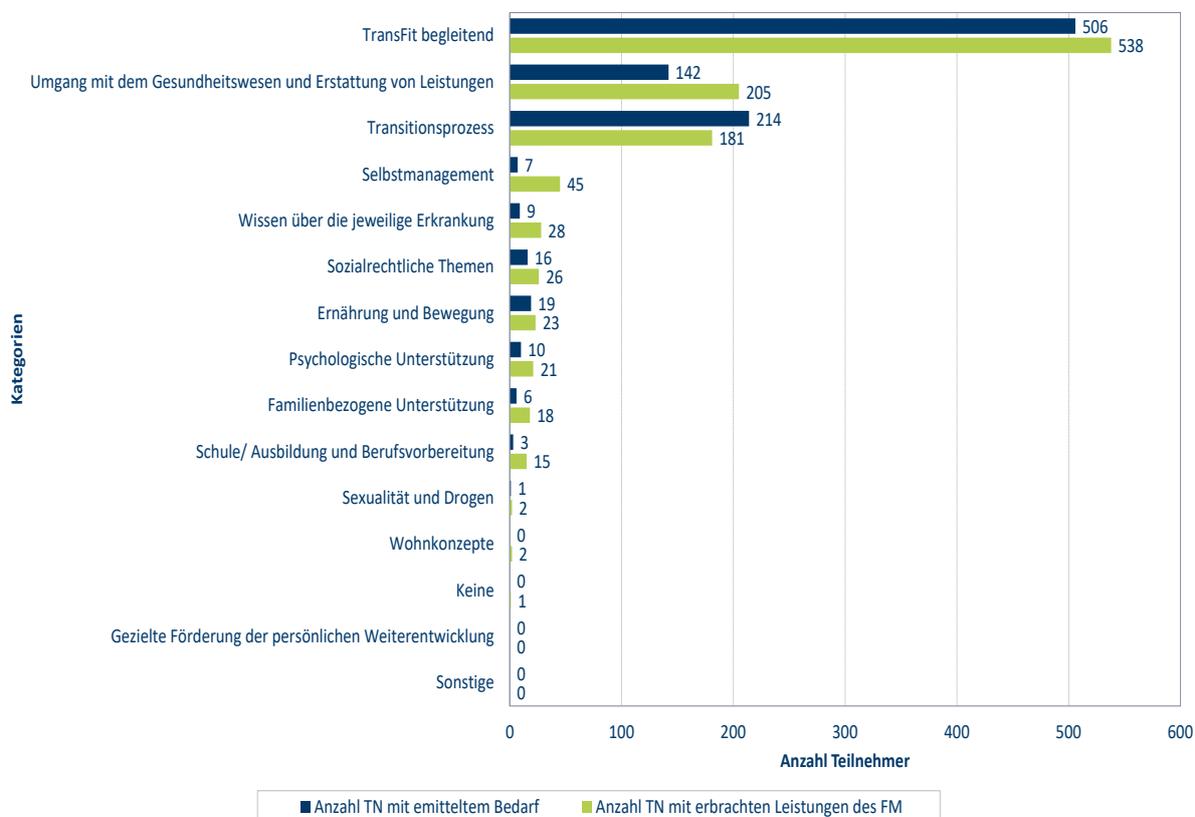
Kategorisierung	Dokumentierter Unterstützungsbedarf im Rahmen von L-02	Realisierte Unterstützung im Projektverlauf
Keine Unterstützung	3	4
Begleitung ohne spezifisches Themenfeld	408	310
1 bis 4 Themenfelder	313	410
Gesamt	724	724

Quelle: Fallmanagement-Datenbank; N = 724

Zu welchen Themenfeldern Unterstützungsbedarfe ermittelt und im Verlauf der Programmteilnahme erbracht wurden wird im Folgenden gezeigt. Abbildung 9 stellt dar, für wie viele Teilnehmende Bedarfe in den Themenschwerpunkten im Rahmen von L-02 dokumentiert wurden (ermittelter Bedarf) und für wie viele Teilnehmende Leistungen durch das Fallmanagement zu den Themenschwerpunkten erbracht wurden (themenschwerpunktspezifisch erbrachte Leistungen). Dabei umfassen die erbrachten Leistungen alle Leistungen über den gesamten Teilnahmezeitraum, also auch solche, bei denen sich der Bedarf erst im Verlauf der Begleitung der Teilnehmenden durch das Fallmanagement herausgestellt hat. (Deshalb kann die Zahl der Versicherten mit Leistungen höher sein als die Zahl der Versicherten bei denen im Eingangsassessment der betreffende Versorgungsbedarf festgestellt wurde). Neben der kontinuierlichen Begleitung durch das Fallmanagement war der „Umgang mit dem Gesundheitswesen“ das Themenfeld, für das die meisten Leistungen durch das Fallmanagement erbracht wurden. Ein weiteres Themenfeld, in dem die Patienten besonders stark unterstützt wurden, war die „Transitionsbegleitung“. Innerhalb des TransFIT Versorgungspfades war die Leistung des Fallmanagements in diesem Zusammenhang zum einen explizit in der Leistung L-04 abgebildet. Aber auch Patienten und Familien, die den strukturierten Transitionsprozess nicht im Rahmen ihrer Teilnahme an TransFIT durchgeführt haben, konnten dazu vom Fallmanagement beraten werden.

Für quasi alle spezifischen Themenfelder fällt auf, dass die Zahl der Fälle, in denen das Fallmanagement unterstützt hat, die Zahl der Fälle mit ermittelten Bedarfen im Eingangsassessment teilweise deutlich übersteigt. Der Unterstützungsbedarf ist offenbar in vielen Fällen erst im Rahmen der Begleitung durch das Fallmanagement transparent geworden bzw. wurde weiter konkretisiert. Die zusätzlich in das Programm aufgenommene Intervention der Elternbriefe ist u.a. mit dem Ziel eingeführt worden, die Information der Familien über diese Themen und Fragestellungen zu verbessern. Durch die Möglichkeit des Austausches der Familien mit dem Fallmanagement zu den darin behandelten Themenschwerpunkten, sollte auch die Aufdeckung von Unterstützungsbedarfen verbessert werden.

Abbildung 9: Besondere Leistungsbedarfe nach Themenschwerpunkten



Quelle: Fallmanagement-Datenbank; N = 724

In Tabelle 44 werden die durch das Fallmanagement erbrachten Leistungen weiter konkretisiert.

Im Themenschwerpunkt „Umgang mit dem Gesundheitswesen“ kam es zu 213 Beratungen, 32 intensiven Beratungen und 11 Mehrfachberatungen der Patienten und deren Familien. In einem Fall kam es in diesem Zusammenhang zu einem Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten. Ferner wurden eine Schulungsvermittlung und sechs Vermittlungen von nichtmedizinischer Beratung dokumentiert. Das Fallmanagement unterstützte in diesem Themenschwerpunkt Patienten insgesamt 220 Mal bei einer Facharztsuche.

Insgesamt, so zeigt Tabelle 44, wurden durch das Fallmanagement 711 Leistungen „generisches Fallmanagement“ und 519 „Beratungen“ erbracht. Weitere 116 Beratungen wurden als „intensive Beratungen“ kategorisiert und 39 als „Mehrfachberatung“. Es kam zu 223-fachem Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten. Sieben Schulungen wurden vermittelt und 28 weitere nichtmedizinische Beratungen. Mit einer Facharztsuche unterstützte das Fallmanagement 240 Mal.

Akronym: TransFIT
 Förderkennzeichen: 01NVF16016

Tabelle 44: Erbrachten Leistungen des Fallmanagements kategorisiert nach Themenschwerpunkten

Leistungen Themenschwerpunkt:	Teilnehm- ende Gesamt	Generisches Fallmana- gement	Beratung	Intensive Beratung	Mehrfach beratung	Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten	Vermittlung von Schulungen	Vermittlung von nicht med. Beratung	Facharzt- suche
TransFIT begleitend	538	529	59	0	2	57	0	0	3
Umgang mit dem Gesundheitswesen	205	1	213	32	11	1	1	6	220
Transitionsprozess	181	180	162	6	9	161	0	0	5
Selbstmanagement	45	0	21	23	1	0	1	3	0
Wissen über die jeweilige Erkrankung	28	1	15	12	1	2	0	1	0
Sozialrechtliche Themen	26	0	8	14	4	0	0	1	0
Ernährung und Bewegung	23	0	12	4	7	0	5	7	0
Psychol. Unterstützung	21	0	13	5	3	0	0	5	11
Familienbezogene Unterstützung	18	0	8	9	1	0	0	5	1
Schule/ Ausbildung und Berufsvorbereitung	15	0	7	8	0	1	0	0	0
Sexualität und Drogen	2	0	1	1	0	1	0	0	0
Wohnkonzepte	2	0	0	2	0	0	0	0	0
Gesamt		711	519	116	39	223	7	28	240

Quelle: Fallmanagement-Datenbank; N = 724

4.4.2 Entwicklung und Einhaltung eines Versorgungspfades

Der durch TransFIT zwischen den kinder- und jugendärztlichen Praxen bzw. Ambulanzen, dem Fallmanagement und den Patienten bzw. Familien etablierte generische Versorgungspfad ist in Abbildung 1 dargestellt. Als Teil der Prozessevaluation wurden die vier Fallmanagerinnen und Fallmanager im Rahmen eines Gruppeninterviews und anhand eines Interviewleitfadens dazu gefragt, wie die einzelnen Prozessschritte umgesetzt wurden bzw. welche Besonderheiten, Hindernisse etc. aufgetreten sind. Darüber hinaus wurden ergänzende Informationen erhoben, wie die patientenindividuelle Ausgestaltung von Prozessschritt 5 (Begleitung der Umsetzung des vereinbarten Versorgungspfades, Durchführung der Fallmanagement-Leistungen sowie bedarfsweise Abstimmung mit Kinder- und Jugendarzt und -ärztin oder Ambulanz) (KiJ-Praxen) erfolgt ist und in welchem Umfang dabei eine Abstimmung mit den Kinder- und Jugendärzten erfolgt ist. Weitere Themen waren die Hintergründe der beobachteten Programmabbrüche sowie die Ursachen für die nicht erfolgte Organisation von Schulungen (L-03). Abschließend wurde gefragt, inwieweit das Programm die Bedarfe von einzelnen Teilgruppen von Patienten trifft. Die Ergebnisse des Gruppeninterviews werden in der Gliederung der Leitfragen des Befragungsleitfadens berichtet.

1. Zuweisung in das Programm

- 1.1 Im Rahmen der Indikationsstellung stellt der behandelnde Kinder- und Jugendarzt eine Einschlussdiagnose und präzisiert den Auftrag an das Fallmanagement. Bitte beschreiben Sie uns kurz, inwieweit Ihnen diese Informationen zu Programmbeginn vorliegen.

Der Prozessschritt der Zuweisung an das Fallmanagement war vielfach problematisch: Auf den zur Informationsübermittlung zwischen KiJ-Praxen und Fallmanagement genutzten Formularen fehlten teilweise die Angaben zur Einschlussdiagnose, so dass die Fallmanager bisweilen beim Erstkontakt nicht wussten, warum ein Patient eingeschlossen wurde. Im Rahmen der Erstkontaktgespräche des Fallmanagements zeigte sich ferner teilweise, dass die Einschlussdiagnosen – zumindest aus Sicht der Familien – nicht mehr aktuell oder fehlerhaft waren. Insgesamt war der Umfang der von den KiJ-Praxen an das Fallmanagement übermittelten Informationen über die Patienten/Familien und ihren Unterstützungsbedarf (Auftragsinformationen) von Ausnahmen abgesehen unbefriedigend.

Bei einer nennenswerten Zahl von zugewiesenen Patienten/Familien zeigte sich im Erstkontakt, dass aktuell eigentlich kein Unterstützungsbedarf durch ein Fallmanagement bestand. Nach Schätzungen der Fallmanager wies ca. ein Drittel aller eingeschlossenen Familien zum Zeitpunkt des Eingangsassessments keinen dringenden Unterstützungsbedarf auf. Teilweise kam es in diesen Fällen zum Abbruch der Programmteilnahme (vgl. unten Leitfrage 5). Teilweise handelte es sich auch um Familien, die ohnehin sehr informiert und engagiert in Bezug auf das Management der Erkrankung des Kindes waren und die das Fallmanagement als möglicherweise nützliche zusätzliche Unterstützung ausprobieren wollten.

- 1.2 Beim ersten Kontakt mit den Familien, welche Erwartungen/Vorstellung von den Leistungen durch das TransFIT Fallmanagement haben die Familien?

Viele Teilnehmenden hatten beim Erstkontakt keine klaren Vorstellungen über das Programm und vielen Familien war auch nicht klar, warum sie in TransFIT eingeschrieben bzw. an das Fallmanagement weitergeleitet worden waren. Besonders Familien mit jüngeren Kindern hatten beim Erstkontakt oft nur wenig konkrete Vorstellungen über TransFIT bzw. die Unterstützungsmöglichkeiten durch das Programm. Der Bedarf einer Unterstützung der Transition war den Familien älterer Jugendlicher hingegen meist gut durch die Ärzte vermittelt worden, dort war wenig zusätzliche Aufklärung durch das Fallmanagement nötig. Bei anderen

Teilnehmenden war eine intensive Aufklärung über das Programm notwendig. Insgesamt waren die Patienten/Familien aus Sicht der Fallmanager jedoch beim Einschluss in das Programm von den KIJ-Praxen und Ambulanzen deutlich zu wenig über Ziele und Vorgehensweise von TransFIT informiert worden.

2. Abstimmungsprozess zur weiteren Vorgehensweise

2.1 Sie führen mit den Eltern bzw. den Jugendlichen ein Eingangsassessment durch. Im Anschluss daran wird das weitere Vorgehen verabredet. Wer ist in diesem Prozess der Impulsgeber?

In den meisten Fällen, insbesondere bei den jüngeren Teilnehmenden, hat das Fallmanagement den Familien erläutert, was zu TransFIT gehört und Vorschläge für die weitere Zusammenarbeit gemacht. Dass die Patienten oder Eltern selbst Vorschläge oder Wünsche für die weitere Gestaltung des Prozesses geäußert haben, war die Ausnahme. Nachdem das Fallmanagement seine Vorschläge präsentiert und damit gewissermaßen das Thema eingeführt hatte, kamen dann vielfach auch eigene Vorschläge von Seiten der Familien.

Etwas anders war es bei den Patienten, wo es eindeutig um das Thema der Transition in die Erwachsenenmedizin ging. Hier hatten die Patienten und Familien in stärkerem Maße auch eigene Vorstellungen, so dass man gemeinsam das weitere Vorgehen geplant hat.

Bei der nennenswerten Zahl von Teilnehmenden, bei denen kein aktueller Unterstützungsbedarf durch das Fallmanagement festgestellt wurde, wurde trotzdem vereinbart, dass sich das Fallmanagement in größeren Zeitabständen meldet, um zu fragen, ob inzwischen ein Bedarf besteht. Vielfach ist es auch bei diesen kurzen Nachfragen geblieben.

2.2 Auf Basis welcher Kriterien wird ein TransFIT Versorgungspfad festgelegt?

Bei den älteren Teilnehmenden, wo es um die Transition ging waren die Kriterien offensichtlich. Bei den übrigen Teilnehmenden wurde der Versorgungspfad im Gespräch – teilweise auch erst beim zweiten oder dritten Kontakt – entwickelt. Bei jüngeren Teilnehmenden war das Thema der Schulungen bzw. des Wissens der Kinder bzgl. des Umgangs mit der eigenen Erkrankung oftmals ein gutes Einstiegsthema.

3. Begleitung der Familien

3.1 Werden individuell nächste Kontakte mit den Familien bzw. Jugendlichen festgelegt oder gibt es einen festen Rhythmus?

Beides kam vor. Bei manchen Familien entwickelten sich sehr umfangreiche Unterstützungsprozesse mit zahlreichen Kontakten, die je nach Bedarf individuell vereinbart wurden. Diese Klienten haben sich auch außerhalb der vereinbarten Termine beim Fallmanagement gemeldet, wenn sie ein Anliegen hatten.

Bei Familien, wo eigentlich kein aktueller Unterstützungsbedarf bestand wurde dagegen durch das Fallmanagement in größeren Zeitabständen nachgefragt, ob ggf. ein Gesprächs- oder Unterstützungsbedarf besteht. Es wurde angestrebt, wenigstens einmal im Quartal einen Kontakt aufzunehmen. Dies ließ sich wegen der großen Zahl von Patienten, die das Fallmanagement betreuen musste, jedoch nicht immer realisieren.

3.2 Wie gestalteten sich die Kontakte?

Die Kontakte wurden ganz überwiegend per Telefon geführt. Die spezielle App des Projekts wurde praktisch nicht genutzt. Auch die Videotelefonie spielte keine große Rolle, weil die Anwendung eine verbindliche Terminvereinbarung erfordert, die oft nicht zustande kam.

Unsere Erwartung, dass vor allem die Jugendlichen über die App erreichbar wären, erwies sich als falsch: Jugendliche verfügen meist über Prepaid-Handys und die Nutzung der TransFIT-App „frisst“ den Jugendlichen etwas von ihrem begrenzten Datenvolumen, deshalb wird sie nicht akzeptiert.

3.3 Tauchen im Rahmen der Begleitung weitere Versorgungsbedarfe auf?

Da viele Familien zunächst keine klaren Vorstellungen oder Erwartungen bzgl. TransFIT und Fallmanagement hatten, haben sich Versorgungsbedarfe oft erst im Laufe der Begleitung ergeben. Vielfach musste erst Skepsis gegenüber dem Projekt bzw. dem Fallmanagement überwunden und ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Dann wurden oftmals Bedarfe deutlich, zu denen das Fallmanagement einen Beitrag leisten konnte.

4. Austausch/ Kontakt zu den Kinder- und Jugendärzten

4.1 Teil der Leistung L-01 ist auch der Austausch der Kinder- und Jugendärzte (KJ) mit dem Fallmanagement. In welchem Umfang hat dieser Austausch stattgefunden?

Das Fallmanagement hat stets nach dem Eingangsassessment die KJ darüber informiert, was mit der Familie vereinbart wurde. Ferner wurde am Ende des Projekts allen KJ schriftlich mitgeteilt, was zwischenzeitlich passiert ist, umgesetzt wurde usw. Darüber hinaus war die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und KJ sehr unterschiedlich ausgeprägt. Einzelne KJ haben sich direkt mit Rückfragen, Informationen oder Wünschen in Bezug auf ihre Patienten an das Fallmanagement gewandt, so dass eine konstruktive Zusammenarbeit stattfand. Das war vor allem bei Patienten der Fall, wo die Ärzte die aktuelle Situation in der Familie als kritisch einschätzten (z.B. Jugendliche erhalten nicht genug Unterstützung durch ihre Familie; Familie ist überfordert durch die Situation). Ferner haben sich auch Ärzte explizit mit Bezug auf die Transition an das Fallmanagement gewandt, z.B. bei Patienten, bei denen sie Probleme mit der Sicherung einer kontinuierlichen Behandlung erwarteten. Insgesamt waren Kontaktaufnahmen von Seiten der KJ mit dem Fallmanagement jedoch eher Ausnahmen.

5. Abbrüche der Teilnahme an TransFIT

5.1 Eine nennenswert große Anzahl an Teilnahme-Abbrüchen gab es direkt im Anschluss an L-01. Was waren Ihrer Einschätzung nach die Gründe dafür?

Bei den Abbrüchen unmittelbar nach dem Einschluss (L-01) bei der Kontaktaufnahme durch das Fallmanagement – also Fälle, in denen das Eingangsassessment verweigert wurde – handelte es sich grundsätzlich um Familien, die nicht nachvollziehen konnten, warum sie überhaupt als Teilnehmende registriert waren bzw. bei denen die Einschlussdiagnose nach ihrer Ansicht nicht vorlag oder nicht mehr aktuell war. Bei einem Teil dieser Abbrechenden war auch eine Diagnose als Einschlussdiagnose dokumentiert, die nicht im Katalog der Einschlussdiagnosen enthalten war.

5.2 Auch direkt im Anschluss an L-02 (Eingangsassessment) gab es eine Reihe von Teilnahme Abbrüchen. Was waren Ihrer Einschätzung nach die Gründe dafür?

In diesem Fall handelte es sich vielfach um Familien, die bereit waren, an dem Eingangsassessment teilzunehmen, die aber keinen Unterstützungsbedarf hatten.

6. Schulungen

6.1 Im Rahmen von TransFIT ist die Vermittlung und Organisation von Transitionsschulungen als eine Teilleistung vorgesehen (L-03). Was waren Ihrer Einschätzung nach Gründe, warum diese Teilleistung nicht erbracht wurde?

Die Schulungen sind aus organisatorischen Gründen nicht zustande gekommen: Als Mindestzahl wären drei bis vier Patienten erforderlich gewesen. Die Teilnehmenden wohnten jedoch so weit voneinander entfernt, dass eine Schulung an einem Ort mit erheblichen Reisezeiten verbunden gewesen wäre bzw. Übernachtungen erfordert hätte. Dies war im Rahmen des Projekts nicht vorgesehen und wäre sicherlich auch nicht ohne weiteres akzeptiert worden.

6.2 Gab es Aktivitäten des Fallmanagements, die den Schulungs- oder Informationsbedarf individuell gedeckt haben?

Zum einen wurden im Rahmen der individuellen Begleitung der Teilnehmenden vielfach Informationen – z.B. zu sozialrechtlichen Fragen – übermittelt, die sonst Gegenstand von Schulungen sind. Zum anderen wurde mit den „Transitionsbriefen“ ein zusätzliches Informationsangebot eingeführt, das viele Schulungsinhalte aufgreift.

6.3 Welchen zusätzlichen Nutzen für die Jugendlichen hätten Ihrer Einschätzung nach die Schulungen innerhalb von TransFIT gehabt?

Bei zahlreichen Teilnehmenden wären zusätzliche Schulungen sicher sinnvoll gewesen. Da sich die organisatorischen Hürden jedoch nicht überwinden lassen, sollte ein entsprechendes Online-Schulungsangebot entwickelt werden. Auch dieses Angebot sollte unmittelbar von den behandelnden KIJ empfohlen und die tatsächliche Nutzung auch nachgehalten werden.

7. Abschlussfragen

7.1 Gibt es Ihrer Einschätzung nach Personengruppen, die von TransFIT besonders profitiert haben?

Stark von TransFIT profitiert haben aus Sicht der Fallmanager Teilnehmende mit den Diagnosen ADHS, Adipositas, Behinderungen bzw. Entwicklungsverzögerungen sowie Asthma. Generell wurde betont, dass Teilnehmende mit schwerwiegenderen chronischen Erkrankungen das Programm am stärksten genutzt haben und bei Ablauf der Interventionsphase auch vielfach ihr Bedauern bekundet haben, dass sie das Fallmanagement nun nicht mehr kontaktieren können, wenn ein weiterer Beratungs- oder Unterstützungsbedarf auftritt. Ferner wurden Familien mit Migrationshintergrund genannt, denen das Fallmanagement vielfach Orientierung im deutschen Gesundheitswesen vermittelt hat.

Bei Teilnehmenden mit ADHS wurden oft ausführliche Beratungsgespräche mit den Müttern der Patienten geführt. Ferner stellt die Transition bei diesen Patienten eine besondere Herausforderung dar, weil die Verordnung der erforderlichen Medikamente in der Erwachsenenmedizin u.U. die Mitbehandlung durch einen Psychiater oder Nervenarzt erfordert.

Eine weitere Gruppe, mit der sich das Fallmanagement sehr intensiv befasst hat, waren Patienten mit Adipositas. Hier bestand teilweise großer Gesprächs- und Beratungsbedarf, weil die Patienten und Familien mit der auf die Bereiche Ernährung und Sport fokussierten Behandlung nicht zurechtkamen bzw. ein Bedarf an integrierten Programmen deutlich wurde, die auch psychologische Aspekte sowie die gesamte Familiensituation (übergewichtige Eltern) berücksichtigen. Das Fallmanagement hat entsprechende Programme in der Nähe des Wohnortes der Familien recherchiert und dorthin vermittelt. Dabei wurde jedoch auch deutlich, dass entsprechende Angebote nicht flächendeckend existieren.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Begleitung der Transition bei Teilnehmenden mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes Typ 1, juveniles Rheuma, Asthma) oder Behinderungen. Insbesondere Familien, die in ländlichen Regionen wohnen wurden bei der Suche nach Ärzten in der Erwachsenenmedizin, aber auch ergänzenden Versorgungsangeboten (z.B. SPZ bzw. MZEB) unterstützt.

7.2 Zusammenfassende Einschätzungen zum Projektverlauf aus Sicht der Fallmanager und Fallmanagerinnen

Zusammenfassend werteten die Fallmanager und Fallmanagerinnen den hohen Anteil von 30 bis 40 % eingeschlossenen Patienten, bei denen die Einschlussdiagnosen – zumindest aus Sicht der kontaktierten Familien – nicht mehr aktuell waren bzw. die eigentlich keinen dringenden Unterstützungsbedarf hatten als ein zentrales Problem des Projekts. Auch diese

Teilnehmenden mussten alle für das Eingangsassessment (L-02) kontaktiert werden und wurden i.d.R. auch im weiteren Verlauf erneut kontaktiert, um nach zwischenzeitlich aufgetretenen Bedarfen zu fragen. Dies führte angesichts der Ballung der Programmeinschlüsse ganz am Ende der Einschlussphase dazu, dass für die Teilnehmenden mit „echtem“ Unterstützungsbedarf zu wenig Zeit zur Verfügung stand, die stattdessen für die Eingangsassessments bei eigentlich nicht in das Programm gehörenden Teilnehmenden verbraucht wurde.

TransFIT hätte aus Sicht der Fallmanager und Fallmanagerinnen deutlich mehr bewirken können, wenn nur geeignete Patienten bzw. Familien, d.h. solche mit nennenswertem Unterstützungs- und Beratungsbedarf aufgrund einer chronischen Erkrankung, eingeschlossen worden wären und die einschließenden KiJ-Praxen die Familien über die Ziele des Projekts bzw. die Unterstützungsmöglichkeiten durch das Fallmanagement vor dem Erstkontakt umfangreicher informiert hätten.

4.4.3 Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das Fallmanagement und den Telekommunikationsmöglichkeiten

Akzeptanz und Zufriedenheit

In der Schlussbefragung haben 131 Eltern und 102 Kinder und Jugendliche Angaben zu ihren Erfahrungen mit dem Fallmanagement gemacht und ihre Teilnahme an TransFIT bewertet. Die Ergebnisse der Bewertung sind in Abbildung 10 getrennt für die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen und deren Eltern und Familien dargestellt.

Der größte Teil der Eltern gibt an, dass es ihnen leichtgefallen ist, ein Vertrauensverhältnis zu ihrer Fallmanagerin bzw. ihrem Fallmanager aufzubauen. 42 Prozent der Eltern stimmt dem zu und 34 Prozent stimmen sogar voll und ganz zu. Auch mehr als die Hälfte der befragten Kinder und Jugendlichen stimmt zu oder voll und ganz zu, dass ihnen der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Fallmanagement leichtgefallen ist. Den Eltern scheint es aber zu einem größeren Teil leichtgefallen zu sein, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Die Kinder und Jugendlichen sind zu einem größeren Anteil als die Eltern unentschieden, oder stimmen sogar zu gut 15 Prozent nicht oder gar nicht zu.

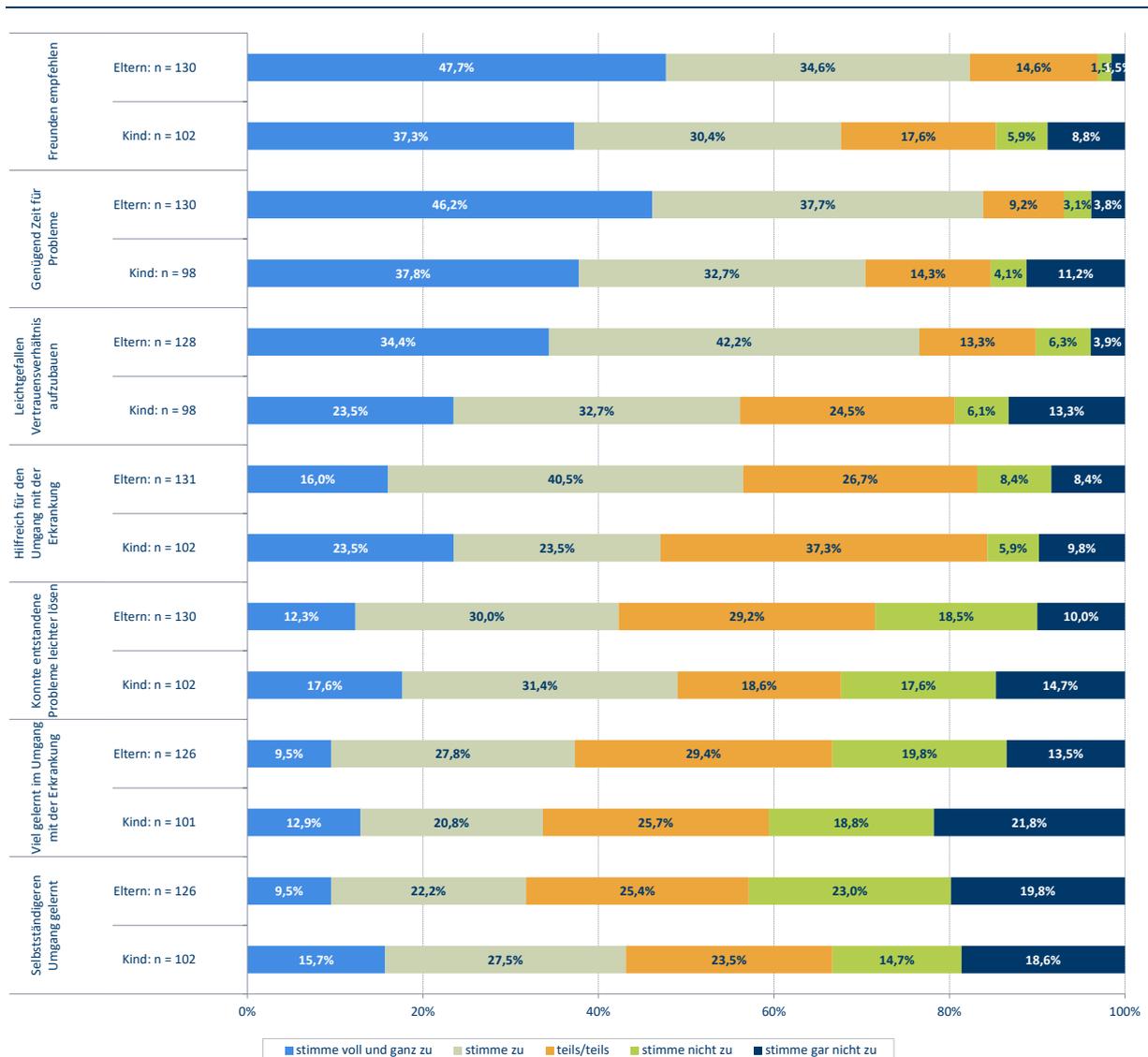
Eine breite Zustimmung findet sich sowohl bei Eltern wie auch bei den Kindern und Jugendlichen dazu, dass sich das Fallmanagement genügend Zeit genommen hat, über Probleme zu sprechen. Auch hier findet sich bei Eltern eine noch größere Zustimmung als bei Kindern und Jugendlichen (Eltern 84 Prozent stimme zu/stimme voll und ganz zu; Kinder 71 Prozent).

Vier weitere Aussagen, für die die Befragten gebeten wurden anzugeben wie stark sie jeweils zustimmen, bezogen sich auf den eigenen Umgang mit der Erkrankung bzw. der Erkrankung des Kindes sowie dadurch auftretende Probleme und inwieweit sich hierbei die Unterstützung des Fallmanagements förderlich ausgewirkt hat.

Besonders positiv bewerteten die befragten Familien die Unterstützung des Fallmanagements in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung des Kindes. Gut 46 Prozent der Eltern stimmen zu, dass die Unterstützung durch das Fallmanagement dabei sehr hilfreich war, seitens der Kinder und Jugendlichen stimmen 47 Prozent diesem Punkt zu. Zwei Aussagen stimmen die befragten Kinder und Jugendlichen stärker zu als die Eltern. Der Aussage, „Durch die Unterstützung des Fallmanagements konnte ich durch die Erkrankung entstandene Probleme leichter lösen“ stimmen sie zu 49 Prozent zu und der Aussage „Ich habe durch das Fallmanagement einen selbstständigeren Umgang mit meiner Erkrankung gelernt.“ stimmen sie zu 43 Prozent zu. Die Zustimmung der Eltern zu diesen beiden Aussagen fällt nur geringfügig niedriger aus.

Die abschließend abgefragte Bereitschaft eine TransFIT Teilnahme Freunden oder befreundeten Familien weiterzuempfehlen fällt zu großen Anteilen sehr positiv aus. Nur rund drei Prozent der Eltern würden TransFIT nicht weiterempfehlen, bei den Kindern und Jugendlichen sind es mit knapp 15 Prozent etwas mehr.

Abbildung 10: Bewertung des Fallmanagements



Quelle: Abschlussbefragung
 Anmerkung: Wortlaut der Befragung in der Abbildung gekürzt

Freunden empfehlen: Ich würde die Teilnahme an TransFIT Freunden/ befreundeten Familien empfehlen.

Genügend Zeit für Probleme: Meine Fallmanagerin/ mein Fallmanager hat sich genügend Zeit genommen, um mit mir/ mit uns Probleme zu besprechen. Leichtgefallen Vertrauensverhältnis aufzubauen: Es ist mir sehr leicht gefallen, ein Vertrauensverhältnis zu meiner/ unserer Fallmanagerin/ unserem Fallmanager aufzubauen

Hilfreich für den Umgang mit der Erkrankung: Die Unterstützung des Fallmanagements war für meinen Umgang mit meiner Erkrankung / der Erkrankung meines Kindes sehr hilfreich.

Konnte entstandene Probleme leichter lösen: Durch die Unterstützung des Fallmanagements konnte ich durch die Erkrankung/ Erkrankung meines Kindes entstandene Probleme leichter lösen

Viel gelernt im Umgang mit der Erkrankung: Durch die Unterstützung des Fallmanagements habe ich viel gelernt im Umgang mit meiner Erkrankung/ der Erkrankung meines Kindes.

Selbstständigeren Umgang gelernt: Ich/ Mein Kind hat durch das Fallmanagement einen selbstständigeren Umgang mit der eigenen Erkrankung gelernt.

Telekommunikationsmittel

Für die Kommunikation mit dem Fallmanagement waren unterschiedliche Telekommunikationsmöglichkeiten vorgesehen. Der Austausch konnte über Telefon, eine Smartphone APP oder ein Videosprechstundensystem erfolgen.

In Bezug auf die Präferenzen der Telekommunikationsmöglichkeiten zeigt sich, dass es den meisten Befragten am liebsten war, mit dem Fallmanagement „einfach zu telefonieren“. 86 Prozent der Eltern bevorzugten den Kontakt per Telefon und rund 64 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Einschätzungen des Fallmanagements, die im Rahmen des Interviews erhoben wurden (vgl. Abschnitt 4.4.2).

Allerdings bewerten 32 Prozent der Eltern und 23 Prozent der Kinder und Jugendlichen auch die Möglichkeiten der Kommunikation über eine Messenger App als Erleichterung für den Austausch. Als größten Teils wenig oder gar nicht hilfreich bewerten die Familien den Austausch über Videotelefonie.

Tabelle 45: Bewertung der eingesetzten Telekommunikationsmittel

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme voll und ganz zu
Mir war es am liebsten, mit dem Fallmanagement einfach zu telefonieren.	Eltern: n = 122	3,3%	0,8%	9,8%	39,3%	46,7%
	Kind: n = 94	19,1%	3,2%	13,8%	30,9%	33,0%
Die Möglichkeit mit dem Fallmanagement über eine APP zu kommunizieren hat den Austausch sehr erleichtert.	Eltern: n = 92	31,5%	21,7%	15,2%	19,6%	12,0%
	Kind: n = 78	35,9%	16,7%	24,4%	12,8%	10,3%
Die Möglichkeit mit dem Fallmanagement über Videotelefonie kommunizieren zu können war sehr hilfreich.	Eltern: n = 87	34,5%	28,7%	17,2%	13,8%	5,7%
	Kind: n = 74	40,5%	16,2%	24,3%	10,8%	8,1%

Quelle: Abschlussbefragung

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

5.1 Zusammenfassung der Effektevaluation

Krankenhausinanspruchnahme

Der im Evaluationskonzept vorgesehene primäre Endpunkt einer verringerten Krankenhausinanspruchnahme innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten ab dem Einschluss in das Programm für die Interventionsgruppe konnte statistisch nicht belegt werden. Für die in Bezug auf eine vollstationäre Krankenhausinanspruchnahme im Kontrollzeitraum vollständig balancierten Kontrollversicherten geht der Anteil der Personen mit einem vollstationären Krankenhausaufenthalt innerhalb des Interventionszeitraums leicht zurück (von 15,8 Prozent auf 13,8 Prozent) in der Interventionsgruppe steigt der Anteil (von 15,8 Prozent auf 19,4 Prozent). Die Regressionsanalyse, die auf den Einfluss der Einschlussdiagnosekonstellationen kontrolliert, zeigt, dass die Teilnahme an TransFIT sowohl mit einer erhöhten Krankenhauswahrscheinlichkeit insgesamt als auch mit einer höheren indikationsassoziierten Krankenhauswahrscheinlichkeit einhergeht. Keiner der Effekte ist jedoch statistisch signifikant.

GKV-Leistungsausgaben

Eine günstigere Entwicklung der Interventionsgruppe im Bereich der GKV-Leistungsausgaben insbesondere durch eine Verringerung der stationären Behandlungskosten konnte nicht statistisch nachgewiesen werden. Im Bereich der Arzneimittelversorgung fallen in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum signifikant höhere Leistungsausgaben an (+ € 594,64; p-Wert: 0,004). In den übrigen Leistungsbereichen konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden.

Vermeidung von Versorgungsabbrüchen

Die Routinedatenanalysen zur Behandlungskontinuität, gemessen in ambulanten Arztkontakten, und der spezifischen Zahl von Arzneimittelverordnungen, gemessen in Tagesdosen (DDD), zeigen sowohl für den Kontrollzeitraum vor Programmteilnahme als auch für den Interventionszeitraum eine hohe Inanspruchnahmefrequenz. Der Anteil der Versichertenquartale mit einem ambulanten Behandlungsfall steigt in der Interventionsgruppe von 91,0 Prozent im Kontrollzeitraum auf 93,3 Prozent im Interventionszeitraum. In der Kontrollgruppe liegen die Anteile leicht darunter und gehen etwas zurück (von 87,1 Prozent auf 84,4 Prozent). Die indikationsspezifischen Analysen der Arzneimittelverordnungen deuten weder für den Kontrollzeitraum noch für den Interventionszeitraum auf Versorgungslücken hin.

Insgesamt weisen die Routinedatenanalysen darauf hin, dass die in das Programm eingeschriebenen Patienten schon vor Programmeintritt eine Gruppe mit hoher Inanspruchnahme medizinischer Versorgung darstellen. Die Möglichkeiten für ein weiteres Steigerungspotential in der ambulanten Versorgung sind daher für viele Programmteilnehmende schon bei Teilnahmebeginn begrenzt.

Die zunächst noch bestehenden Hürden in der Rekrutierungsphase und die damit verbundenen späten Programmeinschreibungen bedingen, dass die Routinedatenanalysen für die meisten Programmteilnehmenden bzw. die Kontrollgruppe nur vor und während der TransFIT-Teilnahme durchgeführt werden können. Längere Nachbetrachtungszeiträume, gegebenenfalls nach dem Förderzeitraum, konnten nicht analysiert werden. Wie sich also die hohe Versorgungskontinuität der Programmteilnehmenden mittel- und langfristig im Vergleich zur Kontrollgruppe entwickelt, konnte im Rahmen der vorliegenden Evaluation nicht untersucht werden.

Lebensqualität

Die Lebensqualität der TransFIT Teilnehmenden wurde mit dem KINDL^R-Fragebogen zu Beginn und zum Ende der Teilnahme ermittelt. Gemessen wurden die Subskalen *Körperliches* bzw. *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Familie*, *Freunde*, *Schule*, *Erkrankung*.

Im Vorher – Nachher Vergleich zeigt sich für die Längsschnittstichprobe im T-Test für verbundene Stichproben zum zweiten Messzeitpunkt ein signifikanter Rückgang des Messwerts auf der Subskala *Psychisches Wohlbefinden* (um 4,1 Punkte, $p < .01$), die übrigen Veränderungen sind nicht signifikant. Die Veränderung auf der Subskala *Familie*, wird knapp nicht signifikant (-2,5 Punkte, $p = 0,06$). Dabei sei angemerkt, dass die Patienten der Längsschnittstichprobe bei der Eingangsuntersuchung mit Ausnahme einer Subskala (*Selbstwert*) durchgängig höhere Werte für die Lebensqualität aufweisen als die Gesamtstichprobe des ersten Messzeitpunkts.

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass ein Großteil der Eingangsbefragungen im vierten Quartal 2019 und im ersten Quartal 2020 stattgefunden haben, die Abschlussbefragung erfolgte zwölf Monate später bzw. zum Abschluss der Programmteilnahme im vierten Quartal 2020. Parallel zum TransFIT Interventionszeitraum entwickelte sich die Covid-19-Pandemie, die damit verbundenen Einschränkungen betrafen Kinder- und Jugendliche und deren Familien in besonderem Maße. Die bundesweit durchgeführte Copsy-Studie (Corona und Psyche) befasst sich mit dem Einfluss der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer *et al.* 2020). Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit eingeschränkter gesundheitsbezogener Lebensqualität sich während der Pandemie deutlich erhöht hat (von 15 Prozent vor der Covid-19-Pandemie auf 40 Prozent während² der Covid-19-Pandemie). Die Studienautoren zeigen weiter, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychosomatischen Beschwerden während der Pandemie zugenommen hat.

Vor diesem Hintergrund wäre für die TransFIT Teilnehmenden ein deutlicher Rückgang der Lebensqualität zwischen den beiden Befragungszeitpunkten zu erwarten gewesen. Insgesamt hat sich aber kein signifikanter Rückgang im Gesamtwert ergeben, was eher in Richtung eines positiven Programmeffekts deutet.

Verbesserung Selbstmanagementkompetenz

Die Selbstmanagementkompetenz der Patienten wurde mit einer ins Deutsche übersetzten und zwecks Verbesserung der psychometrischen Gütekriterien modifizierten Version des *Illness Management Survey*“ (Logan *et al.* 2003) untersucht. Das Instrument misst die Selbstmanagementkompetenz über das Konzept der Adhärenzbarrieren, d.h. die Fähigkeit zum Selbstmanagement ist umso ausgeprägter, je weniger Hindernisse die Patienten in Bezug auf die Befolgung von professionellen Ratschlägen und Empfehlungen zur eigenen Erkrankung wahrnehmen.

Auch hier zeigen sich für die Beteiligten der Längsschnittstichprobe bereits Unterschiede in der Eingangserhebung im Vergleich zur gesamten Stichprobe der Eingangsuntersuchung. An der längsschnittlichen Erhebung haben sich überproportional viele Patienten mit initial bereits höherer Selbstmanagementkompetenz beteiligt.

Die Analyse zeigt auch, dass in der Gruppe der unter 18-Jährigen mit zunehmendem Alter die Adhärenzbarrieren zunächst steigen, die Selbstmanagementkompetenz demnach zurückgeht. In der Gruppe der 18-Jährigen steigt die Selbstmanagementkompetenz wieder leicht an. Der Vergleich der alters- und geschlechtsadjustierten Werte für die Selbstmanagementkompetenz zeigt keinen signifikanten Einfluss der Indikationsgruppenzugehörigkeit.

² Befragungszeitraum war vom 26.05.2020 bis zum 10.06.2020.

Im Ergebnis zeigt sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Selbstmanagementkompetenz zwischen Eingangsuntersuchung und Abschlussuntersuchung.

Reduktion der Familiären Belastung

Die familiäre Belastung wurde über den Familiären-Belastungsfragebogen (FaBel) im Rahmen der Elternbefragung erhoben (Ravens-Sieberer et al. 2001). Das Instrument umfasst die Dimensionen *Tägliche soziale Belastung der Eltern*, *Persönliche Belastung*, *Belastung der Geschwisterkinder*, *Finanzielle Belastung* und *Probleme bei der Bewältigung der Belastung*. Es zeigt sich eine signifikant höhere Belastung in der Gesamtbewertung für Familien mit Migrationshintergrund. Eine signifikant höhere Belastung in der *täglichen sozialen Belastung*, in der *familiären Belastung* und in der *Belastung der Geschwisterkinder* sowie eine höhere Belastung in der Gesamtbewertung zeigt sich für Familien mit einem weiteren chronisch kranken Kind.

Insgesamt zeigt der Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Eingangs- und Abschlussbefragung keine signifikanten Unterschiede. Wiederum zeigt der Vergleich der Längsschnittstichprobe mit der Gesamtstichprobe der Eingangsbefragung, dass sich zu beiden Befragungszeitpunkten tendenziell Familien mit einer insgesamt und in der Subskala *Belastung Geschwisterkinder* deutlich geringeren Ausgangsbelastung beteiligt haben.

Auch dieser Befund einer unveränderten familiären Belastung in der Gesamtbewertung parallel zur Covid-19-Pandemie kann als positiver Effekt der TransFIT Begleitung interpretiert werden. Durch die Corona-Pandemie standen Familien vor besonderen Herausforderungen (BMFSJ 2020), die der adressierten Reduktion der familiären Belastungen entgegengewirkt haben werden.

5.2 Zusammenfassung der Prozessevaluation

Versorgungsbedarfe und Unterstützungsleistungen

Im Rahmen der Konzeption von TransFIT wurde im Rahmen einer Fokusgruppenbefragung, an der sechs Pädiater teilgenommen haben, nach möglichen Versorgungsbedarfen von Kindern und Jugendlichen gefragt, die im Rahmen der Leistung L-07 aufgegriffen werden könnten. Im Rahmen der Prozessevaluation war es möglich abzugleichen, welche der Themenfelder bei den TransFIT-Teilnehmenden im Vordergrund standen.,

Im Rahmen der TransFIT-Begleitung unterstützte das Fallmanagement die Patienten und Familien vornehmlich durch telefonische Beratungen, unterstützte bei der Facharztsuche und organisierte einen Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten. In einigen Fällen wurden Schulungen vermittelt bzw. eine nicht-medizinische Beratung vermittelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die im Rahmen des Fallmanagements tatsächlich bearbeiteten Themenfelder sich mit der Themensammlung aus der Fokusgruppe decken. Im Vordergrund standen gesundheitsbezogene Themen rund um die jeweilige Erkrankung wie der Umgang mit dem Gesundheitswesen und die Erstattung von Leistungen sowie die Themen Transition, Selbstmanagement und das Wissen über die jeweilige Erkrankung.

Weitere Themenfelder aus dem Bereich Gesundheit und Prävention wie Ernährung und Bewegung, Psychologische Unterstützung, Sexualität und Drogen wurden ebenfalls adressiert.

Etwas untergeordnet in den Beratungskontexten waren die Themenfelder mit einem weniger starken Bezug zur gesundheitlichen Versorgung wie sozialrechtliche Fragen, familienbezogene Unterstützung, Schule/Ausbildung und Berufsvorbereitung oder Wohnkonzepte.

TransFIT-Versorgungspfad

In dem Leitfaden-gestützten Gruppeninterview mit dem TransFIT-Fallmanagement wurden die einzelnen Prozessschritte und Abläufe des TransFIT-Versorgungspfades beleuchtet und

dabei auch die Hemmnisse und Hürden aufgezeigt, die beispielsweise zu Programmabbrüchen geführt haben könnten.

Danach waren zu Programmbeginn die Patienten und deren Familien nur in geringem Umfang aufgeklärt über die Ziele und Abläufe des Programms. Im Rahmen des Erstgesprächs stellte sich bei einem nennenswerten Teil der eingeschlossenen Patienten nur ein geringer Unterstützungsbedarf heraus. Insbesondere Unterstützungsbedarfe, die nicht direkt zum Thema Transition gehörten, ergaben sich häufig erst bei späteren Kontakten. Angeknüpft wurde dabei an den Wissenstand im Umgang mit der eigenen Erkrankung bzw. der Erkrankung des Kindes.

Bei jüngeren Patienten entwickelte vornehmlich das Fallmanagement Vorschläge zur weiteren Vorgehensweise. Format und Häufigkeit der Kontakte zu den Familien wurden ganz individuell gestaltet. Angestrebt wurde mindestens ein Kontakt pro Quartal, von den Familien bevorzugt fanden die Kontakte in aller Regel telefonisch statt.

Das Fallmanagement hat die behandelnden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte über alle Vereinbarungen und Aktivitäten informiert. In wenigen Fällen kam es auch zu intensiverer Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement, insbesondere dann, wenn die Ärztinnen und Ärzte einen besonderen Unterstützungsbedarf der Jugendlichen gesehen haben.

Zu Programmabbrüchen direkt im Anschluss an die Programmeinschreibung kam es nach Einschätzungen des Fallmanagements dann, wenn die Familien nicht nachvollziehen konnten wie es zur Programmeinschreibung gekommen ist bzw. sich dann auch im Gespräch mit dem Fallmanagement kein Unterstützungsbedarf ergeben hatte.

Die im TransFIT-Versorgungspfad vorgesehenen Angebote zur Organisation von Schulungen waren aus organisatorischen Gründen nicht zustande gekommen. Als Ausgleich wurden Informationsbedarfe im individuellen Austausch aufgegriffen. Nach Einschätzung des Fallmanagements wären zusätzliche Schulungen eine sinnvolle Ergänzung gewesen.

Besonders von der Teilnahme an TransFIT profitiert haben nach Einschätzung des Fallmanagements Patienten mit besonders schwerwiegenden chronischen Erkrankungen. Bei Teilnehmenden mit ADHS fanden häufig ausführliche Beratungsgespräche mit den Müttern der Patienten statt. In Bezug auf die Medikation in der Erwachsenenmedizin bestand hier besonderer Beratungsbedarf. Ebenfalls großen Beratungs- und Gesprächsbedarf gab es bei Patienten und Familien mit Adipositas. Ein zweiter Schwerpunkt in der Arbeit des Fallmanagements lag in der Transitionsbegleitung. Ein besonderer Bedarf besteht hier bei Familien in ländlichen Regionen.

In einer zusammenfassenden Einschätzung benennen die Fallmanagerinnen und Fallmanager den hohen Anteil der Patienten mit geringem oder sogar gar keinem Unterstützungsbedarf als ein wesentliches Hemmnis im Projektablauf. Durch diese Teilnehmenden wurde in der Phase des Programmeinschlusses sehr viel Kapazität gebunden.

Akzeptanz und Zufriedenheit

Eine deutliche Mehrheit der Befragten würde eine TransFIT-Teilnahme an Freunde weiterempfehlen, war zufrieden mit dem Umfang der Zeit, die sich das Fallmanagement für Probleme genommen hat und empfand es als leicht ein Vertrauensverhältnis zu den Fallmanagern bzw. Fallmanagerinnen aufzubauen. Gut die Hälfte der Eltern und knapp die Hälfte der Kinder und Jugendlichen bewerten die Unterstützung durch das Fallmanagement als hilfreich im Umgang mit der Erkrankung des Kindes bzw. der eigenen Erkrankung. Im Umgang mit der Erkrankung viel gelernt zu haben bzw. einen selbständigeren Umgang gelernt zu haben, gibt mehr als ein Drittel der Befragungsteilnehmenden an. Allerdings gibt es in diesen beiden Punkten auch eine nennenswerte Gruppe von Befragungsteilnehmenden, die nicht zustimmen (Eltern 33 und 37 Prozent, Kinder und Jugendliche 34 und 43 Prozent).

In Bezug auf die eingesetzten Möglichkeiten der Telekommunikation zeigt sich auch in der Befragung der Eltern sowie der Kinder und Jugendlichen eine klare Präferenz zum telefonischen Kontakt mit dem Fallmanagement.

5.3 Limitationen

In der Umsetzung des geplanten Evaluationsdesigns haben sich einige Limitationen ergeben, die bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

Aufgrund des heterogenen Einschlussdiagnosespektrums und der Tatsache, dass die Teilnehmenden mit vielfältigen Kombinationen aus der Liste der Einschlussdiagnosen in das Programm eingeschrieben waren, war die Kontrollgruppenbildung erschwert. Eine exakte Übereinstimmung von Teilnehmenden und Kontrollversicherten war nicht für alle Einschlussdiagnosekonstellationen möglich.

Die Validierung der Befragungsergebnisse zur Krankenhausinanspruchnahme durch Abgleich mit den Routinedaten der Krankenkassen TK und DAK-Gesundheit hat ergeben, dass der Unterschied in den beiden Erhebungsmethoden der Krankenhausinanspruchnahme (Elternbefragung versus Routinedatenerhebung) zu abweichenden Ergebnissen führt. Der Vergleich der Krankenhausinanspruchnahme erfolgte daher für beide Gruppen einheitlich auf Basis von Routinedaten, die allerdings nur für einen Teil der TransFIT Teilnehmenden zur Verfügung standen. Die Untersuchungspopulation für den primären Endpunkt war daher deutlich kleiner als ursprünglich geplant.

Im Evaluationsdesign war für die Untersuchung der Endpunkte *Verbesserung der Selbstmanagementkompetenz* (Ziel 3) und *Reduktion der familiären Belastung* (Ziel 4) ein systematischer Vorher-Nachher Vergleich ohne Kontrollgruppenvergleich vorgesehen. Durch das Auftreten der Corona-Pandemie zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten ist eine wesentliche zusätzliche Belastung für die Teilnehmenden und deren Familien zwischen den Vergleichszeitpunkten aufgetreten, die etwaigen positiven Effekten durch das Vorhaben wahrscheinlich entgegengewirkt hat. Durch das gewählte Untersuchungsdesign war es nicht möglich, beide Effekte voneinander zu trennen.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass durch die Ballung der Programmeinschreibungen zum Ende des Rekrutierungszeitraums der Untersuchungszeitraum praktisch für alle Teilnehmenden mit dem Interventionszeitraum übereinstimmt, Nachbetrachtungszeiträume konnten nicht untersucht werden. Mittel- und langfristige Effekte, die insbesondere für die verbesserte Versorgungskontinuität der Teilnehmenden im Vergleich zur Kontrollgruppe zu erwarten sind, konnten daher nicht betrachtet werden.

5.4 Schlussfolgerungen

Das TransFIT-Projekt sollte eine neue Versorgungsform zur Begleitung von chronisch kranken jugendlichen Patienten und deren Familien durch ein telematisch arbeitendes Fallmanagement sowie das Angebot von spezifischen Schulungsmaßnahmen erproben. TransFIT umfasste zum einen die in Teilbereichen der spezialisierten pädiatrischen Versorgung zuvor bereits existierende strukturierte Begleitung während der Transitionsphase (Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung). Zum anderen sollte durch Schulungsangebote und die Unterstützung durch das Fallmanagement ab dem Alter von 12 Jahren die Selbstmanagementkompetenz der Patienten und ihrer Familien gestärkt werden. Die für TransFIT in Frage kommenden Patienten sollten durch ihre behandelnden Kinder- und Jugendärzte ausgewählt und für die Teilnahme gewonnen werden. Die weiteren Programmmaßnahmen, insbesondere auch die Aktivitäten des Fallmanagements, sollten im weiteren Verlauf in Abstimmung mit den Kinder- und Jugendärzten erfolgen.

In Bezug auf die für TransFIT spezifizierten Endpunkte – Reduktion der Krankenhausinanspruchnahme, Verbesserung der Versorgungskontinuität (Erreichen definierter Kontaktfrequenzen und Verordnungshäufigkeiten relevanter Arzneimittel), Reduktion der GKV-Leistungsausgaben, Verbesserung der Selbstmanagementkompetenz und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Reduktion der Belastung der Familien – konnte die Evaluation keine statisch gesicherten Effekte in der erwarteten Richtung ermitteln.

Der Verlauf des TransFIT-Projekts wich in mehrerlei Hinsicht von der eigentlich geplanten Vorgehensweise ab, so dass aus Sicht des Evaluators fraglich ist, inwieweit die Evaluationsergebnisse im Sinne eines Scheiterns des Interventionsansatzes von TransFIT gewertet werden können:

- In TransFIT sollten Patienten eingeschlossen werden, bei denen eine der gelisteten Einschlussdiagnosen vorlag und die einen „besonderen Versorgungsbedarf“ aufwiesen, d.h. bei denen eine zusätzliche Unterstützung zur Verbesserung der Krankheitsmanagementkompetenz der Patienten bzw. Familien oder eine Begleitung des Transitionsprozesses durch ein Fallmanagement sinnvoll erschienen.

Dieser auf Patienten bzw. Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf fokussierte Einschluss in das Programm ist nicht konsequent umgesetzt worden. In den ersten 18 Monaten des Rekrutierungszeitraums sind kaum Patienten eingeschlossen worden, was vor allem auf die Eingrenzung auf die Versicherten von nur zwei Krankenkassen zurückgeführt wurde. Nach der Öffnung für alle Versicherten der GKV wurden in der verbleibenden Rekrutierungszeit offenbar kompensatorisch auch zahlreiche Patienten eingeschlossen, bei denen zwar eine Einschlussdiagnose vorlag, die aber keinen besonderen Unterstützungsbedarf aufwiesen. Dies ließ sich kaum vermeiden, da angesichts der zunächst geringen Einschreibezahlen natürlich in starkem Maße bei den Kinder- und Jugendärzten für die Mitwirkung geworben wurde. Die kommunikative Herausforderung, für das Vorhaben zu werben und gleichzeitig zu einer möglichst zielgenauen Programmeinschreibung aufzufordern konnte dabei nur eingeschränkt umgesetzt werden.

Die mangelnde Fokussierung bei der Rekrutierung der Patienten und Familien zeigt sich in den Daten der Evaluation in vielfacher Weise: Die Kennwerte zur Versorgungskontinuität sind bereits bei Einschluss bei vielen Teilnehmenden nahezu optimal und auch die Befragungsdaten zu Selbstmanagementkompetenz, Lebensqualität und Belastung der Familien deuten auf eine bereits initial vielfach gut versorgte Population mit wenig zusätzlichem Unterstützungsbedarf.

- Das Interventionskonzept von TransFIT konnte in Teilen nicht umgesetzt werden (Leistung L-03 Vermittlung und Organisation von Schulungen) bzw. die Umsetzung der übrigen Interventionen wurde durch den stark „gestauchten“ Rekrutierungsverlauf beeinträchtigt.

Die Auswertung zur Inanspruchnahme der TransFIT-Teilleistungen (Abbildung 6) zeigt sehr deutlich, dass die eigentlich interventiven Leistungen (L-04 bis L-07) erst ab März/April 2020 – also nach Ablauf von 24 Monaten des Interventionszeitraums – in nennenswertem Umfang erbracht wurden. Zuvor fehlte es entweder an Teilnehmenden oder die Kapazitäten des Fallmanagements wurden mit Einsetzen des plötzlich starken Zustroms von Patienten (ab April 2019) durch die Erstkontakte (L-02) nahezu vollständig absorbiert.

Bei der Planung der Projektkapazitäten war ein gleichmäßiger Verlauf des Einschlusses von Teilnehmenden über die Zeit erwartet worden, der dem Fallmanagement auch eine entsprechend gleichmäßige Durchführung der Interventionsleistungen ermöglicht hätte. Der tatsächliche Projektverlauf hat dazu geführt, dass in den

verbleibenden Monaten der Projektlaufzeit vor allem der plötzlich aufgetürmte Berg von Neueinschlüssen abgearbeitet werden musste, d.h. die zeitaufwändigen telefonischen Erst-Assessments durchgeführt wurden (L-02). In diesem Zusammenhang ist es auch wenig überraschend, dass es nicht gelungen ist, die organisatorisch besonders herausfordernde Leistung L-03 – also die Organisation von Schulungen für Patienten aus mehreren, regional mehr oder weniger benachbarten, Praxen – zu realisieren.

- Die in den ersten 18 Projektmonaten sehr geringen Patienteneinschlüsse dürften, neben der limitierenden Bedingung der Beschränkung auf die Versicherten von zwei Krankenkassen, auch auf die anfängliche Skepsis vieler Kinder- und Jugendärzte gegenüber dem Projektkonzept zurückzuführen sein.

In der Startphase stieß das Vorhaben zunächst nur auf geringe Akzeptanz bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen, da hinter dem Projekttitel TransFIT ein in erster Linie auf die Transition ausgerichtetes Projekt vermutet wurde. Die untere Altersgrenze von 12 Jahren wurde teilweise missverstanden als Versuch, die Patienten bereits zu einem möglichst frühzeitigen Wechsel in die Erwachsenenmedizin zu veranlassen. Nachdem diese Akzeptanzprobleme sichtbar wurden, hat das Konsortium im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit und vielfach durch direkte Ansprache der Praxen speziell das Interventionskonzept für die jüngeren Patienten (Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten, Unterstützung der Familien) intensiver erläutert. Wie die finale Altersstruktur der Teilnehmenden mit rund 47 Prozent Kinder und Jugendlichen im Alter von bis zu 15 Jahren zeigt, ist es dem Konsortium letztlich gelungen diesen Ansatz bei den Kinder- und Jugendärzten zu vermitteln. Gleichwohl ist zu vermuten, dass die initialen Rekrutierungsprobleme geringer ausgefallen wären, wenn das Interventionskonzept zuvor besser kommuniziert worden wäre.

Aus den abschließenden Befragungen der Patienten und Familien im Rahmen der Prozessevaluation wird deutlich, dass etwa die Hälfte der Teilnehmenden die Projektinterventionen als hilfreich und positiv eingestuft hat – wogegen etwa ein Drittel der Befragten keinen nennenswerten Nutzen erkannte. Auch die Rückmeldungen der Fallmanager im Rahmen der Gruppendiskussion deuten darauf hin, dass eine Teilgruppe von den Projektinterventionen profitiert hat – wobei es sich offenbar vor allem um Patienten und Familien handelte, die der ursprünglichen Zielgruppendefinition („besonderer Versorgungsbedarf“) in stärkerem Maße entsprachen.

Resümierend ist aus Sicht der Evaluation somit festzuhalten, dass die fehlenden Effekte von TransFIT auf die spezifizierten Endpunkte möglicherweise auf die mangelhafte Umsetzung des Interventionskonzepts hinsichtlich der eingeschlossenen Patientenpopulation und der einzelnen Leistungskomponenten zurückzuführen sind.

Im Rahmen der Evaluation ist es gelungen herauszuarbeiten, welches die Unterstützungsbedarfe der Kinder und Jugendlichen sind und welche Patientengruppen besonders profitieren. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass hierbei weniger die Einschlussdiagnosekonstellation ausschlaggebend ist, sondern vielmehr das Zusammenspiel aus der Erkrankungsschwere und den familiären Ressourcen zur Unterstützung der Kinder und Jugendlichen. Die familiären Ressourcen können dabei beispielweise durch ebenfalls chronisch erkrankte Geschwisterkinder begrenzt sein oder es kann die Gesundheitskompetenz im familiären Umfeld insgesamt eingeschränkt sein, wenn z.B. die ganze Familie von Adipositas betroffen ist.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass durch eine zielgenauere Intervention und die Fokussierung auf Kinder und Jugendliche mit einem besonderen Unterstützungsbedarf im Erlernen eines selbständigen Umgangs mit der eigenen Erkrankung ein höherer

Programmeffekt hätte erzielt werden können. In Bezug auf die Entlastung der Familien, die Lebensqualität und die Selbstmanagementkompetenz legen die Ergebnisse einen positiven Programmeffekt nahe, wenn man berücksichtigt, dass aufgrund der Corona-Pandemie im Beobachtungszeitraum eigentlich eine Verschlechterung zu erwarten gewesen wäre.

5.5 Empfehlungen des Evaluators

TransFIT soll für eine eigentlich relativ eng begrenzte Zielgruppe – chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit besonderem Unterstützungsbedarf aufgrund begrenzter Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten bzw. Familien – die reguläre kinder- und jugendärztliche Versorgung durch ein Fallmanagement und edukative Maßnahmen ergänzen. Dabei bleibt die Gesamtsteuerung der Versorgung bei den behandelnden Kinder- und Jugendärzten, die das praxisübergreifend und telematisch agierende Fallmanagement konkret beauftragen und im weiteren Prozess kontinuierliche Rückmeldungen erhalten.

Angesichts der bereits aktuell hohen Auslastung der kinder- und jugendärztlichen Praxen sowie absehbar knapper werdenden Angebotskapazitäten in der ambulanten Versorgung, sind Konzepte, die zu einer Entlastung der Praxen von delegierbaren Aufgaben beitragen können, grundsätzlich zukunftsfähig. Aus Sicht der Evaluation sollte daher erwogen werden, das TransFIT-Konzept unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Erprobung in modifizierter Form fortzuführen bzw. erneut zu erproben.

Mit Blick auf eine Modifikation des TransFIT-Konzepts sollten folgende Erkenntnisse aus der Evaluation berücksichtigt werden:

- Der Zugang zu den Programminterventionen sollte wirksamer auf Patienten bzw. Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf beschränkt werden.

Dabei hat die Erprobung gezeigt, dass der Fokus weniger auf medizinische Einschussdiagnosen gelegt werden sollte, als vielmehr auf die persönlichen und familiären Ressourcen der Patienten. Es sollte daher ein systematisches Verfahren nach Art eines Screenings entwickelt werden, durch das zum einen der Unterstützungsbedarf nachvollziehbar ermittelt und dokumentiert und gleichzeitig auch die Kooperationsbereitschaft der Patienten und Familien eruiert wird. Dieses „TransFIT-Screening“ könnte in den kinder- und jugendärztlichen Praxen durchgeführt werden, womit allerdings ein Teil des im TransFIT-Projekt durchgeführten „Eingangs-Assessments“ (L-02) in die Praxen verlagert würde, was wiederum den potenziell entlastenden Effekt schmälern würde. Sinnvoller wäre daher ein Screening durch das Fallmanagement selbst – analog zum Eingangs-Assessment (L-02) – allerdings mit der Option des Ausschlusses von Patienten/Familien, die ausweislich der Screening-Ergebnisse von der Unterstützung nicht hinreichend profitieren würden.

- Die im Rahmen des Konzepts erbrachten Leistungen (Fallmanagement, Transitionsbegleitung, edukative Maßnahmen) sollten präziser definiert und gegenüber den Kinder- und Jugendärzten kommuniziert werden.

Im Rahmen der TransFIT-Erprobung wurden zahlreiche Erkenntnisse gewonnen, welche Patientengruppen bzw. Familien in besonderer Weise von den Leistungen profitiert haben. Dieses Wissen sollte genutzt werden, um konkreter definierte und ggf. hinsichtlich Diagnosen oder Problemlagen differenziertere Leistungsbeschreibungen zu erarbeiten. Dies hätte u.a. den Vorteil, dass es für die zuweisenden Kinder- und Jugendärzte einfacher wäre, geeignete Patienten bzw. Familien zu identifizieren, weil sie ein konkreteres Bild von den TransFIT-Leistungen hätten.

6. Literaturverzeichnis

- Bachert C, Gent, Borchard U, Wedi B, Klimek L, Rasp G, Riechelmann H, Schultze-Werninghaus G, Wahn U, Ring J (2003). Allergische Rhinokonjunktivitis Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI). *Allergo J*; 12: 182–94
- BARMER-Arztreport (2012). https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Reports/Arztreport-2012,property=Data.pdf
- Baltruschat K, Deuter C, Foeldvari I, Ganser G, Haas J-P, Hinze C, Holzinger D, Hospach A, Huppertz H-I, Illhardt A, Jung M, Kallinich T, Klein A, Minden K, Mönkemöller K, Mrusek S, Niehues T, Neudorf U, Schneider M, Schoof P, Thon A, Wachowsky M, Wagner N (2019): S2k-Leitlinie „Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“. AWMF 027/020.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): Familien in der Corona-Zeit: Herausforderungen, Erfahrungen und Bedarfe. [BMFSFJ - Familien in der Corona-Zeit: Herausforderungen, Erfahrungen und Bedarfe](#)
- Chaker A, Pfaar O (2013). Allergische Rhinitis im Kindesalter Aktuelle Entwicklungen von epidemiologischen Daten bis zur Diagnostik. *Pädiatrische Allergologie* 16.
- Ernst G, Szczepanski R (2014-2020): Modulares Schulungsprogramm Modus für chronisch kranke Kinder, Jugendliche sowie deren Familien. Gesamtwerk. ISBN 978-3-89967-898-7.
- Findorff J, Müther S, von Moers A, Nolting H-D, Burger W (2016). Das Berliner Transitions-Programm. Sektorübergreifendes Strukturprogramm zur Transition in die Erwachsenen-medicin. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. ISBN 978-3-11-044035-5. E-ISBN (E-PUB) 978-3-11-043279-4. (Als Open-Access-Publikation verfügbar unter www.degruyter.com)
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group (2003–2006 und 2009–2012). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten. *Bundesgesundheitsblatt* 2014; 57: 807-819.
- Kucharzik T, Dignass A, Atreya R, Bokemeyer B, Esters P, Klaus Herrlinger, Kannengießer K, Kienle P, Langhorst J, Lügering A, Schreiber S, Stallmach A, Stein J, Sturm A, Teich N, Siegmund B (2020): Aktualisierte S3-Leitlinie Colitis ulcerosa – Living Guideline. Thieme. ISSN 0044-2771. 241-326.
- Lerch MF, Thrane SE (2019). Adolescents with chronic illness and the transition to self-management: a systematic review. *Journal of Adolescence* 2019, 72: 152-161
- Logan D, Zelikovsky N, Labay L, Spergel J (2003): The Illness Management Survey: Identifying Adolescents' Perception of Barriers to Adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 28 No. 6, 383-392.
- Lotstein D.S., Seid M., Klingensmith G., Case D., Lawrence J.M., Pihoker C., Dabelea D., Elizabeth J.M.-D., Gilliam L.K., Corathers S., Imperatore G., Lawrence D., Anderson A., Bell R.A., Waitzfelder B. (2013): Transition From Pediatric to Adult Care for Youth Diagnosed With Type 1 Diabetes in Adolescence. *Pediatrics* 2013, 131 (4), e1062-70, DOI: 10.1542/peds.2012-1450
- Müther S, Rodeck B, Wurst C, Nolting H-D. Transition von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in die Erwachsenenmedizin. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* (2014); 162 (8): 711-718. DOI 10.1007/s00112-014-3103-z
- Mayring P (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Basel: Beltz Verlag. ISBN 978-3-407-29393-0
- Neuhauser H, Poethko-Müller C & Group KS (2014): Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57(7), 779-788. ISSN: 1436-9990.

Akronym: TransFIT

Förderkennzeichen: 01NVF16016

- Preiß J C, Bokemeyer B, Buhr H J, Dignaß A, Häuser W, Hartmann F, Herrlinger K R, Kaltz B, Kienle P, Kruis W, Kucharzik T, Langhorst J, Schreiber S, Siegmund B, Stallmach A, Stange E F, Stein J, Hoffmann J C (2014): Aktualisierte S3-Leitlinie – „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“. Thieme. ISSN 0044-2771.
- Ravens-Sieberer U & Bullinger M (2000): KINDL-R–Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form: Manual. <https://www.kindl.org/deutsch/manual/> [Abruf am: 18.03.2020].
- Ravens-Sieberer U, Morfeld M, Stein REK, Jessop DJ, Bullinger M, Thyen U (2001): Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen). PPM Psychother Psychosom med Psychol; Stuttgart New York, Georg Thieme Verlag 51: 384-393. ISSN 0937-2032
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N & Bullinger M (2008): Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry* 17(1), 148-156. ISSN: 1435-165X.
- Ravens-Sieberer U, Kamman A, Otto C, Adedeji A, Devine J, Erhart M, Napp AK, Becker M, Blanck-Stellmacher U, Löffler C, Schlack R, Hurrelmann K (2020): Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19-pandemic-results of Copsy study. *Dtsch Arztebl Int.* 117, 828-829.
- Rosenbaum PR, Rubin DB (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983; 70(1): 41-55.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Band I. Baden-Baden: Nomos 2010.
- Scheidt-Nave C., Ellert U., Thyen U., Schlaud M. (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kinder und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 50(5/6): 750-756.
- Schlack R, Mauz E, Hebebrand J, Hölling H, KiGGS Study Group (2014). Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen? *Bundesgesundheitsblatt;* 57: 820-829.
- Seiffge-Krenke I. (2015). „Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3): 165-173
- Stein R, Riessman C (1980). The Development of an Impact-on-Family-Scale: Preliminary Findings. *Medical Care.* 4: 465±472
- Torres J, Bonovas S, Doherty G, Kucharzik T, Gisbert J, Raine T, Adamina M, Armuzzi A, Bachmann O, Bager P, Biancone L, Bokemeyer B, Bossuyt P, Burisch J, Collins P, El-Hussuna A, Ellul P, Frei-Lanter C, Furfaro F, Gingert C, Gionchetti P, Gomollon F, González-Lorenzo M, Gordon H, Hlavaty T, Juillerat P, Katsanos K, Kopylov U, Krustins E, Lytras T, Maaser C, Magro F, Marshall J, Myrelid P, Pellino G, Rosa I, Sabino J, Savarino E, Spinelli A, Stassen L, Uzzan M, Vavricka S, Verstockt B, Warusavitarne J, Zmora O, Fiorinob G (2020). ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis* :4-22.
- Van Arendonk K J, James N T, Boyarsky B J, Garonzik-Wang J M, Orandi B J, Magee J C, Smith J M, Colombani P M, Segev D L (2013): Age at Graft Loss after Pediatric Kidney Transplantation: Exploring the High-Risk Age Window. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology.* 8(6): 1019-1026.
- Van Wallegghem N, MacDonald C A, Dean H J. (2011): The Maestro Project: A Patient Navigator for the Transition of Care for Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum.* 24(1): S. 9-13.

7. Anhang

- Anhang 1: Ergebnisse Krankenhausinanspruchnahme unter Verwendung der Befragungsergebnisse
- Anhang 2: Regressionsanalyse der stationären Krankenhauskosten
- Anhang 3: Genutzte Erhebungsinstrumente
 - 3.1: Eltern Beginn Befragung
 - 3.2: Eltern Abschluss Befragung
 - 3.3: Kinder Beginn Befragung
 - 3.4: Kinder Abschluss Befragung
 - 3.5: Interviewleitfaden Fallmanagement Befragung
 - 3.6: Datenanforderung Krankenkassendaten
 - 3.7. TransFIT Instrumente

Anhang 1: Ergebnisse Krankenhausinanspruchnahme unter Verwendung der Befragungsergebnisse

Tabelle 46: Anzahl und Anteil der Personen mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung

Teilgruppe	Zeitraum	N	KH	M	SE	95%-KI	
						LO	HI
IG	Kontrollzeitraum	686	95	13,85%	1,32%	11,35%	16,66%
	Interventionszeitraum	686	89	12,97%	1,28%	10,55%	15,72%
KG	Kontrollzeitraum	686	95	13,85%	1,32%	11,35%	16,66%
	Interventionszeitraum	686	69	10,06%	1,15%	7,91%	12,56%

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Anzahl Personen gesamt; KH = Anzahl Personen mit vollstationärer Krankenhausbehandlung; M = Mittelwert; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze

Tabelle 47: Ergebnisse der Regressionsanalyse der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

Parameter	b	SE	OR	AME	95%-KI OR		p
					LO	HI	
Intercept	-2,93	0,18	0,05		0,04	0,07	0,000
Affektive Störungen	0,36	0,41	1,44	3,27%	0,61	3,06	0,368
Fehlbildungen Herz-Kreislauf	1,18	0,39	3,26	10,59%	1,47	6,82	0,002
Fehlbildungen Nervensystem	0,71	0,56	2,04	6,38%	0,63	5,80	0,202
Fehlbildungen Verdauungssystem	0,70	0,44	2,02	6,28%	0,80	4,55	0,109
Neubildungen Hämatologisch	0,98	0,77	2,68	8,82%	0,51	11,36	0,202
Neubildungen Solide Tumore	1,74	0,84	5,67	15,54%	0,98	29,46	0,039
Diabetes mellitus Typ 1	0,66	0,37	1,94	5,95%	0,92	3,88	0,070
Epilepsie	0,36	0,42	1,43	3,21%	0,60	3,11	0,391
Erkrankungen der Niere	0,79	0,87	2,20	7,07%	0,29	10,29	0,367
Essstörungen	0,15	0,73	1,17	1,37%	0,24	4,43	0,833
Immundefekte	-0,89	1,10	0,41	-7,95%	0,02	2,45	0,422
Juvenile Arthritis	0,50	0,44	1,65	4,47%	0,65	3,71	0,256
Muskelatrophien und Myopathien	1,02	1,11	2,78	9,14%	0,14	17,71	0,356
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	0,48	0,34	1,61	4,29%	0,79	3,08	0,163
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	0,02	0,45	1,02	0,22%	0,40	2,32	0,957
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,42	0,49	1,52	3,75%	0,53	3,75	0,397
Sonstiges atopisches Ekzem	-0,21	0,49	0,81	-1,88%	0,27	1,95	0,670
Zerebralpareesen	-0,02	0,57	0,98	-0,16%	0,29	2,76	0,974
Zystische Fibrose	1,08	1,00	2,94	9,64%	0,33	18,87	0,281
KH im Vorjahr	1,80	0,20	6,05	16,12%	4,10	8,90	0,000
IG	0,36	0,19	1,43	3,18%	0,98	2,09	0,064

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe (Interventionseffekt); b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; OR = Odds Ratio; AME = Average Marginal Effect; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze; n = 1.372

Tabelle 48: Ergebnisse der Regressionsanalyse der indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

Parameter	b	SE	OR	AME	95%-KI OR		p
					LO	HI	
Intercept	-5,54	0,49	0,00		0,00	0,01	0,000
Affektive Störungen	1,62	0,65	5,03	3,97%	1,23	16,86	0,013
Fehlbildungen Herz-Kreislauf	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Fehlbildungen Nervensystem	-0,29	1,41	0,75	-0,70%	0,02	7,00	0,839
Fehlbildungen Verdauungssystem	1,18	0,84	3,25	2,90%	0,44	13,81	0,161
Neubildungen Hämatologisch	1,53	1,21	4,61	3,75%	0,21	34,94	0,206
Neubildungen Solide Tumore	3,67	0,95	39,18	9,01%	5,50	254,42	0,000
Diabetes mellitus Typ 1	1,96	0,54	7,08	4,80%	2,34	19,83	0,000
Epilepsie	2,13	0,53	8,42	5,23%	2,83	23,31	0,000
Erkrankungen der Niere	2,56	1,13	12,98	6,29%	0,65	86,73	0,023
Essstörungen	0,51	1,21	1,66	1,25%	0,08	12,92	0,673
Immundefekte	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Juvenile Arthritis	0,89	0,80	2,43	2,18%	0,36	9,72	0,267
Muskelatrophien und Myopathien	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	0,35	0,79	1,42	0,87%	0,21	5,46	0,653
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	0,95	0,63	2,59	2,34%	0,65	8,15	0,132
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,62	1,07	1,85	1,51%	0,10	10,09	0,563
Sonstiges atopisches Ekzem	-INF	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Zerebralparesen	0,60	0,82	1,83	1,48%	0,30	7,86	0,464
Zystische Fibrose	3,13	1,15	22,95	7,69%	1,57	180,56	0,006
KH im Vorjahr	2,28	0,49	9,80	5,60%	3,72	26,07	0,000
IG	1,46	0,44	4,31	3,17%	1,91	10,83	0,001

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe (Interventionseffekt); b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; OR = Odds Ratio; AME = Average Marginal Effect; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze; n = 1.372

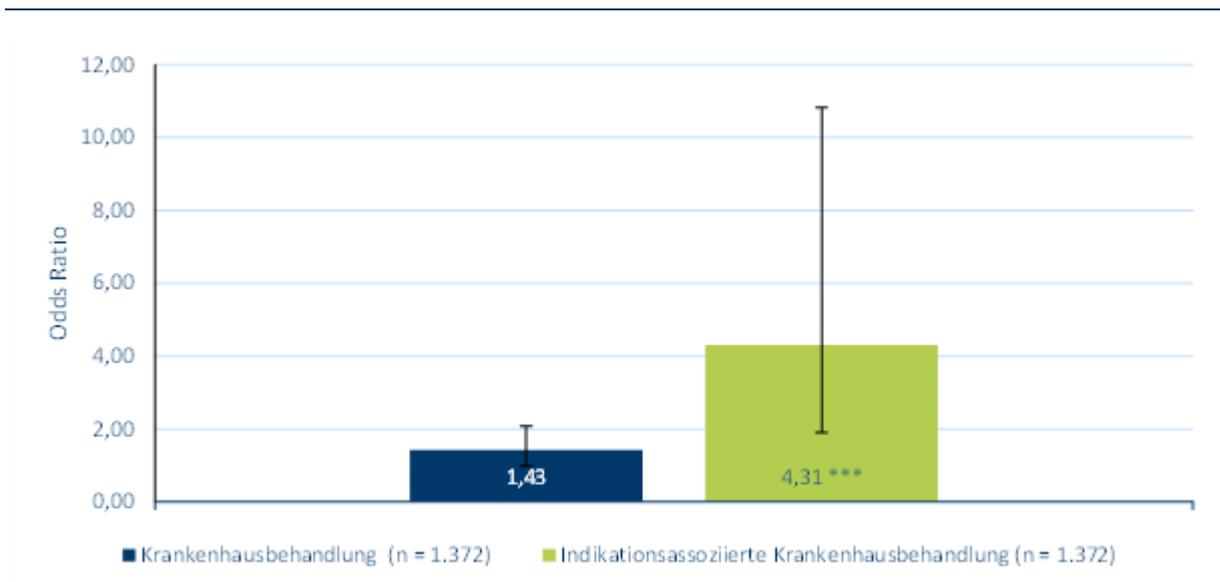
Tabelle 49: Anzahl und Anteil der Personen mit einer indikationsassoziierten vollstationären Krankenhausbehandlung

Teilgruppe	Zeitraum	N	KH	M	SE	95%-KI	
						LO	HI
IG	Kontrollzeitraum	686	17	2,48%	0,59%	1,45%	3,94%
	Interventionszeitraum	686	32	4,66%	0,81%	3,21%	6,52%
KG	Kontrollzeitraum	686	29	4,23%	0,77%	2,85%	6,02%
	Interventionszeitraum	686	11	1,60%	0,48%	0,80%	2,85%

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Anzahl Personen gesamt; KH = Anzahl Personen mit indikationsassoziiertes vollstationären Krankenhausbehandlung; M = Mittelwert; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze

Abbildung 11: Odds Ratio des Interventionseffekts auf die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit



Quelle: Routinedaten der Krankenkassen und Befragungsdaten

Anmerkung: Fehlerbalken markieren das 95%-Konfidenzintervall; Signifikanz auf Signifikanzniveau α : * $\alpha = 0,05$, ** $\alpha = 0,01$, *** $\alpha = 0,001$

Anhang 2: Regressionsanalyse der stationären Krankenhauskosten

Tabelle 50: Ergebnisse der Regressionsanalyse der stationären Krankenhauskosten (in Euro)

Parameter	b	SE	95%-KI		p
			LO	HI	
Intercept	720,34	480,87	-222,15	1.662,83	0,135
Affektive Störungen	-206,55	1.336,64	-2.826,32	2.413,22	0,877
Fehlbildungen Herz-Kreislauf	6.248,46	1.828,85	2.663,99	9.832,93	0,001
Fehlbildungen Nervensystem	2.100,18	2.047,20	-1.912,26	6.112,62	0,306
Fehlbildungen Verdauungssystem	516,06	1.550,40	-2.522,67	3.554,78	0,739
Bösartige Neubildungen Hämatologisch	-777,19	2.608,14	-5.889,06	4.334,67	0,766
Diabetes mellitus Typ 1	85,88	1.201,09	-2.268,22	2.439,98	0,943
Epilepsie	-1.681,89	1.651,77	-4.919,30	1.555,53	0,309
Juvenile Arthritis	-956,13	1.390,22	-3.680,90	1.768,65	0,492
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	532,25	1.184,57	-1.789,46	2.853,95	0,653
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	-758,64	1.265,42	-3.238,83	1.721,55	0,549
Sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	11,25	1.731,42	-3.382,27	3.404,77	0,995
Sonstiges atopisches Ekzem	-813,64	1.379,89	-3.518,17	1.890,89	0,556
Zerebralpareesen	6.153,97	1.708,99	2.804,41	9.503,52	0,000
Krankenhauskosten Vorjahr	-0,94	0,02	-0,99	-0,90	0,000
IG	552,93	604,90	-632,65	1.738,52	0,361

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe (Interventionseffekt); b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze; n = 392

Tabelle 51: Ergebnisse der Regressionsanalyse der ambulante Behandlungskosten (in Euro)

Parameter	b	SE	95-%-KI		p
			LO	HI	
Intercept	245,72	84,02	81,04	410,40	0,00
Affektive Störungen	831,62	219,66	401,10	1.262,15	0,00
Fehlbildungen Herz-Kreislauf	79,68	269,73	-448,97	608,33	0,77
Fehlbildungen Nervensystem	94,39	327,57	-547,64	736,42	0,77
Fehlbildungen Verdauungssystem	29,10	242,49	-446,16	504,36	0,90
Bösartige Neubildungen Hämatologisch	208,32	392,61	-561,17	977,82	0,60
Diabetes mellitus Typ 1	-45,25	185,26	-408,35	317,84	0,81
Epilepsie	405,58	260,91	-105,79	916,95	0,12
Juvenile Arthritis	148,90	214,28	-271,08	568,88	0,49
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	-81,58	197,34	-468,36	305,20	0,68
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	-117,91	218,91	-546,97	311,14	0,59
Sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-160,81	266,61	-683,36	361,74	0,55
Sonstiges atopisches Ekzem	228,24	217,52	-198,10	654,57	0,29
Zerebralparesen	65,75	270,08	-463,60	595,10	0,81
Ambulante Behandlungskosten Vorjahr	-0,52	0,06	-0,63	-0,41	0,00
IG	186,09	99,49	-8,90	381,09	0,06

Quelle: Routinedaten der Krankenkassen

Anmerkung: IG = Interventionsgruppe (Interventionseffekt); b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; HI = Obere Grenze; n = 292

Befragung im Rahmen der Evaluation von TransFit

Zunächst bitten wir Sie ein paar Fragen zu Ihrer Person und zur Situation des an TransFit teilnehmenden Kindes bzw. Jugendlichen zu beantworten.

<p>¹ Wer beantwortet diesen Fragebogen?</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Vater (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter und Vater (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Großeltern (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Verwandte (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeeltern/Adoptiveltern (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuer (7)</p>
<p>² Wie lautet das Geburtsdatum der Mutter des an TransFit teilnehmenden Kindes/ Jugendlichen?</p> <p>_____</p> <p>Tag Monat Jahr</p>
<p>³ Wie lautet das Geburtsdatum des Vaters des an TransFit teilnehmenden Kindes/ Jugendlichen?</p> <p>_____</p> <p>Tag Monat Jahr</p>
<p>⁴ Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt das Kind/ der Jugendliche zusammen? (Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister.)</p> <p><input type="checkbox"/> Er/Sie lebt mit keinen Geschwistern zusammen.</p> <p><input type="checkbox"/> Er/ Sie lebt mit __ älteren Geschwistern zusammen.</p> <p><input type="checkbox"/> Er/ Sie lebt mit __ jüngeren Geschwistern zusammen.</p> <p><input type="checkbox"/> Er / Sie lebt mit __ gleichaltrigen Geschwistern zusammen.</p> <p>Falls weitere Kinder im Haushalt leben:</p>
<p>⁵ Hat noch ein weiteres Kind in Ihrem Haushalt eine chronische Erkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja:</p>
<p>⁶ Wie viele Kinder sind das?</p> <p><input type="checkbox"/> Es sind __ Kinder.</p>
<p>⁷ Was ist die Muttersprache des Kindes/ des Jugendlichen?</p> <p>_____</p>

<p>⁸ Wo lebt das Kind/ der Jugendliche hauptsächlich?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Bei seinen leiblichen Eltern<input type="checkbox"/> Bei seiner Mutter und ihrem Partner<input type="checkbox"/> Bei seinem Vater und seiner Partnerin<input type="checkbox"/> Bei seinen Großeltern oder anderen verwandten<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern<input type="checkbox"/> In eigener Wohnung<input type="checkbox"/> In einem Heim
<p>⁹ Welchen Schulabschluss haben Sie? (Bitte nennen Sie nur den höchsten Schulabschluss; Bitte für beide Elternteile angeben.)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss<input type="checkbox"/> Realschulabschluss (mittlere Reife)<input type="checkbox"/> Abschluss Polytechnische Oberschule (POS, 10. Klasse)<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)<input type="checkbox"/> Abitur (Gymnasium bzw. EOS)<input type="checkbox"/> Anderer Schulabschluss<input type="checkbox"/> Schule beendet ohne Abschluss<input type="checkbox"/> (noch) keinen Schulabschluss
<p>¹⁰ Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)<input type="checkbox"/> Berufsschule, Handelsschule (beruf-schulische Ausbildung)<input type="checkbox"/> Fachschule (z.B. Meister-Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)<input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule<input type="checkbox"/> Anderer Ausbildungsabschluss<input type="checkbox"/> Kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung)<input type="checkbox"/> Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildender, Student)
<p>¹¹ Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?</p> <p>Zurzeit ...</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nicht berufstätig (Rentner, Student, usw.)<input type="checkbox"/> Arbeitslos<input type="checkbox"/> Vorübergehende Freistellung (z.B. Erziehungsurlaub)<input type="checkbox"/> Teilzeit oder stundenweise beschäftigt<input type="checkbox"/> Voll berufstätig<input type="checkbox"/> Auszubildender

Familiäre Belastung

FaBel- Fragebogen (Ravens-Sieberer et al., 2001)

Nachstehend folgen einige Aussagen von Betroffenen über das Leben mit einem kranken Kind. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, ob diese zum momentanen Zeitpunkt auf Ihre Familie ganz zutrifft (4), weitgehend zutrifft (3), weitgehend nicht zutrifft (2) oder überhaupt nicht zutrifft (1).

	trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
¹² Wegen der Krankheit unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹³ Unsere Familie muss aufgrund der Krankheit meines Kindes auf einige Dinge verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁴ Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das kranke Kind aufpasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁵ Manchmal müssen wir unsere Absicht auszugehen wegen der Krankheit unseres Kindes in letzter Minute ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁶ Aufgrund der Krankheit unseres Kindes können wir keine weiten Reisen unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁷ Wegen der Krankheit unseres Kindes haben wir wenig Lust auszugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁸ Die Pflege meines kranken Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für die anderen Familienmitglieder habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁹ Aufgrund der Krankheit meines Kindes bin ich ständig übermüdet und angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁰ Die Leute in der Nachbarschaft behandeln uns anders wegen der Krankheit unseres Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²¹ Ich lebe von einem Tag auf den anderen und plane nicht für die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²² Manchmal habe ich das Gefühl, unser Leben ist eine Achterbahn: völlig am Boden, wenn mein Kind akut erkrankt ist, und obenauf, wenn sein/ihr Gesundheitszustand stabil ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²³ Die Fahrten ins Krankenhaus bedeuten eine Belastung für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁴ Ich habe wegen der Krankheit meines Kindes aufgehört zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁵ Meine Verwandten sind sehr verständnisvoll und haben mir immer sehr geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft ganz zu	Trifft weit- gehend zu	trifft weit- gehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
26	Dadurch, dass ich lernen musste, mit der Krankheit meines Kindes fertig zu werden, komme ich auch mit mir selbst besser zurecht.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie noch andere Kinder haben, beurteilen Sie bitte die nachfolgenden 6 Aussagen:				
27	Meine anderen Kinder scheinen öfter krank zu sein und öfter unter Schmerzen und Beschwerden zu leiden als andere Kinder ihres Alters.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Die Schulnoten meiner anderen Kinder leiden auf-grund der Krankheit des einen Kindes.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Die Krankheit des einen Kindes macht den anderen Kindern Angst.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Durch die besonderen Bedürfnisse des kranken Kin-des kommt es zwischen den anderen Kindern zu Streitereien.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Durch die Krankheit des einen Kindes sorge ich mich ständig um die Gesundheit der anderen.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Es ist schwer, den anderen Kindern genügend Aufmerksamkeit zu schenken, weil mein krankes Kind mich so sehr in Anspruch nimmt.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Um die medizinischen Kosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ich muss meine Arbeitszeit verkürzen, weil ich mich um mein krankes Kind kümmern muss.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Die Krankheit verursacht der Familie finanzielle Probleme.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Durch Termine im Krankenhaus geht Arbeitszeit verloren.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Wegen der Krankheit denke ich darüber nach, keine weiteren Kinder zu bekommen,			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen, was für mein krankes Kind gut ist.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Ich mache mir Sorgen, was in Zukunft mit meinem Kind sein wird (wenn es erwachsen ist und ich nicht mehr da bin).			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Manchmal frage ich mich, ob ich mein krankes Kind „anders“ als ein normales Kind behandeln soll.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
⁴² Mein Lebenspartner und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴³ Wir stehen uns wegen der gemeinsamen Erfahrung als Familie näher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁴ Wir versuchen unser Kind so zu behandeln, als wäre es ein ganz „normales“ Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankenhausaufenthalte

⁴⁵ Hatte Ihr Kind in den zurückliegenden 12 Monaten mindestens einen Krankenhausaufenthalt? Gemeint sind nur die Krankenhausaufenthalte, in denen das Kind auch über Nacht im Krankenhaus war.

- ja
- nein
- ich weiß es nicht

Falls Ja:

⁴⁶ Wie viele Krankenhausaufenthalte waren das insgesamt für Ihr Kind in den letzten 12 Monaten.
Hinweis: Bei Befragung im März 2019 sind damit dann beispielsweise alle Krankenhaüsfälle zwischen März 2018 und März 2019 gemeint.

Sie haben angegeben, dass Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus war. Im Folgenden möchten wir gerne mehr über diese KH Aufenthalte erfahren.

Hinweis an das Fallmanagement: Bitte Einschlussdiagnose nennen.

Denken Sie bitte an den ersten/den einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

⁴⁷ Wie viele Nächte hat Ihr Kind im Krankenhaus verbracht?

⁴⁸ Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt?

- Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung
- Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall
- Sonstiges: und zwar:.....
- ich weiß es nicht

⁴⁹ Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass?

- Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar.....
- Ein anderer Behandlungsanlass und zwar.....
- ich weiß es nicht

Denken Sie bitte an den zweiten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

<p>⁵⁰ Wie viele Nächte hat Ihr Kind im Krankenhaus verbracht?</p>
<p>⁵¹ Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt?</p> <p><input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:.....</p> <p><input type="checkbox"/> ich weiß es nicht</p>
<p>⁵² Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass?</p> <p><input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar.....</p> <p><input type="checkbox"/> ich weiß es nicht</p>

Denken Sie bitte an den dritten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

<p>⁵³ Wie viele Nächte hat Ihr Kind im Krankenhaus verbracht?</p>
<p>⁵⁴ Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt?</p> <p><input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:.....</p> <p><input type="checkbox"/> ich weiß es nicht</p>
<p>⁵⁵ Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass?</p> <p><input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar.....</p> <p><input type="checkbox"/> ich weiß es nicht</p>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Befragung im Rahmen der Evaluation von TransFit

Zunächst bitten wir Sie ein paar Fragen zu Ihrer Person und zur Situation des an TransFit teilnehmenden Kindes bzw. Jugendlichen zu beantworten.

<p>¹ Wer beantwortet diesen Fragebogen?</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter</p> <p><input type="checkbox"/> Vater</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter und Vater</p> <p><input type="checkbox"/> Großeltern</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Verwandte</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeeltern/Adoptiveltern</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuer</p>
<p>² Wie lautet das Geburtsdatum der Mutter des an TransFit teilnehmenden Kindes/ Jugendlichen?</p> <p>_____</p> <p>Tag Monat Jahr</p>
<p>³ Wie lautet das Geburtsdatum des Vaters des an TransFit teilnehmenden Kindes/ Jugendlichen?</p> <p>_____</p> <p>Tag Monat Jahr</p>
<p>⁴ Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt das Kind/ der Jugendliche zusammen? (Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister.)</p> <p><input type="checkbox"/> Er/Sie lebt mit keinen Geschwistern zusammen.</p> <p><input type="checkbox"/> Er/ Sie lebt mit __ älteren Geschwistern zusammen.</p> <p><input type="checkbox"/> Er/ Sie lebt mit __ jüngeren Geschwistern zusammen.</p> <p><input type="checkbox"/> Er / Sie lebt mit __ gleichaltrigen Geschwistern zusammen.</p> <p>Falls weitere Kinder im Haushalt leben:</p>
<p>⁵ Hat noch ein weiteres Kind in Ihrem Haushalt eine chronische Erkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja:</p>
<p>⁶ Wie viele Kinder sind das?</p> <p><input type="checkbox"/> Es sind __ Kinder.</p>
<p>⁷ Was ist die Muttersprache des Kindes/ des Jugendlichen?</p> <p>_____</p>

<p>⁸ Wo lebt das Kind/ der Jugendliche hauptsächlich?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Bei seinen leiblichen Eltern<input type="checkbox"/> Bei seiner Mutter und ihrem Partner<input type="checkbox"/> Bei seinem Vater und seiner Partnerin<input type="checkbox"/> Bei seinen Großeltern oder anderen verwandten<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern<input type="checkbox"/> In eigener Wohnung<input type="checkbox"/> In einem Heim
<p>⁹ Welchen Schulabschluss haben Sie? (Bitte nennen Sie nur den höchsten Schulabschluss; Bitte für beide Elternteile angeben.)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss<input type="checkbox"/> Realschulabschluss (mittlere Reife)<input type="checkbox"/> Abschluss Polytechnische Oberschule (POS, 10. Klasse)<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)<input type="checkbox"/> Abitur (Gymnasium bzw. EOS)<input type="checkbox"/> Anderer Schulabschluss<input type="checkbox"/> Schule beendet ohne Abschluss<input type="checkbox"/> (noch) keinen Schulabschluss
<p>¹⁰ Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)<input type="checkbox"/> Berufsschule, Handelsschule (beruf-schulische Ausbildung)<input type="checkbox"/> Fachschule (z.B. Meister-Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)<input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule<input type="checkbox"/> Anderer Ausbildungsabschluss<input type="checkbox"/> Kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung)<input type="checkbox"/> Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildender, Student)
<p>¹¹ Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?</p> <p>Zurzeit ...</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nicht berufstätig (Rentner, Student, usw.)<input type="checkbox"/> Arbeitslos<input type="checkbox"/> Vorübergehende Freistellung (z.B. Erziehungsurlaub)<input type="checkbox"/> Teilzeit oder stundenweise beschäftigt<input type="checkbox"/> Voll berufstätig<input type="checkbox"/> Auszubildender

Familiäre Belastung

FaBel- Fragebogen (Ravens-Sieberer et al., 2001)

Nachstehend folgen einige Aussagen von Betroffenen über das Leben mit einem kranken Kind. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, ob diese zum momentanen Zeitpunkt auf Ihre Familie ganz zutrifft (4), weitgehend zutrifft (3), weitgehend nicht zutrifft (2) oder überhaupt nicht zutrifft (1).

	trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
¹² Wegen der Krankheit unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹³ Unsere Familie muss aufgrund der Krankheit meines Kindes auf einige Dinge verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁴ Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das kranke Kind aufpasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁵ Manchmal müssen wir unsere Absicht auszugehen wegen der Krankheit unseres Kindes in letzter Minute ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁶ Aufgrund der Krankheit unseres Kindes können wir keine weiten Reisen unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁷ Wegen der Krankheit unseres Kindes haben wir wenig Lust auszugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁸ Die Pflege meines kranken Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für die anderen Familienmitglieder habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹⁹ Aufgrund der Krankheit meines Kindes bin ich ständig übermüdet und angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁰ Die Leute in der Nachbarschaft behandeln uns anders wegen der Krankheit unseres Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²¹ Ich lebe von einem Tag auf den anderen und plane nicht für die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²² Manchmal habe ich das Gefühl, unser Leben ist eine Achterbahn: völlig am Boden, wenn mein Kind akut erkrankt ist, und obenauf, wenn sein/ihr Gesundheitszustand stabil ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²³ Die Fahrten ins Krankenhaus bedeuten eine Belastung für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁴ Ich habe wegen der Krankheit meines Kindes aufgehört zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁵ Meine Verwandten sind sehr verständnisvoll und haben mir immer sehr geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft ganz zu	Trifft weit- gehend zu	trifft weit- gehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
²⁶ Dadurch, dass ich lernen musste, mit der Krankheit meines Kindes fertig zu werden, komme ich auch mit mir selbst besser zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie noch andere Kinder haben, beurteilen Sie bitte die nachfolgenden 6 Aussagen:				
²⁷ Meine anderen Kinder scheinen öfter krank zu sein und öfter unter Schmerzen und Beschwerden zu leiden als andere Kinder ihres Alters.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁸ Die Schulnoten meiner anderen Kinder leiden auf-grund der Krankheit des einen Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
²⁹ Die Krankheit des einen Kindes macht den anderen Kindern Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³⁰ Durch die besonderen Bedürfnisse des kranken Kin-des kommt es zwischen den anderen Kindern zu Streitereien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³¹ Durch die Krankheit des einen Kindes sorge ich mich ständig um die Gesundheit der anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³² Es ist schwer, den anderen Kindern genügend Aufmerksamkeit zu schenken, weil mein krankes Kind mich so sehr in Anspruch nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³³ Um die medizinischen Kosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³⁴ Ich muss meine Arbeitszeit verkürzen, weil ich mich um mein krankes Kind kümmern muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³⁵ Die Krankheit verursacht der Familie finanzielle Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³⁶ Durch Termine im Krankenhaus geht Arbeitszeit verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³⁷ Wegen der Krankheit denke ich darüber nach, keine weiteren Kinder zu bekommen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³⁸ Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
³⁹ Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen, was für mein krankes Kind gut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁰ Ich mache mir Sorgen, was in Zukunft mit meinem Kind sein wird (wenn es erwachsen ist und ich nicht mehr da bin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴¹ Manchmal frage ich mich, ob ich mein krankes Kind „anders“ als ein normales Kind behandeln soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
⁴² Mein Lebenspartner und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴³ Wir stehen uns wegen der gemeinsamen Erfahrung als Familie näher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁴ Wir versuchen unser Kind so zu behandeln, als wäre es ein ganz „normales“ Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankenhausaufenthalte

⁴⁵ Hatte Ihr Kind in den zurückliegenden 12 Monaten bzw. falls Ihr Kind erst seit weniger als einem Jahr an TransFit teilnimmt seit Teilnahmebeginn mindestens einen Krankenhausaufenthalt? Gemeint sind nur die Krankenhausaufenthalte, in denen das Kind auch über Nacht im Krankenhaus war.

ja
 nein
 ich weiß es nicht

Falls Ja:

⁴⁶ Wie viele Krankenhausaufenthalte waren das insgesamt für Ihr Kind in den letzten 12 Monaten bzw. seit Teilnahmebeginn.
Hinweis: Bei Befragung im März 2019 sind damit dann beispielsweise alle Krankenhaüsfälle zwischen März 2018 und März 2019 gemeint.

Sie haben angegeben, dass Ihr Kind in den letzten 12 Monaten bzw. seit Teilnahmebeginn im Krankenhaus war. Im Folgenden möchten wir gerne mehr über diese KH Aufenthalte erfahren.
Hinweis an das Fallmanagement: Bitte Einschlussdiagnose nennen.

Denken Sie bitte an den ersten/den einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

⁴⁷ Wie viele Nächte hat Ihr Kind im Krankenhaus verbracht?

⁴⁸ Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt?

Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung
 Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall
 Sonstiges: und zwar:.....
 ich weiß es nicht

⁴⁹ Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass?

Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar.....
 Ein anderer Behandlungsanlass und zwar.....
 ich weiß es nicht

Denken Sie bitte an den zweiten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

⁵⁰ Wie viele Nächte hat Ihr Kind im Krankenhaus verbracht?

⁵¹ Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt?

- Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung
- Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall
- Sonstiges: und zwar:.....
- ich weiß es nicht

⁵² Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass?

- Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar.....
- Ein anderer Behandlungsanlass und zwar.....
- ich weiß es nicht

Denken Sie bitte an den dritten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

⁵³ Wie viele Nächte hat Ihr Kind im Krankenhaus verbracht?

⁵⁴ Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt?

- Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung
- Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall
- Sonstiges: und zwar:.....
- ich weiß es nicht

⁵⁵ Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass?

- Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar.....
- Ein anderer Behandlungsanlass und zwar.....
- ich weiß es nicht

Wir freuen uns sehr, dass Sie an TransFit teilgenommen haben. Zum Abschluss möchten wir noch von Ihnen wissen, wie Sie Ihre Erfahrungen mit dem Fallmanagement und den eingesetzten Kommunikationsmitteln (Telefon, APP, Videotelefonie) bewerten. Es geht dabei um Ihre persönliche Einschätzung, es gibt keine richtigen und falschen Antworten.

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme voll und ganz zu
⁵⁶ Die Unterstützung des Fallmanagements war für meinen Umgang mit der Erkrankung meines Kindes sehr hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
⁵⁷ Durch die Unterstützung des Fallmanagements konnte ich durch die Erkrankung meines Kindes entstandene Probleme leichter lösen.	<input type="checkbox"/>				
⁵⁸ Durch die Unterstützung des Fallmanagements habe ich viel gelernt im Umgang mit der Erkrankung meines Kindes.	<input type="checkbox"/>				
⁵⁹ Mein Kind hat durch das Fallmanagement einen selbstständigeren Umgang mit der eigenen Erkrankung gelernt.	<input type="checkbox"/>				
⁶⁰ Es ist mir sehr leicht gefallen, ein Vertrauensverhältnis zu unserer Fallmanagerin/ unserem Fallmanager aufzubauen	<input type="checkbox"/>				
⁶¹ Unsere Fallmanagerin/ unser Fallmanager hat sich genügend Zeit genommen, um mit uns Probleme zu besprechen.	<input type="checkbox"/>				
⁶² Die Möglichkeit mit dem Fallmanagement über eine APP zu kommunizieren hat den Austausch sehr erleichtert.	<input type="checkbox"/>				
⁶³ Die Möglichkeit mit dem Fallmanagement über Videotelefonie kommunizieren zu können war sehr hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
⁶⁴ Mir war es am liebsten, mit dem Fallmanagement einfach zu telefonieren.	<input type="checkbox"/>				
⁶⁵ Ich würde die Teilnahme an TransFit befreundeten Familien empfehlen.	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Befragung im Rahmen der Evaluation von TransFit

Zunächst haben wir ein paar Fragen zu deiner Person.

<p>¹ Bist du ...</p> <p><input type="checkbox"/> weiblich</p> <p><input type="checkbox"/> männlich</p>
<p>² Wann bist du geboren?</p> <p>_____</p> <p>Tag Monat Jahr</p>
<p>³ Gehst du noch zur Schule?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja:</p>
<p>⁴ In welchem Bundesland gehst Du zur Schule?</p> <p><input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein</p> <p><input type="checkbox"/> Hamburg</p> <p><input type="checkbox"/> Niedersachsen</p> <p><input type="checkbox"/> Bremen</p> <p><input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen</p> <p><input type="checkbox"/> Hessen</p> <p><input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz</p> <p><input type="checkbox"/> Baden-Württemberg</p> <p><input type="checkbox"/> Bayern</p> <p><input type="checkbox"/> Saarland</p> <p><input type="checkbox"/> Berlin</p> <p><input type="checkbox"/> Brandenburg</p> <p><input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern</p> <p><input type="checkbox"/> Sachsen</p> <p><input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt</p> <p><input type="checkbox"/> Thüringen</p>
<p>⁵ Auf welche Schule gehst du?</p> <p><input type="checkbox"/> Grundschule</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschule</p> <p><input type="checkbox"/> Realschule</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/> Etc. (Bundeslandabhängig)</p>

⁶ In welche Klasse gehst du?

In die ____ Klasse

Falls nein:

⁷ Wenn Du nicht mehr zur Schule gehst, welchen Schulabschluss hast Du erreicht?

Schultyp: _____

Klassenstufe: _____

⁸ Was machst du jetzt?

Ausbildung

Arbeit

Praktikum

Freies Soziales/Ökologisches Jahr

Arbeitslos

Allgemeine Lebensqualität

KINDL^R, Version 14-17 (Ravens-Sieberer et al., 1998) (Lizenzen beachten)

Wir möchten gerne wissen, wie es dir zurzeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten dich um deine Antwort.

- Lies bitte jede Frage durch,
- überlege, wie es in der letzten Woche war,
- kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die am besten zu dir passt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wichtig ist uns deine Meinung.

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
Zuerst möchten wir etwas über deinen Körper wissen,					
In der letzten Woche					
⁹ habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>				
¹⁰ ... hatte ich Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
¹¹ ... war ich müde und erschöpft	<input type="checkbox"/>				
¹² ... hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>				
... dann etwas darüber, wie du dich fühlst ...					
¹³ ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>				
¹⁴ ... war mir langweilig	<input type="checkbox"/>				
¹⁵ ... habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>				
¹⁶ ... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="checkbox"/>				
... und was du selbst von dir hältst ...					
¹⁷ ... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>				
¹⁸ ... fühlte ich mich wohl in meiner Haut	<input type="checkbox"/>				
¹⁹ ... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>				
²⁰ ... hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>				

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
In den nächsten Fragen geht es um deine Familie ...					
²¹ ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>				
²² ... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>				
²³ ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>				
²⁴ ... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt	<input type="checkbox"/>				
... und danach um deine Freunde.					
²⁵ ... habe ich etwas mit Freunden zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
²⁶ ... bin ich bei anderen gut angekommen	<input type="checkbox"/>				
²⁷ ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>				
²⁸ ... hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>				
Nun möchten wir noch etwas über die Schule/Ausbildung wissen.					
²⁹ ... habe ich die Aufgaben in der Schule/Ausbildung gut geschafft	<input type="checkbox"/>				
³⁰ ... hat mich der Unterricht interessiert	<input type="checkbox"/>				
³¹ ... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>				
³² ... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="checkbox"/>				

Krankheitsspezifische Fragen

KINDL^R: (Ravens-Sieberer et al., 1998) Zusatzskala für chronische Erkrankungen Version 14-17 (Lizenz beachten)

Nun haben wir noch ein paar Fragen zu Deiner Erkrankung und wie Du in Deinem Alltag damit umgehst.

- Lese bitte jede Frage durch,
- überlege, wie es in der letzten Woche war,
- kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die am besten zu dir passt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wichtig ist uns deine Meinung.

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
In der letzten Woche					
³³ ... hatte ich Angst, meine Erkrankung könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>				
³⁴ ... war ich wegen meiner Erkrankung traurig	<input type="checkbox"/>				
³⁵ ... kam ich mit meiner Erkrankung gut zurecht	<input type="checkbox"/>				
³⁶ ... behandelten mich meine Eltern wegen der Erkrankung wie ein kleines Kind	<input type="checkbox"/>				
³⁷ ... wollte ich, dass keiner etwas von meiner Erkrankung merkt	<input type="checkbox"/>				
³⁸ ... habe ich wegen der Erkrankung in der Schule/Ausbildung etwas verpasst	<input type="checkbox"/>				

Illness Management Survey (Logan et al., 2003)

Inwiefern würdest Du sagen, dass die folgenden Aussagen auf Dich zutreffen?

Auch hier wollen wir Deine Meinung wissen und es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
³⁹ Meine Behandlung verursacht körperliche Veränderungen, die ich wirklich nicht mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁰ Die Ärzte scheinen nicht zu verstehen, wie sehr meine Behandlung wichtige Dinge in meinem Leben beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
41 Meine Behandlung hat Nebenwirkungen, die ich wirklich nicht mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Wenn ich meinen Behandlungsplan einhalte, habe ich körperliche Schmerzen und fühle mich nicht wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Ich habe Schwierigkeiten zu verstehen, was die Ärzte mir sagen, was ich für meine Behandlung tun muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Mit meiner Krankheit ist einfacher umzugehen als mit vielen anderen Krankheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Manchmal kann ich mir nicht merken, was ich alles wegen meiner Krankheit tun soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Wenn es Änderungen in meinem Behandlungsplan gibt, verwirrt mich das manchmal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Es ist für mich schwierig organisiert genug zu bleiben, um den Überblick über meine Medikamente oder andere Dinge bezüglich meiner Krankheit zu behalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Wenn ich ängstlich oder nervös wegen etwas bin, ist es schwierig meinen Behandlungsplan einzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Es ist schwer für mich Dinge sorgfältig zu planen, weshalb ich es manchmal nicht schaffe meinem Behandlungsplan einzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Mein Behandlungsplan braucht sehr viel Zeit und Mühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Ich verstehe, was ich machen soll, um mit meiner Krankheit umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Die Ärzte erklären mir die Dinge sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 Meine Familie unterstützt mich sehr, um mir bei der Einhaltung meines Behandlungsplans zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 Meine Ärzte sind freundlich und man kann gut mit ihnen reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 Wenn ich für mich selbst Sorge und meinen Behandlungsplan einhalte, wird meine Gesundheit besser werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 Die Ärzte sind zu beschäftigt oder gestresst, um mit mir über meine Krankheit und meine Behandlung zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
⁵⁷ Ich weigere mich Zeit mit Freunden aufzugeben, um mich um meine Krankheit zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁸ Es würde mir nichts Schlimmes passieren, wenn ich meinen Behandlungsplan nicht einhalte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁹ Ich vertraue den Ärzten und Krankenschwestern/-pflegern nicht immer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶⁰ Ich versuche zu vergessen, dass ich eine Krankheit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶¹ Die Ärzte behandeln mich wie ein kleines Kind, das sich nicht um sich selbst kümmern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶² Es stört mich nicht, wenn meine Freunde meine Krankheit an-sprechen oder mir Fragen dazu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶³ Ich möchte nicht, dass meine Freunde von meiner Krankheit wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶⁴ Keiner meiner Freunde muss damit klarkommen, warum ich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶⁵ Meine Familie versteht nicht, wie es ist, mit meiner Krankheit zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankenhausaufenthalte

⁶⁶ Hattest Du in den zurückliegenden 12 Monaten mindestens einen Krankenhausaufenthalt? Gemeint sind nur die Krankenhausaufenthalte, in denen Du auch über Nacht im Krankenhaus warst.

ja
 nein
 ich weiß es nicht

Falls Ja:

⁶⁷ Wie viele Krankenhausaufenthalte waren das insgesamt in den letzten 12 Monaten.
Hinweis: Bei Befragung im März 2019 sind damit dann beispielsweise alle Krankenhaufälle zwischen März 2018 und März 2019 gemeint.

Du hast angegeben, dass Du Kind in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus warst. Im Folgenden möchten wir gerne mehr über diese KH Aufenthalte erfahren.

Hinweis an das Fallmanagement: Bitte Einschlussdiagnose nennen.

Denk bitte an den ersten/den einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

68	Wie viele Nächte hast Du im Krankenhaus verbracht?
69	Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
70	Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass? <input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar..... <input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht

Denk bitte an den zweiten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

71	Wie viele Nächte hast Du im Krankenhaus verbracht?
72	Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
73	Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass? <input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar..... <input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht

Denk Sie bitte an den dritten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

74	Wie viele hast Du im Krankenhaus verbracht?
75	Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
76	Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass? <input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar..... <input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

Befragung im Rahmen der Evaluation von TransFit

Zunächst haben wir ein paar Fragen zu deiner Person.

<p>¹ Bist du ...</p> <p><input type="checkbox"/> weiblich</p> <p><input type="checkbox"/> männlich</p>
<p>² Wann bist du geboren?</p> <p>_____</p> <p>Tag Monat Jahr</p>
<p>³ Gehst du noch zur Schule?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja:</p>
<p>⁴ In welchem Bundesland gehst Du zur Schule?</p> <p><input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein</p> <p><input type="checkbox"/> Hamburg</p> <p><input type="checkbox"/> Niedersachsen</p> <p><input type="checkbox"/> Bremen</p> <p><input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen</p> <p><input type="checkbox"/> Hessen</p> <p><input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz</p> <p><input type="checkbox"/> Baden-Württemberg</p> <p><input type="checkbox"/> Bayern</p> <p><input type="checkbox"/> Saarland</p> <p><input type="checkbox"/> Berlin</p> <p><input type="checkbox"/> Brandenburg</p> <p><input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern</p> <p><input type="checkbox"/> Sachsen</p> <p><input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt</p> <p><input type="checkbox"/> Thüringen</p>
<p>⁵ Auf welche Schule gehst du?</p> <p><input type="checkbox"/> Grundschule</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschule</p> <p><input type="checkbox"/> Realschule</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/> Etc. (Bundeslandabhängig)</p>

⁶ In welche Klasse gehst du?

In die ____ Klasse

Falls nein:

⁷ Wenn Du nicht mehr zur Schule gehst, welchen Schulabschluss hast Du erreicht?

Schultyp: _____

Klassenstufe: _____

⁸ Was machst du jetzt?

Ausbildung

Arbeit

Praktikum

Freies Soziales/Ökologisches Jahr

Arbeitslos

Allgemeine Lebensqualität

KINDL^R, Version 14-17 (Ravens-Sieberer et al., 1998) (Lizenzen beachten)

Wir möchten gerne wissen, wie es dir zurzeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten dich um deine Antwort.

- Lies bitte jede Frage durch,
- überlege, wie es in der letzten Woche war,
- kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die am besten zu dir passt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wichtig ist uns deine Meinung.

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
Zuerst möchten wir etwas über deinen Körper wissen,					
In der letzten Woche					
⁹ habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>				
¹⁰ ... hatte ich Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
¹¹ ... war ich müde und erschöpft	<input type="checkbox"/>				
¹² ... hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>				
... dann etwas darüber, wie du dich fühlst ...					
¹³ ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>				
¹⁴ ... war mir langweilig	<input type="checkbox"/>				
¹⁵ ... habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>				
¹⁶ ... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="checkbox"/>				
... und was du selbst von dir hältst ...					
¹⁷ ... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>				
¹⁸ ... fühlte ich mich wohl in meiner Haut	<input type="checkbox"/>				
¹⁹ ... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>				
²⁰ ... hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>				

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
In den nächsten Fragen geht es um deine Familie ...					
²¹ ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>				
²² ... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>				
²³ ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>				
²⁴ ... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt	<input type="checkbox"/>				
... und danach um deine Freunde.					
²⁵ ... habe ich etwas mit Freunden zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
²⁶ ... bin ich bei anderen gut angekommen	<input type="checkbox"/>				
²⁷ ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>				
²⁸ ... hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>				
Nun möchten wir noch etwas über die Schule/Ausbildung wissen.					
²⁹ ... habe ich die Aufgaben in der Schule/Ausbildung gut geschafft	<input type="checkbox"/>				
³⁰ ... hat mich der Unterricht interessiert	<input type="checkbox"/>				
³¹ ... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>				
³² ... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="checkbox"/>				

Krankheitsspezifische Fragen

KINDL^R: (Ravens-Sieberer et al., 1998) Zusatzskala für chronische Erkrankungen Version 14-17 (Lizenz beachten)

Nun haben wir noch ein paar Fragen zu Deiner Erkrankung und wie Du in Deinem Alltag damit umgehst.

- Lese bitte jede Frage durch,
- überlege, wie es in der letzten Woche war,
- kreuze in jeder Zeile die Antwort an, die am besten zu dir passt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wichtig ist uns deine Meinung.

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
In der letzten Woche					
³³ ... hatte ich Angst, meine Erkrankung könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>				
³⁴ ... war ich wegen meiner Erkrankung traurig	<input type="checkbox"/>				
³⁵ ... kam ich mit meiner Erkrankung gut zurecht	<input type="checkbox"/>				
³⁶ ... behandelten mich meine Eltern wegen der Erkrankung wie ein kleines Kind	<input type="checkbox"/>				
³⁷ ... wollte ich, dass keiner etwas von meiner Erkrankung merkt	<input type="checkbox"/>				
³⁸ ... habe ich wegen der Erkrankung in der Schule/Ausbildung etwas verpasst	<input type="checkbox"/>				

Illness Management Survey (Logan et al., 2003)

Inwiefern würdest Du sagen, dass die folgenden Aussagen auf Dich zutreffen?

Auch hier wollen wir Deine Meinung wissen und es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
³⁹ Meine Behandlung verursacht körperliche Veränderungen, die ich wirklich nicht mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁰ Die Ärzte scheinen nicht zu verstehen, wie sehr meine Behandlung wichtige Dinge in meinem Leben beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
⁴¹ Meine Behandlung hat Nebenwirkungen, die ich wirklich nicht mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴² Wenn ich meinen Behandlungsplan einhalte, habe ich körperliche Schmerzen und fühle mich nicht wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴³ Ich habe Schwierigkeiten zu verstehen, was die Ärzte mir sagen, was ich für meine Behandlung tun muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁴ Mit meiner Krankheit ist einfacher umzugehen als mit vielen anderen Krankheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁵ Manchmal kann ich mir nicht merken, was ich alles wegen meiner Krankheit tun soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁶ Wenn es Änderungen in meinem Behandlungsplan gibt, verwirrt mich das manchmal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁷ Es ist für mich schwierig organisiert genug zu bleiben, um den Überblick über meine Medikamente oder andere Dinge bezüglich meiner Krankheit zu behalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁸ Wenn ich ängstlich oder nervös wegen etwas bin, ist es schwierig meinen Behandlungsplan einzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁴⁹ Es ist schwer für mich Dinge sorgfältig zu planen, weshalb ich es manchmal nicht schaffe meinem Behandlungsplan einzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁰ Mein Behandlungsplan braucht sehr viel Zeit und Mühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵¹ Ich verstehe, was ich machen soll, um mit meiner Krankheit umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵² Die Ärzte erklären mir die Dinge sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵³ Meine Familie unterstützt mich sehr, um mir bei der Einhaltung meines Behandlungsplans zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁴ Meine Ärzte sind freundlich und man kann gut mit ihnen reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁵ Wenn ich für mich selbst Sorge und meinen Behandlungsplan einhalte, wird meine Gesundheit besser werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁶ Die Ärzte sind zu beschäftigt oder gestresst, um mit mir über meine Krankheit und meine Behandlung zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
⁵⁷ Ich weigere mich Zeit mit Freunden aufzugeben, um mich um meine Krankheit zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁸ Es würde mir nichts Schlimmes passieren, wenn ich meinen Behandlungsplan nicht einhalte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁵⁹ Ich vertraue den Ärzten und Krankenschwestern/-pflegern nicht immer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶⁰ Ich versuche zu vergessen, dass ich eine Krankheit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶¹ Die Ärzte behandeln mich wie ein kleines Kind, das sich nicht um sich selbst kümmern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶² Es stört mich nicht, wenn meine Freunde meine Krankheit an-sprechen oder mir Fragen dazu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶³ Ich möchte nicht, dass meine Freunde von meiner Krankheit wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶⁴ Keiner meiner Freunde muss damit klarkommen, warum ich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⁶⁵ Meine Familie versteht nicht, wie es ist, mit meiner Krankheit zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankenhausaufenthalte

⁶⁶ Hattest Du in den zurückliegenden 12 Monaten bzw. falls Du erst seit weniger als einem Jahr an TransFit teilnimmst seit Deinem Teilnahmebeginn mindestens einen Krankenhausaufenthalt? Gemeint sind nur die Krankenhausaufenthalte, in denen Du auch über Nacht im Krankenhaus warst.

ja
 nein
 ich weiß es nicht

Falls Ja:

⁶⁷ Wie viele Krankenhausaufenthalte waren das insgesamt in den letzten 12 Monaten bzw. seit Teilnahmebeginn.
Hinweis: Bei Befragung im März 2019 sind damit dann beispielsweise alle Krankenhausfälle zwischen März 2018 und März 2019 gemeint.

Du hast angegeben, dass Du Kind in den letzten 12 Monaten bzw. seit Teilnahmebeginn im Krankenhaus warst. Im Folgenden möchten wir gerne mehr über diese KH Aufenthalte erfahren.
Hinweis an das Fallmanagement: Bitte Einschlussdiagnose nennen.

Denk bitte an den ersten/den einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

68	Wie viele Nächte hast Du im Krankenhaus verbracht?
69	Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
70	Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass? <input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar..... <input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht

Denk bitte an den zweiten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

71	Wie viele Nächte hast Du im Krankenhaus verbracht?
72	Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
73	Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass? <input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar..... <input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht

Denk Sie bitte an den dritten der Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten

74	Wie viele hast Du im Krankenhaus verbracht?
75	Wie kam es zu dem Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war geplant und Teil einer Behandlung <input type="checkbox"/> Der Aufenthalt war nicht geplant, sondern es war ein Notfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: und zwar:..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
76	Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? Eine der Erkrankung, die den Einschluss in TransFit begründet oder ein anderer Behandlungsanlass? <input type="checkbox"/> Eine der Erkrankungen, die den Einschluss in TransFit begründet und zwar..... <input type="checkbox"/> Ein anderer Behandlungsanlass und zwar..... <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht

Wir freuen uns sehr, dass Du an TransFit teilgenommen hast. Zum Abschluss möchten wir noch von Dir wissen, wie Du Deine Erfahrungen mit dem Fallmanagement und den eingesetzten Kommunikationsmitteln (Telefon, APP, Videotelefonie) bewertest. Es geht dabei um Deine persönliche Einschätzung, es gibt keine richtigen und falschen Antworten.

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme voll und ganz zu
⁷⁷ Die Unterstützung des Fallmanagements war für meinen Umgang mit meiner Erkrankung sehr hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
⁷⁸ Durch die Unterstützung des Fallmanagements konnte ich durch die Erkrankung entstandene Probleme leichter lösen	<input type="checkbox"/>				
⁷⁹ Durch die Unterstützung des Fallmanagements habe ich viel gelernt im Umgang mit meiner Erkrankung.	<input type="checkbox"/>				
⁸⁰ Ich habe durch das Fallmanagement einen selbstständigeren Umgang mit meiner Erkrankung gelernt.	<input type="checkbox"/>				
⁸¹ Es ist mir sehr leicht gefallen, ein Vertrauensverhältnis zu meiner Fallmanagerin/ meinem Fallmanager aufzubauen.	<input type="checkbox"/>				
⁸² Meine Fallmanagerin/ mein Fallmanager hat sich genügend Zeit genommen, um mit mir Probleme zu besprechen.	<input type="checkbox"/>				
⁸³ Die Möglichkeit mit dem Fallmanagement über eine APP zu kommunizieren hat den Austausch sehr erleichtert.	<input type="checkbox"/>				
⁸⁴ Die Möglichkeit mit dem Fallmanagement über Videotelefonie kommunizieren zu können war sehr hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
⁸⁵ Mir war es am liebsten, mit dem Fallmanagement einfach zu telefonieren.	<input type="checkbox"/>				
⁸⁶ Ich würde die Teilnahme an TransFit Freunden empfehlen.	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

Zuweisung der TN in das Programm	
	<p>Im Rahmen der Indikationsstellung stellt der behandelnde Kinder- und Jugendarzt eine Einschussdiagnose und präzisiert den Auftrag an das FM. Bitte beschreiben Sie uns kurz, inwieweit Ihnen diese Informationen zu Programmbeginn vorliegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose? - Besonderer Versorgungsbedarf?
	<p>Beim ersten Kontakt mit den Familien, welche Erwartungen/ Vorstellung von den Leistungen durch das TransFit FM haben die Familien?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was wurde vom Arzt vorab erläutert? - Welche Vorstellungen haben die Eltern? - Was erwarten die Jugendlichen? - Ist den Familien klar, worum es bei TransFit gehen soll?
Abstimmungsprozess zur weiteren Vorgehensweise	
	<p>Sie führen mit den Eltern bzw. den Jugendlichen ein Eingangsassessment durch. Im Anschluss daran wird das weitere Vorgehen verabredet. Wer ist in diesem Prozess der Impulsgeber?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendarzt gibt Impuls über die Familien ein - Eltern äußern spontan Unterstützungsbedarf - Jugendliche äußern Bedarfe - FM schlägt Unterstützung vor/ Standartvorgehen?
	<p>Auf Basis welcher Kriterien wird ein TransFit Versorgungspfad festgelegt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung/Begleitung – Welche Frequenz? - Transitionsprozess
Begleitung der Familien	
	<p>Werden individuell nächste Kontakte mit den Familien bzw. Jugendlichen festgelegt oder gibt es einen festen Rhythmus?</p>
	<p>Wie gestalten sich die Kontakte?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur Anlassbezogen? - Gibt es auch Kontaktaufnahmen durch die Eltern/ durch die Jugendlichen? - Welche Kontaktkanäle werden genutzt? App/Telefon/Videotelefonie?
	<p>Tauchen im Rahmen der Begleitung weitere Versorgungsbedarfe auf?</p>

Austausch/ Kontakt zu den Kinder- und Jugendärzten.	
	<p>Teil der Leistung L-01 ist auch der Austausch der Kinder- und Jugendärzte mit dem FM. In welchem Umfang hat dieser Austausch stattgefunden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zu welchen Anlässen hat Austausch stattgefunden? Übergabe/Abchluss? - Lassen sich bestimmte Konstellationen erkennen, in denen es mehr oder weniger Austausch gegeben hat? - Hätten Sie sich mehr oder weniger Austausch gewünscht?
Abbrüche der TN an TransFit	
	<p>Eine nennenswert große Anzahl an Teilnahme-Abbrüchen gab es direkt im Anschluss an L-01. Was waren Ihrer Einschätzung nach die Gründe dafür?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besonderer Konstellationen? - Erwartungen an das Programm?
	<p>Auch direkt im Anschluss an L-02 (Eingangsassessment) gab es eine Reihe von TN Abbrüchen. Was waren Ihrer Einschätzung nach die Gründe dafür?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie äußerte sich der Wunsch nicht weiter teilnehmen zu wollen? - Von wem geht der Impuls aus? Eltern? Jugendliche? - Gibt es besonderer Konstellationen, die den Abbruch begünstigen - Gab es Konstellationen, in denen ein Abbruch verhindert wurde?
	<p>Gibt es besondere Faktoren, die das Einhalten des verabredeten Versorgungspfades beeinflussen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besonderer familiäre Konstellationen; Eltern/ Jugendliche - Förderliche/ Hinderliche Faktoren/ Konstellationen - Besonderer Versorgungssituationen - Besonderer Krankheitsverläufe
Schulungen	
	<p>Im Rahmen von TransFit ist die Vermittlung und Organisation von Transitionsschulungen als eine Teilleistung vorgesehen? Was waren Ihrer Einschätzung nach Gründe, warum diese Teilleistung nicht erbracht wurde?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisatorische Gründe? Zu Projektbeginn/ zu Projektende - Zu unterschiedliche Bedarfe der Jugendlichen? - Teilnahmebereitschaft?
	<p>Gab es Aktivitäten des FM, die den Schulungs- oder Informationsbedarf individuell gedeckt haben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung/ Aufklärung/ Vermittlung <p>Welchen zusätzlichen Nutzen für die Jugendlichen hätten Ihrer Einschätzung nach die Schulungen innerhalb von TransFit gehabt?</p>

	- Für wen in welcher Konstellation von besonderem Nutzen?
Zum Abschluss	
	Gibt es Ihrer Einschätzung nach Personengruppen, die von TransFit besonders profitieren haben? <ul style="list-style-type: none">- Familiäre Konstellationen- Arzt/Patienten Konstellationen- Krankheitsverläufe- Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe- Besondere Lebenssituationen

Datenanforderung für die Evaluation des Projekts TransFIT

Version 1.0

U4080

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

www.iges.com

Datenanforderung TransFIT
für alle teilnehmenden Krankenkassen

Berlin, 8. Oktober 2020

Inhalt

1.	Allgemeine Festlegungen	6
1.1	Studienpopulation	6
1.2	Einschlussdiagnosen und Indikationsgruppen	9
1.3	Vorgehen Propensity Score Matching	10
1.4	Nach Abschluss des Verfahrens liegen IGES die Daten der TransFIT-Programmteilnehmer sowie die Daten einer gleich großen Anzahl von Vergleichsversicherten vor.Umfang, Zeitpunkt und Zeitraum der Datenbereitstellung	11
1.5	Pseudonymisierung und Identifikation von Interventions- und Kontrollgruppe	12
1.6	Erforderliche Datenkörper	14
1.7	Datenübermittlung	14
2.	Schnittstellenbeschreibung	15
2.1	Versichertenstammdaten	15
2.2	Programmeinschreibung	18
2.3	Krankenhausbehandlung	23
2.4	Arzneimittel	28
2.5	Ambulante ärztliche Leistungen auf Basis der Einzelfallnachweise	30
2.6	Heilmittel	36
2.7	Hilfsmittel	38
3.	Anhang	39
A1	Schlüssel: Diagnoseart	41
A2	Schlüssel: Aufnahmeanlass	42
A3	Schlüssel: Entlassungs-/Verlegungsgrund	44
A4	TransFit Indikationsgruppenzuordnung	46
Tabellen		4

Tabellen

Tabelle 2:	[211_transfit_v_stamm_<Kodierung>.csv]	15
Tabelle 3:	[212_transfit_v_vz_<Kodierung>.csv]	16
Tabelle 4:	[213_transfit_v_dmp_<Kodierung>.csv]	17
Tabelle 3:	[214_transfit_v_einschreibung_<Kodierung>.csv]	18
Tabelle 4:	[215_transfit_v_einschlussdiagnose_<Kodierung>.csv]	22
Tabelle 5:	[221_transfit_kh_fall_<Kodierung>.csv]	23
Tabelle 6:	[222_transfit_kh_ops_<Kodierung>.csv]	24
Tabelle 7:	[223_transfit_kh_diag_<Kodierung>.csv]	25
Tabelle 8:	[224_transfit_kh_drg_<Kodierung>.csv]	26
Tabelle 9:	[225_transfit_kh_entg_<Kodierung>.csv]	27
Tabelle 10:	[231_transfit_am_verord_<Kodierung>.csv]	28
Tabelle 11:	[241_transfit_a_fall_<Kodierung>.csv]	31
Tabelle 12:	[242_transfit_a_diag_<Kodierung>.csv]	32
Tabelle 13:	[243_transfit_a_gop_<Kodierung>.csv]	33
Tabelle 14:	[244_transfit_a_ops_<Kodierung>.csv]	35
Tabelle 15:	[251_transfit_HE_verord_<Kodierung>.csv]	36
Tabelle 16:	[252_transfit_HM_verord_<Kodierung>.csv]	38
Tabelle 17:	Diagnoseart	41
Tabelle 18:	Aufnahmearbeit Krankenhausbehandlung	42
Tabelle 19:	Aufnahmearbeit Krankenhausbehandlung	44

1. Allgemeine Festlegungen

1.1 Studienpopulation

Eingeschlossen werden alle Versicherte, die im Zeitraum 01.08.2017 bis 31.12.2019 in TransFIT eingeschrieben wurden und mindestens einen Tag an TransFIT teilgenommen haben. Darüber hinaus besteht die Studienpopulation aus Versicherten, die die Indikationsvoraussetzungen für die Teilnahme an TransFIT erfüllen. Die Studienpopulation gliedert sich in drei Teilgruppen:

1. Teilgruppe 1: Interventionsgruppe

Programmtteilnehmern von TransFIT

2. Teilgruppe 2: Pool der potenziellen Teilnehmer an TransFIT

Versicherte, die die Indikationsvoraussetzungen für die Teilnahme an TransFIT erfüllen und die in einer aktiven TransFIT-Praxis behandelt wurden bzw. werden, die aber nicht an TransFIT teilnehmen oder teilgenommen haben. Bei aktiven TransFIT-Praxen handelt es sich um Arztpraxen, die an TransFIT teilnehmen (eingeschrieben sind) und innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens einen Versicherten in das Programm eingeschrieben haben. Versicherte der Teilgruppe 2 werden im Rahmen des Matchingverfahrens verwendet, um die Parameter der Regressionsgleichung des Selektionsmodells für die Programmteilnahme zu schätzen.

3. Teilgruppe 3: Pool von potenziellen Vergleichsversicherten

Versicherte, die die Indikationsvoraussetzungen für die Teilnahme an TransFIT erfüllen, aber nicht in einer aktiven TransFIT-Praxis behandelt wurden bzw. werden und daher nicht an TransFIT teilnehmen können. Bei aktiven TransFIT-Praxen handelt es sich um Arztpraxen, die an TransFIT teilnehmen (eingeschrieben sind) und innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens einen Versicherten in das Programm eingeschrieben haben. Diese Teilgruppe wird im Rahmen des Matchingverfahrens verwendet, die Vergleichsversicherten/Kontrollgruppe zu bestimmen.

Die drei Teilgruppen werden nach den folgenden Selektionskriterien ausgewählt:

1. Teilgruppe 1: Interventionsgruppe

- In die Studie TransFIT eingeschlossene Versicherte, die über die den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Einverständniserklärungen identifiziert werden.

2. Teilgruppe 2: Pool der potenziellen Teilnehmer an TransFIT

- Keine Teilnahme an TransFIT
 - Für den Versicherten existiert im Zeitraum 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens eine Trans-FIT-Einschlussdiagnose einer Trans-FIT-Indikationsgruppe im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung bei einem Kinderarzt (Facharztgruppe (34, 35, 36, 37, 38, 39) (Hausärztlich Pädiatrisch)). Berücksichtigt werden hierbei nur Diagnosen mit Diagnosesicherheit G (gesichert).
 - Mindestens eine der Einschlussdiagnosen einer Indikationsgruppe wurde von einem Kinderarzt aus einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis gestellt. Bei einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis handelt es sich um eine Arztpraxis, die an TransFIT teilnimmt (eingeschrieben ist) und innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens einen Versicherten in das Programm eingeschrieben hat.
 - Ab dem Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte bis zum Ende des Evaluationszeitraums am 31.12.2020 durchgängig versichert, oder ist innerhalb dieses Zeitraums verstorben. Das Datum der fiktiven Einschreibung ist das Datum, an dem eine (beliebige) Einschlussdiagnose der jeweiligen Trans-FIT-Indikationsgruppe erstmalig als gesicherte ambulante Diagnose gestellt wurde.
 - Zu Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte mindestens 13 Jahre alt.
 - Keine Teilnahme an einer selektivvertraglichen Versorgung im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose der Indikationsgruppe und keine Teilnahme am Berliner Transitionsprogramm im Zeitraum 01-04.2018 bis 31.12.2020.
 - Wohnort zum Zeitpunkt des Datenabzugs nicht im Ausland.
-

Anmerkung: Ein Versicherter kann ggfs. die Einschlussdiagnosen mehrerer Indikationsgruppen erfüllen. Pro Indikationsgruppe kann der Versicherte aber nur einmal die Einschlusskriterien erfüllen. Es gibt also möglicherweise pro Versicherten mehrere Datumsangaben, zu denen die Einschlusskriterien unterschiedlicher Indikationsgruppen erfüllt sind. Wenn irgendeine der Einschlussdiagnosen irgendeiner Trans-FIT-Indikationsgruppe von einer Trans-FIT-Vertragspraxis gestellt wurde, gehört der Versicherte zu Teilgruppe 2.

3. Teilgruppe 3: Pool der potenziellen Vergleichsversicherten

- Keine Teilnahme an TransFIT
 - Für den Versicherten existiert im Zeitraum 01.08.2017 bis 31.12.2019 (mindestens) eine Trans-FIT-Einschlussdiagnose einer Trans-FIT-Indikationsgruppe im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung bei einem Kinderarzt (Facharztgruppe (34, 35, 36, 37, 38, 39) (Hausärztlich Pädiatrisch)). Berücksichtigt werden hierbei nur Diagnosen mit Diagnosesicherheit G (gesichert).
 - Keine der Einschlussdiagnosen aller Trans-FIT-Indikationsgruppen wurde von einem Kinderarzt aus einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis gestellt. Bei einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis handelt es sich um eine Arztpraxis, die an TransFIT teilnimmt (eingeschrieben ist) und innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 mindestens einen Versicherten in das Programm eingeschrieben hat. D.h. alle Einschlussdiagnosen wurden von Kinderärzten gestellt, deren Arztpraxis nicht an TransFIT teilnehmen oder trotz Teilnahme an TransFIT innerhalb des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 keinen Versicherten in das Programm eingeschrieben hat.
 - Ab dem Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte bis zum Ende des Evaluationszeitraums am 31.12.2020 durchgängig versichert, oder ist innerhalb dieses Zeitraums verstorben. Das Datum der fiktiven Einschreibung ist das Datum, an dem eine (beliebige) Einschlussdiagnose der jeweiligen Indikationsgruppe erstmalig als gesicherte ambulante Diagnose gestellt wurde.
 - Zu Beginn des Leistungsquartals, in das die fiktive Einschreibung fällt, war der Versicherte mindestens 13 Jahre alt.
 - Keine Teilnahme an einer selektivvertraglichen Versorgung im Zusammenhang mit der Einschlussdiagnose der Indikationsgruppe im Zeitraum und keine Teilnahme am Berliner Transitionsprogramm 01.08.2017 bis 31.12.2020.
-

- Wohnort zum Zeitpunkt des Datenabzugs nicht im Ausland.

Anmerkung: Ein Versicherter kann ggfs. die Einschlussdiagnosen mehrerer Indikationsgruppen erfüllen. Pro Indikationsgruppe kann der Versicherte aber nur einmal die Einschlusskriterien erfüllen. Es gibt also möglicherweise pro Versicherten mehrere Datumsangaben, zu denen die Einschlusskriterien unterschiedlicher Indikationsgruppen erfüllt sind. Wenn keine der Einschlussdiagnosen aller Trans-FIT-Indikationsgruppen von einer Trans-FIT-Vertragspraxis gestellt wurde, gehört der Versicherte zu Teilgruppe 3.

1.2 Einschlussdiagnosen und Indikationsgruppen

Es bestehen 298 Einschlussdiagnosegruppen die insgesamt 24 Einschlussindikationsgruppen zugeordnet sind. Eine Liste aller Einschlussdiagnosegruppen sowie die Zuordnung zu Indikationsgruppen ist in der Zuordnungstabelle der dieser Datenanforderung beigefügten Datei *TransFIT_Indikationsgruppenzuordnung.xlsx* enthalten.

Die Zugehörigkeit eines Versicherten der Teilgruppe (1) (Programmteilnehmer) zu einer Indikationsgruppe wird durch IGES auf Basis der Auswertung der Daten der Falldokumentation ermittelt.

Die Zugehörigkeit der Versicherten der Teilgruppe (2) (Pool der potenziellen Teilnehmer an TransFIT) und der Teilgruppe (3) (Pool der potenziellen Vergleichsversicherten) zu einer Indikationsgruppe ergibt sich aus der fiktiven Einschlussdiagnose (siehe Aufgreifkriterien in Abschnitt 1.1) und der Zuordnungstabelle, die in der beigefügten Datei *TransFIT_Indikationsgruppenzuordnung.xlsx* enthalten ist.

Dabei ist zu beachten, dass ein Versicherter der Teilgruppe (2) und (3) möglicherweise mehreren Indikationsgruppen zugeordnet werden kann. Erfüllt ein Versicherter die Einschlusskriterien (siehe Abschnitt 1.1) mehrerer Indikationsgruppen, so werden für diesen Versicherten einmalig die Versichertenstammdaten in Tabelle 1 sowie Angaben zu Versicherungszeiten in Tabelle 2 und der DMP-Einschreibung in Tabelle 3 bereitgestellt. Für jede Indikationsgruppe, zu der ein Versicherter der Teilgruppe (2) oder (3) gemäß den Einschlusskriterien zugeordnet werden kann, werden Daten der Programmeinschreibung (Indikationsgruppe, Datum der frühesten Einschlussdiagnose etc.) in Tabelle 5 bereitgestellt.

1.3 Vorgehen Propensity Score Matching

Die Krankenkassen stellen IGES Daten von Versicherten der Teilgruppe 2 (potenzielle TransFIT-Teilnehmer) und Teilgruppe 3 (potenzielle Vergleichsversicherte) bereit. Der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Teilgruppen besteht darin, dass Versicherte der Teilgruppe 2 mindestens eine Trans-FIT-Einschlussdiagnose einer Indikationsgruppe aufweisen, die von einem Kinderarzt aus einer aktiven TransFIT-Vertragspraxis gestellt wurde. D.h. die Versicherten der Teilgruppe 2 hätten an TransFIT teilnehmen können, wenn die jeweiligen Ärzte der TransFIT-Vertragspraxen die Versicherten eingeschrieben hätten. Demgegenüber wurden die Einschlussdiagnosen aller Indikationsgruppen der Versicherten der Teilgruppe 3 durchgängig von Kinderärzten gestellt, deren Praxen nicht an TransFIT teilnehmen bzw. zwar formal in TransFIT eingeschrieben sind, jedoch im Verlauf des Interventionszeitraums vom 01.08.2017 bis 31.12.2019 keinen ihrer Patienten in das Programm eingeschrieben haben. D.h. Versicherte der Teilgruppe 3 hatten keine Möglichkeit, an TransFIT teilzunehmen, auch wenn sie die Indikationsvoraussetzungen erfüllt haben.

Die Daten der Versicherten der Teilgruppe 2 werden von IGES verwendet, um die Regressionsparameter des Selektionsmodells zu schätzen. Hierbei wird die Teilnahme an TransFIT auf Merkmale der Patientencharakteristik sowie der Leistungsanspruchnahme von TransFIT-Teilnehmern und Versicherten der Teilgruppe 2 regressiert.

Die Daten der Versicherten der Teilgruppe 3 werden von IGES verwendet, um eine Gruppe von Vergleichsversicherten (Kontrollgruppe) für die Evaluation von TransFIT zu bestimmen. Hierfür werden die ermittelten Regressionsparameter auf Merkmale der Patientencharakteristik sowie der Leistungsanspruchnahme von TransFIT-Teilnehmern und Versicherten der Teilgruppe 3 angewendet und für jeden Versicherten ein Propensity Score bestimmt. Auf Basis des Propensity Scores wird ein Zuordnungsverfahren (Matchingverfahren) durchgeführt, bei dem jedem TransFIT-Teilnehmer genau ein Versicherter der Teilgruppe 3 zugeordnet wird. Die von den Krankenkassen bereitgestellten Daten für die TransFIT-Programtteilnehmer sowie die Daten der im Rahmen des Zuordnungsverfahrens bestimmten Vergleichsgruppe/Kontrollgruppe werden von IGES verwendet, um den Effekt von TransFIT auf die im Evaluationskonzept festgelegten Outcomegrößen zu evaluieren.

Die Daten von Versicherten der Teilgruppe 2 sowie die Daten von Versicherten der Teilgruppe 3, die im Rahmen des Zuordnungsverfahrens keinem TransFIT-Programtteilnehmer zugeordnet werden und die daher nicht Bestandteil der Vergleichsgruppe/Kontrollgruppe sind, werden von IGES unmittelbar nach Durchführung des Zuordnungsverfahrens unwiderruflich gelöscht. Die Datenlöschung wird den beteiligten Krankenkassen mit Datenlieferung von Versicherten der Teilgruppen 2 und 3 unverzüglich mitgeteilt und schriftlich bestätigt.

1.4 Nach Abschluss des Verfahrens liegen IGES die Daten der TransFIT-ProgrammtTeilnehmer sowie die Daten einer gleich großen Anzahl von Vergleichsversicherten vor.Umfang, Zeitpunkt und Zeitraum der Datenbereitstellung

Der Zeitraum der Datenbereitstellung bezeichnet den Zeitraum, für den Daten der Studienpopulation bereitgestellt werden. Der Zeitpunkt der Datenbereitstellung bezeichnet den Termin, zum dem die Daten von den beteiligten Krankenkassen IGES zur Verfügung gestellt werden.

Die Daten für alle Teilgruppen werden in KW 2 im Jahr 2021 bereitgestellt.

Datenumfang Teilgruppe 1:

Es werden Daten zu allen in das Programm eingeschriebenen Versicherten bereitgestellt.

Datenumfang Teilgruppe 2 und 3:

Sofern verfügbar werden für jede Programmeinschreibung in eine Trans-FIT-Indikationsgruppe (Teilgruppe 1) mindestens zehn fiktive Einschreibungen der gleichen Indikationsgruppe in Teilgruppe 2 und weitere mindestens zehn fiktive Einschreibungen der gleichen Indikationsgruppe in Teilgruppe 3 bereitgestellt. Die Gesamtanzahl der Versicherten in Teilgruppe 2 beträgt das zehnfache der ProgrammtTeilnehmer aus Teilgruppe 1. Die Gesamtanzahl der Versicherten in Teilgruppe 3 beträgt ebenfalls das zehnfache der ProgrammtTeilnehmer aus Teilgruppe 1.

Die erforderliche Anzahl der Versicherten in Teilgruppe 2 und 3 ergibt sich demnach aus der Anzahl der eingeschriebenen ProgrammtTeilnehmer. Die erforderliche Anzahl an fiktiven Einschreibungen je Indikationsgruppe wird der Krankenkasse von IGES nach Auswertung der Verteilung der Indikationsgruppen der ProgrammtTeilnehmer auf Basis der Falldokumentation mitgeteilt, da der Krankenkasse die Einschussdiagnose der ProgrammtTeilnehmer nicht vorliegt.

Datenzeitraum Teilgruppe 1:

Der abgebildete Datenzeitraum richtet sich nach dem Leistungsquartal, in dem der Einschluss in TransFIT erfolgte. Bereitgestellt werden die Leistungsdaten aus den ab Abschnitt 2.3 dargestellten Leistungsbereichen für vier Leistungsquartale vor dem Leistungsquartal des Einschlusses und allen nachfolgenden Leistungsquartalen bis einschließlich 31.12.2020, soweit diese Daten vorliegen.

Datenzeitraum Teilgruppe 2 und 3:

Der abgebildete Datenzeitraum richtet sich nach dem Leistungsquartal, in dem die erste Einschlussdiagnose (=erstmalige Kodierung einer Einschlussdiagnose) gestellt wurde. Bereitgestellt werden die Leistungsdaten aus den ab Abschnitt XXX2.2 dargestellten Leistungsbereichen für vier Leistungsquartale vor dem Leistungsquartal des Einschlusses und allen nachfolgenden Leistungsquartalen bis einschließlich 31.12.2020, soweit diese Daten vorliegen.

Kriterium für die Bereitstellung der Leistungsdaten:

Maßgeblich für die Bereitstellung der stationären Krankenhausfälle (siehe Abschnitt 2.3) ist das Aufnahmedatum, für die Bereitstellung der Arzneimittelverordnungen (siehe Abschnitt 2.4) das Abgabedatum und für die Bereitstellung der ambulanten ärztlichen Leistungen (siehe Abschnitt 2.5) der Behandlungsbeginn des Behandlungsfalls und für die Bereitstellung der Heil- und Hilfsmitteldaten das Leistungsdatum. Bereitgestellt werden demnach alle Fälle, deren Aufnahmedatum bzw. Fallbeginn bzw. Abgabe- oder Leistungsdatum in den oben beschriebenen Datenzeitraum fallen.

Für die Bereitstellung der Versicherungszeiten (siehe Abschnitt 2.1) ist jedes Zeitintervall maßgeblich, das mindestens einen Tag innerhalb des Datenzeitraums aufweist. D.h. die Daten umfassen alle Versicherungszeiten, deren Zeitintervall von Beginn bis Ende der Versicherungszeit mindestens einen Tag innerhalb des Datenzeitraums aufweist.

1.5 Pseudonymisierung und Identifikation von Interventions- und Kontrollgruppe

Die Routinedaten werden pseudonymisiert an das IGES Institut geliefert. Es muss dabei kodiert werden, ob ein Versicherter Teil der Interventionsgruppe (Teilgruppe 1), des Pools der potenziellen TransFit-Teilnehmer (Teilgruppe 2) oder des Pools der potenziellen Vergleichsversicherten (Teilgruppe 3) ist. Dazu wird eine Variable V_Gruppe mit den Werten 1 = Interventionsgruppe (Teilgruppe 1), 2 = Pool der potenziellen TransFit-Teilnehmer (Teilgruppe 2) und 3 = Pool der potenziellen Vergleichsversicherten (Teilgruppe 3) in der Stammtabelle (siehe Abschnitt 2.1) belegt.

Für die Versicherten der Teilgruppe 1 (Programmteilnehmer) wird ein anderes Pseudonymisierungsverfahren angewendet als für Versicherte der Teilgruppe 2 (Pool der potenziellen Teilnehmer an TransFIT) und Teilgruppe 3 (Pool der potenziellen Vergleichsversicherten). Die Pseudonyme für Teilgruppe 1 (Programmteilnehmer) müssen mit den Befragungsdaten verknüpfbar sein, um die methodische Vorgehensweise bei der Evaluation des primären Outcomes (Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen) zu validieren.

Pseudonymisierung Teilgruppe 1 (Programmteilnehmer):

Die Krankenkasse erhält eine Liste mit Fragebogen-ID und eGK-Nummer der Programmteilnehmer von den DRK-Kliniken. Die Fragebogen-ID dient hierbei als Pseudonym. Die Bereitstellung der Daten an IGES erfolgt mit der Fragebogen-ID, so dass sich die bereitgestellten Stamm- und Leistungsdaten über die Fragebogen-ID den Erhebungsdatensätzen zuordnen lassen. Die Fragebogen-ID wird im Folgenden als Pseudo-ID bezeichnet.

Pseudonymisierung Teilgruppen 2 und 3 (Pool der potenziellen Teilnehmer an TransFIT und Pool der potenziellen Vergleichsversicherten):

Die eGK-Nummern der Versicherten werden durch ein von der Krankenkasse frei wählbares Pseudonymisierungsverfahren pseudonymisiert.

Die Datenanforderung zu den ambulanten ärztlichen Leistungen greift aktuell nur auf die EFN-Datensätze zurück, weil diese über eine technische Anlage kassenübergreifend einheitlich organisiert sind. Sollten TransFIT- oder Kontrollversicherte in Ihrer Kasse an Direktabrechnungsverfahren teilnehmen (selektivvertragliche Versorgung, Kostenerstattung u.a.), bitten wir um Kontaktaufnahme mit IGES, damit individuelle Lösungen für den Datenaustausch entwickelt werden können.

1.6 Erforderliche Datenkörper

Für die Versicherten der Studienpopulation soll das Versorgungsgeschehen während und nach der Teilnahme an TransFIT mittels Routine-daten abgebildet werden. Zu diesem Zweck definieren die nachfolgenden Tabellen Datenabzüge für folgende Leistungssektoren:

- Ärzte
- Apotheken
- Krankenhäuser
- Heil- und Hilfsmittel

1.7 Datenübermittlung

Für jede Datentabelle wird in den folgenden Tabellen ein Dateiname spezifiziert. Die Bereitstellung der Datentabellen sollte als CSV mit Spaltennamen in der ersten Zeile entsprechend den Tabellen erfolgen. Je Datensatz wird bitte eine Zeile übermittelt: Zeilenende: CR/LF, Trennzeichen „;“; Strings/Texte in Anführungszeichen.

Kodierung: ANSI oder UTF8 ohne BOM; die Art der Kodierung bitte als Suffix in den Namen der CSV schreiben, d. h. „_ANSI“, „_UFT8“.

Die Übermittlung der Daten kann auf verschiedenen Wegen erfolgen:

- Upload- Portal (Nutzer-spezifisch und Passwort-geschützt), das auf im IGES lokalisierten Servern betrieben wird
 - Datenträgeraustausch (Passwort-verschlüsselt; postalisch oder per Boten)
 - Download durch das IGES Institut von einem Download-Portal der Krankenkasse
-

2. Schnittstellenbeschreibung

2.1 Versichertenstammdaten

Tabelle 1: [211_transfit_v_stamm_<Kodierung>.csv]

[211_transfit_v_stamm_<Kodierung>.csv] – Versichertenstammdaten			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_Gebjahr	Geburtsjahr	JJJJ
4.	V_Sex	Geschlecht	1 = männlich; 2 = weiblich; 9 = unbekannt
5.	V_Sterbedatum	Zeitpunkt des Todes	TT.MM.JJJJ

Tabelle 2: [212_transfit_v_vz_<Kodierung>.csv]

[212_transfit_v_vz_<Kodierung>.csv] – Versicherungszeiten			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Anonymisierte Versichertennummer (eGK-Nummer)	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_VZ_ID	Lfd. Nummer	
4.	V_VZ_VON	Versicherungsbeginn	Bereitgestellt werden die Versicherungszeiten vier Quartale vor dem Leistungsquartal, in das das Datum der Einschreibung (Interventionsgruppe, Teilgruppe 1) bzw. das Datum des erstmaligen Auftretens einer Einschlussdiagnose unabhängig von der Indikationsgruppenzugehörigkeit (Teilgruppen 2 und 3) fällt, sowie für alle nachfolgenden Leistungsquartale bis zum 31.12.2020. Bei mehreren Versicherungszeiten bitte Versicherungszeitenhistorie bereitstellen. TT.MM.JJJJ
5.	V_VZ_BIS	Versicherungsende	Bereitgestellt werden die Versicherungszeiten vier Quartale vor dem Leistungsquartal, in das das Datum der Einschreibung (Interventionsgruppe, Teilgruppe 1) bzw. das Datum des erstmaligen Auftretens einer Einschlussdiagnose unabhängig von der Indikationsgruppenzugehörigkeit (Teilgruppen 2 und 3) fällt, sowie für alle nachfolgenden Leistungsquartale bis zum 31.12.2020. Bei mehreren Versicherungszeiten bitte Versicherungszeitenhistorie bereitstellen. TT.MM.JJJJ

Tabelle 3: [213_transfit_v_dmp_<Kodierung>.csv]

[213_transfit_v_dmp_<Kodierung>.csv] – Versicherungszeiten			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	DMP_FALLNR	DMP-Fallnummer	Primärschlüssel Eindeutige (unique) fiktive DMP-Fallnummer. Anmerkung: Jede DMP-Einschreibung erhält eine separate Fallnummer. Sofern für Versicherte mehrere DMP-Einschreibungen mit unterschiedlicher und/oder identischer Indikation (DMP-Kennzeichen) im Datenzeitraum vorliegen, bitte alle Einschreibungen mit einer separaten Fallnummer abbilden.
4.	DMP_BEGINN	Datum der Einschreibung in das DMP	TT.MM.JJJJ
5.	DMP_KZ	DMP-Kennzeichen	1 = Diabetes mellitus Typ 2 2 = Brustkrebs 3 = Koronare Herzkrankheit 4 = Diabetes mellitus Typ 1 5 = Asthma bronchiale 6 = COPD
6.	DMP_ENDE	Datum der Ausschreibung aus dem DMP	TT.MM.JJJJ Bei DMP-Einschreibungen, die zum Zeitpunkt des Datenabzugs nicht beendet sind und eine aktive DMP-Teilnahme vorliegt, bitte frei lassen.

2.2 Programmeinschreibung

Tabelle 4: [214_transfit_v_einschreibung_<Kodierung>.csv]

[214_transfit_v_einschreibung_<Kodierung>.csv] – Falldaten Programmeinschreibung			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_IV_GRUPPE	Indikator für die Teilnahme an TransFIT	1 = Interventionsgruppe (Teilgruppe 1) 2 = Pool der potenziellen TransFIT-Teilnehmer (Teilgruppe 2) 3 = Pool der potenziellen Vergleichsversicherten (Teilgruppe 3)

[214_transfit_v_einschreibung_<Kodierung>.csv] – Falldaten Programmeinschreibung

4.	V_IV_NR	Fallnummer der Einschreibung (Interventionsgruppe) bzw. der (potenziellen) Indikationsgruppenzugehörigkeit (Teilgruppen 2 und 3)	Primärschlüssel Fiktive Fallnummer der Einschreibung (Interventionsgruppe) bzw. Indikationsgruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe) Für Interventionsgruppe (Teilgruppe 1): Für Versicherte der Interventionsgruppe können auch mehrere Einschreibungen in der gleichen oder einer anderen Indikationsgruppe vorliegen. Bitte vergeben Sie für jede Einschreibung eine separate fiktive Fallnummer der Einschreibung (bspw. als lfd. Nummer). Für Teilgruppen 2 und 3: Für Versicherte der Teilgruppen 2 und 3 können ggfs. Einschlussdiagnosen unterschiedlicher Indikationsgruppen kodiert sein, so dass diese Versicherte bei der Parameterschätzung des Selektionsmodells (Teilgruppe 2) bzw. bei der Bestimmung der Vergleichsgruppe (Teilgruppe 3) für mehrere, unterschiedliche Indikationsgruppen in Betracht kommen. Bitte vergeben Sie für jede unterschiedliche Indikationsgruppe eines Versicherten der Teilgruppen 2 und 3 eine separate V_IV_NR, beispielsweise als laufende Nummer.
----	---------	--	--

[214_transfit_v_einschreibung_<Kodierung>.csv] – Falldaten Programmeinschreibung

5.	V_IV_INDIKATION	Indikationsgruppe der Einschreibung (Interventionsgruppe) bzw. potenzielle Indikationsgruppenzugehörigkeit (Teilgruppen 2 und 3)	<p>Indikationsgruppennummer gem. Zuordnung der (fiktiven) Einschlusssdiagnose zu einer Indikationsgruppe (siehe beigefügte Datei TransFIT_Indikationsgruppenzuordnung.xlsx)</p> <p>Interventionsgruppe (Teilgruppe 1): Bitte frei lassen!</p> <p>Teilgruppen 2 und 3: Indikationsgruppe gemäß der in Abschnitt 1.1 definierten Selektionskriterien in Verbindung mit den in beigefügter Datei TransFIT_Indikationsgruppenzuordnung.xlsx definierten Einschlusssdiagnosen und Indikationsgruppenzuordnung</p>
6.	V_IV_DATUM	Datum der Einschreibung in das Interventionsprogramm	<p>Für Interventionsgruppe (Teilgruppe 1): Datum der Einschreibung gemäß Einwilligungserklärung</p> <p>Für Teilgruppen 2 und 3: Datum, an dem eine (beliebige) Einschlusssdiagnose der jeweiligen Indikationsgruppe innerhalb des für die Selektion maßgeblichen Zeitintervalls erstmalig als gesicherte ambulante Diagnose gestellt wurde.</p> <p>TT.MM.JJJJ</p>

[214_transfit_v_einschreibung_<Kodierung>.csv] – Falldaten Programmeinschreibung

7.	V_IV_AUSSCHREIBUNG	Datum der Ausschreibung aus dem Interventionsprogramm	Für Interventionsgruppe (Teilgruppe 1): Datum der Ausschreibung gemäß ggfs. erfolgter Ausschreibungsmitteilung Für Teilgruppen 2 und 3: Bitte frei lassen. TT.MM-JJJJ
8.	V_IV_PFLEGEGRAD	Pflegegrad zum Zeitpunkt der Einschreibung bzw. Einschlussdiagnose	0 = kein Pflegegrad 1 = Pflegegrad 1 2 = Pflegegrad 2 3 = Pflegegrad 3 4 = Pflegegrad 4 5 = Pflegegrad 5

Tabelle 5: [215_transfit_v_einschlussdiagnose_<Kodierung>.csv]

[215_transfit_v_einschlussdiagnose_<Kodierung>.csv] – Einschlussdiagnose Programmeinschreibung			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_IV_NR	Fallnummer der Einschreibung (Interventionsgruppe) bzw. der (potenziellen) Indikationsgruppenzugehörigkeit (Teilgruppen 2 und 3)	Fallnummer der Einschreibung bzw. der (potenziellen) Indikationsgruppenzugehörigkeit, der die Einschlussdiagnose zugeordnet ist (siehe Merkmal V_IV_NR in Tabelle 4)
4.	V_IV_ICD	Einschlussdiagnose	<p>Gemäß ICD 10 (5-stellig, ohne Sonderzeichen wie Punkt, Strich, Kreuz oder Stern)</p> <p>Interventionsgruppe (Teilgruppe 1): Bitte dieses Feld frei lassen</p> <p>Teilgruppen 2 und 3: Alle unterschiedlichen Einschlussdiagnosen der jeweiligen Indikationsgruppe, die im Evaluationszeitraum kodiert wurden. Dies beinhaltet auch Einschlussdiagnosen, die vor oder nach der fiktiven Einschreibung gestellt wurden. Sofern eine Einschlussdiagnose mehrfach kodiert wurde, bitte die Einschlussdiagnose nur ein Mal angeben</p>

2.3 Krankenhausbehandlung

Tabelle 6: [221_transfit_kh_fall_<Kodierung>.csv]

[221_transfit_kh_fall_<Kodierung>.csv] – Stationäre Behandlungsfälle für alle KH-Fälle			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	KH_FallNr	Fallnummer	
4.	KH_Beginn	Datum Beginn des Krankenhausaufenthaltes	TT.MM.JJJJ
5.	KH_Ende	Datum Ende des Krankenhausaufenthaltes	TT.MM.JJJJ
6.	KH_Kosten	Fall-Gesamt-Kosten	Betrag in Euro mit zwei Nachkommastellen
7.	KH_Auf_Anlass	Anlass der Krankenhausaufnahme	s. Anhang A2 (Ende des Dokuments)
8.	KH_Entl_Grund	Grund der Entlassung aus dem Krankenhaus	s. Anhang A3 (Ende des Dokuments)

Tabelle 7: [222_transfit_kh_ops_<Kodierung>.csv]

[222_transfit_kh_ops_<Kodierung>.csv] – Stationäre Behandlungsfälle: OPS-Codes			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	KH_FallNr	Fallnummer	
4.	KH OPS	OPS-Code	endstellig, ohne Trennzeichen wie Punkt oder Strich
5.			
6.			

Tabelle 8: [223_transfit_kh_diag_<Kodierung>.csv]

[223_transfit_kh_diag_<Kodierung>.csv] – Stationäre Behandlungsfälle: Diagnosen der Entlassungs-meldung			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	KH_FallNr	Fallnummer	
4.	KH_DIAG_Art	Diagnoseart	1 = Hauptdiagnose der Entlassungsmeldung; 2 = Nebendiagnose der Entlassungsmeldung 9 = Aufnahmediagnose
5.	KH_DIAG	ICD-Code	Gemäß ICD 10 (5-stellig, ohne Trenn- und Zusatzzeichen wie Punkt, Strich, Stern u.a.)

Tabelle 9: [224_transfit_kh_drg_<Kodierung>.csv]

[224_transfit_kh_drg_<Kodierung>.csv] – Stationäre Behandlungsfälle: DRG			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	KH_FallNr	Fallnummer	
4.	KH_DRG	DRG- bzw. PEPP-Code	Der für den Krankenhausfall zur Abrechnung gebrachte DRG-Code gem. G-DRG bzw. PEPP-Code gem. PEPP-Entgeltkatalog. Bei krankenhausindividuell vereinbarten Entgelten bitte frei lassen!

Tabelle 10: [225_transfit_kh_entg_<Kodierung>.csv]

[225_transfit_kh_entg_<Kodierung>.csv] – Stationäre Behandlungsfälle: Entgelte			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	KH_FallNr	Fallnummer	
4.	KH_Entgelt_Key	Schlüsselnummer des Entgeltes	
5.	KH_Entgelt_Von	Abrechnung von	TT.MM.JJJJ Enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Rechnungssatzes beginnt
6.	KH_Entgelt_Bis	Abrechnung bis	TT.MM.JJJJ Enthält den Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Rechnungssatzes endet

2.4 Arzneimittel

Tabelle 11: [231_transfit_am_verord_<Kodierung>.csv]

[231_transfit_am_verord_<Kodierung>.csv] – Leistungspflichtige Arzneimittelverordnungen			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	AM_VO_Datum	Verordnungsdatum	TT.MM.JJJJ
4.	AM_AB_Datum	Abgabedatum	TT.MM.JJJJ
5.	AM_A_FG	Facharztgruppe des verordnenden Arztes	Kennung nach Schlüsseltabelle der KBV: http://applications.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp?page=5_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE_V1.00.htm
6.	A_BSNR_ID	Betriebsstätte	Kassenspezifisches Betriebsstätten-Pseudonym
7.	AM_PZN	Pharmazentralnummer	Endstellig (bis zu 8 Stellen als Ziffernfolge, ohne führende Nullen); bei Rezepturen Sonderkennzeichen/Pseudo-PZN
8.	AM_Faktor	Anzahl verordneter Packungen der PZN	>= 1
9.	AM_DDD	DDD	Gesamt-DDD der Verordnung
10.	AM_ATC	ATC-endstellig	Endstelliger ATC

[231_transfit_am_verord_<Kodierung>.csv] – Leistungspflichtige Verordnungen

Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
11.	AM_Netto	Nettogesamtausgaben für die Verordnung des jeweiligen Arzneimittels	Nettogesamtkosten für die Verordnung des jeweiligen Arzneimittels Apothekenverkaufspreis minus gesetzliche Rabatte, bei Rezepturen Kostenwert gemäß (Hilfs-)Taxe bzw. die von der Apotheke in Rechnung gestellte Taxe; Betrag in Euro ohne Währungszeichen, ohne 1.000er-Trennzeichen, Komma als Dezimalzeichen, mit zwei Nachkommastellen

2.5 Ambulante ärztliche Leistungen auf Basis der Einzelfallnachweise

Sollten TransFIT-Patienten in Ihrer Kasse an Direktabrechnungsverfahren teilnehmen (selektivvertragliche Versorgung, Kostenerstattung u.a.), bitten wir um Kontaktaufnahme mit dem IGES, damit individuelle Lösungen für den Datenaustausch entwickelt werden können.

Tabelle 12: [241_transfit_a_fall_<Kodierung>.csv]

[241_transfit_a_fall_<Kodierung>.csv] – Ärztliche Behandlung: Ambulanter Behandlungsfall – Leistungspflichtige Abrechnungsfälle			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_FallNr	Fallnummer	Eindeutige Fallnummer
4.	A_QUART	Leistungsjahr&-quartal	JJJJQ
5.	A_BSNR_ID	Betriebsstätte	Kassenspezifisches Betriebsstätten-Pseudonym
6.	A_KV	KV-Bereich der Betriebsstätte	
7.	A_BehArt	Behandlungsart	1= ambulant (default), 2=stationär
8.	A_Punkt	Punktzahl	Summe der Punkte der einzeln abgerechneten GOP
9.	A_Kosten	Kosten des abzurechnenden Falls	Sachkosten inklusive Dialysesachkosten gemäß §1 Abs. 2 Nr. 13 der Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag: http://www.kbv.de/media/sp/06_DA.pdf Betrag in Euro ohne Währungszeichen, ohne 1.000er-Trennzeichen, Komma als Dezimalzeichen, mit zwei Nachkommastellen
10.	A_Beginn	Behandlungszeitraum Beginn	Datum des ersten Behandlungstages (TT.MM.JJJJ)
11.	A_Ende	Behandlungszeitraum Ende	Datum des letzten Behandlungstages (TT.MM.JJJJ)

Tabelle 13: [242_transfit_a_diag_<Kodierung>.csv]

[242_transfit_a_diag_<Kodierung>.csv] – Ärztliche Behandlung: Diagnosen			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_FallNr	Fallnummer	Eindeutige Fallnummer
4.	A_QUART	Leistungsjahr&-quartal	JJJJQ
5.	A_ICD	Diagnose, codiert	ICD10 (5-stellig, ohne Trennzeichen wie Punkt oder Strich)
6.	A_ICD_Q	Diagnosesicherheit	A=ausgeschlossene Diagnose G=gesicherte Diagnose V=Verdachtsdiagnose Z=symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose Leer, wenn keine Qualifizierung vorliegt

Tabelle 14: [243_transfit_a_gop_<Kodierung>.csv]

[243_transfit_a_gop_<Kodierung>.csv] – Ärztliche Behandlung: Gebührenpositionen			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_FallNr	Fallnummer	
4.	A_QUART	Leistungsjahr&-quartal	JJJJQ
5.	A_NebBSNR_ID	Neben-Betriebsstätte	Pseudonym der Neben-Betriebsstätte, wenn ungleich Feld 5 in [241_transfit_a_fall.csv], ansonsten BSNR-Pseudonym gemäß Feld 5 in [241_transfit_a_fall.csv]
6.	A_Arzt_ID	Arztnummer	Pseudonym auf Basis der LANR
7.	A_FG	Facharztgruppe	Kennung nach Schlüsseltabelle der KBV: http://applications.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp?page=S_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE_V1.00.htm (8. + 9. Stelle der LANR)

[243_transfit_a_gop_<Kodierung>.csv] – Ärztliche Behandlung: Gebührenpositionen

Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
8.	A_GO_Datum	Tag der Behandlung/des Kontakts/der Erbringung	Logisches Datum im Format JJJJMMTT
9.	A_GONR	Gebührenordnungsnummer	

Tabelle 15: [244_transfit_a_ops_<Kodierung>.csv]

[244_transfit_a_ops_<Kodierung>.csv] – Ärztliche Behandlung – Einzelfallnachweise: OPS			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	V_FallNr	Fallnummer	
4.	A_QUART	Leistungsjahr&-quartal	JJJQ
5.	A_OPS_Datum	Tag der Behandlung/des Kontakts/der Erbringung	Logisches Datum im Format TT.MM.JJJJ
6.	A_OPS	Operationsschlüssel	

2.6 Heilmittel

Tabelle 16: [251_transfit_HE_verord_<Kodierung>.csv]

[251_transfit_HE_verord_<Kodierung>.csv] –Leistungspflichtige Heilmittel-Verordnungen			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	HE_VO_Datum	Verordnungsdatum des Heilmittels	TT.MM.JJJJ
4.	HE_AB_NR	Art der abgegebenen Leistung (Abrechnungspositionennummer)	5-stellige Abrechnungspositionsnummer
5.	HE_IA_Vers	Datum der Leistungserbringung	TT.MM.JJJJ
6.	HE_Faktor	Anzahl/Menge	
7.	HE_Preis	Gesamtpreis für die bei Faktor angegebene Anzahl der Abrechnungsposition	= Einzelbetrag der Abrechnungsposition * Anzahl Betrag in Euro mit zwei Nachkommastellen
8.	HE_FG	Facharztgruppe des verordnenden Arztes	Die beiden letzten Stellen der LAN des verordnenden Arztes Kennung nach Schlüsseltabelle der KBV: http://applications.kbv.de/keytabs/ita/schluesselfeldlen.asp?page=5 BAR2 ARZTNRFACHGRUPPE V1.00.htm
9.	HE_Indikation	Indikationsbereich des Heilmittels gemäß Heilmittelkatalog1	https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2020-07-01_Heilmittelkatalog.pdf

¹ https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/heilmittelrichtlinie/_jcr_content/par/download_0/file.res/heilm-rl_20110519_heilmittelkatalog.pdf

2.7 Hilfsmittel

Tabelle 17: [252_transfit_HM_verord_<Kodierung>.csv]

[252_transfit_HM_verord_<Kodierung>.csv] –Leistungspflichtige Hilfsmittel-Verordnungen			
Nr.	Feldname	Feldinhalt	Ausprägung/Anforderung
1.	Dat	Zeitpunkt des Datenabzuges	TT.MM.JJJJ
2.	V_ID_Pseudo	Versichertenpseudonym	Verschlüsselte eGK-Nummer
3.	HM_VO_Datum	Verordnungsdatum des Hilfsmittels	TT.MM.JJJJ
4.	HM_AB_NR	Art der abgegebenen Leistung (Abrechnungspositionennummer)	10-stellige Abrechnungspositionsnummer
5.	HM_IA_Vers	Datum der Leistungserbringung	TT.MM.JJJJ
6.	HM_Faktor	Anzahl/Menge	
7.	HM_Preis	Gesamtpreis für die bei Faktor angegebene Anzahl der Abrechnungsposition	= Einzelbetrag der Abrechnungsposition * Anzahl Betrag in Euro mit zwei Nachkommastellen
8.	HM_FG	Facharztgruppe des verordnenden Arztes	Die beiden letzten Stellen der LAN des verordnenden Arztes Kennung nach Schlüsseltabelle der KBV: http://applications.kbv.de/keytabs/ita/schluesstabelle.asp?page=S_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE_V1.00.htm

3. Anhang

- A1 Schlüssel: Diagnoseart**
 - A2 Schlüssel: Aufnahmeanlass**
 - A3 Schlüssel: Entlassungs-/Verlegungsgrund**
 - A4 TransFit Indikationsgruppenzuordnung**
-

A1 Schlüssel: Diagnoseart

Tabelle 18: Diagnoseart

Diagnoseart	Bezeichnung
1	Hauptdiagnose
2	Nebendiagnose
3	Fachabteilungshauptdiagnose
4	Fachabteilungsnebendiagnose
5	Operationsdiagnose
6	Zusatzschlüsseldiagnose (zur OP)
7	Nachfolgediagnose
8	Antragsdiagnose
9	Aufnahmediagnose
10	Einweisungsdiagnose
11	Verlängerungsdiagnose
12	Überweisungsdiagnose (AMBO)
13	Behandlungsdiagnose (AMBO)

A2 Schlüssel: Aufnahmeanlass

Tabelle 19: Aufnahmeanlass Krankenhausbehandlung

Stellen 1 und 2	Bezeichnung
01	KH Behandlung, vollstationär
02	Krankenhausbehandlung vollst. mit vorausgegangener vorst. Beh.
03	KH Behandlung, teilstationär
04	vorst. Beh. ohne anschließende vollst. Beh.
05	Stationäre Entbindung
06	Geburt
07	Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003
08	Stationäre Aufnahme zur Organentnahme
09	Nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch (§ 24b SGB V)
Stellen 3 und 4	Bezeichnung
01	Normalfall
02	Arbeitsunfall / Wegeunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4 SGB V)
03	Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X)
04	Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
06	Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden

07	Notfall
21	Normalfall - Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
22	Arbeitsunfall / Wegeunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4 SGB V) - Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
23	Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X) - Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
24	Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt - Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
26	Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden - Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
27	Notfall - Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
41	Normalfall; iV
42	Arbeitsunfall / Wegeunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4 SGB V); iV
43	Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X); iV
44	Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt; iV
46	Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden; iV
47	Notfall; iV

A3 Schlüssel: Entlassungs-/Verlegungsgrund

Tabelle 20: Aufnahmeanlass Krankenhausbehandlung

Stellen 1 bis 3	Bezeichnung
011	Behandlung regulär beendet; arbeitsfähig entlassen
012	Behandlung regulär beendet; arbeitsunfähig entlassen
019	Behandlung regulär beendet; keine Angabe
021	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; arbeitsfähig entlassen
022	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; arbeitsunfähig entlassen
029	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; keine Angabe
031	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet; arbeitsfähig entlassen
032	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet; arbeitsunfähig entlassen
039	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet; keine Angabe
041	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet; arbeitsfähig entlassen
042	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet; arbeitsunfähig entlassen
049	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet; keine Angabe
059	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers; keine Angabe
069	Verlegung in ein anderes Krankenhaus; keine Angabe
079	Tod; keine Angabe

089	Verlegung in ein anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs.5 Satz 2 BpflV Fassung 31.12.03
099	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung; keine Angabe
109	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung; keine Angabe
119	Entlassung in ein Hospiz; keine Angabe
129	interne Verlegung; keine Angabe
139	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung; keine Angabe
141	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; arbeitsfähig entlassen
142	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; arbeitsunfähig entlassen
149	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; keine Angabe
151	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; arbeitsfähig entlassen
152	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; arbeitsunfähig entlassen
159	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; keine Angabe
169	Externe Verlegung und Rückverlegung oder interne Verlegung und Rückverlegung
179	Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG
189	Rückverlegung
199	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung; keine Angabe
209	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation; keine Angabe
211	Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme; arbeitsfähig entlassen

212	Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme; arbeitsunfähig entlassen
219	Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme; keine Angabe
229	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
231	Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht: arbeitsfähig entlassen
232	Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht: arbeitsunfähig entlassen
239	Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht: keine Angabe
241	Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht: arbeitsfähig entlassen
242	Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht: arbeitsunfähig entlassen
249	Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht: keine Angabe
251	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Abrechnung PEPP): arbeitsfähig entlassen
252	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Abrechnung PEPP): arbeitsunfähig entlassen
253	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Abrechnung PEPP): keine Angabe
259	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Abrechnung PEPP): keine Angabe

A4 TransFit Indikationsgruppenzuordnung



TransFIT_Indikation
sgruppenzuordnung

Anhang 3.7. TransFIT Instrumente

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten	geb.am	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Transitionsgespräch

Bitte ordnen Sie die Kenntnisse und Fähigkeiten des Jugendlichen in den folgenden Bereichen auf einer Skala von 1-6 ein.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Wissen über Krankheit /Behandlung / Gesundheit

Soziale Kompetenz und Umfeld

Zukunftsplanung

Kenntnisse über das Gesundheitssystem

Transitionsablauf

Absprachen / Planungen / Auftrag an das Fallmanagement

Nächster Termin:

Geplanter Transfer in E-Medizin:

Erwachsenenmediziner:

Epikrise verfasst:

Unterschrift und Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

2. Transitionsgespräch

Bitte ordnen Sie die Kenntnisse und Fähigkeiten des Jugendlichen in den folgenden Bereichen auf einer Skala von 1-6 ein.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Wissen über Krankheit /Behandlung / Gesundheit	<input type="checkbox"/>					
Soziale Kompetenz und Umfeld	<input type="checkbox"/>					
Zukunftsplanung	<input type="checkbox"/>					
Kenntnisse über das Gesundheitssystem	<input type="checkbox"/>					
Transitionsablauf	<input type="checkbox"/>					
Absprachen / Planungen / Auftrag an das Fallmanagement						

Nächster Termin:

Unterschrift und Stempel

Per Fax bitte an das Fallmanagement senden!!! (Fax: 030-3035-5715)

Der Inhalt des Transitionsgespräches sollte sich am Fragebogen für die Jugendlichen orientieren:

1. WISSEN ÜBER KRANKHEIT BEHANDLUNG GESUNDHEIT

- Kennt eigene Krankengeschichte und mögliche gesundheitliche Folgen
- Kann Auskunft zum eigenen Gesundheitszustand geben und Anzeichen einer Krankheitsverschlechterung benennen
- Formuliert eigenständig Fragen zur Krankheit und Therapie
- Kennt die Medikamente mit häufigsten Wirkungen / Nebenwirkungen, Dosis, Einnahmezeiten
- Nimmt Medikamente selbständig ein
- Kennt Namen, Zweck und Ablauf der üblichen Untersuchungen
- Kennt Anzeichen akuter Notfallsituationen, Notfallausweis
- Weiß, wie man im Notfall Hilfe bekommen kann
- Kennt den Einfluss von Drogen, Nikotin und Alkohol auf die Erkrankung
- Kennt evtl. Zusammenhänge der Krankheit und Medikation mit Sexualität, Kontrazeption, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Genetik

2. SOZIALE KOMPETENZEN UND UMFELD

- Hat ein positives Selbstwertgefühl
- Hat privat und in der Schule/Ausbildung ein unterstützendes soziales Umfeld, Ansprechpartner bei psychischen Krisen
- Kann mit Ängsten, Befremden der Umwelt auf die Erkrankung und Gefahr der Ausgrenzung und Stigmatisierung umgehen und kennt Möglichkeiten, sich bei Bedarf mit anderen Betroffenen auszutauschen

3. ZUKUNFTSPLANUNG

- Hat Pläne für die Zukunft(z.B. weitere Verlauf der Schulausbildung/ Berufsausbildung, Wohnsituation)
- Kennt gesetzlich vorgegebene Hilfsangebote (z.B. Schwerbehindertenausweis) und soziale Konsequenzen der Erkrankung (z.B. Berufsausbildung, Führerschein, Reisen)

4. KENNTNISSE ÜBER DAS GESUNDHEITSSYSTEM

- Kennt die betreuenden Behandler und alle wichtigen Ansprechpartner, ihre Zuständigkeiten und Telefonnummern
- Ist in der Lage, Termine auszumachen und einzuhalten, Rezepte anzufordern und einzulösen
- Nimmt Sprechstunden alleine wahr oder sucht sich bei Bedarf selbständig Begleitung
- Kennt Möglichkeiten, einen geeigneten Erwachsenenmediziner zu finden
- Kennt den Versicherungsstatus und das Leistungsspektrum der eigenen Krankenkasse, den Überweisungsmodus und kann einen nachhaltigen Kontakt zu einem Erwachsenenmediziner herstellen

5. TRANSITIONBEREITSCHAFT

- Kennt die wichtigsten Aspekte der Versorgung in der Erwachsenenmedizin und die Unterschiede zur kinder- und jugendmedizinischen Versorgung
- Kennt das Transitionsprogramm
- Fühlt sich auf den Wechsel in die Erwachsenenmedizin gut vorbereitet
- Hat eigene Vorstellungen zur Transition

Um die Transition sinnvoll und individualisiert gestalten zu können, sollte mit dem Jugendlichen besprochen werden, wie er sich den Übergang in die Erwachsenenmedizin wünscht, z.B. Zeitpunkt, Gemeinsame Sprechstunden, Einbindung von Eltern oder Hausarzt. Bitte Planungsstand und/oder Aufträge an das Fallmanagement in dem dafür vorgesehenen Feld vermerken.

	Patientenname:
	Geburtsdatum:
ausgefüllt von (Kinder- und Jugendspezialist):	Diagnose:
am:	

Abschluss epikrise

Ich plane die Epikrise zu schreiben bis:

Ich werde die Epikrise an den o.g. Patienten senden:

Ja Nein Kommentar:

Ich werde die Epikrise an den Hausarzt senden:

Ja Nein

Name des Hausarzt:

Ich werde die Epikrise an den empfohlenen Spezialisten senden:

Ja Nein

Name des Spezialisten:

Ich werde die Epikrise an das Fallmanagement
senden.

Auftrag an das Fallmanagement

Unterschrift

Kopie für Ihre Unterlagen

Zur Abrechnung und Dokumentation bitte an das Fallmanagement (FAX 030-3035-5715)

Interviewleitfaden

1. WISSEN ÜBER KRANKHEIT BEHANDLUNG GESUNDHEIT

- Kenntnis über eigene Krankengeschichte und mögliche gesundheitliche Folgen?
- Kann Auskunft zum eigenen Gesundheitszustand geben und Anzeichen einer Krankheitsverschlechterung benennen?
- Formuliert eigenständig Fragen zur Krankheit und Therapie?
- Kennt die Medikamente mit häufigsten Wirkungen/Nebenwirkungen, Dosis, Einnahmezeiten?
- Nimmt Medikamente selbständig ein?
- Kennt Namen, Zweck und Ablauf der üblichen Untersuchungen?
- Kennt Anzeichen akuter Notfallsituationen, Notfallausweis?
- Weiß, wie man im Notfall Hilfe bekommen kann?
- Kennt den Einfluss von Drogen, Nikotin und Alkohol auf die Erkrankung?
- Kennt evtl. Zusammenhänge der Krankheit und Medikation mit Sexualität, Kontrazeption, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Genetik?

2. SOZIALE KOMPETENZEN UND UMFELD

- Hat ein positives Selbstwertgefühl?
- Hat privat und in der Schule/Ausbildung ein unterstützendes soziales Umfeld, Ansprechpartner bei psychischen Krisen?
- Kann mit Ängsten, Befremden der Umwelt auf die Erkrankung und Gefahr der Ausgrenzung und Stigmatisierung umgehen und kennt Möglichkeiten, sich bei Bedarf mit anderen Betroffenen auszutauschen?

3. KENNTNISSE ÜBER DAS GESUNDHEITSSYSTEM

- Kennt die betreuenden Behandler und alle wichtigen Ansprechpartner, ihre Zuständigkeiten und Telefonnummern?
- Ist in der Lage, Termine auszumachen und einzuhalten, Rezepte anzufordern und einzulösen?
- Nimmt Sprechstunden alleine wahr oder sucht sich bei Bedarf selbständig Begleitung?
- Kennt Möglichkeiten, einen geeigneten Erwachsenenmediziner zu finden?
- Kennt den Versicherungsstatus und das Leistungsspektrum der eigenen Krankenkasse, den Überweisungsmodus und kann einen nachhaltigen Kontakt zu einem Erwachsenenmediziner herstellen?

Zusätzlich ab 16.Lebensjahr

4. ZUKUNFTSPLANUNG

- Hat Pläne für die Zukunft (z.B. weiterer Verlauf der Schulausbildung/Berufsausbildung, Wohnsituation)?
- Kennt gesetzlich vorgegebene Hilfsangebote (z.B. Schwerbehindertenausweis) und soziale Konsequenzen der Erkrankung (z.B. Berufsausbildung, Führerschein, Reisen)?

5. TRANSITIONBEREITSCHAFT

- Kennt die wichtigsten Aspekte der Versorgung in der Erwachsenenmedizin und die Unterschiede zur kinder- und jugendmedizinischen Versorgung?
- Fühlt sich auf den Wechsel in die Erwachsenenmedizin gut vorbereitet?
- Hat eigene Vorstellungen zur Transition?

Transitionsepikrise Allgemeiner Teil

1. Anamnese

Familiäre Situation

Eltern/Anzahl Geschwister/Wohnverhältnisse

Familienanamnese (FA)*:

FA für Bluthochdruck:

FA für Herzinfarkt:

FA für Schlaganfall:

FA für Tumorerkrankungen:

Eigenanamnese:

Muttersprache/Sprachkenntnisse

Impfstatus

Rauchen/Alkohol/Drogen

Psychosoziale Anamnese*:

*Belastungsfaktoren, familiäre Situation, Versorgungssituation, Schwerbehindertenstatus etc.

Allgemeine somatische Anamnese:

Geburtsanamnese/Entwicklung

relevante Erkrankungen, Operationen, Unfälle etc.

Allergien

2. Krankenhaus- Kuraufenthalte

Jahr	Einrichtung	Indikation

Anmerkungen:

3. Sozialmedizinische Aspekte:

Grad der Behinderung: Keiner Beantragt (%)
 Anerkannt (%; Zusatz:) bis:_____

Fördermaßnahmen:

Ausbildung und Beruf

Max. Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Keiner <input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> eBB <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> FHR <input type="checkbox"/> Abitur Sonstige Schule:
Ausbildung	
Studium	
Angestrebter Beruf	
Bisherige berufliche Tätigkeiten	

Mitbehandelnde Ärzte:

Kinder Jugendarzt:

Anderer Hausarzt:

Fachärzte (z.B. Augenarzt):